

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM – MODALIDADE  
INSTITUCIONAL UFSC/UNOCHAPECÓ E ASSOCIADAS  
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E  
SOCIEDADE**

**ANAIR ANDRÉA NASSIF**

**O ACOMPANHANTE NA MATERNIDADE: CONCEPÇÕES  
DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

**FLORIANÓPOLIS-SC  
2009**

Catálogo na fonte pela Biblioteca Universitária da  
Universidade Federal de Santa Catarina

N268a Nassif, Anair Andréa  
O acompanhante na maternidade [dissertação] : concepções  
dos profissionais de saúde / Anair Andréa Nassif ;  
orientadora, Marisa Monticelli. - Florianópolis, SC,  
2009.

1 v.: tabs.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa  
Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-  
Graduação em Enfermagem.

Inclui referências

1. Enfermagem. 2. Enfermagem obstétrica. 3. Parto  
Humanizado. 4. Acompanhantes de pacientes. 5. Apoio social.  
I. Monticelli, Marisa. II. Universidade Federal de Santa  
Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III.  
Titulo.

CDU 616-083

**ANAIR ANDRÉA NASSIF**

**O ACOMPANHANTE NA MATERNIDADE: CONCEPÇÕES  
DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem – Área de concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Marisa Monticelli  
Linha de Pesquisa: O cuidado e o processo de viver, ser saudável e adoecer

**FLORIANÓPOLIS-SC  
2009**

ANAIR ANDRÉA NASSIF

**O ACOMPANHANTE NA MATERNIDADE: CONCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS  
DE SAÚDE**

Esta DISSERTAÇÃO foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do Título de:

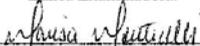
MESTRE EM ENFERMAGEM

e aprovada em 14 de dezembro de 2009, atendendo as normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

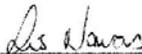


Dr<sup>a</sup> Flávia Regina Souza Ramos  
Coordenadora do Programa

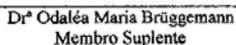
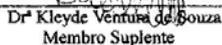
Banca Examinadora:

  
Dr<sup>a</sup> Marisa Monticelli  
Presidente

Dr<sup>a</sup> Evangelina Kotzias Atherino dos Santos  
Membro



Dr<sup>a</sup> Elisete Navas Sanches Próspero  
Membro

  
Dr<sup>a</sup> Odaléa Maria Brüggemann  
Membro Suplente  
Dr<sup>a</sup> Kleyde Ventura de Souza  
Membro Suplente

## AGRADECIMENTOS

*Ao término desta trajetória, com certeza, o objetivo idealizado se concretizou. Durante todo esse período, a presença, o apoio e a colaboração de diversas pessoas foram de extrema importância. Dessa forma, gostaria de deixar registrado o meu agradecimento para todos os que compartilharam desta etapa.*

*Meu agradecimento especial, à minha orientadora, Dr<sup>a</sup>. Marisa Monticelli, por toda sabedoria compartilhada, pela constante presença e estímulo, pelo seu grande olhar científico, mostrando-me o verdadeiro rigor da ciência, coautora em muitos trechos deste trabalho. Obrigada por nunca me abandonar nos momentos difíceis.*

*Aos membros da Banca, Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos, Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Elisete Navas Sanches Próspero (Titulares), Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Odaléa Maria Brüggemann e Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Kleyde Ventura de Souza (Suplentes), por aceitarem compartilhar seus conhecimentos, contribuindo para a finalização deste trabalho. Agradeço em especial à Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Emília de Oliveira pelas inúmeras contribuições oferecidas por ocasião da qualificação, e também, à Prof<sup>a</sup>, Mestre Vitória Regina Petters Gregório, pelo atento acompanhamento e contribuições durante todo o decorrer da dissertação.*

*Às colegas do curso de mestrado Minter UFSC/Unochapecó, com as quais foi possível trocar experiências e conhecimentos. À Maria Elisabeth Kleba (Lisa) e Luciana, que nos acolheram na Unochapecó. À Elis Cristine, amiga de todas as horas, por compartilhar dessa experiência durante esses dois anos (muitos quilômetros rodados).*

*Muito obrigada.*

*Aos meus pais, Jandira (in memórium) e Paulo (in memórium) que, mesmo em outro plano, estiveram presentes na minha caminhada.*

*Aos meus irmãos Nadya e Fabiano, cunhada Katiuscia e sobrinhas Kailine e Yasmin, e tia Amélia, que souberam entender a ausência, mas sempre estiveram presentes com palavras de apoio e estímulo.*

*Às amigas Ana e Lúcia, que me acolheram em suas casas e em seus corações, durante o período em que estive em Florianópolis. À Denise e Kleyde, amigas que dividiram risos e lágrimas em vários momentos desta caminhada.*

*À minha filha Tainara, razão da minha vida, que também soube entender os momentos de recolhimento e ausência, foi motivo de estímulo e força.*

*À direção, funcionários e professores do Curso de Enfermagem da Universidade do Contestado - Mafra pelo apoio e incentivo constantes.*

*À direção e demais servidores da Maternidade Dona Catarina Kuss, pela compreensão em me liberar em inúmeros momentos do mestrado. Aos profissionais de saúde, participantes da pesquisa, que viabilizaram a realização desta pesquisa.*

*Agradeço a todos que direta ou indiretamente contribuíram de alguma forma para a concretização deste sonho.*

NASSIF, Anair Andréa. **O acompanhante na maternidade: concepções dos profissionais da saúde**. 2009. 312 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009.

## RESUMO

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo desenvolvido no cenário obstétrico de uma maternidade pública estadual de Santa Catarina. Teve como objetivos identificar e analisar as concepções dos profissionais de saúde acerca da presença do acompanhante. Os sujeitos foram 47 profissionais de saúde que atuavam nos setores de alojamento conjunto e bloco cirúrgico, englobando 6 enfermeiros, 6 médicos obstetras, 7 médicos pediatras, 7 técnicos e 21 auxiliares de enfermagem. A coleta de dados ocorreu no período de fevereiro a junho de 2009, utilizando-se a entrevista semiestruturada. A análise dos dados foi realizada seguindo quatro processos genéricos: apreensão, síntese, teorização e transferência. Desta análise emergiram cinco categorias que representam as concepções dos profissionais: 1) Conhecimento sobre a legislação que envolve o acompanhante no parto e nascimento; 2) Vantagens/justificativas para a presença do acompanhante; 3) Características do acompanhamento; 4) Dificuldades para a inclusão do acompanhante; e 5) Sugestões para a inclusão do acompanhante. Os resultados apontaram que a maioria dos profissionais não se considera conhecedor da legislação que envolve o acompanhante no processo do nascimento. Ao mesmo tempo em que os profissionais identificam efeitos positivos do acompanhamento às mulheres, aos recém-nascidos, aos próprios profissionais e no sentido de propiciar a reflexão do parto como um evento sócio-cultural. As características que os mesmos consideram como sendo apropriadas para a pessoa que fará o acompanhamento é conflitante com tais benefícios, pois indicam um sujeito quase irreal, residindo apenas no imaginário dos profissionais. As dificuldades para a inserção do acompanhante residem na resistência de alguns profissionais médicos e da equipe de enfermagem de nível médio, interferindo na concretização desta presença na instituição, revelando a existência de conflitos entre os profissionais de saúde; na persistência do modelo assistencial centrado na biomedicina; também na estrutura física da instituição que não é considerada inteiramente

adequada. Para a superação dessas dificuldades sugerem que sejam realizadas mudanças institucionais, adequando as instalações físicas, estruturais e administrativas para viabilizar a elaboração de normas e rotinas que permitam a plena inserção do acompanhante. Do mesmo modo, sugeriram modificações na conduta profissional, reforçando a necessidade de participação mais ativa nas discussões coletivas, visando reflexões sobre as concepções vigentes com relação ao acompanhante e o real desempenho de uma prática voltada à efetiva participação do acompanhante, como componente essencial para a mudança do paradigma assistencial. Também recomendaram que o acompanhante fosse “orientado” para que sua participação seja “efetiva”. Isso, por um lado, se constitui num benefício, mas, por outro, assinala uma temeridade, pela possibilidade de se constituir em mais uma forma de impedimento para o acompanhamento. A compreensão sobre as concepções, que os profissionais de saúde possuem a respeito da presença do acompanhante no parto e no nascimento institucionalizado, contribui para a elaboração de estratégias, as quais podem auxiliar na concretização das premissas da humanização da assistência ao parto e nascimento. Tal postura garantirá que os direitos sociais, legais, afetivos e existenciais dos usuários sejam respeitados.

**Palavras-chave:** Parto humanizado; Acompanhantes de pacientes; Enfermagem obstétrica; Apoio social; Equipe de assistência ao paciente.

NASSIF, Anair Andrea. **The companion in the maternity: conceptions of health professionals**. 2009. 312 f. Dissertation (Master's in Nursing) – Graduate program in Nursing, University of Santa Catarina, Florianópolis, 2009.

## ABSTRACT

This is an exploratory-descriptive study developed in the obstetric setting of a public maternity in the state of Santa Catarina that aimed to identify and analyze the concepts of health professionals about the presence of the companion. The subjects were 47 health professionals who worked in the fields of rooming-in and the surgical room set, composed by 6 nurses, 6 obstetricians 7 pediatricians, 7 technicians and 21 nursing assistants. The data collection happened from February to June 2009, using a semi-structured interview. The data analysis was performed following four generic processes: apprehension, synthesis, theory and transfer. In a from that analysis five categories representing the point of views of health care professionals occurred: 1) Knowledge of the legislation about the companion during parturition and birth, 2) Advantages / justifications for the presence of the companion, 3) Companion's characteristics; 4) Difficulties for the inclusion of a companion , and 5) Suggestions for the inclusion of a companion. The results showed that the majority of the professionals is not considered knowledgeable for the legislation involving the companion during the birth process. While the professionals identify positive effects of the accompaniment for women, for the newborn for the health professionals and to promote reflection about birth as a socio-cultural event, the characteristics that they believe to be appropriate for the person who Will be the companion generates conflicts with such benefits, because these characteristics indicate a subject almost unreal, living only in the imagination of the professionals. The difficulties in the practice of including the companion resides in the resistance of some medical professionals and staff of nursing assistants, interfering in the implementation of this presence in the institution, and revealing the existence of conflicts among health care professionals, in the persistence of the health care model centered on biomedicine, and in the physical structure of the institution is not considered entirely appropriate. To overcome these difficulties they suggested that institutional changes would be made, enhancing the physical, structural and administrative, facilities in order to make it the elaboration of rules and routines that

will allow full insertion of an accompanying. Similarly, suggested changes in professional behavior, reinforcing the need for more active participation in collective discussions, looking up for comments on the prevailing concepts of the companion and the actual performance of a practice dedicated to the effective participation of a partner as an essential component for change in the health care paradigm. Also recommended that the accompanying was "oriented" so that their participation would be more "effective." This, constitutes a benefit, but on the other hand, indicates a fear, the possibility that it can constitute another form of being unable to follow. The understanding of the concepts that health care professionals have about the presence of a companion during parturition and birth institutionalized contributes to the development of strategies that can assist in achieving the premises of humanization of parturition and birth, and ensure that the social rights, legal, in to emotional and existential feelings of the users are respected.

**Keywords:** Humanizing delivery; Patient support service; Obstetrical nursing; Social support; Patient care team.

NASSIF, Anair Andréa. **El acompañante en la maternidad: concepciones de los profesionales de la salud.** 2009. 312 h. Disertación (Maestría en Enfermería) – Plan de Pos-Grado en Enfermería, Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009.

## RESUMEN

Este es un estudio exploratorio-descriptivo desarrollado en el escenario de obstetricia de una maternidad pública estadual de Santa Catarina, que tuvo como objetivos identificar y analizar las concepciones de profesionales de la salud a respecto de la presencia de un acompañante. Los sujetos fueron 47 profesionales de la salud que trabajaban en los campos de alojamiento conjunto y bloque quirúrgico, que incluye 6 enfermeras, 6 médicos tocólogos, 7 médicos pediatras, 7 técnicos y 21 auxiliares de enfermería. La colecta de datos ocurrió en el período de febrero a junio de 2009, utilizándose la entrevista semi-estructurada. Fue hecho el análisis de los datos por cuatro procesos genéricos: la aprehensión, la síntesis, la teorización y la transferencia. De este análisis emergieron cinco categorías que representan las concepciones de los profesionales: 1) Conocimiento de legislación sobre el acompañante en el parto y nacimiento, 2) Ventajas/justificaciones para la presencia de un acompañante, 3) características del acompañamiento, 4) Dificultades para la inclusión del acompañante, y 5) sugerencias para la inclusión de un acompañante. Los resultados mostraron que la mayoría de los profesionales no conoce la legislación que envuelve el acompañante en el proceso de nacimiento. Al mismo tiempo en que los profesionales identifican los efectos positivos del acompañamiento para las mujeres, para los recién nacidos, a los propios profesionales y en el sentido de promover la reflexión de nacimiento como un hecho socio-cultural, las características que los mismos creen como siendo apropiadas para la persona que hará el acompañamiento es conflictante con tales beneficios, ya que estas características indican un sujeto casi irreal, viviendo sólo en la imaginación de los profesionales. Las dificultades para la inserción del acompañante se quedan en la resistencia de algunos profesionales médicos y de la equipo de enfermería de nivel de segundo grado, interfiriendo en la concretización de esta presencia en la institución, y revelando la existencia de conflictos entre los profesionales de la salud en la persistencia del modelo de asistencia

centrado en la biomedicina, y en la estructura física de la institución no es considerada totalmente adecuada. Para la superación de estas dificultades sugirieron que se hagan cambios institucionales, adecuando las instalaciones físicas, estructurales y administrativas, para la viabilidad de la elaboración de reglas y rutinas que permitan la inserción plena del acompañante. Del mismo modo, sugirieron cambios en las conductas profesionales, refuerzando la necesidad de participación más activa en los debates colectivos, en busca de reflexiones sobre las concepciones vigentes a respecto del acompañante y el rendimiento real de una práctica centrada a la participación efectiva del acompañante como un componente esencial para el cambio del paradigma asistencial. También recomendaron que el acompañante sea "orientado" de manera que su participación sea "efectiva". Esto, por una parte, constituye en un beneficio, pero por otro, indica una temeridad, por la posibilidad de eso se constituya en más de una forma de impedimento para el acompañante. La comprensión de los conceptos que los profesionales de la salud tienen sobre la presencia del acompañante en el parto y nacimiento institucionalizado contribuye para la elaboración de estrategias que pueden contribuir para concretización de las premisas de la humanización de la asistencia al parto y nacimiento y además garantizar que los derechos sociales, jurídicos, afectivos y existenciales de los usuarios sean respetados.

**Palabras claves:** Parto humanizado; Acompañantes de pacientes; Enfermería obstétrica; Apoyo social; Grupo de atención al paciente.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>16</b>
<b>2 REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	<b>25</b>
2.1 AS POLÍTICAS PÚBLICAS E SOCIAIS RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO .....	26
2.1.1 Contextualização, ideário e aspectos históricos .....	27
2.1.2 Avaliação de programas e projetos relacionados com parto e nascimento .....	41
2.2 CONCEPÇÕES SOBRE HUMANIZAÇÃO DO PARTO E NASCIMENTO .....	49
2.2.1 Concepções de mulheres (gestantes parturientes e puérperas) ....	49
2.2.2 Concepções dos autores .....	69
2.2.3 Concepções dos profissionais de saúde .....	73
2.2.4 Concepções dos gestores .....	81
2.3 O ACOMPANHANTE NA MATERNIDADE .....	83
2.3.1 Evidências científicas sobre o suporte durante o trabalho de parto e parto .....	83
2.3.2 Percepções de acompanhantes e percepções de profissionais sobre os acompanhantes na maternidade.....	85
2.3.3 O homem/pai como acompanhante no parto e nascimento .....	88
2.3.4 As doulas no acompanhamento intraparto .....	94
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	<b>98</b>
3.1 PARADIGMA DA HUMANIZAÇÃO DO PARTO E NASCIMENTO .....	98
3.2 POLÍTICAS BRASILEIRAS DE HUMANIZAÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO E DETERMINAÇÕES LEGAIS .....	106
3.3 O ACOMPANHANTE NO PARTO COMO UMA AÇÃO PROMOTORA DA HUMANIZAÇÃO DO NASCIMENTO E PARTO ...	110
3.4 O PROFISSIONAL QUE ASSISTE AO PARTO NA MATERNIDADE.....	112
<b>4 METODOLOGIA</b> .....	<b>116</b>
4.1 TIPO DE ESTUDO .....	116
4.2 LOCAL E CONTEXTO DO ESTUDO .....	117
4.3 SUJEITOS DO ESTUDO .....	121
4.4 TÉCNICA DE COLETA DE DADOS .....	125
4.5 REGISTRO E DOCUMENTAÇÃO DOS DADOS.....	127
4.6 PLANO DE ANÁLISE DOS DADOS.....	128
4.7 QUESTÕES ÉTICAS.....	130

<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	132
5.1 CONHECIMENTO SOBRE A LEGISLAÇÃO QUE ENVOLVE O ACOMPANHANTE NO PRÉ-PARTO, PARTO E PÓS-PARTO .....	134
5.1.1 Conhece e participa dos movimentos sociais.....	134
5.1.2 Conhece parcialmente .....	138
5.1.3 Desconhece ou apenas ouviu falar.....	141
5.2 VANTAGENS/JUSTIFICATIVAS PARA A PRESENÇA DO ACOMPANHANTE.....	145
5.2.1 Com relação à mulher parturiente/puérpera .....	145
5.2.2 Com relação ao recém-nascido .....	152
5.2.3 Com relação ao profissional.....	154
5.2.4 Com relação à abordagem do parto como evento sociocultural.	164
5.3 CARACTERÍSTICAS DO ACOMPANHAMENTO .....	165
5.3.1 Quem é a pessoa que deve acompanhar .....	165
5.3.2 Ambiente não propício para o acompanhamento .....	186
5.3.3 O acompanhante “SUS” e o acompanhante “particular” .....	188
5.3.4 O Acompanhante real e o acompanhante ideal.....	196
5.4 DIFICULDADES PARA A INCLUSÃO DO ACOMPANHANTE .....	212
5.4.1 Os médicos e os profissionais de nível médio têm mais resistências .....	212
5.4.2 Persistência do modelo obstétrico centrado na biomedicina .....	219
5.4.3 Incompreensão das relações intrafamiliares .....	221
5.4.4 Infra-estrutura hospitalar inadequada.....	225
5.5 SUGESTÕES PARA A INCLUSÃO DO ACOMPANHANTE .....	229
5.5.1 Direcionadas aos profissionais e à instituição .....	229
5.5.2 Quanto às orientações que os acompanhantes devem receber para acompanhar .....	237
5.5.3 Quanto à melhoria nas instalações físicas .....	247
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	250
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	257
<b>APÊNDICES</b> .....	277
<b>APÊNDICE A – RELAÇÃO DE ARTIGOS CIENTÍFICOS UTILIZADOS PARA A REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	278
<b>APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA</b> .....	280
<b>APÊNDICE C – ROTEIRO-GUIA PARA A ENTREVISTA</b> .....	282
<b>APÊNDICE D – MODELO DO “DIÁRIO DE CAMPO”</b> .....	284
<b>APÊNDICE E – ESQUEMA PRELIMINAR DAS CATEGORIAS E</b>	

<b>APÊNDICE F – CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS .....</b>	<b>310</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>311</b>
<b>ANEXO A - APROVAÇÃO DO PROJETO PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISAS COM SERES HUMANOS.....</b>	<b>312</b>

# 1 INTRODUÇÃO

Desde a época em que cursava a graduação em Enfermagem, na Universidade do Vale do Itajaí, eu já sentia uma forte inclinação pela área materno-infantil e, mais especificamente, pelo nascimento e parto. Lembro-me que, após uma palestra com o médico Moyses Paciornick, sobre seu livro “O parto de cócoras: aprenda a nascer com os índios”, interessei-me pelo tema e demonstrei afeição em conhecer a clínica obstétrica em que o mesmo atuava na cidade de Curitiba-PR. Assim que obtive autorização, fiz um estágio voluntário, durante o período de férias da faculdade, no mês de julho de 1985, assim tive a oportunidade de vislumbrar uma forma diferente de parir e nascer. Naquela experiência o que mais me chamou a atenção foi o ambiente onde eram realizados os partos, pois se tratava de uma sala especialmente montada, com a visível intenção de trazer conforto às mulheres e aos recém-nascidos. Em nada lembrava as salas frias e impessoais das instituições hospitalares, as quais eu conhecia como estudante de enfermagem. O parto ocorria na penumbra, sem ruídos, com a possibilidade de a mulher adotar a posição vertical e, principalmente, com a participação de um membro da família, escolhido pela mesma para prover apoio e conforto.

Mais tarde, já formada e com especialização em obstetrícia, trabalhando na área de atendimento às mulheres, comprovei que as posturas adotadas pelos profissionais de saúde na assistência ao parto, eram completamente diferentes das vivenciadas na experiência da clínica em Curitiba. Com o passar do tempo fui percebendo que este modelo se perpetuava, havendo pouco espaço para a introdução de práticas mais humanizadas e fortalecedoras, apesar dos avanços visíveis nas políticas oficiais de atenção obstétrica e neonatal. Este contexto me despertou o interesse em aprofundar o tema, especialmente agora, no processo de formação no Curso de Mestrado.

O nascimento (sob o ponto de vista da criança que vem ao mundo) e o parto (sob o ponto de vista da mulher que gera esta criança) são marcos na vida das pessoas. Especialmente para a mulher, o evento do parto é importante, tanto pelas mudanças físicas que o mesmo provoca, quanto pelos aspectos psicológicos e sociais nele envolvidos. O processo de nascer também é relevante para o novo ser que chega, ou seja, o recém-nascido, já que precisa se adaptar a uma nova e estranha maneira de viver fora do útero, que há pouco tempo atrás o acalentou e supriu suas necessidades mais fundamentais. Também para o homem-pai, quase sempre o nascimento é um evento ritual, pois seu papel social

torna-se igualmente relevante, seja como companheiro da mulher que gestou, seja no desempenho socialmente e psicologicamente esperado do papel de pai. Enfim, nascimento e parto são eventos que marcam a família e a rede social.

Historicamente, o parto e o nascimento têm sido eventos esperados do ciclo desenvolvimental das famílias, sendo cercado por inúmeros significados que, através dos tempos sofreram e ainda sofrem modificações. Segundo Gualda (2002, p. 41), “o parto constitui um ponto importante no processo da maternidade. Dar à luz a uma criança não é simplesmente um ato fisiológico, mas um evento definido e desenvolvido num contexto cultural”.

Os registros históricos que retratam percepções sócio-culturais sobre parto são muito antigos e alguns datam de 6 e 7 mil anos a.C. Existem esculturas, pinturas, manuscritos que descrevem o parto sendo realizado nas mais diversas posições adotadas pela parturiente, mas com um enfoque quase indelével para a permanência de alguém da rede social e da confiança da mulher junto à mesma, para dar apoio e ajudar a parir.

Durante séculos as mulheres foram assistidas por outras mulheres no processo de parturição. O processo do nascimento acontecia em ambiente familiar, com a participação de pessoas queridas à parturiente. O trabalho de parto, parto e pós-parto, enquanto etapas do processo do nascimento eram acompanhadas no ambiente domiciliar, por mulheres de confiança da gestante ou com experiência reconhecida pela comunidade. Apesar do pouco conhecimento sobre o mecanismo de reprodução e do parto, possuíam conhecimento empírico sobre a continuidade da vida. Os médicos, além de raros, eram pouco familiarizados com o atendimento dessas mulheres. O acompanhamento do nascimento era considerado uma atividade sem valor, tido como um trabalho sujo, relegado às mulheres (BRÜGGEMANN, 2001a; MONTICELLI, 1997).

Até o século XII, devido a fatores de ordem moral, a participação de homens na cena do parto era pouco frequente. Foi no século XVI que houve a introdução dos cirurgiões na assistência à parturiente. Com eles veio também a introdução do fórceps obstétrico e, em consequência, o declínio da profissão de parteira. Conforme refere Gregório (2002, p. 26)

[...] o processo de nascimento e, especialmente o trabalho de parto, sempre foi considerado um evento feminino. A evolução do atendimento ao parto ao longo da história da humanidade nos

aponta para a transformação que esse evento sofreu, sendo inclusive expropriado do domínio leigo doméstico para o domínio profissional-institucional. Contudo, permaneceu sempre como um evento feminino.

Monticelli (1997) argumenta que, no passado, quando o parto era feito exclusivamente em domicílio, ou seja, fora do ambiente hospitalar, a família era envolvida no processo. E não raro, o homem ficava junto de sua companheira, ajudando-a no parto, ou então, alguma mulher da família, escolhida por ela, permanecia a seu lado. Contudo, com o advento do parto hospitalar, passou-se a excluir tais agentes afetivos deste cenário e, como acrescenta Gregório (2002), particularmente, a figura paterna foi praticamente eliminada da cena do parto, no momento do nascimento da criança.

Com o passar do tempo, a medicina foi assumindo o controle da assistência ao parto e tornando um procedimento, um “ato médico” institucionalizado, com o intuito de deixá-lo mais seguro e apropriado para o obstetra, que se tornou então o centro da cena. Esta nova ordem obstétrica acabou por interromper o processo de parir com base na experiência e no conhecimento feminino, afastando do ritual do nascimento vários comportamentos e costumes que antes eram parte integrante do evento, como por exemplo, a adoção de uma posição cômoda e apropriada para a mulher dar à luz, o protagonismo da mesma com relação à *performance* do parto e o afastamento gradativo dos entes queridos do ambiente do parto.

É inegável que os avanços da obstetrícia moderna foram responsáveis, em parte, por uma significativa redução dos índices de morbimortalidade materna e fetal. Através da história pode-se comprovar que as mulheres foram expostas à possibilidade de morrer durante o parto, perder a criança ou sofrer sequelas permanentes.

A imprevisão do parto e de outros processos fisiológicos sempre gerou crenças e costumes para explicá-los e controlá-los. Neste sentido, a definição do parto como evento puramente biomédico, também definiu a forma predominante com que a sociedade moderna passou a se relacionar com o evento. Esses rituais biomédicos e tecnológicos substituíram os tradicionais, como forma de administrar os processos de nascer e de dar à luz.

O Ministério da Saúde (MS) brasileiro confirma a ocorrência deste fato, ao afirmar que

[...] a elevação nas taxas de cesariana para a resolução de um parto é um fenômeno que vem ocorrendo em todo o mundo, embora tenha avançado mais genericamente no continente americano e mais especialmente no Brasil, aonde chega a ser considerada epidêmica. Situações semelhantes enfrentam ou têm enfrentado outros países como Porto Rico, Estados Unidos, Canadá e Itália, além de alguns outros europeus e latinos americanos, que apresentam as maiores taxas de cesárea depois do Brasil, todos superiores de 15% teoricamente recomendados pela Organização Mundial de Saúde (BRASIL, 2003, p. 34).

O modelo de assistência obstétrica encontrado no Brasil, atualmente, é caracterizado por um alto grau de medicalização e de abuso de práticas invasivas. São várias as publicações que apontam que o desenvolvimento desse modelo está diretamente relacionado ao rumo tomado pelo processo de medicalização da sociedade. Mais que refletir a vontade das mulheres e/ou a imposição dos profissionais de saúde, o excessivo aumento das taxas de cesárea no Brasil, em especial nos serviços privados de saúde, dentre outras condutas não adequadas, é consequência da própria lógica do modelo atual de atendimento biomédico ao parto (DAVIS-FLOYD, 1992; DINIZ, 1996; FAÚNDES, CECCATTI, 1991).

Ressalto aqui, especialmente, a questão da cesárea desnecessária, por entender que é um ícone no processo de medicalização do parto através dos tempos, embora tenha a clareza de que há outras condutas e estratégias de igual envergadura, as quais contribuem para assegurar a medicalização neste meio. Apesar de a cesárea ter surgido nos cenários médicos com o pretexto de reduzir as taxas de morbimortalidade materna e perinatal, O MS (BRASIL, 2003) é explícito em anunciar a existência de evidências suficientes que afirmam que esse procedimento desmedido não leva à diminuição sistemática e contínua dessas taxas. Segundo o MS, a associação de causa e efeito entre o aumento da taxa de cesárea e a redução da mortalidade perinatal foi responsável por um pseudocientífico respaldo para o aumento indiscriminado da prática de cesarianas em todo o mundo ocidental, principalmente no Brasil (BRASIL, 2001).

Além da constatação de índices elevados de cesáreas, verifica-se que, na maioria das maternidades, os profissionais que realizam partos adotam uma série de condutas que acabam contribuindo para complicações no trabalho de parto, tornando-os distócicos ou mesmo

anômalos. Ressalta-se, por exemplo, o uso indiscriminado de ocitócicos e estes causam aumento da dor e do desconforto no trabalho de parto; a ocorrência do parto em ambiente desconhecido; profissionais que usam exclusivamente a linguagem técnica para se comunicarem com as parturientes; e, especialmente, a separação das mulheres parturientes de seus companheiros ou acompanhantes. Todas são práticas e procedimentos que contribuem para a desumanização do parto e nascimento.

Serruya, Lago e Cecatti (2004b), em artigo sobre o panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, destacaram que as discussões sobre a humanização tiveram início na década de 70. Mas, apesar de uma postura ainda fragmentada, porém com grande representatividade, em 1985 esta discussão ganhou impulso de absoluta negação ao modelo tecnocrático.

[...] surge um forte e imediato consenso: é necessário "humanizar" o parto e o nascimento. Assim, a proposição da humanização é, acima de tudo, o reconhecimento da autonomia da mulher, enquanto ser humano, e da óbvia necessidade de tratar esse momento com práticas que, de fato, tenham evidências e permitam aumentar a segurança e o bem-estar da mulher e do recém-nascido, respeitando as suas escolhas (SERRUYA; LAGO; CECATTI, 2004b, p. 275).

Essa corrente a favor de uma nova prática obstétrica obteve importante reforço político e técnico, quando a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1996, preconizou condutas de humanização nas situações nas quais a mulher necessita de apoio e acompanhamento. Este procedimento ficou evidente no pré-natal, no pré-parto, na admissão dentro das maternidades, no trabalho de parto, parto e puerpério, sendo que uma das orientações é de respeito à escolha da gestante ao acompanhante (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1996).

Em decorrência de inúmeros movimentos sociais nesta direção, a mulher, por ocasião do nascimento de seu filho, hoje, tem assegurado pela Lei 11.108, de 7 de abril de 2005, a presença de um acompanhante de sua escolha. Esta presença é para que se sinta segura e lhe dê apoio no período de trabalho de parto, parto e no pós-parto imediato (BRASIL, 2005). A Lei aprovada pelo Congresso Nacional e sancionada pelo Presidente da República é fruto da mobilização de diversos setores que trabalham em prol de uma assistência humanizada no nascimento e parto, como a OMS e organizações não governamentais, como a Rede

de Humanização do Parto e Nascimento (REHUNA).

Conforme afirmou Brüggemann (2005), em sua tese de doutorado, os profissionais de saúde possuem receios e ideias pré-concebidas negativas sobre a presença do acompanhante no contexto do nascimento. No entanto, apenas a informação sobre as melhores práticas não é suficiente, pois não é fácil para os profissionais de saúde mudar o modo como eles foram ensinados a pensar e/ou agir. “Precisam ser estimulados e motivados para abandonar práticas que não possuem evidência de benefício e adotar as que possam melhorar a experiência das mulheres com o nascimento” (BETTER BIRTHS INITIATIVE, 2003 apud BRÜGGEMANN, 2005, p. 32).

Portanto, na literatura e na política atual, há inúmeros argumentos a favor da ideia de que a parturiente seja acompanhada e esta prática, comprovadamente, traga inúmeros benefícios à mulher, ao recém-nascido, ao vínculo familiar, à adoção de uma assistência mais humanizada, resgatando o respeito e a dignidade de quem é assistida. Inúmeras têm sido as pesquisas que apontam que as mulheres que dão à luz sentem necessidade de uma companhia amiga, calorosa, humana e familiar. Tal presença tem o poder de diminuir a necessidade, inclusive, de medicamentos que combatem a dor (BRÜGGEMANN, 2005; GREGÓRIO, 2002).

Adaptarem-se às novas condições, conceitos e práticas faz com que os profissionais reflitam suas condutas, melhorem a assistência prestada e trabalhem por um objetivo comum. Seguindo esta ideia, em tese, toda a equipe que faz o atendimento à gestante/parturiente deveria estar preparada para apoiar e respeitar o desejo desta mulher e a sua escolha com relação ao acompanhante, de forma a acolher e humanizar a assistência. Contudo, o que se observa, é que tal “humanização”, tão debatida e divulgada, ainda encontra alguns obstáculos, seja pela inadequação da área física de alguns serviços e instituições, ou ainda, pela dificuldade de aceitação de políticas assistenciais mais respeitosas à condição da mulher, pelos profissionais de saúde que fazem este atendimento.

É importante destacar que o trabalho de parto, ou seja, a etapa do período pré-parto mais próximo do parto propriamente dito inicia com a presença de contrações uterinas em intervalos regulares, aumentam progressivamente com o passar do tempo, em frequência e intensidade. Tais contrações não diminuem com o repouso da gestante, também pelo apagamento (esvaecimento) e dilatação progressivos do colo do útero. Pode ser observada ainda a perda do tampão mucoso e a formação da bolsa das águas, que são indicadores menos precisos do trabalho de

parto, uma vez que existem grandes variações individuais entre esses sinais e o início de trabalho de parto (BRASIL, 2003).

Minha prática como enfermeira tem mostrado que, durante este período, ocorrem sentimentos relacionados com dor, sofrimento, solidão, ansiedades e fantasias, contudo dizem respeito às expectativas do parto em si e também ao estado do bebê. Tudo amedronta a parturiente, resultando muitas vezes em descontrole das situações vivenciadas. Nesta hora, a presença de uma pessoa que a mulher escolheu para estar junto, assegura um melhor bem-estar geral, levando-a a diminuir as sensações de ansiedade e dessa forma amenizam-se as percepções dolorosas. A presença do acompanhante configura-se, também, como uma estratégia para a superação destas dificuldades. Brüggemann (2005) e Enkin et al. (2005) asseguram que nesse momento se faz importante o apoio, pois evidências científicas mostram que o suporte emocional que a mulher recebe ajuda na redução do uso de analgesia regional/anestesia, nas taxas de partos operatórios, na insatisfação das mulheres com o nascimento e, ainda, aumenta o número de partos vaginais espontâneos.

Da mesma forma, no pós-parto, a “nova mãe” necessita constantemente de apoio emocional e de ajuda prática para os cuidados com o recém-nascido. É importante frisar que, muitas vezes, por ser assistida por profissionais desconhecidos, por estar longe de pessoas em quem confia e se sente segura, a mulher pode sentir-se inibida e ter um comportamento diferente com relação ao recém-nascido. Sentimentos como insegurança e incompetência no cuidado com a criança podem surgir, dificultando a formação de vínculos afetivos (ODENT, 2002; ENKIN et al., 2005). Portanto, nesta etapa, o acompanhante também tem um papel fundamental no sentido de proporcionar segurança e fortalecer a autoconfiança da mulher para exercer a maternagem.

Odent (2002), por exemplo, é enfático com relação à presença de um acompanhante da mulher no cenário do nascimento, argumentando que tem repercussões que ultrapassam o momento culminante do parto, uma vez que pode “modificar qualitativamente uma sociedade” (ODENT, 1982, p. 48). Este autor, contudo, dava ênfase ao pai do bebê como acompanhante. Explicava que quando o mundo dos homens não for mais excluído do nascimento, ele deixará de ser um estranho aos vários episódios do ciclo gravídico-puerperal, no momento atual do recém-nascido, bem como no decorrer da vida futura da criança.

Particularmente, como enfermeira atuante na maternidade, eu acredito que é importante incluir o acompanhante em todas as etapas do processo do nascimento, para que compreenda e se envolva

existencialmente com a gestante/parturiente/puérpera, apoiando-a e ajudando a empoderá-la no seu papel de mulher e mãe. Os próprios profissionais de saúde devem entender que o seu papel na atenção ao parto e nascimento, além de assistir a mulher em suas necessidades e cercá-la de cuidados, é de fortalecer o vínculo familiar, permitindo e incentivando a participação de seu companheiro/família neste processo. Portanto, este é um dos principais fatores para se promover a humanização do parto, valorizando os sujeitos e oferecendo a eles o papel de protagonistas, ao invés de alocá-los na periferia da assistência. Contudo, tenho observado que os profissionais que atuam em muitas instituições hospitalares brasileiras não têm tido esta postura assim tão clara e explícita.

Na minha experiência de aproximadamente 18 anos como enfermeira obstétrica, na assistência em uma maternidade do interior do Estado de Santa Catarina, tenho observado evoluções quanto à prática assistencial que ocorreram na instituição. Com o decorrer dos anos foram registradas várias mudanças institucionais importantes na assistência ao parto, as quais abrangem desde adequações de área física, até posturas profissionais no sentido de garantir o cuidado mais seguro e de melhor qualidade, com a visível intenção de respeitar a mulher no seu processo de parir. A sala de pré-parto, por exemplo, que consistia de um pequeno espaço com quatro leitos, não permitindo privacidade à parturiente durante o trabalho de parto e, principalmente, durante os exames obstétricos, recebeu pintura nova, com redução de um leito e a instalação de divisórias entre eles. Também foi adquirida uma “bola de Bobot” para exercícios, um banquinho para o parto, ainda foi instalado um berço aquecido para o recebimento dos bebês que nascem ali, muitas vezes.

Com a saída das parteiras há aproximadamente quatro anos, as enfermeiras obstétricas, entre as quais eu me incluo, assumiram a frente no que diz respeito ao acompanhamento profissional da mulher que é internada na maternidade, desde a admissão até a alta. Dentre as atribuições assumidas destaco o acolhimento à mulher que interna em trabalho de parto e ao seu acompanhante; a luta pela redução das condutas antes rotineiras, como o enema, a indução do parto, o jejum e a tricotomia; a introdução de tecnologias leves de intervenção, como as massagens, o banho para proporcionar relaxamento, a instalação de música ambiente e o incentivo à liberdade de movimentação durante todo o percurso que antecede ao parto; além da assistência direta ao parto vaginal sem distócia. Têm sido realizados treinamentos com todos os profissionais que atuam na maternidade, especialmente, sobre

conteúdos que envolvem acolhimento e presença do acompanhante.

Entretanto, apesar destas importantes inserções, a presença de um acompanhante em todos os períodos do processo do nascimento (pré-parto, parto e pós-parto), nas dependências da maternidade, não tem acontecido, mesmo com o advento da garantia legal (BRASIL, 2005). Ao contrário, este movimento social/legal com relação ao acompanhante no pré-parto, parto e pós-parto imediato, gerou uma série de conflitos entre os profissionais que prestam assistência. As insatisfações são por alegação à falta de infra-estrutura institucional, inadequação da área física, não entendimento dos gestores de que a presença do acompanhante é apenas uma pequena parte no contexto da humanização e, principalmente, pelos profissionais desconsiderarem as evidências científicas da importância desta conduta, baseando suas ações na prática pessoal. Em meu entender, mostra que a Lei do acompanhante não é uma ação isolada, mas está inserida num contexto de outras ações que reforçam a assistência mais respeitosa ao parto e ao nascimento.

Inquieta-me a maneira como os profissionais se comportam diante das mulheres e seus acompanhantes, durante todo o tempo de internação na maternidade, desrespeitando suas crenças, desejos e, principalmente, os direitos com relação ao acompanhamento e participação da família no cenário obstétrico.

Diante de todo o contexto descrito, penso que se faz necessária uma ampla e profunda compreensão sobre os significados atribuídos pelos profissionais à participação do acompanhante nas etapas de pré-parto, parto e pós-parto vivenciados nesta maternidade. Pretendo que os resultados deste estudo contribuam, de modo particular, para a reflexão dos profissionais de saúde que atuam nesta maternidade, cuja finalidade é de oferecer subsídios interpretativos e compreensivos para a identificação de limitações individuais e coletivas que dificultam a implementação efetiva do acompanhante durante todo o processo de nascimento dentro da instituição, bem como para dar direcionamento à delimitação de estratégias que auxiliem na consecução desta prática nas dependências da maternidade. Todavia, de modo geral, os resultados deverão ser úteis para a reflexão de todos os profissionais que lidam com o nascimento em nível hospitalar.

Assim, esta pesquisa teve como questão norteadora: como os profissionais de saúde concebem a presença do(a) acompanhante no pré-parto, parto e pós-parto de uma maternidade pública?

Como objetivo foi almejado identificar e analisar as concepções dos profissionais de saúde de uma maternidade pública quanto à presença do(a) acompanhante no pré-parto, parto e pós-parto.

## 2 REVISÃO DA LITERATURA

Esta revisão narrativa foi realizada por meio de uma incursão na literatura com a análise de publicações científicas, as quais abordam o tema humanização da assistência ao parto e nascimento, nos últimos 15 anos (1994-2008), com o intuito de identificar o estado da arte presente nestas publicações. A estruturação segue os princípios apontados por Rother (2007). As revisões narrativas são apropriadas para discutir o assunto do ponto de vista teórico, e, ou contextual, estabelecer analogias ou integrar áreas de pesquisa independentes, com o objetivo de promover um enfoque multidisciplinar (ROTHER, 2007).

Para isso foram acessadas as bases de dados eletrônicas LILACS, MEDLINE, PubMed e BDEFN. Complementarmente procedi à busca direta nos periódicos indexados que constam nos arquivos da SCIELO (Scientific Electronic Library Online), e no Portal da CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior), além da busca em revistas impressas, artigos que não estavam indexados ou disponíveis online. Esta pesquisa foi realizada no período de dezembro de 2008 e janeiro de 2009.

Foi este procedimento que me oportunizou o encontro de artigos brasileiros publicados nos periódicos de enfermagem, em revistas de obstetrícia e saúde materno-infantil, em periódicos de saúde pública e em Revistas de ciências humanas e sociais, arroladas a seguir: Revista Brasileira de Enfermagem, Revista da Escola de Enfermagem da USP, Revista da Escola Paulista de Enfermagem, Cogitare Enfermagem, Revista de Enfermagem da UERJ, Revista Baiana de enfermagem, Revista Mineira de Enfermagem, Revista Gaúcha de Enfermagem, Revista Latino-Americana de Enfermagem, Acta Paulista de Enfermagem, Revista Texto e Contexto Enfermagem, Revista Eletrônica de Enfermagem, Escola Anna Nery: Revista de Enfermagem, Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste, Revista Eletrônica de Enfermagem, Online Brazilian Journal of Nursing, Revista Ciência, Cuidado e Saúde, Ciência e Saúde Coletiva, Cadernos de Saúde Pública, Revista de Saúde Pública, Physis – Revista de Saúde Coletiva, Interface – Comunicação, Saúde e Educação, Revista Ciência e Saúde Coletiva. Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil, Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, Revista Femina, Revista Estudos de Psicologia (Natal e Campinas), Psicologia Teoria e Prática, Psicologia Teoria e Pesquisa, Psicologia em Estudo (Maringá), Paidéia – Cadernos de Psicologia e Educação, Psicologia e Sociedade Estudos Feministas, Saúde e

Sociedade, e Família, Saúde e Desenvolvimento.

Os critérios de inclusão inicial concentraram-se em torno do assunto “Humanização da assistência ao parto e nascimento”. Na primeira busca às bases de dados foram encontrados 243 artigos, utilizando-se os seguintes descritores na área de saúde: parto, parto humanizado, humanização do parto, humanização, alojamento conjunto, acompanhantes de pacientes, apoio, relação pais-filho, enfermeira obstétrica, cuidadores, maternidade, assistência baseada em evidências científicas; e na área de ciências humanas: apoio emocional, pai acompanhante, trabalho de parto, acompanhantes no parto, direitos humanos, direitos sexuais e reprodutivos e envolvimento paterno. Após a primeira catalogação, visando refinamento da busca, houve novo processo de seleção dos artigos, sendo então usados os seguintes critérios de exclusão ou descarte: a) os que abordavam o parto humanizado, mas envolvendo parteiras fora do ambiente hospitalar; b) os que abordavam a humanização do nascimento, mas apenas citando-a marginalmente, sem, no entanto, ser o foco do artigo; c) os que abordavam a humanização sob o enfoque específico da neonatologia; d) os que focavam o parto humanizado com ocorrência em domicílios; e) os que abordavam o parto humanizado, mas focalizavam as casas de parto ou centros de parto normal não hospitalar; f) os que abordavam o acompanhamento no pré-natal; g) os que abordavam o acompanhamento no contexto hospitalar infantil. Desta forma, para compor a presente revisão, foram considerados ao todo 90 artigos, conforme listagem no **Apêndice A**. A análise criteriosa deste *corpus* propiciou a emergência de três categorias: a) as políticas públicas e sociais relacionadas à assistência ao parto e nascimento; b) concepções sobre humanização do parto e nascimento; c) o acompanhante na maternidade. Embora as descrições realizadas, aqui neste estudo, não esgotem a temática, ressaltam, de modo geral, o estado da arte referente ao assunto, nos últimos quinze anos.

## 2.1 AS POLÍTICAS PÚBLICAS E SOCIAIS RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO

A assistência ao parto e nascimento no Brasil tem sido assunto para uma continuada discussão no que tange à qualidade da atenção prestada e aos princípios filosóficos que apontam para uma

centralização no modelo tecnocrático, medicalizante e hospitalocêntrico (DINIZ, 2005). Diversos profissionais da área da saúde e áreas afins, assim como usuários e formadores de opinião têm apontado para a necessidade de mudanças no paradigma assistencial vigente no país. Estas de forma a incorporar valores humanistas, voltados ao protagonismo dos sujeitos envolvidos e suas famílias, ao respeito aos direitos humanos, bem como à atenção profissional qualificada, que garanta às mulheres, aos homens, às crianças e aos respectivos familiares o exercício saudável dos rituais do nascimento.

De forma geral, a literatura tem apontado inúmeras pesquisas, outros artigos científicos de reflexão teórica e relatos de experiências que avaliam a importância dos movimentos sociais e políticos na consecução do objetivo desta mudança paradigmática de atenção profissional, em direção a novas práticas no atendimento ao parto e ao nascimento. Contudo, de forma particular, contempla à mulher que vivencia o seu ciclo gravídico-puerperal.

As publicações atuais têm sido reiterativas no sentido de que essas “novas” práticas devam proporcionar assistência mais humanizada, favorecendo o “resgate” da valorização da mulher e de sua família, a partir das políticas públicas e sociais relacionadas ao parto e ao nascimento. Como esta categoria temática foi uma das mais frequentemente encontradas na literatura, optei por apresentá-la em dois tópicos ou subcategorias temáticas. Na primeira, descrevo estudos que abordam a contextualização, o ideário e os aspectos históricos relacionados ao parto e nascimento; no segundo, apresento os estudos que avaliam os programas e projetos relacionados ao parto e nascimento.

### **2.1.1 Contextualização, ideário e aspectos históricos**

As publicações brasileiras referentes a esta categoria temática são pródigas em demonstrar as profundas mudanças ocorridas nos últimos tempos, envolvendo o processo de nascimento e parto, particularmente, no que se refere à assistência profissional e à institucionalização. Estas publicações, em forma de artigo científico são, na maioria, do tipo reflexão ou ensaio teórico e revelam os aspectos mais nodais da conformação histórico-social do ideário que sustenta os atuais pensamentos e práticas relacionadas com o movimento de humanização.

Em uma reflexão teórica envolvendo os aspectos históricos da

assistência ao parto, Lima e Siebra (2006) retratam como o parto ocorria em tempos primordiais. Salientam o modo solitário como a mulher vivenciava esse evento, bem como a paulatina participação de outras mulheres mais experientes, em âmbito doméstico, utilizam de tecnologias simples e de fácil acesso para a condução do trabalho de parto. Segundo as autoras, as primeiras referências quanto à assistência por parteiras são descritas no Livro Sagrado, em Gênesis, identificando mulheres como Sêfora e Fuá, como tendo o papel de auxiliares na assistência ao parto. Reforçando que, neste período da história, as referências no que diz respeito “à assistência ao parto eram totalmente subjacentes aos preceitos das influências religiosas” (LIMA; SIEBRA, 2006, p.79). Rememoram, também, que foi somente durante a era hipocrática, em torno de 400 anos a.C., que iniciou a separação entre os preceitos da Religião e da Medicina, o que culminou em termos de conduta tocológica, em uma confiança na obstetrix, na assistência ao parto sem distócia. Isso equivale a dizer que apenas os casos que apresentassem complicações deveriam ser atendidos pelos médicos.

Continuando a situar historicamente o contexto do parto, as autoras fazem menção a marcos importante, particularmente a partir do século XVI, quando iniciou a transferência do atendimento domiciliar-familiar para o recinto hospitalar. Enfatiza que isto contribuiu para a “desumanização” da vivência do parto, já que separava a parturiente de familiares e amigos. Tal postura “livrava” a mesma do controle do parto, além de submetê-la a rotinas e normas, com consequências severas ao aumento do medo da dor do parto, do bebê nascer com problemas, medo da solidão, dentre outros (LIMA; SIEBRA, 2006). As autoras assinalam ainda que a partir do século XX houve mudanças profundas no contexto cultural, político, social e econômico, e estas resultaram em intenso desenvolvimento tecnológico, impulsionando a ampliação de inúmeras práticas, com o intuito de melhorar a qualidade técnica na área da saúde. No entanto, apesar de reconhecido os benefícios desses avanços, questões ligadas aos aspectos psicológicos, sociais e familiares, no contexto do parto, têm sido renegadas ou desvalorizadas (LIMA; SIEBRA, 2006).

As autoras enfatizam que, atualmente, o momento vivenciado na área da saúde da mulher revela o surgimento de novos paradigmas, os quais são influenciados por uma crescente globalização, a envolver os diversos setores da sociedade e, de forma geral, a saúde, em todos os níveis. Com isso há um claro movimento por parte de profissionais de saúde, instituições públicas, entidades de classes e movimento sociais, pois defendem um atendimento humanizado, priorizando o respeito ao

parto e nascimento como um processo fisiológico e singular para a mulher e sua família. Ainda neste sentido, as autoras sugerem que, no âmbito hospitalar, a atenção ao parto tem-se apoiado na moderna tecnologia, com base humanística, demandando a ampliação de relações e interações, resgatando a percepção da parturição como um processo dinâmico que envolve inúmeras dimensões (antropológica, biológica, psicológica, espiritual e social) (LIMA; SIEBRA, 2006).

Lima e Siebra (2006) apontam que nesta investida da reconstrução de um modelo de atenção ao parto é necessário que os profissionais aliem o conhecimento técnico-científico à sensibilidade humanística, a fim de perceberem a relevância da qualidade na assistência prestada na sua integralidade. Dessa forma podem solidarizar-se com as parturientes, durante o período do processo de nascimento e parto, onde emergem angústias e inquietações.

As autoras reforçam que independentemente do local onde o parto ocorra, deveria haver maior interação parturiente/profissional de saúde para facilitar a avaliação do bem-estar físico e emocional da mulher. Desta maneira, os aspectos relacionados à humanização enfatizam, ainda, o respeito ao direito de ter um acompanhante de sua escolha para a redução de medos, de tensões e ansiedades advindas deste processo. Tal procedimento favoreceria a uma experiência significativa na vida feminina, aliada a uma postura que respeite o direito da mulher de participar, “de estar física e emocionalmente presente” (LIMA; SIEBRA, 2006, p.81), de adotar posições que auxiliem e criem mecanismos para integrá-la cada vez mais no seu processo de parturição, através de frequente orientação e apoio.

Recentemente, Gotardo e Silva (2007) publicaram uma reflexão teórica sobre a prática obstétrica à luz do que denominam como um “modelo de relacionamento humano” (GOTARDO; SILVA, 2007, p. 245), onde são apontados aspectos da história da atenção ao parto e ao nascimento, enfatizando o poder que as mulheres tinham sobre os seus corpos, quando eram assistidas por outras mulheres, em seus domicílios, sempre cercadas pela presença de seus familiares e das parteiras. Ressaltam que a rejeição da classe médica pelas parteiras e seu ofício ocorreu por volta do século XVIII, quando a gestação e o parto passaram a ser considerados como fenômenos impregnados de riscos para a saúde da mulher. Então, esta passou a ser a vista como uma estrutura delicada, a partir das descobertas sobre o mecanismo da ovulação. Estes fatos provocaram um apoderamento da medicina sobre o corpo feminino, com o intuito de protegê-lo. O afastamento das parteiras do cenário de assistência ao parto e ao nascimento provocou uma

mudança no papel social que exerciam ao consentir a expressão individual de cada mulher e a sua atuação efetiva no próprio processo de parturição. Diante disso, um novo modelo de atenção ao parto surgiu, provocando o distanciamento da mulher com relação ao profissional, à medida que se delineou o poder e o saber do médico (GOTARDO; SILVA, 2007).

A predominância de o parto hospitalar, a partir do século XX, conforme enfatizam Gotardo e Silva (2007) modelou o comportamento da mulher, que se encontrava inserida neste contexto, configurou o tratamento hospitalar como imerso em normas e rotinas, tornando-o sob o domínio de profissionais, cuja alegação era de representar riscos que necessitavam de controle. Ainda, segundo as autoras, a assistência voltada à mulher, em especial, no período gravídico-puerperal, tornou-se técnico e impessoal, fragilizada na capacidade de articular tecnologia e interação humana, centrada apenas nos conhecimentos profissionais, não levando em conta a protagonista principal do processo, com capacidade de decidir sobre sua pessoa. O parto, ao ser assistido, particularmente, pelo profissional médico, torna-o essencialmente medicalizado, conferindo altos índices de partos cirúrgicos e, principalmente, despojados de “humanização”.

Questões relacionadas à humanização ganharam impulso no início da década de 80, conforme apontam as autoras, com a criação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em 1983, e do Programa de Assistência à Saúde Perinatal, em 1991, ambos do Ministério da Saúde, que visavam à satisfação das necessidades da mulher. Em 1996 a Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), em parceria com o MS e o apoio de inúmeros organismos internacionais, lançou o projeto “Oito Passos para a Maternidade Segura”, com foco na redução da morbimortalidade materna e perinatal e a melhoria qualitativa da assistência obstétrica e neonatal. Gotardo e Silva (2007) salientam que apenas um passo privilegia a humanização na assistência e os demais descrevem condutas técnicas que não oferecem espaço, a fim de que a mulher possa expor suas necessidades de assistência como protagonista do processo.

Gotardo e Silva (2007) apontaram que em 1998 o MS publicou portarias estimulando a assistência ao parto normal sem distócia por enfermeiras obstétricas, visando à autonomia e a renumeração destas profissionais.

Considerando o contexto de institucionalização do parto e analisando os reflexos das práticas assistenciais ao recém-nascido, Gaíva e Tavares (2002), num trabalho teórico-reflexivo, apontaram que

o evento do nascimento é um ato de violência, pois desconsideram valores humanos ao utilizar os avanços tecnológicos e terapêuticos no atendimento ao cliente. Referem que atualmente o uso de tecnologias e da medicalização na assistência obstétrica torna-se cada vez mais presentes e isso se reflete na concepção de que a melhor e mais adequada assistência é a qual adota recursos rotineiramente.

As autoras descrevem as maternidades como “instituições empresariais”, pois possuem domínio sobre as demandas atendidas, decidindo por elas como, quando e por quem será realizado o parto, em que momento, quem terá o contato com o recém-nascido e como devem se comportar todas as pessoas envolvidas. Dessa forma, a perspectiva do modelo biomédico focado no nascimento, principalmente por médicos e enfermeiras, impede que o nascimento seja tratado como evento familiar, cercado de valores, crenças, condutas e experiências pessoais dos indivíduos.

Segundo as autoras, a justificativa para a adoção de novas tecnologias está no fato de apesar do parto e nascimento serem considerados eventos biológico e normal na vida das pessoas, podem apresentar situações de riscos fisiológicos, psicológicos e até mesmo sociais, tanto para a mulher como para o recém-nascido.

Os espaços da maternidade são estruturados de forma a atender as necessidades dos profissionais que ali atuam. Toda a organização do trabalho em saúde tem seu foco centrado no profissional médico e as enfermeiras têm como característica profissional o comando e administração da equipe, do ambiente e dos usuários, cuidando para que as normas e rotinas sejam sempre cumpridas (GAÍVA; TAVARES, 2002).

As autoras observam que as gestantes que realizam as consultas de pré-natal nos serviços públicos não são estimuladas quanto à participação do acompanhante, têm poucas orientações sobre a evolução da gestação e das condições do feto, sempre recebem prescrição de medicamentos. Outro ritual é a admissão da gestante na sala de parto, cuja presença de pessoas significativas não é permitida. Ainda há a adoção de uma série de procedimentos burocráticos e rotineiros (preenchimento de fichas, retirada de pêlos, encaminhamento para banho, vestir camisola e prostrar-se no leito). Não são aceitos por muitos profissionais o questionamento destas condutas e procedimentos que ainda fazem parte da maioria das maternidades em nosso país.

Gaíva e Tavares (2002) apontaram que o nascimento hospitalar transgredir as leis de adaptação lenta a novas condições de vida e a espontaneidade como essa adaptação deve ocorrer. O recém-nascido

também deve ser respeitado como pessoa, com os direitos de uma assistência livre de traumas. Observam ainda, em muitas maternidades há a separação do recém-nascido de sua mãe para a realização de procedimentos e exames, impedindo o contato precoce, o qual favorece a formação de vínculos. Também, estes citaram estudos de psicologia que correlacionam fobias presentes na infância com a separação de sua mãe no momento do nascimento, o que reafirma a necessidade de uma assistência humanizada no parto. A criança passa a ser de propriedade da equipe que adota procedimentos tecnológicos indesejáveis o que torna essa rotina uma “violência/agressão psicológica e emocional ao bebê” (GAÍVA; TAVARES, 2002, p. 134).

Nas situações em que o recém-nascido necessita de reanimação são utilizados procedimentos considerados violentos, por serem dolorosos e traumáticos ou pela relação de domínio simbólico, por decidir pelo outro, mesmo que sejam bem indicados. Outros aspectos apontados como violência ao recém-nascido estão relacionados às rotinas de atendimento no nascimento, como a laqueadura precoce do cordão umbilical, a aspiração das vias aéreas, a instilação ocular de nitrato de prata, e a aplicação de vitamina K. Esses procedimentos estão tão arraigados na cultura dos profissionais que nem sempre são percebidos como tal, tornando-se algo “natural”, até mesmo pela população atendida, mesmo sendo meras rotinas institucionais.

As autoras acreditam que a humanização só irá ocorrer se, além da criação de programas e estratégias, houver a transformação das práticas profissionais, o reconhecimento da mulher e do feto como sujeitos de direitos. Assim, o compartilhamento de experiências e a compreensão do nascimento como um processo fisiológico e natural que valorize a mulher e sua família, como peças centrais do processo.

Wolff e Moura (2004) são autoras enfermeiras e realizaram um levantamento aleatório de textos publicados em bases de dados nacionais, os quais abordavam o processo de institucionalização do parto e a humanização da assistência. Em publicação veiculada por revista de enfermagem indexada descrevem que tais estudos privilegiam a discussão da humanização, em torno do respeito às características e individualidades dos sujeitos envolvidos no processo do nascimento, particularmente, das mulheres. Acentuam que as instituições brasileiras de atenção à saúde vêm, paulatinamente, incorporando este paradigma, ao fortalecer a subjetividade e individualidade das gestantes, parturientes e puérperas.

De modo similar, Moreira et al. (2006), ao desenvolverem um estudo bibliográfico buscando aproximações sobre como a humanização

ao parto vem sendo concebida nas instituições brasileiras, observaram que as mesmas utilizam concepções que envolvem acolhimento, respeito à individualidade, ambiente seguro, presença de acompanhante e redução de tecnologias desnecessárias.

Dias e Domingues (2005) incluem aspectos diversos à humanização, relacionando-os a algumas mudanças que vêm ocorrendo na cultura hospitalar, relacionadas com o modo como a assistência vem sendo desenvolvida. Tanto seja voltada para as necessidades da mulher e sua família, seja para a necessidade de reestruturação da área física, mas transformando em um espaço mais acolhedor e favorável ao desenvolvimento de práticas humanizadoras. Afirmam que mudanças na atuação profissional, de modo a respeitar os aspectos fisiológicos do parto, não interferindo desnecessariamente, reconhecer os aspectos culturais e sociais destes dois eventos contribuem, inclusive, para a formação de vínculos afetivos familiares.

Por outro lado, Diniz (2005) levantou uma multiplicidade de interpretações e significados para o termo humanização, identificando-o, genericamente, como um conjunto de propostas para a mudança nas práticas assistenciais, trazendo ao cotidiano a possibilidade de conceitos novos e desafiadores. Sobre o modelo de atenção ao parto, a autora argumentou que, no Brasil, ainda perdura o modelo dominante, vigente nos países industrializados, desde a segunda metade do século 20, cuja mulher ainda é submetida a uma série de procedimentos, muitos desnecessários.

Tavares e Gaíva (2003) salientaram que os profissionais da área de saúde não levam em consideração a experiência de mulheres na vivência de seus partos, considerando esses conhecimentos como obsoletos, diante da gama de tecnologia disponível nas maternidades, para o atendimento aos partos e nascimentos. No estudo intitulado “Nascimento: um evento pertencente à equipe de saúde”, as autoras confirmam o poder que tem as instituições de saúde na decisão e imposição da vida de mulheres e seus familiares, interferindo no momento do parto, no contato recém-nascido/família e em seus comportamentos.

Quanto aos aspectos históricos e filosóficos da atenção ao parto e nascimento, também foram encontradas algumas publicações que objetivam destacar ou marcar os principais eventos e/ou ações sociais que ajudaram no *turning point* da cultura hospitalocêntrica relacionada ao parto e nascimento.

Um exemplo é o estudo de Silva, Christoffel e Souza (2005), pois fizeram um recorte histórico sobre a assistência materno-infantil no

Brasil. Assinalaram que a década de 1980 foi marcada por inúmeros movimentos sociais, os quais buscaram resgatar a humanização do nascimento e parto. Destacaram a atuação de grupos de profissionais, como os integrantes da Associação Brasileira de Enfermeiros Obstetras (ABENFO), da Organização Não-Governamental Amigas do Parto, e da Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (REHUNA).

Segundo as autoras, tais movimentos foram fundamentais devido a grande preocupação que trouxeram, quanto aos destinos da assistência às mulheres que vivenciavam o ciclo reprodutivo, além de proporem medidas para a melhoria da assistência ao parto e nascimento. Argumentam que um grande avanço na organização da assistência perinatal e neonatal foi à implantação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC) e o PAISM, com os enfoques voltados para ações básicas de redução da morbimortalidade em crianças menores de cinco anos. Elas compreendiam o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento do incentivo ao aleitamento materno e orientação alimentar, após o desmame, assistência e controle de infecções respiratórias, diarréicas e imunopreveníveis e um maior cuidado à mulher no ciclo gravídico-puerperal. As autoras enfocaram que o MS teve dificuldades no processo de implantação do PAISM. No entanto, declarou que em 1998 a saúde da mulher era uma prioridade do Governo Brasileiro, enfocando na saúde reprodutiva todos os esforços para a busca de melhor qualidade da atenção ao pré-natal, ao parto e anticoncepção, com o objetivo de reduzir a mortalidade materna.

Faúndes (1996) apontou em uma reflexão teórica, publicada em revista médica a Conferência Internacional para População e Desenvolvimento. Ocorreu em 1994 no Cairo, como marco histórico para a definição de Saúde Reprodutiva e o direcionamento de ações voltadas para esta área, a partir de premissas que acabam envolvendo a assistência à mulher no processo de nascimento e parto. Este autor enfatizou o conceito de saúde reprodutiva que aborda principalmente a liberdade de homens e mulheres de gozarem de uma vida sexual plena. Destacando o direito de decidir sobre o número de filhos, do momento em tê-los e de terem acesso a informações e métodos de como evitá-los. Mas, principalmente, enfoca o direito de acesso aos serviços de saúde que permitam à mulher a gestação e o parto seguros, cuja criança tenha maior chance de ser saudável.

A publicação de Tornquist (2002) caracterizou o Movimento do Parto e Nascimento no Brasil, ressaltando que o mesmo buscava promover mudanças na assistência, sobretudo no âmbito da saúde coletiva. Nesta publicação a autora relembrou que o ideário do parto

vem passando por uma grande mudança comportamental, desde 1950 até os dias de hoje, protagonizado por profissionais que se destacaram por suas ideias e práticas voltadas a uma visão mais humanista, no cuidado ao parto e nascimento. O exemplo de Frederick Leboyer, Michel Odent e Moysés Paciornick, que desenvolveram experiências concretas de preparação ao parto e incorporaram esses ideais, divulgando-os, no Brasil, a um público composto por classes médias intelectualizadas, mas que também são referências para vários especialistas.

A autora apontou que, na atualidade, o Movimento do Parto e Nascimento têm incorporado as concepções da medicina baseada em evidências. Também faz uma crítica à medicina tradicional pelo uso e abuso de crenças e valores, ou seja, aquela medicina que muitos estudiosos consideram embasada na tradição e em concepções culturalmente ultrapassadas. Tornquist (2002), com esta reflexão, fez uma crítica ao Movimento, dizendo que o mesmo vai à busca de “legitimidade científica, tem a preocupação de produzir de forma crescente, ainda em incipientes estudos de tipo epidemiológico, reforçando a concepção de humanização da assistência” (TORNQUIST, 2002, p. 487).

Seibert et al. (2005) e Moreira et al. (2006), em pesquisas bibliográficas sobre a evolução histórica do conceito de assistência ao parto, identificaram grandes mudanças no decorrer dos séculos. Relatam que, com o passar dos anos, o parto foi se tornando território de exploração masculina, a mulher foi sendo atendida apenas na sua atividade reprodutiva, sem valorização do lado humanístico da assistência. Com a justificativa de diminuir as altas taxas de morbimortalidade materna neonatal, as instituições passaram a adotar o modelo tecnocrático. Estes autores apontam ainda que a prática da cesárea indiscriminada (um ícone do modelo tecnocrático), apesar de contribuir para a queda da mortalidade materno-infantil, tornou-se uma prática que, inclusive, consome recursos do SUS e viola o exercício dos direitos reprodutivos por parte das mulheres, “que se veem incapazes de engravidar, gerar e parir isenta de intervenções médicas” (SEIBERT et al., 2005, p. 250).

Em ambos os estudos é destacado que a posição das mulheres, no processo de medicalização, não foi o de vítimas. Reforçam a ideia de que mulheres de classe social mais alta, por não se permitirem sensações dolorosas de qualquer espécie para terem os filhos, por acreditarem que partos sem a presença do médico era “correr riscos”, passaram a exigir o atendimento exclusivo por parte desses profissionais. Isto, na visão das

autoras, também reforçava o poder aquisitivo dos maridos. Desta forma, o atendimento ao parto passou a ser institucionalizado, com todas as intervenções “pertinentes” a esse ideário.

O recente levantamento bibliográfico sobre a produção científica envolvendo o tema humanização do parto, realizado por Moreira et al. (2006), reflete que a história deste evento mostra uma grande mudança ocorrida na sociedade, iniciando pelo local onde era realizado, ou seja, do ambiente domiciliar para o hospitalar. As mulheres que normalmente atendiam as parturientes eram também mulheres, detinham conhecimento empírico, que as autorizava a auxiliar e também a prover apoio emocional e espiritual, durante todo o decorrer dos rituais do parto. As autoras esclarecem que a partir do século XIX, o parto, ao ser institucionalizado, passou a ser responsabilidade dos profissionais, particularmente, dos profissionais médicos. Ainda neste período se deu o estabelecimento da enfermagem enquanto profissão, assumindo a área de obstetrícia para atuação, incorporando a parteira como membro da equipe de enfermagem, com regulamentação do exercício profissional (MOREIRA et al., 2006).

Essas publicações assinalam ainda que, com a institucionalização do parto, foi adotada uma série de procedimentos e, paulatinamente, foram sendo incorporados à rotina hospitalar, sempre tendo como pano de fundo a justificativa de que os mesmos seriam imprescindíveis para diminuir os riscos de complicações maternas e perinatais (MOREIRA et al. 2006), levando então à compreensão do que hoje se denomina como “medicalização” do parto. Isso também foi apontado por Seibert et al. (2005), ao descreverem o modelo tecnocrático como “medicalizado”, por adotar rotinas rígidas que levam à despersonalização das gestantes e à supervalorização da tecnologia em prol da segurança, durante o trabalho de parto e parto.

Dias e Domingues (2005), tomando como base de análise a compreensão de que o modelo tecnocrático de atenção ao parto e nascimento é extremamente intervencionista, consistindo em eventos eminentemente médicos, avaliaram a inclusão do enfermeiro obstetra na assistência ao parto de baixo risco, como uma medida capaz de reduzir intervenções médicas desnecessárias. Neste estudo evidenciou-se que o parto atendido pelas enfermeiras propiciou um cuidado integral, reduzindo intervenções médicas importantes e com o oferecimento de suporte emocional à mulher e sua família, não sendo, contudo, a garantia de uma mudança no modelo de assistência ao parto de “baixo risco”. Evidenciou-se, ainda, que a equipe médica inicialmente não aceitou a presença da enfermeira obstetra na assistência direta ao parto, e

preocupados com processos éticos e judiciais, assumiram os casos que apresentavam complicações. Posteriormente, a efetivação da assistência ao parto, pelas enfermeiras, se deu por meio da “supervisão” e freqüentes intervenções médicas nas condutas. Essa presença constante dos médicos na assistência prestada pelas enfermeiras possibilitou também a avaliação da eficácia de algumas práticas, como a adoção de posições verticais durante o trabalho de parto e parto, e a adoção de métodos não farmacológicos para o alívio da dor.

Silva, Christoffel e Souza (2005), ao refletirem sobre a história, as conquistas e as perspectivas no cuidado à mulher e à criança assinalam a enfermeira como a profissional mais comprometida e preparada para atuar no processo de cuidar no pré-natal, no parto e no puerpério, sob o prisma da humanização do nascimento. Chegam a sugerir fortemente que alguns programas governamentais específicos, como por exemplo, a proposta do Pacto Nacional para Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, firmada em 2004, envolvendo todos os órgãos de saúde do Brasil, evidencia a “necessidade de um profissional compromissado em oferecer à clientela um espaço para o diálogo” (SILVA; CHRISTOFFEL; SOUZA, 2005, p. 589). Essa discussão, segundo as autoras, possibilitará a identificação de necessidades reais, expectativas e dúvidas para o planejamento e implementação de uma assistência que venha ao encontro da realidade das usuárias nos serviços de saúde.

Pereira e Moura (2008a), em reflexão teórica e crítica abordando as influências da cultura da sociedade industrial, sobre o processo de nascimento e parto, apontam o entendimento do corpo humano como uma máquina engenhosa. Porque o corpo feminino, no ciclo vital, tem sentido de imperfeição e incompletude, pois apresenta uma sucessão de fenômenos fisiopatológicos. Desta forma, a gravidez e o parto são situações predisponentes a problemas que necessitam de ajustes e correções, justificando a instrumentalização do processo de nascimento e parto e determinando-o como hospitalar e tecnológico. Na visão dessas estudiosas, com a intenção de contrapor valores, em meados do século XX, sucitaram a ideia de parto e nascimento como situações ligadas ao prazer e à afetividade. No entanto, culminou com o surgimento do Movimento de Humanização do Parto e Nascimento, na tentativa de resgatá-lo como evento social, afetivo e familiar, trazendo reflexões críticas para promover mudanças significativas no cuidado ao parto e nascimento.

Em outro estudo realizado pelas mesmas autoras (PEREIRA; MOURA, 2008b), são apontadas as relações de hegemonia no conflito

cultural de modelos e práticas assistenciais ao parto vigentes atualmente no país. Enfatizaram que a medicalização do corpo feminino, como forma de ajustamento no processo de gestação e parto, compõe a base ideológica das práticas obstétricas que se utilizam de técnicas e tecnologias. Tais tecnocracias estão presentes nas instituições, pelo uso indiscriminado de rotinas assistenciais e pelo domínio médico e institucional, caracterizado pela cultura que influencia o modelo de atenção. Apesar de haver estudos apontando evidências científicas de que melhoram a assistência obstétrica, muitas intervenções e práticas consideradas danosas continuam sendo adotados nas rotinas assistenciais.

Muitos movimentos sociais surgidos nos anos 60 tinham como foco mudanças de ordem social expressas de forma política, cultural e ambiental. A corrente política lutava contra a exploração, as desigualdades sociais e a opressão, vindo a contribuir para a reforma sanitária e para o movimento feminista. A vertente cultural buscou separar a sociedade de consumo e todas as formas de opressão e violência, colaborando para a reflexão de aspectos relacionados à subjetividade humana, sendo conhecido como movimento contracultura. O terceiro segmento social contribui para discussões acerca da questão ambientalista, pois a utilização de recursos naturais, a partir dos avanços científicos e tecnológicos, passou a ser questionada, refletindo uma crítica à medicalização do parto e nascimento e mostrando a sua interface com o movimento ambientalista.

As autoras reiteram que o paradigma da humanização é resultado de uma reação aos abusos da tecnomedicina, pois busca resgatar uma atenção que respeite e valorize as relações entre profissional e paciente. O enfoque humanista é mais flexível às normas e rotinas hospitalares, permitindo que a mulher em trabalho de parto participe ativamente do processo tendo liberdade para expressar suas opiniões e decidir sobre condutas (PEREIRA; MOURA, 2008b).

A reflexão teórica de Mamede, Mamede e Dotto (2007), por seu turno, também abordou benefícios e repercussões positivas do movimento e das práticas de humanização. Contudo, chama a atenção para o fato de que a qualidade da assistência humanizada à parturiente tem sido um dos maiores desafios da obstetrícia moderna, em razão do aumento da valorização da tecnologia, da medicalização e da intervenção, as quais se sobressaem sobre os valores culturais e à autonomia destas mulheres. O artigo apontou que o principal marco desta “moderna obstetrícia”, no Brasil, ocorreu a partir de 1960, com o ideário da medicalização do parto e do nascimento centrado no modelo

médico intervencionista e curativista, apesar das práticas terem sido adotadas como proposta de melhorar a assistência obstétrica e a condição de saúde materno-infantil. Por outro lado, o marco contrário, ou seja, o ideário de revisão das tecnologias utilizadas no processo de nascimento e parto foi a Conferência sobre tecnologia apropriada para o nascimento e parto. Este evento ocorreu no Brasil, em 1985, promovido pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS) e pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Assim, deram origem à publicação de um documento contendo a classificação de práticas apropriadas, com base em evidências científicas disponíveis, em exemplo das posições maternas adotadas no trabalho de parto, com estímulo as posições não supinas, classificadas como práticas úteis e que devem ser estimuladas.

As autoras realizam uma reflexão crítica contundente ao ideário da medicalização que ainda vigora dentro das instituições brasileiras, as quais tomam a mulher como paciente, sem controle sobre o seu corpo, sua privacidade, individualidade e submissão aos profissionais e seus aparatos tecnológicos. Tal liberdade despersonaliza a mulher como pessoa, além de centrar a assistência em práticas não apropriadas do ponto de vista das evidências científicas (MAMEDE; MAMEDE; DOTTO, 2007).

Outras autoras, como Cecatti e Calderón (2005), ao realizarem uma revisão de evidências científicas sobre as intervenções benéficas durante o parto, para a redução da mortalidade materna. Logo, identificaram que a qualidade da atenção profissional à mulher em seu período gravídico-puerperal representa um dos elementos cruciais para a melhoria dos resultados maternos e perinatais, diminuindo a morbimortalidade. Uma das intervenções benéficas, segundo as autoras, é o parto institucionalizado, associado à atenção profissional capacitada. Referem um estudo em que a existência do profissional capacitado para atendimento em situações de risco, aliado à existência de materiais e equipamentos adequados na instituição, reduziram de 16 e 33% as mortes maternas que ocorriam. No que diz respeito à utilização de parteiras tradicionais, nas áreas rurais, com escassos recursos em saúde de países em desenvolvimento, para atuação na atenção materno-infantil, as autoras destacam importantes iniciativas. Elas citam como exemplo, Galba Araújo, no Estado do Ceará, de promover treinamentos para a identificação de risco e referência adequada aos centros especializados. A proposta consistia em utilizar os conhecimentos das parteiras como auxiliares importantes na identificação de riscos gestacionais e o devido encaminhamento para as maternidades, as quais receberiam, orientariam e tratariam tais casos. Apesar de a ideia ser

interessante para muitos países em desenvolvimento, na prática não houve impacto sobre a redução da mortalidade materna, apesar de os benefícios apresentados por essas práticas à assistência materna, apontados em estudos recentes (CECATTI; CALDERÓN, 2005).

Cecatti e Calderón (2005) apontam ainda alguns estudos que identificam a necessidade de integralização dos serviços obstétricos e de sistemas de referências eficientes para melhorar o impacto sobre a redução da mortalidade materna. Esses estudos sugerem que os investimentos para treinamentos sejam maiores na área materno-infantil e destinado aos profissionais com maior qualificação, por representarem maior impacto na redução da mortalidade. Também assinalam que a medicalização e a instrumentalização do parto não evidenciaram validade ou benefício em gestações de baixo risco. Em contrapartida, as políticas específicas para essa redução, os projetos que aumentam os investimentos na qualidade da assistência, a disponibilidade de serviços maternos gratuitos e de fácil acesso são irrisórios. Somam-se ainda, a ausência de maior número de enfermeiras obstétricas qualificadas para a assistência ao parto e o desenvolvimento de sistemas de vigilância epidemiológica, a fim de prevenir óbitos maternos é apontado como estratégias que diminuiriam a ocorrência de óbitos maternos.

A presença do acompanhante também é identificada por Cecatti e Calderón (2005) como fator que promove o apoio psicossocial. Este é capaz de beneficiar a mulher na redução da necessidade de medicações analgésicas, de partos cesáreos e na diminuição das experiências não satisfatórias do parto, além de promover melhor processo de aleitamento materno e diminuição das depressões puerperais. As autoras pontuam que essas intervenções, quando usadas de forma adequada, ainda que seja difícil avaliar suas repercussões na prevenção de mortes propriamente ditas, com certeza, apresentam resultados positivos para a qualidade da atenção ao nascimento e parto, num contexto humanizado do qual a mulher tem direito.

As publicações aqui levantadas refletem, portanto, o estado da arte sobre a contextualização, o ideário e os aspectos históricos sobre nascimento e parto no Brasil. A maioria dos artigos consultados foi publicada em periódicos de enfermagem, sendo que apenas um foi encontrado em periódico de veiculação médica. De maneira geral, os artigos fazem referência ampla aos aspectos históricos relacionados com o percurso que a atenção ao nascimento e parto teve nas últimas décadas, mostrando as influências sociais e culturais prevalentes em cada marco representativo. Tais aspectos foram abordados em forma de reflexão teórica e contextualizados em relação aos ideários presentes nos

movimentos sociais dos processos de medicalização e também de humanização do nascimento e parto. Além de que as reflexões englobam questões associadas com dimensões técnicas e algumas críticas, em relação ao modelo assistencial vigente em cada época histórica.

### **2.1.2 Avaliação de programas e projetos relacionados com parto e nascimento**

Nesta subcategoria apresento outros aspectos das políticas públicas e sociais relacionadas ao nascimento e parto, presentes na literatura brasileira. Trata-se de estudos que abordam dimensões analíticas em torno de programas e projetos relacionados com parto e nascimento e são adotados por diferentes serviços. Tais análises são ora mais gerais ora mais específicas, não necessariamente voltadas para programas governamentais, mas que envolvem outros projetos de âmbito mais restrito. Optei também por inserir aqui, aspectos relacionados com a análise de intervenções aplicadas em instituições que realizam o parto denominado “humanizado”, também os que avaliam as evidências científicas relacionadas com a atenção ao parto e nascimento no que diz respeito às recomendações de práticas adotadas.

No que se refere ao Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) foram encontrados dois artigos que avaliam o processo de implantação em nível nacional. Este programa governamental, instituído em junho de 2000, foi uma tentativa de resgatar os direitos da mulher a uma assistência de qualidade e humanizada em todo o processo de parto e nascimento, tendo em vista o panorama caótico de atenção ao parto e nascimento no país. A partir da ideia de humanização, o programa apontou como estratégias para o alcance desse objetivo a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal. Segundo os autores dos textos, a avaliação desse programa é um fator importante para verificar fragilidades e propor mudanças que favoreçam a melhoria da qualidade, com melhores resultados para a saúde materno-infantil (SERRUYA; LAGO; CECATTI, 2004a).

Em um primeiro estudo, Serruya, Lago e Cecatti (2004a) realizaram uma avaliação preliminar do PHPN, tendo como referência as informações relacionadas ao período entre 2001 e 2002, através de análise documental e de dados gerados pelo SISPRENATAL, com o objetivo de abordar epidemiologicamente a experiência da implantação

do programa, a partir da sua implantação. Este estudo mostrou que no segundo semestre de 2000, apenas quatro estados haviam encaminhado os termos de adesão, totalizando 55 municípios. No período de janeiro a junho de 2001 foram registradas as adesões de 586 municípios e, no final deste mesmo ano, 2.523 municípios já haviam aderido. Neste mesmo período apenas uma capital não havia aderido ao PHNP, sendo que as regiões Norte e Centro-Oeste tiveram menores percentuais de adesão (4,4 e 14,6% respectivamente) (SERRUYA; LAGO; CECATTI, 2004a).

Com relação ao cadastro de gestantes os autores observaram que, em 2001, os estados do Amazonas e Espírito Santo não apresentaram registros, e os estados com maior cobertura de gestantes foram Paraná, Sergipe e Paraíba. No ano de 2002, apesar da cobertura do pré-natal estar abaixo do previsto, todos os estados apresentaram registros de cadastros de gestantes. Constataram ainda que no primeiro ano de programa, as mulheres cadastradas, na sua quase totalidade, estavam com até 120 dias de gestação, o que representa o cumprimento do critério de captação precoce. Tendo como referência os critérios estabelecidos pelo PHNP, o número de consultas pré-natal deve ser de no mínimo seis. Nos dados levantados apenas 20% das mulheres cadastradas nos dois anos do Programa tiveram seis ou mais consultas, sendo que os estados que apresentaram esse mesmo indicador foram São Paulo, Paraná, Sergipe, Distrito Federal, Goiás e Ceará. Este estudo, segundo os autores, apontou diferenças regionais e estaduais na adesão ao programa e na produção de dados relativos ao pré-natal. De forma geral, avaliando o conjunto de indicadores do programa, percebeu-se aumento considerável nos mesmos, onde a cobertura de mulheres cadastradas teve um aumento de 70% no ano de 2002.

Em outro estudo realizado para avaliar os elementos do processo de elaboração e implantação do programa, os autores constataram que a adesão ao PHNP, enquanto processo organizado da atenção obstétrica no país gerou inúmeros conflitos no que diz respeito à descentralização e à regionalização, nas três esferas de governo. A estratégia adotada para a implantação do programa proporcionou a discussão do panorama de atenção à gestação e ao parto em cada município, revelando fragilidades na capacidade instalada e na distribuição de recursos de média e alta complexidade (SERRUYA; LAGO; CECATTI, 2004b).

Em municípios que priorizaram o PHNP, observou-se que a qualidade da atenção melhorou e a implantação de ações como a visita à maternidade e a participação do acompanhante no momento do parto foram efetivadas. Os autores concluíram que os aspectos relacionados à

humanização que nortearam o programa são percebidos de forma diferente na trajetória da sua implantação. Portanto, carecem ainda de muitas discussões e estudos, principalmente no que se refere à articulação do pré-natal com as instituições que realizam a assistência ao parto e a presença de práticas humanizadoras de atenção ao nascimento e parto.

Recentemente, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2008) publicou um estudo avaliando o PHNP, tomando como base os dois primeiros trabalhos, e apontou que, formalmente, 3.923 dos 5.561 municípios aderiram ao programa em 2002. Com referência às ações preconizadas pelo sistema SisPreNatal, somente 634 municípios apresentavam o registro das consultas com a realização de todos os procedimentos previstos pelo PHNP, no mesmo ano. O número de gestantes cadastradas no período entre janeiro de 2001 e agosto de 2002 era de 316.154 mulheres.

No que se refere aos procedimentos previstos no PHNP, o estudo indicou que os municípios de grande porte apresentaram maior frequência, em decorrência da oferta de serviços existentes, sendo apontada como um elemento facilitador para a concretização do programado. Outro fator importante mostrado no estudo refere-se aos municípios de pequeno porte, apesar de demorarem mais para aderir ao programa e para iniciar os procedimentos, completam o programa em menor tempo que os de maior porte. Os resultados desta pesquisa ainda apontaram: a captação de gestantes ocorre com até 120 dias de gestação; são realizadas no mínimo seis consultas de pré-natal; a primeira bateria de exames é realizada; a maioria das gestantes é imunizada contra o tétano. Como fragilidades do PHNP foram apontadas a falta de integração efetiva entre o pré-natal e o parto, a reduzida realização da segunda bateria de exames complementares no terceiro trimestre de gestação e a escassa realização da consulta de puerpério (BRASIL, 2008).

Conforme citei anteriormente, foram encontrados nesta revisão de literatura, artigos que avaliam projetos isolados de humanização no processo do nascimento. Um exemplo é o estudo de Dawin e Bezerra (2002), o qual avalia o Projeto Midwifery, adotado por uma maternidade vinculada à Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRGN). As autoras relataram que o projeto Midwifery está sendo desenvolvido desde 1997, com parceria entre o Departamento de Enfermagem e a Maternidade-escola da UFRGN e da University of Bristol e University of England, ambas em Bristol, na Inglaterra/UK. Através de um convênio firmado entre a CAPES e o Conselho Britânico para o período

1998/2000. Esse projeto, segundo as autoras, segue uma linha de assistência humanizada, pois respeita o processo de nascimento e parto como natural, sem intervenções de rotinas hospitalares. Portanto, os enfermeiros obstetras podem prestar cuidados à mulher em todos os períodos do ciclo gravídico-puerperal, tanto em nível hospitalar como em nível de ações básicas de saúde. Cabe ao enfermeiro o gerenciamento de cuidados à parturiente que está sob seus cuidados, promovendo ações preventivas e detectando alterações na parturiente ou no feto e, neste caso, deve fazer a comunicação ao profissional médico.

Para a avaliação deste projeto, Dawin e Bezerra (2002) realizaram um estudo descritivo, utilizando o relato de experiência de 16 parturientes, as quais foram observadas no processo de trabalho de parto e parto. Essas parturientes foram divididas em dois grupos, cada um com 8 participantes. O primeiro grupo foi atendido no modelo médico-assistencial vigente, portanto, intervencionista; o segundo grupo foi atendido dentro do Projeto Midwifery. Os resultados desse estudo demonstraram que as mulheres atendidas no Projeto não são mudadas de ambiente por ocasião do parto ou da realização de exames; têm mais liberdade de expressarem seus desejos com relação às posições adotadas no período de trabalho de parto e parto e o local onde desejavam parir; o uso de episiotomia não é rotineiro, sendo realizado apenas quando realmente necessário. Quanto ao uso de métodos não farmacológicos de alívio à dor houve maior preparo e cooperação por parte das parturientes no processo de parir e desta forma a maioria das parturientes referiu não sentir medo do parto. Também foi observado pelas autoras que em nenhum momento as mulheres assistidas neste projeto ficaram sozinhas, sendo que após o parto tiveram a possibilidade do contato precoce com o recém-nascido, “através do toque, do contato pele a pele e da amamentação” (DAWIN; BEZERRA, 2002, p. 731). As autoras constataram que o projeto proporcionou a participação e o envolvimento de enfermeiros, funcionários e mulheres neste processo, o que proporcionou maior satisfação tanto de profissionais quanto das mulheres assistidas, além de o trabalho ter o reconhecimento da equipe médica como uma forma holística, pois proporcionou bons resultados. Sobretudo entre os membros da equipe houve maior comunicação e comprometimento.

No estudo descritivo publicado como relato de experiência, Dawin, Nascimento e Liberalino (1999), tendo como cenário a Maternidade da UFRGN, onde adotou o Projeto Midwifery, citado no trabalho anterior retratou a experiência de um grupo de enfermeiras que mudaram as práticas assistenciais a partir da implantação de ações

fundamentadas neste Projeto. As autoras afirmam que as enfermeiras padronizaram todas as ações prestadas às mulheres no período grávido-puerperal e as organizaram em forma de protocolos de qualidade da assistência. Esses protocolos referem-se à assistência no trabalho de parto normal, no parto normal propriamente dito, no puerpério normal, à puérpera na visita domiciliar e ao recém-nascido na visita domiciliar. Em cada protocolo são descritas as atividades da enfermeira obstétrica, evidenciados os objetivos de cada assistência e enfatizados os conhecimentos que o profissional necessita ter para identificar problemas e tomar decisões. Segundo as autoras, tem um enfoque educativo, uma vez que coloca a mulher como participante do processo de cuidado e na tomada de decisões. Avaliaram que este trabalho tem tido o reconhecimento da equipe médica da instituição, a satisfação dos envolvidos no processo e na assistência, ou seja, tanto profissionais como parturientes, maior sensibilização no atendimento e maior comunicação entre a equipe.

No que tange às normas preconizadas pela OMS foram encontrados dois artigos que avaliam a sua utilização nas instituições de assistência ao parto e nascimento. Um deles, realizado por D'Orsi et al. (2005), buscou avaliar a qualidade da assistência da atenção durante o processo de trabalho de parto, em duas maternidades no município do Rio de Janeiro. Na análise das práticas que devem ser encorajadas, foi observada baixa frequência na deambulação durante o trabalho de parto, pouca estimulação para o aleitamento materno na sala de parto e para a presença de acompanhante. No que refere à frequência do acompanhante foi constatado que, na maternidade pública, dos 224 partos vaginais, apenas em 43 houve a participação de acompanhante; dos 227 partos cesáreos, a presença do acompanhante ocorreu em 38 partos. O mesmo estudo apontou a quase inexistência da presença de acompanhante no hospital conveniado pelo SUS, sendo que dos 224 partos vaginais, apenas dois tiveram a presença do acompanhante, e das 222 cesáreas, também apenas duas tiveram a presença de acompanhante (D'ORSI et al., 2005).

Entre as práticas comprovadamente danosas ou consideradas não efetivas foram realizadas com frequência nas duas maternidades pesquisadas. O enema teve uma utilização em 38% dos partos vaginais ocorridos na maternidade conveniada- contra 17% dos partos ocorridos na maternidade pública. No caso da tricotomia o estudo revelou que o procedimento teve praticamente os mesmos resultados nas duas maternidades, evidenciando ainda que na maioria das gestantes realizava a tricotomia em suas residências. Ainda foram apontados dados

semelhantes quanto à adoção da posição supina e maior incidência do uso de hidratação venosa na maternidade conveniada (D'ORSI et al., 2005).

O estudo indicou que as práticas cujas evidências são insuficientes e devem ser utilizadas com cautela, como a amniotomia, são utilizadas com maior frequência na maternidade conveniada, sendo realizada em mais de um terço de mulheres com partos vaginais realizados nas duas maternidades. Foi apontada a manobra de Kristeller como amplamente utilizada. As práticas, que são consideradas e frequentemente utilizadas de forma inadequadas, foram apontadas com um número de toques vaginais excessivos e episiotomia nas duas maternidades. Identificou, portanto, a utilização elevada de práticas danosas que devem ser eliminadas, também a alta frequência de práticas usadas de forma inadequada. Com relação às práticas que devem ser encorajadas, D'Orsi et al. (2005) apontam que o acompanhante durante o pré-parto e parto é desejado pela mulher, pois representa segurança, auxílio, suporte psicológico e ajuda para cuidar do bebê, principalmente no parto operatório.

Outro estudo, também com o intuito de avaliar a aplicação das ações preconizadas pelo MS para o parto humanizado, foi realizado em um hospital do Sul de Santa Catarina, por Reis e Patrício (2005). Neste estudo com abordagem qualitativa, utilizando a modalidade estudo de caso, 11 parturientes, 11 acompanhantes e 10 profissionais atuantes no centro obstétrico, foram convidados a avaliar a assistência em saúde que acontecia na instituição, caracterizada como de grande porte, com Título de Hospital Amigo da Criança e referência regional para gestantes de alto risco.

As autoras identificaram que na percepção dos profissionais de saúde quanto à assistência ao parto humanizado, o relacionamento e a comunicação interpessoal são condições imprescindíveis e estão atreladas à escuta das necessidades e dúvidas, também nas orientações quanto aos procedimentos. No relacionamento que os profissionais travam com a população atendida é atribuído uma importante maneira de entender as necessidades, anseios, temores e dúvidas, possibilitando a promoção de posturas que favoreçam o bem-estar e a segurança da parturiente, do acompanhante e do recém-nascido. Ainda referente ao parto humanizado estão relacionados o respeito à mulher nas suas expressões culturais e sentimentos, devendo ser tratada singularmente, respeitando inclusive as experiências anteriores. A presença do acompanhante no processo de parto e nascimento também foi apontada como fator humanizante da assistência, pois é entendida como uma

prática capaz de contribuir para a melhoria dos indicadores de saúde e do bem-estar da mãe e do recém-nascido.

A concepção de parto humanizado na visão das parturientes pesquisadas, segundo as autoras, envolvia uma prática profissional acolhedora e carinhosa, além de poder contar com o apoio de pessoas que lhe são significativas. Os acompanhantes, por seu turno, não conseguiam explicitar claramente a definição de parto humanizado referindo, na maioria das vezes, que nunca tinham ouvido falar, mas mostrando que a respectiva presença no parto tem significado cultural-afetivo. As autoras enfatizaram que, na instituição, a presença do acompanhante não era uma prática comum em todos os plantões, e que a “permissão” para esta prática era dada pelo profissional médico. No estudo “apenas três das 11 parturientes obtiveram a permissão para ter a presença do acompanhante” (REIS; PATRÍCIO, 2005, p. 225).

No que diz respeito à assistência prestada ao recém-nascido ficou evidenciado, através das falas dos profissionais e validadas na observação participante, que o pediatra muitas vezes está ausente na equipe e acarreta aos profissionais de enfermagem a necessidade de assumirem cuidados, os quais não lhes competem. Dessa forma, observaram as autoras que essa ausência do pediatra na assistência ao recém-nascido na sala de parto, caracteriza-se como um problema administrativo e não compromete a qualidade da assistência prestada ao recém-nascido.

No aspecto que envolve os recém-nascidos, evidenciou-se que apenas três dos 11 pesquisados tiveram contato precoce com suas mães após o nascimento, contrariando as ações preconizadas pela OMS/UNICEF e MS. Estes estabelecem que o vínculo deva acontecer o mais precocemente possível e é evidenciado como de extrema importância na atenção da saúde da mulher e da criança, por ser uma prática demonstradamente útil, logo deverá ser estimulada. Quanto à amamentação foi constatado que havia orientação, apoio e auxílio para esta prática.

As autoras apontaram que os profissionais elegem como elemento importante, na assistência humanizada, o respeito aos direitos da mulher, porém verificaram através da observação e das próprias colocações de alguns profissionais, que alguns cuidados estavam sendo prestados somente no momento do parto e com qualidade inferior a recomendada pelas diretrizes.

Quanto às práticas elencadas como inibidoras da segurança e do bem-estar, as quais devem ser desestimuladas, destacou o uso rotineiro de tricotomias, lavagem intestinal, toques frequentes e por diferentes

profissionais, imobilização, posição horizontal durante o período de trabalho de parto. Ainda acrescentou o acesso venoso para posterior medicação, ocitócito para acelerar o trabalho de parto, episiotomia e a manobra de Kristeller. Outra prática não recomendada e amplamente utilizada referia-se à administração de Ergometrina® no quarto período clínico do parto, sem que a paciente fosse orientada sobre o uso deste medicamento. Neste sentido as autoras lembraram que todas as condutas consideradas desnecessárias e que apresentam riscos são consideradas violações ao direito da mulher e à sua integridade corporal. Reis e Patrício (2005) destacaram ainda que a ingestão de líquidos não era permitida no centro obstétrico e foi uma das queixas colocadas pelas parturientes relacionadas a este ambiente, onde permaneciam desde a admissão até o momento da alta para o alojamento conjunto.

Outro fator relevante evidenciado no estudo é que muitas parturientes eram deixadas sozinhas em ambiente isolado, aumentando o período de trabalho de parto, com frequentes declarações de cansaço, medo, tensão e dor. Nas manifestações de desespero, os profissionais apresentavam uma postura de limitar a participação ativa da mulher, que acabava por se submeter às prescrições dos profissionais, evidenciando a autoridade da equipe sobre a mulher. Quanto à avaliação das mulheres sobre a assistência recebida foi evidenciado que desconhecem o que é uma atenção humanizada ao parto e o desconhecimento sobre os seus direitos referentes à assistência de qualidade. Neste sentido as autoras enfatizaram que a pouca qualidade no atendimento ao nascimento e parto é um reflexo da pouca qualidade, também expressa no pré-natal, necessitando dar maior destaque nas ações de prevenção da mortalidade materna e neonatal, maior conscientização das mulheres sobre os seus direitos.

Reis e Patrício (2005) avaliaram que a assistência prestada está longe da preconizada pelo MS, configurando uma dinâmica de interações mecânicas entre profissionais e população atendida, focada no ato da parturição, deixando de atender critérios de qualidade exigidos para a segurança da mulher e do recém-nascido. A assistência prestada, em muitos momentos, desconsiderou a identidade própria das parturientes, com seus elementos culturais e afetivos, seus acompanhantes, pois não conseguiu permitir a interação destes com o uso de tecnologias e de rotinas institucionais para favorecer um “ritual do processo de parir e nascer com identidade própria” (REIS; PATRICIO, 2005, p. 228). Contudo, para que as ações de humanização preconizadas sejam aplicadas efetivamente na instituição, há a necessidade de maior sensibilização para a prática na promoção da

saúde, o conhecimento dos profissionais acerca das diretrizes, principalmente o entendimento de que a assistência humanizada, de qualidade é dever do profissional e direito das mulheres.

Pode-se perceber que a produção científica para a avaliação dos programas e projetos relacionados com o parto e nascimento ainda são bastante incipientes, representando lacunas no conhecimento nesta área.

## 2.2 CONCEPÇÕES SOBRE HUMANIZAÇÃO DO PARTO E NASCIMENTO

As diversas concepções sobre nascimento e parto são amplamente discutidas, atualmente, no meio científico, tanto nas ciências da saúde como nas ciências sociais, pois representam aspectos importantes e repercutem nas políticas públicas, principalmente, nas práticas assistenciais. São inúmeros os atores envolvidos, com diferentes atuações, ideias e entendimentos sobre o assunto. Diante das evidências, procurei descrever neste tópico, de que maneira a humanização do parto e nascimento é compreendida e vivenciada. Então, a partir dos sujeitos que mais frequentemente aparecem nas publicações nacionais sobre o tema, ou seja, as mulheres, porque estas vivenciam os diversos períodos do ciclo gravídico-puerperal. Também os próprios autores que publicam os artigos nos periódicos da área social e da saúde, os profissionais que atuam na assistência ao parto e nascimento e os gestores da área têm papel preponderante neste processo.

### 2.2.1 Concepções de mulheres (gestantes parturientes e puérperas)

Para iniciar a descrição sobre as concepções do parto e nascimento humanizados, elenquei artigos que apontavam as concepções de mulheres usuárias dos diversos serviços que oferecem assistência durante todo o seu ciclo reprodutivo. Essas mulheres vivenciam experiências assistenciais no pré-natal, parto e puerpério em diferentes realidades e possuem diferentes concepções sobre o termo humanização.

Tendo como foco a vivência da experiência do parto, Simões e Souza (1997a) realizaram um estudo com abordagem fenomenológica, entrevistando 17 puérperas. Os resultados evidenciaram que, enquanto

parturientes, as mulheres sentem-se inseguras e temerosas no processo de trabalho de parto, pois a partir da entrada na maternidade, elas são destituídas do controle da situação, isto por estarem em um ambiente estranho. A dor foi apontada como a possibilidade de vivenciar o processo de parto, revelando ainda sentimentos de perigo, ameaça e medo. No entanto, no momento do nascimento, a dor é entendida como o final do processo e a possibilidade de ver o filho. Demonstram ainda preocupação com o filho que está para nascer, revelando apreensão com o processo que envolve o nascimento e o bem-estar do filho durante esse período.

Na convivência com os profissionais de saúde no processo de trabalho de parto e parto, apontaram para sentimentos de “deficiência e indiferença” no cuidado que recebem (SIMÕES; SOUZA, 1997a, p. 512). O cuidado é impessoal e mecanizado, voltado para as rotinas hospitalares, cujos profissionais não percebem sentimentos de medo e angústia manifestados pela mulher no pré-parto. A equipe de saúde tem uma postura que não permite à mulher expressar seus sentimentos ou vontades diante das condutas e procedimentos, decidem sobre seu corpo, sua saúde e de seu filho, desvalorizando as experiências e sua cultura. Existe ainda uma preocupação sobre a opinião dos profissionais relacionadas às expressões diante da dor e as decisões tomadas por eles.

As autoras concluíram que o modo da mulher perceber o ambiente hospitalar, principalmente as salas de pré-parto e parto, é diferente dos profissionais de saúde, assim como a experiência vivenciada por ela no seu processo parturitivo. Consideraram a humanização da assistência mais ampla que a utilização de tecnologias, normas e rotinas de atendimento, mas deve haver o entendimento da complexidade da mulher que experiencia o processo de parturição.

Em outro estudo sobre a vivência do parto normal em adolescentes, Silva, Lopes e Diniz (2004) assinalaram resultados semelhantes ao anterior. Foi identificado que a vivência do parto normal em adolescentes é envolta de sentimentos de solidão, caracterizados pelo sofrimento do abandono durante a gestação, pelos pais e companheiros. As autoras assinalaram que as adolescentes atribuem o medo da dor relacionado com a ameaça de morte neste período. No que diz respeito aos profissionais, apontaram para a impessoalidade do cuidado e a imposição de comportamentos estabelecidos, não possibilitando maior interação com as adolescentes, valorizando sobremaneira os aspectos técnicos da assistência ao parto. Dessa forma, as autoras enfatizaram que os profissionais de saúde, no cotidiano assistencial, não têm a sensibilidade de compreender a singularidade do

parto para cada mulher.

Oliveira e Madeira (2002) também estudaram a vivência do parto humanizado sob a ótica de adolescentes. Na pesquisa, entrevistaram 8 adolescentes que tiveram seus partos em um hospital que adota a humanização da assistência como filosofia da instituição, utilizando estratégias que resgatam o aspecto fisiológico e natural do nascimento. As autoras identificaram categorias que permitiram a compreensão das falas relacionadas às experiências vivenciadas. De forma geral, as adolescentes relataram insatisfação com a assistência recebida por parte dos profissionais, porque muitas vezes impedem expressões e reações no pré-parto e interferem na evolução normal do trabalho de parto, contribuindo para a medicalização. Apontaram também para o distanciamento entre os profissionais e as parturientes, que não interagem e não demonstram cuidado verdadeiro, afetuoso e aproximação. São submetidas às rotinas e normas adotadas pela instituição e aos profissionais, sendo que os procedimentos suprimem os sentimentos expressados pelas parturientes. Enfatizaram o sentimento de solidão vivenciado e a necessidade de ajuda nos momentos de dor.

Dos procedimentos a que foram submetidas, o toque vaginal foi apontado como o mais desconfortável e doloroso, demonstrando não entender a necessidade de tal procedimento. Outro aspecto apontado foi com referência a dor relacionada com o medo da morte, os sentimentos de insegurança e aflição gerados pela dor. Ao mesmo tempo em que o pré-parto expressa a dor e o sofrimento, o parto é expresso pelo alívio, alegria e prazer associado ao nascimento do bebê. Após o nascimento as autoras identificaram sentimentos de alívio e prazer por parte das adolescentes, principalmente pelo contato físico com o recém-nascido, que possibilita o estabelecimento de vínculos entre o binômio. Associado a isso, a presença de acompanhante no parto viabiliza um ambiente próximo ao familiar, dando tranquilidade às mulheres e foi percebido pelas autoras como uma forma de “manter o caráter humanizado do parto” (OLIVEIRA; MADEIRA, 2002, p. 138).

O estudo apontou ainda para que as adolescentes fossem estimuladas a adotar uma postura ativa no parto, escolher um acompanhante e adotar posições confortáveis no trabalho de parto e parto. Contaram com suporte psicológico e físico dos profissionais com quem tiveram contato foi proporcionado um ambiente mais privativo com a redução de pessoas estranhas no pré-parto. A referência à doula se fez presente nas falas das adolescentes como alguém que ajudou nos momentos de dor vivenciados no trabalho de parto, as técnicas não farmacológicas para o alívio da dor, as massagens foram apontadas

como um cuidar mais abrangente (OLIVEIRA; MADEIRA, 2002).

As autoras concluíram que apesar de o parto ser um momento singular para as adolescentes, pois estas manifestaram reações e comportamentos parecidos diante desse processo que é culturalmente revestido de medos e tabus. Os profissionais de saúde desempenham um importante papel na humanização da assistência no sentido de adotarem posturas de apoio e de empatia.

O recente estudo de Cavalcanti et al. (2007) também abordou a vivência das mulheres sobre o processo parturitivo. As participantes do estudo apontaram a dor, como um sentimento relacionado ao processo fisiológico do parto, como emoções, vivência deste processo, padrão de vida, aprendizado e vivências. O sofrimento relacionado ao parto foi referido como uma sensação desconhecida, subjetiva e imprecisa.

Macedo et al. (2005), em um estudo sobre a influência do ambiente na dor no trabalho de parto, apontam que a dor do parto é percebida pelas mulheres de forma diferente, pois está diretamente ligada a fatores culturais, características psicológicas e individuais e principalmente com o ambiente onde essas mulheres são atendidas por ocasião do parto. Identificaram que os fatores que provocam aumento da dor, associados com desconforto e medo, estão relacionados aos ruídos do ambiente, às conversas dos profissionais de saúde e outras parturientes, o movimento constante de pessoas entrando e saindo da sala.

Os autores enfatizaram também que as mulheres sentiram-se invadidas em seu corpo e na sua intimidade pela adoção de procedimentos e algumas práticas realizadas pelos profissionais neste período, como a utilização de infusão venosa e o toque vaginal. Também pela observação constante dos profissionais sobre o seu corpo e suas reações. Por outro lado, descrevem que as mulheres que tiveram apoio dos profissionais para a liberdade de movimento e a expressão de suas vontades referiram redução da dor. Outro aspecto identificado como redutor da dor de parto é a “companhia atenciosa e carinhosa” principalmente de alguém significativo, com quem possui vínculos (MACEDO et al., 2005, p. 310). A utilização de banhos e de massagens foram apontados como procedimentos que reduziram a dor, por promover relaxamento e conforto. Concluíram que as mulheres reconhecem os fatores que aumentam e amenizam a dor do processo de trabalho de parto e que cabe aos profissionais de saúde promover um ambiente onde o processo de parturição proporcione uma experiência positiva para a mulher.

Alguns estudos focalizaram a comunicação e o relacionamento

que os profissionais de saúde têm com as mulheres assistidas como forma de humanização da assistência ao parto e nascimento. A experiência da parturição com avaliação da interação entre mulheres e enfermeiros foi o estudo descritivo desenvolvido por Rodrigues, Silva e Fernandes (2006), contou com a participação de 20 mulheres assistidas por enfermeiras, desde a admissão na maternidade até a alta hospitalar. Estas foram acompanhadas por acadêmicas de enfermagem no domicílio. Para essas mulheres, a vivência dos períodos de trabalho de parto e do parto, foi acompanhada por sentimentos de temor do desconhecido, da dor das contrações uterinas e pela incerteza do momento do parto propriamente dito. No entanto, foi apreendido que o temor relatado pelas mulheres foi dizimado pelo apoio que tiveram dos profissionais de enfermagem que contribuiu sobremaneira para aflorar sentimentos de autoconfiança. As autoras enfatizaram que esse suporte afetivo e informativo provido pela equipe de enfermagem e pelas acadêmicas de enfermagem foi capaz de gerar respostas adaptativas positivas nas mulheres, atribuindo ao cuidado oferecido, o status de “humanizado”, por suprir, além do contato humano, a necessidade de carinho, atenção, segurança e aprendizagem.

Outro exemplo de comunicação como forma de humanização da assistência foi o estudo descritivo e exploratório intitulado “parturiente e equipe obstétrica: a difícil arte da comunicação”, das enfermeiras Caron e Silva (2002), teve a participação de 15 parturientes, realizado em dois hospitais públicos do município de São Paulo, com o objetivo de descrever como acontece a comunicação entre profissionais e mulheres assistidas por ocasião do parto. Das entrevistas e observação participante, as autoras destacaram situações onde ocorre comunicação terapêutica e comunicação não terapêutica.

Para as autoras, as mulheres parturientes, por ocasião do internamento para o parto, buscam, em todos os profissionais de saúde, uma forma de apoio e segurança para melhor vivenciar esse momento. No entanto, essa interação acaba, na maioria das vezes, sendo não terapêutica, sendo observado que as enfermeiras são as profissionais que procuram estabelecer, em raras situações, uma comunicação terapêutica (CARON; SILVA, 2002).

Entre as atitudes referidas pelas parturientes e apreendidas como comunicação terapêutica estão o apoio e a presença constante dos profissionais, o estímulo e o encorajamento para a participação ativa da mulher no processo de parto, a orientação sobre o processo vivenciado, a empatia e a comunicação tátil. A comunicação não terapêutica foi percebida pela relação de poder exercida pelos profissionais que

impedem a mulher de ter liberdade para expressar-se e manifestar sentimentos, pela falta de orientações e informações adequadas durante o processo, pela sensação da mulher de ser apenas objeto do trabalho dos profissionais.

Caron e Silva (2002) concluíram que o modelo assistencial ao parto e nascimento, presente na prática dessas instituições, acaba impedindo a participação ativa da mulher por ser reducionista e estar focado apenas na fisiologia do processo. É necessário romper com atitudes consolidadas dos profissionais onde o saber e o fazer diverge do que está sendo preconizado como modelo humanizado do parto e nascimento.

São inúmeros os fatores que interferem nas experiências vivenciadas pela mulher no processo parturitivo. Entre esses fatores estão os culturais, representados pelas crenças e valores das mulheres sobre o trabalho de parto e parto. Bezerra e Cardoso (2006) identificaram a comunicação e o respeito às questões culturais como práticas importantes no cuidado à parturição. Esse estudo etnográfico realizado em uma maternidade de grande porte de Fortaleza buscou compreender quais fatores interferem nas experiências das mulheres no trabalho de parto e parto. As autoras identificaram que o medo foi um fator preponderante nas falas das mulheres. Esse sentimento advinha principalmente de informações sobre o processo de parto e nascimento recebido de pessoas da rede social e familiar da mulher e atribuído ainda à assistência oferecida pela instituição onde o parto foi realizado.

Outros fatores identificados como influentes nas experiências das mulheres no processo de parturição são as crenças em valores religiosos e filosóficos, pois acreditam e se apegam mais fortemente no período gravídico-puerperal. Sobre isto é necessário conhecimento por parte dos profissionais, para poder identificar práticas assistenciais favoráveis a essas mulheres, a fim de que respeitem suas crenças.

As experiências adquiridas em gestações e partos anteriores também foram identificadas como fatores que interferem nas vivências do parto. Salientaram que os profissionais ao assistir à parturiente devem respeitar esses saberes adquiridos, fundamentando o cuidado no diálogo e na interação com a mulher (BEZERRA; CARDOSO, 2006). As autoras sugerem que a relação que os profissionais devem manter com a mulher por ocasião do parto, seja sempre de ajuda para fortalecê-la na sua atuação durante o processo de parturição. Mas também de respeito às experiências advindas de sua cultura, de experiências anteriores e de seus familiares, como forma de melhorar a assistência tornando-o assim mais humanizado (BEZERRA; CARDOSO, 2006).

Tendo como referência a vivência do processo de nascimento e parto na década de 80, Moura e Silva (2004) buscaram, em um estudo de caso, a reflexão sobre a humanização da assistência. Utilizando a técnica da história de vida, as autoras assinalam que foi possível percorrer a evolução do período gravídico-puerperal e associar a esses momentos à assistência recebida, fazendo uma análise crítica da mesma, nos diferentes momentos. A experiência foi identificada como traumática e violenta. Desde o pré-natal que, segundo o relato, não correspondia às necessidades de informação e não promovia avaliação obstétrica adequada, pela ausência de realização de exames rotineiros e deficiências na aferição da pressão arterial. Além de ser cercada por preconceitos e discriminação por parte dos profissionais de saúde. No parto identificaram sentimentos de medo e insegurança, que surgiram em decorrência do abandono dos profissionais, principalmente, da ausência do apoio da rede familiar, apesar de ser solicitado. Sentimentos de medo também ocorreram pelo uso excessivo de medicamentos como a ocitocina, para acelerar o processo de parto, e a realização de episiotomia extensa, sem orientação adequada sobre esses procedimentos.

No pós-parto foram identificados “descuidados” no puerpério, percebeu-se falta de prevenção da infecção hospitalar, pela utilização de curativos perineais sem a devida assepsia, hoje proscritos. Ainda houve ausência de incentivo ao aleitamento materno, com a utilização indiscriminada de substitutos do leite e glicose, ausência de cuidados para o restabelecimento do bem-estar da mulher e orientações básicas acerca da sexualidade, contracepção e retorno ao trabalho. As autoras sugerem que tanto as autoridades como os próprios profissionais de saúde devem participar de forma efetiva e rigorosa a favor de mudanças no sistema assistencial do parto e nascimento, adotando políticas e práticas humanizadas para a redução de violência que ainda impera na maioria das instituições.

Recentemente foi realizado um estudo por Merighi, Carvalho e Suletrone (2007), buscou avaliar o processo de nascimento e parto sob a ótica de mulheres que possuem convênio de saúde, utilizando a fenomenologia social. Os autores identificaram que a experiência da parturição referenciada pelas mulheres que possuem convênios de saúde é diferente das mulheres usuárias do SUS. O parto foi descrito como uma experiência maravilhosa, gratificante, fantástica, sublime e única. No tocante à assistência recebida dos profissionais de saúde foi identificada uma superação das expectativas, pois o atendimento ampliou os sentimentos de acolhimento e respeito, tanto pelas

orientações fornecidas, como pelo apoio contínuo recebido. Outro aspecto associado à qualidade da assistência foi à confiança das mulheres nos profissionais que as assistiram, devido ao conhecimento prévio adquirido durante a gestação. As mulheres puderam contar com a participação e presença do marido em todos os períodos do processo de trabalho de parto e durante o nascimento do filho, o que conferiu maior segurança para a vivência desse evento. Outro aspecto relacionado à qualidade da assistência foi a possibilidade de escolher o tipo de parto que representou para as mulheres dignidade e respeito por suas escolhas. Os autores concluíram que a assistência humanizada ao parto inclui o resgate da mulher na posição central no processo de nascimento e parto, com o respeito à sua autonomia e suas escolhas.

Conhecer as expectativas e percepções de mulheres sobre o atendimento hospitalar durante a parturição foi o objetivo do estudo de Armellini e Luz (2003), realizado em um hospital-escola de Porto Alegre-RS. O estudo considerou o acolhimento como uma expectativa de humanização na assistência. No entanto, os resultados mostraram falta de acolhimento, devido ao modo como os profissionais prestavam a assistência. A mesma é fundamentada no modelo tecnológico e biomédico, ou seja, realizada de modo fragmentado e pouco humanizado, cuja prioridade é os aspectos técnicos e fisiológicos do nascimento e parto, deixando de perceber a mulher como centro da atenção, ignorando suas necessidades inerentes ao processo da parturição.

A forma como as mulheres vivenciam o processo de nascimento de seus filhos também foi objeto de estudo de Nascimento, Santos e Souza (1997). Neste estudo exploratório as autoras, enfermeiras-docentes de uma universidade federal, procuraram identificar componentes do atendimento nas instituições assistenciais ao parto e nascimento que facilitaram e dificultaram a vivência da parturição em mulheres primíparas. O primeiro aspecto identificado, na vivência do início do trabalho, foi o desconhecimento por parte das mulheres dos sinais e sintomas de trabalho de parto. Este fato demarcou orientações inadequadas e insuficientes por parte dos profissionais sobre este período, acarretando nas mulheres medos, inseguranças e dúvidas quanto à qualidade do atendimento prestado pelas instituições e seus profissionais.

Durante o trabalho de parto foi percebido aumento das incertezas sobre o processo, insegurança e medo devido à predominância de uma assistência que expropria a mulher de participar ativamente do processo de nascimento e parto. As rotinas hospitalares reforçam o poder

institucional e separam a mulher de pessoas significativas da rede social e familiar. A vivência do parto foi referida como um momento de sofrimento, porém menor do que concebiam antes da experiência, porque a assistência recebida dos profissionais teve grande influência nesta percepção. A vivência do puerpério, por outro lado, ficou marcada pela sensação de cuidado propiciado pelos profissionais de saúde, apesar de marcadamente biomédico, pelo sentimento de tristeza pelo impedimento da participação da família e da frequente separação de seu bebê. Com esses resultados as autoras sugerem que os profissionais de saúde devem refletir sobre a assistência às mulheres que vivenciam o processo parturitivo, direcionando e refletindo sua prática profissional (NASCIMENTO; SANTOS; SOUZA, 1997).

Outro estudo que procurou refletir o significado da experiência da parturição foi desenvolvido por Simões e Souza (1997), utilizando a fenomenologia, no qual os resultados muito se assemelham com o estudo apresentado anteriormente. Os resultados assinalaram que a partir do momento de sua internação na instituição, a mulher sente angústia e medo aumentados devido ao ambiente estranho e não-familiar que se apresenta. Esse ambiente é cercado de rotinas assistenciais, pois ela perde sua autonomia e fica à mercê dos cuidados profissionais, que invadem seu corpo e não a valorizam como pessoa. As autoras enfatizam ainda que a visão dos profissionais e das mulheres sobre o ambiente hospitalar é diferente, sendo que as mulheres anseiam por um cuidado que respeite suas vontades e seus conhecimentos, no entanto os profissionais não percebem essas necessidades.

Com o intuito de conhecer a opinião das mulheres sobre os cuidados oferecidos durante a vivência do processo de nascimento e parto, Carraro et al. (2006) publicaram um estudo descritivo-prospectivo, multicêntrico, desenvolvido em três hospitais universitários do sul do país. A percepção do cuidado e do conforto recebido e a forma como os profissionais prestam esses cuidados foi diferente nos três locais de estudo. A dor presente no trabalho de parto e parto foi um sentimento constante nas falas das mulheres, assim como o sentimento de alívio após o parto, pelo nascimento do filho. Outro aspecto identificado foi que os profissionais davam pouca atenção às queixas, não demonstravam paciência e desrespeitavam a privacidade das mulheres. Nas ocasiões em que o atendimento da equipe foi percebido como atencioso, observou-se que proporcionou sentimentos de segurança e bem-estar para a vivência desse processo, potencializando o “poder vital” das mesmas (CARRARO et al., 2006, p. 103). A referência de sentimentos ambíguos por parte das mulheres, como

salientam as autoras, está relacionada à falta de controle da situação vivenciada, do processo demorado para a resolução do parto, à necessidade de permanecer internada na instituição, referida como um “castigo”. Acrescentam ainda o medo do desconhecido e a possibilidade da realização de uma cesárea, a solidão e desatenção por parte dos profissionais.

Para as autoras, os dados encontrados nesta pesquisa demonstraram que a assistência prestada nos serviços de saúde à mulher no seu período reprodutivo está longe de ser humanizada, pois persistem momentos de colocarem a mulher num papel secundário, exposta à violência institucional e dos profissionais, ao imporem barreiras para a vivência plena de sua cidadania e de sua sexualidade (CARRARO et al., 2006).

A experiência da parturição também é um tema abordado em outras áreas da saúde, demonstrando a importância do assunto, por se tratar de um fenômeno que traz mudanças, tanto nos aspectos físicos, como emocionais e sociais de quem vivencia. Neste sentido, Lopes et al. (2005) desenvolveram um estudo longitudinal para comparar as expectativas que as mulheres tinham acerca do parto e a experiência vivenciada. As entrevistas foram realizadas em dois momentos. O primeiro ocorreu no terceiro trimestre de gestação; o segundo, durante o puerpério, decorridos aproximadamente três meses do parto. Os resultados encontrados apontam a confirmação de que experiência parturitiva constitui um processo enredado desde a gestação até o puerpério, marcando profundamente a história das mulheres. Mais da metade das gestantes pesquisadas revelaram expectativas negativas relacionadas ao parto. Os sentimentos mais referidos foram o medo da dor e dos procedimentos hospitalares, insegurança sobre a assistência que iriam receber receio da sua capacidade de parir e medo do que o nascimento do filho provocaria em suas vidas. No tocante ao parto, depois de ocorrido, os sentimentos positivos superaram as expectativas iniciais, sugerindo que esta experiência foi melhor do que as mulheres esperavam, apesar da dor referida nas entrevistas, demonstrando que a experiência teve um resignificado para as mulheres. As expectativas com relação a si mesmas foram maiores que com o bebê, uma vez que quem vivencia a experiência é a mulher e o parto é considerado um evento eminentemente feminino.

Outro estudo recente que abordou a humanização da assistência prestada no trabalho de parto na visão das mulheres, utilizando a Teoria das Representações Sociais, foi realizado por Wolff e Waldow (2008). Este estudo contou com a participação de 33 mulheres, as quais

permaneceram em trabalho de parto, no centro cirúrgico de um hospital público do Rio Grande do Sul, por um período mínimo de seis horas. As mulheres atendidas, apesar de elogiarem a assistência recebida, identificaram aspectos relacionados ao não-cuidado por alguns profissionais. Foram representadas pela falta de orientações sobre a evolução do trabalho de parto, pela indiferença, insensibilidade e desatenção relacionadas às manifestações dolorosas das contrações. A utilização pelos profissionais de linguagem técnica para a comunicação com as mulheres, o constrangimento pelo excesso de pessoas circulando no ambiente, durante o trabalho de parto e parto, procedimentos como o toque vaginal, realizado inúmeras vezes foram pontos negativos contundentes.

Segundo as autoras, as mulheres relacionaram o não-cuidado às diferentes condutas e procedimentos adotados pelos profissionais, quando ocorriam as mudanças de plantão. Descreveram sentimentos de abuso de poder por parte dos profissionais e de desvalorização da sua participação ativa no processo de nascimento e parto, também nas decisões sobre a assistência, revelando a relação de poder existente nas interações intra-hospitalares, negando, muitas vezes, a autonomia da clientela para a tomada de decisões. As autoras concluíram que as mulheres assistidas no processo de parto vivenciaram o não-cuidado, a desumanização da assistência e a violência institucional presente no atendimento prestado pelos profissionais. Ainda, essas mulheres, muitas vezes, não se manifestam por questões relacionadas ao medo, principalmente com o que poderá ocorrer com o filho recém-nascido, mas também pela condição de desigualdade, que as impedem de perceber o atendimento humanizado como um direito garantido, não como um favor (WOLFF; WALDOW, 2008).

A assistência durante a gestação e o parto também foi foco do estudo de Rugolo et al. (2004) que avaliaram os sentimentos e percepções de puerperas quanto à assistência prestada num hospital universitário, utilizando um estudo transversal, incluiu 180 mulheres que vivenciavam o período puerperal. Os resultados obtidos, diferente dos anteriores, além de destacarem a importância da qualidade do pré-natal, com a realização de exames de ultrassonografia e cardiocografia, despertaram sentimentos positivos nas mulheres. Foram avaliados como positivos o relacionamento entre a equipe de saúde e as mães. Os autores destacaram também que as mulheres verbalizaram diferentes sentimentos vivenciados nos distintos momentos da assistência, sendo classificados como positivos (emoção ao ouvir os batimentos cardíaco-fetais, amor, felicidade e

responsabilidade) e negativos (medo, ansiedade, insegurança e culpa).

Entre os aspectos positivos as mulheres apontaram o contato com os profissionais (médico obstetra, pediatra e equipe de enfermagem) no esclarecimento de dúvidas, foi um fator importante por proporcionar tranquilidade e principalmente por não perceberem conflitos entre as informações prestadas pelos membros da equipe. Portanto demonstraram que a comunicação efetiva é um dos fatores importantes para as mulheres, contribuindo para a satisfação das suas necessidades e refletindo em uma assistência que atende os princípios de humanização pelas clientes.

A comunicação entre profissionais e parturientes através da escuta e do apoio, durante o trabalho de parto, são considerados fatores importantes de uma assistência humanizada. Rodrigues e Siqueira (2008) realizaram um estudo descritivo para avaliar o efeito dessas condutas em uma maternidade de São Paulo, utilizando a fenomenologia social. As participantes foram 20 mulheres, no período do pós-parto, e 7 doulas que prestaram cuidados como acompanhantes durante o período de trabalho de parto e parto. Entre os sentimentos expressos pelas mulheres, a maioria referiu que a dor estava presente e foi vivenciada como um considerável sofrimento. Outro sentimento apontado foi o medo, relacionado a diferentes motivos, mas com um foco sobre a própria morte ou a do bebê. Solidão, tristeza e choro, foram também sentimentos presentes e atribuídos principalmente pela separação, a partir do internamento, de pessoas significativas para essas mulheres.

Entre os cuidados recebidos neste período, as mulheres fizeram referência de um diferencial na atenção, apontando como de qualidade e de extrema importância o apoio oferecido por todos os profissionais da instituição, principalmente as enfermeiras obstétricas e as doulas, que estiveram presentes em todos os momentos da assistência, de forma contínua. A presença continuada dessas pessoas, acompanhando a evolução do trabalho de parto, ouvindo suas queixas e esclarecendo dúvidas, possibilitou aflorar nas mulheres sentimentos de segurança, confiança, calma e relaxamento, considerados como favorecedores para viver plenamente a experiência da parturição (RODRIGUES; SIQUEIRA, 2008). As autoras concluíram que as relações interpessoais no processo de parto e nascimento, principalmente quando relacionadas ao acompanhamento contínuo da mulher que o vivencia, são recursos de extrema importância por promover redução nos sentimentos negativos expressos neste período, caracterizando uma tecnologia apropriada nos cuidados prestados pelos profissionais.

A parturição é uma experiência única na vida das mulheres,

independente do tipo de parto, poderá deixar marcas profundas, tanto positivas como negativas na vida da mulher. Miranda et al. (2008) realizaram um estudo descritivo para conhecer as representações sociais das mulheres que vivenciaram os dois tipos de parto, o normal e o operatório. Foram selecionadas 10 puérperas com este perfil. Segundo as autoras, a vivência do trabalho de parto para as mulheres foi permeada por sentimentos de dor, ficou registrado de forma marcante e negativa em todo o processo, vindo a ser referido inclusive por aquelas que o haviam vivenciado há alguns anos. As referências sobre a internação para o nascimento dos filhos estavam associadas às lembranças de intervenções frequentes por parte dos profissionais, como toques vaginais, administração de medicamentos, amniotomias e episiotomias, considerados procedimentos intervencionistas e desnecessários.

No atendimento ao parto as autoras identificaram percepções diferentes do atendimento, lembranças de uma assistência humanizada estavam ligadas à forma educada e atenciosa dos profissionais que assistiram a mulher e a sua família. Foi identificado também que, para a maioria das mulheres, a experiência do parto normal foi melhor, comparando com o operatório, atribuindo à preferência devido à melhor recuperação no pós-parto, menores riscos de complicações vivenciados nas duas experiências e pela anestesia utilizada na cesariana. A preferência pela cesariana estava relacionada à dor referida no processo de parto e à possibilidade de realização da ligadura tubária no mesmo procedimento (MIRANDA et al., 2008).

Outro estudo que procurou avaliar a opinião das mulheres sobre a assistência recebida no processo de nascimento e parto foi realizado por Simões, Jesus e Boechat (2007). A pesquisa quantitativa desenvolvida em uma maternidade pública, através de entrevistas com 50 puérperas Identificou que 68% das mulheres foram submetidas à episiotomia, em 60% dos partos foram utilizados medicamentos para a indução do parto, o que se caracterizou como condutas indiscriminadas e podem trazer riscos para as mulheres. Em contrapartida, também encontraram condutas entendidas com humanizadas, como a utilização de berços aquecidos para o recebimento do recém-nascido, logo após o nascimento (100%). O contato precoce pele a pele entre a mãe e o filho (90%) e o estímulo para o aleitamento materno nos casos em que o binômio estava em boas condições para essa prática, dentro da primeira hora após o parto (86%). Foram identificados ainda o respeito à privacidade e à intimidade da parturiente, a possibilidade da presença do acompanhante por elas escolhido, em 88% dos partos conforme preconizado pela

OMS. Na pesquisa não foram encontradas condutas como oferta de líquidos durante o trabalho de parto, utilização de técnicas de relaxamento que pudessem propiciar conforto físico e a possibilidade de adoção de outras posições durante o período de trabalho de parto e parto, que não fosse à supina. As autoras concluíram que a opinião das mulheres é um fator relevante para a implementação de mudanças e avaliações constantes do contexto assistencial, como forma de promover a humanização desse atendimento relacionado com as necessidades da mulher (SIMÕES; JESUS; BOECHAT, 2007).

O estudo realizado por Saito e Gualda (2002) teve como foco a vivência da dor do parto em mulheres atendidas em um hospital-escola de São Paulo. Este fenômeno inerente ao processo de parir foi relacionado com o período da gestação, quando os familiares desempenham um papel importante como informantes sobre o assunto e, principalmente, no papel de acolher e tranquilizar as mulheres com a proximidade do parto. Observou-se que as orientações sobre o processo parturitivo foram pouco enfocadas durante a assistência pré-natal, mas quando houve a abordagem do tema, as informações consideradas relevantes advinham das mulheres da rede familiar ou com laços de amizade, que já haviam vivenciado o parto, salientando somente aspectos negativos da vivência. Dessa forma, ao vivenciarem o seu próprio processo parturitivo, as mulheres enfatizaram sentimentos de medo predominante durante todo o período, decorrente da falta de informações adequadas por parte da rede social e familiar. As autoras destacaram a importância dos profissionais estarem atentos para a mudança na prática assistencial durante o pré-natal, oportunizando maior discussão nas questões relacionadas ao parto e nascimento, principalmente ao processo fisiológico, de forma a diminuir sentimentos de insegurança e medo incorporados nas experiências das mulheres e seus familiares.

Teixeira e Pereira (2006) realizaram um estudo para analisar os aspectos que interferem na vivência de partos normais hospitalares em mulheres atendidas pelo SUS, na cidade de Cuiabá, recordista em partos operatórios no país. As mulheres apontaram que a experiência da parturição está fortemente associada ao medo da morte e à dor do trabalho de parto e parto, sendo reforçada, principalmente pela equipe médica, como um evento cercado de riscos para a mulher e o bebê. Identificou também que a falta de comunicação entre mulheres e profissionais dificulta a prestação de cuidado adequado, pois o conhecimento dos profissionais delimita as atitudes das mulheres, impedindo que se expressem nas suas necessidades. Isto impõe uma

relação de dominação, tornando a assistência desumanizada. As mulheres referiram falta de interação com os profissionais devido a ausência de informação e orientação sobre a evolução do trabalho de parto, sobre os procedimentos e exames a que foram submetidas. Ainda se declararam manipuladas e desrespeitadas na sua dor, tratadas como meros objetos de trabalho dos profissionais, demonstrando um atendimento desumano e impessoal (TEIXEIRA; PEREIRA, 2006).

Com o objetivo de compreender a representação social das puérperas acerca do alojamento conjunto, Soares e Silva (2003) realizaram um estudo qualitativo no hospital universitário da Universidade de São Paulo. Na ocasião participaram 23 mulheres, as quais não tiveram intercorrências clínicas ou obstétrico durante a gravidez, parto e puerpério. Os resultados apontaram que as mulheres ao serem institucionalizadas para a vivência da parturição, sentem-se seguras quando encontram vaga na instituição, mas ao mesmo tempo referiram sentimentos de medo, sofrimento e abandono, quando as normas e rotinas impedem de estarem presentes as pessoas de sua rede familiar e social. Entendem a hospitalização como uma submissão aos procedimentos técnicos e ao domínio do saber e poder dos profissionais de saúde, não encontrando espaço para opinar sobre o cuidado terapêutico utilizada em sua assistência.

As autoras identificaram que a resignificação da hospitalização como um aspecto positivo acontece quando os profissionais oferecem ajuda e apoio para a vivência do parto, para os cuidados com o recém-nascido, quando suas dúvidas são esclarecidas e ocorre o atendimento imediato de suas necessidades. A qualificação da assistência é percebida quando os profissionais são atenciosos, educados e respeitam a mulher, proporcionando uma experiência segura e positiva (SOARES; SILVA, 2003). Desta forma as autoras concluíram que o ponto fundamental da assistência está na relação de ajuda que o profissional de saúde estabelece com a mulher para vivenciar a experiência da hospitalização.

Recentemente foi realizado um estudo para identificar a opinião das puérperas sobre a equipe de saúde, no papel de cuidado e conforto durante o trabalho de parto e parto, por Carraro et al. (2008). Este estudo foi desenvolvido com a participação de 30 puérperas, em três hospitais públicos da Região Sul do país. Entre os resultados encontrados observou-se que o apoio emocional (presença constante durante todos os momentos, ajuda nos momentos difíceis, toque terapêutico e palavras de conforto) proporcionado pela equipe de saúde surgiu como necessário e de extrema importância para a vivência do parto como uma experiência positiva.

Outro aspecto positivo salientado pelas mulheres foi à orientação recebida pelos profissionais sobre a evolução do trabalho de parto e parto, estando disponíveis para o esclarecimento de dúvidas, com o oferecimento de técnicas para o alívio da dor e a estimulação para a participação ativa da mulher durante todo o processo. Entretanto, também foram identificados momentos de “des-cuidado”, onde o abandono e a solidão, em alguns momentos, foram referidos. O conflito de opiniões entre as diferentes categorias profissionais que colocam em dúvida a qualidade da assistência prestada à mulher e sua família no atendimento ao parto também foi referido. As autoras concluíram que a opinião das mulheres sobre o atendimento ao parto e nascimento aponta para um repensar da assistência prestada, que forneça subsídios para outras formas de cuidar e confortar a mulher, colocando-a como protagonista desse processo.

Parada e Tonete (2008) realizaram pesquisa, no interior paulista, objetivando apreender as representações sociais de mulheres sobre a assistência recebida no pré-natal, parto e puerpério. Na avaliação do pré-natal foi possível identificar as fortalezas e fragilidades das relações interpessoais e a qualidade técnica como um fator de humanização da assistência. Entre os aspectos considerados como positivos nas relações interpessoais ficou evidenciada a escuta, a atenção e a cordialidade no atendimento. Como fatores negativos identificaram-se a existência de uma atenção centralizada no processo de trabalho médico. A humanização da atenção do pré-natal foi apontada como presente na possibilidade de disponibilidade de exames laboratoriais e de imagem, atendimento rápido às necessidades e desenvolvimento de ações básicas caracterizando a qualidade na atenção. Na atenção ao parto, a qualidade da assistência estava relacionada ao acolhimento depreendido pelos profissionais no momento da internação. O apoio empático ficou representado pela informação e esclarecimento de dúvidas durante todo o processo parturitivo, a adoção de condutas que promoveram a mulher como protagonista desse processo, através do respeito aos aspectos culturais e sociais. No puerpério as representações estavam relacionadas, principalmente, no cuidado dispensado para as atividades com o recém-nascido, apontadas como positivas as que facilitaram esse cuidado através da ajuda e, como negativas, a ausência de atividades educativas que incluíssem os acompanhantes (PARADA; TONETE, 2008).

Tendo como foco as expectativas das gestantes com relação ao parto, Hotimsky et al. (2002) realizaram um estudo a partir de grupos focais. Participaram 8 gestantes adolescentes no primeiro grupo, 6 gestantes primigestas no segundo grupo e 17 gestantes múltiparas no

terceiro grupo. Nos três grupos houve a preponderância de preferência pelo parto normal, tendo como justificativas a melhor recuperação pós-parto e o medo relacionado ao parto operatório. O parto com fórceps foi associado a um procedimento com maior risco, principalmente para o recém-nascido e, portanto, mais temido que a cesariana. As autoras identificaram que a predileção pela cesariana aparece quando existe associação com a possibilidade de laqueadura tubária, também por motivos de saúde que impedem a realização do parto normal.

Quanto à assistência pré-natal identificaram lacunas na assistência, principalmente nas questões de escuta e de orientações claras sobre o processo parturitivo. A assistência ao parto apontou para temores e angústias que estavam relacionadas com o acesso ao internamento pela falta de vagas, o desrespeito dos profissionais aos seus direitos, a violência institucional e as relações desiguais e de poder estabelecidas entre os profissionais e mulheres que procuram atendimento ao parto. O medo do abandono e da solidão no período de trabalho de parto também ficou evidenciado, demonstrando que o maior temor está relacionado com a forma como serão tratadas pelos profissionais de saúde por ocasião do parto (HOTIMSKY et al., 2002).

As autoras concluíram que apesar da frequente realização dos partos operatórios, sob a alegação de ser este o desejo da maioria das mulheres, este estudo apontou a preferência para o parto normal. Entre os medos desvelados pelas mulheres está a assistência desumanizada recebida por parte dos profissionais e da falta de vagas, retratando a realidade que a maioria das mulheres vivencia na assistência ao parto e nascimento de seus filhos (HOTIMSKY et al., 2002).

O estudo de Santos e Tyrrell (2005) realizado em uma unidade de saúde hospitalar pública do Rio de Janeiro, com 14 puérperas, tiveram como objetivos identificar a percepção de mulheres sobre a assistência recebida no pré-parto e parto, relacionar essa assistência com as determinações da Maternidade Segura. Para a coleta de dados foi realizada a observação livre do setor de pré-parto e parto, com a utilização de um roteiro de acompanhamento e registro de dados norteado pelos oito passos da maternidade segura. A entrevista semi estruturada foi realizada no setor de alojamento conjunto. Os resultados mostraram que a percepção das mulheres quanto à assistência recebida foi de boa qualidade, apesar dos sentimentos de medo que emergiram no momento do parto. No entanto, as autoras identificaram na observação livre, que a assistência prestada nem sempre levava em consideração as necessidades das mulheres relativas aos momentos vivenciados, atribuindo a persistência do modelo biomédico na assistência ao parto e

nascimento dentro da instituição. A presença do profissional de saúde próximo à mulher nos períodos de trabalho de parto, mesmo estando acompanhada por alguém de sua rede familiar ou social, foi identificada como um fator que propicia segurança e deve ser melhorada, como forma de tornar a assistência humanizada. No que tange os passos que caracterizam o Projeto Maternidade Segura, Santos e Tyrrell (2005) identificaram muitas aproximações, ressaltando principalmente o aspecto do direito ao acesso das mulheres à maternidade, com assistência de qualidade e segura.

Outro estudo que também procurou identificar a expectativa das gestantes sobre o atendimento ao parto foi publicado por Dias e Deslandes (2006). As 22 gestantes participantes da pesquisa foram selecionadas por estarem entre o oitavo e nono mês de gestação e por terem vivenciado anteriormente um parto vaginal. Os resultados mostraram que as mulheres desconheciam o conceito de humanização do parto e nascimento, mesmo com a divulgação pelos serviços que prestam a assistência pré-natal, da política vigente para a assistência. De forma geral, avaliaram como positiva a experiência em partos anteriores relacionada, principalmente, ao fato de terem encontrado vaga para o internamento, do atendimento na admissão ter sido ágil e o desenrolar do parto de forma rápida. As mulheres referiram ainda que a atenção recebida por parte da equipe, principalmente da enfermagem, propiciou acolhimento e a sensação de estar bem cuidada. Entretanto, algumas apontaram aspectos de falta de humanização da assistência quando se sentiram sozinhas, durante o trabalho de parto, quando não foi permitido o acompanhamento de alguém de sua rede familiar ou social e que foram expostas à violência verbal por alguns profissionais que prestaram atendimento.

Com relação à gestação atual, as mulheres referiram apoio por parte da família ou do companheiro, sendo um fator importante o suporte recebido neste período. No entanto, a participação ativa destes durante a assistência pré-natal, principalmente nas consultas, foi cercada de inúmeras dificuldades, entre elas o horário que coincide com o trabalho. Os aspectos positivos inerentes à assistência pré-natal apontaram para a facilidade do acesso às consultas, distribuição gratuita de medicamentos prescritos, possibilidade de esclarecer dúvidas e receber informações sobre a gravidez atual. Entre os aspectos negativos estão à demora no atendimento, que pode durar horas apesar de serem agendadas e a forma como são atendidas por alguns profissionais, pois não possibilitam informações adequadas ou atenção esperada (DIAS; DESLANDES, 2006).

Entre as expectativas do atendimento ao parto da atual gestação, identificou-se que as mulheres demonstram desconhecer outras possibilidades de atenção, em comparação àquela recebida anteriormente, predominando a concepção de um atendimento centrado nos profissionais de saúde para a condução da assistência. Neste sentido, a expectativa para o parto é a de que, idealmente, o atendimento seja rápido e eficiente no momento da internação, e que os profissionais atendam de forma educada, cuidadosa e paciente durante o processo de trabalho de parto e parto. Quanto ao parto, esperam que seja rápido como forma de amenizar o sofrimento pela dor das contrações e o desgaste físico e emocional existente. Durante a verbalização de expectativas sobre o atendimento ao parto, somente uma vislumbrou a participação de alguém da sua escolha para prestar apoio (DIAS; DESLANDES, 2006).

O estudo de Griboski e Guilhem (2005) procurou identificar o impacto da política de humanização do nascimento e parto para mulheres e profissionais de saúde. A percepção das mulheres sobre o seu processo parturitivo esteve relacionada a uma vulnerabilidade intensa, que perpassa o individual, o programático e o social. As autoras identificaram que a vulnerabilidade individual está relacionada ao desconhecimento do processo fisiológico do parto, ao papel que os profissionais de saúde desempenham durante a assistência e ao desconhecimento de seus direitos.

A vulnerabilidade programática relaciona-se com a forma que os serviços de saúde estão organizados para o atendimento às mulheres, com o vínculo estabelecido entre os profissionais e a clientela e com as rotinas estabelecidas pelos serviços. Na vulnerabilidade social emergiram dificuldades de acesso aos serviços de saúde, a falta de leitos hospitalares, a reduzida escolaridade e os processos exclusivos, discriminatórios e de enfraquecimento dos grupos sociais.

O estudo possibilitou identificar que as mulheres, ao desconhecerem seus direitos enquanto cidadãs. Os tipos de assistência ao parto desvinculam o poder decisório da assistência recebida, contribuindo para a perpetuação de um modelo biomédico e intervencionista, refletindo também na condição de mulher e parturiente, na sociedade onde é frequentemente submissa e subserviente. Estes desconhecimentos como apontam as autoras, reforça a dificuldade na reivindicação de seus direitos e do poder de escolher e decidir sobre a sua pessoa (GRIBOSKI; GUILHEM, 2005).

O estudo recente de Nagahama e Santiago (2008) teve como objetivo caracterizar a assistência hospitalar ao parto e identificar, a

partir das percepções das mulheres, obstáculos e facilidades para a implantação do cuidado humanizado, em dois hospitais vinculados ao Sistema Único de Saúde do município de Maringá. Para a caracterização da assistência hospitalar as autoras utilizaram quatro indicadores de qualidade para a atenção ao parto e nascimento, que representam mudanças no paradigma tecnocrático para o modelo humanista, recomendadas pela OMS: a) receber informações durante o trabalho de parto e parto; b) utilização de métodos não farmacológicos e não invasivos para o alívio da dor no trabalho de parto; c) presença de um acompanhante de livre escolha da parturiente durante o processo parturitivo e d) contato precoce pele a pele entre a mãe e o recém nascido na sala de parto. Os resultados apontaram que as orientações mais frequentes recebidas pelas mulheres estavam relacionadas à progressão do trabalho de parto, indicação do parto cesáreo e procedimentos rotineiros. Outras orientações desejadas e que ocorreram com menor frequência estavam relacionadas à utilização de métodos alternativos para o alívio da dor, aleitamento materno, liberdade de posição e movimentação, estímulo ao parto vaginal, participação do acompanhante e ingesta hídrica. Segundo as autoras atitudes autoritárias e relações assimétricas entre os profissionais e parturientes foram identificadas como perda de autonomia e de possibilidade de reivindicar seus direitos. Entre as informações recebidas no parto houve destaque para o apoio verbal e não verbal manifestado pelos profissionais.

Nagahama e Santiago (2008) identificam que nos dois hospitais os métodos mais utilizados para o alívio da dor, apontados pelas mulheres foram o banho de chuveiro e os exercícios respiratórios, seguida da massagem com poucas referências, onde a aplicação desses métodos foi realizada por uma pequena parcela de acompanhantes. A presença do acompanhante durante o trabalho de parto foi mais frequente no hospital 1 (78%) do que no hospital 2 (41,6%), onde o pai da criança teve maior representatividade nos dois hospitais e percebido pelas mulheres com maior resistência inicial por parte da equipe de saúde. No entanto, 26,3% das mulheres alegaram desconhecer os motivos de não poder ter acompanhante e principalmente esse direito, garantido por lei. Durante o parto apenas sete mulheres tiveram a presença do acompanhante no hospital 1 e um no hospital 2, justificadas pelas barreiras institucionais e pelo despreparo do acompanhante para estar na sala de parto. Quanto ao contato precoce do recém-nascido com a mãe, os resultados mostram que em 80,8% foi proporcionado, no entanto, com um tempo inferior a 30 minutos. O tipo de parto também influenciou para a realização deste contato. Nos partos vaginais ocorreu

em 5,3% e nas cesáreas apenas em 1,8%, trazendo à tona que na sala de parto dos dois hospitais o modelo tecnocrático se impõe com maior frequência, nas práticas adotadas com relação ao aleitamento materno e à presença do acompanhante. (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2008).

Assim, concluíram que os obstáculos para a implantação da humanização da assistência estão relacionados com o desconhecimento por parte das mulheres e dos acompanhantes quanto aos direitos reprodutivos. Soma-se ainda a atitude resignada das mulheres e respectivo familiares, ausência de orientações e preparo para os acompanhantes, relações desiguais entre profissionais e mulheres, informações deficientes. Também são acrescidos os problemas de estrutura física das instituições, pouco preparo dos profissionais de saúde para o acolhimento do acompanhante, a reduzida participação da equipe multiprofissional na assistência, as rotinas institucionais e práticas profissionais não incorporaram as premissas da humanização e a visão do parto como evento familiar e social.

Os estudos apresentados revelaram que as mulheres têm concepções diversas sobre a humanização do nascimento e parto. Os sentimentos mais frequentes vivenciados são o medo, principalmente da dor e do desconhecido, visto o que o parto é uma experiência única na vida da mulher. Além de desconhecerem outras formas de assistência, são frequentemente expostas ao modelo de atenção vigente no país que desrespeita seus direitos, imprime violência e poder nas relações existentes entre os profissionais. A mulher e a família que vivenciam o processo de nascimento e parto estão alienadas quanto à inexistência de qualidade nas relações humanas. As mulheres desejam uma assistência diferente, mais humana e que as respeite nas suas diversidades.

### **2.2.2 Concepções dos autores**

Nesta subcategoria analítica optei por realizar a inclusão de artigos que versam sobre as concepções que os próprios autores dos textos possuem sobre a temática “humanização do nascimento e parto”. A justificativa para tal inclusão reside no fato da existência de publicações de artigos de ‘ensaio’ ou ‘reflexão teórica’ que não contemplam, exatamente, resultados de pesquisa original, mas apontam direcionamentos teóricos, fazendo circular matérias de caráter opinativo que visam contribuir para o aprofundamento do tema. Estão inseridos, portanto, os que abordam os conceitos de parto normal, parto natural e

parto humanizado e os que apresentam discussões acerca da assistência prestada à mulher e sua família no contexto assistencial atual. Nesta perspectiva também foram incluídos os artigos que foram classificados pelos periódicos como ‘revisão bibliográfica’, mas que, em minha análise, focalizavam apenas as definições, conceitos ou perspectivas teórico-filosóficas dos autores, sem envolver artigos de relato de pesquisa.

Considerando a humanização da assistência, Oliveira e Kruse (2006) realizaram pesquisa bibliográfica, na Revista Brasileira de Enfermagem, no período de 1973 e 2004, de textos que abordavam o tema. Teve como objetivo resgatar as transformações ocorridas em seu significado, através dos tempos e que influenciam as práticas de saúde dos profissionais e as propostas de programas e políticas governamentais. Os resultados mostram que na década de 70 os textos eram voltados para as características do enfermeiro como opositor do modelo hegemônico prevalente na época. A humanização da assistência continha atributos de relacionamento humano imbuídos de amor, compreensão, dedicação, respeito, com valorização do indivíduo como um todo; características consideradas essenciais para a enfermagem, enquanto profissão. Na década de 80 a 90 ampliam-se os sentidos definidores da humanização, dando ênfase as relações profissionais e de ambiente de trabalho, a motivação da equipe, a sistematização da assistência, a incorporação do processo de enfermagem para o cuidado com embasamento técnico-científico, o entendimento das ciências sociais e humanas, o cuidado inserindo a família e o acompanhamento domiciliar.

A partir de 2000, os enfoques dados para a humanização da assistência, além de agregar os significados mencionados, incorporaram outros, como a comunicação interpessoal, assistência pautada na teoria humanística, o reconhecimento do paciente como sujeito de direitos, a participação dos usuários na elaboração de políticas públicas de saúde. Também houve a adoção de métodos alternativos para a assistência, o acesso aos serviços de forma mais abrangente, o reconhecimento de todos os profissionais como importantes para a sua efetivação. Passou a contar com a introdução de novos modelos administrativos e gerenciais, a sensibilização dos atores envolvidos na assistência e investimentos com propósito de melhorar a qualidade da assistência e dos programas de atenção à saúde. As autoras concluíram que os discursos sobre humanização a partir do surgimento de novas significações não excluem as anteriores, pois são delimitadas por inúmeras relações estabelecidas entre instituições, sistemas econômicos e sociais, modelos

comportamentais entre outros (OLIVEIRA; KRUSE, 2006).

Na revisão de literatura realizada no período de 1984 e 2005, Almeida et al. (2005) procuraram refletir sobre as concepções de diversos autores sobre a assistência ao parto e nascimento e sobre o modelo assistencial vigente, ainda hoje, na maioria das instituições que assistem a mulher no período gravídico-puerperal. Referem que na opinião desses autores a humanização da assistência ao parto e nascimento está diretamente relacionada com o respeito à fisiologia do processo de nascimento e parto, o respeito às mulheres na sua individualidade e necessidades, imbuídos de sensibilidade, respeito e solidariedade por parte dos profissionais que prestam o cuidado. Apontam ainda para a promoção de um ambiente seguro e acolhedor, que possibilite a participação de um acompanhante, utilizando intervenções apenas quando estritamente necessárias. Outra concepção de humanização, segundo as autoras, está relacionada à adoção das recomendações da OMS, que enfatiza o parto vaginal; o aleitamento materno e o contato precoce entre o binômio; a adoção do alojamento conjunto; a presença constante do acompanhante; eliminação de práticas intervencionistas para o parto; utilização de métodos alternativos para o alívio da dor e uso criterioso de medicamentos para indução de parto.

A revisão feita por Moura et al. (2007) em artigos publicados nos periódicos de enfermagem, que abrangeu o período de 2000 e 2007, teve como objetivo identificar a produção científica na área sobre a humanização da assistência ao parto e nascimento. Esse levantamento proporcionou a identificação de duas concepções sobre a atenção ao parto normal. A primeira focalizava-se na idéia de que o modelo de atenção ao parto é tecnocrático, predominando a visão deste evento como sendo de risco, necessitando sempre da atuação do profissional médico para a resolução do parto e demandando a utilização de recursos tecnológicos de ponta para a resolução do mesmo. A segunda expressava uma perspectiva mais humanística, direcionada para a atuação da enfermeira. Esta modificou o contexto assistencial a partir do respeito à fisiologia do parto, a redução de intervenções desnecessárias, o reconhecimento da mulher nos seus aspectos sociais e culturais, também o respeito ao direito que a mesma possui a uma assistência humanizada e de qualidade.

Tendo como foco um modelo de assistência ao parto e nascimento voltado para a humanização do parto, Machado e Praça (2004) publicaram uma reflexão teórica sobre este tema. As autoras são enfermeiras de um centro de parto normal intra-hospitalar em Itapeverica da Serra-SP, que adotou as recomendações da OMS. As

autoras partiram do pressuposto de que os projetos de assistência ao parto, na perspectiva da humanização, tentam resgatar a privacidade e a dignidade da mulher no processo da parturição. Nesta abordagem é necessário que os profissionais de saúde despojem-se dos valores incrustados na própria cultura de formação profissional e coloquem em prática uma atuação que englobe os muitos saberes em torno do parto e do nascimento. As autoras são enfáticas ao referirem que a humanização requer interesse e compromisso com o outro, troca de conhecimentos e informações e, principalmente, a existência de relações interpessoais entre profissionais, clientes e acompanhantes.

O modelo humanizado de assistência à mulher e sua família deve ser permeado pelo acolhimento, com empatia e respeito às suas concepções, prioridades e necessidades. Acreditam que a expressão “assistência humanizada” deva ser substituída por “assistência centrada nas necessidades da cliente”, por estar baseada na valorização de aspectos individuais. Apontam ainda que na assistência centrada nas necessidades da cliente são enfatizados o respeito à autonomia e liberdade de escolha da mulher em diferentes aspectos, o fornecimento de informações claras e esclarecimento de dúvidas constantes e o respeito aos aspectos culturais de cada mulher e seu acompanhante (MACHADO; PRAÇA, 2004).

Buscando fundamentar antropológicamente a questão da humanização do parto, Nogueira (2006) publicou uma reflexão teórica utilizando o referencial de estudiosos em religião, acrescentando uma visão não médica ao debate. Lembra que, culturalmente, o parto sempre foi entendido como sagrado, rodeado por mitos, regras e rotinas, da mesma forma que a obstetrícia é compreendida com “procedimentos, protocolos e tecnologia de ponta” (NOGUEIRA, 2006, p.123). A autora enfocou que o parto enquanto “sagrado” guarda mistérios e perigos, tendo, portanto, inúmeros rituais que o cercam. Esses rituais são realizados pelos profissionais de saúde, que possuem conhecimento e habilidade, além de aparatos para conduzir o parto, afastando-os cada vez mais das mulheres que são atendidas. Esses rituais em torno do nascimento são frutos da evolução da humanidade na busca de uma assistência mais segura para o nascimento e parto. Assinala que a humanização ocorre a partir do momento em que novos rituais são agregados para a obtenção do poder benéfico do parto, abrangendo amplas e diferentes dimensões (simbólicas, espirituais, fisiológicas e materiais), sempre respeitando a individualidade de cada pessoa.

Atualmente a obstetrícia brasileira está inserida num contexto onde a assistência à mulher é envolvida pela falta de qualidade nas

informações e em interesses dos profissionais de saúde e instituições. A formação dos profissionais consiste numa abordagem tecnicista que absorve inúmeras tecnologias e protocolos. Em face deste contexto, a autora recomenda que os profissionais de saúde que incorporam e lutam pela humanização do parto devem desenvolver características que permitam perceber o parto de maneira holística, para promover uma experiência plena, segura e satisfatória deste fenômeno.

### **2.2.3 Concepções dos profissionais de saúde**

Nesta categoria apresento textos referentes às concepções de humanização dos profissionais de saúde relacionados com a atenção ao nascimento e parto. São textos que englobam desde a formação de recursos humanos voltados para a atuação na área da obstetrícia até os que abordam concepções de profissionais que atuam a algum tempo na assistência. Estes vêm acompanhando as mudanças nas políticas públicas e cujo tema passa a ser discutido amplamente no contexto assistencial como proposta de mudanças nos modelos assistenciais. Entre os trabalhos descritos nesta categoria estão focados as concepções dos profissionais de enfermagem e de medicina que atuam na assistência à mulher.

O estudo de Hotimsky e Schraiber (2005) apresentou uma proposta de reflexão sobre a humanização do parto na formação em obstetrícia na área de medicina. O estudo foi realizado a partir do acompanhamento de um curso oferecido pelo Departamento de Ginecologia e Obstetrícia de uma faculdade de medicina de São Paulo. Este propõe a realização de visitas pelos alunos a hospitais com propostas de humanização da assistência, posteriormente, propiciam discussões sobre o tema. A partir da experiência vivenciada, comparada com o modelo de atenção vigente no hospital-escola e com o ideário de atenção humanizada proposto pelos professores. As autoras apontaram que no referido curso as temáticas com enfoque social na atenção à saúde acabam sendo percebidos pelos alunos como de menor importância, conforme observado nas aulas de Saúde Integral da Mulher, onde ficou caracterizada a valorização à competência na formação com concepções menos abrangentes da dimensão social.

Na perspectiva de humanização, os alunos identificaram que o termo está vinculado às relações existentes entre os diversos atores envolvidos na assistência e as medidas assistenciais adotadas. Outros

apontaram que a humanização engloba o respeito e o cuidado dispensado pelos profissionais às mulheres por ocasião do parto, extensivos a seus acompanhantes e aos recém-nascidos. Também focalizaram o ambiente notadamente diferente do hospital-escola, onde além da ordem e limpeza, chamou a atenção o mobiliário que descaracterizava o ambiente como hospitalar. Com relação aos métodos alternativos para o alívio da dor, observou-se que os alunos demonstraram certa incredibilidade de que surtam efeitos positivos. Chama a atenção para a concepção de que a anestesia ou analgesia seria um método mais eficaz para esse objetivo, caracterizando a persistência num modelo de atenção intervencionista, demonstrando, que na concepção da medicina, a humanização da assistência está relacionada diretamente ao acesso à analgesia (HOTIMSKY; SCHRAIBER, 2005).

As autoras referem que existem muitos embates acerca do tema humanização na formação dos profissionais médicos e que, nesta discussão, emerge principalmente o seu campo de competência na assistência à mulher no processo de parto. Como existem diversas correntes de pensamentos sobre o que é humanização da assistência, a formação do pensamento crítico e o desenvolvimento da capacidade de tomada de decisões na formação dos profissionais acaba sendo dificultada. Também aponta frequentemente para a adoção de protocolos assistenciais fixos, que não consideram as diferenças individuais das mulheres assistidas, entendidos como sendo o que apresenta maior benefício tanto para as mulheres como para os profissionais (HOTIMSKY; SCHRAIBER, 2005).

Outro estudo que aborda a formação de recursos humanos para o atendimento à mulher no processo de nascimento e parto é o de Schirmer (2006), que faz uma reflexão acerca das mudanças curriculares no ensino da enfermagem. A autora afirma que a formação em enfermagem, no atendimento às mulheres no período gravídico-puerperal, segue ainda o modelo da biomedicina, onde a medicalização e o tecnicismo são freqüentemente estabelecidos. Neste sentido, a formação de recursos humanos em enfermagem tem o grande desafio de absorver a associação da habilidade técnica com a competência social, para a promoção de profissionais capacitados para a assistência integral à mulher, que respeite os seus direitos e promova a humanização da assistência.

No que diz respeito à formação dos profissionais que assistem a mulher no processo de nascimento e parto, Riesco e Tsunehiro (2002) realizaram uma reflexão sobre as transformações ocorridas desde a criação dos cursos de parteiras, ligadas às escolas de medicina até a

atualidade, com os cursos de especialização em enfermagem obstétrica. Identificaram a existência histórica de dois programas educacionais: o europeu e o americano, seguidos em todo o mundo inclusive no Brasil. No primeiro, os cursos de obstetrícia são anexos às escolas de medicina e de enfermagem e o segundo, apontados como uma tendência mundial, a habilitação em obstetrícia entendida como uma especialidade da enfermagem.

As autoras enfatizam que em virtude do contexto assistencial brasileiro ao parto e nascimento, onde predominam altas taxas de cesariana e elevada morbimortalidade materna e infantil a capacitação dos recursos humanos tem ganhado destaque nas discussões e debates, gerando inúmeras propostas alternativas que possam reduzir a crise na assistência obstétrica. Neste sentido, desde 1999, através convênios com universidades e secretarias de saúde do país, o Ministério da Saúde vem financiando cursos de especialização em enfermagem obstétrica, constituindo-se um marco nacional na área de formação de recursos humanos e onde apontam que em três anos, aproximadamente 1090 enfermeiras foram capacitadas. Outra proposta que vem sendo discutida é a criação de um curso de graduação em obstetrícia onde os aspectos fisiológicos, emocionais e socioculturais do processo reprodutivo ganhariam ênfase, contribuindo para as transformações do modelo assistencial vigente. (RIESCO; TSUNECIRO, 2002).

Em uma investigação descritiva educacional, Sacramento e Tyrrell (2006), procuraram descrever as propostas curriculares de dois cursos de especialização em enfermagem obstétrica financiados pelo Ministério da Saúde, no Rio de Janeiro e analisar os relatórios dessas experiências. Nas questões relacionadas às propostas curriculares identificaram que nos dois cursos houve cumprimento dos critérios definidos pela ABENFO e pelo Ministério da Saúde. Assim incluíam a descrição do problema, os objetivos do curso, carga horária total, duração do curso, seleção da clientela, número de vagas, metodologia, quantitativos de experiências e atividades curriculares, qualificação e número de docentes e a definição do título a ser outorgado.

Com relação às atividades assistenciais, as autoras identificaram que uma das dificuldades referidas pelas alunas, foi falta de autonomia durante a sua atuação no parto sem distócia. Outro aspecto ressaltado foi à predominância de uma prática intervencionista e medicalizada nos cenários de atuação prática, pois a presença excessiva de outros estagiários, de áreas afins, comprometia a qualidade assistencial pela redução de oportunidades de aprendizagem e de prática. Apontou também a necessidade de mudanças no paradigma assistencial que

respeitem a mulher como sujeito ativo, autônomo e livre no processo de parto. Na avaliação das coordenadoras, foi identificada a necessidade de reformulação do curso no sentido de propiciar conhecimento amplo e fundamental na área obstétrica, utilizando metodologias e referenciais teóricos dentro de um modelo assistencial humanizado que respeite o processo fisiológico do parto (SACRAMENTO; TYRRELL, 2006).

Alguns profissionais entendem a humanização da assistência à mulher como um processo que perpassa pela formação de recursos humanos, principalmente rompendo barreiras com o modelo assistencial biologicista vigente, tanto na assistência, como no ensino. Nesta perspectiva, Vargens e Progianti (2002) realizaram um estudo, apresentando algumas estratégias de ensino da enfermagem na saúde da mulher, que são adotadas em uma universidade do Rio de Janeiro, visando a desmedicalização da assistência de enfermagem na saúde materno-infantil. Conforme avaliam as autoras, a desmedicalização do currículo e dos programas de enfermagem propiciou o estabelecimento de relações menos assimétricas entre os profissionais de saúde, através da instrumentalização das enfermeiras e de práticas assistências comprometidas com o envolvimento dos sujeitos da atenção na área de gineco-obstetrícia. Dessa forma, passaram a discutir o referencial médico utilizado de forma crítica e de denúncia à dominação, a utilização de saberes femininos que fundamentavam o cuidado de enfermagem, a implantação de estágios em hospitais que prestavam assistência às mulheres e o fortalecimento da identidade da enfermeira obstétrica. Tudo através da introdução da história da obstetrícia sob o ângulo da enfermeira e da parteira. Com essas mudanças foi sendo criada a identidade de uma enfermeira obstétrica comprometida com a assistência humanizada, menos opressiva e mais solidária para com a clientela assistida (VARGENS; PROGIANTI, 2002).

Os profissionais da saúde, independente da sua formação apresentam diferentes percepções sobre o que é humanização da assistência ao parto e nascimento. Marque, Dias e Azevedo (2006), em um estudo com profissionais de enfermagem que atuam na sala de parto, na assistência a mulheres, em duas maternidades públicas do Rio de Janeiro, confirmam a existência dessas diferenças na percepção sobre o tema. As autoras apontam que o entendimento do parto humanizado pela equipe de enfermagem da maternidade é entendido como aquele que não sofre nenhuma intervenção, seja técnica ou medicamentosa. Para essas profissionais o aspecto da humanização está relacionado à assistência pré-natal, quando componentes como a atenção qualificada, as orientações e os esclarecimentos estão presentes. Entre as práticas

consideradas humanizadoras estão o parto sem manobras, o apoio para a amamentação e a orientação no pré-natal.

As profissionais de enfermagem de uma casa de parto atribuem o sentido da humanização ao respeito pela mulher, favorecendo as escolhas sobre o tipo de parto, a presença de acompanhante e a decisão sobre os cuidados que deseja receber. Consideram práticas humanizadoras a participação de familiares durante todo o período gravídico-puerperal e um ambiente tranquilo, a utilização de música e de outras técnicas para o alívio da dor.

Outro estudo que aponta as percepções de enfermeiras obstétricas sobre a humanização da assistência ao parto foi o de Castro e Clapis (2005), que procurou também identificar as ações que são realizadas no processo de nascimento e parto e as dificuldades encontradas na implementação dessa assistência, em uma maternidade do interior do Estado de São Paulo, que atende prioritariamente usuárias do SUS. Entre as percepções identificadas pelas autoras, as enfermeiras colocaram que a humanização é uma política de saúde com objetivo de uma assistência de melhor qualidade para a mulher. Está direcionado ao resgate do parto de forma mais natural, caracteriza-se pela desmedicalização da assistência e impõe mudanças no paradigma assistencial ao processo de parto e nascimento. No entanto, estão relacionadas mais com práticas assistenciais que com a reflexão do nascimento, enquanto evento importante para a mulher.

Entre as barreiras para a humanização, Castro e Clapis (2005) encontraram a figura do profissional médico que mantém uma postura conservadora do modelo vigente, ou seja, voltado para a medicalização da assistência e no próprio medo assumido pelas enfermeiras de se posicionarem e atuarem de forma diferente da imposta pela instituição.

A desmedicalização da assistência tem sido tema nos discursos em prol de mudanças no contexto assistencial à mulher no processo de nascimento e parto. Procurando identificar o significado da desmedicalização dessa assistência para enfermeiras obstétricas que atuam na assistência, ensino e/ou pesquisa, Vargens, Progiante e Silveira (2008), desenvolveram uma pesquisa qualitativa baseada nos princípios da Grounded Theory. Os resultados da pesquisa apontaram que as enfermeiras do estudo, ao construir o significado da desmedicalização da assistência, precisaram refletir as suas práticas, vislumbrando a possibilidade de tornarem-se instrumentos de transformação de si mesmas e da realidade onde atuam. Neste processo de reflexão surgem posturas que negam o uso abusivo de tecnologias para o atendimento de um processo que é fisiológico: o parto. Além do

respeito à fisiologia do processo de parir, é necessário manter o respeito à cidadania, aos direitos que a mulher possui a uma assistência de qualidade e ao reconhecimento da mesma como “protagonista do próprio parto” (VARGENS; PROGIANTI; SILVEIRA, 2008, p. 345).

Em outro estudo qualitativo, também abordando a desmedicalização do parto, Progianti, Lopes e Gomes (2003) avaliam como a participação da enfermeira neste processo foi adotada como estratégia da Secretaria Municipal da Saúde do Rio de Janeiro. As autoras pontuaram que, para as enfermeiras, o processo de desmedicalização do parto iniciou quando o poder público criou uma maternidade destinada à assistência ao parto e nascimento com propostas diferentes das já existentes. Então, o respeito à privacidade da mulher e aos seus direitos, como a presença de um acompanhante, o estímulo para a formação de vínculos com seu filho e a liberdade de escolha sobre a posição que mais lhe agradasse para parir fossem respeitados (PROGIANTI; LOPES; GOMES, 2003).

Outra estratégia identificada como favorecedora da desmedicalização da assistência como referem as autoras, foi a criação de casas de parto, onde o acompanhamento da mulher no processo parturitivo de baixo risco é realizado por enfermeiras obstétricas, contribuindo para a autonomia profissional e para o desenvolvimento da sua capacidade de cuidar. Também referem que a possibilidade de assistência ao parto em instituições hospitalares por enfermeiras obstétricas constitui outra estratégia importante para a desmedicalização e humanização da assistência à mulher, onde se observa que o cuidado de enfermagem enfoca o respeito, a dignidade e a valorização do ser humano. As autoras concluem que as ações promotoras da desmedicalização do parto integram o processo de humanização da assistência, voltado especificamente para o atendimento das mulheres no seu processo parturitivo e que a participação da enfermeira obstétrica nessas ações constitui de elementos importantes na implementação dessas propostas que pretendem mudar o paradigma assistencial vigente (PROGIANTI; LOPES; GOMES, 2003).

Outro estudo que focaliza o olhar de enfermeiras obstétricas para a desmedicalização do parto com a introdução de tecnologias não invasivas foi desenvolvido por Progianti e Vargens (2004), em que o entendimento do parto como um processo fisiológico, natural, está centrado nas idéias dos profissionais. Para as autoras, na atualidade, as enfermeiras obstétricas têm sido apontadas como promotoras da desmedicalização e humanização do parto, através do desenvolvimento de um cuidar diferenciado à mulher na vivência da parturição, que

propicia, inclusive, a redução na morbimortalidade materna e perinatal.

Barros e Silva (2004) identificaram em seu estudo duas formas de atuação das enfermeiras no cuidado à mulher, no centro obstétrico de quatro maternidades públicas de São Luiz-Ma. A primeira diz respeito ao cuidado durante o nascimento, quer seja no pré-natal, no parto ou no puerpério. Na assistência ao trabalho de parto, a presença contínua e segura da enfermeira, garantindo vigilância cuidadosa, respeitando as decisões da mulher se caracteriza como um acompanhamento humanizado. As enfermeiras reconhecem que as atitudes e posturas adotadas no acompanhamento do processo parturitivo, através de orientações, de apoio e de incentivo caracterizam forma humanizada de cuidar, assim como posturas adotadas para reduzir ou superar sentimentos advindos do medo e de experiências parturitivas anteriores. A segunda está relacionada com uma forma indireta de cuidado, onde as atividades administrativas também refletem a preocupação com a humanização da assistência, onde o foco está no cuidado com o ambiente, treinamento e qualificação da equipe que presta cuidados à mulher.

Tendo como referência o Programa de Humanização do Parto e Nascimento do MS, Dutra e Mayer (2007) realizaram um estudo de caso, a fim de discutir a polissemia dos termos parto natural, parto normal e parto humanizado. Analisaram documentos e entrevistas com profissionais médicos e enfermeiros de um hospital universitário do interior do Rio Grande do Sul. As autoras esclarecem que, para o parto natural, encontraram cinco expressões diferentes predominantes: a) que respeita a fisiologia da mulher com redução significativa e até ausência de intervenções técnicas e utilização de medicamentos; b) como sinônimo de parto normal, tendo uma interpretação mais abrangente onde parto natural é aquele realizado em domicílio, sem intervenções e o parto normal em ambiente hospitalar sujeito, portanto às intervenções técnicas; c) como sinônimo de parto humanizado, uma vez que no entendimento dos pesquisados, as autoras encontraram a humanização como aquele sem intervenções; d) que o parto natural faz parte da natureza feminina, determinada pela capacidade natural de gestar e parir da mulher; no entanto também imbuído de aspectos culturais produzidos pela sociedade; e) como parto domiciliar, uma vez que não são utilizadas intervenções técnicas e medicamentosas.

Para o parto normal, as autoras apontam dois significados encontrados, tanto nas falas dos entrevistados como em documentos analisados: a) ocorre em instituições de saúde, se utiliza de medicamentos e tecnologias associadas a normas institucionais para a

sua condução, realiza-se uma série de procedimentos e onde as mulheres adotam posturas preconizadas, desconsiderando suas experiências pessoais e culturais; b) é um “ato médico”. Esses profissionais, dotados de conhecimentos específicos, disputam espaços com outros profissionais (enfermeiras), considerados desprovidos de poder, remetendo a inúmeras discussões sobre gênero, poder e saber, e sugere a valorização do saber médico sobre todos os outros (DUTRA; MAYER, 2007).

Para o parto humanizado as autoras elencaram três significados encontrados: a) refere-se aos atos de conversar com a parturiente e permitir a entrada de um familiar, o que, segundo as autoras, demonstra uma visão distorcida para o termo humanizar, pois a presença de acompanhante e a orientação à mulher nesse processo estão contidas no PHNP como direitos das mulheres. O que existe é a inexistência de um diálogo efetivo entre médicos e enfermeiras e entre os profissionais e parturientes; b) parto humanizado como parto normal e parto natural apontam a construção da ideia de que se não for natural ou normal não é humanizado, caracterizando a necessidade de mudanças institucionais na atenção ao parto; c) como um conjunto de ações presentes em qualquer tipo de parto, onde há a necessidade de envolvimento e comprometimento de todos os atores sociais envolvidos na atenção, com o intuito de construir bases sólidas a partir do trabalho em equipe, da construção e intercâmbio de conhecimentos de forma permanente e da construção de vínculos.

Em recente artigo publicado, Mabuchi e Fustinoni (2008) abordaram o significado de trabalho de parto e parto humanizado para profissionais de saúde e identificaram que o modelo de parto humanizado contém as seguintes definições: a) são medidas assistenciais e comportamentais que trazem benefícios à mulher, ao recém-nascido e à família; b) é uma política governamental que, na prática, esbarra em dificuldades como a formação e as diferentes condutas adotadas pelos diversos profissionais de saúde que prestam assistência ao parto e nascimento.

Entre as medidas assistenciais e comportamentais adotadas para a humanização as autoras apontam: ambiente acolhedor, que permita o respeito às decisões da mulher; redução de intervenções desnecessárias; participação de um acompanhante em todo o processo de parto; escuta e orientação eficazes; a adoção de medidas de conforto para o alívio da dor além do cuidado multiprofissional, com o intuito de trabalhar além dos aspectos físicos, os aspectos psicológicos, espirituais e sociais da mulher e sua família. As autoras apontaram lacunas na busca de uma

assistência humanizada, cuja condução do cuidado à parturiente acontece de forma diferente dependendo do profissional que a assiste a mulher, que adota condutas de acordo com seu julgamento. Referem que a estrutura física, materiais e equipamentos para melhor acomodação de pacientes e acompanhantes são deficientes, insuficientes ou inexistentes. Quanto aos profissionais, apontam para a precariedade de cursos de aperfeiçoamento e motivacionais. Concluem que o ponto primordial da humanização está pautado na mudança de comportamentos por parte dos profissionais, em que a mulher seja vista como o ser integral que é (MABUCHI; FUSTINONI, 2008).

#### **2.2.4 Concepções dos gestores**

Esta subcategoria foi encontrada em apenas um dos textos publicados sobre humanização do parto e nascimento. Deslandes (2005), em um estudo exploratório e hermenêutico envolvendo seis gestores que coordenam programas e um gestor de cada uma das oito maternidades municipais do Rio de Janeiro, identificou diferentes significados. Foram atribuídos pelos gestores às iniciativas de humanização relacionadas principalmente à qualidade da relação interpessoal entre profissionais e usuários. Ainda houve o reconhecimento dos direitos dos pacientes, democratização das relações de poder entre profissionais e pacientes, desmedicalização da atenção ao parto e nascimento, promoção de vínculos entre familiares, mãe e recém-nascidos hospitalizados e a respectiva valorização dos profissionais de saúde.

Inicialmente as narrativas dos gestores situam a década de 1980, onde identificaram a luta pelos direitos reprodutivos femininos e posteriormente a assistência obstétrica, como marco inicial para configurar a identidade do que é considerada hoje a humanização da assistência ao parto e avaliando a experiência do parto como essencialmente feminina.

No que se refere às relações interpessoais identificou convergências no sentido de humanização onde a maioria reiterou o acolhimento, como um cuidado aberto à escuta, atento às necessidades da gestante ou da mãe e da família do bebê (DESLANDES, 2005). Outro sentido dado para o termo humanização foi como o de ação empática, demonstrando que os gestores tomam o seu referente de humanização como parâmetro definidor, não levando em conta que as pessoas vêm de outras classes sociais, etnias, têm valores culturais próprios e

experiências anteriores de atendimentos em saúde, porque as expectativas e necessidades podem ser diferentes.

No que diz respeito aos direitos dos pacientes, também apontados como humanização, foi encontrada distinções entre as interpretações dos gestores. Consensualmente a permissão de escolha da gestante de um acompanhante na sala de parto foi apontada como prática humanizadora, porém, reconhecido que nem sempre isso é cumprido nos serviços de saúde (DESLANDES, 2005).

A autora aponta ainda que deveriam ser reconhecidos como direitos dos pacientes o recebimento de informações de forma clara e continuada sobre as etapas do processo de parto e sobre o estado de saúde e terapêutica do bebê, ter mais autonomia no processo de trabalho de parto e parto. Assim, enfocou a possibilidade de deambulação e de adotar uma posição mais confortável pela mulher no trabalho de parto e parto.

A identificação da humanização como normatização de direitos, de forma bastante ambígua, foi apontada pela autora no que se refere ao contato imediato da mãe com o bebê logo após o parto, de amamentá-lo e acompanhá-lo em caso de internação. Nestes casos o direito é tido como dever da “boa mãe” e com um “serviço comprometido com as metas da amamentação” (DESLANDES, 2005, p. 221)

Na democratização das relações de poder, Deslandes (2005) identificou que uma vez bem informadas as gestantes podem também participar com maior propriedade de decisões tomadas pelos profissionais de saúde no seu atendimento, atribuindo a humanização o sentido de práticas capazes de diminuir a assimetria das relações entre profissionais e usuários, corrigindo desta forma comportamentos autoritários.

A desmedicalização da atenção ao parto e nascimento foi diretamente relacionada às práticas que diminuem ao máximo as intervenções obstétricas e pediátricas num espaço que é visto como natural. No entanto, para que isso ocorra, é necessária a adoção e a prática da medicina baseada em evidências, consolidando a competência técnica para o discernimento de quando utilizar intervenções adequadamente (DESLANDES, 2005). A autora observou uma leitura controversa sobre o tema desmedicalização quando associado ao termo humanização, principalmente associada à adoção do parto de baixo risco ser assistido pela enfermagem. Neste sentido, o estudo apontou a existência de conflitos no dia a dia das maternidades como desacordos em relação à condução da política de humanização adotada.

Deslandes (2005) apontou que a postura dos gestores e a escolha

dos processos gerenciais podem interferir na atenção à saúde oferecida pelos profissionais e serviços aos usuários. Essa postura tanto pode adotar um modelo de humanização da assistência de forma burocrática e passageira, como pode proporcionar a adoção de uma atenção centrada na qualidade das relações humanas. Destacou também a satisfação e a responsabilidade de usuários e profissionais no uso racional e compartilhado de tecnologias e na abertura de espaços para o verdadeiro exercício de direitos dos pacientes.

## 2.3 O ACOMPANHANTE NA MATERNIDADE

Esta categoria reúne artigos que tratam especificamente das concepções sobre o acompanhante no trabalho de parto, parto e pós-parto hospitalar, buscando o estado da arte sobre o assunto. Nesta categoria foram inseridos os artigos científicos que apontam evidências científicas sobre o apoio oferecido à mulher durante a parturição, os que abordam as percepções dos acompanhantes e dos profissionais sobre este apoio à mulher. Acrescentou os artigos que focalizam o homem na condição de pai como acompanhante e aqueles que apontam experiências de doulas no acompanhamento intraparto, nas instituições que disponibilizam esta modalidade de acompanhamento.

### **2.3.1 Evidências científicas sobre o suporte durante o trabalho de parto e parto**

A presença do acompanhante no momento do parto, como apoio à mulher, tem sido discutida amplamente, principalmente por constituir uma prática humanizada de assistência e por se tratar de uma recomendação da OMS. Dessa forma, a necessidade de verificar os efeitos da prática do suporte para as mulheres durante o processo parturitivo, realizado por diferentes sujeitos, tem sido focalizada em inúmeros estudos clínicos randomizados e em estudos sistemáticos, o que transforma essa prática embasada em evidências científicas. Com base neste pressuposto Brüggemann, Parpinelli e Osis (2005) realizaram uma revisão de literatura. O objetivo foi de apresentar as características dos estudos sobre o apoio oferecido, avaliando se o tipo de provedor do suporte interferia ou não nos resultados obstétricos e neonatais.

Avaliaram também se a participação de companheiros/ou familiares era simultânea, identificando se esta presença tinha sido notada como forma de suporte ou apenas para o compartilhamento da experiência. Esse estudo foi o único encontrado publicado, com essa característica, no intervalo de tempo proposto para este levantamento.

Os autores apresentaram os resultados dividindo-os em dois eixos, sendo o primeiro relacionado às características dos estudos e o segundo às variáveis avaliadas e os resultados obstétricos e neonatais encontrados. Com relação às características, os autores apontam para inúmeras diferenças que envolviam o nível de desenvolvimento do país onde os estudos foram realizados, já que o desenvolvimento tecnológico e as práticas assistenciais eram diferenciados.

Entre as variáveis avaliadas, pode-se identificar a influência do suporte sobre as taxas de partos cirúrgicos, a duração do trabalho de parto, o uso de medicamentos para acelerar o trabalho de parto, a aplicação de fórceps e os resultados neonatais. Os autores apontam que em alguns estudos houve investigação mais acentuada destas variáveis do que em outros, sendo que em apenas um não foi possível identificar todas as variáveis pesquisadas, pela dificuldade de acesso ao estudo completo. A presença do suporte relacionada aos partos operatórios foi identificada em quatro estudos, sendo que sua incidência foi menor do que nos grupos controles. Outro estudo analisado relacionou a diminuição maior desses índices quando a presença de apoio foi de forma contínua, ou seja, durante todo o trabalho de parto e parto, comparado com aqueles onde houve suporte apenas em alguns períodos de processo parturitivo. Em três dos ensaios clínicos analisados pelas autoras houve identificação da redução do período de trabalho de parto e da utilização de medicamentos para o alívio da dor, associados principalmente quando o suporte foi fornecido por mulheres.

O número de estudos que avaliou as influências do suporte sobre o comportamento e a satisfação das mulheres, resultados no aleitamento materno e influência na depressão pós-parto foi pequeno, contando com apenas oito; relacionados à experiência vivida no processo de nascimento e parto, apenas seis de quinze estudos avaliaram esse efeito, sendo que os resultados apontaram para maior satisfação e visão positiva do nascimento. A análise dos efeitos do apoio sobre os resultados neonatais não demonstrou diferenças significativas quanto aos aspectos avaliados como a asfíxia intraparto, as condições de nascimento, o período de hospitalização, a morbidade neonatal, e os encaminhamentos para a UTI Neonatal.

No que diz respeito à avaliação do apoio oferecido durante o

trabalho de parto e parto, Brüggemann, Parpinelli e Osis (2005) apontaram duas metanálises que avaliaram ensaios clínicos. Estes tiveram como resultados a redução do trabalho de parto, do uso de ocitócitos, de partos operatórios e fórceps, maior número de partos espontâneos, maior satisfação da mulher na vivência do parto e menos intercorrências no puerpério, quando oferecido por mulheres denominadas pelos autores como “doulas”. Os autores identificaram que, na maioria dos estudos, o suporte oferecido para as mulheres era frequentemente fornecido por mulheres designadas para este papel pelos pesquisadores, sem que a mulher pudesse ter a opção da escolha. A presença de alguém das relações familiares ou afetiva da mulher, encontrada em alguns estudos, estava relacionada às rotinas do hospital, que permitiam essa presença sem, no entanto, estar relacionada com o suporte.

Brüggemann, Parpinelli e Osis (2005) concluem que, de forma geral, os estudos apontaram evidências de resultados positivos maternos para a introdução do suporte para a mulher, durante processo parturitivo. Recomendam que tais resultados fossem divulgados amplamente para subsidiar essa prática, de forma rotineira, em todas as instituições que atendem as mulheres, constituindo uma forma de humanizar a atenção e colaborar com a legislação em vigor.

### **2.3.2 Percepções de acompanhantes e percepções de profissionais sobre os acompanhantes na maternidade**

Compreender o significado de ser acompanhante da mulher durante o trabalho de parto e parto foi o objetivo de Nakano et al. (2007), que envolveu 12 acompanhantes de parturientes em uma maternidade do interior de São Paulo, que permite e estimula a presença de acompanhantes. Foi identificado que o apoio oferecido pelos acompanhantes está ancorado no aspecto emocional que contempla posturas de encorajamento, tranquilidade e incentivo, entendidos como de extrema importância para a mulher que vivencia este período.

Essa presença também está relacionada à curiosidade natural sobre o processo vivenciado e, ao mesmo tempo, por uma postura fiscalizadora da atenção e do cuidado depreendidos pelos profissionais. Observou-se que a atuação do acompanhante, segundo a percepção dos mesmos, está associada à “permissão” dos profissionais de saúde, de forma a não atrapalhar a realização de suas atividades. Dessa forma,

muitos acompanhantes se afastavam durante a realização de procedimentos e estimulavam as mulheres a colaborar com os profissionais.

Os acompanhantes do estudo referiram sentimentos de satisfação e valorização quando percebiam receptividade dos profissionais e esclarecimentos de dúvidas e inseguranças que envolviam o processo parturitivo. Entretanto, reconheciam que, frequentemente, tinham falta de coragem para ajudar a mulher, não demonstravam ter atitude frente à situação de estar acompanhando e verbalizaram não saber exatamente o que fazer. A conclusão do estudo mostrou que os acompanhantes se sentem como seres figurativos, sem valorização da sua importância para a mulher. Diante disso, para as autoras, as práticas assistenciais seguem o modelo biomédico de atenção.

O estudo de Brüggemann, Osis e Parpinelli (2007) descreve as percepções dos acompanhantes que vivenciam essa experiência e de profissionais que prestaram assistência ao parto com a presença de acompanhantes. Foram identificadas ideias centrais que configuraram as percepções, tanto de acompanhantes como de profissionais. Para o acompanhante, a experiência de estar ao lado da mulher foi bastante positiva, evidenciado pela satisfação de poder ajudar e compartilhar do nascimento, e pelo sentimento de ser bem recebido pelos profissionais. A satisfação manifestada também esteve relacionada à tranquilidade que a mulher aparentava, por contar com sua presença, e pela possibilidade da formação de vínculos afetivos com o recém-nascido. Outro aspecto evidenciado foi o reconhecimento do acompanhante de que a sua presença possibilitava apoio emocional para a mulher. A análise das percepções dos profissionais permitiu identificar aspectos relacionados a experiências anteriores, expectativas na prestação de cuidados com a presença do acompanhante e a opinião após a vivência da experiência. As autoras apontam que a experiência vivida pelos profissionais foi considerada positiva, superando as expectativas negativas, mesmo que a maioria não tivesse praticamente nenhuma experiência anterior.

Os autores enfatizam que, para os profissionais de saúde, a ausência de alterações nas rotinas assistenciais da instituição, principalmente no atendimento na sala de parto, com a presença do acompanhante, foi um aspecto importante para mudar as expectativas negativas iniciais dessa presença. Mesmo diante de situações emergenciais, os aspectos positivos da participação do acompanhante não foram alterados, porém, os profissionais referiram maior ansiedade e necessidade de resolução mais rápida da situação, concentrando sua atenção na assistência prestada. Os profissionais identificaram que a

presença do acompanhante promoveu sentimentos positivos, tanto nas mulheres que dispunham do apoio, relacionados também ao seu comportamento e participação no processo de parto, como na própria equipe, que passa a ter uma maior atenção e cuidado com a mulher. Os profissionais de saúde observaram que a presença do acompanhante interfere sobre a evolução do trabalho de parto e parto, considerada como positiva, por tornar a parturiente mais participativa, segura e colaborativa e, desta forma, promover para uma evolução com menos complicações, pelo apoio emocional oferecido. Atribuem também a essa presença a adoção de práticas assistenciais mais humanas e menos mecanizadas, por parte dos profissionais, possibilitando reconhecer a mulher como um ser completo (BRÜGGEMANN; OSIS; PARPINELLI, 2007).

A pesquisa conclui que tanto as percepções dos acompanhantes como as dos profissionais de saúde apontaram aspectos positivos, evidenciando possibilidades de incorporação desta prática em outras instituições de saúde, além de subsidiar e estimular a implementação da atual legislação que versa sobre esse direito das mulheres à presença de um acompanhante de sua escolha (BRÜGGEMANN; OSIS; PARPINELLI, 2007).

O estudo de Tornquist (2003), realizado em uma maternidade de um hospital universitário de Santa Catarina, que tem como premissa as práticas humanizadas de assistência, a partir das recomendações da OMS, procurou identificar, dentre outros objetivos, como ocorre a escolha do acompanhante pelas mulheres de classes médias e de grupos populares atendidas neste serviço. Como resultado, obteve-se que a escolha do acompanhante, feita pelas mulheres de classes médias, recai quase sempre no homem, o pai do bebê, que também é normalmente o acompanhante eleito pelos profissionais de saúde. As mulheres de classes populares, em contrapartida, têm preferência por acompanhantes do sexo feminino, com certo grau de relação familiar ou de amizade.

Observou-se, ainda, que as auxiliares de enfermagem tinham um papel importante nos encaminhamentos relativos aos acompanhantes, ao flexibilizarem as trocas dos mesmos, seguindo a filosofia da instituição, e até por identificarem experiências e modo de vida semelhante. Apesar disso, conforme apontam os resultados, a flexibilidade existente para a troca de acompanhantes não muda a concepção dos profissionais de que, idealmente, o pai do bebê é quem deve acompanhar a mulher e participar do parto e nascimento. Como conclusão, a autora acrescentou que a escolha de mulheres da rede social/familiar para o acompanhamento do parto revela a valorização da identidade de gênero

e a experiência, pois as escolhidas já passaram pela experiência da parturição, sendo bastante valorizadas neste momento. Portanto, devem ser respeitadas pelos profissionais, mesmo que o seu ideal de acompanhante seja diferente das escolhas das mulheres (TORNQUIST, 2003).

O conhecimento do impacto da participação para os pais no nascimento de seus filhos foi o objetivo do estudo de Carvalho (2003), realizado em uma maternidade pública do Rio de Janeiro, que há alguns anos tem procurado incluir o pai para o acompanhamento do trabalho de parto e parto. A pesquisa foi realizada em duas etapas. Primeiramente envolveu a observação-participante em diferentes momentos e ambientes, a fim de compreender as relações existentes entre os diferentes atores do processo (mãe, pai, criança, profissionais de saúde). A segunda constituiu-se de 11 entrevistas com pais que participaram do parto, a fim de compreender as percepções sobre as suas experiências enquanto acompanhantes.

Entre os aspectos identificados como dificuldades para a participação dos pais estava a falta de privacidade, principalmente na sala de pré-parto, e a inexistência de rotinas que permitissem a trocas de acompanhantes. Outro fator encontrado foi o desconhecimento dos pais sobre o direito da mulher na escolha do acompanhante e as informações inadequadas do serviço. A falta de preparo dos profissionais para a presença dos pais e os diferentes olhares sobre as representações de parto, paternidade e masculinidade também foi apontadas como dificuldade para a participação. Entre os aspectos que motivaram os homens para a participação do parto encontrou-se a proteção da mulher na forma de apoio, o interesse pelo nascimento do filho e o desejo de registrar o parto, através de fotos ou filmagem. Os motivos para a não participação apontaram para o desejo da mulher em não querer a exposição de sua intimidade, a interferência das progenitoras do casal pontuando questões de masculinidade e de parto. As dificuldades no afastamento das atividades laborais, pela ausência de proteção na legislação trabalhista para o acompanhamento do parto, foram contundentes (CARVALHO, 2003).

### **2.3.3 O homem/pai como acompanhante no parto e nascimento**

A literatura que aborda o acompanhamento da mulher no processo de parto e que coloca em cena especificamente o pai da criança

aparece como um ideário do casal grávido, com a possibilidade da formação de vínculos familiares e paternos e, até mesmo, como propostas para o desenvolvimento do sentimento de paternidade. Dessa forma, elenquei para essa subcategoria, 10 estudos que apontam diferentes visões sobre a participação do homem/pai enquanto provedor de apoio no processo parturitivo da mulher.

Mazzieri e Hoga (2006) realizaram uma revisão de literatura sobre a participação do pai no nascimento e parto, nas bases de dados online, no período compreendido entre 1995 e 2005, e encontraram 28 publicações que abordaram a temática. Tais publicações permitiram a identificação de temáticas que abordavam: a participação do pai no processo gestacional, nascimento e parto; o âmbito psicológico, social e cultural da paternidade; paternidade na adolescência e; o âmbito genético da paternidade. Identificaram ainda que apenas 9 estudos abordassem a participação dos pais, enfatizando a importância destes pelas rápidas mudanças que vem ocorrendo na dinâmica social que influenciam as relações familiares.

Várias reflexões têm sido feitas sobre a presença e participação do pai no processo de nascimento e parto, principalmente sobre o seu papel dentro da instituição familiar, decorrente da agregação de um novo membro, o recém-nascido, na formação familiar. Levou a discussão do real significado acerca da figura paterna e das mudanças que se originam dos diferentes arranjos familiares, no contexto social. Um exemplo é a reflexão teórica de Tarnowski, Próspero e Elsen (2005), que trouxe à tona a discussão sobre a paternidade no processo de humanização do nascimento e parto e do papel do pai no contexto familiar na atualidade.

As autoras fazem inicialmente um percurso histórico sobre o tema paternidade e família, referindo que, num passado próximo, ser pai estava vinculado ao âmbito natural e a importância para o desenvolvimento da criança não era compreendido. Poucos estudos eram desenvolvidos sobre a relação pais e filhos e sobre paternidade. Foi a partir de estudos feministas que emergiu a compreensão do homem enquanto construção social de masculinidade e paternidade. Alguns movimentos sociais surgidos na década de 60 contribuíram para as discussões de gênero, atribuindo papéis distintos para homens e mulheres dentro da sociedade. O movimento feminista contribuiu para o início das mudanças que se consolidaram no século XX, alterando as condições femininas e masculinas e promovendo um novo olhar para as relações sociais e familiares. As mulheres partiram para a busca de independência profissional e financeira que, na verdade, oculta uma

desestruturação do homem enquanto provedor natural (TARNOWSKI; PRÓSPERO; ELSÉN, 2005).

As autoras analisam ainda que os recentes estudos sobre gênero tenham questionado a conformação patriarcal da divisão sexual do trabalho, da hierarquia entre os gêneros e da identidade masculina, além de argumentarem sobre a falta de espaços nos serviços de saúde para o atendimento de suas necessidades. Questões sobre mitos também são discutidos, sendo que os mesmos exercem influência nas questões relativas à função de mulher e de mãe, diferenças entre sexo e maternidade. O homem, no cuidado de crianças, aparece em distintas sociedades, mostrando que o seu papel é exercido fora das interações familiares. Ao avaliar as propostas de humanização no nascimento, as autoras entendem a necessidade de propiciar a inclusão do homem sob a perspectiva da equidade de gênero. Afirmam ser necessário incluí-lo nas discussões sobre gênero no cotidiano familiar e direitos reprodutivos, que contribuam para a autonomia desses sujeitos, com posturas solidárias e críticas (TARNOWSKI; PRÓSPERO; ELSÉN, 2005).

Ainda sobre a participação paterna, Luz e Zanetti (2003) fizeram a interpretação de um parto hospitalar, sob o ponto de vista do pai da criança, realizando analogia com a história infantil Chapeuzinho Vermelho, utilizando o relato de experiência. As aproximações com este conto apontam as diferentes etapas do processo vivenciado no nascimento do filho. A expectativa e o medo vivenciados e relatados antes do parto pelo pai, ao chegar à instituição hospitalar, é comparada à floresta assustadora do conto de fadas. Para o homem é assustador também as rotinas que o separam da mulher e os exames e aparatos utilizados por profissionais desconhecidos, fazendo emergir sentimentos de proteção para a mulher e o filho que está por nascer. Outro aspecto evidenciado é a participação de qualquer familiar durante o trabalho de parto e parto perpassam pelas normas e rotinas institucionais e, principalmente, pela anuência do profissional médico que, comparado ao conto, representa o lobo, temido e ameaçador. Para vivenciar junto à mulher o momento do nascimento do filho, muitas vezes o pai conta com a colaboração dos profissionais de enfermagem, sendo comparados ao caçador, pois salvam a mulher ao proporcionar cuidado e respeitar seus direitos, facilitando a participação do pai no nascimento de seu filho.

Paula (1999) realizou um estudo para identificar se os pais se encontravam presentes no momento do nascimento de seus filhos e suas percepções sobre essa experiência. O estudo foi realizado em um

hospital público. Participaram do mesmo 23 pais, sendo que 16 utilizavam-se do SUS e 7 possuíam convênios ou internação de caráter particular. Dos pais custeados pelo SUS apenas um esteve presente no momento do nascimento do filho, e mesmo assim, porque o parto aconteceu na sala de pré-parto. A percepção sobre a experiência foi considerada bastante positiva. Contatou-se que, do total, 16 estiveram ausentes no momento do nascimento de seus filhos. O sentimento de despreparo para a vivência foi apontado como o motivo mais premente, embora também houvesse outros, como as normas institucionais que não permitiam essa participação. Mesmo existindo a recomendação de assegurar à mulher bem-estar, através do apoio emocional promovido pela presença de alguém de sua escolha, os resultados apontaram que a participação ocorreu em menos de um terço dos pais entrevistados.

O estudo qualitativo, do tipo exploratório-descritivo, desenvolvido pelas psicólogas Motta e Crepaldi (2005), procurou caracterizar o apoio emocional oferecido pelo companheiro à mulher neste período. Para a coleta de dados procedeu-se à observação participante, no período de trabalho de parto e parto e, posteriormente, no alojamento conjunto, a entrevista. Os resultados mostraram 3 categorias de interações entre o casal: presença passiva, referência familiar e acompanhante ativo. A primeira revela um acompanhante que está presente apenas fisicamente e que não se envolve ativamente no trabalho de parto. Apresenta comportamentos de ansiedade e necessita sair do ambiente periodicamente. Refere falta de conhecimentos sobre o desenvolvimento do trabalho de parto que podem contribuir para a dificuldade de interação com a mulher, sendo necessária a orientação da equipe para que ela ocorra. A segunda destaca acompanhantes com maior disponibilidade para o apoio, necessitando de orientação sobre o que e como fazer, possuindo manifestações espontâneas de carinho, atenção e palavras de encorajamento. Também sentem medo e ansiedade, o que pode interferir na interação com a mulher no momento do apoio, necessitando do acompanhamento contínuo da equipe de enfermagem para o incentivo e a orientação. As autoras destacam que os companheiros, apesar de apresentarem dificuldades, demonstram desejo e intenção de fazer o acompanhamento. A terceira categoria mostra companheiros que apresentam capacidade de oferecer apoio e segurança contínuos, de forma espontânea e autônoma. Desenvolvem ações de apoio à companheira como caminhar, mudança de posição, segurar a mão, massagear as costas, segurar as mãos e respirar com elas. Com a orientação da equipe as atividades foram potencializadas.

Outro estudo que teve como objetivos conhecer o que os pais

sabem sobre a legislação referente ao direito da presença do acompanhante durante o processo de parto e a experiência durante o nascimento do filho foi desenvolvido por Tomeleri et al. (2007) em uma maternidade municipal de Londrina. O desconhecimento da lei que garante à mulher o direito ao acompanhante foi identificado quando os homens-pais atribuíram a permissão para esta participação, aos profissionais médicos. A informação sobre a possibilidade de acompanhar ocorreu apenas no momento da internação e, em alguns casos, pouco antes do nascimento, dificultando o preparo emocional para a vivência da experiência. As expectativas e sentimentos dos pais sobre a participação no nascimento do filho foram de valorização deste apoio para propiciar tranquilidade, segurança e conforto a parturiente, desmistificação das fantasias sobre o parto e os procedimentos a ele relacionados, além do fortalecimento da relação do casal, através do compartilhamento da experiência.

O estudo de Espírito Santo e Bonilha (2000), realizado em um hospital universitário do Rio Grande do Sul, também buscou conhecer as expectativas, sentimentos e vivências do pai durante o nascimento de seu filho. Participaram 14 homens entre os quais somente 6 acompanharam o parto. Constatou-se que a autorização para a participação no parto é dada apenas alguns momentos antes, sendo que os pais aguardam ansiosamente, o que revela sentimentos iniciais de decepção e revolta ao não serem liberados para o acompanhamento. Contudo, quando sua entrada na sala de parto é autorizada, adotam comportamentos orientados durante o pré-natal, permanecendo ao lado da cabeceira, oferecendo apoio e estímulo para a mulher. Condutas diferenciadas foram observadas entre os usuários do SUS e os de convênio ou particular. Para estes últimos existia a liberdade de participar ativamente e até mesmo filmar todo o nascimento do filho. Alguns pais revelaram que a atividade de filmar ou fotografar o nascimento é uma forma de participar do nascimento dos filhos. No entanto, mesmo tendo a garantia legal da participação, muitos pais acabam abrindo mão desse direito, por não se sentirem preparados para estarem presentes, alegando dificuldades na presença do sofrimento da mulher e por sentirem-se mal na presença de sangue.

As atividades desenvolvidas pelo acompanhante e a avaliação da experiência foi o tema do estudo quantitativo descritivo de Pinto et al. (2003), realizado em um centro de parto normal em Itapeverica da Serra-SP. A instituição onde foi realizada a pesquisa adota as recomendações da OMS, onde a mulher pode escolher livremente o acompanhante. Entre os acompanhantes participantes do estudo escolhidos pela mulher,

60% foram os maridos. As atividades mais frequentes realizadas pelo acompanhante no período de trabalho de parto foram: segurar a mão, realização de técnicas de relaxamento como as massagens, auxílio no banho, acompanhamento durante a deambulação e oferecimento de suporte emocional. Durante o parto, constatou-se que as atividades mais constantes foram o apoio físico (64,2%), ficar ao lado segurando a mão e cortar o cordão umbilical (62,5% cada). Todos os acompanhantes mantiveram-se ativos, tanto no período de pré-parto como no parto, realizando algum cuidado dentro de suas possibilidades. No pós-parto os acompanhantes permaneceram ativos e manifestações de carinho e atividades de conforto para a mulher e o recém-nascido também foram observadas.

Os sentimentos expressos pelos acompanhantes sobre a experiência foi positiva, relacionados com o fato de terem se sentido importante no transcorrer do parto, satisfação com relação ao apoio recebido dos profissionais e, principalmente, pela oportunidade de compartilhar com a mulher o evento do nascimento. Os maridos participantes também expressaram sentimentos de valorização da mulher (PINTO et al., 2003).

Em outro estudo descritivo de abordagem qualitativa, realizado por Silveira et al. (2004) no alojamento conjunto de uma maternidade de grande porte em Fortaleza, onde a participação no momento do parto não é permitida, buscou-se conhecer a percepção do pai frente ao nascimento de seu filho. A coleta de dados foi por meio da entrevista semi estruturada realizada durante o horário de visita à suas esposas, e que contou com a participação de 15 pais. Os resultados mostraram que a espera pelo nascimento do filho produz sentimentos de ansiedade, preocupação, e principalmente tristeza por não poder compartilhar deste momento considerado único e especial. No entanto, sentiram-se seguros e confiantes com a assistência de enfermagem oferecida às suas mulheres. Todos os participantes manifestaram desejo em participar do nascimento, mesmo desconhecendo seu papel junto à mulher, neste momento, mas entendendo que a sua presença produziria segurança e tranquilidade para a vivência da experiência.

Schmidt e Bonilha (2003) realizaram estudo objetivando o conhecimento das expectativas do pai relacionadas à sua participação no alojamento conjunto, por meio de uma pesquisa do tipo convergente-assistencial. Entre as expectativas as autoras evidenciaram que os homens querem participar do cuidado e das orientações para, efetivamente, “tomarem conta” da mulher e do filho, no sentido de prestação de cuidados, atenção e participação. Essa participação, no

entanto, está condicionada às experiências anteriores e à permissão advinda da equipe, da mulher e até da sociedade, sendo que esta última delimita os papéis a serem assumidos pelos homens no processo do nascimento. Outra expectativa estava relacionada com a possibilidade de aprender e ganhar experiência para quando estivessem em casa, no sentido de aperfeiçoar a paternagem. A possibilidade de “ficar junto”, como forma de trazer benefícios para o casal e o recém-nascido foi outra expectativa dos homens. As expectativas quanto às dificuldades para a participação no alojamento conjunto estavam associadas à instituição, pela existência de rotinas que dificultavam a presença dos pais, também por questões de ordem pessoal, advindo o receio de não possuir capacidades para o cuidado ou de machucar o bebê.

### **2.3.4 As doulas no acompanhamento intraparto**

Os estudos sobre o apoio oferecido à mulher no período intraparto, por doulas, mostram que, no Brasil, essa é uma prática restrita a poucos serviços que adotam as recomendações ministeriais para a assistência humanizada e que estão situados em grandes centros urbanos.

Leão e Bastos (2001) realizaram uma revisão de literatura sobre o suporte realizado por doulas comunitárias e, ao mesmo tempo, apresentaram a experiência de um hospital filantrópico, com a participação dessas agentes. As autoras identificaram os seguintes resultados, nos estudos analisados que avaliaram o suporte oferecido por doulas: menor incidência de problemas perinatais, menor tempo de duração do trabalho de parto, melhor interação da mãe com o bebê. Acrescentaram ainda: menor índice de cesáreas, diminuição do uso de ocitocina, menor número de recém-nascidos admitidos em unidades de tratamento intensivo, baixa taxa de anestesia peridural para o parto normal, menor incidência de sepse neonatal, maior índice de aleitamento materno e uma experiência de parto mais positiva. Dessa forma, os estudos apontaram que a doula, como provedora de apoio, reduz a ansiedade materna, proporcionando segurança e tranquilidade para a mulher, diminuindo a necessidade de intervenções obstétricas. Neste sentido, são consideradas como alternativa segura e eficaz no acompanhamento das mulheres, porque proporcionam bem-estar emocional.

A experiência apresentada pelas autoras advém do “Projeto Doula

Voluntária”, que é instituído pelo hospital Sofia Feldmann, que sempre permitiu a presença de acompanhantes de preferência da parturiente, mas que, devido às condições físicas da instituição, não permitiam, no ambiente do parto, a presença do marido/companheiro. Assim, as mulheres voluntárias para serem doulas foram selecionadas na comunidade, por uma equipe multidisciplinar, sendo posteriormente treinadas com relação à aquisição de conhecimentos quanto ao processo da gestação e do parto, puerpério, amamentação, cuidados com o recém-nascido, planejamento familiar, papel da doula e quanto às normas e rotinas da instituição.

Segundo as autoras, desde que o projeto teve início, em 1997, vários treinamentos e esclarecimentos foram realizados, além do contínuo acompanhamento das atividades realizadas. Após a implementação do projeto, aproximadamente 70% das mulheres foram acompanhadas por familiares ou por doulas, sem que alguma avaliação sistemática tivesse sido realizada (LEÃO; BASTOS, 2001).

Outro estudo que procurou caracterizar o perfil da doula e as suas funções foi desenvolvido por Leão e Oliveira (2006). Tratou-se de uma pesquisa qualitativa, do tipo descritivo-exploratório e foi realizada em um hospital da zona leste de São Paulo, que atende pelo SUS, envolvendo 9 doulas. Os dados identificaram que o trabalho dessa agente tem caráter voluntário, sendo exercida apenas por mulheres, por facilitar a interação com as parturientes. Entre as características gerais identificou-se predomínio do ensino fundamental, idade entre 26 e 71 anos, predominando a religião católica, sendo que a maioria tem filhos. Entre as justificativas para o desenvolvimento da atividade o estudo identificou que oito aceitaram participar por ser um trabalho voluntário e estar associado ao sentimento de solidariedade. Cinco doulas apontaram que a própria experiência vivenciada como parturientes, de forma negativa, estimulou o interesse em exercer este papel. As atividades identificadas pelas autoras como desenvolvidas pelas doulas no acompanhamento das parturientes foram: conversar e orientar, acompanhar ao banho, apoiar/compartilhar/tranqüilizar, dar carinho, auxiliar a caminhar, ajudar nos exercícios da bola, encorajar/incentivar, segurar na mão, realizar massagens, suprir a falta do acompanhante e apoiar o mesmo, quando este está presente.

Leão e Oliveira (2006) identificaram que as atividades desenvolvidas por doulas, em outros países diferem dos resultados encontrados neste estudo, onde a predominância de cuidados está mais voltada para a parturiente. Dessa forma, as autoras acreditam que a doula é um elemento que pode ser agregado ao trabalho da equipe de

saúde na assistência à mulher, no período gravídico-puerperal, mesmo que as atividades desenvolvidas ainda não sejam conhecidas pelos profissionais e pela população em geral, mas abre possibilidades do atendimento mais humanizado.

Esta revisão de literatura teve a intenção de apresentar o estado da arte do que está sendo produzido pelos pesquisadores brasileiros, de modo amplo, sobre o assunto “Humanização da assistência ao parto e nascimento”, nos últimos quinze anos. A revisão, por força dos objetivos implicados no objeto da presente investigação, enfocou a presença do acompanhante neste contexto, como um dos aspectos envolvidos na humanização do parto e nascimento.

Estas publicações veiculam as várias concepções que os diversos sujeitos envolvidos possuem a respeito da humanização no contexto do parto e nascimento, ou seja, os profissionais de saúde atuantes na assistência e no ensino. Engloba também os gestores, formuladores e aplicadores das políticas oficiais, assim como as mulheres e as pessoas significativas que a acompanham na experiência da parturição. O estado da arte que emana de tal produção mostra que o assunto é polêmico, instigante, desafiador e ainda hoje revela contradições de concepções e práticas, seja dentro de cada categoria, ou na comparação entre elas. Portanto, requer outros estudos que auxiliem no descortinamento do tema, ajudando a aprofundar perspectivas teóricas ou metodológicas, a fim de alcançarmos novos patamares de conhecimentos e que os mesmos possam ser operacionalizados de forma mais cômoda, abrangente e segura.

Constata-se que as enfermeiras têm colaborado de forma mais contundente na geração de conhecimentos sobre a humanização do parto e nascimento, contribuindo, sobremaneira, para o atual estado da arte relacionado à temática. Se, por um lado, isso tem repercussões para a própria prática profissional e para a possibilidade de mudar o ideário da assistência em enfermagem obstétrica, neonatal e familiar, por outro, também acena para a tímida operacionalização dessas produções nos cenários obstétricos, que envolve a participação dos demais profissionais. Contudo, mostra que outros profissionais da área da saúde também necessitam aumentar as produções, nos quais englobem aspectos da humanização, pois além dos enfermeiros, os profissionais da psicologia são os que mais publicam estudos nesta perspectiva, e a maioria envolve a participação paterna no processo do nascimento.

No que se refere especificamente ao estado da arte relacionado ao acompanhante, o assunto é mais desafiador, porque a grande maioria destas publicações não insere o acompanhamento como objeto do estudo

ou como foco da atenção investigativa. Constatou-se que esse tema aparece apenas como algo periférico, ou como um aspecto complementar dos estudos que envolvem a humanização do nascimento e parto. Todavia, percebe-se que mesmo as publicações que abordam o acompanhante (seja como aspecto complementar do estudo, ou como objeto específico), mantêm o foco nas percepções das mulheres acompanhadas e nas percepções dos próprios acompanhantes. São escassos estudos que focalizam os profissionais de saúde com relação às suas concepções e opiniões em relação ao acompanhante no interior das maternidades. Também se constatou que quando esses raros estudos são implementados, ainda assim, buscam conhecer opiniões da equipe de enfermagem e não dos demais elementos que compõem a equipe de saúde, o que se revelou como forte justificativa para a realização da presente pesquisa.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

#### 3.1 PARADIGMA DA HUMANIZAÇÃO DO PARTO E NASCIMENTO

As concepções sobre o nascimento e o parto passaram por modificações no decorrer da história. Inicialmente eram eventos compreendidos dentro do universo feminino, doméstico e familiar e, mais tarde, com a hospitalização, foram sendo ressignificados e ligados ao paradigma tecnocrático, com fortes matizes assistencialistas, e marcados pela cultura da biomedicina. Na atualidade, tais concepções estão em debate, particularmente quando se coloca em foco a humanização.

O conceito “humanização”, seja qual for o aspecto da realidade que se queira ressaltar, é sempre de difícil definição. As publicações clássicas (de caráter filosófico) ou contemporâneas trazem distintos significados e abordam diferentes ângulos teóricos, tornando a tarefa de esclarecê-lo, extremamente complexa. Portanto, trata-se de um termo multifacetado e polissêmico, cuja compreensão é mais facilmente entendida quando se buscam aproximações em contextos particulares, do que, propriamente, quando se estabelecem noções totalitárias, procurando abarcar um ângulo mais substantivo da realidade.

Buscando a definição do verbete “humanização”, no dicionário da língua portuguesa, por exemplo, encontramos o mesmo como sendo o “ato ou efeito de humanizar (-se)”, e o termo “humanizar”, definido como “tornar humano; dar condição humana a; humanar” (FERREIRA, 1988, p. 346). Abbagnano (2007), por outro lado, refere que a humanização está relacionada à humanidade e, nesta concepção, possui diferentes sentidos filosóficos. Um deles expressa que o homem possui princípios essenciais da espécie, e outro, aponta para a natureza racional do homem, afirmando que esta natureza é dotada de dignidade. O autor assinala, ainda, com respeito à humanização, sobre a importância do reconhecimento do homem na sua totalidade, enquanto corpo e alma, e de sua historicidade, de vínculos com o seu passado.

O termo humanização apresenta divergências também em relação ao momento histórico e à rede de relações que existe entre os seres humanos, as outras espécies e o planeta, daí a sua complexidade. De acordo com Zampieri (2006), que estudou as diferentes concepções atribuídas ao termo, sob a ótica de diversos pensadores, há, inclusive,

algumas concepções que são controversas, não apenas no âmbito do debate filosófico e nas ciências humanas de modo geral. Na área da saúde este paradigma vem encontrando relevante repercussão, nos dias atuais. Neste âmbito, o sentido da humanização pode tanto estar relacionado ao humanismo, enquanto “natureza” distinta do homem. Neste sentido estão evidenciados na proteção da humanidade, na visão integral de ser humano ao uso adequado da tecnologia, no acesso ao serviço de saúde, no resgate da sensibilidade, no respeito para com o ser humano e na comunicação autêntica. Somam-se também quanto ao reconhecimento dos direitos do usuário de suas subjetividades e valores culturais (ZAMPIERI, 2006).

O conceito de humanização, na seara da saúde, é bastante amplo e apresenta concepções diferentes, seja para quem cuida ou para quem recebe o cuidado. No âmbito da saúde, a humanização é o alicerce de um complexo de iniciativas que designam formas de assistência, porque valorizam a qualidade do cuidado ao ser humano do ponto de vista técnico. Estão associadas ao reconhecimento e respeito aos direitos do paciente, de sua subjetividade e cultura, além do reconhecimento do profissional que realiza o cuidado (DESLANDES, 2004).

Puccini e Cecílio (2004), comentando sobre a humanização na área da saúde, ressaltam que a humanização é um movimento que assume diferentes sentidos e busca o ideário de uma perfeita harmonia nas relações entre os sujeitos humanos envolvidos, com significados variados. Na área de saúde estão ligados ao conjunto de práticas que visam melhorar a relação médico-paciente; garantir, através de práticas lúdicas e amenizadoras, a organização de atividades de convívio; introduzir e implementar novos procedimentos no atendimento ao paciente psiquiátrico e na atenção à saúde materno-infantil; garantir o acompanhante quando da internação pediátrica; atenuar as condições de pacientes em terapia intensiva, denunciar o mercantilismo na assistência, entre outras propostas. Os autores reforçam a ideia de que com as propostas de humanização, valorizam-se as inter-relações humanas, elevando-se a busca pela dignidade do ser humano.

Na assistência ao nascimento e parto tem-se debatido muito sobre os princípios e práticas que envolvem a humanização. As transformações ocorridas na assistência ao parto são históricas, não apenas nas formas de parir e nascer, vividas pelas distintas sociedades, mas de forma ampla, abrangendo diferentes paradigmas de atenção ao parto e nascimento. Em razão disto, Diniz (2001) argumenta que o conceito de “humanização da assistência”, também neste recorte da realidade da atenção em saúde, tem sido entendido de modo

controverso. Esta autora afirma que o termo “humanizar” tem adquirido diversos sentidos, inclusive, na percepção dos diferentes atores sociais envolvidos no cuidado, sendo que cada um deles recria o termo de acordo com sua visão de mundo, função e ambiente em que está inserido (DINIZ, 2001). Isto também vale para os cientistas sociais e profissionais da área da saúde que publicam sobre o tema.

Diniz (2005), em seu estudo intitulado “Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento”, ao investigar as origens do termo humanização do parto referem que ocorreram mudanças no entendimento do parto como experiência humana e conseqüentemente no comportamento de quem o assiste. A mulher vivenciou modelos de assistência diferentes, desde quando pregava que deveria sentir todas as dores relacionadas ao parto, como espécie de desígnio divino. Lembrando o oferecido pela obstetrícia médica, que encara o parto como sendo uma forma de violência, porém deveria ser esquecido pela mente feminina, até do uso de substâncias anestésicas, de forma a ter o parto de forma inconsciente, ou ainda substituído pelas cirurgias eletivas.

É importante lembrar que muitos profissionais, ainda hoje, associam sentidos de humanização a partir de uma concepção intervencionista. Inclusive deu origem à introdução de ideias e práticas de medicalização do parto e nascimento, interpretando-os dentro de um referencial estritamente biomédico, ou seja, como fenômenos “médicos” e que merecem atenção como se fossem situações patológicas.

Seguindo essa ideia, Giorgio (1990) abalizou que do século passado até as décadas de 60 e 70 a mulher abdicou do controle sobre seu corpo durante o processo do nascimento, devido à transferência completa do cuidado, do universo feminino para o masculino, do universo doméstico para o institucional. Portanto, neste longo período, o termo humanização foi empregado para justificar a intervenção masculina, tecnológica e institucional durante os partos e nascimentos (BEAUVALET-BOUOUYRIE, 2002). Esta ótica essencialmente tecnológica ainda é reforçada por alguns setores e profissionais da atualidade, especialmente aqueles que reificam a técnica, a rotina, a padronização desmedida de procedimentos obstétricos e as relações verticalizadas de poder dentro do cenário hospitalar.

Brüggemann (2001) referenciou que o uso da tecnologia tem sido foco de inúmeras discussões na área obstétrica, enfatizando a sua utilização como forma de reduzir a morbimortalidade materna e neonatal. Mas ao mesmo tempo, indica que o uso indiscriminado vem contribuindo como causa da desumanização da assistência, uma vez que

reforça o modelo de medicalização existente na assistência e a centralização do poder de decisão nas mãos dos profissionais.

Tal pensamento é reforçado por Basso (2007), por ocasião de uma revisão bibliográfica sobre a humanização relacionada com a assistência obstétrica. A autora apontou publicações envolvendo o uso de narcose e do fórceps, no início e meados do século XX, por Jorge Rezende e Fernando Magalhães, como ações utilizadas com o ‘intuito’ de humanizar o parto.

Ainda no que diz respeito à relação entre humanização e tecnologia, Mota, Martins e Veras (2006) referem que à medida que as pessoas são reduzidas a objetos da própria técnica, passam a ser despersonalizadas, pois a tecnologia em si, fria e objetiva, tende a ser desumanizadora. Um hospital, por exemplo, pode ser um recurso excelente por dispor do uso da tecnologia, mas ao mesmo tempo ser desumano no atendimento, ao tratar as pessoas como simples objetos de intervenção técnica. Estas não são ouvidas em suas angústias, temores e expectativas, ou sequer informadas sobre o que está sendo feito com elas, pois o saber técnico acaba definindo o que consiste o bem do paciente, independentemente de sua opinião.

Climent (1987) afirmou que a atenção à gravidez e ao parto e a tecnologia adequada para tais fenômenos baseiam-se no respeito à natureza e na aplicação dos conhecimentos científicos, permitindo o controle do processo, sem interferir na fisiologia e muito menos nas relações do grupo familiar. Portanto, as condutas relacionadas a uma tecnologia apropriada em obstetrícia propõem a humanização da atenção tanto na gravidez como no parto, dando ênfase na valorização da comunicação humana e nas relações interpessoais, na satisfação das necessidades dos pacientes e na priorização do natural (BRÜGGEMANN, 2001a).

Com relação às condutas relacionadas à tecnologia apropriada em obstetrícia, Climent (1987) e Enkin et al. (2005) enfatizam a importância da satisfação das necessidades de saúde da população, identificando aspectos relacionados aos grupos onde estão inseridos, uma vez que essas necessidades podem variar com a cultura de cada grupo ou indivíduo, com as prioridades e necessidades que são colocadas como prioritárias, com a disponibilidade de recursos das instituições, relacionados a pessoal, leitos hospitalares e equipamentos.

Entre as principais características que as tecnologias apropriadas de saúde devem reunir, utilizando-se da estratégia de atenção primária e a participação da comunidade, destacam-se: a satisfação das reais necessidades de saúde, presentes e futuras, assegurando soluções

efetivas a esses problemas; a garantia da participação da comunidade em todo o processo, desde a seleção do problema até a sua resolução; a ênfase na prevenção e promoção da saúde; a articulação de parcerias entre a comunidade e o sistema institucional relacionados aos recursos; a adequação às condições socioculturais, econômicas e ecológicas de cada grupo ou comunidade; a facilitação do acesso à saúde para todos; a busca de meios alternativos para obter êxito na satisfação das necessidades identificadas; além da eficácia, eficiência, viabilidade, segurança e acerto nos problemas identificados na comunidade.

Conforme Climent (1987), especificamente no que refere à obstetrícia, as tecnologias que envolvem a aplicação de conhecimentos técnico-científicos devem ser utilizadas, mas respeitando a natureza do processo de nascimento e parto. A aplicação desta tecnologia permite o acompanhamento do processo sem, contudo, interferir na fisiologia e, tampouco, nas relações existentes no grupo familiar. De acordo com este autor, esta perspectiva engloba respeitar as seguintes características: entender o processo de nascimento, parto e puerpério como processos psicofisiológicos normais; colocar a mulher, seu filho e sua família como agentes centrais no processo de atenção; promover ações que contribuam para a formação do vínculo do trinômio (mãe-pai-filho); educação e participação ativa, com divisão de responsabilidades dos pais; promoção de vínculos satisfatórios entre a equipe que assiste o parto e a paciente; respeito à liberdade de movimentação e escolha de posições confortáveis, pela mulher, durante o trabalho de parto e parto; permitir a decisão sobre a utilização de técnicas alternativas; não utilizar rotineiramente procedimentos e medicamentos; utilizar posturas preventivas no atendimento que não interfiram no processo de parturição (CLIMENT, 1987).

Outro sentido atribuído ao conceito de humanização do parto e nascimento diz respeito a eventos como experiências humanas, ou seja, algo que deve estar centrado nos seres humanos que os vivenciam. Santos (1998), por exemplo, esclareceu afirmando: humanização é um fenômeno centrado na pessoa. Portanto, necessita que os profissionais, os quais acompanham a mulher e o familiar no parto e nascimento, devam possuir competência técnica, mas principalmente estarem autenticamente presentes e disponíveis, para que possam compreender os significados destas experiências.

Humanizar, ainda nesta perspectiva, levando-se em conta a abordagem profissional, pode ser entendido como um envolvimento com as pessoas para uma melhor compreensão de seus sentimentos como o medo, as alegrias, as ansiedades e expectativas para, de alguma

forma, proporcionar ajuda e solidariedade; entender que para todas as pessoas podem ocorrer momentos fáceis e alegres, também momentos difíceis e atroz, mas que fazem parte da experiência humana de parir e nascer (RATTNER; TRENCH, 2005).

Outra definição que pode ser trazida para a discussão do conceito de humanização está ligada ao empoderamento e aos direitos dos sujeitos envolvidos. Na humanização da assistência é importante ressaltar a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, entendendo como sujeito na assistência ao parto e ao nascimento, as mulheres e seus companheiros, familiares e significantes. Essa assistência deve atender às suas necessidades específicas, levando em conta as diferenças sociais, culturais e econômicas (BRASIL, 2005).

Alguns macroestudos também vêm sendo desenvolvidos no sentido de compreender quais são as concepções que os profissionais que lidam com o processo do nascimento possuem acerca do termo. Um desses estudos foi efetuado por Diniz (2005) e tornou-se um marco para reflexão sobre esta questão específica.

Para Diniz (2005), o entendimento que os profissionais da área possuem sobre o conceito de humanização engloba vários significados. Tais significados, algumas vezes, aparecem, ao mesmo tempo, como convergentes e conflitantes. São eles: a) humanização como legitimidade política, voltada aos direitos da mulher e da criança e baseada, principalmente, nos direitos humanos; b) humanização como legitimidade científica, baseada em estudos e evidências, através de revisões sistemáticas, com intuito de garantir uma oposição às práticas orientadas pela opinião e tradição que embasa a conduta da maioria dos profissionais, na assistência ao parto; c) humanização como tecnologia adequada à saúde populacional, pensando numa dimensão além dos resultados, com diminuição dos agravos heterogênicos maternos e perinatais; d) humanização como legitimidade profissional e corporativa. Avaliando e redimensionando papéis no atendimento no ato de parir, cuja enfermeira obstétrica passa a assistir a mulher no parto normal, tanto em salas de parto como em casas de parto, deixando de ser este atendimento exclusivo do cirurgião obstetra; e) humanização como legitimidade financeira, ou seja, voltado para a racionalização dos recursos. Esta última compreensão pode ser apontada tanto como desvantagem, à medida que é entendida como sonegação de recursos, principalmente para as populações desprovidas, tanto como vantagem, quando avaliada pela economia de recursos escassos, reduzindo com isso procedimentos desnecessários e suas implicações; f) humanização como participação plena da parturiente nas decisões sobre a sua saúde,

melhorando a relação com os quais prestam cuidados (médico e enfermeira), enfatizando o diálogo, incluindo o pai no parto, ou outros sujeitos para prestar apoio, discussão sobre procedimentos rotineiros e a adoção de educação nos relacionamentos instituição-paciente; g) humanização como garantia de acesso ao alívio da dor, incluindo as mulheres usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS), beneficiárias de procedimentos, como a analgesia de parto, antes disponibilizados apenas para clientes de instituições particulares e de convênios (DINIZ, 2005).

A Organização Mundial de Saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1996), a partir de evidências científicas, classificou as condutas e práticas utilizadas no atendimento ao parto normal em quatro categorias, relacionando a sua utilidade, eficácia e a ausência de efeitos que pudessem ser nocivos à mulher. Deste modo, entre as práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas, encontram-se o plano individual de parto, a avaliação do risco gestacional, o monitoramento do bem-estar físico e mental da mulher. Ainda estão inclusos o oferecimento de líquidos durante todo o decorrer do trabalho de parto, o respeito à escolha sobre o local deste, além do respeito à escolha da mulher sobre seus acompanhantes durante o trabalho de parto e parto, dentre outros. Entre as práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas, encontram-se o uso rotineiro do enema, a tricotomia, a cateterização venosa profilática, o exame retal, dentre outros. Dentre as que ainda não existem evidências para apoiar como recomendação clara, devendo ser usadas com cautela, encontram-se os métodos não farmacológicos para alívio da dor durante o trabalho de parto, a amniotomia precoce e outras. Por fim são relacionadas às práticas frequentemente utilizadas de forma inadequadas, que incluem desde o controle da dor por agentes sistêmicos, o monitoramento eletrônico fetal, dentre outras práticas não menos importantes e que devem ser evitadas (BRASIL, 2001; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1996).

Para que as propostas de humanização sejam implantadas, a formação dos recursos humanos e a incorporação das evidências científicas são, sem sombra de dúvidas, os pontos mais importantes no contexto. Hoje, a atenção ao nascimento e ao parto é realizada em instituições hospitalares, casas de parto e até mesmo em domicílios, por profissionais de diferentes formações, como médicos, enfermeiras obstétricas e parteiras, e com vivências e experiências pessoais diferentes neste tipo de atendimento. Porém, o que é mais evidenciado, é a formação tecnocrata, cuja evidência científica é incorporada à prática por poucos profissionais e onde os aspectos voltados à compreensão

sócio-cultural tornam-se bastante escassos.

Diniz (2005) salienta que existe uma grande inadequação na formação médica e de enfermeiras. Refere que as escolas têm dificuldade em incorporar modificações na assistência, considerando-se as melhores práticas e a capacitação em modelos de compreensão com base nas ciências sociais e humanas. De certa forma são as instituições que acabam responsabilizando-se na implementação de processos de sensibilização, enfatizando ideias humanistas e melhorando as relações médico-paciente, através de programas de educação continuada. Porém, essas ações não são suficientes “para impedir a permanência de um modelo intervencionista” (DINIZ, 2005, p. 100).

Nos hospitais que mantêm residência médica é observado, ainda, que os profissionais incorporam procedimentos invasivos, pela necessidade de treinar em pacientes reais, deixando de lado o aprendizado de valores como o respeito à integridade física das pacientes. Também é notada que, em muitas instituições que não oferecem residência médica, e que realizam capacitações com os protocolos das recomendações da OMS, o modelo intervencionista se perpetua (DINIZ, 2005).

A REHUNA, formada por diferentes profissionais, grupos e instituições de saúde, organizados com o intuito de discutir a situação do nascimento no país, vem, desde o final dos anos 80 e início dos anos 90, participando ativamente nas discussões sobre humanização da assistência ao parto e nascimento. A Carta de Campinas, elaborada em reunião do grupo, descreveu o diagnóstico da assistência obstétrica no país, onde foram apontadas as elevadas taxas de cesarianas e as frequentes circunstâncias de violência e constrangimento que as mulheres e crianças são expostas no momento do nascimento (REDE NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO DO NASCIMENTO, 2000).

Esta rede define humanização como sendo o reconhecimento de direitos fundamentais de mulheres e crianças ao acesso a tecnologias apropriadas na assistência, como o direito de escolher o local do parto, a liberdade de escolha de uma posição confortável e a participação de um acompanhante de sua escolha. O respeito ao parto como experiência pessoal, sexual e familiar, a assistência integral à saúde da mulher e da criança que nasce, com apoio emocional, social e material no ciclo gravídico-puerperal, além da proteção contra abusos e negligência (REDE NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO DO NASCIMENTO, 2000).

### 3.2 POLÍTICAS BRASILEIRAS DE HUMANIZAÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO E DETERMINAÇÕES LEGAIS

As políticas públicas voltadas para a humanização do nascimento e parto, no Brasil, retratam uma trajetória de lutas de movimentos sociais e profissionais, que teve início nos anos 50, com o surgimento do Movimento pelo Parto Sem Dor (OLIVEIRA, COLLET, VIEIRA, 2006; TORNQUIST, 2004).

Nessa perspectiva, Costa (2002) afirma que foi a partir da implantação do PAISM, reconhecido como uma importante contribuição do movimento feminista na década de 70, que aconteceram mudanças significativas na definição de políticas sociais de saúde do interesse das mulheres e, conseqüentemente, iniciou um “repensar” na atenção materno-infantil. Esse repensar remeteu ao questionamento do que seria humanizar a assistência à saúde da mulher.

De acordo com Deslandes (2005) e com o Comitê Latino-americano e do Caribe para a Defesa dos Direitos da Mulher (COMITÉ LATINO-AMERICANO E DO CARIBE PARA A DEFESA DOS DIREITOS DA MULHER, 1998). A partir da década de 80 do século passado, o termo humanização da assistência ao parto e ao nascimento passou a ser fortemente utilizado e difundido. Teve como ponto de partida os movimentos de redemocratização política, no espírito do movimento sanitário e principalmente pelas lutas do movimento feminista por políticas públicas que assegurassem práticas obstétricas seguras, que englobassem os direitos das pacientes, pautados nos direitos humanos e nos direitos reprodutivos.

Serruya, Lago e Cecatti (2004) argumentaram que a partir de 1985, em Fortaleza, representantes e convidados da OMS e da Organização Panamericana de Saúde, reunidos, elaboraram um documento intitulado “Tecnologia apropriada para o nascimento e parto”. Decorrente deste evento começou a surgir uma negação ao modelo assistencial tecnocrático, destacando a necessidade de humanizar o parto e o nascimento.

Em 1996, a OMS, ao publicar um guia para a assistência ao parto normal, apresentou recomendações baseadas em evidências, deu um reforço político e técnico em favor desta nova prática obstétrica e serviu de inspiração para elaboração de um manual técnico do Ministério da Saúde (SERRUYA; LAGO; CECATTI, 2004).

Dentre os princípios elaborados pela OMS está o cuidado centrado na família, não direcionado apenas à mulher e ao recém-

nascido, quanto as suas necessidades, mas na figura de seu companheiro, familiares e amigos significativos. Também recomendando que a mulher receba durante o trabalho de parto e parto cuidado individualizado, permitindo a escolha de alguém para acompanhá-la (BRÜGGEMANN, 2005). Segundo esta pesquisadora, foi com o advento da prática baseada em evidências, que desencadeou uma revisão aprofundada das práticas obstétricas, apontando a sustentação das que são benéficas e a proscrição das comprovadamente danosas, que o apoio durante o parto ganhou destaque. Esse apoio está classificado na categoria das práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas. Tal recomendação, segundo esta pesquisadora, é embasada nos estudos controlados randomizados que avaliaram o apoio ou suporte por única pessoa, geralmente a doula, a *midwife* ou a enfermeira, durante o trabalho de parto e parto.

A humanização, enquanto legitimidade política da reivindicação e defesa dos direitos da mulher (homens e família) na assistência ao parto e ao nascimento demanda um cuidado que promova um evento seguro, mas não violento, ou seja, sem práticas intervencionistas demasiadas. Algumas vezes são dispensáveis, na maioria das instituições hospitalares, como as intervenções cirúrgicas desnecessárias ou o uso indiscriminado e rotineiro de procedimentos como enemas, tricotomias e episiotomias (BRASIL, 2005). Devem dar aos usuários, inclusive, o direito de conhecer e decidir sobre os procedimentos adotados durante o parto e o nascimento e quem deve oferecer o apoio (DINIZ, 2005; BRÜGGEMANN, 2005).

Neste movimento, uma questão bastante relevante levantada por Tornquist (2004), é a respeito do apoio à mulher no trabalho de parto, onde o pai é visto como um personagem importante.

Foi em 1998 que o Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2000), reconhecendo oficialmente a assistência ao parto por enfermeiro obstetra, nos hospitais conveniados com o SUS, normalizou a remuneração desses profissionais. Essa renumeração do parto realizado por enfermeiras obstétricas ocorreu a partir da reorganização e mobilização de suas instituições representativas, como a Associação Brasileira de Enfermeiras Obstétricas, na defesa de um papel mais ativo na assistência ao parto normal (DINIZ, 2005). Evidências apontam que esses profissionais podem poupar intervenções desnecessárias e outros recursos, além de resolutivos e seguros, o que foi verificado pelo bom índice de satisfação dos clientes (DINIZ, 2005).

Como marco definidor de uma nova política de atenção ao parto, o MS propôs em 1999 a criação dos Centros de Parto Normal (CPN)

(BRASIL, 2000). Constituem-se em unidades que permitem a assistência aos partos de baixo risco fora dos hospitais, com possibilidade de funcionamento sem médicos, ficando enfermeiros obstetras responsáveis por todos os cuidados prestados às mulheres durante o trabalho de parto e parto e aos recém nascidos. É evidente que a substituição do médico pela enfermeira obstetra não resulta necessariamente na humanização da assistência, mas acredita-se que se a atuação desta profissional estiver inserida em uma nova proposta de cuidado, estabelece condições para a mudança do modelo de assistência vigente.

Em 2000, através da portaria 569/GM, foi instituído o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), com o objetivo de assegurar às mulheres a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério. Como diretrizes básicas do Programa citam-se o direito ao acesso, ao atendimento digno e de qualidade durante a gestação, parto e puerpério; o direito ao acompanhamento adequado no pré-natal; o direito de saber e ter a garantia de acesso à maternidade onde será atendida por ocasião do parto; o direito de uma assistência humanizada e segura no parto e puerpério, que deve ser extensiva ao recém-nascido, com adequada assistência neonatal (BRASIL, 2000).

O Programa de Humanização do Parto e Nascimento têm o objetivo principal de reorganizar a assistência, vinculando formalmente o pré-natal ao parto e puerpério, ampliando o acesso das mulheres e garantindo a qualidade com a realização de um conjunto mínimo de procedimentos (BRASIL, 2000).

Este programa apresenta duas características marcantes: o olhar para a integralidade da assistência obstétrica e a afirmação dos direitos da mulher, incorporada como diretrizes institucionais. De acordo com Rattner (1996) a OMS estabelece que o objetivo da assistência é trabalhar para que a parturiente e o neonato sejam saudáveis, com o mínimo de intervenções, e que as mesmas quando necessárias, sejam seguras. Assim, algumas condutas devem ser estimuladas durante o parto, como a presença de acompanhante, a oferta de líquidos no decorrer do parto, o uso de técnicas não invasivas para alívio da dor e a liberdade de escolha da posição no parto, entre outras (RATTNER, 1996).

Em maio de 2004 o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - Princípios e Diretrizes, que desde 2003 vinha sendo construída a partir das proposições do SUS, e em parceria com diversos setores da sociedade,

onde busca, de forma ampla, a implementação de ações de saúde que possam promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e da ampliação do acesso aos meios e serviços; reduzir a morbimortalidade feminina por causas preveníveis e evitáveis em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais; e ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2009). Esta política busca, de forma efetiva, a integralidade das ações na saúde da mulher, priorizando a humanização e a qualificação dessa assistência. Tal postura será vivenciada através da consolidação com os avanços na área dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da qualidade da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro, e no combate à violência doméstica e sexual.

Dentro as políticas públicas na área de saúde da mulher, em 2001, o MS brasileiro editou o manual “Parto, Aborto e Puerpério - Assistência Humanizada à Mulher” (BRASIL, 2001). Aí redefiniu o que considera humanização da assistência e defendeu uma nova perspectiva, onde os cuidados prestados à mulher devem ser efetivamente benéficos, as intervenções desnecessárias devem ser evitadas e a privacidade e a autonomia preservadas. Entretanto, sabe-se que estas não vêm sendo respeitadas nos hospitais e maternidades, pois os procedimentos são reconhecidamente danosos e ineficazes. Isto porque a imobilização, a posição horizontal na hora do parto e a administração de ocitocina para acelerar o trabalho de parto deveriam ser eliminadas, porém continuam a fazer parte da rotina na maioria dos serviços de saúde.

De acordo com o MS (BRASIL, 2001), o conceito de assistência humanizada é vasto e envolve um conjunto de práticas e atitudes, com o objetivo de favorecer o parto e o nascimento saudável, bem como a prevenção da morbimortalidade materna e perinatal. O programa de humanização do parto e nascimento tem o seu início no pré-natal, com a equipe de saúde preparando adequadamente a parturiente para o momento do parto, abrangendo um conjunto de cuidados que visam oferecer à mulher a possibilidade de vivenciar o parto e puerpério com privacidade e autonomia.

Recentemente foi publicada a Resolução RDC 36, de 03 de junho de 2008, que regulamenta os serviços de atenção obstétrica no país. Além das regulamentações relacionadas às adequações na área física das instituições que prestam assistência ao parto, redefine termos como acolhimento, ambiência, humanização da atenção, inclusos na Política Nacional de Humanização. Na humanização da atenção reforça a

necessidade de um comprometimento por parte dos profissionais e das instituições com os direitos dos usuários enquanto cidadãos, enfatizando a necessidade de respeitar o direito a acompanhamento de pessoas da rede social da mulher, de sua livre escolha (BRASIL, 2008).

### 3.3 O ACOMPANHANTE NO PARTO COMO UMA AÇÃO PROMOTORA DA HUMANIZAÇÃO DO NASCIMENTO E PARTO

A literatura disponível sobre o tema “parto humanizado” traz como recomendação que a mulher tenha a presença de acompanhante durante todo o processo de trabalho de parto e parto, fazendo parte ainda de documentos como o “Guia Prático Maternidade Segura” (BRASIL, 1995). Em muitos estados brasileiros existem leis estaduais que garantem este direito à mulher, como é o caso de Santa Catarina, que a partir da iniciativa de um grupo local voltado para a humanização, garantiu este direito através da Lei 12.333 de 2002 (SANTA CATARINA, 2002; TORNQUIST, 2004).

Esta lei serviu como referência para a elaboração da Lei 11.108 de abril de 2005, que institui obrigatoriedade a todos os serviços do Sistema Único de Saúde ou conveniados, a permitirem a presença de um acompanhante, de escolha da parturiente, para acompanhá-la em todo o processo de nascimento e parto (BRASIL, 2005).

Porém, vale lembrar que, atualmente, este mesmo argumento de participação da mulher/homem nas decisões acerca dos procedimentos obstétricos realizados nas maternidades também é utilizado pela obstetrícia para justificar um elevado número de intervenções cirúrgicas eletivas e classificadas como “a pedido”. Para Hotimsky et al. (2002), esta aparente liberdade de escolha outorgada à mulher/homem, dita em prol do “movimento de humanização do parto e nascimento”, justifica o aumento indiscriminado de cesarianas eletivas em todo o país.

Brüggemann (2005), com relação ao acompanhante, enfatiza que é necessário vê-lo como alguém que está vivenciando um momento muito especial e que precisa ser acolhido no contexto assistencial onde está inserido. Conforme refere a autora, o acompanhante foi colocado como um importante fator de promoção de humanização do parto, capaz, inclusive de estimular os profissionais de saúde a repensarem o significado do nascimento, também passarem a ter uma atitude mais humana e menos rotineira.

A autora pesquisou, em sua tese, a influência do apoio durante o

trabalho de parto e parto por um acompanhante da escolha da parturiente. Avaliou a sua satisfação e os efeitos deste apoio sobre os resultados maternos, perinatais e aleitamento materno, permitindo o conhecimento das percepções dos profissionais de saúde e dos próprios acompanhantes na vivência desta experiência. Os resultados evidenciaram, em primeiro lugar, a inexistência de estudos controlados sobre o apoio provido por acompanhantes e que os efeitos do apoio por outros provedores foram mais acentuados sobre as intervenções obstétricas, quando não era permitida a presença de familiar ou do companheiro. Foi verificado que as parturientes tiveram mais satisfação em relação ao trabalho de parto e parto quando acompanhadas por pessoas de sua escolha. Comparado com o grupo que não tinham acompanhante, a presença do acompanhante não influenciou nos resultados maternos, perinatais e de amamentação. Tanto os profissionais de saúde como os acompanhantes avaliaram de forma positiva a experiência do acompanhamento do processo de nascimento e do apoio oferecido (BRÜGGEMANN, 2005).

As evidências científicas apontam que a presença do acompanhante reduz consideravelmente os índices de cesariana, a utilização de anestésias e analgésias, o uso de ocitocina, assim como reduz a permanência prolongada do binômio hospitalizado. Desta forma, serviram de embasamento para a recomendação de acompanhante no processo de nascimento e parto, descrito nas Tecnologias Apropriadas para o Nascimento e Parto, em 1995 (HOTIMSKY; ALVARENGA, 2002). Hotimsky e Alvarenga (2002) enfatizaram que a recomendação do acompanhante, pela OMS, reconhece caber à mulher escolher este acompanhante, pois está explícito que essa forma de apoio à mulher perpassa pelas concepções sociais e culturais nos quais o parto e nascimento estão inseridos.

Em diversas culturas os acompanhantes que prevalecem, desde muito tempo, são mulheres mais velhas, normalmente com um grau de parentesco com a parturiente. Hoje se percebe que, legalmente amparado pelo Estatuto da Criança e Adolescente (ECA), o acompanhamento de parturientes que se encontram nesta faixa etária estabelecida são, explicitamente, os pais ou responsáveis. Entre as diversas legislações estaduais, reforça-se a presença do companheiro/pai da criança como o acompanhante que a mulher pode optar (HOTIMSKY; ALVARENGA, 2002). Contudo, também são vários os estudos que mostram que os profissionais que atendem ao parto, nas maternidades, precisam ter cuidado para realmente respeitarem a decisão das parturientes e gestantes se seus desejos de acompanhamento

forem por qualquer pessoa significativa, seja ela do sexo feminino ou masculino.

Enkin et al. (2005) salientam que o apoio dado à mulher durante o trabalho de parto e parto pode ser realizado pelos profissionais responsáveis pelo seu cuidado ou ainda por outras pessoas designadas para essa atividade. Pode ser ainda realizado pelo companheiro, outros familiares e até mesmo por amigos da parturiente, desde que a mesma nunca permaneça só durante o processo de nascimento. Esse apoio compreende medidas de conforto físico e psicológico, que variam e devem respeitar a sua cultura e suas necessidades individuais.

A “doula”, palavra de origem grega que significa “aquela que ajuda ou serve” (BELTRÃO; RODRIGUES, 2008, p. 9), é uma mulher que pode participar do cenário do parto, com o objetivo de oferecer suporte afetivo, psicológico e físico, assim como favorecer a inserção do acompanhante da mulher no processo de nascimento, para melhor vivenciarem esta experiência (BELTRÃO; RODRIGUES, 2008). A presença da doula no momento do parto é uma prática incentivada por diversos organismos nacionais e internacionais, reforçando como uma prática que reduz a quantidade de intervenções desnecessárias para a mulher (KLAUS; KENNEL; KLAUS, 2000). Contudo, não tem sido uma prática recorrente e consolidada em cenários brasileiros.

De qualquer forma, seja em qual concepção for, ou seja, quem for o ser humano que acompanhará a mulher em todo o processo do nascimento, deverá ser alguém que possua vínculo e possa fortalecê-la, empoderando-a no processo de gestar e parir, através de suporte e apoio emocional e físico. Os profissionais de saúde, diante dos acompanhantes, precisam respeitar as decisões das famílias, além de incentivar as participações no decorrer de todo o período do parto, abrindo as portas sem preconceitos para que se sintam acolhidos e partes do processo. Somente aquele acompanhante que receber apoio e se sentir benquisto, dentro do cenário hospitalar, poderá se preocupar em confortar e fornecer o suporte necessário à mulher que vivencia o processo do nascimento, até a volta para casa.

#### 3.4 O PROFISSIONAL QUE ASSISTE AO PARTO NA MATERNIDADE

Refletir sobre a humanização da assistência ao parto e sobre as políticas vigentes, hoje, no país, traz a necessidade de identificar os

profissionais que assistem os partos nos diferentes contextos. Do profissional que assiste as mulheres durante o processo do nascimento é necessária uma postura de respeito aos aspectos fisiológicos do trabalho de parto e parto. Sobretudo ter a conduta de não interferir desnecessariamente, o respeito aos aspectos sociais e culturais do parto e nascimento e, principalmente, a capacidade de proporcionar suporte emocional à mulher e sua família, sendo agente facilitador da formação de vínculos afetivos familiares, principalmente entre o recém-nascido e seus pais. Todavia, os aspectos referentes à autonomia da mulher, durante todo o processo, também devem ser considerados pelo profissional. O exemplo da elaboração de um plano de parto que seja seguido pelos profissionais que a assistem, o respeito à sua escolha de ter um acompanhante por ela definido, de serem esclarecidas e consultadas sobre todos os procedimentos que serão realizados, além de terem respeitados os seus direitos de cidadania. Todas estas são posturas esperadas dos profissionais que assistem ao parto (STORTI, 2004).

Entre as propostas de humanização que têm sido veiculadas na literatura, particularmente quando o processo ocorre sem complicações clínicas ou obstétricas, discute-se a superação da figura do médico obstetra, como o profissional de eleição para acompanhar o parto. Em outras palavras, isto significa que a assistência ao parto, para gestantes e parturientes de baixo risco, deve-se dar nas casas de parto, ou mesmo em ambiente intra-hospitalar, porém com predominância da atenção da enfermeira obstétrica, haja vista as práticas menos intervencionistas que as mesmas realizam. Essa tendência elevou a discussão sobre o papel do obstetra na assistência ao parto.

Existem hoje evidências científicas suficientes para que o modelo médico tradicional de assistência ao parto seja desmedicalizado, o que evidentemente implica na perda de poder dos profissionais. Adotar rotinas que adêquem o trabalho de parto ao modo de funcionamento do hospital e adotar outras que privilegiam o acompanhamento de sua fisiologia seria perder o controle do processo da parturição e modificar as referências do papel do médico neste contexto da assistência (DIAS, DOMINGUES, 2005; DINIZ, 2005).

Davis-Floyd (1994) e Wagner (1994) avaliaram a formação dos profissionais médicos totalmente voltados ao modelo biologicista, incorporando, cada vez mais, a tecnologia sofisticada na prática cotidiana. Tais procedimentos transformam a visão do profissional médico sobre o trabalho de parto e do parto como eventos de risco exigindo a necessidade de inevitáveis interferências. Quase sempre são acionadas na tentativa de regulação e controle do mesmo, destituindo os

profissionais médicos de atributos necessários para a assistência ao parto de forma a não interferir no processo.

A utilização de tecnologia com frequentes intervenções comprova que muitos médicos obstetras têm “necessidade” de proporcionar segurança instrumental, por não acreditarem na capacidade que o corpo da mulher possa oferecer. Apesar desta constatação, o médico obstetra não pode ser excluído do processo de humanização da assistência, mas reforça os desafios que necessitam suplantar, com o intuito de transformar a postura na assistência ao parto de baixo risco, colocando-se mais como cuidadores do que, efetivamente, como “especialistas” em patologia obstétrica (WAGNER, 1994).

Wagner (1994) ressaltou que a formação profissional do enfermeiro obstetra, com visão mais holística do cuidado, tem sido considerada a que possibilita ao profissional uma abordagem diferenciada na condução do trabalho de parto. Este autor também mencionou que em vários países da Europa, o trabalho do médico obstetra está direcionado para a assistência às gestantes de risco. Dias (2001), fortalecendo esta ideia, referiu que com a formação voltada principalmente para as complicações da gestação e do parto, a quase totalidade dos médicos obstetras entendem os partos, mesmos os de baixo risco, como situações que necessitam invariavelmente de constante acompanhamento médico (DIAS, 2001).

Com a mudança do currículo mínimo de enfermagem, desde 1994, e atualmente, a formação específica de profissionais de enfermagem na área obstétrica consiste na especialização, em nível de pós-graduação lato sensu. Essa formação da enfermeira obstétrica proporciona maior ênfase para os aspectos fisiológicos, emocionais e socioculturais do processo reprodutivo, privilegiando a assistência fundamentada no entendimento do fenômeno da reprodução como individual contínuo e saudável, no qual o foco central é a mulher, e se desenvolve em determinado contexto sócio-histórico (RIESCO; FONSECA, 2002). Quando acompanhadas por essas profissionais, as mulheres têm menos necessidade de analgésicos, é verificada uma diminuição de intervenções, e os resultados finais apresentam-se melhores que aqueles produzidos pela assistência médica convencional (HODNETT; OSBORN, 1989).

A atuação da enfermeira na assistência ao parto normal ganha cada vez mais força em nosso meio, a partir de discussões acerca dos resultados do modelo médico de atenção e, principalmente, da experiência mostrada em diversos estudos sobre a atuação das enfermeiras obstetras em países europeus, como Inglaterra e Holanda.

Nesses países, o modelo de atenção ao parto, que insere a atuação dessas profissionais, tem apresentado resultados perinatais muito bons e constatada satisfação das usuárias com a assistência prestada (TURNBULL et al., 1996; WIEGERS, 1996).

No Brasil, em 1998, o MS (BRASIL, 2000) reconheceu oficialmente a assistência ao parto por enfermeira obstetra nos hospitais conveniados com o SUS e normalizou a remuneração dessas profissionais. Como marco definidor de uma nova política de atenção ao parto, o MS propôs em 1999 a criação dos Centros de Parto Normal (CPN). Tais unidades permitem a assistência aos partos de baixo risco fora dos hospitais, com possibilidade de funcionamento sem médicos, ficando as enfermeiras obstetras responsáveis por todos os cuidados prestados às mulheres e aos bebês. Ainda nas políticas públicas na área de saúde da mulher, em 2001, como já abordei anteriormente, o Ministério da Saúde editou o manual Parto, Aborto e Puerpério - Assistência Humanizada à Mulher, que inclui e incentiva a participação da enfermeira obstetra (BRASIL, 2001).

As publicações oficiais definem o que se considera humanização da assistência e defende uma nova perspectiva em que os cuidados prestados devem ser efetivamente benéficos, as intervenções desnecessárias devem ser evitadas e a privacidade e a autonomia materna preservadas. A simples substituição do médico pela enfermeira obstetra não resulta necessariamente na humanização da assistência, mas acreditamos que se a atuação desta profissional estiver inserida em uma nova proposta de cuidado, estão dadas as condições para a modificação do modelo de assistência.

Como visto, um direito consensualmente mencionado como prática humanizadora, tem sido o de que a gestante tenha um acompanhante de sua escolha na sala de parto. A valorização das tecnologias de intervenção, tanto por parte das parturientes quanto dos profissionais, a despeito de seus benefícios, vem ocultando uma medicalização indiscriminada do parto, no qual o desejo das mulheres tem contado pouco, principalmente nos setores mais pobres da população, com menor acesso à informação.

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 TIPO DE ESTUDO

Realizou-se um estudo exploratório-descritivo com abordagem qualitativa. A opção por utilizar o método qualitativo deve-se ao fato de que o mesmo, segundo Minayo et al. (1994), ajuda a compreender os meandros das relações sociais consideradas essência e resultado da atividade humana criadora, afetiva e racional, que podem ser apreendidos através do cotidiano e da vivência da pesquisadora com os sujeitos do estudo. Neste tipo de estudo o pesquisador tem ampla liberdade teórico-metodológica para realizar a pesquisa. “Esta [...] deve ter uma estrutura coerente, consistente, originalidade e nível de objetivação, capazes de merecer a aprovação dos cientistas, num processo intersubjetivo de apreciação” (TRIVIÑOS, 1995, p. 133).

Por outro lado, a escolha de um estudo do tipo exploratório-descritivo foi adotada, por permitir ampliar o conhecimento sobre determinado assunto e descrever com certa exatidão os fatos e fenômenos vivenciados na realidade. De acordo com Gil (1999), as pesquisas exploratórias visam desenvolver, clarear e transformar conceitos e idéias com vistas à formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores, além de lançarem novas luzes a problemas recorrentes da realidade social, vistos em novos ângulos focalizados na pesquisa. Estudos exploratórios propiciam ao pesquisador o aumento do conhecimento de determinado problema, uma vez que o investigador parte de alguns pressupostos iniciais e aprofunda seu estudo nos limites de uma realidade específica, buscando maior compreensão sobre ela.

Além disso, foi adotada também a perspectiva de um estudo descritivo, por sua característica de ter como propósito a observação, o registro e a análise do fenômeno, neste caso, as concepções dos profissionais de saúde, acerca da presença do acompanhante na instituição-maternidade, procurando-se conhecer sua relação e conexão com outros fenômenos, sua natureza e características (TOMASI; YAMAMOTO, 1999). Estudos descritivos, de acordo com Tomasi e Yamamoto (1999, p. 31), buscam “conhecer as diversas situações e relações que ocorrem na vida social, política, econômica e demais aspectos do comportamento humano individualmente, como de grupos e comunidades mais complexas”. Gil (1999, p. 44) afirma que a pesquisa

descritiva “tem como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno”. O autor enfatiza ainda que este tipo de pesquisa envolve o uso de técnicas organizadas de coleta de dados, tais como questionários e observações sistemáticas. De acordo ainda com este autor, os estudos descritivos proporcionam uma nova visão do problema, o que acaba complementando as pesquisas exploratórias.

Leopardi et al. (2002) reforçam esta finalidade ao dizerem que as pesquisas descritivas são caracterizadas pela necessidade de explorar situações desconhecidas, ou seja, aquelas onde existe uma necessidade maior de informações. Portanto, explorar uma situação consiste na identificação das características, mudanças ou regularidades. Esse tipo de pesquisa não se restringe apenas a expor, explicar ou detalhar fenômenos, mas os seus resultados são sempre aproveitáveis na efetivação de mudanças de algumas condutas não apropriadas à determinada realidade social.

#### 4.2 LOCAL E CONTEXTO DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada em uma maternidade pública do interior do Estado de Santa Catarina. A maternidade foi inaugurada em março de 1972, com o compromisso de ser referência no atendimento obstétrico diferenciado para a região, ou seja, atendimento com qualidade técnica e humana.

Em 1987 foi criado o Banco de Leite Humano, com o intuito de incentivar o aleitamento materno, propiciando às mulheres nutrizas apoio e orientação nas questões técnicas e culturais relacionadas à amamentação, diminuindo assim os altos índices de desmame precoce que ocorria naquela realidade e, conseqüentemente, diminuir as internações pediátricas devido à intercorrências como diarreia e desidratação, ocasionadas pela introdução de leite artificial – fenômenos freqüentes na região antes da existência do Banco de Leite.

Como conseqüência da mudança de condutas e rotinas para incentivar o aleitamento materno, em agosto 1994, a maternidade recebeu o título “Hospital Amigo da Criança”, o primeiro título conquistado por uma instituição na região Sul do Brasil. Esta homenagem foi atribuída pela Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), do MS, que foi idealizada em 1990 pela OMS e pelo *United Nations Children's Fund* (UNICEF), para promover, proteger e apoiar a

amamentação. Foi o primeiro título conquistado em nível estadual.

Em 1997 esta maternidade recebeu um prêmio da Rede Brasil Sul de Comunicação, pelo trabalho de incentivo ao aleitamento materno. Como a premiação consistia em recursos financeiros, a verba recebida possibilitou a aquisição de materiais e equipamentos para as atividades educativas desenvolvidas no Banco de Leite Humano. Além disto, a maternidade foi presenteada com um automóvel, usado a partir daí, para a realização de visitas domiciliares.

Esta instituição possui trinta e um leitos destinados para a assistência obstétrica e ao binômio e nove para a assistência neonatal. Estes últimos, distribuídos na UTI neonatal (cinco leitos) e na UTI intermediária (quatro leitos). Estas duas unidades para assistência neonatal foram inauguradas em 29 de abril do ano de 2008. A maternidade faz atendimento a gestantes de baixo e médio risco, com uma média mensal de aproximadamente 100 nascimentos por mês.

A maternidade possui o compromisso social de prestar assistência segura para o trinômio, incorporando práticas que se coadunam com o movimento atual em prol da humanização da assistência ao parto e nascimento (MATERNIDADE DONA CATARINA KUSS, 2002; 2007). No que concerne ao acompanhante, contudo, ainda não existem rotinas específicas, mas há um grupo interdisciplinar que está discutindo as rotinas como um todo, incluindo nesta discussão a questão do acompanhante. Apesar de ainda não existir institucionalmente um protocolo oficial sobre a presença do acompanhante e sua inserção formal no estabelecimento, a administração da maternidade confeccionou um *banner* com a Lei do Acompanhante e instalou-o em local estratégico, na entrada principal do prédio.

Atualmente a maternidade atende preferencialmente pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS), uma vez que se trata de uma instituição pública, mas presta também atendimento a pacientes de convênios como UNIMED, Instituto de Previdência do Município, FUSEX e particulares. Oferece atendimento obstétrico e neonatal, psicológico, assistência social e fonoaudióloga. Os recém-nascidos saem da maternidade com o seu registro civil, uma vez que há uma agência cartorária nas suas dependências. Também recebem a primeira dose da vacina contra hepatite B e o teste da orelhinha. Na UTI neonatal é coletado o exame do pezinho dos prematuros internados. Além disso, a instituição possui serviço de radiologia próprio e conveniado para exames de imagem (ultra-sonografia) para as gestantes e bebês que necessitam de acompanhamento especializado.

A instituição possui em seu quadro funcional 8 enfermeiras (3

obstétricas), 6 médicos obstetras, 6 pediatras, 1 psicólogo, 1 assistente social, 1 nutricionista, 2 fisioterapeutas e 42 auxiliares e técnicos de enfermagem, além de outros profissionais nos setores de cozinha, limpeza, lavanderia, portaria, entre outros.

A área física da maternidade está bastante diferente de quando foi inaugurada, pois necessitou ampliação e adequação para implementar os serviços atualmente existentes. No ano de 2001 o bloco cirúrgico foi totalmente reformulado, com a finalidade de atender às exigências técnicas para esta área, com a construção de barreiras físicas, melhorando o fluxo de pessoas e materiais para o centro obstétrico e para o centro de materiais de esterilização (CME), seguindo as normas da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar.

A maternidade é constituída pelos seguintes setores assistenciais: Neonatologia (unidade intensiva e intermediária), Bloco Cirúrgico e Alojamento Conjunto.

O **Bloco Cirúrgico** compreende o CME, uma sala de curetagem, uma sala de ressuscitação neonatal e três salas de parto, sendo duas delas preferentemente para a realização de partos cirúrgicos, e uma especialmente destinada à realização de partos vaginais distócicos. Neste local atua uma equipe de enfermagem específica, composta por 12 profissionais de nível médio, coordenados pela enfermeira responsável pelo Alojamento Conjunto. A atuação do staff médico será descrita adiante.

O **Alojamento Conjunto** compreende 18 quartos de internação (sendo 7 destinados a convênios e particulares e 11 para usuários do SUS), onde permanecem tanto as gestantes em tratamento clínico obstétrico, como também as que se encontram em trabalho de parto e pós-parto. Além destes 18 quartos, há também uma sala com 3 leitos obstétricos, destinados à mulheres que se encontram em franco trabalho de parto, sendo que ali também é realizada a maioria dos partos vaginais, ficando para o Bloco Cirúrgico apenas as cesarianas e os partos vaginais distócicos. No Alojamento Conjunto também há um posto de enfermagem, estrategicamente posicionado, de onde a equipe de enfermagem coordena a assistência a todas as gestantes, parturientes e puérperas. As enfermeiras, além de serem responsáveis pela gerência do cuidado, realizam partos na sala especificada acima, numa média de 10 partos/mês. Em cada plantão no Alojamento Conjunto há um enfermeiro e um auxiliar ou técnico de enfermagem. Este profissional de nível médio auxilia o enfermeiro no cuidado à parturiente e aos recém-nascidos, realizando também os controles obstétricos e demais procedimentos. Os plantões são de 6 horas durante o dia e de 12 horas

durante o período noturno.

A sala onde se realizam os partos ocupa lugar de destaque no Alojamento Conjunto. Diferente de outras instituições, não está situada no bloco cirúrgico ou obstétrico, o que permite à parturiente maior liberdade de movimentação, inclusive para deambular fora do quarto, mantendo maior contato e intimidade com os familiares que porventura estejam acompanhando. Esta sala está situada entre os quartos, bem em frente ao posto de enfermagem, sendo constituída por três leitos separados lateralmente com uma parede de fórmica e cortinas *blackout*, o que permitem manter a privacidade da parturiente e seu acompanhante, porém não impede a propagação de sons. Possui um banheiro exclusivo para as parturientes e tem disponível um aparelho de som, para ouvirem música, se assim desejarem, “bola de Bobot”, para exercícios da parturiente, e outros pequenos equipamentos para realização de massagem. Apesar de não possuir cama de estrutura PPP, ou seja, pré-parto, parto e pós-parto, está equipado para permitir a realização de partos normais eutócicos.

Normalmente o fluxo da gestante, ao dar entrada na maternidade, segue o seguinte roteiro: é recebida na entrada principal, onde se situam os setores de recepção e de admissão. A equipe de recepção (composta por auxiliares administrativos) recebe a mulher e comunica a enfermeira do Alojamento Conjunto, que faz então o acolhimento e o exame para a sua admissão. As mulheres que procuram a maternidade quase sempre chegam por demanda espontânea, ou seja, por estarem em trabalho de parto ou por outra intercorrência clínica obstétrica, sendo que algumas vezes são encaminhadas por seus médicos pré-natalistas. Após o exame obstétrico, a enfermeira comunica ao médico responsável pelo plantão sobre as condições da gestante e então é realizado o internamento ou encaminhamentos para o ambulatório.

A equipe médica que atende no Bloco Cirúrgico é a mesma que atua no Alojamento Conjunto. No período noturno permanecem de plantão um obstetra e um pediatra que atuam das 20:00 às 8:00 horas do dia seguinte. Contudo, no período diurno, há sempre um obstetra e um pediatra responsáveis pela assistência, mas permanecem em regime de sobreaviso. Somente passam na instituição na primeira hora da manhã para o recebimento das informações acerca dos pacientes internados, bem como para passar a visita, e então saem para atividades extra-hospitalares, mantendo-se, no entanto, em sobreaviso, ou seja, só comparecem novamente ao hospital se forem chamados pela enfermeira para a realização de cesáreas, em situações de partos distócicos, ou qualquer outra situação que a enfermeira necessite da presença do

médico.

Geralmente, ao dar entrada na maternidade, a gestante vem acompanhada por seu companheiro, sua mãe, sogra ou ainda outro familiar, sendo que este acompanhante pode ou não ser recebido nos setores por onde a gestante/parturiente/puérpera vai sendo encaminhada durante sua estadia na instituição. Cabe ao enfermeiro que admite a gestante, a orientação sobre o papel do acompanhante e as normas para a sua participação, até o momento da alta, inclusive sobre a importância do acompanhamento, a realização de massagens e o reforço positivo que pode oferecer à mulher. Também recebe orientações sobre todos os procedimentos e condutas que serão realizados.

A área física da maternidade não é bem estruturada, a ponto de propiciar total conforto ao acompanhante, mas está adequando as áreas existentes para o melhor atendimento possível. Aqueles acompanhantes que passaram a noite recebem café da manhã e os que são oriundos de outros municípios recebem todas as refeições do dia.

#### 4.3 SUJEITOS DO ESTUDO

Participaram da pesquisa 6 enfermeiros, 6 médicos obstétricas e 7 pediatras, 7 técnicos e 21 auxiliares de enfermagem que atuam no Alojamento Conjunto e no Bloco Cirúrgico da maternidade. A pesquisa envolveu, portanto, **47 profissionais de saúde** que atuam nos três períodos (manhã, tarde e noite), uma vez que o atendimento ao parto ocorre ininterruptamente. Como critério de inclusão foi considerado o desejo dos profissionais em participar voluntariamente do estudo, após terem informações sobre os procedimentos de coleta de dados e mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (**Apêndice B**). Ressalto que os profissionais não receberam qualquer remuneração pela sua participação na pesquisa e todos, sem exceção, concordaram em participar da mesma, ainda que tenham sido esclarecidos que não haveria qualquer prejuízo, caso se negassem a tomar parte, em qualquer momento da investigação.

A escolha por esses sujeitos deu-se em função de que na metodologia qualitativa os participantes do estudo são pessoas com determinadas características sociais e culturais, pertencentes a determinados grupos, que agregam crenças, valores e significados próprios ao do grupo a que pertencem (MINAYO, 1992). Também foram escolhidos porque nas metodologias qualitativas são vistos como

parte de um todo, em seu contexto natural, não devendo ser reduzidos a variáveis isoladas ou a hipóteses, uma vez que, conforme Silva (1996), ao reduzir pessoas a dados estatísticos, perde-se de vista a natureza subjetiva do comportamento humano. Ao contrário, ao fazer uso de dados descritivos derivados de registros e anotações pessoais, de falas de pessoas, de comportamentos observados, abriu-se a possibilidade de conhecer mais profundamente os seres humanos e compreender como se processa a evolução das definições de mundo destes sujeitos. Acredito que essas características auxiliaram na obtenção de informações importantes para responder à questão da pesquisa.

No quadro 1 apresento os sujeitos que participaram da pesquisa e suas principais características sociobiográficas.

Cat prof	Idade	Sexo	Escol/ Titul	Tempo de formação Profissional	Tempo trabalho em maternidade	Tempo trabalho na MDCK	Sector em que atua	Estado civil	Nº filhos
E1	46 a	F	Dout	23 a	22 a	22 a	AC, SP, Adm	Solt	0
E2	31 a	F	Esp	9 a	2 a	2 a	AC, SP, Adm	Sep	1
E3	29 a	M	3º grau	5 a	1 a 8 m	1 a 8 m	AC, SP, Adm	Cas	0
E4	27 a	F	Esp	6 a	5 a	4 a 6 m	AC, SP, Adm	Div	1
E5	42 a	F	Esp	19 a	14 a	14 a	AC, SP, Adm	Cas	2
E6	25 a	F	Esp	4 a	1 a 4 m	1 a 4 m	AC, SP, Adm	Solt	0
MO1	66 a	M	Grad	42 a	41 a	36 a	AC, SP, Adm	Cas	2
MO2	52 a	F	Esp	25 a	25 a	20 a	AC, SP, Adm	Cas	2
MO3	33 a	F	Esp RM	5 a	5 a	2a.5m	AC, SP, Adm	Cas	0
MO4	32 a	M	Esp RM	7 a	6 a	1 a	AC, SP, Adm	U C	0
MO5	58 a	M	Esp	30 a	30 a	28 a	AC, SP, Adm	Cas	1
MO6	41 a	F	Esp RM	16 a	21 a	13 a	AC, SP, Adm	Cas	3
MP1	44 a	M	Esp	22 a	19 a	19 a	AC, SP	Solt	0
MP2	51 a	M	Esp	26 a	25 a	1 a	AC, SP	Sep	2
MP3	33 a	M	Esp	9 a	7 a	1 a 7m	AC, SP, UTIN	cas	1
MP4	35 a	M	Mest	11 a	1 a 10 m	1 a 10 m	AC, SP, UTIN	Sep	0
MP5	50 a	M	Esp	25 a	24 a	3 a	AC, SP, UTIN	Sep	6
MP6	50 a	F	Esp	19 a	17 a	14 a	AC, SP, UTIN	Cas	2
MP7	62 a	F	Esp	36 a	35 a	25 a	AC, SP	Solt	0
TE1	36 a	M	Grad	6 a	4 a	4 a	CC, CO	Cas	2
TE2	27 a	F	2º grau	8 a	2 a	2 a	CC, CO	Cas	0
TE3	46 a	M	2º grau	15 a	15 a	15 a	AC	Cas	5
TE4	45 a	F	2º grau	9 a	2 a	2 a	AC	Cas	2
TE5	28 a	F	Grad	1a 10m	1a 10m	1a 10m	AC	Solt	0
TE6	31 a	F	2º grau	7 a	5 a 6m	5 a 6m	AC	Cas	1
TE7	45 a	F	2º grau	5 a	5 a 4m	4 a	AC	Cas	3
AE1	58 a	F	2º grau	29 a	34 a	19 a	AC	Solt	0

AE2	27 a	M	Grad	8 a	2 a	2 a	CC, CO	Cas	2
AE3	42 a	F	2º grau	6 a	4 a	4 a	AC	Cas	3
AE4	40 a	F	Grad	8 a	4 a	4 a	AC	Cas	1
AE5	51 a	F	2º grau	20 a	9 a	4 a	AC	Div	1
AE6	44 a	F	2º grau	15 a	5 a	2 a	CC, CO	Sep	2
AE7	36 a	F	2º grau	10 a	9 a 6 m	5 a 6 m	CC, CO	Sep	0
AE8	28 a	F	2º grau	2 a	2 a	2 a	CC, CO	Solt	0
AE9	51 a	F	2º grau	30 a	30 a	30 a	CC, CO	Cas	2
AE10	48 a	F	2º grau	27 a	27 a	14 a	CC, CO	Cas	1
AE11	46 a	F	Grad	22 a	21 a	21 a	CC, CO	Solt	0
AE12	51 a	F	2º grau	29 a	20 a	20 a	AC	Sep	2
AE13	61 a	F	2º grau	28 a	18 a	18 a	AC	Cas	4
AE14	30 a	F	2º grau	5 a	2 a	2 a	AC	Solt	0
AE15	52 a	F	2º grau	25 a	29 a	29 a	CC, CO	Cas	2
AE16	34 a	F	2º grau	5 a	2 a	2 a	AC	Cas	2
AE17	39 a	F	2º grau	3 a	3 a	2 a	AC	Cas	1
AE18	51 a	F	2º grau	21 a	32 a	31 a	AC	Cas	2
AE19	55 a	F	2º grau	25 a	12 a	3 a 6 m	AC	Solt	1
AE20	52 a	F	2º grau	30 a 7 m	30 a 7 m	30 a 7 m	AC	Cas	3
AE21	50 a	F	2º grau	20 a	21 a	21 a	CC, CO	Solt	0

**Quadro 1** - Caracterização geral dos sujeitos participantes da pesquisa

**Legenda:**

Cat Prof = Categoria Profissional

E = Enfermeiro

MO = Médico Obstetra

MP = Médico Pediatra

TE = Técnico de Enfermagem

AE = Auxiliar de Enfermagem

Escol/Titul = Escolaridade/Titulação

AC = Alojamento conjunto

ADM = Admissão

SP = Sala de parto

UTIN = Unidade de terapia intensiva neonatal

CC = Centro cirúrgico

CO = Centro obstétrico

**4.4 TÉCNICA DE COLETA DE DADOS**

Para a coleta dos dados foi utilizada a entrevista semi-estruturada, conduzida por meio de um roteiro-guia previamente elaborado, constante no **Apêndice C**. Essa entrevista possibilitou a obtenção de informações contidas na fala dos atores sociais (neste caso os profissionais de saúde), como forma de coletar fatos relatados e vivenciados na realidade da atenção ao parto e nascimento dentro da instituição hospitalar, no que diz respeito às concepções sobre o acompanhante.

Este tipo de entrevista foi utilizado por contemplar algumas questões prévias básicas para responder à questão de pesquisa, porém, como refere Cruz Neto (2003), levando o informante a abordar livremente o tema proposto. A entrevista semi-estruturada normalmente parte de alguns questionamentos básicos, apoiados no problema de pesquisa, mas, à medida que os informantes vão apresentando respostas, ampliam-se as interrogativas, a partir do surgimento de novas informações. Assim, o informante começa a participar na elaboração do conteúdo da investigação, ao mesmo tempo que segue de forma espontânea a linha de seu pensamento e de suas experiências pessoais dentro do enfoque dado pelo pesquisador (CRUZ NETO, 2003; TOMASI, YAMAMOTO, 1999). Esta estratégia se torna mais apropriada quanto maior for o domínio que o pesquisador tenha dos propósitos do estudo e do referencial teórico que o orienta (TOMASI; YAMAMOTO, 1999).

A entrevista semi-estruturada, também chamada de entrevista em profundidade, visa obter do entrevistado os aspectos considerados mais relevantes do problema, por meio de uma conversação guiada, “obtendo-se informações minuciosas que possam ser utilizadas em uma análise qualitativa [...]... procura saber o quê, como e por quê algo

ocorre, em lugar de determinar a frequência de certas ocorrências, nas quais o pesquisador acredita” (RICHARDSON, 1999, p. 208).

A entrevista, como refere Cruz Neto (2003), é o procedimento mais utilizado no trabalho de campo e, normalmente, é considerada pertinente para a aquisição de informações acerca do que as pessoas sabem, acreditam, esperam, sentem ou almejam, assim como das suas explicações ou realizações das coisas pretendentes (GIL, 1999). Além disso, permite descrições particularizadas sobre o que se pretende pesquisar, permitindo a interação entre o pesquisado e o pesquisador (MINAYO, 1992; OLIVEIRA, 2007).

No contexto da presente investigação, entendo que esta técnica, caracterizada pela comunicação verbal, enfocou a importância da linguagem e do significado da fala, servindo como uma importante forma de coletar dados e informações sobre o tema (DESLANDES, 1994). Na pesquisa qualitativa a entrevista se assemelha à conversação amistosa, contudo, isto não quer dizer, simplesmente, que a mesma é despreziosa e neutra (CRUZ NETO, 2003; MONTICELLI, 2003). Ao contrário, é permeada pelo rigor necessário à coleta apurada de informações e visa responder aos questionamentos do pesquisador.

Tomando em consideração as recomendações de Lefèvre (2005), no que se refere ao local da realização da entrevista, ou seja, de que o mesmo deve ser escolhido e preparado de forma a oferecer privacidade, tanto para o pesquisador quanto para o entrevistado, não devendo ter barulhos, como som de ventiladores, cães latindo ao fundo, conversas de outras pessoas, ou outros ruídos ambientais que possam comprometer a qualidade da gravação, conduzi as entrevistas em lugares que respeitavam tais características e, sempre que possível, em negociação prévia com o profissional. Assim, a condução da entrevista individual ocorreu com agendamento prévio realizado com cada um dos profissionais que se dispuseram a participar, sendo os horários antecipadamente combinados e negociados.

A maioria dos profissionais optou em realizar a entrevista na própria instituição e no dia em que estava de plantão. Normalmente o local para a realização da entrevista dependia da disponibilidade dos espaços, procurando sempre um espaço considerado mais apropriado para a sua realização e que não houvesse interrupções. Os locais mais utilizados foram a sala de repouso da enfermagem, para entrevista com os auxiliares e técnicos, e a sala da gerência de enfermagem, para entrevista com os enfermeiros, porém, esta última não oferecia muita privacidade no período diurno, devido à sua localização na entrada da instituição. Outros profissionais, como alguns médicos e enfermeiros,

preferiram que a entrevista fosse realizada em suas residências, por se sentirem mais à vontade e pela alegação de que esse ambiente familiar poderia proporcionar maior conforto e privacidade, diminuindo a possibilidade de interferências durante o seu desenrolar. Entre as dificuldades encontradas, aponto a necessidade de vários ajustes no agendamento com alguns profissionais, principalmente os médicos, devido à indisponibilidade de tempo dos mesmos, decorrente de suas atividades profissionais.

O tempo de duração das entrevistas variou entre 18 a 50 minutos, sendo que a média foi de 25 minutos. Com aqueles profissionais em que houve maior interação, percebi maior disponibilidade em responder às questões, mas entendo que isso também possa estar relacionado às características individuais de cada um dos profissionais. De forma geral acredito que em todas as entrevistas houve interação apropriada entre a pesquisadora e o entrevistado, não observando sinais de cansaço demasiado e desvio do foco da conversa.

A primeira entrevista foi realizada em fevereiro de 2009, logo após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética, e a última, em junho deste mesmo ano; portanto, a duração do período de coleta de dados foi de aproximadamente 4 meses.

#### 4.5 REGISTRO E DOCUMENTAÇÃO DOS DADOS

Todos os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, possibilitando que as entrevistas fossem gravadas e posteriormente transcritas integralmente em um Diário de Campo.

Como o “diário de campo é um documento pessoal do pesquisador, onde tudo deve ser registrado” (VÍCTORIA; KNAULT; HASSEN, 2000, p. 73), o mesmo permaneceu comigo, em tempo integral, e somente o compartilhei com a orientadora, para a análise de dados e encaminhamentos nos encontros de orientação, preservando o anonimato dos informantes e o sigilo das informações nele contidas.

Quanto à tipologia de registro neste Diário de Campo, considere as sugestões apontadas por Monticelli (2003) e por Taylor e Bodgan (1984). Assim, ao lado esquerdo do Diário transcrevi os dados brutos da entrevista, cuja coluna foi denominada de “**Notas da Entrevista**” (constando não apenas os conteúdos dos depoimentos dos sujeitos, como também os silêncios, as paradas, os suspiros, as vocalizações, e qualquer outra referência que englobasse tanto o conteúdo das falas,

quanto o ambiente contextual de sua ocorrência, uma vez que todas essas informações são importantes em pesquisas de natureza qualitativa).

Na primeira coluna à direita das “Notas de Entrevista” foram registradas as “**Notas Metodológicas**”, que contemplaram as estratégias que coloquei em curso para a condução da entrevista. Nesta coluna foram feitas anotações referentes à duração da entrevista, ao local em que a mesma foi desenvolvida, aos ruídos que atrapalharam a condução da mesma, à maneira com que a pesquisadora realizou as perguntas, às interrupções que ocorreram, assim como observações sobre questões que poderiam ser mais profundamente abordadas e que somente após a transcrição foi possível avaliar, servindo de base para melhorar a condução das próximas entrevistas, no decorrer do processo de pesquisa.

Na segunda coluna à direita das “Notas de Entrevista” foi deixado um espaço maior, onde anotei as reflexões sobre o conteúdo das informações obtidas nas entrevistas, com vistas a obter respostas à pergunta de pesquisa, sob a luz do referencial teórico adotado. Esta coluna recebeu o título de “**Notas de Reflexão**”. Um exemplo do Diário de campo pode ser acessado no **Apêndice D**.

#### 4.6 PLANO DE ANÁLISE DOS DADOS

Depois da coleta de dados, o pesquisador terá diante de si um grande número de respostas que necessitam ser ordenadas e organizadas para posteriormente serem analisadas e interpretadas e com isso necessitam ser codificadas e tabuladas (TOMASI; YAMAMOTO, 1999). Polit e Hungler (1995) esclarecem que os dados coletados no decorrer de uma pesquisa, por si só, não respondem aos questionamentos da pesquisa. Esses dados necessitam de processamento, reflexões, associações, a fim de se constituírem em um *corpus* de informações que façam sentido para o pesquisador.

Para analisar as informações obtidas utilizei o guia analítico sugerido por Trentini e Paim (2004), que se constitui em quatro processos genéricos, que ocorrem de uma forma mais ou menos seqüencial, que são: apreensão, síntese, teorização e recontextualização (ou transferência).

- **Processo de apreensão** – Inicia com a coleta de informações e, conseqüentemente, com a sua organização. Portanto, nesta etapa, iniciei conforme descrevi na fase de registro e documentação dos dados, a

partir das anotações feitas no Diário de Campo, considerando-se as colunas de Notas de Entrevista, Notas Metodológicas e Notas de Reflexão. Todas as anotações que foram realizadas nas Notas de Reflexão, ao longo do Diário de Campo, foram extremamente úteis para o início da codificação. O material com os dados colhidos necessitou de total imersão para de esta forma apoderar-me do seu conteúdo. Nesta fase muitas leituras e releituras foram necessárias, até familiarizar-me com os dados, para a identificação de palavras-chave que foram utilizadas como código que, conforme Trentini e Paim (2004), são palavra(s) que ajuda(m) a separar os relatos de acordo com a idéia central.

Feita a codificação inicial de todo o material, foram realizadas leituras cada vez mais aprofundadas, com a intenção de identificar informações comuns relatadas por vários participantes e também relatadas por cada um, em diferentes momentos. Deste modo, tive condições de eleger os códigos mais significativos de forma a continuar a análise. Os códigos são as bases das categorias, que são um conjunto de expressões com características parecidas ou que tenham algo em comum, de acordo com um critério estabelecido (TRENTINI; PAIM, 2004). A operacionalização desta fase analítica teve início por ocasião do registro das notas de reflexão, posicionadas na coluna da direita do Diário de Campo, conforme o recorte já apresentado no **Apêndice D**.

- **Processo de síntese** – esta fase da análise, que avalia as informações subjetivamente, necessitou imersão completa e ainda mais aprofundada nos dados, trabalhando-se a partir daqueles primeiros códigos vislumbrados durante a fase de apreensão. A partir daí, procurei me familiarizar ainda mais com os depoimentos obtidos, o que demandou esforço intelectual profundo. As leituras cada vez mais aprofundadas de todos os dados obtidos nas entrevistas com os profissionais ajudaram na identificação de “idéias” similares e discordantes, tomando-se por base, agora, uma leitura transversal de todas as 47 entrevistas. O agrupamento de depoimentos similares ou contrastantes foi originando as primeiras categorias e subcategorias, conforme apresento no **Apêndice E**. Este Apêndice engloba, pois, os movimentos iniciais de síntese dos códigos mais significativos que emergiram dos dados brutos.

Depois desta primeira sinopse, a interpretação foi ainda mais fortalecida, em busca da síntese final. Trentini e Paim (2004, p.96) assinalam que “se o pesquisador conseguir criar, para ele mesmo, material ilustrativo, terá certeza de que conseguiu sintetizar e memorizar todo o processo de trabalho”. Desta forma, o resultado final do passo

analítico da interpretação dos dados brutos culminou no esquema das categorias e subcategorias que apresento no **Apêndice F**.

- **Processo de teorização** – foi nesta etapa do processo analítico que ocorreu a elaboração de um esquema teórico, a partir das relações identificadas no processo de síntese, como pontuam Trentini e Paim (2004). A operacionalização desta etapa de análise culminou com a apresentação do capítulo de resultados e discussão. Para dar apoio a esta etapa, utilizei a literatura, sempre tendo como referência o suporte teórico que sustentou a pesquisa.

- **Processo de transferência** – esta etapa final consistiu na socialização dos resultados, procurando responder, enfim, à pergunta de pesquisa. Consistiu em dar significado aos achados, sem que esse processo pudesse vir a ser entendido como generalizações. Pelo contrário, a intenção da transferência é a de socialização de resultados singulares, e até mesmo, nessa busca, arriscar a justificação de adaptações que venham a ser feitas (TRENTINI; PAIM, 2004). Apresento as conclusões das concepções dos profissionais de saúde sobre a presença do acompanhante na instituição maternidade no último capítulo desta dissertação.

#### 4.7 QUESTÕES ÉTICAS

Em toda pesquisa que envolve seres humanos há que ser ressaltados os direitos dos indivíduos que dela participam. Esta preocupação deve estar em todo o processo investigativo, isto é, desde a sua concepção, na coleta de dados, bem como na análise e divulgação dos resultados, e não apenas num particular momento (MONTICELLI, 2003).

Para normatizar as atividades de pesquisa e as intervenções que envolvem seres humanos, a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996) define diretrizes que respeitam os princípios de beneficência, não maleficência, justiça e autonomia, e que foram adotados e respeitados incondicionalmente durante todo o processo de estudo.

Com o intuito de seguir os rigores de uma pesquisa científica o estudo foi encaminhado ao Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina e, somente após sua aprovação, foram iniciadas as atividades de coleta de dados. Os aspectos éticos que foram assumidos no transcorrer deste estudo envolveram:

- a submissão e aprovação do projeto à Comissão de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina sob N° 391/08 (**Anexo A**);
- o estudo desenvolvido, bem como seus objetivos e a forma de coleta dos dados, foram apresentados aos profissionais de saúde da instituição (sujeitos do estudo), de forma individual e as dúvidas sobre o mesmo foram sendo esclarecidas durante todo o processo investigativo;
- todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e concordaram que a entrevista fosse gravada (**Apêndice B**);
- foi respeitado e garantido o direito de participação ou não dos sujeitos;
- para garantir o anonimato dos sujeitos da pesquisa utilizou-se a estratégia de apresentá-los, utilizando a(s) primeira(s) letra(s) da categoria profissional, seguida(s) do número correspondente à entrevista.

Respeitando os princípios de beneficência e justiça, todos os participantes tiveram garantias de que a pesquisa não traria riscos ou danos à sua vida, integridade física ou à sua saúde. Todos foram esclarecidos quanto às pretensões da pesquisadora de auxiliar no crescimento profissional, uma vez que o estudo poderia gerar reflexões sobre a prática e, conseqüentemente, mudanças em nível profissional e institucional.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo, procurando responder o objetivo desta pesquisa, apresento, em cinco categorias, as concepções dos profissionais de saúde sobre a presença do(a) acompanhante no pré-parto, parto e pós-parto. Conhecer as concepções dos profissionais servirá como subsídio para a identificação de limitações individuais e coletivas que dificultam a implementação efetiva do acompanhante durante todo o processo de nascimento dentro da instituição e para direcionar estratégias que auxiliem na consecução desta prática nas dependências da maternidade. Dessa forma apresento inicialmente uma síntese, destacando o foco temático de cada uma delas para apresentar posteriormente a análise pormenorizada com as interpretações pertinentes.

A Categoria 1, **Conhecimento sobre a legislação que envolve o acompanhante no parto**, desmembrada em três subcategorias, tem como foco a identificação acerca do que os profissionais conhecem sobre os mecanismos legais que garantem à mulher o direito à presença de um acompanhante durante todas as etapas do trabalho de parto, parto e pós parto. Mostra que o conhecimento da legislação vigente muitas vezes não muda as concepções pessoais sobre o acompanhante, mas interfere nas posturas adotadas no atendimento à mulher e seu acompanhante. Alguns profissionais conhecem a legislação e possuem preocupações com a implementação da lei, inclusive, participando de entidades de classe que promovem discussões acerca do tema, outros conhecem parcialmente a legislação, e há também os que desconhecem ou apenas ouviram falar sobre a legislação e outros mecanismos legais relacionados ao acompanhamento da mulher nas dependências da maternidade.

A Categoria 2, **Vantagens/Justificativas para a presença do(a) acompanhante**, aborda os aspectos positivos identificados quando da presença no contexto assistencial ao parto e nascimento. Com relação à parturiente, os profissionais identificam os efeitos benéficos da presença do(a) acompanhante para a mulher no desenvolvimento de um processo de parto mais prazeroso, por gerar desenvolvimento de sentimentos de segurança e confiança nas suas capacidades de parir e cuidar do recém-nascido. Com relação ao RN, interpretam que o acompanhamento contribui para a criança ser bem recebida no seio familiar. No que diz respeito às vantagens para o profissional, interpretam que a presença do(a) acompanhante determina aspectos positivos, ajudando a melhorar sua interação com a mulher e valorizando-o enquanto agente de cuidado

e enquanto pessoa. Os profissionais também consideram que a presença do acompanhante propicia a reflexão do parto como um evento sócio-cultural, trazendo à tona a valorização de todos os aspectos que envolvem o parto e nascimento, não somente os biológicos, mas a influência nos aspectos mais amplos da vida das pessoas envolvidas.

Na Categoria 3 são consideradas as **Características do acompanhamento**, englobando quem é a pessoa que deve acompanhar; as situações que os profissionais consideram o ambiente hospitalar como inapropriado para o acompanhamento; as características do acompanhante “SUS” e do acompanhante “particular”; e do acompanhante “real” X o acompanhante “ideal”.

A Categoria 4, **Dificuldades para a inclusão do acompanhante**, traz as considerações apontadas pelos profissionais que interferem de diversas formas na concretização desta presença na instituição, como: a) os médicos e os profissionais de nível médio têm mais resistências, revelando aspectos da formação destes profissionais e as relações interpessoais conflituosas com os demais profissionais da área de saúde; b) a persistência do modelo obstétrico centrado na biomedicina, o que contribui para o desrespeito aos direitos das mulheres; c) a incompreensão sobre as relações intrafamiliares, que envolve complexos processos de identificação de interações conflituosas entre as mulheres e seus acompanhantes e que apontam para o despreparo dos profissionais para o atendimento à família quando situações adversas ocorrem; e d) a inadequação da infra-estrutura hospitalar para receber o acompanhante.

Na Categoria 5, **Sugestões para a inclusão do acompanhante**, os profissionais apresentam recomendações para superação dos aspectos que dificultam a inserção do acompanhante na instituição. Essas sugestões estão direcionadas aos profissionais e à instituição, de modo mais global, mas também referem-se às orientações que os acompanhantes devem receber para acompanhar, e, de forma complementar, apresentam sugestões para a melhoria das instalações físicas na maternidade, com o intuito de proporcionar à mulher e seu acompanhante, condições mais propícias para o conforto e bem-estar.

Durante a descrição dos resultados, apresento alguns trechos dos depoimentos mais significativos referentes àquela categoria que está em discussão. Para isso, ao final de cada depoimento, faço a inserção da sigla correspondente ao sujeito entrevistado, de acordo com sua categoria profissional, e incluo também o número que o mesmo recebeu, por ocasião da entrevista (exemplos MO = Médico Obstetra; AE = Auxiliar de Enfermagem).

## 5.1 CONHECIMENTO SOBRE A LEGISLAÇÃO QUE ENVOLVE O ACOMPANHANTE NO PRÉ-PARTO, PARTO E PÓS-PARTO

A partir da análise dos depoimentos dos profissionais da maternidade foi possível identificar questões relacionadas com as informações que os mesmos possuem sobre a legislação que envolve o acompanhante no parto. O primeiro conjunto de respostas apontou que alguns profissionais conhecem muito bem a Legislação Brasileira, citando não somente a Lei nº 11.108, de 2005 (BRASIL, 2005), que trata especificamente do direito que a mulher possui de ter um acompanhante de sua livre escolha para vivenciar o processo de parturição, em todos os momentos em que estiver na instituição, mas também outras legislações pertinentes ou associadas a essa. Os profissionais que são informados sobre os direitos da mulher procuram, inclusive, defender esses direitos dentro da instituição. O segundo conjunto de respostas mostrou que outros profissionais sabem da existência de alguma legislação que trata do assunto, revelando que possuem informações parciais e algo superficiais, e o último, fez emergir o desconhecimento da legislação vigente e de outros movimentos sociais que procuram garantir os direitos da mulher a uma assistência adequada no processo reprodutivo, o que inclui o direito à presença de alguém de sua rede familiar ou social.

### 5.1.1 Conhece e participa dos movimentos sociais

O primeiro conjunto de respostas dos profissionais possibilitou identificar que são poucos os que estão realmente inteirados e envolvidos com os aspectos legais associados ao nascimento e ao parto e, principalmente, àqueles relacionados à garantia ao acompanhamento durante a internação nas instituições de saúde. O conhecimento da Legislação Brasileira sobre o direito da mulher em ter alguma pessoa significativa e de sua livre escolha durante todo o processo de trabalho de parto, parto e puerpério está contido nas falas a seguir:

*“[...] conheço a Lei do Acompanhante nº 11.108. O ano acho que é 2005. É essa lei que fala que a mãe tem direito a um acompanhante no pré, no parto e pós-parto, que ela tem direito a um acompanhante de sua livre escolha” (AE4).*

*“[...] olha, eu conheço tanto a lei estadual como a federal, porque é uma coisa que a gente tem brigado muito por esse espaço aqui, pela presença do acompanhante aqui dentro da maternidade. Então a gente sabe que é uma coisa que o Estado tem e o Federal também tem, que dá direito à mulher a um acompanhante de sua escolha antes, durante e após o parto. Ela tem esse direito durante todo este período que ela permanecer na maternidade, se ela realmente quiser esse acompanhante. E eu defendo isso” (AE3).*

*“[...] a lei estadual é da autoria da [senadora] Ideli Salvatti, se não me engano, [do ano de] 2005, que garante a presença desse acompanhante. E, mais recentemente, a RDC 36, de junho de 2008, que solicita, vamos dizer assim, que regimenta que a maternidade, incluindo entre outras coisas, incluindo o acompanhante, tenha um espaço, uma acomodação próxima ao leito. E eu acho que cabe a nós fazer valer essa lei” (E3).*

*“Eu sei que a lei a existe, a lei do acompanhante, que diz que ela tem o direito de ter alguém com ela no pré-parto, parto, puerpério. Isso é garantido por lei. Então, essa presença tá assegurada. O acompanhante, seja o marido, o pai, seja quem for, mas ele está garantido por lei” (AE5).*

*“Existe a lei do acompanhante, hoje em dia, e vale para todo o Brasil. Em todas as maternidades a cliente tem o direito de trazer o acompanhante de sua livre escolha. Não precisa ser o esposo, pode ser a mãe dela, uma amiga, quem ela decidir, e ficar, tanto no pré-parto, no parto também, como no pós-parto imediato com ela. Essa lei é federal!” (E6).*

*“[...] existe a lei do acompanhante, que é uma lei mesmo, que já está em vigor e que tem que ser cumprida. A gente aqui tenta cumpri-la do melhor modo” (E4).*

*“Bom, o que a gente conhece é sobre o direito que ela tem de ter o acompanhante, que é um direito assegurado da paciente de ter um acompanhante no pré, no parto e pós-parto. Compete a nós organizar tudo para que ela faça uso desse direito” (AE7).*

Da análise desses depoimentos apreende-se que a maioria dos profissionais que refere conhecer a legislação sobre o direito ao acompanhante no processo de nascimento e parto pertence à equipe de enfermagem, o que pode significar que esta categoria se interessa por informações que visem à garantia dos direitos dos pacientes. Alguns ainda reconhecem que além da legislação específica sobre o direito da

mulher ao acompanhante, existem outros mecanismos legais que garantem esse direito, como é o caso da RDC 36, mais recente (BRASIL, 2008), que normaliza tecnicamente as instituições, com o objetivo de estabelecer padrões para o funcionamento dos serviços de atenção obstétrica e neonatal, onde a qualificação e a humanização da atenção e gestão possam contribuir para a redução e controle de riscos aos usuários e ao meio ambiente. Em seu teor existe a recomendação de adequações para possibilitar a participação de acompanhantes para as mulheres em trabalho de parto e parto e do acompanhamento no puerpério. Os depoimentos expressam também que o conhecimento da legislação imprime por parte dos profissionais a preocupação para o cumprimento da lei, tanto por parte da instituição, quanto pelos profissionais, quando afirmam a responsabilidade destes em criar mecanismos para assegurar esse direito a todas as mulheres que são admitidas para o nascimento de seus filhos.

Outros depoimentos possibilitaram também a identificação de profissionais que, além de conhecer a legislação e defender junto aos usuários o gozo desse direito, no seu trabalho diário, participam de organizações de classe como a Associação Brasileira de Enfermeiras Obstetras, que tem sido bastante atuante na defesa dos direitos da mulher à assistência de qualidade e livre de riscos, discutindo, junto a outras entidades, as questões relacionadas ao modelo de atenção ao parto e nascimento.

*“Eu conheço a legislação, tanto a nível estadual, como a nível nacional. Essas leis, a lei federal e a lei estadual, falam do direito que a mulher tem do acompanhante de sua livre escolha, e até na maternidade tem um banner que quando a gente precisa reforçar isso, está lá. Também participo da ABENFO” (E5).*

*“Conheço a [lei] 11.108, de 2005. Sou profissional comprometido, que faz parte de uma associação, no meu caso, a ABENFO – Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiras Obstetras. A gente sabe que estão acontecendo alguns movimentos. A Professora Simone Diniz, na USP, fez uma reunião essa semana. Inclusive nós estamos discutindo [...] com os membros da diretoria nacional, uma mobilização, por conta do dia da obstetrix, em abril, e eu até propus um slogan: O caminho é o movimento social, unidos pelo cumprimento da Lei do Acompanhante. Porque o caminho é a mobilização social. Existe um movimento que nós fazemos, em alguns espaços, mais ou menos fortes, mas o caminho da mobilização social, das famílias e das mulheres, das enfermeiras, este é um caminho que*

*não tem volta. Então a gente vai abrir este espaço, porque isto tem uma perspectiva política de um certo saber-fazer enfermagem, saber ou de cuidar, enfim, é uma perspectiva política, né? E eu penso que quando a gente vai abrindo estes espaços, a gente vai semeando a possibilidade da criação de uma cultura e, no momento em que a gente for falar para essas pessoas, pedir sua mobilização, elas se lembrarão que foram sujeitos e contribuirão fortalecendo a mobilização. Isso é importante para formar uma onda inclusiva, inclusive com a voz das enfermeiras nesta discussão” (E1).*

Estes depoimentos demonstram que são poucos os profissionais que conhecem a legislação brasileira e menos ainda os que participam ativamente de movimentos sociais, com o intuito de melhorar e qualificar a assistência à mulher e promover mudanças no paradigma assistencial. Entendo que conhecer apenas a legislação não basta para promover mudanças dessa ordem e magnitude; é necessário um comprometimento maior enquanto profissionais envolvidos na assistência, tanto na divulgação desse conhecimento para outros profissionais que assistem a mulher e seus familiares, como para os usuários dos serviços. Os profissionais que atuam na assistência devem estar envolvidos em outras questões que vão além simplesmente do cuidado técnico; envolve um conhecimento mais abrangente e, inclusive, político, de participação social, que possibilite promover discussões acerca das mudanças que estão ocorrendo, tanto no modelo de atenção às mulheres no processo de nascimento e parto, com a discussão sobre aspectos legais, que trazem no seu bojo, os direitos dos pacientes, à assistência qualificada e humana. Dessa forma, ao identificar que alguns profissionais procuram estar inseridos na discussão de aspectos que buscam a melhoria da assistência, isto revela-se como animador, pois a pró-atividade mostra que a enfermagem age de maneira diferenciada, lutando pelo direito à cidadania.

Diniz (2005) pontua que nos últimos anos, as enfermeiras brasileiras têm procurado se organizar para transformar seu papel, que sempre foi entendido como subalterno na obstetrícia e estão lutando para retomar o antigo protagonismo na assistência aos partos normais. Um desses exemplos têm sido a reorganização e renovação de suas instituições representativas, como a Associação Brasileira de Enfermeiras Obstétricas (ABENFO), que procurou se expandir com o surgimento de sessões estaduais dessa categoria, implementando novos programas de formação, baseados em um papel ativo da enfermeira na

assistência, e também na realização de encontros locais e nacionais dessa categoria. Esta mobilização, que tomou fôlego ao final da década de noventa, teve sua organização acolhida pelo Ministério da Saúde brasileiro que, hoje, reconhece esse profissional com um papel importante para a implementação da assistência humanizada no pré-natal, parto e pós-parto.

### 5.1.2 Conhece parcialmente

O segundo conjunto de depoimentos sinaliza que alguns profissionais da instituição possuem um conhecimento parcial da legislação que garante o direito de escolha da mulher ao acompanhante. Esse conhecimento foi expresso como advindo de informações obtidas de outras pessoas e até de leituras feitas na internet ou folders espalhados pela instituição.

*“Não vou mentir. Já ouvi falar. Não conheço porque não li. Sei que existe, nunca sentei pra ler com calma, tranquilamente, mas eu sei que existe” (MO3).*

*“[...] eu sei que é direito, que a parturiente tem direito a uma acompanhante na sala de pré-parto e na sala de parto, eu não sei o total da lei, a abrangência dela, eu só sei que existe” (TE3).*

*“Tem a famosa lei lá, né, que a gente não pode esquecer. Eu não sei ela direito, mas sei que é assim, forte, que é o que dá resultado prá gente e também prá elas, né. Sei que é o Ministério da Saúde que garante à mulher o direito do acompanhante durante o trabalho de parto, após o parto, e é o direito dela, tá ali na lei, tá no estatuto, foi aprovada pelo Ministério e por mais que desagrade, às vezes, algumas pessoas, e em algumas situações, de repente até, me desagrade, é o direito delas, é uma lei, não tem como a gente passar por cima disso” (TE6).*

*“Eu sei que é de direito, mas dizer assim o nome da lei eu não sei, tem que ser trabalhado pra que seja uma coisa legal pra todo mundo, legal também pro serviço. É algo relativamente novo, é um direito que a gente deveria ter desde sempre, mas sempre se trabalhou assim tecnicamente falando, sem envolver muito a parte do núcleo familiar, sentimental, isso a gente tem de mudar, assim como ocorreu a mudança pro alojamento conjunto. A gente nem lembra mais como era antes, acho que já incorporou” (MP7).*

*“Ah, tem uma lei, eu não sei como é o nome da lei, mas diz que o pai tem direito, que a mulher tem direito a acompanhante, o pai, o marido, ou quem ela escolher, mas eu não sei te dizer qual é. O direito do acompanhante, o direito de algum acompanhante de alguém junto, no parto” (AE18).*

*“Eu conheço a lei por folder que tem por aí. De vez em quando a gente dá uma olhadinha. Nunca pesquisei, assim, a fundo, não. Que tem direito a acompanhante, isso tem, mas eu não pesquisei a fundo, não. Vi aquilo, mas nunca me interessei muito” (AE10).*

*“Eu sei que leis existem, porque tem espalhado pela maternidade todas as leis do acompanhante. Ali fala também dos direitos, dos deveres, que os hospitais têm que se adaptar. É legal, eu acho legal essa lei” (AE11).*

*“A gente sabe que é lei, de ouvir falar. Quais realmente são os direitos do acompanhante, a gente não sabe. A gente sabe que a pessoa tem direito a acompanhante, mas até onde vai os direitos do paciente, a gente nunca soube” (AE9).*

*“Já li que toda paciente tem direito a acompanhante, que isso é lei, mas nem todas as vezes a lei é cumprida. É o direito do acompanhante, mas não conheço direito” (AE6).*

*“Assim, já li alguma coisa, mas não me detive porque eu não sou muito de ler. Mas sei que ela existe. Não conheço muito a legislação não, só sei que existe uma lei, que essa lei é que isso, que é um direito e tal, lá, que a paciente tem, mas não li muito, não conheço muito” (AE13).*

*“Oh, se eu disser pra você que eu conheço, não conheço, eu li alguma coisa sobre a lei que tá aí na internet, dos acompanhantes, do Ministério da Saúde, mas dizer que eu conheço, não conheço muita coisa dessa lei de agora, eu acho que antes nem tinha” (AE19).*

*“Só sei que é direito da parturiente ter junto com ela alguém da família acompanhando. Já li, mas não sei dizer qual artigo, qual estatuto está. É um direito da parturiente” (MP2).*

*“Eu já li sobre uma lei, mas não sei exatamente qual é. Hoje se coloca como uma obrigatoriedade da instituição a presença do acompanhante durante todo o processo de pré, trans e pós-parto, e não se pode impedir essa presença, mas é direito da parturiente de ter esse acompanhamento [...]. Como lei, a presença do acompanhante na maternidade tem que ser cumprida” (MP3).*

*“Eu sei que se deve permitir o acompanhante e que ele também tem direitos, inclusive, às refeições. Agora, se tem que dar refeições pro acompanhante, como tá sendo na maternidade Catarina Kuss, isso eu não sei. De tudo o que eu sei é que permite o acompanhante. O que deve ser feito, não sei” (MO2).*

*“Não sei exatamente qual é, mas sei que existe a lei do acompanhante, o processo dele, vejo que isso aqui é bem respeitado. Vejo que tentaram derrubar isso aqui com falsas leis, nada real, é a lei do acompanhante que deve ser seguida, que aqui é permitido uma pessoa da escolha dela para acompanhar todo esse processo” (AE2).*

*“Pois é, tem uma lei que torna a possibilidade de sempre ter um acompanhante. Se o familiar existe, existe a possibilidade [...] a gente não pode proibir a presença de familiares em todo o processo, desde o pré-parto até o pós-parto, a gente não pode impedir a presença de acompanhante no parto, salvo exceções, que possam estar interferindo no bom andar da instituição, né” (MP5).*

*“Eu sei que tem uma lei, que fala sobre o acompanhante, que ele pode estar presente, que o paciente tem direito a um acompanhante, não só no parto, mas, em todas as patologias, digamos, não que o parto seja patologia, mas em outras patologias o próprio acompanhante ele tem direito de estar com o paciente, algum acompanhante, né” (TE1).*

*“Eu sei que tem uma lei, não sei o número dela, mas eu sei que existe a lei do acompanhante, que garante o direito delas terem alguém junto com elas no pré e durante o parto, e até no período que elas estiverem internadas” (AE12).*

*“Conheço o direito do acompanhante. Sei que é um direito do acompanhante permanecer no pré-parto, parto e pós-parto, acompanhando sua esposa em todos os momentos em que ela estiver na maternidade. Quase todos falam dos direitos que ele tem, mas falar dos deveres que ele tem, eu vejo muito pouco” (MO6)*

*“Aí tem esses cartazes, mas eu não sei nada mais certo que isso. Sei que existe esta do Ministério da Saúde, mas eu não sei especificar nada, sei que existe. Agora, no momento, eu sei que eles têm direito de ficar e a pessoa pode escolher, quem é a pessoa que ela quer, eu acho que é a pessoa mais próxima. Mas essas coisas de lei eu não sei, não me recordo, não” (AE21).*

A análise dos depoimentos aponta que esses profissionais conhecem parcamente a legislação, mesmo quando afirmam terem conhecimento através de leituras sobre o assunto. O pouco conhecimento da legislação é percebido nas colocações dos profissionais quando, ao discorrerem sobre o que versa a lei, apontam que a presença no nascimento e parto é um direito dos familiares ou pessoas que realizam este acompanhamento, e não da mulher gestante, como se a lei estivesse voltada para garantir esse direito, tão somente, à pessoa que quer acompanhar. Outros profissionais ainda enfatizam que o direito de permanecer ao lado da mulher está restrito a momentos específicos do processo parturitivo, como por exemplo, o período em que está em trabalho de parto, ou ainda, apenas no momento do parto.

A constatação da desinformação das questões legais parece ser um aspecto bastante relevante, pois influenciam diretamente na assistência que os profissionais prestam para as mulheres que internam na instituição por ocasião do parto, contribuindo para o desrespeito ao direito inerente da parturiente em ter ao seu lado alguém de sua escolha que promova apoio, tranquilidade e segurança para vivenciar essa experiência.

Alguns profissionais apontaram que a informação sobre a lei do acompanhante foi adquirida através de cartazes e folders espalhados na maternidade, mas que não se detiveram em conhecer com maior profundidade o seu conteúdo. Essas afirmações me levam a questionar se a instituição procurou sensibilizar os profissionais para este tipo de assistência e de que forma a mesma ocorreu. Além disso, trata-se de um assunto que deveria merecer estratégias acertadas de inclusão, não apenas do ponto de vista do acolhimento institucional, mas também na perspectiva dos direitos humanos envolvidos no processo. A própria instituição assistencial parece não estar compromissada em complementar o conhecimento desses profissionais, talvez por entendê-los tecnicamente preparados e sem necessidade de um reforço extra nestas questões.

### **5.1.3 Desconhece ou apenas ouviu falar**

O último conjunto de depoimentos revela um elevado número de profissionais que desconhece a legislação vigente no que se refere à presença do acompanhante como direito da mulher no processo de nascimento e parto. Essa desinformação foi constatada por expressões

usadas pelos próprios profissionais, onde afirmaram o desconhecimento ou ainda que apenas “ouviram falar” da lei.

*“Conheço pouco a legislação, qualquer que seja, porque tenho um pouco de aversão às leis” (MP1).*

*“Não conheço, sei que existe, mas eu nunca li nenhuma vez” (AE17).*

*“Eu conheço assim só de ouvir falar, mas eu nunca li a Lei, mas eu sei que ela existe” (TE2).*

*“Pior é dizer que eu não conheço, não lembro aonde que eu vi que tinha alguma coisa escrita sobre isso” (AE1).*

*“A gente lê e ouve falar sempre aqui na maternidade que é o direito do acompanhante” (TE8).*

*“Infelizmente não conheço a legislação. Eu vejo que existem direitos, mas não me aprofundi muito na legislação” (TE4).*

*“Nunca peguei a lei pra ver, porque pra mim já é um direito adquirido na maternidade, e não é porque tem uma lei que é uma presença que tem que está lá. Quando eu cheguei aos poucas eles já tavam indo, acompanhando, agora eles não saem mais. Mas nunca peguei para ler, até porque não houve necessidade, sempre apoiei eles estarem lá” (E2).*

*“Legislação não conheço. O que eu sei é que o Ministério da Saúde, acho que é, não é que ele recomende, e não é que imponha também, mas quase que ele impõe, a necessidade do acompanhante no trabalho de parto, né, e mesmo no pós-parto. Então eu sei que existe isso, não sei se é do Ministério da Saúde ou de onde que é. Essa determinação, acho que é do Ministério da Saúde, não é? Justamente visando a tal da humanização do parto, não é?” (MO1).*

*“Não sei ao certo, mas claro que isso é lei, é uma lei conquistada pelo Ministério da Saúde e é lei. Existe, já, como é que a gente fala? Já é uma coisa concreta, né?” (MP6).*

*“Pra ser sincera eu só conheço a lei orgânica do SUS, né, que vê um direito a presença de um acompanhante” (TE5).*

*“Parece que no parto cirúrgico, na cesariana, sei lá, cada serviço tem a*

*sua autonomia em definir em que casos o acompanhante vai entrar. No geral não tem esta restrição, é mais liberado, né, [...] mas assim acho que tem uma restrição maior no parto operatório, mas no parto normal não tem, agora se tem ou não, não sei, é o que a gente houve falar, nunca li nada a respeito. Nunca me interessou também, não me incomoda, não acho estranho o cara ali, então não me incomoda” (MP5).*

*“Eu sempre vejo o cartaz lá dos direitos do acompanhante do SUS, que eles têm direitos, pra exigir seus direitos, porque eles têm direito. Às vezes o pessoal acha que não, em todos os hospitais têm os cartazes, né, o SUS dá o direito a todas de um acompanhante que a paciente escolher, desde que chega na instituição, até ir embora” (AE18).*

*“Há pouco tempo atrás foi liberado o acompanhante. No parto já tava liberado, e agora, na cesariana, é isso que eu sei. Agora pra ser bem sincero, eu não sei se impuseram limites a isso. Acho que não, mas depois eu vou perguntar pra você isso” (MO4).*

*“A gente tem ouvido falar muito dos direitos, né? Tem os direitos do doente, que a gestante tem, que existem essas legislações, esses políticos nossos só fazem direitos pra quem vai ser atendido. Quem vai atender só tem obrigações e deveres, né, eu vejo dessa forma” (MO5).*

*“Só sei que agora tem que ter acompanhante, né. Acho que é o certo, tem que ter acompanhante, né. Não tenho mais o que falar. Foi uma lei, não foi daqui que surgiu, foi uma lei mesmo que agora tem que ter direito ao acompanhante, né? A não ser quando é quarto coletivo, aí pode ser mais de um. Bom que agora pode ter quando for alojamento conjunto, aqui também fica a mãe e o neném, daí mais ainda” (AE8).*

*“Sei assim que tem que ter o parto humanizado, e agora, tem que ter o acompanhante também, eu já vi na televisão e é isso que eu sei” (AE20).*

Os profissionais, ao sinalizarem que desconhecem a legislação sobre a lei do acompanhante, dão indícios que não estão preparados e comprometidos com as mudanças que vem ocorrendo, relacionadas ao movimento de humanização da assistência, onde a presença do acompanhante é apenas um dos aspectos nas propostas de mudanças, constituindo um grande entrave para a efetivação desse direito para as mulheres que são assistidas. Percebo também que parece haver uma despreocupação por parte desses profissionais na aquisição desse

conhecimento, uma vez que afirmam que dentro da instituição existem folders que trazem informações sobre a lei. Almeida et al. (2005) reforçam essa idéia, quando afirmam que o despreparo dos profissionais de saúde contribui de forma acentuada para a desumanização da assistência, ocorrendo franco desrespeito dos direitos das mulheres. Outros profissionais reforçam o desconhecimento sobre a lei do acompanhante ao referir, por exemplo, que cada instituição determina em que casos essa presença vai ser efetivada, sugerindo que cabe aos profissionais determinarem quem, quando e como vai ocorrer esse acompanhamento. Outros enfatizam que a presença ocorria anteriormente apenas no parto normal e que, com a legislação, passou a ser admitida também nos partos operatórios.

Acredito que esse desconhecimento por parte dos profissionais contribui para a redução da qualidade da assistência prestada, uma vez que interfere diretamente na *performance* dos mesmos diante da mulher e de seu acompanhante. Para que se possa proporcionar assistência de qualidade é necessário que os profissionais estejam envolvidos e comprometidos com o seu trabalho, não somente buscando aperfeiçoamento nos aspectos técnico-assistenciais, mas ampliando esse conhecimento também para os aspectos legais que permeiam a assistência, e que por isso, garantem o inquestionável direito ao exercício pleno da cidadania.

Para que mudanças no paradigma de atenção ao nascimento e parto ocorram, é necessário que os profissionais estejam engajados e conscientes do seu papel, buscando ampliar conhecimentos para melhorar a qualidade e a humanização da assistência. Conforme Wei (1999), o tema humanização da assistência, principalmente nas instituições públicas hospitalares, está sendo continuamente associado à valorização profissional e principalmente das pessoas que utilizam os serviços, tanto nos aspectos sócio-culturais e emocionais, quanto legais, para promover a qualidade da assistência e a melhoria das condições de trabalho.

Além da necessidade do próprio profissional buscar conhecer melhor os aspectos que englobam a humanização da assistência, cabe à instituição promover a sensibilização e a informação através de encontros frequentes para discutir os fatores que influenciam as práticas assistenciais existentes. Concordo com Diniz (2005), quando argumenta que os recursos humanos são decisivos para a implantação de mudanças no cenário assistencial do parto e do nascimento, como coadjuvantes na implementação das propostas de humanização. Na formação profissional, quer seja de medicina ou enfermagem, existem grandes

dificuldades geradas principalmente na lentidão em absorver mudanças referentes à humanização da assistência. Isso acaba refletindo na prática, pois o profissional acaba tendo que ser treinado em serviço para modificar posturas apreendidas em sua formação.

A literatura tem apresentado de forma ampla a questão do direito ao acompanhante e as suas repercussões observadas na assistência ao nascimento e parto, principalmente para a mulher, para os acompanhantes, para os profissionais de saúde e para os serviços de saúde. Entretanto, especificamente sobre o conhecimento da lei do acompanhante, nº 11.108, de abril de 2005, o estudo de Tomerelli et al. (2007) aborda o conhecimento dos acompanhantes sobre esse direito, não sendo encontrados trabalhos que identifiquem o conhecimento dos profissionais de saúde. Acredito que as diferenças apresentadas pelos profissionais sobre o conhecimento da legislação sobre a presença do acompanhante pode interferir também no relacionamento interpessoal da equipe multiprofissional que interfere na assistência prestada à mulher e ao familiar presente na instituição, conferindo momentos de conflitos entre aqueles que desconhecem e os que conhecem e procuram promover esse direito.

## 5.2 VANTAGENS/JUSTIFICATIVAS PARA A PRESENÇA DO ACOMPANHANTE

Os profissionais da maternidade verbalizaram inúmeras vantagens para a presença do acompanhante nas dependências da instituição, desde o momento da admissão até a alta da mulher. Essas vantagens são justificadas por eles de forma específica, envolvendo os benefícios com relação às mulheres parturientes ou puérperas, aos recém-nascidos e também ao próprio profissional que presta assistência, mas também são justificadas de modo mais amplo, macro-contextual, atribuindo as vantagens para a prática do acompanhante, ligando-as à discussão do parto como um evento social e familiar.

### 5.2.1 Com relação à mulher parturiente/puérpera

Para os profissionais entrevistados a presença do acompanhante na maternidade traz para a mulher inúmeros benefícios. Considerando-

se o conjunto das respostas obtidas com relação a tais benefícios, observei que o mesmo se concentrava em torno de três amplos argumentos, ou seja, porque a presença do acompanhante é constante e ininterrupta, porque o acompanhante dá apoio emocional à mulher e porque ajuda a diminuir a violência institucional.

O primeiro argumento é justificado em torno do tempo que o acompanhante permanece ao lado da mulher no ambiente hospitalar. Segundo os depoimentos dos profissionais, quanto maior for a intimidade proporcionada, e o tempo de permanência do acompanhante, maiores serão as chances de favorecer a formação e o reforço de vínculos, em qualquer das etapas que a mulher esteja vivenciando (pré-parto, parto ou pós-parto). Isso também favorecerá, posteriormente, para que o acompanhante se sinta seguro em cuidar do recém-nascido e, conseqüentemente, trará benefícios para a própria mulher puérpera, que terá com quem compartilhar as primeiras experiências seguras no exercício da maternagem, facilitando também sua adaptação ao novo papel de mãe. “[...] e essa pessoa fica, fica o tempo todo com ela. Isso ajuda ela porque vai gerar apego, vai ajudar a cuidar do bebê quando ele nascer... vai ajudar a cuidar dele. Ela se sentirá mais segura porque também ajuda no papel de mãe que essa mulher tem” (E2). “Ela ter alguém ali, que possa estar auxiliando nos cuidados mínimos dela e também do recém-nascido, acho que tudo isso favorece...” (AE2). Essa importância também é enfatizada neste depoimento de uma técnica de enfermagem: “*pra parturiente ter uma pessoa que ela tem aquele contato íntimo, né, mais próximo, é um alívio ali pra ela [...]*” (TE4).

A maternidade, enquanto instituição de saúde, é um local desconhecido para a maioria das gestantes e, em vista disso, as normas e rotinas hospitalares podem interromper a experiência de vida da mulher, gerando sentimentos de ansiedade e preocupação que poderiam não vir à tona, por exemplo, se esta mulher estivesse em seu ambiente familiar, na casa, no lar. Esse pressuposto, para a maioria dos profissionais entrevistados, médicos e não médicos, se encontra na base das justificativas para a presença de um acompanhante, pois a afetividade constante de uma pessoa conhecida, um familiar, ou até mesmo um amigo, faz com que a parturiente se sinta inserida, protagonista, à vontade, como se estivesse em sua própria casa.

A possibilidade de a maternidade ser uma extensão da casa, como um lugar para parir, está ligada a sentimentos positivos que só o acompanhante pode proporcionar. A ligação afetiva anterior com a mulher consubstancia-se em uma justificativa valorosa para o bem-estar da mesma durante o parto e o pós-parto, haja vista o depoimento de um

médico pediatra: “[...] é importante a presença dos familiares, justamente pra essa questão de ligação afetiva entre eles. Se já vem com uma ligação anterior, é bem melhor, pois isso faz com que o peso do hospital seja amenizado” (MP4), de uma auxiliar de enfermagem: “[...] já que ela não pode ficar na casa dela, no cantinho dela, né, que pelo menos alguém esteja próximo a ela, que seja esta referência de lar pra ela” (AE5) e também de um enfermeiro: “[...] começando na admissão algumas vezes a mulher vem assustada, primeiro filho, né, se depara com um profissional que ela nunca viu, com um local onde ela nunca esteve, e aonde o único vínculo conhecido que ela tem é aquele acompanhante” (E3).

O segundo argumento para justificar a presença de acompanhamento e que apareceu com bastante ênfase nas entrevistas relaciona-se com o fato de que o acompanhante dá apoio emocional à mulher:

“[...] de fato elas se sentem mais apoiadas, elas se sentem mais seguras” (E1).

“[...] é um apoio, né, [...] a presença de um familiar ali, ela fica mais forte” (AE3).

“[...] eu acho que essa presença exclusiva e dedicada a ela transmite uma segurança maior” (MP2).

“[...] a paciente se sente mais segura” (AE2).

“[...] se sentirem mais seguras com o acompanhante” (MO2).

“[...] porque a mulher se sente mais segura” (TE4).

“[...] ela se sente segura. Ajuda.” (AE5).

“[...] que ela se sente tranqüila, ela fica mais tranqüila e eu acho que transcorre tudo melhor” (TE2).

“[...] no sentido de acalmar a parturiente” (MO1).

“A mulher que retrata vários, medos, ansiedade, tando ali uma pessoa, ela consegue relaxar mais, ter mais confiança” (E2).

A presença do acompanhante na instituição é percebida pelos profissionais de saúde como uma forma de despertar na mulher parturiente sentimentos de apoio, segurança, tranquilidade, calma e serenidade para enfrentar a experiência da maternidade. Essas vantagens são, da mesma forma, evidenciadas por Brüggemann (2005), quando, ao entrevistar profissionais sobre os motivos alegados para a presença de um acompanhante para a mulher, obteve depoimentos de que o apoio fornecido pelos familiares repercutia em efeito positivo sobre a mulher durante a vivência do processo parturitivo. Mabuchi e Fustinoni (2008) corroboram com os mesmos achados, sendo a presença do acompanhante apontada também como uma forma de humanização da assistência ao parto, por promover na mulher sentimentos positivos e de fortalecimento para essa experiência. Acredito que essa percepção dos profissionais sobre a presença do acompanhante como alguém que dá segurança, tranquilidade e calma para a parturiente, demonstra que estão, de alguma forma, sensíveis e receptivos a essa presença. Tornquist (2005) auxilia nesta interpretação, enfatizando que o acompanhante desempenha um importante papel, de dar suporte emocional à mulher em trabalho de parto, sendo este apoio reconhecido e estimulado pela equipe.

Os profissionais acreditam que a presença do acompanhante seja de vital importância como suporte emocional para a parturiente, tanto no pré-parto, parto ou no pós-parto. Essa presença tem a função principal, segundo os relatos, de dar carinho, mostrar solidariedade, empatia e deixar claro para a mulher que, naquele momento, ela não está sozinha para vivenciar esta experiência de vida tão importante e significativa para ela e sua família. O relato do auxiliar de enfermagem auxilia nesta compreensão: “[...] porque muitas vezes a gestante, ela acha que ‘eu que to passando e você não sabe o que estou passando’, mas quando ela vê que o marido dela está ali junto, ou a mãe, quando ela vê que tem mais alguém ali junto dando importância para aquela dor, aquilo que ela esta passando...” (AE3). A vivência do parto com o apoio oferecido pelo acompanhante fortalece a mulher, não só no momento do parto, mas oportuniza que o transcorrer de todo o processo seja facilitado, como discorre o médico pediatra: “[...] quando a mãe está tranqüila o parto é melhor, o pré-parto é melhor, a mamada é melhor, e tudo é melhor, então tem que estar ao lado para acompanhar” (MP3). Storti (2004) concorda com essa idéia, enfatizando que a mulher, ao receber apoio emocional por parte da família, tem fortalecida a construção sobre o processo de nascimento, como o seu percurso até o parto, transformando essa experiência positiva, assim como o nascimento

saudável. Um exemplo disso é apontado pela enfermeira:

*“[...] o acompanhante é um dos elementos que ajudam a gente a quebrar o círculo vicioso: dor-medo-tensão-dor no parto. Não tenho a menor dúvida” (E1).*

Outro aspecto levantado pelos profissionais, e que tem relação direta com o apoio emocional proporcionado pelo acompanhante, é que a mulher, por estar acompanhada, tem um reforço na sua capacidade de enfrentar a experiência da maternidade, enquanto processo de mudança social, e não apenas física. Muitos profissionais, ao relatarem a importância do suporte emocional, acrescentaram que o sentimento de segurança gerado pelo mesmo faz com que a mulher se sinta empoderada, incentivada e fortalecida para vivenciar a parturição como ser integral, como fêmea, como algo intrínseco à sua vida social. Estas sensações fazem-na acreditar em sua capacidade para viver o processo de modo inteiro e intenso.

*“[...] no período de pré-parto o acompanhante apóia a parturiente, mostra que ela pode [...]” (E2).*

*“[...] o marido estava junto, e segurando na mão da paciente, incentivando, acompanhando, expulsou a cabecinha do feto, e ele ali, firme ali: ‘que lindo, é isso aí, vamos lá, mais um pouquinho’, sabe, então, incentivou de uma forma muito positiva né [...]. E ele realmente ajudou”. (MO5).*

*“[...] ela tem muito medo de se sentir sozinha, de ser abandonada, de seu filho nascer sozinho. Então, se tem apoio do acompanhante, sente-se mais fortalecida. Consegue ultrapassar melhor aquele período” (E2).*

*“[...] a presença de um familiar ali, faz com que ela fique mais forte, que ela passe por aquele momento com mais força, faz que acredite que ela pode parir, que tem alguém ali do lado dela, ela não está sozinha ali naquele momento” (AE3).*

*“[...] na hora que chega aquele ponto que ela acha que não agüenta mais é importante aquela pessoa ali, de confiança dela: ‘não, você agüenta, você pode, faz assim’, então eles dão aquela força pra elas na hora, a pessoa confia né. É importante a pessoa falar que tá confiando nela, a gente nota a diferença que dá” (AE4).*

Tornquist (2005) enfatiza que as inúmeras iniciativas relacionadas ao apoio do acompanhante têm sido um marco nas propostas de humanização da assistência ao parto. Hoje, a família, que foi afastada do cenário do parto e nascimento durante muito tempo, retoma seu lugar ao lado da mulher, assumindo uma dimensão extremamente importante no sentido de fortalecê-la e empoderá-la para vivenciar o processo de parturição, considerado um evento inerente à vida e à sexualidade.

Por ser o parto um momento especial para a mulher e sua rede familiar, o empoderamento acontece se lhe forem dadas possibilidades para exercitar esse poder, essa capacidade natural de parir, como acontece quando ela recebe o apoio adequado de alguém que está presente com o intuito de fortalecê-la, para tornar-se mais autônoma e independente. Nogueira (2006) enfatiza que a humanização do parto deve promover a transição para um novo paradigma, onde novos rituais como a introdução do acompanhante no cenário de parto, possam viabilizar que a mulher vivencie esse processo de forma benéfica, atribuindo a esse processo como uma experiência individual.

O ambiente hospitalar, por manter um “ritual” de normas e procedimentos, pode ser um ambiente assustador para a mulher, uma vez que o medo e a ansiedade pelo nascimento e parto, que muitas vezes são experimentados pela primeira vez, podem interferir negativamente neste processo. Isso é reforçado por Odent (2002), que afirma que a mulher, muitas vezes, necessita estar cercada de pessoas para se sentir confortada, devido ao medo e à insegurança quanto ao parto. Storti (2005) também enfatiza que o isolamento da mulher no ambiente hospitalar acarreta diversos transtornos, por ser um ambiente estranho e solitário, o que pode aumentar a ansiedade da mulher e de seus familiares. O sentimento de preocupação dos acompanhantes com a parturiente é percebido e manifestado pelos profissionais, que entendem que, para a mulher, esta preocupação é importante, devido ao desconhecimento do parto, da instituição e dos profissionais, e pode estar relacionado ao afastamento do ambiente familiar.

O terceiro argumento que os profissionais usam para falar sobre a importância do acompanhamento para a mulher é que ajuda a diminuir a violência institucional sofrida por muitas mulheres. Alguns profissionais foram enfáticos nesta justificativa, verbalizando que isso é muito comum em maternidades hospitalares e que as mulheres se queixam de atos de violência cometidos por profissionais, seja durante o pré-parto ou o parto propriamente dito. Um dos médicos pediatras, por exemplo, ao apontar vantagens para a presença do acompanhante na maternidade

referiu que a presença de alguém da vida íntima da mulher “*inibe excessos da parte de profissionais de todas as áreas que estão ali na área do atendimento [...] onde profissionais às vezes estressados se referem à parturiente de forma às vezes ríspida, às vezes de forma grosseira, e no momento que o acompanhante chega junto da parturiente, o tratamento, o profissional se contém, modera um pouco*” (MP2).

Este aspecto ressaltado pelos profissionais entrevistados é apontado em alguns estudos como um mecanismo para a redução da violência institucional. Adesse (2006), por exemplo, refere que essa violência abrange desde lesões físicas a psicológicas, que resulta de condições inadequadas em instituições e serviços públicos, principalmente. Na assistência ao parto essa violência é muitas vezes observada por atitudes e práticas de constrangimento, discriminação, despersonalização e negligência por parte dos profissionais de saúde que assistem as parturientes, que deveriam proporcionar cuidados voltados ao respeito aos direitos da mulher, como cidadã e como ser gerador de vida.

Outros aspectos levantados nos depoimentos referem-se ao caráter social e político da presença do acompanhante, uma vez que a permanência do mesmo durante todo o processo parturitivo provoca uma reflexão sobre os direitos humanos. O relato do técnico de enfermagem, descrito a seguir, demonstra que a maioria dos usuários do sistema de saúde, quer particular ou conveniado, desconhece seus direitos enquanto cidadãos:

*“[...] eu creio que a maioria dos acompanhantes ainda não sabe dos seus direitos, a maioria, mesmo que eles estejam no particular, a maioria não sabe dos seus direitos. Eu já deparei com a situação de paciente do SUS, do nosso sistema que não tinha conhecimento disso: ‘será que eu posso entrar, será que eu devo?’. ‘É um direito teu, você deve entrar’. ‘Não, mas será que eu ....’ ‘É um direito teu’- eu digo já. ‘Você quer entrar?’ ‘Eu gostaria’ ‘Então você vai entrar’. Então muitas vezes é por falta de conhecimento, é o problema da ignorância social. A ignorância dos direitos, nós somos.... e eu mais uma vez, a culpa é nossa, os profissionais precisam estar atentos a isso aí. Atribuímos isso também ao nosso sistema familiar, se a família não está bem a liderança não está bem. Então o nosso sistema também de saúde, da mesma forma, se a população não está bem, não está orientada, quem que esta falhando nisso aí? Será que é a população? Também. Mas quem é responsável por passar a informação, ensinar? Somos nós. De que forma ‘Ah, nós informamos’. ‘Mas de que*

*forma, de que maneira? É nosso dever” (TE3).*

Neste depoimento o profissional enfatiza que o desconhecimento por parte de homens e mulheres sobre os seus direitos é bastante comum, não apenas em pessoas de camadas populares da população, mas também observado naqueles que possuem condições socioeconômicas mais favoráveis. Atribui a responsabilidade dessa desinformação aos profissionais de saúde que prestam a assistência, enfocando que todos os profissionais devem também conhecer os direitos e dividir esses conhecimentos com os usuários. De acordo com Deslandes (2005), o reconhecimento dos direitos dos pacientes é, em si mesmo, uma forma de humanização. Entre esses direitos, a presença do acompanhante, para a mulher, no seu processo parturitivo, é considerada uma prática humanizadora, porém nem sempre cumprida nos serviços de saúde que prestam atendimento à mulher. O direito à saúde implica também no acesso das pessoas a informações que permitam a reestruturação da assistência, buscando adequá-las às necessidades dos usuários, de forma crítica e reflexiva (PUCCINI; CECILIO, 2004).

Essa falta de conhecimento poderia ser minimizada ainda durante o pré-natal. Basso (2006) corrobora com a idéia de que durante a atenção pré-natal, o profissional pode auxiliar as gestantes e seus familiares na construção de um conhecimento, enquanto pessoas ativas, críticas e capazes de decidir sobre os seus direitos. Basso (2006) aponta que para que homens e mulheres possam tomar decisões com relação à assistência desejada no processo de parto e nascimento, é imperiosa a formulação de conhecimentos que lhes permitam tomar decisões conscientes, dividindo as responsabilidades com os profissionais de saúde. Diniz (2005) afirma que as práticas de saúde institucionais na atenção à mulher devem considerar os aspectos de direitos humanos de forma ampla, proporcionando a discussão de aspectos políticos, sociais e econômicos.

### **5.2.2 Com relação ao recém-nascido**

Os profissionais de saúde apontaram que, para o recém-nascido, a presença do acompanhante também confere uma influência benéfica. Esta presença se justifica pela possibilidade inerente à ajuda emocional e afetiva que proporciona desde o momento do nascimento, até o cuidado

físico e o suprimento das necessidades diárias do bebê, durante a permanência no alojamento conjunto e, posteriormente, em casa. A formação ou o fortalecimento de vínculos familiares encontra-se na base dos argumentos relacionados com esta categoria, ainda que a figura paterna seja apontada como a mais freqüente:

*"[...] a vantagem do acompanhante auxilia a formação de vínculo não só na relação mãe-bebê, que é importante, como a gente falou, mas a relação do familiar-bebê, que também deve se estabelecer aqui dentro" (MP3).*

*"[...] benefícios na parte psicológica, basicamente da parturiente, e da própria criança também" (MP1).*

*"[...] eu quero focalizar, enfatizar, a importância da participação do pai, porque é benéfico [...] eu creio que, com certeza, isso repercutirá na vida do bebê, da criança, do adulto que agora está sendo concebido" (TE3).*

*"[...] eu vejo com relação ao vínculo materno, paterno, familiar com o RN. É uma família que se inicia aqui, mas que na verdade vai pra vida inteira, né. É aqui que vão aprender o cuidado com o bebê, auxiliando a mãe em casa, né, durante toda a vida dessa criança, eu acho muito importante, né" (E3).*

*"[...] no parto, até pra ter uma ligação maior com seu bebezinho, com seu filho, isso eu acho importante para a família como um todo" (MP5).*

*"[...] dar apoio emocional realmente, apoio psicológico, apoio físico algumas vezes, é ajudando realmente a mulher e o recém nascido aqui dentro da maternidade" (E3).*

Na literatura foram encontrados poucos estudos no que se refere às vantagens e benefícios que a presença do acompanhante traz para o recém-nascido, porém, esta se tornou uma subcategoria devido aos inúmeros depoimentos que os profissionais da maternidade deram, fazendo esta associação, ou seja, vislumbrando que a presença do acompanhante repercute em benefícios para a criança, já que os integrantes da família podem auxiliar a mulher nos cuidados com o bebê, além de incentivá-los à formação do apego. Os profissionais que elencaram benefícios do acompanhante no que diz respeito ao bebê também evidenciaram que o familiar teria uma excelente oportunidade para se apropriar de conhecimentos que o habilitasse para cuidar do

recém-nascido, principalmente aqueles cuidados básicos relacionados com a higienização, o banho, a trocas de fraldas, com o coto umbilical, dentre outros.

*“[...] no pós-parto [o familiar tem a oportunidade de] pegar o neném, limpar, ver os cuidados, ajudar, dar banho” (MP4).*

*“[...] no período de pós-parto ele é a pessoa que vai ajudar com o bebê nos seus cuidados. Já vai aprendendo, né? Não é só a mãe” (E2).*

Se os profissionais lembraram de referir os benefícios que a presença do acompanhante tem para a criança, interpreto que se preocupam em aliviar o trabalho que essa mãe terá com os cuidados à criança, sendo o período pós-parto essencial para a aprendizagem que caracteriza esta atividade. É no puerpério que as orientações com os cuidados ao recém-nascido são mais enfatizadas e os profissionais visualizam que o familiar que acompanha tem um papel fundamental como apoio para a mulher na realização de atividades que diminuem a carga que o novo papel embute: o de ser mãe. Monticelli (2003) afirma que os profissionais identificam o período pós-parto como um momento oportuno de aprendizagem para a mulher, tanto no seu autocuidado, como de seu bebê. O acompanhante, neste momento, pode também ser estimulado na participação dos cuidados básicos ao recém-nascido, adquirindo habilidade para essa atividade e, segundo os profissionais entrevistados, poderá ser fortalecido para continuar ajudando a mulher em casa.

### 5.2.3 Com relação ao profissional

Na percepção dos profissionais de saúde da maternidade, o acompanhamento da mulher, durante a internação hospitalar, representa vantagens, também, para os próprios profissionais que atuam na instituição e para a equipe como um todo. Estas vantagens são evidenciadas de duas formas bastante amplas. A primeira diz respeito à percepção do acompanhante como um **agente de intermediação entre a mulher e o profissional de saúde**, e a segunda, à percepção de que **a presença do acompanhante traz valorização ao profissional que assiste a mulher** durante o processo do parto e nascimento.

O primeiro sentido positivo atribuído à **presença do acompanhante é que o mesmo faz a ligação entre a mulher e o profissional** que presta assistência na maternidade, em qualquer setor em que a mesma se encontre. Nesta perspectiva, o acompanhante torna-se um intermediário que traduz os desejos, anseios, expectativas ou necessidades da mulher para o profissional e também do profissional para a mulher.

No que diz respeito à primeira perspectiva, quando a mulher não consegue expressar seus sentimentos para o profissional, o acompanhante assume o papel de “tradutor”, servindo de elo entre esses dois agentes. Nas palavras dos entrevistados, o acompanhante que assim procede, auxilia na “decodificação” desses sentimentos, principalmente quando o profissional tem dificuldades para entendê-los.

*“[Ele] traz elementos que ajudam a gente a conhecer aquela mulher e a cuidar daquela mulher. Eu sempre busco nele apoio para que eu possa cuidar melhor” (E1).*

*“[...] no trabalho de parto, que é visto como uma situação mais crítica do processo, muitas vezes é difícil a gente entender o que a parturiente está querendo dizer, então o acompanhante, ele ajuda, ele costuma ajudar bastante, porque ele decodifica coisas que às vezes a gente não consegue entender” (E1).*

*“[...] às vezes ela não consegue passar para gente a forma que ela quer ser cuidada, e o acompanhante é a pessoa mais próxima para mostrar isso para a gente. Que ele pode estar auxiliando [...] saber mais sobre essa paciente” (E2).*

*“[...] agora, por exemplo, depois do parto, ele também pode fazer decodificações, entendeu? Eles podem dizer: ‘olha, no outro parto foi assim, no outro parto foi assado’, entendeu, ‘ela se sente assim, ela se sente assado...’”(E1).*

A importância do acompanhante, na visão dos profissionais, está na possibilidade de traduzir ou interpretar as necessidades de cuidado que a mulher por si só não consegue. Essa presença facilita o atendimento das necessidades da mulher, uma vez que se pressupõe que esse familiar conhece intimamente essas necessidades, melhorando a dinâmica de atendimento por parte do profissional.

Mas tais “decodificações” também têm o sentido inverso, ou seja,

os acompanhantes podem atuar como “auxiliares” dos profissionais, repassando informações e orientações que esses julgam necessárias à compreensão da mulher, como por exemplo, quando, no trabalho de parto, a mesma não consegue assimilar o que o profissional está querendo. Então, neste momento, o acompanhante “traduz” para ela essas orientações, favorecendo a comunicação entre a paciente e o profissional. Essas situações são expressas nos seguintes depoimentos:

*“[...] tivemos um caso, era a segunda vez que ela vinha pra maternidade, primeiro filho, muito ansiosa, preocupada e eu sempre falo assim muito rápido. E então a mulher tava orientada no que ela devia fazer. Então o ponto de apoio dela era aquele marido. O marido tava ali do lado, vendo, o que a gente estava tentando orientar pra ela, e ela não estava captando, mas por meio da conversa dele, ele ouvia, nós passávamos pra ele, e ele repassava pra mulher de uma forma espetacular. Teve um bebê, [...] o primeiro filho, então se ela estivesse sozinha, num local estranho, com pessoas estranhas, com um parto que era novidade pra ela, eu acredito um tanto preocupada, deslocada, não conseguindo atuar de uma forma positiva, isso não seria possível, mas com a presença do acompanhante isso foi possível, então ontem à noite eu tive uma prova muito fiel do que realmente o acompanhante pode fazer” (E3).*

*“[...] o profissional fala, isso vai ser assim, assim, o acompanhante ouve, ele reforça isso pra ela, então ela sente segurança, fazendo aquilo, daquela maneira que o profissional pediu, porque tem alguém ali que tá sendo este elo entre a mulher e o profissional” (AE2).*

Esses depoimentos mostram a importância desta presença como um facilitador da comunicação entre profissional e mulher, que repercute, em última instância, num reforço nos cuidados que se pretende realizar.

Outra forma de elo ou intermediação que o acompanhante faz tem relação com o tempo de permanência do mesmo na maternidade. O acompanhamento integral, nas 24 horas do dia, é apontado como um benefício também para os profissionais, já que contam com um auxílio a mais para as atividades de observação e controle.

*“[...] que a gente fica mais tranqüila também, porque sabe que tem alguém presente, né, a gente não precisa ficar o tempo todo do lado” (AE1).*

*“[...] então essa é, por exemplo, a importância do acompanhante na*

*medida em que eu não posso estar 24 horas por dia com essa mulher” (E1).*

*“[...] porque os profissionais não ficam ali 24 h por dia, ou o tempo todo juntinhos” (E2).*

A presença do acompanhante, verbalizada desta forma pelos profissionais, revela a preocupação de que a mulher parturiente ou puérpera não fique tanto tempo sozinha, uma vez que a dificuldade da permanência constante dos profissionais está relacionada às inúmeras atividades que esses profissionais acumulam, pela demanda aumentada de trabalho e até mesmo pela escassez de recursos humanos para a assistência. Este ângulo também é focalizado por Storti (2004), ao dizer que o acompanhante representa uma alternativa para a mulher, no caso de se sentir sozinha, em decorrência da hospitalização e, muitas vezes, o papel da equipe é substituído por essa presença.

O acompanhante, como elo facilitador entre a mulher e o profissional, é verbalizado pelos componentes da equipe da maternidade, no sentido, principalmente, de que este atua no cuidado direto à mulher parturiente/puérpera e ao recém-nascido, bem como auxilia a reforçar as orientações que o profissional fornece e que precisam ser assimiladas pela mulher, seja no que diz respeito ao cuidado de si e/ou ao cuidado do bebê.

*“[...] ele é um **facilitador do nosso cuidado**” (E3)*

*“[...] é alguém que **vem a complementar o trabalho da enfermagem; é uma pessoa que vai colaborar com a enfermagem, ajudar. Às vezes a mãe quer tomar um banho, ou precisa levantar, ou pra por o nenê pra mamar, pra não precisar cada vez um profissional da enfermagem ir**” (TE5).*

*“[...] a gente coloca ela no banho e sabe que tem o marido. **Não precisa ficar o tempo todo presente, ela tem o marido cuidando**” (AE1).*

*“[...] aqueles que a gente acompanha vem sabendo que **vai ajudar a esposa a comer, vai ajudar a atender e a trocar esse bebê enquanto a mãe não pode. Então ele vem com o intuito de participação**” (AE3).*

*“[...] mas eu vejo que inserido aqui, hoje, é o acompanhante que está fazendo um primeiro cuidado. É o acompanhante que está sendo orientado que **nos alerta de alguma situação, né, eu vejo que o acompanhante está cada vez mais inserido no processo aqui dentro, no processo de***

*nascimento, de parto, de pré-parto e puerpério, só vem a fortalecer o nosso atendimento” (E3).*

*“[...] é importante que fique alguém ali, **qualquer intercorrência, chama a enfermagem**. Ela não vai ficar sozinha. No trabalho de parto, na hora da contração, a pessoa dá assistência junto com a gente; é um apoio até pra gente. Se coloca um soro e acabar, avisa, porque a gente às vezes não está lá” (TE2).*

*“[...] Quando a gente orienta ela, o acompanhante é orientado também, então favorece para eles, favorece para nós, porque **qualquer coisa eles vão estar chamando pra ver**: ‘olha eu percebi essa situação diferente’” (AE2).*

Essa participação representa a garantia de que as orientações, informações e cuidados com a mulher vão ser compartilhados, melhorando a assistência prestada para o binômio, e também maior tranquilidade para o profissional, que tem no acompanhante, um parceiro no processo de assistir a mulher parturiente/puérpera. De maneira geral são expressões que valorizam o acompanhante enquanto parceiro da assistência. Os profissionais retratam nas suas verbalizações que é o acompanhante quem conhece melhor a mulher, sabe das suas dificuldades e particularidades; reconhecem nele a possibilidade de co-atuação com a equipe, para que a assistência seja voltada para as suas necessidades. Em outras situações, quando a mulher já vivenciou outros partos, e o acompanhante também participou destes eventos, pode auxiliar ao informar diferenças no comportamento da mulher, que foram distintas das experiências vividas anteriormente. Apesar de muitos acompanhantes não conhecerem o processo fisiológico do parto e puerpério e isso assustá-los, freqüentemente podem comunicar situações que surgem, favorecendo e facilitando muitas vezes o cuidado do profissional e a intervenção no momento adequado.

É importante salientar que os depoimentos que marcam esses significados foram dados exclusivamente pelos profissionais de enfermagem; desde os auxiliares, passando pelos técnicos, e também por alguns enfermeiros. De um lado, a leitura que se faz é positiva, uma vez que a enfermagem interpreta a participação dos acompanhantes de forma pró-ativa, como colaboradores, como participantes diretos e importantes nas práticas assistenciais à mulher ou à criança, como mostram as expressões usadas pelas depoentes como: “facilita”,

“complementa o trabalho da enfermagem”, “colabora”, “ajuda”. Porém, de outro, também revela uma face menos promotora, sutilmente voltada para uma sobrecarga de papéis a serem desempenhados por estes personagens e, por outro lado, eximindo as trabalhadoras deste compromisso profissional, como por exemplo, atribuir a quem acompanha a função de avaliar as condições apresentadas pela mulher ou pelo recém-nascido e alertando a equipe de enfermagem quando reconhecer que tais condições não são as esperadas. Poderíamos questionar quais seriam as habilidades ou capacidades que os acompanhantes têm para informar sobre as “intercorrências” que porventura possam vir a ocorrer, como referiu uma das técnicas de enfermagem.

Esta perspectiva crítica tem sido levantada em alguns estudos que são desenvolvidos com a temática sobre acompanhantes em hospitais e, mais particularmente, sobre o acompanhamento de mães a crianças hospitalizadas ou mesmo em alojamentos conjuntos, nas maternidades. No estudo de Monticelli e Boehs (2007), por exemplo, a visão que os profissionais têm sobre o familiar acompanhante é de alguém que está continuamente ao lado da pessoa internada, com o intuito de promover apoio emocional e auxílio nas atividades semelhantes àquelas realizadas no domicílio. Dessa forma, a escolha para a presença do acompanhante vai estar atrelada a quem tem mais jeito para realizar o cuidado, ou seja, quem for mais experiente para a realização dessas atividades. Os estudos de Escher e Cogo (2005) e de Schiotsu e Takahashi (2000) revelam que a presença do acompanhante no ambiente hospitalar auxilia a equipe de enfermagem em atividades relacionadas às necessidades de higiene pessoal, mobilização, locomoção e alimentação do paciente, auxiliando dessa forma a equipe que muitas vezes está sobrecarregada, e atribuindo ao papel do acompanhante como o de ajudar o paciente.

Alguns profissionais avaliaram como vantajosa a presença do acompanhante, por essa presença permitir a observação do cuidado que é prestado pela equipe e presenciar situações inusitadas que podem acontecer e cujo testemunho ocular do acompanhante poderia evitar problemas futuros. Um exemplo disso é apresentado por duas médicas obstétricas, um pediatra e reforçada por uma auxiliar de enfermagem e uma enfermeira:

*“[...] você sabe que eu vejo que é bem importante que eles acompanhem tudo o que a gente está fazendo. É até uma segurança, né, pra você, e caso haja algum problema mais tarde, eles entenderem e saberem o que foi feito” (MO2).*

*“[...] já tive, por exemplo, a grata satisfação em ter o pai dentro de uma sala de parto, quando nasceu um menino no lugar de uma menina. Eles estavam esperando a menina com USG e, né, e tava junto. Pensei comigo: ‘que bom que ele estava junto’. Porque de quem ele iria duvidar depois, né. Então foi muito bom ele estar ali. Ele ficou incrédulo na hora, mas foi bom” (MO5).*

*“[...] é bom, você mostra mais o teu serviço pra ele. Muitas vezes ele não sabe o que aconteceu até a equipe chegar lá com o bebê embrulhadinho. Então eles podem ver lá, que então muitas coisas acontecem antes, até o papel do pediatra: ‘nunca entendi muito bem qual o papel do pediatra lá no parto normal, eu não tenho idéia’, então eles podem acompanhar, ver alguma coisa que você faça, o pediatra ali do lado, recebendo o bebê, é bom” (MP4).*

*“[...] então a vantagem é que eles sabem o que você está fazendo, ele está ali dentro, está vendo o que você está fazendo, sabe, na verdade não é uma supervisão, mas ele tá vendo que ninguém tá matando a mulher dele” (MO6).*

*“[...] porque se eles estão ali eles vão poder dizer o que aconteceu, eles nunca vão poder dizer aconteceu isso, aconteceu aquilo, além do que era pra ser feito, ou que fez alguma coisa errada com o familiar dele porque ele tá ali junto” (AE19).*

*“[...] uma prova, uma prova viva, algumas vezes eu vejo isso, é ... que se eu fizer algo de bom para aquela mulher, ele vai estar vendo. Se eu fizer algo de ruim ele, também tá vendo. E como o ideal é sempre fazer algo de bom, isso se torna um benefício da presença desse acompanhante aqui. Porque ele é nosso aliado. Ele vai ser nosso aliado, ele vai ser um testemunho do nosso bom serviço. Eu vejo que as pessoas estão vendo isso, estão percebendo que isso é bom” (E3).*

Esses depoimentos ilustram que a presença do acompanhante, para alguns profissionais, não é vista como algo negativo, de fiscalização, de temor que os profissionais têm de processos pelos acompanhantes, ao contrário, enfoca a forma positiva de ter o acompanhante presente, fortalecendo o profissional no seu “fazer”. Tornquist (2003) aponta que nas instituições onde a iniciativa de permitir a presença do acompanhante foi introduzida, os profissionais inicialmente apresentavam certa resistência à essa presença. No entanto,

hoje, já é vista como uma fonte de segurança para mulheres e profissionais. Brüggemann (2005) reforça este pensamento, dizendo que a presença do acompanhante, para os diferentes profissionais de saúde, é vista como um problema, mas pode se transformar em benefício, inclusive, para a instituição.

Outra alegação de vantagem/benefício para a presença do acompanhante na maternidade, e que tem relação com o profissional, está congruente à percepção de que a presença do acompanhante traz **valorização para o profissional que presta assistência na instituição maternidade**. Esses sentimentos valorizam tanto o profissional, enquanto sujeito trabalhador, exercendo suas atividades laborais cotidianas na instituição, quanto na perspectiva humana, enquanto ser humano individual. Vejamos primeiramente os depoimentos relacionados com a valorização profissional:

*“[...] como acontece aqui e eles reconhecem você como uma pessoa que também estava naquele cenário. Então ele é o acompanhante e você é a cuidadora. Então é uma relação, é uma outra relação, não é? É uma relação de cuidador e acompanhante. Então, é muito interessante, não é só a mulher que reconhece que você a assistiu, mas essa figura também consegue olhar no teu olho e sorrir para você ou perguntar pra você. Ele também dá um lugar para você, não é só você que dá um lugar para ele. O acompanhante também dá um lugar para você profissional” (E1).*

*“[...] eu vejo que essas pessoas têm um respeito maior pelo profissional, têm um carinho maior pelo profissional que o assistiu” (MO5).*

A percepção dos profissionais acerca da valorização que o acompanhante manifesta interfere diretamente na relação que é criada com a mulher e o acompanhante por ocasião do atendimento prestado no processo de parturição. Essa manifestação de que o acompanhante também reconhece o trabalho do profissional, traz uma importante sensação de prazer aos profissionais pela realização de suas atividades, motivando-os a reforçarem suas habilidades humanísticas e políticas na conduta assistencial ao parto e nascimento.

Outras declarações que os profissionais fizeram e que significam valorização e auto-estima relacionam-se com questões pessoais, de foro íntimo, enquanto seres humanos que são, independente do âmbito do trabalho em si:

*“[...] eu me sinto muito gratificada, a gente cria uma intimidade humana.*

*Parece que há uma intimidade, não sei se é essa palavra, mas acho que é um compartilhamento daquela situação de alegria, felicidade ou da boa lembrança, na maioria das vezes” (E1).*

*“[...] e depois que o bebê nasce você fica fazendo parte dessa história... dessa nova família que nasceu. Então assim, quando o bebê nasceu, o pai cortou o cordão e começou a abraçar e beijar todo mundo ali, então foi uma demonstração de alegria que não deu, não, é como se a gente tivesse fazendo parte dessa família, porque ele se sentiu, e a gente, parte da família dele, tipo assim, é uma troca de papéis, ficou, estávamos misturados, como ele pode ajudar e como a gente estava tão inserido neste papel com eles, é como se nós três tivéssemos colocado esta criança no mundo: o pai, a mãe e eu, que estava aparando o bebê” (E2).*

*“[...] apesar de eu ver todo o dia aquilo, a gente vê quando o pai tem todo aquele carinho, e nasce o filho e se emociona, curtiu aquela gravidez, curtiu aquele nascimento, né, essa é a parte boa, ele olha pro médico, enfermeiros, pra todo mundo da equipe ali, como se fosse assim uma coisa ‘vocês puseram o meu filho no mundo’. Isso é uma coisa muito prazerosa pra quem tá ali e isso é uma coisa muito gostosa, muito prazerosa, tanto no parto quanto na cesárea” (MO4).*

A sensação experimentada pelo profissional que vivencia o processo de nascimento junto à mulher e seu acompanhante exprime um sentimento de valorização enquanto pessoa que participa junto desta vivência. Griboski e Guilhem (2006) enfatizam que a busca da visibilidade do trabalho que o profissional realiza, ao proporcionar mudanças na sua maneira de assistir, fortalece sua capacidade de realização profissional e pessoal.

Dessa forma, ao incluir o acompanhante na sua rotina de trabalho, o profissional tem a possibilidade de ampliar conhecimentos e posturas adotadas e que o impulsionam para um maior crescimento pessoal e profissional. O reconhecimento que o acompanhante demonstra para os profissionais que os assistem reforça positivamente o profissional na sua tarefa de “melhor atuar”. Entendo que existe uma necessidade de reconhecimento do “bem cuidar” do profissional para que ele também se sinta valorizado e reconhecido. Para Brüggemann, Parpinelli e Osis (2005), a presença do acompanhante produz mudanças benéficas na assistência prestada pelos profissionais, despertando sentimentos positivos e emoção na equipe de saúde, fortalecendo as ações rotineiras de humanização na instituição. A possibilidade de refletir sobre o cliente

internado e as suas relações sociais é apontado por Gelbcke et al. (2002), num estudo sobre o Programa Viver e Trabalhar Melhor. Ao repensar as relações existentes no cotidiano do trabalho, o profissional evoca a qualidade das relações humanas que a presença do acompanhante no cenário hospitalar promove. A inserção/participação do familiar no cuidado possibilita uma reflexão dessas relações interpessoais e sua qualidade, reavivando no profissional de saúde a possibilidade de realização humana e o reforço da identidade das pessoas que trabalham.

A introdução de acompanhantes no local de nascimento é uma realidade bastante recente e muitas instituições ainda não incorporaram de forma efetiva essa prática. Uma das razões para a dificuldade dessa implementação pode estar relacionada com os próprios profissionais que atuam nestas instituições, por não se sentirem preparados para a introdução deste novo elemento no processo de nascimento. A observação feita por uma enfermeira e por dois médicos obstetras, já com alguns anos de atividade assistencial no parto, revela a possibilidade do profissional estar revendo suas posturas e conceitos sobre essa nova modalidade de assistência e quebrar paradigmas do modelo biomédico que ainda persistem na assistência ao parto e nascimento.

*“[...] a gente tá aprendendo a trabalhar com a mulher, com o homem acompanhante” (E1).*

*“[...] mas como essa humanização é uma coisa mais recente, então essa questão de acompanhante tá mais em voga, e tá mais na ordem do dia. Antigamente ficava mais restrito o acompanhante [...]” (MO1).*

*“Eu acho que a gente está se adaptando com a presença do acompanhante, estamos nos adaptando a uma nova realidade no sentido dele entrar, participar, acho que cada um está tentando da sua forma né” (MO6).*

*“Eu acho que eu tinha uma certa opinião, e eu realmente mudei um pouco esta opinião, acho que realmente a maioria, como eu falei inicialmente, a maioria dos acompanhantes, seja muito bom” (MO1).*

Esses depoimentos exemplificam que os profissionais percebem a necessidade urgente de mudanças na forma de assistir a mulher e sua família, sendo que o acompanhante vem selar esta renovação. São mudanças que exigem dos profissionais a necessidade de rever conceitos

e posturas, mas que tornam a assistência mais humanizada. Essas percepções foram relatadas tanto pelos profissionais de enfermagem quanto pelos profissionais médicos.

#### **5.2.4 Com relação à abordagem do parto como evento sociocultural**

Um último argumento para justificar a presença do acompanhante no cenário do parto, apontado pelos profissionais de saúde, durante as entrevistas, é a percepção de que essa presença revigora o ideário do parto como um evento que é essencialmente familiar:

*“[...] a gente focava no parto, focava no bebê, focava na mulher e agora a gente se vê na verdade mais comprometido com um cenário muito mais amplo, focado na família. Voltar à família o que é da família” (E1).*

*“[...] agora, o desafio é fazer com que essa mulher seja a protagonista no cenário do parto e seu acompanhante também... afinal, o bebê é deles” (E1).*

*“[...] é uma questão cultural. Nós estamos tentando reaver uma coisa que nós perdemos, sabe, que é a participação da família” (TE3).*

A presença de alguém que seja da rede de relações sociais e familiares da mulher permite aos profissionais a reflexão de mudanças que ocorreram na assistência ao parto e nascimento de forma bastante ampliada, macro contextual. Essas mudanças podem ser tanto institucionais como na própria forma dos profissionais conceberem a assistência a essa mulher durante o processo parturitivo. A necessidade de refletir sobre o processo de nascimento e parto e devolver à mulher e sua família, o protagonismo do parto, tem sido um dos grandes desafios para os programas de humanização. O enfermeiro é um profissional apontado por Castro (2003) que, pela sua formação, vem ao encontro da possibilidade do resgate do parto como um evento fisiológico, essencialmente feminino e de conotação sociocultural, ao invés de essencialmente orgânico e, menos ainda, voltado inteiramente aos interesses médicos e às instituições do parto. Essa reflexão sobre o parto enquanto evento familiar permite aos profissionais a sustentação para a sua prática, pois vislumbram a necessidade de romperem com o modelo

biomédico que norteia a assistência nas maternidades. Marque, Dias e Azevedo (2006) ressaltam ainda que o profissional necessita adotar mudanças na sua forma de prestar a assistência, valorizando as necessidades das mulheres e de suas famílias e atribuindo ao parto e nascimento o significado de eventos singulares e peculiares para cada mulher e para cada família.

Com relação ao evento do parto, Osava (1995) aponta que é um processo cultural, que reflete os valores de uma determinada sociedade e o contexto sociocultural interfere nas medidas adotadas no parto. Marque, Dias e Azevedo (2006) enfatizam ainda que os pressupostos da chamada humanização do parto trazem embutidos o respeito às escolhas e às posturas da mulher, como condutora do seu processo de parto, e a necessidade de respeitarem suas vontades e, principalmente, seus direitos, uma vez que cada mulher é um ser único, com valores, sentimentos e crenças que devem ser respeitados. Desta forma, ao encararem o acompanhante dentro do prisma de ser um direito da família a ser respeitado, os profissionais fortalecem o ideário da humanização da assistência.

### 5.3 CARACTERÍSTICAS DO ACOMPANHAMENTO

Os profissionais apresentaram as percepções que possuem sobre as características que envolvem todo o processo do acompanhante. Tais características são bastante amplas e envolvem tanto os **requisitos essenciais que o acompanhante deve possuir** para efetivamente estar ao lado da mulher, apoiando-a durante todo o processo de internação, quanto os **ambientes que consideram inóspitos** para a presença de um acompanhante dentro da maternidade. Também evidenciaram as diferenças e similaridades percebidas pelos profissionais no que se refere às **pessoas que acompanham a mulher usuária do SUS e aquelas que fazem o acompanhamento das mulheres que internam por convênios médicos ou de forma particular**. O último aspecto dessas características diz respeito às concepções gerais que possuem sobre quem é o **acompanhante real**, ou seja, aquele que está no momento presente na maternidade, realizando o acompanhamento de forma concreta, e sendo efetivamente “visto” e percebido pelos profissionais, e o **acompanhante ideal**, que, no imaginário dos profissionais, deveria possuir alguns atributos para assumir este papel.

#### 5.3.1 Quem é a pessoa que deve acompanhar

Na concepção dos profissionais da maternidade alguns aspectos sobre a pessoa que deve acompanhar a mulher no seu processo parturitivo são extremamente importantes para que realmente este possa tomar lugar ao lado da mulher, na instituição hospitalar. Trata-se de atributos que a pessoa deve possuir para exercer a função do acompanhamento. A comparação entre os depoimentos dados resultou em sete conjuntos de atributos que foram identificadas na análise. O primeiro conjunto identificado é que o acompanhante deve ser **alguém que a mulher decida**, ou seja, a escolha da pessoa que lhe dará o suporte deve ser da própria mulher. O segundo também salienta que **a escolha deve ser da mulher**, entretanto, **são colocadas ressalvas** a essa escolha. O terceiro conjunto de depoimentos aponta que a decisão sobre a presença do acompanhante deve ser **do profissional que assiste a mulher**. O quarto conjunto indica que o acompanhante deve ser **um homem**. O quinto aspecto relacionado a quem deve acompanhar focaliza que esse apoio deve ser provido por **alguém da própria instituição**, uma pessoa treinada para exercer a função de suporte. O sexto conjunto de depoimentos aponta para que **não deve ter acompanhante** e o último conjunto de depoimentos indica que **é preferível que a mulher fique sozinha** para vivenciar a experiência.

O **primeiro conjunto de depoimentos**, inserido a seguir, ilustra que a escolha sobre quem será o acompanhante depende, essencialmente, da mulher.

*“[...] que este acompanhante seja de **livre escolha** da mulher” (E3).*

*“[...] então tem de ser da **escolha da pessoa**, da mulher, né” (E2).*

*“[...] é uma questão que depende e tem que **ser decidida pela paciente**, com quem ela se sentir melhor e mais à vontade, seria o ideal” (AE1).*

*“O ideal seria a pessoa que a mulher confia, **aquela que ela quer**, aquela que ela diga que se sente segura com ela” (AE2).*

*“Acho que quem vai escolher é a mãe que vai ver quem é melhor, quem é mais próximo, quem acha que vai deixar ela tranqüila. É **ela que vai decidir**” (TE3).*

*“[...] **quem ela achar** que pode ser acompanhante, quem ela sentir que pode ser o acompanhante” (AE3).*

*“[...] eu gosto sempre de perguntar pra paciente quem ela quer escolher*

*como acompanhante, porque daí justamente a história de vida dela, que eu não sei, não conheço, ela vai querer do lado dela ali, quem ela acha que tem que estar ali. Tem sempre **deixar a escolha pra Ela**. É mais interessante” (MO3).*

*“[...] eu acho que o acompanhante **que ela escolher**, a pessoa que, pra ela, é o ideal” (E4).*

*“[...] aí depende da mulher, né. Eu acho que depende dela, é ela quem manda porque o parto é dela e **ela que escolhe quem quer do lado**” (AE4).*

*“[...] a pessoa que a gestante tem uma maior ligação, uma maior afetividade, que dê mais segurança naquele momento, [...] **as pessoas mais importantes para ela**” (MP5).*

*“Se essa mulher tem como desejo o acompanhante no seu momento de parir, eu, como profissional de saúde, respeito esse desejo. Acho que o acompanhante é benéfico a ela e acho que a partir da escolha dela, ele faz parte desse momento. O importante é que ela queira esse acompanhante. Ela é a dona desse momento, então depende dela a escolha” (MP6).*

Essa escolha é justificada pelos profissionais principalmente por entenderem que o acompanhante deve ser alguém que tenha ligação afetiva com a mulher, ou seja, deve ter certo grau de intimidade com a mesma. Em suas palavras, devem ser sujeitos “significativos”, seja porque a mesma confie, tenha segurança, ou se sinta mais livre para compartilhar a experiência. São sujeitos que devem ser “pessoas ideais” para a mulher parturiente/puérpera, e não para os profissionais ou outras pessoas.

Apreende-se desses depoimentos que os profissionais compreendem o acompanhamento inteiramente voltado às decisões da mulher. Nisso, ressalta-se o respeito à mesma, às suas vontades, exigências, necessidades e critérios, visando tão somente o seu próprio benefício, vale dizer, tornando a vivência da parturição, uma experiência prazerosa e positiva, tendo ao seu lado quem ela desejar. Os profissionais de saúde reconhecem que este é um período importante na vida da mulher e que o respeito às suas decisões, também sobre este aspecto, é indispensável. De acordo com Tornquist (2005), a recomendação de que a mulher, no decorrer do seu processo parturitivo, tenha um acompanhante de sua preferência, é encontrada em inúmeras publicações sobre humanização da assistência ao parto. Na visão de Moura et al. (2007), por exemplo, esse apoio emocional, provido por um

acompanhante da escolha da mulher, potencializa sua capacidade para superar a dor e a tensão experienciados neste período, e os profissionais de saúde devem estar sensibilizados para a relevância desta presença.

O **segundo conjunto de depoimentos** sobre quem deve acompanhar, também evidencia que a escolha deve ser da mulher, mas tais depoimentos trazem em seu bojo certos “senões”, a observação de certas condições para ser acompanhante. Essas ressalvas imprimem características que os profissionais acreditam ser importantes, tais como: ter algum conhecimento sobre o processo de trabalho de parto e parto, “realmente” querer ajudar a mulher durante o pré-parto, o parto e o puerpério, que tenha “discernimento”, que não atrapalhe as atividades diárias da instituição, principalmente dos profissionais de enfermagem, que não venham apenas para dormir, não fiquem circulando de quarto em quarto, devendo também, no pós-parto, preferencialmente, ser um acompanhante do sexo feminino:

*“[...] que já **tivesse algum tipo de esclarecimento** sobre o que é um trabalho de parto, de como é um parto e de como seria o papel dele nessa condição [...] uma pessoa que deve **estar preparada** para o trabalho de parto” (E2).*

*“Eu acho que tem que vir pra **ajudar a paciente**, pra ficar junto em todos os momentos, né, no pré, no parto e no pós-parto. Acho que o principal é que ele queira estar ali para **ajudar a parturiente**” (TE4).*

*“[...] uma pessoa que realmente **tenha alguma noção** [...], mas é preferível que venha para ajudar a mulher durante todo o internamento, né” (TE5).*

*“[...] acho que tenha a **capacidade** de estar ali [...], mas com **discernimento**” (MP1).*

*“[...] porque às vezes **uns ajudam**, outros às vezes **atrapalham** ao invés de ajudar” (AE1).*

*“[...] essa pessoa não deve atrapalhar o serviço, os procedimentos, tanto de enfermagem como médicos. Quando o profissional solicitar a sua saída num procedimento deve sair, que fique tranqüilo ali no pré-parto, que o acompanhante tá ali pra ajudar não pra atrapalhar. Deve **colaborar** com a gestante, no período de nascimento, com a gestante ou com o bebezinho, e tem que **aceitar as informações**” (MP5).*

*“[...] no pós- parto, daí a gente tem que ver. Tem duas coisas. Tem uns que*

*eles vêm pra ajudar e os outros eles já tentam, a mulher nem bem saiu do parto eles perguntam: ‘mas tem uma cama **pra dormir?**’ ” (AE5).*

*“E no pós-parto também tem maridos que ajudam a esposa, têm outros ali que não, ficam ali só sentados, **não são capaz** de pegar o nenê, **de ajudar** ela a levantar, né. Tem casos e casos, né?”(AE9).*

*“No pós-parto, principalmente à noite, a preocupação deles **é dormir**. Eles vêm ali e já têm a preocupação de querer uma cadeira ou o que pra poder dormir... quase todos eles. [...] a maioria deles fica ali dormindo, roncando até, roncando, e a mãe chama pra pegar o bebê pra por o bebê do outro lado” (AE21).*

*“No pós-parto, após o parto assim, quando as pessoas ficam acompanhando ali, a dificuldade que a gente encontra é que a pessoa às vezes deita no chão, tiram as cobertas e colocam no chão **pra dormir**. Tem aquele que deita ali e ronca a noite toda” (AE12).*

*“O acompanhante que fica com a mulher no pós-parto fica numa cadeira, ou num monte de cobertor no chão, **dormindo**” (TE6).*

*“[...] depois que nasceu, no AC, na enfermaria, eu já questiono a presença do acompanhante [...]. Tinha vezes que o corredor estava realmente cheio de maridos, **dormindo** ali” (MO4).*

*“Agora no pós-parto eu acho que não é legal, entendeu, porque eles ficam sentados na cadeira, com coberta, deitam no chão, ou deitam no sofá, ficam **vagando de quarto em quarto**, principalmente quando alguém é conhecido, durante a noite, né” (MO6).*

*“Eu acho que não é necessário ficar até a hora da mãe ir embora. Poderia ser só nas primeiras 12 horas, depois, quando eles ficam até o final, daí já se torna inconveniente, já começa a entrar em outro quarto o acompanhante, e **deixa de ajudar**”(AE18).*

*“Olha, eu sou franca ao te dizer, a gente tem que avaliar muito as condições do acompanhante, porque tem acompanhante que vem só pra dormir, roncar, e não presta nenhuma ajuda à acompanhante. E você vai prestar atendimento à paciente ao invés dele cuidar da mulher dele, ou seja, a pessoa que ele veio cuidar, ele fica cuidando da outra, observando até bunda da gente quando a gente vai prestar serviço à outra paciente, **atrapalhando o nosso serviço**” (AE9).*

*“[...] a mulher deve escolher [o acompanhante] no [momento do] pré-parto e parto, mas depois, no puerpério, eu acho que seria melhor uma acompanhante mulher” (AE4).*

*“Eu acho que de preferência teria que ser uma mulher, parente de sangue. A mãe da gente, ou irmã” (AE19).*

As observações feitas pelos profissionais de saúde refletem que os mesmos têm incorporados valores que acabam direcionando a escolha do acompanhante, mesmo que, à primeira vista, exteriorizem percepções mais fluídas, desinteressadas, voltadas exclusivamente às decisões da mulher e de seus familiares. Estas ressalvas apontadas, quase que sem querer, deixam escapar pressupostos lineares, diretivos e concordantes com o ideário da medicalização do nascimento, uma vez que, em suas visões, o profissional de saúde tem primazia nas escolhas, pois as diretrizes, afinal, devem ser fornecidas pela instituição (representada pelos seus profissionais), e não, indistintamente, pelos próprios sujeitos que vivenciam o processo do nascimento. Refletem também que o acompanhante deve ter um comportamento que satisfaça não somente a mulher, mas também venha ao encontro com as expectativas dos profissionais, de como deve se comportar nas diferentes situações onde o acompanhante é “permitido”, advindo, pois, daí, as idéias de instituição de normas e rotinas que direcionem e organizem a introdução e permanência do acompanhante na instituição.

A análise desses depoimentos também faz refletir que os profissionais desconsideram a importância da presença de alguém escolhido pela mulher no puerpério, mesmo que essa presença seja apenas física, estando ali “dormindo”, mas presente, fazendo companhia. O puerpério é entendido como um período em que a mulher também necessita do apoio dedicado, considerado tão importante quanto os momentos que o antecedem, justamente pela necessidade que tem de atenção física e psíquica, proporcionado por pessoas de sua rede social, que auxiliam na efetivação do vínculo com o recém-nascido. É um momento onde os profissionais devem estar abertos para acolher e orientar esses sujeitos, juntamente com a mulher. Contribuindo com esses aspectos Rattner e Trenh (2005) apontam a necessidade de valorização do puerpério como um momento que finaliza a experiência parturitiva e inicia a vinculação mãe-bebê, e onde toda a rede familiar está aberta às novas experiências. No estudo de Pinto et al. (2003), os próprios familiares acompanhantes no período pós-parto referiram suas

participações como um aspecto positivo, onde todos mantiveram-se ativos para os cuidados com a mãe e o recém-nascido, além de propiciar a continuidade do suporte oferecido no pré-parto e durante o parto.

Alguns estudos relativos ao acompanhamento de pessoas hospitalizadas mostram que os profissionais têm preferências pelo acompanhante do sexo feminino, pois enfatizam que essa figura representa um vínculo emocional e físico bem maior, além de apresentar maior capacidade para desempenhar o cuidado como apontam Monticelli e Boehs (2007). Reforçando esta idéia Andrade, Marcon e Silva (1997) encontraram resultados semelhantes, onde os profissionais apontam o acompanhante feminino como o mais apto para realizar o cuidado tanto no ambiente hospitalar como no domiciliar.

Tais ressalvas foram tão ressaltadas por alguns profissionais, que me induzem a refletir sobre a contradição presente nos depoimentos, quando comparados àqueles expostos na subcategoria anteriormente apresentada. Pois bem, os profissionais declaram que os acompanhantes devam ser escolhidos pela mulher, mas, por outro lado, tais sujeitos devem apresentar tantas qualificações, que se torna quase impeditiva ou mesmo proibitiva as suas participações. Provavelmente os depoentes não se deram conta dos reais significados que respaldam os seus modos de pensar e, talvez, o modo de agir nas questões que dizem respeito ao acompanhamento durante a institucionalização. Um argumento que contribui com esta interpretação foi apontado por uma das auxiliares de enfermagem quando, por exemplo, ao ser questionada sobre quem deveria ser o acompanhante, apresentou um requisito fortemente centrado nas atribuições que este personagem tem que ter, no sentido de auxiliar a equipe a realizar cuidados, ao invés de decidir sobre o que efetivamente seria melhor para a mulher ou mesmo deixar que a família decida sobre esta questão. Este aspecto já foi discutido anteriormente ao interpretar a subcategoria 1.3. Outros requisitos, tais como “estar preparado”, “possuir esclarecimento”, “ter capacidade”, “discernimento”, “aceitar informações”, dentre outros, quase fazem do acompanhante um ser irreal, cujas exigências a serem cumpridas jamais passarão por qualquer *check list* institucional.

Estes aspectos subliminares precisam ser trazidos à tona para que a equipe profissional da maternidade possa ter a oportunidade de refletir sobre a questão e apontar saídas para as discrepâncias entre concepções e desejos, e entre comportamentos e viabilidades para receber o acompanhante nas dependências da maternidade. Mas, principalmente, essas ressalvas precisam ser exploradas no sentido de promoverem reflexões aprofundadas que permita a superação dos valores que

fundamentam as percepções sobre as características do acompanhante.

O **terceiro conjunto de depoimentos** expressa que a decisão sobre o acompanhamento da mulher deve ser do profissional responsável por assisti-la no seu período parturitivo. A perspectiva de que o acompanhante deva estar presente somente com a anuência do profissional está explícita principalmente nos momentos em que este vai prestar assistência direta à mulher, seja no atendimento ao parto normal ou na realização de cesárea e específica a alguns ambientes considerados restritos, do ponto de vista médico-cirúrgico, como a sala de pré-parto e o bloco cirúrgico. Os argumentos utilizados para justificar essa decisão são pautados no entendimento de que os procedimentos (parto ou cesárea) são de responsabilidade dos profissionais, portanto, estes são os “proprietários” do evento, cabendo-lhes a decisão.

*“[...] então isso aí é muito, eu não acho confortável o acompanhante no bloco cirúrgico, apesar que **eu permito** que entre, mas isso não é confortável” (MO4).*

*“[...] a primeira pessoa, a pessoa mais importante a entrar dentro do CC e em primeiro lugar é o obstetra, depois que o obstetra estiver lá dentro, tiver arrumado o campo, tiver preparado tudo para o ato, ou parto normal ou cesariana... aí quem sabe” (MO5).*

*“Eu lembro uma vez que eu fui buscar o acompanhante e o doutor disse que não era pra entrar porque ele disse que era norma, que tinha um documento, mas eu não cheguei a ver esse documento. Aí ele começou a discutir comigo, mas eu não dei bola e falei pra falar com a enfermeira, porque eu não to sabendo desse documento. E daí ele não falou mais nada, aí **ele deixou o pai ficar**. Ele disse: ‘que seja a última então. Pode acompanhar, mas nas próximas **tem que perguntar pro obstetra**’” (TE2).*

*“[...] os médicos às vezes implicam com o acompanhante, né [...] às vezes a gente **tem que perguntar pra eles** se pode entrar o acompanhante e às vezes eles dizem não, a gente fica sem ação, né, **eles não querem** o acompanhante lá dentro, né” (AE6).*

*“[...] eu até **pergunto pro médico**, né, se pode entrar acompanhante ou não” (TE1).*

*“**Tem obstetras que não gostam** que o acompanhante esteja presente na hora do toque, lá no pré-parto, e eles pedem para que se retirem” (E2).*

*“[...] e assim daí tem, parece, é aquela coisa meio na expectativa do*

médico: ‘ah se o **médico disser** que eu posso ir, eu vou’ e o médico acaba não dizendo nada” (AE7).

“Eu assim sinto que alguns membros da equipe, assim, os obstetras, têm um pouco de relutância de aceitarem a presença do acompanhante. Eu acho que eles [os obstetras] são os principais **responsáveis pelo procedimento**, responsáveis para que tudo dê certo. E freqüentemente eles se encontram muito estressados, e qualquer coisa vinda de fora, uma sugestão de acompanhante, enfim, de alguma medicação, enfim, às vezes é recebido com resistência. Porque a **responsabilidade** pelo procedimento do parto é deles. E eles têm assim a **responsabilidade** pelo ato e pela decisão da entrada do acompanhante” (MP2).

“[...] que entenda o ato, que o médico às vezes toma atitudes meio diferentes e tem muitos maridos que não entendem essa questão, né, e acham que a coisa pode ser meio agressiva demais, mas não é, é **ato médico**” (MO5).

“Eu vejo assim, por exemplo, existe uma coisa assim que eu vejo por parte dos cirurgiões, de quem faz o procedimento mais invasivo, os obstetras. E assim, o **anestesista, ele tem um momento resguardado, né, divinamente resguardado onde o acompanhante não pode entrar, que é o momento da anestesia**, que não sei assim, de onde que surgiu, se tá escrito em algum lugar, qual é a razão para tal. Esse momento da cesárea é o momento que é complicado o acompanhante para os obstetras e para o anestesista e é incomodo, eles reagem, eles tentam de todas as formas e, como já tá imposto assim, então é aceito. Imposto não, como é uma realidade já decidida, é aceito. Mas eu acho que tem resistência” (MP6).

“Ela entrou e eu falei para ela: ‘espera um pouquinho, sente aqui no sofazinho e aguarde que eu já venho te chamar, assim que o anestesista terminar a anestesia e deixar tudo arrumado eu já te chamo’. É assim que deve ser e acho que somos nós da enfermagem que **devemos resguardar o trabalho também do anestesista**. ‘Esse é um procedimento nosso aqui do Bloco Cirúrgico, por isso eu gostaria que você ficasse aí’” (TE2).

Os primeiros depoimentos arrolados trazem à tona a reflexão sobre a existência do poder instituído dentro dos serviços de saúde, baseado na autoridade do profissional médico (reforçado pelos médicos, pelos profissionais de enfermagem e também pelos usuários) que parece estar naturalizado em nossa sociedade e plenamente vigente na

instituição. Este poder perpassa as relações entre os diferentes profissionais de saúde e, com maior força, as relações com os usuários dos serviços. Essa situação social é própria do ideário da biomedicina, onde as questões relacionadas ao processo fisiológico do parto, e suas possíveis complicações, acabam por influenciar condutas dentro da instituição como, por exemplo, a decisão do acompanhamento à mulher no momento do parto. Neste sentido, Monticelli (2003) também identificou uma multiplicidade de conhecimentos revelados no período do pós-parto na instituição hospitalar onde o conhecimento biomédico apresentou um peso maior tanto para os profissionais de saúde como para as famílias atendidas, reafirmando a hegemonia da autoridade dos profissionais.

Ao analisar os depoimentos dos profissionais médicos, percebo que estes assumem que possuem um poder decisório na participação do acompanhante no cenário do parto, como sendo algo específico de suas atribuições e responsabilidades. O estudo de Nakano et al. (2007) identificou que o médico que assiste a mulher no seu processo de parir se coloca como figura central, onde o relacionamento com a parturiente e o acompanhante, além de desigual, imprime a necessidade de que estes aceitem o seu saber e poder no contexto hospitalar.

Os depoimentos apresentados pelos profissionais de enfermagem (“tem que perguntar pro médico”, “eu sempre pergunto pro obstetra”) caracterizam também a existência de um poder culturalmente atribuído ao profissional médico e socialmente aceito nas relações de trabalho, confirmando a existência desse modelo assistencial centrado na figura do médico. Ao fazerem essas afirmações apontam também para a existência de normas institucionais com poder disciplinador do modo de agir e pensar destes profissionais, mesmo que não explícitos de forma escrita, são aceitas e reforçadas com estas posturas. Na prática diária dos serviços de saúde, segundo Faúndes (1996), observam-se constantemente as relações de poder existentes entre os diversos profissionais. O autor refere também a existência de um poder do profissional de medicina sobre os profissionais de enfermagem, da enfermeira sobre os técnicos e auxiliares, e destes, sobre os profissionais de serviços gerais, e que apesar de ser naturalmente aceito, mas nem sempre percebido, existe um poder do provedor de serviços de saúde sobre os usuários destes serviços.

Os depoentes confirmam ainda ao referir que o acompanhante fica “aguardando a acedência do médico” para realizar o apoio à mulher no momento do parto, que as relações existentes entre profissionais de saúde e usuários são permeados pelo poder deste profissional, que

indiscutivelmente é socialmente aceito e respeitado, impondo ainda a necessidade do(a) acompanhante acatar as normas e decisões institucionais existentes e representadas pelos seus profissionais. Contribuindo com isso estão os modelos assistenciais vigentes nos diferentes sistemas de saúde que, segundo Sisson (2007), interferem na organização das corporações profissionais e determinam as diferentes relações entre equipes profissionais e suas práticas assistenciais.

Os depoimentos arrolados em seguida revelam que a justificativa para que seja o profissional a decidir se o acompanhante entra ou não na cena do parto refere-se à responsabilização que os médicos têm sobre os procedimentos clínicos e/ou cirúrgicos realizados no ambiente obstétrico. De algum modo, este aspecto é uma variante da representação contida no argumento anterior, uma vez que tal prática resguarda as decisões dos profissionais, de forma a admiti-las como normas a serem seguidas, como no caso do momento em que o anestesista, que embora não tenha sido sujeito de pesquisa, acabou sendo citado por outros profissionais como tendo sua prática intocada, resguardada da presença do acompanhante, ou seja, durante a realização da anestesia o acompanhante aguarda fora do bloco cirúrgico sua autorização para entrar.

No que diz respeito ao aspecto da responsabilidade ligada ao procedimento é importante frisar que de forma geral todos os profissionais da área de saúde têm como fundamento de sua profissão a responsabilidade do seu fazer profissional, onde o exercício de suas atividades deve ser livre de imperícia, imprudência e negligência. Na prática profissional a responsabilidade representa uma exigência de estar reconhecendo, assumindo e respondendo por todos os efeitos dos seus atos (BUB, 2005). Esta autora enfatiza ainda que a responsabilidade, se enfocada como um componente das relações que se estabelecem entre profissionais de saúde e clientes, deve prever o compartilhamento de direitos e deveres entre ambas as partes, possibilitando que as pessoas envolvidas se reconheçam como sujeitos iguais possuidoras de dignidade e de escolhas. No entanto, parece estar havendo uma expansão da responsabilidade profissional, onde o sentido atribuído como “responsabilidade do ato” de realizar o parto ou a cesárea, caracteriza-se também pelo entendimento de que a decisão do acompanhamento é de responsabilidade deste profissional. Conforme a definição do Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 1998) o ato médico é toda ação desenvolvida que visa a prevenção, diagnóstico, e reabilitação das alterações que podem

comprometer a saúde física e psíquica do ser humano. Não existe, portanto, nenhuma menção que aponte que a decisão da presença de acompanhante à mulher durante o trabalho de parto e parto esteja relacionada a um “ato médico” ou que pela responsabilidade do seu fazer profissional também deva decidir pela mulher. Dessa forma, questiono: qual a interferência que o acompanhante pode fazer no “ato médico”, ligado ao procedimento ao estar junto à mulher? A meu ver esses depoimentos suscitam que a preocupação dos profissionais pode estar relacionada ao receio de ser alvo de processos indenizatórios, criminais e éticos aos quais muitos médicos tem sido alvo, com elevada frequência, principalmente nas áreas da ginecologia e obstetrícia (GO) e da anestesiologia. O estudo de Bitencourt et al. (2007), realizado a partir da análise de processos éticos profissionais do Conselho Regional de Medicina da Bahia (CREMEB) aponta que as áreas da medicina onde ocorreram maior número de denúncias por erro médico foram a Ginecologia e Obstetrícia em primeiro lugar, com 37 casos, e a anestesia em terceiro lugar, com 11 casos, todos com identificação de negligência, imperícia ou imprudência. Os autores afirmam que os resultados deste estudo se assemelham muito com outros realizados nos diferentes conselhos de medicina. O aumento considerável de processos por erro médico tem na visão de Kfoury (1998) inúmeras causas, que considera principalmente como um reflexo da maior conscientização da população acerca dos seus direitos e da baixa qualidade nas relações entre médico-paciente.

Há necessidade de refletir também que esses depoimentos imprimem a existência de algumas normas instituídas a partir das relações de trabalho e que dessa forma delimitam o poder desses profissionais para a tomada de decisões, disciplinando os sujeitos envolvidos (profissionais e familiares). Muitas das normas e rotinas institucionais, como a limitação ou determinação do acompanhante para a mulher, é entendida por Armelline e Luz (2003) como ausência de acolhimento para a mulher e sua rede familiar, por ocasião do parto. Para Nascimento, Santos e Souza (1997), o cuidado prestado durante o processo de parturição é norteado por um poder institucional simbolizado por rotinas que expropriam a mulher e seus familiares da participação desse processo, sendo a separação da mulher de sua rede familiar e de amigos, embora por um curto espaço de tempo, bastante significativo, o que reflete no aumento do medo, da insegurança e da incerteza deste momento.

O **quarto conjunto de depoimentos**, que diz respeito a quem deve acompanhar a mulher, apontou a preferência da maioria dos

profissionais, pela figura masculina para acompanhar a mulher, conforme exemplificam os seguintes depoimentos:

*“[...] eu acho que o homem impõe mais respeito, o companheiro da mulher impõe mais respeito” (MP2).*

*“[...] só um detalhe de que se for, parece óbvio, que se for masculino, o acompanhante tenha que ter intimidade suficiente para que possa estar no ambiente” (MP1).*

*“[...] é o papai, é o papai” (TE2).*

*“[...] em minha opinião, sem dúvida alguma, o pai da criança, independente, o pai da criança faz parte do processo” (MP3).*

*“[...] o ideal mesmo seria o pai da criança” (TE4).*

*“[...] o ideal é o pai, eles são indispensáveis, [...] pai e mãe é pra sempre, ninguém tira isso” (TE5).*

*“[...] o marido. O marido eu acho” (AE2).*

*“[...] eu, como mulher, pra mim, eu gostaria que fosse meu marido” (TE6).*

*“[...] o marido é quem deve acompanhar” (MP4).*

*“Eu acho que o marido. Que acho que o momento assim é do casal ali, aquele primeiro momento, primeiro contato com o filho, né, seria deles, né” (AE10).*

*“Eu acho que quem deveria ser o acompanhante seria o marido, na hora do parto acho que ele” (MO6).*

A verbalização dos profissionais para a presença de um homem traz à tona algumas reflexões sobre o significado que esse personagem possui. Um primeiro aspecto está fortemente ligado à conotação que a presença masculina inibe a violência institucional a qual a mulher está normalmente exposta nas instituições de saúde e que foi abordada anteriormente na subcategoria 1.2, ao imprimir o sentido de que esta presença “impõe mais respeito”. Outro aspecto diz respeito às questões de gênero que permeiam as relações existentes entre homens e mulheres,

onde o “homem” tem o status de protetor da mulher, construído e aceito socialmente. Conforme Salém (2007, p. 97) essa idéia do “homem possuidor de qualidades masculinas, tais como ‘proteção’ e ‘suporte’ também estão presentes no ideário do Movimento pelo Parto Sem Dor (PSD), que procura estabelecer na mulher condições favoráveis para a vivência da parturição”. Tornquist (2003) enfatiza que no movimento PSD o homem-pai é apontado como um personagem signifiante no que diz respeito ao apoio, entretanto sem a radicalização que propõe a interrelação dos papéis feminino e masculino, incutidos nos movimentos do parto natural, do parto humanizado e também através do ‘pai grávido’.

Ao apontar o “homem” como quem deve acompanhar, muitos profissionais enfatizam que não é a presença de qualquer homem que deve estar ao lado da mulher para vivenciar esse momento, mas a escolha desses profissionais recai principalmente sobre a figura do pai do bebê. São inúmeras as literaturas que abordam a importância da presença da figura paterna no parto e nascimento. Entretanto, o que se observa, é que essa prática, em muitas instituições de saúde, contraria as recomendações regulamentares. O estudo de Espírito Santo (2000) mostrou que para a participação dos pais no processo de nascimento, os profissionais estabeleciam diversas condições, o que tornava inviável, para a maioria, participar desse rito de passagem.

A esse respeito Motta e Crepaldi (2005) ressaltam que a participação do homem no nascimento de seu filho é um direito enquanto pai e cidadão, que ele exerce se desejar. Sua presença e o apoio emocional oferecido não devem ser entendidos como “tarefa obrigatória”, podendo ser o acompanhante-pai incluído no processo e estimulado a participar ativamente do trabalho de parto. Ao trazer à tona a discussão da família, Zagonel (1997) enfatiza que essa constitui-se de um sistema organizado, com um misto de subsistemas que interagem. A gravidez, o parto e o nascimento são eventos relacionados a todo o grupo familiar, no entanto, a figura do homem-pai ainda não tem a oportunidade de participar efetivamente destes eventos, que são originários do casal. No entanto vivemos hoje um momento onde novos modelos de família vêm sendo observados decorrentes de mudanças não só de fenômenos sociais mas das transformações das relações de gênero, apontadas pelo maior controle da natalidade, da inserção da mulher de forma mais intensa no mercado de trabalho e também de modificações em torno da vivência da sexualidade. Dessa forma, questiono qual o sentido de atribuir ao homem, enquanto pai do bebê, a responsabilidade da presença no nascimento? Será que nestes modelos

familiares onde a sexualidade deixou de ser exercida não somente na esfera conjugal, esse “homem” não poderia ser outro, que tivesse uma “intimidade suficiente” diferente do que os profissionais apregoam? Por quê não ser o avô ou tio da criança que vai nascer, se a família assim o desejar? Parece existir nos depoimentos dos profissionais a idéia preconceituosa da possibilidade de existir por parte da mulher uma escolha diferente, que resguarda na figura do pai o ideário do casal grávido.

A proposta apresentada por Salém (2007), “do casal grávido”, focaliza a formação da família nuclear, como um valor moral da sociedade, que traz à tona a reestruturação do casal para o compartilhamento das experiências da gestação e do parto entre os dois, com o intuito de também prepará-los para a vivência após o nascimento do bebê, para uma experiência a três. Essa forma de ver a família foi bastante difundida em meados da década de 80, onde a participação masculina também era vista como uma forma humanizadora de assistir o parto, e que está hoje sendo resgatada pelos movimentos e políticas de assistência ao parto e nascimento.

No entanto, o aspecto relacionado à presença do companheiro da mulher, como alguém que “deve” acompanhar está bastante ligado à possibilidade de essa presença reforçar os vínculos afetivos entre o casal que compartilha junto a experiência do nascimento do filho pela possibilidade de fortalecimento de vínculos conjugais e paternos. Dessa forma a literatura existente tem sido reiterativa em dar corpo à idéia da relação pai-mãe-filho, como sendo o tipo ideal das relações familiares. Nesse sentido ainda, Nakano e Shimo (1995) enfatizam que a participação do homem vai além da esfera biológica socialmente construída no processo da concepção. A participação efetiva deste no processo de nascimento e parto aponta mudanças no papel masculino, enfocando uma preocupação na função de paternidade, quer por exigências sociais ou por uma maior necessidade de envolver-se neste âmbito. Para essas autoras o homem tem sido apontado como suporte e instrutor ideal da mulher por ocasião do parto, além de ser um considerado valioso como auxiliar da equipe de saúde.

A questão, portanto, não se situa em problematizar quem seria a companhia mais adequada para acompanhar a mulher, pois vejo esta como uma perspectiva salutar e dialógica no interior das negociações entre profissionais e famílias. O aspecto mais importante implica, sim, em identificar com profundidade se, efetivamente, é este homem que a família deseja que tome parte ao lado da mulher, em todos os locais em que a mesma passar, dentro da instituição, por ocasião do período de

internação. Se esta indicação surgir da família, ou for realmente acolhida por ela, em concordância com a mulher parturiente/puérpera, aí sim, mostrará que houve negociação de desejos, e não apenas acomodação às necessidades ou interesses do sistema profissional de saúde (BOEHS, 2002).

O **quinto conjunto de depoimentos** sobre a figura do acompanhante considera que devam existir, na própria maternidade, profissionais capacitados e designados para realizar apoio à mulher durante a sua permanência na instituição, com a atividade primordial de realizar o acompanhamento, o apoio e o “reforço positivo” para que a mulher possa vivenciar sua experiência parturitiva.

*“Não deveria ter nenhuma parturiente sem o acompanhante, nem que fosse, ainda que fosse da instituição. Alguém que fosse encarregado de fazer companhia, segurando a mão, por exemplo” (MP2).*

*“[...] daí eu me lembrei que eu tinha um óleo pra massagem, um óleo de hortelã, e daí eu disse: ‘mas vamos Maria, vamos tomar um banho, você vai se sentir melhor, você vai relaxar, eu vou estar junto de você, você vai ver como a gente vai conseguir’, e começamos, sabe, coloquei ela dentro do chuveiro e passei na mão o óleo e passei nas costas Dela. Olha, você não diz que era a mesma pessoa. Mas não dizia mesmo. Ela saiu assim, ela ficou mais de meia hora dentro do chuveiro e daí ela veio direto pro banquinho. E você acredita que ela teve o bebê ali? Ela tava assim, eu fiquei atrás, porque ela tava sozinha, e fiquei atrás, fazendo companhia. Tinha que ter aqui dentro profissionais específicos para isso, nem que fosse da enfermagem” (AE5).*

*“[...] tem uma situação que eu gravei muito assim, que a mulher tava praticamente no expulsivo, só que o neném não vinha, sabe, e a gente mudou ela pro banquinho. Eu fiquei atrás, que essa mulher não veio acompanhante, eu fiquei com ela o tempo inteiro, e quando a gente mudou ela pro banquinho, coloquei a cabeça dela no meu ombro, sabe, fiz aquele carinho como se fosse colo de mãe, e não deu dois minutos, o neném veio, ela sentiu que foi o colinho de mãe, ela falou. Então acho que foi muito bom aquilo, aquela sensação, aquela segurança que ela tem de proteção. Ela liberou o neném, então aquilo me marcou muito, sabe, achei muito bonito. Deveríamos ter alguém aqui que fizesse isso. Da enfermagem, sei lá...” (AE4).*

Os depoimentos, tanto da enfermagem, quanto da medicina,

revelam que o apoio à mulher deveria ser fornecido por um dos profissionais, somente no caso em que não houvesse um acompanhante externo, quando a mulher, por qualquer motivo, estivesse desacompanhada. À primeira vista, durante as primeiras entrevistas, fiz questão de aprofundar esta perspectiva sempre que os depoentes comentavam suas experiências sobre os cuidados que alguém da equipe assumia como se estivesse “no lugar” de alguém da família.

Em variadas oportunidades perguntei se este papel poderia ser desempenhado por uma companhia que se assemelhasse à Doula e que fosse à maternidade para desempenhar esta função específica. Porém, todos os profissionais entrevistados foram unânimes em dizer que não; que não se tratava de alguém com características de Doula e, sim, alguém da “própria equipe” que, naquele momento – particularmente no trabalho de parto e parto – assumisse o papel de acompanhante. Alguns dos profissionais entrevistados declararam explicitamente que tal tarefa poderia ser melhor desenvolvida por alguém da enfermagem. Nenhum deles declarou que poderia ser um médico.

A partir desta constatação, duas questões se sobressaem; a primeira delas pode ser interpretada como um valor ligado a questões de gênero, já que tais cuidados, na perspectivas destes atores, sejam médicos (a maioria homens), sejam trabalhadoras de enfermagem (a maioria mulheres), são articulados aos papéis sociais marcadamente femininos como segurar, apoiar, conter o corpo da mulher, acompanhar no banho, fazer massagens, oferecer o ombro para apoio, dar colo, como bem expressam os depoimentos das auxiliares de enfermagem. A segunda questão a ser apontada, de certa forma, contraria a anterior, pois leva a analisar que essas ações cuidativas, não são consideradas como **cuidado de enfermagem**. Isso leva a questionar o que pode ter levado os profissionais a compreenderem que essas ações devam ser desenvolvidas apenas e tão somente quando alguém da família da parturiente não está presente, ou seja, em “substituição” aos desvelos do acompanhante, e mais, que se constituam em ações que não se adéqüem ao papel profissional da enfermagem. Tal assunto, certamente merece aprofundamento em pesquisas vindouras, pois na literatura brasileira os aspectos analisados direcionam-se, justamente, aos benefícios que o apoio profissional traz à mulher que vivencia o processo parturitivo, e ainda, reforça que este apoio é parte integrante do papel dos profissionais no decorrer do processo.

Corroborando com a idéia do importante papel do profissional de saúde enquanto suporte para a mulher parturiente, Rodrigues, Silva e Fernandes (2006) apontam que o suporte afetivo proporcionado pela

equipe, em seu estudo, estimulou nas mulheres sentimentos de segurança e autoconfiança na vivência do parto. Outro estudo que identificou que houve efeitos benéficos como a diminuição do tempo de trabalho de parto, a redução do uso de medicamentos e analgesias, a diminuição de partos operatórios e da depressão neonatal, evidenciados pelo suporte oferecido pelos profissionais foi o de Brüggemann, Osis e Parpinelli (2007).

O **sexto conjunto de depoimentos** se refere às concepções que os profissionais possuem de que o ideal seria que não houvesse acompanhante. Muitos profissionais defenderam a idéia de que a presença de outras pessoas além desses e da parturiente no contexto do nascimento não é bem-vinda, e que preferiam que eles “não estivessem ali”.

*“A maioria, os **médicos** mesmo, não gosta muito que esteja ali o acompanhante, mas alguns não demonstram” (AE7).*

*“A **parte médica** preferia que não tivesse acompanhante. Tem uma que disse que se ela pudesse pegava os acompanhantes pelo pescoço, ela não gosta deles, ela disse que acha que é um absurdo ter acompanhante. Por ela não teria” (AE19).*

*“Da **parte médica** eu acho que na verdade eles aceitam porque é uma coisa que tá na lei e a mulher têm direito, porque ou eu to muito enganada, ou a maioria deles preferiria que o acompanhante não estivesse junto, né, às vezes até mesmo depois do parto, depois que o bebezinho nasceu, que ela já tá no quarto, às vezes aquele acompanhante não é visto assim como tão positivo” (TE6).*

*“Mais os **médicos**, eles tem mais resistência, né, a enfermagem, um pouco, né, mais são mais os médicos” (AE18).*

*“[...] eles [**os médicos**] acham que isso pode tirar um pouco da autonomia deles, por isso preferem que o acompanhante não entre” (AE2).*

*“[...] mas o inconveniente muitas vezes é **no pré-parto**, você entra, muitos maridos, você tem que pedir licença pra entrar pra fazer uma avaliação, pra examinar uma paciente e muitos parece que não entendem muito bem, eles querem ficar junto, de mãos dadas, abraçados e às vezes fica um pouco complicado esse momento pro médico” (MO5).*

*“[...] **no pós-parto**, elas não aceitam essa questão do acompanhante, sabe,*

*a equipe de enfermagem se queixa um pouco deles, porque assim, dormem no chão, elas têm dificuldade para entrar no quarto, usam o banheiro, por mais que você fale que não é pra usar, usam o banheiro da paciente, estas são as reclamações delas assim, e às vezes a gente tem que dar razão” (E4).*

*“[...] no pré-parto eles estão ótimos, no trabalho de parto e parto eles querem ver o bebê, agora no **pós-parto** eu acho que não é legal ter acompanhante, entendeu” (MO6).*

*“[...] só se esse pessoal [os acompanhantes] assim não atrapalhar o serviço, os procedimentos, tanto de enfermagem como médicos” (MP4).*

O primeiro conjunto de depoimentos apresentados aponta para a percepção de alguns profissionais, principalmente os de enfermagem, que a existência de maior resistência à presença do(a) acompanhante ocorre principalmente por parte dos profissionais médicos. Essa percepção é constatada por expressões pontuais onde enfatizam que o acompanhante não é bem-vindo, que esse acompanhamento é aceito apenas por exigência da lei e que pelos médicos eles não estariam presentes em nenhum momento da permanência da mulher na instituição para vivenciar o processo de nascimento. Essa resistência do profissional acerca da presença do acompanhante decorre em grande parte pela persistência do modelo biomédico abordado anteriormente e que é representado pela dificuldade em absorver mudanças no contexto assistencial, admitindo e incorporando outros modelos assistenciais que favoreçam a humanização da assistência e que permitam os usuários dos serviços exercerem seus direitos. Como consequência do predomínio desse modelo, onde prevalece o tecnicismo e a insensibilidade dos profissionais, encontra-se uma assistência centrada na determinação dos profissionais do que é melhor para o outro, ou seja, não se leva em conta que a pessoa que recebe a assistência, é alguém que tem plenas condições de decidir como será sua participação e de seu acompanhante no processo que está vivenciando.

Os outros depoimentos elencados expressam que a resistência à presença do acompanhante não é apenas sentida e verbalizada apenas no bloco cirúrgico onde a maioria dos nascimentos ocorre, mas também nos períodos de pré e pós-parto, justificados pela interferência que esta presença causa nas atividades rotineiras dos profissionais, tanto médicos como de enfermagem. Percebe-se que cada profissional procurou apontar de modo diferente justificativas para impedir a presença do

acompanhante. Estudos como o de Nagahama e Santiago (2008) demonstram que são vários os motivos atribuídos pelos profissionais para impedir a presença do acompanhante, normalmente justificados por aspectos emocionais e sociais, mas nunca atribuídos à instituição e suas limitações estruturais ou funcionais.

Como tenho procurado sustentar desde a exposição do problema de pesquisa, se o profissional tem preferências diferentes das preferências da mulher, não está havendo preocupações nem com a legislação, que diz que é a mulher quem deve dizer quem deverá acompanhá-la no seu processo parturitivo, não cabendo, pois, ao profissional de saúde decidir quem é o acompanhante ideal ou impor condições que justifiquem a presença ou a ausência do mesmo (BRASIL, 2005; CASTRO, CLAPIS, 2005), e nem mesmo se pode dizer está havendo preocupações com a humanização da assistência, uma vez que se trata de direitos de cidadania.

**O último conjunto de depoimentos** aponta para a preferência que somente a mulher permaneça na instituição para a vivência do parto.

*“[...] veja que num dos partos mais interessantes que eu pude acompanhar, a mulher disse claramente para mim que queria ficar sozinha [...]. Ela disse: ‘eu quero ficar sozinha, eu quero que ele (o marido) vá embora’. Eu vi a conversa, foi lindo demais. Ele foi e ela ficou sozinha. Então eu penso que o melhor seria que a mulher na verdade, no fundo, ficasse com ela mesma, com ela mesma. Sem ninguém acompanhando” (E1).*

*“[...] parece que a parturiente às vezes não quer que o acompanhante esteja com ela, tem muitas parturientes que não gostam, nem fazem muita questão. Eu acho que ela deveria ficar sozinha. Aprender com a experiência. Seria melhor para todos” (MO1).*

*“[...] por mim seria assim sempre, pois a principal personagem da história é a própria mulher. A parturiente deveria ficar consigo mesma, não deveria ter acompanhante nenhum” (MO2).*

*“Uma paciente na semana passada disse que não queria que o marido entrasse para assistir a cesárea porque disse que depois que ela soube de uma amiga que o marido entrou, eles se separaram. Acho legal isso. A mulher ficar sozinha...vai viver a experiência em sua totalidade. Ela com ela mesma” (AE7).*

A interpretação que os profissionais imprimem aqui, diferente da situação anteriormente abordada, indica que os mesmos percebem que a

parturiente muitas vezes necessita vivenciar a experiência do parto como algo que é próprio de sua individualidade e do “ser feminino”, conforme destacam as verbalizações, no sentido de reforçar a perspectiva da solidão da mulher para a vivência intrínseca, íntima e profundamente transcendente da experiência do parto. O parto, segundo Nogueira (2006), é um evento cercado por inúmeros rituais, mistérios e interpretações inerentes a todas as culturas. Para a autora esse evento tem uma relação direta com o sagrado e é interpretado como um *mysterium tremendum* e um *mysterium fascinans*, pois ao mesmo tempo em que é reconhecido como algo que causa temor é percebido como algo fascinante. No entanto, é apontada como uma experiência que não pode ser descrita, apenas vivenciada. As mulheres que vivenciam esta experiência percebem que não se trata apenas de um evento fisiológico, controlado por normalizações e rotinas, mas é que possui significado psicológico profundo, alquímico, conforme a autora. Quando a mulher assume a vivência desta experiência como pertencente somente a ela, redescobre seu poder interior, sua capacidade para superar todos os medos advindos do desconhecido, deixa fluir sua intuição e essa experiência se transforma em algo positivo e marcante para toda a sua vida, pois entra em contato com o “sagrado”, que é o momento do nascimento.

A literatura expõe que mulheres mais experientes, por ocasião da vivência de outros partos, por intuírem que a autoconfiança junto com a privacidade absoluta, cria as melhores condições possíveis para um parto fácil, preferem ficar sozinhas. O estudo de Carvalho (2003) apontou resultados que mostram que muitas mulheres desejam ficar sozinhas, e principalmente, não querem a presença dos companheiros, justamente pelas mudanças que ocorrem em seu corpo durante o nascimento. Referente a essa questão Hotimsky e Alvarenga (2002) enfatizam que o respeito ao desejo da mulher é de fundamental importância uma vez que o parto ocorre no seu corpo e o direito do pai deve ser negociado nessa relação, cabendo aos profissionais de saúde uma atenção especial sobre as suas escolhas. Contudo, no contexto que cabe nesta interpretação, tal preferência somente toma lugar de destaque e merece enlevo e apoio se, efetivamente, for realmente esse o desejo da mulher que é sujeito do parto. Do contrário, estaríamos novamente diante das críticas apontadas anteriormente, quanto às relações com os construtos de gênero, poder e relações conflituais que tomam lugar nos cenários obstétricos.

### 5.3.2 Ambiente não propício para o acompanhamento

Como se analisou anteriormente, muitos dos profissionais aceitam a participação do(a) acompanhante na maternidade. Contudo, nas entrevistas, deixaram claro que esta participação não deve se dar de modo deliberado e sem controle. A imensa maioria dos entrevistados fez questão de referir que o local não indicado para o acompanhamento é o bloco cirúrgico. Os argumentos utilizados para justificar que este ambiente não é propício para o acompanhamento estão centrados no **momento do parto**. O entendimento de que neste momento o acompanhante “entra num terreno desconhecido” e por se tratar de um procedimento que pode apresentar situações emergenciais.

*“Durante o parto é mais complicado, porque ele vê toda a situação. Ele entra num terreno desconhecido, então pra ele de repente teria que ter um conhecimento do local de onde ele está indo assim durante o parto. Acho que é meio complicado. Eu acho que no **bloco cirúrgico**, poucas vezes é viável a visita do acompanhante, né, na maioria das vezes, não” (TE1).*

*“[...] como a gente sabe que o **ambiente cirúrgico** não é um ambiente familiar, ou melhor, menos familiar do que um parto normal, que também não é, né, cria um impacto para algumas pessoas, assim é o ambiente cirúrgico, às vezes acontece intercorrências, emergências, como pode acontecer num parto” (MO5).*

*“[...] durante o parto a gente nota que tem algumas vezes o acompanhante não é bem-vindo. De repente, por algumas situações que acontecem na sala, numa **emergência**, e o acompanhante ele em vez dele colaborar também fica mais preocupado e de repente acaba deixando a equipe mais nervosa ainda” (TE1).*

*“Pode acontecer de levar a paciente pra parto, acontecer uma **emergência** e virar uma cesárea. Ele tem que estar ciente pra que não ocorra um problema” (MO6).*

Esse entendimento de que o bloco cirúrgico é um ambiente que deve ser resguardado pelos profissionais de saúde, caracterizado por ser ambiente de trabalho dos profissionais, parece estar justificado por ser desconhecido para as pessoas que realizam o acompanhamento, constituindo-se, por essa razão, em um fator impeditivo para a sua participação no nascimento e parto. Outro aspecto importante é a visão

de que o acompanhante é “viável” somente em poucas situações, e como “visita”. No bloco cirúrgico o acompanhante normalmente permanece junto à cabeceira da mulher, de forma que esta posição limita a visão do período expulsivo do bebê, impedindo que este momento seja presenciado. Espírito Santo e Bonilha (2000) enfatizam em seu estudo que muitos profissionais têm a visão de que a presença de um acompanhante no momento do parto pode comprometer o seu bom andamento, interferir no desempenho da mulher durante o nascimento ou ainda que possa atrapalhar o trabalho dos profissionais no momento do procedimento. Apontam ainda essas autoras que esse acompanhante, quando permitido, é visto apenas como um “convidado” ou um estorvo presente num local desconhecido, não lhe cabendo uma participação mais ativa junto à mulher, pois é considerado apenas um “figurante” neste contexto.

Por outro lado, e contradizendo esta representação dos profissionais, alguns estudos indicam que, na visão do acompanhante, o ambiente cirúrgico não é tão assustador como os profissionais acreditam que os acompanhantes pensam. Tomeleri et al. (2007), por exemplo, constataram que os acompanhantes imaginavam que os ambientes onde ocorriam os partos eram muito movimentados, assim como o próprio parto, no entanto, o local imaginado foi totalmente desmistificado, ao verificar que não é da forma como ocorre o processo imaginado anteriormente. Ao contrário, os acompanhantes referiram que se sentiam bem lá dentro.

Outra situação que aponta o parto como um momento não apropriado à presença do acompanhante está relacionado com o entendimento de que, por se tratar de um evento onde é impossível prever seu desenvolvimento, englobando muitas vezes, situações inesperadas, transformando-se, portanto, em **situações de emergência**. Dessa forma, na visão desses sujeitos, a presença do acompanhante acarreta aumento do stress da equipe, que necessita de tranquilidade para atuar. Por um lado, referem que a pessoa que acompanha a mulher não está plenamente preparada para presenciar tais situações e, por outro, demonstram que, se acontecer de haver qualquer distúrbio ou mal-estar por parte do acompanhante, a equipe não está preparada para atender. Ao apontar que a presença de um familiar nos centros obstétricos é considerada condição perturbadora da rotina dos serviços de saúde, Monticelli (2003) corrobora com esses achados. Brüggemann, Osis e Parpinelli (2005) identificaram em um estudo que a presença do acompanhante na sala de parto, durante o parto, não mudava a assistência prestada pelos profissionais. Contudo, a presença do

acompanhante gerava maior ansiedade na ocorrência de emergências. Se por um lado a institucionalização do parto com todos os recursos disponíveis prevê reduzir riscos advindos do processo da parturição, tanto para a mulher, como para o recém-nascido, por outro, como apontado por Caron e Silva (2002), pode apresentar outros riscos para a mulher, como o sentimento de desamparo nos momentos que necessita de apoio, causados pelas atitudes dos profissionais.

Percebe-se que o momento do nascimento e do parto não é valorizado como uma experiência singular para a mulher e seu acompanhante, pelo entendimento que são períodos onde os profissionais estão exercendo os seus conhecimentos, tanto em situações normais como pela possibilidade da ocorrência de situações que possam colocar em risco a saúde da mulher e do recém-nascido. Dessa forma os profissionais reafirmam a prevalência de suas preferências pessoais e não refletindo sobre a importância dessa presença para a mulher em todos os momentos de sua internação, principalmente durante o parto.

### 5.3.3 O acompanhante “SUS” e o acompanhante “particular”

A maternidade onde foi realizada a pesquisa é a única instituição pertencente à Secretaria de Estado da Saúde que atende, além dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), pacientes de outros convênios e particulares. Essa característica *sui generis* da instituição possibilitou a emergência dessa subcategoria onde, a partir da análise das entrevistas, os profissionais de saúde identificaram particularidades entre esses dois tipos de acompanhantes. Essas características pontuadas pelos profissionais de saúde atribuem similaridades e diferenças no seu “estar presente” enquanto acompanhantes. Os aspectos ressaltados estão relacionados com o **conhecimento e a informação sobre seus direitos** enquanto acompanhantes, com a **interação existente entre eles e os profissionais de saúde** e, marcadamente, pontuam como se **relacionam com a mulher parturiente puérpera**, nesta vivência.

Ao analisar o primeiro aspecto relacionado ao **conhecimento e à informação sobre o direito ao acompanhamento**, os profissionais ressaltaram que, independente do convênio, os acompanhantes desconhecem seus direitos e entendem de forma distinta a possibilidade de realizar o acompanhamento e permanecer na instituição.

*“[...] grosso modo há uma desinformação em ambos os grupos. Agora, o grupo da enfermaria talvez reconheça isso como um favor, e o grupo privado, como uma obrigação. Hoje mesmo acabei de explicar para um casal. Ela estava aqui, o companheiro dela estava aqui e ia acompanhá-la. Enfim, essa coisa toda de que as instalações não são confortáveis, mas que a gente tem o maior prazer em recebê-los, porque ela acha que foi o médico do local de origem que concedeu-lhe este favor. Eu abri um parênteses na discussão e procurei desconstruir isso explicando que é uma questão legal, de um movimento importante, social, mas faz parte de uma política de assistência às mulheres no ciclo gravídico-puerperal e disse para ela: ‘a senhora na verdade está desfrutando de uma lei, etc., etc.’” (E1).*

*“[...] às vezes a gente vê que o acompanhante do SUS, parece que eles vêem que se está fazendo um favor, e pensam: ‘vou ficar meio quietinho aqui’. A gente vê uma certa inibição neles. Eu acho que é o que eu tenho observado, é isso. Só que às vezes eles são mais inibidos” (AE2).*

O desconhecimento sobre os direitos relacionados à saúde e ao processo parturitivo é uma constante observada e atribuída não só para as pacientes usuárias do SUS, mas também às pessoas que internam na instituição utilizando convênios e particulares, que, supostamente por terem maior facilidade de acesso, deveriam possuir essas informações.

Essa premissa relacionada ao aspecto da informação é representada pela maneira diferenciada com que acontece a assistência ao pré-natal. No sistema privado a mulher e seus familiares têm a possibilidade de uma maior aproximação com os profissionais de saúde, principalmente os obstétricas, durante todo o transcorrer da gestação, sendo dessa forma apontado como fator que favorece a formação de vínculos, maior confiança no profissional, e a possibilidade de receber informações relevantes sobre a gravidez e o parto. No entanto, o que se observa, é a orientação mais voltada para as facilidades do parto operatório do que do parto normal. A assistência pré-natal do SUS, inúmeras vezes, é realizada por profissionais que não desenvolvem vínculos com a mulher e seus familiares e muito menos atuam na instituição onde o parto será realizado, apontando que a assistência ao parto será feita por um profissional desconhecido. Além disso, se observa que normalmente o familiar não participa das consultas e existe uma carência de informações.

*“[...] o pessoal que paga, o pessoal de convênio, **sabe menos sobre o parto normal**, eles estão mais induzidos à cesárea. [...] Acho que é mais de 90%. Então quer dizer que não estão informados, porque muitos iriam escolher o*

*parto normal, eles são mais induzidos porque é um parto mais caro, então, confiam mais no seu obstetra que é um parto melhor” (E2).*

*“[...] eu não sei se ele é mais bem orientado, mas a gente percebe que é um outro perfil de orientação, é assim, como eu posso dizer, às vezes você vai passar alguma orientação, pode ser em termos de: ‘meu médico já orientou que vai ser feito dessa forma, meu médico já orientou que vai ser feito de outra forma’, né, as nossas orientações se tornam menos importantes pra ele, ‘porque o meu médico já orientou’. [...] a gente percebe que o cliente do SUS não tem este tipo de atitude, ele realmente vem, tá **carente de informações**, mesmo que ele desconfie, a gente sente que ele precisa que a gente confirme. Ele demonstra que ele precisa daquela informação, mesmo que às vezes ele precisa que alguém fale, oriente” (E3).*

*“[...] ah, isso é muitas vezes detectável, parece-me que o particular já tem **uma certa orientação**. O acompanhante que está no apartamento sabe bem mais, talvez pela cultura dessa pessoa” (TE3).*

*“[...] eles são mais orientados. [acompanhante] de apartamento com certeza eles já são mais orientados, então eles vão ter certo já, eles já sabem quem é o médico, quem é o pediatra. Já que eles tão pagando, eles querem já um outro atendimento, né. Eles são mais orientados, já querem saber mais também, já perguntam mais, desde o neném ali, eles querem saber, eles perguntam mais” (AE8).*

*“[...] no convênio existe uma maior aproximação entre o profissional e o cliente, assim, eles tem maior contato com o obstetra. A gente vê uma maior ligação, uma maior tranquilidade dos pais, exatamente por ter **certa segurança** pelo convívio que já tem durante a gestação, no pré-natal, vamos dizer assim. Ele tem uma maior **confiabilidade**, uma maior tranquilidade diante da figura do obstetra que o acompanhou” (MP4).*

*“[...] a tendência hoje em dia é que particular, mesmo alguns tipos de convênio, é **fazer cesárea**. Então muitas vezes eles vêm com a idéia de nem tentar parto normal, ou no máximo entrar em trabalho de parto pra ter certeza que está mesmo na hora, mas com cesárea mais programada, né” (MO1).*

*“[...] em geral os acompanhantes de pacientes de apartamento eles já conhecem melhor o médico, o obstetra. Então talvez fiquem mais à vontade, por isso. Porque interagem mais com o outro, com a equipe, por se sentir mais à vontade, mas é em relação ao ser humano, à pessoa, são todos iguais” (MO2).*

*“No SUS a paciente chega e a gente **não conhece a paciente**, assim como ela não conhece a gente, e a maternidade também. O paciente chega e é o médico que está, né, então é uma roleta né, às vezes ele não gosta do médico, às vezes ele não quer o médico, então por exemplo ele quer fulano, mas no dia ele chega lá e é beltrano, e aí aquela ansiedade já muda” (MO4).*

Nestes depoimentos apreende-se que a maioria dos entrevistados entende que as pessoas que realizam o acompanhamento “nos apartamentos” (o que só acontece com quem possui convênio médico ou interna em caráter particular), diferente daqueles que acompanham a mulher nas enfermarias, (usuários do SUS), têm as suas escolhas influenciadas diretamente pelos profissionais de saúde, principalmente no tocante ao tipo de parto. Esta constatação é reforçada em inúmeros outros estudos, à exemplo da pesquisa de Faúndes (1996, p. 667), que reforça a idéia de que a cesárea, quando marcada, “passa a ser socialmente aceita como o mais natural e conveniente para todas as partes envolvidas”. No tocante às informações, o autor aborda ainda que as mesmas são freqüentemente incompletas e tendenciosas, favorecendo que pareçam boas e vantajosas, decorrendo dessa forma a aceitação dessas informações e contrariando os direitos sexuais e reprodutivos. Merigue, Carvalho e Suletroni (2007) identificam que o conhecimento de direitos é ainda pouco palpável para os usuários dos serviços de saúde e seus familiares, e para quem utiliza o SUS pode ser menos tangível ainda.

Com relação aos **aspectos interativos e comunicacionais entre os acompanhantes e os profissionais** da maternidade, os entrevistados ressaltaram que observam que os acompanhantes “particulares” possuem vínculo mais estreito com os mesmos. Isto também ocorre quanto à confiança que se estabelece nessa relação. Contudo, neste aspecto, há diferenças entre as respostas dos médicos e das trabalhadoras de enfermagem, pois enquanto os primeiros dizem que parturientes e puérperas e também seus acompanhantes estabelecem maior vínculo com os próprios médicos, propiciado, muitas vezes, pelo lastro anterior já conquistado durante as consultas de pré-natal, as profissionais de enfermagem entendem que são os usuários do SUS que demonstram maior confiança no trabalho da enfermagem. Além disso, a própria equipe de trabalhadoras de enfermagem acolhe mais facilmente os acompanhantes usuários do sistema oficial:

*“[...] geralmente o acompanhante de SUS se aproxima mais. Ele parece*

*que confia mais no nosso serviço” (E2).*

*“[...] eu vejo assim que os usuários do SUS, eles acabam, na maior parte das vezes, tendo uma maior acolhida e confiança dos cuidados e orientações de enfermagem. Do acompanhante do SUS eu sinto uma barreira diminuída. [...] eu percebo uma melhor acolhida, um olhar fixo na gente. Eu não sei dizer o motivo porque, se é a minha subjetividade que está dizendo, ou se também os colegas. Os profissionais que trabalham comigo também referem isso” (E3).*

Esta mesma perspectiva é observada pela enfermagem, inclusive, na forma como os acompanhantes solicitam os cuidados prestados:

*“[...] os acompanhantes de apartamentos querem **tratamento diferenciado**. Eles acham que por estarem pagando, acham que além do acompanhante tinha que ter um auxiliar ali o tempo todo” (E2).*

*“[...] já que eles estão pagando, querem já um **atendimento diferenciado**, né” (AE8).*

*“[...] a diferença é que nos apartamentos eles são mais **exigentes**, eles exigem muito mais, então exigem que estejam acompanhando mais” (TE4).*

*“[...] é, o acompanhante do apartamento **exige** que a gente esteja mais presente” (AE5).*

*“[...]eles geralmente solicitam mais, se preocupam mais, às vezes acham que falta alguma coisa da equipe, então por isso acho que ficam solicitando, talvez seja o acompanhante que não esteja preparado pra estar ali, por isso, né. Mas é porque eles não sabem o que está se passando, então por isso que eles **solicitam mais**” (E2).*

*“[...] tem uns de particular que são simpáticos, seguros, mas tem uns que acham que a gente é **empregado** deles, e a gente não é empregado deles. A gente tá aqui para ajudar, mas na forma de pedir, ‘faça, pega, leva’. Mas, claro, a gente faz” (TE2).*

*“[...] os de apartamento **não ajudam muito**. Eles estão mais ali pra ficar, a maioria. Tem uns que ajudam, outros não. Estes dias tinha uma paciente que queria que levasse o bebê para o berçário, para o marido dormir, pro pai dormir. Eu acho que a diferença é que o que tá pagando ele **pode pedir**”*

*para fazerem. O que tá pagando, ele acha que a equipe tem que ajudar, os do SUS se envolvem mais no cuidado” (AE1).*

*“Eu acho engraçado a mulher de apartamento acha que o marido dela tem que descansar. Ela acha que ele tem que dormir né, então, ‘não incomode o meu marido’” (E4).*

*“[...] no SUS vem sabendo que vai **ajudar** a esposa a comer, vai ajudar a atender e ajudar a trocar esse bebê enquanto a mãe não pode; então ele vem com o intuito de participação. Não vem para estar ali simplesmente, ele vem para pegar esse bebê que está ali no quarto, pra ficar com ela, pra tar auxiliando ela, porque na realidade o acompanhante precisa vir para participar do momento e participar do momento é auxiliar a mãe, né” (TE3).*

*“[...] o acompanhante do SUS **ajuda**, a paciente do SUS ela acorda e diz marido vá, pegue o nenê e vá trocar, traga o neném aqui pra mim, o SUS já não tem essa visão” (E4).*

*“[...] existe **uma participação** maior da enfermaria, mas toda a regra tem sua exceção, né” (TE5).*

*“[...] na enfermaria normalmente as pessoas são humildes na maneira de pedir, vão **junto com a gente**, às vezes quando a gente vai dar banho (no RN) eles acompanham, ficam felizes **em participar**” (TE2).*

*“[...] quando é enfermaria, eles **são mais humildes**, eles são mais quietos, sabe, tem medo de se mexer, no comportamento deles eu já noto, mas eu acho que pelo grau de escolaridade deles, pela cultura, tem uns que se impõem mais, tem outros não. *Quem tem mais estudo conhece mais os seus direitos, se impõem mais. As pessoas mais humildes elas tendem mesmo a retrain, né*” (AE6).*

*“[...] o cliente do SUS é acanhado, mas eu, em meu íntimo, eu percebo que isso é educação. ‘To num local público eu não devo tirar a camisa, eu não devo tirar a calça e dormir com a bunda pro lado de cima, porque pessoas entrarão, porque minha esposa, minha irmã, minha, filha talvez está sendo atendida aqui, e pode entrar a qualquer hora caso seja necessário’. Isso é uma percepção minha, uma diferença que eu percebo” (E3).*

O primeiro grupo de depoimentos faz menção à forma como os

profissionais percebem a relação existente entre eles e os clientes. Ao mesmo tempo em que constatam que os acompanhantes dos apartamentos solicitam e exigem mais a presença e os cuidados da equipe, de forma mais ou menos explícita, de certa forma, aceitam ou se resignam diante de tais chamados, pois “estão pagando” para isso. A meu ver, isto se configura numa interpretação errônea, frágil e potencialmente discriminatória, uma vez que os usuários das “enfermarias” também contribuem com os impostos que permitem a sustentação e manutenção dos serviços públicos de saúde e, ainda, mais especificamente, neste caso, também contribuem para que todos os servidores da instituição sejam contratados como força de trabalho em saúde. Portanto, esta questão precisa ser aprofundada em outros estudos e, à medida que tais dados e resultados desta pesquisa forem socializados com a equipe, deve promover diálogos mais esclarecedores, visando mudanças de concepção e de práticas relacionadas com a inserção e permanência dos acompanhantes, seja nas “enfermarias” ou nos “apartamentos”.

Outras impressões colocadas pelos depoentes também dizem respeito à **ajuda que os acompanhantes oferecem às mulheres** que acompanham. Neste sentido, os que estão com as usuárias do SUS, “cumprem o seu papel” de auxiliar a mulher e os profissionais no cuidado, sendo mais humildes no trato com os profissionais e nos comportamentos apresentados. Inclusive, são apontados como sendo mais “educados” e mais respeitosos com a equipe, o que é exaltado por alguns profissionais. Muitas das razões apresentadas pelos profissionais de saúde para não permitirem a presença do (a) acompanhante está relacionada com o que se espera dele em termos de comportamento, como vimos anteriormente. Este entendimento, ao meu ver, reforça o que foi encontrado por Espírito Santo e Bonilha (2000), que aponta o desejo dos profissionais que o comportamento do acompanhante deve estar voltado para aquilo que se espera dele, ou seja, um comportamento impecável, sob todos os aspectos.

No que se refere às características desses dois tipos de acompanhante, nos diversos setores que a mulher tem que passar durante o processo de internação na maternidade, os profissionais indicam ainda que enquanto o “particular” é mais desinibido, participativo e instigado a falar, o “do SUS” é mais quieto, contido e retraído, quando está na sala de parto.

*“[...] eu vejo assim, na questão de acompanhante particular, eles são **mais desinibidos**” (TE1).*

*“[...] o do apartamento ele é tipo mais **instigado a falar**. Parece que ele fica mais **participativo** do procedimento” (TE1).*

*“[...] quando é apartamento eu não sei se é por causa do grau de escolaridade dele ou da cultura, eles são mais, eles se comportam diferente, acho que é a postura deles, mas eu acho que pelo grau de escolaridade deles, pela cultura, tem uns que se impõem mais” (AE9).*

*“[...] a gente percebe que do SUS, é meio uma coisa empurrada. A gente percebe uma série de entraves pela equipe médica [...] é que às vezes acho que até mesmo eles sabem que às vezes estão entrando meio à contragosto do profissional médico, e aí ele já fica meio quietinho, que é para não ter problema. Ele entra lá, de preferência que não encoste em nada, que se limite a algumas coisas, que se **contenha**” (AE2).*

*“[...] eu acho, digamos, que os acompanhantes de enfermarias são expectantes, se contém mais, são menos ativos, essa é a diferença” (MP2).*

*“[...]a pessoa que vem lá do SUS, ela **não é tão estimulada**, a não ser que o próprio acompanhante tome a iniciativa de falar de perguntar. É bem perceptível esta questão, por parte da equipe” (TE1).*

Esses depoimentos revelam que o comportamento apresentado pelas diferentes pessoas que fazem o acompanhamento é distinto, dependendo do local onde esta presença é observada. Também revelam a que os profissionais também diferenciam o tratamento oferecido para os diferentes usuários dos serviços de saúde. Essa diferenciação dos serviços oferecidos pelo sistema de saúde no país revela que aqueles que possuem algum convênio saúde ou paga pela assistência é contemplado com uma série de serviços diferenciados, que envolvem inclusive uma melhor relação profissional-cliente, enquanto que os usuários do sistema único de saúde apenas está incluída em algum sistema formal de assistência (MERIGUE; CARVALHO; SULETRONI, 2007). Essas autoras também reforçam a premissa de que o direito de possuir um acompanhante durante o parto deve ser respeitado, independente de possuírem ou não convênios diferenciados, ou de pagarem pela assistência.

### 5.3.4 O Acompanhante real e o acompanhante ideal

Nesta subcategoria apresento a visão que os profissionais de saúde da maternidade têm dos acompanhantes que hoje realizam o apoio à mulher, por ocasião de seu internamento na maternidade, e também a imagem que possuem sobre como deveriam ser estes acompanhantes. Esta categoria surgiu em razão de que os depoimentos sobre a percepção que possuíam sobre estes agentes sociais, muitas vezes, vinham acompanhados por exemplos concretos de pessoas que acompanhavam as mulheres durante a época das entrevistas, ou mesmo que vinham à tona na lembrança dos entrevistados e que, por outro lado, também servia como contraponto para reafirmarem o desejo que os mesmos fossem diferentes dos acompanhantes “em carne e osso”. Percebi que os profissionais quase não diziam explicitamente que não gostavam que os acompanhantes fizessem determinadas ações ou tivessem determinados comportamentos, mas utilizavam-se de estratégias menos diretas para exprimirem suas relutâncias ou desgostos acerca da participação dos mesmos nos cenários da maternidade. Assim, visando dar visibilidade a este conflito, optei por discutir a questão, a partir das expressões: “acompanhante real” e “acompanhante ideal”.

O acompanhante real apresenta facetas bastante singulares, reveladas nos depoimentos, que apontam aspectos positivos e negativos desse personagem que os profissionais encontram em “carne e osso” nos diversos cenários da instituição hospitalar.

Os **aspectos positivos** estão relacionados ao comportamento que este acompanhante apresenta diante das diversas situações vivenciadas durante o acompanhamento da mulher. Entre estes aspectos foi primeiramente ressaltada a possibilidade de tornar-se também ele (ou ela), um sujeito do parto, ao vivenciar esta experiência junto com a parturiente. O segundo aspecto positivo identificado pelos profissionais no acompanhante real está relacionado com a emoção que manifestam no transcorrer do parto e nascimento, demonstrando sensibilidade de quem vivencia este processo junto à mulher, que, de forma bastante acentuada, sensibiliza também os profissionais. O envolvimento observado no acompanhante relativo aos cuidados, em todos os períodos vivenciados com a mulher e com o recém-nascido, é o terceiro aspecto positivo apontado pelos profissionais de saúde.

Relacionado ao primeiro aspecto positivo apontado pelos profissionais, o depoimento a seguir é um exemplo da visão que o acompanhante, ao participar junto à mulher parturiente, torna-se

também, um sujeito do parto:

*“[...] a gente vai começando a ouvir essa figura, que também vai se tornando sujeito, e é muito interessante” (E1).*

Esse depoimento revela que ao participar do processo de parto e nascimento o profissional percebe mudanças no acompanhante, enquanto sujeito de direitos, enquanto componente essencial de apoio para a mulher e enquanto ser humano que vivencia um ciclo de vida tão especial quanto o da parturiente, estando em trânsito para outro modo de ser. Entendendo o processo de parto e nascimento enquanto rito de passagem, Monticelli (1997) enfatiza que neste “rito” estão envolvidas uma série de mudanças, que se relacionam com os aspectos físicos, simbólicos e principalmente sociais para as pessoas que o vivenciam, propiciando também a estes o preparo para as mudanças que esta transição imprime, de forma a reorganizar os novos papéis que lhes são atribuídos e para o acolhimento de recém-nascido dentro desse espaço cultural familiar. A experiência, portanto propicia a possibilidade de crescimento enquanto ser humano, postulando o vislumbamento de um novo horizonte existencial levando a reflexão sobre o desconhecido, sobre os mistérios e encantamentos da vida (MONTICELLI, 1997).

A emoção que os acompanhantes demonstram durante o parto e após o nascimento da criança é o segundo aspecto positivo que os profissionais apontam no acompanhante real, pois demonstra uma sensibilidade por parte do familiar que toca os profissionais, segundo os relatos a seguir:

*“[...] o parto foi ali no banquinho o parto e assim na hora do nascimento foi muito, muito legal, porque o pai, o marido dela estava ali junto e se emocionou muito, eu fiquei muito emocionada, porque foi muito bom aquele conjunto de coisas que foi bem importante a presença do acompanhante nessa hora”(TE4).*

*“[...] aquele pai com o nascimento do filho dele, ver ele chorando, me emocionou, ele ligando, ele ficou eufórico, ele começou a ligar lá de dentro pra família avisando que nasceu o filho dele, ele chorava, foi muito bonito a emoção daquele pai”(AE6)*

*“[...] se emocionar na hora do nascimento, é o que mais marca, quando a pessoa que está acompanhando se emociona” (MO2).*

*“[...] a emoção, o choro do pai, a mãe alegrando-se ali em ver o bebê e o pai com lágrimas assim, é uma emoção muito grande, e eu confesso que nesse momento até eu sequei as lágrimas dos meus olhos” (TE3).*

O terceiro aspecto positivo está relacionado ao envolvimento do acompanhante neste processo, ou seja, os profissionais percebem o empenho dos acompanhantes em apoiar a mulher durante os períodos de pré, parto e pós-parto, mostrando-se envolvidos também nos cuidados com o recém-nascido:

*“[...] eu já vi assim os maridos ficarem mais empenhados no cuidado da mulher e do bebê, não sei se vai continuar em casa depois, né” (MO2).*

*“[...] ali no pré-parto uma vez eu pude vivenciar um caso de um pai que fazia todos esses cuidados e fazia muito bem. A questão de estar fazendo massagens. Ele ficou o tempo todo do lado dela e até pelo fato dela ter uma deficiência então ele se mostrou, nossa, super cuidadoso” (AE2).*

*“[...] o que marca, é o acompanhamento do pai do bebê, aquela emoção, interagindo com toda aquela emoção. Então assim, são coisas que marcam que você olha, você vê o pai emocionado, você vê o pai ali vivendo aquilo, ajudando realmente a mulher, fazendo cuidados, se envolvendo, né” (AE12).*

O interesse demonstrado pelos acompanhantes do sexo masculino pelas questões inerentes ao trabalho de parto, parto e pós-parto, relacionadas com a mulher e o recém-nascido é visto como um aspecto positivo por alguns profissionais, quando entendido como envolvimento mais efetivo deste processo, conforme apontado pela enfermeira:

*“[...] os homens, por exemplo, os homens, eles gostam de saber muitas coisas, então, de saber como tá o bebê, como tá a mulher e outras coisas do tipo: que horas o médico vem, que são coisas que nós devemos informar para dar mais tranquilidade, né?” (E1).*

A participação ativa do homem no processo de nascimento favorece a formação de vínculos familiares, além de estarem embutidas questões socioculturais. Para o homem, segundo Nakano e Mamede (1994), o processo de parto e nascimento representa a possibilidade da

aquisição de novas responsabilidades enquanto pai e companheiro.

Apesar destes aspectos positivos, os profissionais também indicaram que perceberam **aspectos negativos** nas oportunidades em que testemunharam a presença do acompanhante na instituição.

A instrução formal das pessoas que realizam o acompanhamento aparece como uma das razões limitantes para que tenham condições de entender as rotinas institucionais e os procedimentos realizados, como é referido por um dos médicos:

*“[...] a instrução do acompanhante, vamos dizer assim, dificulta o nível de entendimento do acompanhante do que se passa” (MPI).*

Esta apreciação não é coerente com os preceitos de inclusão social e tampouco com a política pública relacionada com a questão, uma vez que pode se caracterizar como uma atitude discriminatória. A julgar pela idéia preconceituosa imersa neste depoimento, a grande maioria dos acompanhantes ficaria do lado de fora da maternidade.

O ‘despreparo’ do qual os profissionais falam tem relação com as atitudes que os acompanhantes apresentam no ambiente hospitalar, como revelam os seguintes depoimentos:

*“[...] tem pessoas que chegam e acham que mulher vai chegar e vai ganhar o bebê, e isso atrapalha bastante, então depende do acompanhante. Eu acho que ajuda e algumas vezes eu acho que atrapalha, isso em qualquer período do parto. Então a dificuldade que eu acho é deles não estarem totalmente preparados, de saber o que é um parto. A desvantagem eu acho que é de não ter conhecimento adequado pra entrar numa sala de parto, o conhecimento da evolução do trabalho de parto” (MO6).*

*“[...] às vezes atrapalha ao invés de ajudar. Eles não sabem direito onde ficar” (AE1).*

*“[...] porque a gente precisa se movimentar, circular, e eles atrapalhando” (TE1).*

*“[...] eles vêm bem perdidos, né, e a gente tem que explicar o que ele vai fazer, o porquê, colocar ele a par do que é o papel dele e às vezes não é sempre que é, né?” (MP5).*

*“[...] desde que ele também seja preparado pra isso... tem que ter preparo emocional. Alguns que acompanhei não têm condições.” (AE12).*

*“[...] uma das experiências curiosas foi o fato de ter que segurar por duas vezes o pai da criança que estava nascendo para que ele não desmaiasse. O início de desmaio eu tive que ficar segurando o pai” (MP1).*

*“[...] bem na hora que nasceu o neném, veio aquele neném com sangue e coisa, só ouvimos o estralo, “TUM”, e o cara bateu com tudo a cabeça no chão, desmaiou, e literalmente despençou, foi aquele barulhão, deu com a cabeça com tudo” (MP4).*

*“[...] não é incomum encontrar pessoas que desmaiam. Na semana passada dois desmaiaram na minha cesárea e às vezes aquela equipe que tá voltada para a gestante, para o anestesista, para o médico, acaba mudando o foco para aquela pessoa, que, num tombo, pode cair e se machucar” (MO4).*

*“[...] e a acompanhante falou: ‘ai, eu vou desmaiar’. Por esse lado a gente pensa que estão preparados, mas isso não é uma coisa rotineira. Acontece esporadicamente. Este fugiu da rotina, mas que ali eu me senti preocupado com ela e com o RN também, senti que ela poderia atrapalhar naquele momento, mas correu tudo bem. Se ela desmaiasse podia atrapalhar, né” (AE2).*

*“[...] uma vez um acompanhante achou que era obrigação dele estar aqui como pai, só que ele não tinha estrutura pra isso. Não foi preparado. Faltou, talvez, orientação, e ele desmaiou no momento do parto. Ele caiu do lado dela e acabou perdendo o nascimento do filho. Então é algo assim não muito bom, mas a gente teve que trabalhar ali de forma ágil pra cuidar do recém-nascido, da mulher, e do acompanhante” (E3).*

*“[...] a primeira experiência que foi super, hiper marcante, foi quando os acompanhantes começaram a entrar na sala de parto e o rapaz queria entrar e eu fiquei meio assim, relutante, mas ele acabou entrando e ela [parturiente] tava com soro, e ele acabou desmaiando. Essa foi a primeira experiência na verdade. Ele se agarrou no soro e ela ficou apavorada e depois ele saiu e voltou melhor” (MO6).*

As situações onde o “desmaio” do acompanhante é referido por alguns profissionais estão relacionadas à falta de preparo e de controle destes acompanhantes diante da experiência do nascimento. Pontua-se que além da emoção pelo nascimento, coexistem outros fatores que podem influenciar nesta reação, como por exemplo, a quantidade de sangue, que pode assustar a audiência. O aspecto negativo a que os

profissionais se referem está relacionado com o fato de que se o acompanhante tem um desmaio, os profissionais acabam desviando o seu foco de atenção. Pelo fato do acompanhante estar vivenciando uma experiência nova em sua vida, é comum apresentar este tipo de reação. O stress observado pelos profissionais é apontado como outro enfoque negativo do despreparo do acompanhante real.

*“O grau de stress do acompanhante no ambiente hospitalar não é bom” (MP1).*

*“Os pais ficam mais estressados, e isso atrapalha” (MP5).*

*“[...] porque quando o acompanhante tá nervoso, ela [a mulher] se incomoda com o nervoso do acompanhante. Isso incomoda. Às vezes ela tá calma, mas o acompanhante não, e isso atrapalha” (AE4).*

*“Então ela estava quietinha, estava colaborando, colaborativa, fazendo as coisas, ele já estava meio nervoso, e eu expliquei, expliquei, aí chegou a mãe dele, e na hora que chegou a mãe dele eles começaram a gritar no corredor que a gente queria matar a mulher e ele estava quieto, mas quando chegou a mãe dele, empoderando ele daquela situação, começaram a gritar [...] então é difícil controlar uma situação de stress dessas, né, então aquele acompanhante, ele não era adequado para acompanhar, ele não tinha condições psicológicas para estar ali naquele momento, e nem a sogra, né, que chegou e fez tudo aquilo” (E4).*

*“Ah, às vezes eles estão estressados, daí eles sei lá, eles ficam agitando, como alguns já fizeram (AE21).*

*“[...] o marido tinha tido um surto e queria bater em todo mundo e realmente era uma pessoa que tava muito nervosa, muito ansiosa, muito estressada e tiraram ele pra fora, e depois, claro, ele foi se desculpar” (MO6).*

*“[...] expliquei o que estava ocorrendo, que alguma dificuldade estava acontecendo, e acho que a questão foi menos empolgação, menos festa, no que estava acontecendo pela seriedade do que estava ocorrendo com a criança, mas nunca para se afastar, mas para modificar a festa do ato” (MP1).*

*“[...] eu já vi, uma mãe, uma avó, ficar gritando histericamente: ‘meu queridinho, meu netinho’. Eu acho que a pessoa tem que saber que ela esta*

*num ambiente que não é pra gritar, não é pra fazer um escarcéu, que é pra sentir aquela alegria toda, mas de maneira adequada” (MO2).*

*“[...] a gente vê que aqueles mais inibidos são aqueles que não participaram, ou participaram menos, então são menos orientados” (AE2).*

Muitas vezes, envolvidos pela emoção de vivenciar o nascimento da criança, os acompanhantes, mesmo em situações de urgência, comemoram esse momento com alegria e empolgação. No entanto, alguns profissionais apontam que a forma como essa comemoração se manifesta é visto como um interveniente. Entretanto, para quem acompanha o nascimento, essas manifestações de alegria, euforia e vibração são bastante comuns e deveriam ser relativizadas pelo profissional de saúde. Nakano e Mamede (1994) enfatizam que o parto é um produtor de emoções variadas e ambivalentes na mulher que vivencia a parturição e nos familiares, que, apesar de não vivenciarem o processo de parir fisicamente, os remete a emoções quase que exclusivamente positivas, como felicidade, alegria, carinho, prazer, tranquilidade, amor, vibração, curtição, alívio e gratificação. Contrariamente, os profissionais que vivenciam o nascimento diariamente, interpretam estas manifestações como inadequadas ao ambiente hospitalar, por romperem com a rotina “silenciosa” do ambiente.

Outro enfoque negativo relacionado ao despreparo do acompanhante é manifestado pela possibilidade deste contaminar o ambiente hospitalar. Essa contaminação pode assumir duas conotações. A primeira se refere à falta de higiene do acompanhante e a segunda, por adentrar num espaço restrito como o centro cirúrgico, onde existe todo um cuidado relativo ao procedimento com vistas a mantê-lo o mais asséptico possível. Esses aspectos levantam a questão de que se ele contamina o ambiente, este acompanhante não sabe como e o que fazer para preservar o ambiente hospitalar, e dessa forma não está preparado para participar do acompanhamento:

*“[...] no estado de higiene fica odor de pé dentro do alojamento...” (E1).*

*“[...] nossa, às vezes tem acompanhante que tira o sapato e fica aquele cheiro horrível no quarto” (TE5).*

*“[...] contaminam durante um procedimento cirúrgico” (MO3).*

*“[...] da minha parte eu tenho preocupação com a contaminação nos procedimentos, de infecção, de estar expondo a paciente a um fator de risco a mais” (MO2).*

*“[...] pode ocorrer contaminação do material que vai ser usado” (MO5).*

Algumas dessas informações deveriam ser fornecidas nas consultas de pré-natal, assim como reforçadas quando da sua entrada na instituição. Corroborando com essa idéia, Tomeleri et al. (2007) enfatizam que a importância das informações, com antecedência, para a mulher e seus familiares, sobre o direito de acompanhar e outras, permite que estes preparem-se psicologicamente para garantir os melhores benefícios para o próprio acompanhante, para a mulher e também para a equipe que vai assisti-los. O preparo adequado favorece o entendimento sobre o processo parturitivo, dando mais segurança para os envolvidos, não devendo, entretanto, servir como forma de controlar os comportamentos desses sujeitos (TOMELERI et al., 2007).

Os profissionais também se queixam de “intromissão”. Este aspecto parece estar relacionado com as críticas e a postura questionadora dos acompanhantes:

*“[...] a questão do questionamento do acompanhante sobre os procedimentos em sala de parto, resumidamente, parecem intromissão. Os questionamentos são sobre os procedimentos realizados” (MP1).*

*“[...] ficava perguntando tudo, enchendo o saco, aquilo é uma saco, ficava perguntando que aparelho era esse, pra que servia, o que é isso” (MP4).*

*“[...] eu realmente não gosto quando os acompanhantes se intrometem naquilo que não é campo deles. Eles precisariam entender que tem coisas que são de competência do profissional decidir. Têm que ficar cada um no seu lugar. Se o médico tem o conhecimento, é ele quem deve decidir o que fazer. Foi preparado para isso” (MO1).*

É importante ressaltar que esse aspecto negativo foi destacado apenas pelos profissionais médicos, ressaltando que as relações que se estabelecem entre profissionais e usuários são assimétricas, o que reforça o sistema de dominação e sujeição desses usuários. Com relação a este aspecto, Griboski e Guilhem (2006) afirmam que o profissional de

saúde detém o saber científico e o domínio da técnica para manter o controle sobre o processo e também sobre a mulher e seus familiares, mantendo uma relação de subordinação ao trabalho profissional. O estudo de Carvalho (2003) aponta que muitos profissionais manifestam inicialmente rejeição à presença do familiar, atribuído ao preconceito e ao receio de sentirem-se ameaçados ou questionados sobre sua assistência.

O aspecto negativo da intromissão está bastante relacionado com as acompanhantes do sexo feminino que, constantemente, são apontadas como as que mais criticam a assistência, os profissionais e opinam nos cuidados realizados com o recém-nascido, interferindo nos cuidados de enfermagem.

*“[...] sogra, mãe e outras mulheres de fora vem às vezes só para criticar” (AE2).*

*“[...] as mulheres geralmente dão muito palpite, ‘ah porque faça assim, faça assado’, só querem ficar com o bebê no quarto. Se intrometem demais e acham que sabem tudo. Parece que são elas as profissionais. Poderiam tomar o nosso lugar, né? [risos]” (TE4).*

A visão negativa que os profissionais de saúde demonstram pelo acompanhante do sexo feminino pode estar ligada ao fato de que estas possuem um corpo de conhecimentos próprios, adquirido pelas experiências vivenciadas no seu processo de parturição. Muitas vezes os profissionais apresentam maior resistência por entenderem que estes conhecimentos já estão ultrapassados e que o saber dessas mulheres pode atrapalhar a apreensão das informações dos profissionais que detém o saber científico.

Outro aspecto colocado pelos profissionais como aspecto negativo, a partir das experiências que os mesmos já tiveram com a participação de acompanhantes nos cenários do parto, é que os mesmos estão ali somente por curiosidade ou por puro entretenimento.

*“[...] pro acompanhante é mais pra matar a curiosidade, [...] na verdade é porque ele é curioso, ele quer ver, ele quer ver uma cirurgia, tanto que você pergunta depois como é que foi: ‘ah, nunca tinha visto como era um parto, achei...’, então ele fala como foi o processo técnico da coisa, [...] eles acham legal assim o parto, a cirurgia, aquilo eles acham legal, então pro acompanhante o ganho dele é esse, matar a curiosidade” (MP5).*

*“[...] ele não tá ali pra ver o parto, isso é uma consequência. Se ele caprichar, ele vai ver, ele não veio pra assistir o parto que nunca viu, não é essa a idéia, ‘ah, é importante ver o filho nascer’, é importante, mas não é a nossa idéia, a idéia é o auxílio pra mulher ter um parto melhor, então mais ou menos nessa linha” (MO4).*

Um dos aspectos mais enfatizados pelos profissionais é que as pessoas que eles acompanharam, quase sempre, estavam ‘desinformadas’ com relação à sua presença na instituição. Nesta perspectiva, nas experiências que os profissionais já viveram com a participação de acompanhantes, a desinformação é vista com sentidos diferentes. O primeiro diz respeito ao desconhecimento que o acompanhante tem sobre a existência de outros modelos de atenção ao parto e nascimento, o que, em seu entender, impossibilita que a mulher e seus familiares possam escolher outras formas de serem assistidos:

*“[...] por falta de informações, por falta de modelos assistenciais, não de modelos, mas de práticas assistenciais, que de fato sejam humanizadas, humanizadoras e humanizantes, não é?” (E1).*

O segundo sentido diz respeito à desinformação sobre a lei do acompanhante. Esse desconhecimento, por parte dos usuários dos serviços, faz com que muitos fiquem à mercê da “permissão” que instituições e profissionais concedem, impedindo que possam usufruir desse direito:

*“[...] a desinformação reforça isto e lhes tira o que de melhor há na lei” (E1).*

*“[...] eu creio que a maioria dos acompanhantes ainda não sabe dos seus direitos, a maioria desconhece a lei” (TE3).*

O último sentido atribuído à desinformação do acompanhante real está relacionado ao desconhecimento do seu papel enquanto acompanhante. Este aspecto é apresentado por inúmeros profissionais, conforme os depoimentos a seguir:

*“[...] a gente nota que o acompanhante está bem perdido no que ele esta*

*fazendo aqui, ele ta assim. A gente nota que ele tem medo de tocar em tudo, ele tem medo de errar em alguma coisa e fica bem perdido aqui dentro do Centro cirúrgico, né. No trabalho de parto, na cesárea ou procedimento” (TE1).*

*“[...] mas eu vejo que eles ficam meio perdidos neste papel, às vezes eles não sabem qual a função do acompanhante” (AE3).*

*“[...] porque às vezes, ele não sabe qual que é o papel deles, o que ele pode e o que ele não pode fazer” (AE4).*

*“[...] eu acho que deveriam estar mais preparados, né, que tem uns que não sabem porque estão aqui” (AE2).*

O cansaço que o acompanhante manifesta após o acompanhamento da mulher no trabalho de parto e parto também é visto como um aspecto negativo, pois reduz a continuidade do apoio pelo acompanhante no período de puérperio, apontado como sendo outro momento onde a mulher necessita de atenção por parte do familiar e que pode ser prejudicada.

*“[...] depois do parto eles também estão cansados e querem descansar, então eu acho que a produtividade deles já baixa também, né” (E4).*

*“[...] no pós-parto eles querem dormir, e estando dormindo não estão ajudando” (E4).*

A possibilidade de causar constrangimento às outras mulheres é outro fator visto como negativo, principalmente se for do sexo masculino, levando à perda de privacidade das outras mulheres, seja no pré-parto ou ainda no alojamento conjunto. Na percepção dos profissionais as outras mulheres sentem-se invadidas:

*“[...] a maior dificuldade que a gente passa lá é que no quarto são duas pacientes e dois acompanhantes, e a maior dificuldade é de exposição mesmo” (E2).*

*“[...] e também penso o ambiente do pré-parto, né, tem outras gestantes no mesmo momento. Se tiver um acompanhante do sexo oposto, do sexo masculino, também pode ter um constrangimento das outras gestantes,*

*podem se sentir constrangidas diante de um outro familiar, né?” (MP5).*

*“[...] por mais que o acompanhante da vizinha do lado não esteja, ou pelo menos esteja fazendo de conta que não está acontecendo nada ali do lado, em algumas situações elas ficam um pouco constrangidas” (TE6).*

*“[...] tem uns que a gente sabe que não são adequados, então seria melhor que fossem trocados por outros ou se aqueles não estivessem naquele momento” (E4)*

*“[...] quando o acompanhante fica durante a noite do pós-parto, depois que já teve o neném, então esta é a dificuldade que tem a outra paciente junto, então, expõe a outra” (E4).*

*“[...] o problema que tem é que os quartos têm dois leitos, e às vezes o marido não vem e elas se sentem mal com o marido da outra. É um constrangimento que o marido da outra causa” (AE20).*

*“[...] eu acho que é por privacidade mesmo, mesmo no quarto, quando é enfermaria. Às vezes tem duas mulheres no mesmo quarto. Uma tá amamentando e ao invés de eles prestarem atenção na mulher deles, eles ficam prestando atenção na outra ali.” (AE8).*

*“[...] eu acho que tira a liberdade tanto de uma quanto da outra, de repente a outra mãe lá fica se constrangendo pra tirar o seio pra dar de mamar ao filho e o outro homem ali te observando ou vice e versa” (AE9).*

*“[...] os quartos são enfermarias coletivas, então, a privacidade de cada paciente, acho que fica muito complicada na hora que tem acompanhantes de outras parturientes ali junto. Às vezes tem uma divisória, sabe, mas tá ali do lado, isso acho que freia um pouco assim a paciente relaxar, se entregar, e é meio complicado, eles entram na intimidade um do outro” (MO3).*

As referências negativas dos profissionais sobre a perda da privacidade da outra mulher que compartilha o ambiente tanto no pré-parto quanto no alojamento conjunto são inúmeras. Isso pode traduzir tanto a inadequação da estrutura física existente, quanto a preferência velada dos profissionais por um acompanhante do sexo feminino, já que a população atendida na maternidade é prioritariamente feminina. Com relação as preferências para o acompanhamento, Tornquist (2003) aponta que mulheres de classe populares têm a preferência por outra

mulheres da rede familiar, por entenderem que parto e nascimento são assuntos relacionados ao universo feminino, o que reflete a valorização da identidade de gênero e a experiência destas mulheres.

O **acompanhante ideal** que vive no imaginário dos profissionais de saúde tem como características fundamentais satisfazer a mulher parturiente nas suas necessidades de apoio, mas, principalmente, tem a pretensão de satisfazer as expectativas dos próprios profissionais. É importante salientar a diversidade de características que foram elencadas para o acompanhante ideal, tanto pelos profissionais de enfermagem como pelos médicos.

O acompanhante ideal focalizado pelos profissionais de saúde é aquele que reúne características que lhe permitam participar do processo de nascimento e parto sem qualquer restrição. De forma ampla, as singularidades deste acompanhante são focalizadas no seu **interesse em realmente querer estar ali, de participar do pré-natal, de ser adequado àquilo que se espera dele** e, principalmente, **se ater a acompanhar**.

A primeira ênfase dada para o acompanhante ideal, segundo os depoimentos dos profissionais, é que embora tenha o direito de se fazer presente durante o processo parturitivo da mulher, deve realmente querer participar. Essa condição foi expressa devido à percepção de que, muitas vezes, mesmo sendo da escolha da mulher, o acompanhante não queria estar ali, seja por falta de estrutura psicológica ou por outras razões.

*“Eu acho que o principal é que ele queira estar ali para ajudar a parturiente” (MO1).*

*“Algumas vezes eu vi o acompanhante entrar lá (no CC) sem ele querer entrar, geralmente contra a vontade do acompanhante. A paciente queria, mas o acompanhante não. Às vezes a paciente queria, mas o acompanhante não tinha coragem” (AE2).*

*“[...] vontade de ajudar, estar realmente interessado em participar, de querer estar ali” (MO3).*

*“Se ele realmente tá ali porque quer curtir e não tá obrigado porque a mulher quer que venha ver ou porque ele quer realmente vir, assistir o parto, participar. Ele tem que querer” (AE8).*

O reforço positivo para a mulher durante o processo parturitivo, proveniente de um familiar, só vai ser realmente efetivo se ele realmente

quiser participar deste processo. Por inúmeros fatores muitas pessoas não se sentem aptas para participar deste evento.

A participação efetiva nas consultas de pré-natal, como já abordei anteriormente, ajudaria a realizar um acompanhamento com mais segurança, pois teriam a oportunidade de receber informações valiosas sobre todo o processo.

*“[...] Eu acho que o ideal seria isso, que todos acompanhassem o pré-natal, porque tem todas as orientações do acompanhante, tem toda a orientação para a gestante de todo processo dela, como agora tem toda a orientação pro acompanhante, de como no processo dele também. Então eu acho que um dos fatores, faz parte do pré-natal, e que se ela participa de nove consultas, então que ele também participe, né?” (AE2).*

*“Eu acho que assim, eu acho que no pré-natal já seria falado alguma coisa, seria melhor preparado” (MO2).*

*“[...] o ideal realmente é que eles tivessem lá no pré-natal, eles conhecendo isso no pré-natal daí eles já vem mais preparados né, na verdade” (AE4).*

*“[...] eu acho assim, que esta questão de parto para a gestante é uma questão que deveria ser dada e iniciar lá na base, tem que ser feito um trabalho lá com a gestante e de repente estar levando um acompanhante na consulta e ser esclarecido lá na base. O mais certo seria iniciar no pré-natal e vir com todas as informações, tanto o acompanhante como a paciente, principalmente” (TE1).*

*“[...] o acompanhante chegar no pré-natal com a mulher, lá no pré-natal, estar dizendo pra essa pessoa o que essa pessoa vem fazer aqui, pra que ela vem, e dizer que ela tem que vir” (E2).*

É importante frisar que a participação da família no pré-natal ainda é incipiente, mesmo que as políticas públicas e alguns serviços procurem estimular essa participação. O espaço do pré-natal, conforme alertam Nakano e Shimo (1995), é destinado ao homem, principalmente de acordo com o preconizado pelos métodos psicossomáticos para a preparação do parto desde as décadas de 40 e 50. No entanto, atualmente, ainda não está incluído como um participante essencial. Pesamosca, Fonseca e Gomes (2008) reforçam que a participação do familiar no pré-natal se caracteriza uma oportunidade ímpar para reforçar laços afetivos entre ele, a mulher e o bebê, salientando que uma

das grandes barreiras para essa participação é a coincidência com o horário de trabalho da maioria dos acompanhantes. Entretanto, a ausência de informações e da participação de familiares durante o pré-natal não devem ser impeditivos para vivenciarem a experiência, pois segundo Tomeleri et al. (2007), mesmo sem nenhum preparo prévio, os familiares têm plenas condições de prestarem apoio a essas mulheres.

No imaginário desses profissionais, algumas qualidades seriam essenciais para o acompanhamento:

*“[...] que seja bem orientado quanto àquilo que se espera dele, aquilo que representa em termos de ajudar a parturiente, a cliente. Acho que característica deve ser a de desprendimento, de estar ali com o intuito de ajudar o melhor possível no trabalho de parto da parturiente. Quer dizer ajudar no sentido de dar incentivo” (MO1).*

*“[...] desde que seja bem orientado quanto àquilo que se espera dele” (MO1).*

*“[...] tá limpo pra entrar no CC, no Centro obstétrico, não estar cheirando mal, não tá sujo, não tá alcoolizado, como eu falei, tá lúcido, orientado, consciente e higiênico e responsivo a orientações que a gente der, entendendo onde é pra ficar, que a gente peça pra fazer, faça, que ele venha pra ajudar, que ele tem o papel de ajudar, de tranquilizar a mulher. Não tem muita característica, mas acho que assim, lúcido e limpo” (MP5).*

*“[...] bom, primeiro que tem que ser uma pessoa que ela consiga transmitir essa mulher confiança, pra mãe né, que a mãe se sinta protegida do lado dessa pessoa. Porque a pessoa às vezes assim, ela adora aquela pessoa” (AE4).*

*“[...] primeiro tem que saber sobre o parto [...] então ele precisa saber que dói e que ela pode suportar, pode tá parindo, né. Precisa estar disposto a ajudar” (E2).*

*“[...] para ele saber o que compete a ele fazer, o que ele pode ajudar e deve ajudar” (AE2).*

*“[...] calma, tranquilidade, paciência, é apoio, carinho pela paciente, ser solidário se dispor a ficar o tempo que for necessário” (MO2).*

*“[...] eu acho que uma coisa que ele tem que estar disponível para aquele momento, eu acho que se ele está disponível ele vai estar inteiro, ciente do*

*papel dele, e excelente companheiro”(AE3).*

*“[...] acredito que ideal para um acompanhante, é que ele seja orientado, que seja de preferência uma pessoa tranqüila” (MP3).*

*“[...] eu acho que tem que vir pra ajudar a paciente, pra ficar junto em todos os momentos, né, assim sei lá. Eu acho que seja uma pessoa que venha junto com ela, que ajude, que de apoio” (TE4).*

*“[...] tem que ser participativo, participar” (TE5).*

*“[...] equilíbrio, boa educação, bom senso, vontade de ajudar, estar realmente interessado em participar. Então o perfil seria esse uma pessoa equilibrada, então eu acho que isso diz com todas as palavras de como deve ser o acompanhante, uma pessoa consciente de tudo o que esta acontecendo e de como pode te ajudar, de contribuir para tudo aquilo ali” (MO3).*

*“[...] o acompanhante é aquela pessoa que tranqüiliza o paciente, [...] alguém que ela fique mais protegida” (MO4)*

*“[...] eu acho que a pessoa que vai ser acompanhante tem que ter, dar coragem e força pra mãe que tá precisando, pra paciente que tá precisando e não ser aquela pessoa medrosa, dar segurança” (AE6).*

É evidenciado nestes relatos que o profissional deseja que o acompanhante seja uma pessoa dócil, cordata e sempre disposta a ajudar a mulher, o profissional, a criança, os seus parceiros acompanhantes e também a instituição hospitalar...quase um alienígena, uma pessoa autômata, um biônico, quase um não ser humano.

Apreeendi da análise sobre quem deve acompanhar e sobre o acompanhante real e ideal, que o discurso dos profissionais apresenta inúmeras contradições. Primeiro por entender que os profissionais não encontraram um ponto em comum sobre quem deve acompanhar, apontando primeiramente alguém da escolha da mulher, seguida por declarações que apontavam ressalvas, ao mesmo tempo enfatizando a importância da presença masculina, representado pela figura do companheiro-pai, ou de um profissional de saúde da própria instituição e até admitindo que a mulher deveria estar sozinha. Vale salientar que a diversidade de profissionais é grande dentro da instituição e que as características do acompanhante devem ser importantes para a mulher que vivencia a experiência do parto e nascimento. Sobre este aspecto,

Brüggemann, Parpinelli e Osis (2005) e Moraes (2005) alertam que geralmente os profissionais de saúde apresentam medos e até idéias pré-concebidas de forma negativa sobre a presença de familiares durante o processo parturitivo e recomendam que antes de inserir um projeto para a participação de familiares, se faz necessário a sensibilização da equipe para que as instituições também sejam beneficiadas com essa presença.

#### 5.4 DIFICULDADES PARA A INCLUSÃO DO ACOMPANHANTE

Os profissionais de saúde atribuem inúmeras dificuldades para a inclusão do acompanhante na maternidade durante os períodos de pré-parto, parto e pós-parto. De forma bastante acentuada, o primeiro fator evidenciado como dificuldade está diretamente relacionado à aceitação de alguns segmentos da classe profissional, já que, na percepção da maioria dos entrevistados, **os médicos e os profissionais de nível médio** são os que **possuem mais resistências** a essa presença dentro da instituição. Outro fator que contribui de forma singular como dificuldade para a inclusão do acompanhante está relacionada à **persistência do modelo obstétrico** ainda vigente na maternidade, fortemente centrado no paradigma da biomedicina. A **incompreensão das relações intrafamiliares**, de acordo com a interpretação efetuada, é o terceiro aspecto relevante apontado como dificuldade pelos profissionais para a inclusão do acompanhante. A quarta dificuldade diz respeito aos setores e suas acomodações, incorrendo a referência para a **inadequação da infra-estrutura hospitalar**.

##### 5.4.1 Os médicos e os profissionais de nível médio têm mais resistências

Os depoimentos dos trabalhadores de saúde da maternidade apontaram dificuldades de ordem profissional como um primeiro aspecto que dificulta a inserção do(a) acompanhante na instituição. Essas dificuldades convergem para situações onde são observados comportamentos dos profissionais de saúde que, apesar de não verbalizarem, demonstram, através de suas condutas frente à mulher e seu acompanhante, e até mesmo nas relações com outros profissionais da instituição, suas reais percepções sobre o fenômeno. Assim, são os

médicos e os profissionais de enfermagem de nível médio, os indicados pelos pares como os que apresentam maior resistência à presença do acompanhante. Nas entrevistas foram citados como “*os que menos apóiam*” e os que “*torcem o nariz*”, sempre que o assunto vem à tona. Entre as justificativas para a existência desta relutância, por parte dos médicos, principalmente os obstetras, está o medo da vigilância. Alguns profissionais, ao apontarem esta resistência, ao mesmo tempo, também avaliam que as enfermeiras são as profissionais que mais apóiam a presença do familiar dentro da instituição, e essa situação, apesar de trazer à tona aspectos positivos para a assistência, acaba revertendo em conflitos entre esses segmentos.

*“Os médicos, eles ainda têm uma dificuldade bem maior com o acompanhante. A gente vê que eles têm uma resistência ao acompanhante, quanto ao fato do acompanhante estar no pré-parto, no parto e no puerpério. Hoje, bem menos do que no começo, quando eu entrei aqui, mas ainda você vê que algumas pessoas vêm o acompanhante como um estorvo. As enfermeiras são as que mais aceitam e, por isso, às vezes têm problemas aqui dentro” (AE3).*

*“[...] a maioria dos médicos não aceita quando chega o momento de entrar. Alguns até comentam positivamente, mas, no fundo, não aceitam muito. Têm medo da vigilância, sabe, de fazerem algo errado, ou de não saberem como se comportar frente ao acompanhante. Alguns até nem demonstram muito, mas a gente sabe que não aceitam” (AE7).*

*“Quem não gosta que os maridos entrem geralmente é os médicos, né, geralmente eles não gostam da presença do marido” (AE8).*

*“Quem não gosta muito é o obstetra... a gente vê isso no dia a dia. Mas mesmo os nível médio também não gostam que tenha aquela intromissão ali. Os enfermeiros são os que mais valorizam, apóiam e lutam e, por isso, muitas vezes tem conflitos aqui dentro” (AE9).*

*“Mesmo os que torcem o nariz, como os obstetras, não conseguem te dizer ‘atrapalhou ou isso ou aquilo’; às vezes a gente ouve, mas a gente é tão veemente que as pessoas têm até um pouco de cuidado de falar. Sabem que pode ter conflito” (E1).*

*“[...] eles [os médicos] podem até reclamar, mas eles não discutem, mesmo no pré-parto eles ainda reclamam, né, mas fora disto eles não falam mais nada. Os enfermeiros são os que mais apóiam o acompanhante” (E4).*

*“[...] eu percebo que a equipe médica não tá aceitando; não tá gostando daquela presença, mas também não tá reclamando tanto como era antigamente. Tem a Lei, né?” (E3).*

*“Eu sinto que alguns membros da equipe, assim, os obstetras, têm um pouco de relutância de aceitarem a presença do acompanhante” (MP2).*

*“[...] de forma geral eles [os profissionais] têm uma resistência muito grande aos acompanhantes, tanto da equipe de enfermagem como da equipe médica. Preferiam que eles não existissem porque, sem eles, você não precisa explicar muita coisa” (E4).*

Percebe-se nestes depoimentos que ainda há várias resistências para a inclusão do acompanhante, como um “ser” de direito ou frente aos benefícios que o mesmo pode trazer à mulher e ao bebê, ou seja, como alguém significativo para a família e que contribui para a melhoria da qualidade da assistência, conforme apontam os estudos que focalizam o tema.

Quanto à resistência dos obstetras, Dias e Domingues (2005) auxiliam na análise, argumentando que, de certa forma, isso representa para o profissional médico uma mudança no modelo assistencial tradicional ao parto e, por isso, é considerado como perda do poder, ou seja, ao adotar medidas que deixem de adequar o parto ao modo de funcionamento da instituição para privilegiar o respeito às suas características fisiológicas e sociais, representa a perda do controle do processo parturitivo e a modificação da referencia do papel do médico no contexto assistencial.

A relutância a esta presença, apesar de ser bem menor do que há alguns anos atrás, conforme expresso nos depoimentos, reflete a percepção de que o acompanhante é considerado um intruso, tanto para os profissionais médicos, como para alguns profissionais que integram a equipe de enfermagem. Procede daí a percepção de que necessitam adequar seus comportamentos e suas práticas, proporcionando uma relação diferente com esses usuários dos serviços, melhorando as relações dialógicas e incluindo esses sujeitos no cuidado, o que, para alguns, é tarefa impensável. Diniz (2001) aponta que na década de 80, muitos serviços privados admitiam a presença do familiar a partir do pagamento de taxas, utilizadas para cobrir despesas com o atendimento do familiar, no caso de necessidade, e de gastos com a roupa cirúrgica. Nos serviços públicos, no entanto, a presença de acompanhantes era inconcebível, pois um outro sujeito na cena do parto, além de

intromissão, refletia o despreparo dessas pessoas.

Outro aspecto associado à resistência dos profissionais médicos, conforme os depoimentos, reside no medo da vigilância que os acompanhantes possam estar fazendo sobre o seu trabalho, suas condutas e suas posturas durante a assistência prestada à mulher.

*“Sabe, a impressão que tenho é que os obstetras, eles acham talvez que estejam sendo fiscalizados, estão sendo observados, não sei bem, mas acho que existe este tipo de ressalva com relação ao acompanhante, por causa deste aspecto, eu acho [...], de repente ficar vigiando, ficar fiscalizando o que estão fazendo, o que estão dizendo, se estão certos na concepção dele ou não” (MO1).*

*“Eu vejo uma grande dificuldade em relação à equipe médica porque a formação médica é uma formação que agora tá mudando, mas que tem uma característica de onipotência. Então, se eu sou o dono do paciente, o outro, o acompanhante é um fiscal, sabe, então isso, assim, existe uma certa dificuldade em relação a isso” (MP6).*

*“É, também ali é o local de trabalho do médico. Você tem seu jeito de ser, de agir, coisas que você costuma falar, e eu não sei se a presença de uma outra pessoa ali, um acompanhante [...], ali, na hora do parto, possa ser interpretado de modo errado, ao tentar desconstrair a família [...], mas isso é meio cultural, meio estranho, porque tem pessoas que não são abertas a certas coisas, e o cara, por ser espontâneo, por falar certas coisas, pode ser mal interpretado. Daí, perde um pouco da privacidade do médico” (MP5).*

O primeiro depoimento deixa claro que o medo da vigilância que o familiar possa estar fazendo sobre o seu trabalho é uma constante quando o acompanhante está presente junto à mulher durante o período em que esta se encontra na instituição. Esse sentimento de temor da vigilância é apontado no estudo de Moura e Vieira (2004), que focaliza o contexto hospitalar infantil, como uma reação comum entre os profissionais de saúde, principalmente quando o pai é o acompanhante. Segundo estas autoras o homem, culturalmente, tem o papel de responsável pela sua família, zelando pelo seu bem estar e sua segurança, e muitas vezes, a sua postura diante dos profissionais pode significar uma vigilância atenta para que nenhum mal ocorra.

O segundo depoimento, além de sinalizar para o entendimento de que o acompanhante possa ter uma postura fiscalizadora sobre as condutas dos profissionais, assinala que o médico, ao prestar assistência,

sente-se “dono da paciente”, refletindo os desvios da formação e da prática profissional que incutem a responsabilidade e o poder sobre os usuários do sistema oficial de saúde. De certa forma essa idéia reforça a prática assistencial dos profissionais da instituição, que colocam a mulher e seus familiares em um plano secundário de importância, enfatizando que o modelo adotado é tecnocrático, pois mantém a dependência da mulher aos cuidados e saberes dos profissionais, reforçando o controle médico no processo da parturição.

O último depoimento acentua que a maternidade é um espaço de trabalho dos profissionais médicos e que as posturas adotadas neste ambiente podem ser mal interpretadas por pessoas não acostumadas com o ambiente hospitalar, com as rotinas e com as relações existentes entre os profissionais e a mulher, além de também salientar um tipo de vigilância relacionado ao comportamento desses profissionais. Dessa forma, a dificuldade relacionada aos profissionais para a presença do(a) acompanhante no processo parturitivo da mulher é justificado, por entenderem que essa presença pode trazer dificuldades para a atuação profissional.

Os profissionais de saúde ainda apresentam reações diferentes à presença do acompanhante no processo parturitivo da mulher, como afirmam Tomeleri et al. (2007), ao discorrerem que essas reações podem ser tanto positivas quanto negativas, onde alguns estão mais receptivos, estimulando a participação da família, e outros se sentem freqüentemente invadidos e questionados. Corroborando com esses achados, Carvalho (2003) também refere todos os profissionais de saúde, inicialmente, apresentam alguma reação a esta presença, sendo que as mesmas, normalmente, são atribuídas ao preconceito e medo pela ameaça dos questionamentos sobre a sua conduta durante o atendimento à mulher.

Apesar dessa constatação, no contexto desta pesquisa, as enfermeiras da MCK são apontadas e se consideram como sendo as profissionais que mais apóiam a inserção do acompanhante e, através de suas condutas, mostram para a equipe como fazer para que essa presença seja favorável para a mulher, agindo como pessoas-chave no tangente à mudança da cultura de inserção do acompanhante. Como revelam os depoimentos, “a enfermagem”, como categoria profissional, é a que mais aceita a presença do acompanhante, se comparada à categoria média, contudo, é à enfermeira que é atribuído o papel de “virar a mesa” nas rotinas institucionais, mesmo que isso envolva aumento de conflitos com aqueles que não apóiam. Como as enfermeiras, na prática, permanecem junto à mulher por um tempo maior, principalmente

durante o período de pré-parto, acabam potencializando os acompanhantes para a realização de um cuidado mais efetivo durante o acompanhamento deste processo e, muitas vezes, têm que usar literalmente “a cintura” para resolver os problemas que surgem entre os demais membros da equipe e os familiares.

*“Eu vejo a enfermagem, principalmente os enfermeiros, mais preparados, porque a enfermagem tem uma característica mais forte de respeitar o ser humano nos seus desejos, pela formação que existe da equipe de enfermagem, preocupada, sempre querendo aceitar, e proporcionando, mesmo que isso possa causar dificuldades, né, num momento de stress, num momento de atribuição de trabalho. O fato de ter um acompanhante, às vezes, pode gerar um pouquinho de insegurança” (MP6).*

*“[...] eu procuro facilitar as coisas, sempre que posso eu oriento, oriento quem trabalha comigo também. Orientação ajuda pra esse acompanhante” (E3).*

*“No pós-parto, quando elas [as funcionárias de nível médio] me passam uma situação dessas, eu vou lá e tento conversar com ele [o acompanhante], porque elas não aceitam essa questão do acompanhante, sabe” (E4).*

*“[...] eu penso que nós, na condição de enfermeiras, temos sido as pessoas chaves, os elementos chaves na questão da inserção dessa figura, e não só na inserção de forma passiva, essa potencialização ou essa possível potencialização dessa figura durante o cuidado que a gente pratica, durante a prática do cuidado. Mas é um jogo, a gente vai de lá pra cá, de cá pra lá, a gente usa a cintura, e a equipe acaba na verdade percebendo e se identificando. Às vezes eu acho que a prática da gente já sugere, né, a nossa prática já é muito sugestiva. Acho que a gente tem sido fundamental em incorporar esta situação e é motivo de orgulho, inclusive” (E1).*

*“Olha, eu assim, sinceramente, eu acho que quem acredita mais nessa idéia do acompanhante é a enfermagem, né. Eu acho que a enfermagem assim, tanto que eu vejo desde que eu entrei aqui que a enfermagem luta por essa questão de trazer o acompanhante pra perto, de trazer o acompanhante pra junto” (TE6).*

Alguns profissionais percebem que as enfermeiras obstétricas estão mais abertas à introdução da prática da presença de

acompanhantes no parto e nascimento. A valorização e essa facilidade em incorporar novas práticas podem estar relacionadas ao processo de formação nos cursos de especialização atuais, cujas bases teórico-metodológicas, encontram-se calcadas nos princípios da humanização e da interdisciplinaridade. Essa premissa é reforçada por Riesco (2002), ao apontar que a enfermeira obstétrica, em seu processo de formação, valoriza os aspectos fisiológicos, emocionais e socioculturais do parto e nascimento, entendendo que a parturição tem a mulher como foco central da sua atuação profissional. No tocante às propostas de humanização da assistência ao parto e nascimento, Diniz (2001) também afirma que as enfermeiras obstétricas têm procurado incorporá-las, como um comprometimento pessoal e profissional, assumindo, de forma segura, e com disposição, seu papel na assistência à mulher, apesar de alguns limites ainda existentes na sua formação.

Vale ressaltar que a maioria dos profissionais de enfermagem é do sexo feminino, enquanto os profissionais médicos são, na maioria, do sexo masculino, o que trás à tona as questões de gênero e as relações profissionais que se estabelecem no ambiente de trabalho. Ao mesmo tempo em que são reconhecidas como pessoas-chave para favorecer a introdução de mudanças, parece claro que algumas categorias profissionais não concordam e até desaprovam essas posturas que, em muitas situações, provocam conflitos entre as equipes de trabalho e seus profissionais. Se a atuação da enfermeira estiver inserida em uma proposta assistencial nova, com vistas à valorização da mulher e sua rede social, diferente do modelo atual vigente, é possível haver mudanças na assistência (DIAS; DOMINGUES, 2005).

Quanto aos “conflitos” provocados por esta tentativa de mudar o *status quo* assistencial, é necessário reconhecer que trata-se de algo inerente ao processo de mudança; isto está imbricado nesta divergência de saberes e de posturas. Nunes e Moura (2004) complementam essa idéia ao apontar que as relações de trabalho entre os profissionais são permeadas por inúmeras imposições da organização hospitalar, que faz com que se estabeleçam relações de gênero, promovendo desigualdades entre estes. Também evidencia que o ambiente de trabalho promove o surgimento de diferentes micro-poderes, expresso neste caso pelas diferentes visões e comportamentos dos profissionais da instituição sobre a questão do familiar neste contexto. A idéia de que o profissional médico possui um poder hierarquizado e reforçado pela instituição também é revelado no trabalho de Wolf e Waldow (2008), que reforça o pressuposto da existência de um domínio deste profissional sobre as mulheres assistidas por eles e, em muitas situações, observado também

sobre as profissionais de enfermagem.

#### **5.4.2 Persistência do modelo obstétrico centrado na biomedicina**

O segundo aspecto relacionado às dificuldades para a inserção do acompanhante na instituição e que, de alguma forma, também está ligado à dificuldade discutida no item anterior, diz respeito à hegemonia do modelo obstétrico, centrado na biomedicina, cujas idéias centrais impulsionam a figura do gênero masculino e do médico na cena do parto. Nesse modelo assistencial é observada a existência de inúmeras normas e rotinas institucionais que visam o favorecimento e a facilitação do trabalho dos profissionais, beneficiando-os com exclusividade dentro da instituição, e onde as práticas e os procedimentos voltam-se mais para o bem-estar dos trabalhadores hospitalares do que para a mulher e sua família.

*“Eu penso que um dos maiores entraves são os aspectos voltados para as rotinas institucionais, porque essas rotinas institucionais, centradas no modelo organizado para trabalhar em volta da figura do macho, do médico, etc., etc., etc., numa ordem em que, aparentemente, está tudo no lugar, mas só em tese. Então cria aquela coisa do horário, que entra naquela porta, usa aquele banheiro, não pode sentar, deitar, não pode descansar, não pode caminhar, não pode andar, usa... sabe? As regras institucionais trazem algumas dificuldades com os colegas também, porque com a equipe: ‘olha, aquele ali sentou daquele jeito, com a perna aberta’, entendeu? Então acho que essas regras institucionais dificultam bastante [...] o modelo é centralizador e beneficia o profissional. Mais ainda, beneficia o médico [...]. Estamos inseridos num contexto onde as práticas assistenciais e profissionais não estão e não são humanizantes e humanizadoras” (E1).*

*“[...] é uma coisa difícil remover o que já está cristalizado pra equipe. Não pode ser tudo livre, livre... tem que ter um tempo pra enfermagem fazer o seu trabalho diante das gestantes, né? Para o médico também... a presença do acompanhante pode interferir nos procedimentos necessários à mulher” (MP4).*

*“[o acompanhante] é uma pessoa que está sobrando, porque fica atrapalhando nas rotinas. É assim que eu vejo muitos profissionais agirem. As rotinas profissionais vêm antes... depois, se der, pensa-se nas outras*

*coisas” (E2).*

*“[...] o acompanhante tem que respeitar a nossa rotina, né, às vezes tem uma rotina de manhã, uma rotina à tarde, e à noite. Ele tem que respeitar as rotinas que a gente tem” (TE4).*

O modelo assistencial vigente na maternidade é percebido como um grande entrave na proposta de inserir o(a) acompanhante escolhido pela mulher para participar da vivência da parturição, justamente porque o que se valoriza são os procedimentos técnicos, as normas e as rotinas institucionais, além de se valorizar o conhecimento profissional no manejo de tecnologias. A constatação de que a assistência que é oferecida para as mulheres na maternidade não é diferente de outras instituições distribuídas pelo país é apontada por Dias e Domingues (2005), ao destacarem que o modelo de assistência ao parto e nascimento vigente no Brasil é extremamente intervencionista, reforçando o ideário de que esses são eventos eminentemente medicalizantes. Contribuindo para isso, Tavares e Gaíva (2003) reforçam que neste modelo ocorre a manutenção do médico como elemento central do ato assistencial, sendo o mesmo responsável também por determinar a forma de assistência prestada como um todo. Os depoimentos dos profissionais da maternidade ainda reforçam que os profissionais mantêm o foco para a importância das rotinas hospitalares existentes, como forma de controlar a assistência, de maneira a favorecer seu trabalho, em detrimento de favorecer para que o parto e o nascimento sejam vivenciados como eventos familiares.

A forma como o(a) acompanhante é visto(a) pelos profissionais, acaba sendo justificada como prejudicial à ‘normalidade’ das rotinas hospitalares, como alguém que atrapalha o andamento cotidiano das atividades. Isso demonstra que o tecnicismo, a pouca percepção e a falta de sensibilidade de muitos profissionais encontram-se presentes no cenário obstétrico. Caron e Silva (2002) assinalam que, com esse entendimento, os profissionais acabam determinando o que é melhor para o outro, deixando de visualizar a pessoa que recebe essa assistência como alguém que tem plenas condições de escolher e participar do processo que está sendo vivido. Para mudar a cultura do parto e nascimento enquanto eventos médicos-hospitalares, como referem Tavares e Gaíva (2003) e Diniz (2001), é imprescindível que os profissionais queiram, genuinamente, fortalecer a mulher e seus familiares como cidadãos.

A mudança do modelo assistencial é, sem dúvida, um grande

desafio para as instituições que prestam assistência à mulher no seu processo reprodutivo, necessitando que os profissionais e os gestores que atuam nesses locais, passem a aderir a essas mudanças de forma sensível e aberta, pois somente a legislação não é condição segura para sua efetiva transformação.

### 5.4.3 Incompreensão das relações intrafamiliares

Entre as dificuldades elencadas para a presença do acompanhante na maternidade, os profissionais de saúde apontam também os conflitos que existem dentro das famílias. Em suas opiniões, o fato de haver qualquer tipo de controvérsia entre os integrantes das famílias passa a ser justificativa para impedir a presença do acompanhante. Os conflitos percebidos pelos profissionais giram em torno da falta de sintonia entre a mulher e seu familiar, mas também podem estar relacionados à presença de acompanhante masculino em situação inconveniente ou indevida, como por exemplo, quando desconfiam que o mesmo possa estar sob o efeito de drogas. Apontam também que existem conflitos quando algumas mulheres (sogra e mães) ‘forçam’ o acompanhamento, mesmo contra a vontade das parturientes, e ainda, quando interpretam que não há intimidade entre o acompanhante e a mulher, o que acaba gerando desconforto para a mesma:

*“[...] agora também tem relações conflituosas e isso é uma dificuldade, pois a gente não sabe bem como lidar com a situação. É claro que isso existe porque o ser humano é assim, as pessoas são inteiras, elas são seres individuais. Então, às vezes, elas não estão na mesma sintonia. Teríamos que entender melhor esses processos para afinar com a capacidade de cuidar, ou de bem cuidar” (E1).*

*“[...] muitas vezes não há sintonia entre a parturiente e o acompanhante” (E4).*

*“[...] naturalmente a gente percebe homens alcoolizados, nossa, naturalmente a gente percebe que a mulher não quer aquelas pessoas, nem os profissionais” (E1).*

*“[...] teve um marido que tava alcoolizado e foi difícil a gente se livrar dele, mesmo porque ele não entendia o porque a gente permitiu uma coisa e*

depois não ia permitir, foi difícil” (MO2).

“Eu já presenciei assim o marido alcoólatra, embriagado, e ali acompanhando, atrapalhando a própria mulher, né, se sentindo mal por esse motivo, assim. Foi uma coisa assim bem ruim. A gente teve que tirar ele do quarto, porque ele tava, ele se debruçava em cima dela, ele tava totalmente embriagado. A gente não conseguiu ver isso antes, entende?” (AE12).

“A única dificuldade que eu vejo, assim, é a presença de um pai desequilibrado, um pai alcoolizado, um pai que assim atrapalha todo um trabalho e o fato de nós não termos uma segurança. Não sabermos o que fazer, como lidar com a situação” (MP3).

“[...] e esse marido, eu falei com ele, outros colegas falaram com ele, e ele era sempre um pouco intransigente, tinha certas atitudes que não se esperavam, imaginei que ele estivesse alcoolizado pelas atitudes que ele tomava” (MO5).

“[...] já ocorreu do pai estar alcoolizado, então são situações um pouco complicadas para a instituição” (MP5).

“[...] a sogra tava acompanhando uma menina e chegou o companheiro, um menino com boné, calça, aquelas coisas de menino, mas este menino tinha muita energia, era muito feliz, era muito alegre. Na hora percebi que a sogra reagiu mal à presença do rapaz, que, afinal, era o pai da criança... mas ela se adonou daquele lugar. Temos dificuldades para gerenciar situações como essa. Tem vezes também que uma mulher cerceia a outra” (E1).

“[...] às vezes chega a mãe [da parturiente], que já passou por 10 partos, né, e ela só passa ansiedade. Elas discutem. É uma baita dificuldade porque a gente não sabe o que fazer diante de conflitos familiares. [...] se a situação familiar trás pra ela uma situação ruim de vida e de experiência, pode não ser tão ideal essa presença nesse momento. Tem paciente que se infantiliza com a presença de um pai, uma mãe, de um marido” (MO4).

“[...] às vezes o acompanhante que vem com essa gestante, não é o acompanhante que ela queria, aí é que está a dificuldade. Ou é uma pessoa que não está preparada para o trabalho de parto, ou tem uma super segurança; a mãe, por exemplo, que acaba prejudicando a vivência da filha. A gente precisaria conhecer mais de relações intrafamiliares. Isso é uma deficiência que atrapalha a decisão pelo acompanhamento” (E2).

*“Às vezes ela [a parturiente] e o acompanhante não são tão íntimos. Talvez ela não tenha tanta afinidade. A gente não sabe o que fazer” (TE1).*

*“[...] outra pessoa, irmã, tia, sogra, vizinha, isso aí eu acho que não, não tem benefício, tem que ser alguém muito chegado, mais íntimo” (MO5).*

*“[...] pode ser desvantajosa a presença se esse acompanhante não estiver preparado e se for alguém que ela não tenha intimidade. Teria que ver isso antes de chegar na maternidade” (MP6)*

*“[...] às vezes tem gestantes que se sentem um pouco constrangidas diante do familiar que não tem tanta intimidade, assim no ponto de vista da gestante. Nesse momento teria que ver como é a ligação dela com seus familiares. Às vezes pode ter uma ligação conflitiva que realmente vai acabar prejudicando nesse momento do nascimento do filho. Então depende tudo da ligação afetiva que a gestante tem com seu familiar. Não é a gente que vai decidir sobre quem pode ficar, né? Nem temos estrutura para isso” (MP5).*

*“[...] quando tem conflitos entre os membros da família a gente não está preparado para isso. Teria que ver melhor... não sei, isso é difícil. É difícil porque a gente não sabe como agir... a gente mal compreende a família da gente, né? Imagine compreender a dos outros” (TE4).*

Pode-se perceber que existe a preocupação dos profissionais que prestam assistência em proteger a mulher de sentimentos que possam interferir no desenvolvimento do processo de parto. Odent (2002), por exemplo, é um estudioso do parto humanizado, sendo reiterativo ao referir que muitas vezes quando o familiar é superprotetor e possessivo na sua relação, acaba causando efeitos negativos sobre a mulher no processo de parto, ocasionando uma vivência inadequada desta experiência.

No entanto, os profissionais entrevistados sinalizam também que além de se sentirem despreparados para lidar com situações como estas, na verdade, não possuem habilitação para ‘trabalhar’ com a família, porque não possuem conhecimentos sobre relações familiares ou sobre os ciclos de vida da família, ou mesmo sobre teorias e estratégias de abordagem familiar. As falas dos profissionais revelam variados graus de incompreensão a respeito das relações intrafamiliares e alguns deles, como se constata, exteriorizam que se sentem incompetentes para

abordar a família diante de situações conflitantes. Esta sensação de incapacidade, aliada a uma frágil convicção da efetiva necessidade de um acompanhante no parto, acaba sendo o ‘estopim’ para dificultar ainda mais ou mesmo impedir a participação efetiva.

Outro aspecto que chama a atenção é que as situações conflituosas (mesmo aquelas em que o(a) acompanhante foi inconveniente, indelicado ou extrapolou seu status de acompanhante) aconteceram (ou acontecem) apenas esporadicamente, no entanto, quando trazidas à baila, na memória dos profissionais, acabam sendo multiplicadas em suas conseqüências e sendo perenes justificativas para o impedimento da participação do acompanhante. Em alguns dos depoimentos também emergem percepções que traduzem opiniões preconceituosas como as que alimentam diferenças entre classes sociais e econômicas, conforme já discutimos anteriormente. Corroborando com esses achados o estudo de Carvalho (2003) aponta a existência de situações similares em outros contextos, como por exemplo, a inconveniência de acompanhantes que comparecem alcoolizados para acompanhar o parto, associado às queixas de agressividade referidas pelos profissionais. A autora coloca que essas situações citadas são uma forma utilizada para desqualificar a presença dos acompanhantes para a vivência do parto junto à mulher e muitas reações apresentadas por estes são entendidas como recursos para lidar com relações desiguais de poder existentes nas instituições de saúde. Apesar disso, a questão suscita aprofundamento no interior dos grupos profissionais e das instituições, uma vez que não se pode negar a vulnerabilidade de alguns hospitais no que se refere à segurança física e emocional de seus trabalhadores e usuários.

Como se viu, os conflitos intrafamiliares não estão apenas centrados nas relações entre homens e mulheres, entendidas como relações de gênero existentes e que impõem violência sob vários aspectos; podem também estar presentes nas relações opressoras entre mulheres. Diniz (2001) alerta que existem nas relações entre pessoas construções sociais que evidenciam papéis opressores tanto de homens quanto de mulheres. A autora enfatiza que muitas vezes, na cena do parto, pode-se observar esse tipo de construção social conflituosa, em vista que ali ocorre a interação de múltiplos sujeitos.

As diferentes visões sobre a relação entre a mulher e o acompanhante podem ser frutos da compreensão cultural e social que cada indivíduo tem de família. Alguns profissionais alegam que a intimidade e a estreita relação que o acompanhante deve ter com a mulher que vivencia o processo de parturição deve ser uma diretriz

assegurada para a sua participação. No entanto, a mulher pode querer outras pessoas para lhe dar apoio e segurança neste momento, podendo optar inclusive por pessoas que não tenham vínculos familiares, conforme descreve a própria legislação. O mais importante, neste quesito, parece ser a adequada compreensão situacional, que tenha base em conhecimento seguro e cientificamente e socialmente situado.

#### **5.4.4 Infra-estrutura hospitalar inadequada**

Os profissionais de saúde apontam ainda como dificuldade para a inserção do acompanhante, as características físicas da maternidade, por considerarem que a mesma não apresenta condições ideais para o recebimento de parturientes acompanhadas. Ressaltam que os espaços de circulação e apoio são pequenos e não acomodam dignamente as pessoas que vêm à instituição para o acompanhamento à mulher nos diversos momentos do processo de parturição. Referem como aspectos de maior dificuldade a existência de quartos coletivos e também o fato de a mulher ter que transitar em ambientes diferentes a cada etapa do processo.

*“Aqui pra nós o que interfere um pouco é não ter aquela estrutura bem montada para ter o acompanhante, vamos dizer assim, que permita estar acomodando o acompanhante. Muitas vezes o espaço físico não é adequado. A gente tem que deixar ele sentado em uma cadeira, e às vezes essa cadeira nem é a mais confortável que a gente tem, mas é a que a gente conseguiu. Eu acho difícil, assim, a gente tem que ir se adequando. Os quartos não são muito grandes, né” (AE2).*

*“[...]o nosso ambiente não é adequado. Os quartos não são grandes, o ambiente é meio apertadinho ali, tá atrapalhando ali”(AE3).*

*“[...] é uma adequação de adequação, porque às vezes a queixa é a estrutura física, né. Puxa, nós não temos uma estrutura adequada para atender, para o acompanhante ficar junto, mais o pessoal da enfermagem, mais o obstetra, mais o pediatra, enfim. De repente, a queixa maior que a gente percebe mesmo é a falta de estrutura do local. Isso realmente dificulta” (TE3).*

*“O que eu acho é que aqui a nossa maternidade falha um pouco no sentido de quando tem três camas dentro de um mesmo ambiente, com um*

*biombozinho, onde ela dá um passinho pra fora já vê a mãe do lado [...], Então, talvez ali tivesse que melhorar a área física. A única desvantagem da nossa maternidade é a questão da área física que você não tem a separação dos dois leitos, separação, o pré-parto tem só um biombozinho que vai até a metade, mas as cortinas estão abertas, entra e sai de pessoas, então, assim, o despreparo da instituição para receber este acompanhante é um agravante” (MP3).*

*“[...] talvez a dificuldade seja pela falta de espaço nos quartos” (AE9).*

*“[...] eu vejo uma dificuldade grande assim na questão da nossa infraestrutura pra oferecer pro acompanhante, né. É uma questão assim que desde que eu to aqui eu sempre ouvi debaterem e conversarem e tentarem entrar num.. tentar fazer o melhor sempre. Mas é uma questão difícil pra gente, por que nós temos hoje o quê? Nós temos três, quatro cadeiras, que são uma espécie de cama, que eu acho que foram as meninas do grupo de humanização, não sei como conseguiram, mas, enfim, foi um trabalho extra, né. E fora isso, o acompanhante que fica com a mulher no pós-parto fica numa cadeira, ou num monte de cobertor, no chão. Então eu acho que essa questão de espaço físico às vezes é um pouco complicada, principalmente considerando que a mulher tem direito a esse tipo de acompanhante no pós-parto também” (TE6).*

*“[...] outra coisa que eu acho que precisa acontecer é estruturar mais o local né, pra isso nós não temos espaço pra abrigar, nem pré-parto, nem dentro da sala de parto, embora nosso CC seja muito espaçoso, é, os quartos, principalmente nos quartos, acho que se tivesse só apartamento, né, uma suíte, vamos dizer assim, seria uma coisa, mas não tem...” (MO4).*

*“[...] outra coisa que a gente não pode desconsiderar, muito embora ela não seja prioritária, é de fato da acomodação, porque a gente deveria evoluir para quartos individuais, tá certo? Espaços onde o companheiro possa finalmente descansar ou deitar, ou deitar ao lado da sua companheira, parturiente, enfim, da puérpera. Então a gente deve avançar para um espaço que permita inclusive deitarem juntos, estarem mais próximos, passarem mais tempo juntos. E os espaços, na verdade, eles são físicos. Não são preponderantes, mas atrapalham. Nós deveríamos avançar para pensar em unidades que estejam de fato num esquema PPP” (E1).*

Esses depoimentos mostram a preocupação dos profissionais com a necessidade de melhorar a infra-estrutura da maternidade para atender

de forma adequada as demandas do acompanhante. De fato, a estrutura da instituição não é a ideal para o atendimento da mulher e sua família, nas suas necessidades integrais, pois sua construção não previa o atendimento como está sendo proposto atualmente. Mas essa condição não é específica e constata-se a mesma dificuldade na maioria das instituições de saúde brasileiras. Contudo, essa inadequação não deve ser utilizada como forma de justificar o impedimento da presença do acompanhante, em qualquer um dos períodos da internação da mulher, pois essa participação não depende apenas da estrutura física, mas de adequações mais profundas relacionadas também aos valores e disposições dos profissionais de saúde, da flexibilização de rotinas e de políticas institucionais bem concretas e discutidas. A necessidade de adequação da estrutura hospitalar tem sido apontada como desafios para a maioria das instituições, como referem Dias e Deslandes (2006), como uma forma de atender a necessidade de ter espaços para o acompanhamento ao parto com a presença de acompanhantes. Diniz (2001) cita, inclusive, que em alguns serviços privados, estão sendo criando espaços com recursos tecnológicos que possibilitam a permanência da mulher durante todos os períodos do processo de nascimento e parto. Tal estratégia precisa ser priorizada para os demais serviços de atenção ao parto e nascimento.

Um aspecto que ficou bem explícito na entrevista concedida por uma das enfermeiras é a dificuldade em manter a mulher em um mesmo ambiente durante seu processo parturitivo. Isso se deve às características da instituição. A área entendida como pré-parto fica dentro do Alojamento Conjunto, constituído por uma sala com 3 leitos obstétricos, destinados às mulheres que se encontram em franco trabalho de parto, sendo que ali também é realizada a maioria dos partos vaginais, quando atendidos pelas enfermeiras. Em tese o Bloco Cirúrgico recebe apenas as cesarianas e os partos vaginais distócicos, atendidos pelos médicos. A sala de pré-parto ocupa lugar de destaque no Alojamento Conjunto. Diferente de outras instituições, não está situada no bloco cirúrgico ou obstétrico, o que permite à parturiente maior liberdade de movimentação, inclusive para deambular fora do quarto, mantendo maior contato e intimidade com os familiares que porventura estejam acompanhando. Esta sala está situada entre os quartos, bem em frente ao posto de enfermagem, sendo que os três leitos existentes são separados lateralmente com uma parede de fórmica e cortinas *blackout*, o que permitem manter a privacidade da paciente e seu acompanhante, porém, não impede a propagação de sons. Possui um banheiro exclusivo para as parturientes e tem disponível um aparelho de som para ouvirem música,

se assim desejarem, “bola de Bobot”, para exercícios da parturiente, e outros equipamentos menores para realização de massagem.

A partir da descrição da estrutura física da maternidade é fácil verificar que realmente apresenta dificuldades estruturais, a ponto de não propiciar total conforto à mulher e seu acompanhante, mas existem projetos para adequar as áreas existentes para o melhor atendimento possível. Entretanto, na atualidade, essas peculiaridades de mudança de ambiente (da admissão para o pré-parto; do pré-parto para o bloco cirúrgico; do bloco cirúrgico para a enfermaria) são entendidas como dificuldades para a inserção da presença do(a) acompanhante, principalmente porque nem sempre ao acompanhante é permitido transitar por todos os setores da mesma maneira e com a mesma desenvoltura, por todas as questões já apontadas anteriormente. Alguns desses aspectos limitadores para a participação do acompanhante também são descritos em estudo desenvolvido por Diniz (2001), que constatou que a maioria das instituições de saúde adota espaços diferenciados para o atendimento da mulher, nos diferentes períodos em que a mesma se encontra, podendo ser um fator que obstaculiza a participação do acompanhante, além de constituir um fator que atrapalha a mulher no processo de parir.

As dificuldades relacionadas à estrutura hospitalar inadequada, em alguns depoimentos, parecem, de certa forma, querer justificar a limitação e, por vezes, o impedimento para a presença do acompanhante. É esta a atenção que deverá ser dada, para que os meios não justifiquem os fins. Por outro lado, Marque et al. (2006) apontam a necessidade de que sejam feitos investimentos para melhoria da estrutura das instituições que atendem mulheres, visando “maior humanização da assistência”. As modificações na estrutura física das instituições também é um aspecto importante na visão de Dias e Domingues (2005), a fim de tornar o espaço hospitalar mais acolhedor para a mulher e a família, interpretando esta também como uma prática que “favorece a humanização”. Um recente estudo sobre a avaliação da estrutura das instituições que realizam a assistência ao parto, realizado por Parada e Carvalhaes (2007), apontou que a grande maioria tem problemas relacionados à inadequação da área física, tanto para atendimento direto à mulher e ao recém-nascido, como para o atendimento ao familiar que acompanha este processo, uma vez que a maioria dessas instituições, durante a sua construção, não incluía a prerrogativa da humanização da assistência, no entanto, não deve também ser fator que inviabilize essa presença.

## 5.5 SUGESTÕES PARA A INCLUSÃO DO ACOMPANHANTE

Para que seja viabilizada a presença do acompanhante na instituição, realizando o apoio à mulher, os profissionais apresentaram uma série de sugestões, tanto voltadas aos aspectos internos de reorganização institucional e às equipes profissionais, quanto direcionadas ao “preparo” para que o acompanhante possa efetivamente entrar na instituição, “habilitado” para exercer seu papel.

### 5.5.1 Direcionadas aos profissionais e à instituição

A análise das entrevistas permitiu elaborar um rol de sugestões relacionadas às atitudes que os profissionais de saúde e a própria instituição devem ter com relação ao acompanhante. Essas sugestões englobam a necessidade de visualizar e reconhecer os acompanhantes como sujeitos envolvidos no processo de nascimento e parto junto à mulher. Outra sugestão é que os acompanhantes devem ser usados pelos profissionais para saber mais sobre a mulher, além de que devem falar abertamente sobre a ajuda que devem oferecer à mulher e a equipe. Referentes à instituição, sugerem uma melhor reestruturação que envolva a formulação de uma norma para o acompanhante e estabelecimento de uma dinâmica de troca entre os acompanhantes.

O primeiro aspecto relacionado às sugestões aponta a necessidade dos profissionais reconhecerem o familiar que está na maternidade por ocasião do acompanhamento da mulher, como alguém que também faz parte do contexto e é importante dentro deste processo, tanto para a mulher, como para os próprios profissionais e para instituição. Portanto como apontam alguns depoimentos é necessário reconhecer os acompanhantes como sujeitos.

*“[...] essa figura que também vai se tornando sujeito” (E1).*

*“Temos que pensar em mudar a cabeça do pessoal. Tem que desviar a atenção de que é algo que ocorre em benefício da população. Os profissionais precisam entender que nosso papel é para auxiliar a população e não para que nós nos beneficiemos com o parto. Acho que é um ótimo momento para pensar qual é o nosso papel aqui dentro e se aí não está envolvida a idéia de ajudar o ou a acompanhante a ser sujeito*

*dessa parte de sua vivência. Poderia ser um ambiente de aprendizagem, não acha?” (AE2).*

*“[...] quem atende à família precisa compreender que quem quer que esteja ali é sujeito do processo, é uma pessoa que está também preocupado, estressado e que vai, certamente, aprender com a experiência de estar ali” (MP3).*

Para um pequeno grupo de profissionais, o acompanhante que atua como suporte, apoio, referência para a mulher, por ocasião de sua internação na maternidade, para o nascimento de um bebê, é um componente essencial neste contexto. É de suma importância que os profissionais vislumbrem nesta pessoa, um potencial suporte para ajudar no parto, pois independente da pessoa que esteja presente, representa a possibilidade de manutenção dos vínculos dessa mulher à sua rede social e familiar, mas também, argumentam que essa pessoa deva ser abordada e compreendida como um sujeito, um ser humano único; alguém com individualidade e possibilidade de transcender, de aprender com a experiência. Em seus argumentos, indicam a importância que os demais profissionais vislumbrem o acompanhante como alguém que, partilhando com a mulher toda a expectativa da gestação, anseia também em participar plenamente da experiência do nascimento. Essa mesma perspectiva está contida nas reflexões realizadas por Espírito Santo e Bonilha (2000), quando descrevem que o sentimento atribuído a essa experiência é a percepção de que ele (o acompanhante) também se percebe como personagem importante e necessário para que ocorra tudo da melhor maneira.

A segunda sugestão para os profissionais diz respeito à relação que este deve ter com o acompanhante. Neste sentido, a comunicação e a interação precisam fazer parte desse processo, devendo os profissionais aproveitar os momentos que estão interagindo com os mesmos, como uma oportunidade de diálogo fortalecedor, que os faça sentirem-se empoderados para exercer o papel de apoio e suporte e, ao mesmo tempo, que os preparem para serem ‘aliados’ no processo de cuidar, atuando em parceria ou em co-participação com os profissionais da maternidade:

*“[...] acho que os profissionais precisam aprender a respeitar os acompanhantes e usá-los, no bom sentido, a seu favor, né? Se a pessoa que está ali se sente importante, vai auxiliar não só a mulher ou o bebê que*

*nasceu, mas vai ajudar o médico, o auxiliar, o enfermeiro, a saber mais sobre essa paciente” (E2).*

*“[...] os profissionais deviam dizer: ‘olha eu preciso que você ajude’. Eu acho que teria que ter uma forma de chegar no acompanhante sem ofender e orientar, esclarecer, solicitar ajuda, em qualquer lugar que ele esteja passando. Seria bem melhor, inclusive a comunicação” (TE2).*

*“Oh, a minha sugestão é nunca esquecer dessa importância do acompanhante. Às vezes uns dão, outros não dão a importância, mas não esquecer que isso é importante [...] o benefício da presença do acompanhante. Teríamos que pensar em conjunto numa forma de recebê-los como co-participantes e não como intrusos” (MO4).*

*“Eu acho que a gente tem que tentar estar falando com esse pai, com essa mãe, com essa irmã, seja lá quem for o acompanhante dessa mulher, no momento que ela esteja ali, a gente estar orientando melhor, dentro do espaço que a gente ocupa aqui dentro, porque daí ele vai saber realmente, vai se sentir importante, vai fazer até o seu papel melhor. Ele não sabe o que fazer muitas vezes... só veio porque disseram que podia vir, mas também está perdido. Por quê não conversar, não dialogar? Não prestar mais atenção nessas pessoas? Minha sugestão é pra isso” (AE3).*

*“Acolha, acolha, oriente, porque essa pessoa vai ser um aliado. Aceite essa pessoa, oriente no que for necessário, que ela vai ser seu amigo. Entre aspas, que ela vai te proteger, ela vai proteger. A gente como profissional aqui dentro deve ter em mente que é necessário chegar mais próximo desse acompanhante. Fortalecer, dar ouvidos, né, dar voz e conferir importância. É necessário que a gente pense em estratégias conjuntas para fazer isso” (E3).*

*“[devemos] lembrar sempre que quando esse casal estiver entrando na maternidade, devemos receber bem, passar todas as orientações, o que ele pode fazer, o que não pode, né, se for o caso, porque às vezes ele faz alguma coisa assim que não seria o ideal, mas não é porque ele fez por gosto, é porque ele não sabe. Ele precisa sentir-se parte daquilo ali. Se se sente um intruso, como é que vai querer que colabore? Que tenha um papel? Na maioria das vezes a gente age como se ele não estivesse ali e às vezes, mostramos pra ele também que ele não é bem querido. Quem agüenta isso?” (AE4).*

*“Só isto, instalar a Lei Áurea do acompanhante, ter talvez até um horário fixo e uma pessoa assim pra falar, ou duas pessoas, um dia uma, noutro*

*outra, falar assim do jeito que eles entendam primeiro. Precisamos ver em conjunto quem tem a melhor idéia de como fazer isso” (MP5).*

As relações existentes entre os profissionais de saúde e os clientes são de extrema importância para a melhoria da qualidade da assistência prestada. No atendimento à mulher que vivencia o processo parturitivo é salutar conhecer suas experiências e também os aspectos sociais e culturais das famílias. A percepção de que o acompanhante pode ser um agente facilitador deste relacionamento e do conhecimento desta mulher aponta para a necessidade dos profissionais de saúde promoverem mudanças no atual modo de ser, além de adotarem outras posturas frente ao fenômeno. É importante ressaltar que a humanização da assistência ao parto e nascimento propõe ações relacionadas ao acolhimento da mulher e sua rede social e familiar e está também representada pela necessidade de orientação/diálogo/fortalecimento deste acompanhante, de acordo com as idéias que aparecem nos depoimentos. Como se pode observar, vários desses profissionais dão a entender que existe uma grande lacuna relacionada a estes aspectos. Principalmente no sentido do empoderamento dessas pessoas, e não simplesmente para benefício dos profissionais, conforme já discuti em outras categorias. As sugestões apontadas por esses agentes de saúde encaminham-se no sentido apontado por Armellini e Luz (2003), ou seja, voltadas para o entendimento do acolhimento como uma relação educativa, que deve estar presente durante as consultas obstétricas no pré-natal, nos cursos de preparação para o parto, devendo ainda estar integrada na formação dos recursos humanos que fazem o atendimento de mulheres e seus familiares por ocasião do parto.

Nesse mesmo sentido alguns profissionais apontam ainda certos indicativos mais operacionais para perseguir o mesmo objetivo, como por exemplo, a conquista de encontros coletivos como estratégia para discutir com a equipe multidisciplinar a dinâmica do trabalho para melhorar a relação interpessoal e servir de base para a discussão dos aspectos relacionados com o acompanhante. Também falam em sensibilizar e habilitar a equipe para melhor atender a demanda e em fortalecer os vínculos entre os profissionais e os clientes e seus acompanhantes:

*“Sugiro pra equipe, primeiro: reuniões como um todo, para que todos saibam onde nós estamos e o que queremos. Acho que falta um treinamento para esse pessoal, para que façam com convicção do porque estão fazendo*

*isso, se vê discussões entre categorias diferentes porque uns querem e outros não querem o acompanhante aqui, e assim fica difícil, fica um clima ruim, então eu acho que a gente tá pecando um pouco na questão de educação continuada. Um pouco não, bastante” (MP3).*

*“Olha, deveria haver uma educação continuada né, reforçando estes princípios entre enfermagem e médicos, para haver um melhor relacionamento com relação aos acompanhantes aqui no hospital. O certo é ter uma educação continuada para haver um maior vínculo com o paciente” (MP4).*

*“Precisamos discutir em reuniões estratégicas; trazer os profissionais para colocar as cartas na mesa. Dialogar em torno desses objetivos. Não dá para a gente dizer apenas: ‘olha, tem uma nova política, uma nova legislação sobre isso’. As pessoas precisam acreditar nisso, mudar de opinião se for necessário. Nada melhor do que promover esta discussão conjunta e então lutar para a educação continuada de toda a equipe, visando habilitar a equipe para o acompanhamento” (E1).*

Ao apontar a necessidade de reuniões entre os profissionais de saúde para discutir assuntos relacionados com o trabalho e principalmente com aspectos relacionados à assistência, revela-se a inexistência de encontros periódicos para essa finalidade. Dessa forma, a educação continuada, os treinamentos e oficinas são referidos pelos profissionais de saúde como forma de melhorar a qualidade da assistência prestada, principalmente no aspecto do relacionamento interpessoal, mas também para estabelecer metas comuns e estratégias de envolvimento e capacitação que promovam a política de acompanhamento das mulheres usuárias da maternidade. Deslandes (2004) aponta que a qualificação profissional é um aspecto inerente à humanização da assistência, que deve prever desde aquelas questões voltadas para os aspectos técnicos do cuidado, até aquelas voltadas para trabalhar as intersubjetividades, seja dos profissionais, dos usuários, ou as interfaces entre eles. Também creio é uma forma concreta de estabelecer uma política de atenção e inserção do acompanhante na maternidade, já que tal proposta é inexistente.

Essa problemática também está presente face à inexistência de protocolos específicos de inserção do acompanhante e que é vista como imprescindível pela maioria dos profissionais:

*“Eu acho que tinha que ter alguma coisa por escrito porque daí todos*

*seguem, uma rotina por escrito” (AE1).*

*“Eu acho que nós deveríamos ter, eu não vi aqui ainda, uma cartilha da nossa maternidade, eu não vi aqui ainda” (TE3).*

*“Devia ser feito uma cartilha, uma cartilha com normas e protocolos para a inserção e permanência dos acompanhantes” (AE9).*

*“Poderia até ter um protocolo resumido que a gente teria e passaria para as pacientes e os acompanhantes. Poderia ser assim um folheto, que seria assim, assado, teríamos que pensar... talvez fosse uma idéia, né? Algo discutido e que fosse para ser seguido por todos, como uma filosofia” (MO4).*

*“Eu acho que poderia ser bolado um folheto, alguma coisa, não é.. primeiramente discutir com a equipe e depois passar as informações para os usuários. Uma coisa que fosse de acordo de todos” (MO3).*

*“[...] essa é uma questão muito importante, eu acho que deveria ter um formulário por escrito pra eles, assim, já no primeiro, já na entrada, pra que todo mundo fale a mesma língua. A visão que eu tenho é a visão da noite, a visão que a minha colega tem, é a visão durante o dia, então ela vai passar as informações no decorrer durante o dia, e eu vou passar as informações do que vai ocorrer durante a noite. Por isso deveria ter um protocolo, para que todo mundo falasse a mesma coisa. Tem que ter uma política sobre isso” (E4).*

*“A meu ver deveria haver uma política que fosse discutida em conjunto. Poderia ter algo dizendo quais seriam os direitos e os deveres do acompanhante” (MO6).*

Os depoimentos mostram que os profissionais sentem falta de uma política explícita de atenção ao acompanhante, bem como de uma rotina escrita que pudesse ser utilizada tanto para dar direcionamento ao processo de acompanhamento, quanto para balizar as orientações para todos os profissionais, indistintamente. Entretanto, há que se ter cuidados ao se adotarem rotinas estanques, e que, ao invés de fortalecerem os participantes, simplesmente se resumam em orientações a serem seguidas, ou em listas intermináveis de deveres, regras e convenções a serem observadas, pois esta é uma prática comum em instituições hospitalares, à exemplo da pesquisa conduzida por Oliveira e Madeira (2002), em que os pesquisadores constataram que o

cumprimento de normas e rotinas em excesso pelos usuários de uma instituição de saúde, despertou nos sujeitos do estudo sentimentos de submissão e agressão ao receberem os cuidados. Portanto, as definições grupais, contendo princípios filosóficos e orientações específicas devem ser bem direcionadas, pautadas em pressupostos focalizados nos direitos sexuais e reprodutivos dos cidadãos e que permitam flexibilizações. Isso evitaria agredir ou desrespeitar as mulheres e seus acompanhantes, ao mesmo tempo em que se revestiria em um bom caminho ou numa boa prática em direção à participação ativa da família e à promoção desses sujeitos como parceiros do cuidado, como assinalam vários depoimentos.

A dinâmica de trocas de acompanhantes é outra sugestão apontada pelos entrevistados. Alguns profissionais admitem que muitas vezes incentivam a troca por diversas razões, entre elas o cansaço e o estresse da pessoa que está oferecendo o suporte. Mas admitem também que, noutras vezes, o indicativo de troca se dá porque percebem que o acompanhante está ajudando pouco, ou mesmo por questões de comportamentos alterados, em face do alcoolismo e agressividade, ou mesmo para promover a privacidade de outras mulheres, principalmente no período noturno.

*“Às vezes é preciso estar trocando o acompanhante. Às vezes eu deixo o marido. Já aconteceu de ver a irmã, e por ser a irmã, se emociona, chora. Esses dias eu pedi para o marido retornar. Ele tinha saído pra fazer um lanche, e aí eu pedi pra ele ficar, porque apesar de tudo ele estava bastante tranquilo com relação a tudo que estava acontecendo. A gente já tinha conversado bastante e a irmã já não conseguia mais parar de chorar. Então é nesses momentos que eu vejo que é importante ter essa dinâmica de troca [...]. Às vezes, para ajudar essa paciente, você tem que estar permitindo esta troca” (AE3).*

*“[...] solicitei já a troca, sabe, dando opções: ‘quem sabe não seria melhor a tua mãe ou o teu marido ficar com você, porque estou achando que estás meio nervosa com a situação, então quem sabe ele seria uma pessoa melhor’; como já pedi assim: ‘será que a tua mãe não seria melhor, já que ela entende, já passou por isso, ao invés do teu marido que não entende a tua dor, né, porque ele fica nervoso e começa a correr atrás de você: ‘tem que fazer uma cesárea, tem que intervir, porque tem que fazer, tem que fazer, tem que fazer’. O melhor seria mudar de acompanhante, mas também não dá pra ser toda hora, porque tem acompanhante que vai, acompanhante que vem, meia hora um, meia hora entra outro, tem que organizar” (E4).*

*“[...] de noite a gente teria que sugerir que seria melhor uma acompanhante mulher, que pudesse ajudar assim, né, por causa da privacidade da outra” (AE5).*

*“[...] então eu acho que no pós-parto é meio complicado a gente ter um acompanhante masculino num alojamento com mais mulheres, e então poderia ter uma rotina de troca. Mas eu acho que no pré-parto e durante o parto é a pessoa que ela escolheu. Depois, no pós-parto, eu até coloco pra ela assim: ‘olha, seria melhor que viesse uma mulher pra ficar com você, a mãe, ou uma amiga, até pro teu marido descansar, pra ele estar bem quando você chegar em casa’. Então eu acho que a gente deveria ter esse protocolo de dizer isso pra ela” (E4).*

*“[...] já muitas vezes sugeri a troca do acompanhante. Acho que essa troca é importante” (MO4).*

A dinâmica de troca de acompanhantes a meu ver é uma sugestão que serviria para resolver alguns impasses quando o acompanhante não é aquele que o profissional deseja, sendo muitas vezes justificada pela necessidade de manter a privacidade de outras pacientes ao sugerir a substituição do acompanhante masculino pela presença feminina. Questiono se não seria novamente uma forma dos profissionais imporem uma pessoa como acompanhante, fazendo valer a sua preferência, e não aquela que a mulher realmente deseja que esteja presente. Em algumas instituições é facultada a troca de acompanhantes sem, no entanto, interferir na escolha das famílias. Tornquist (2003), ao estudar esses aspectos em um hospital universitário do sul do país, percebeu que as próprias mulheres e suas famílias solicitavam a trocas de acompanhantes e que essas ocorriam com frequência entre as famílias de classes populares. Era comum que no momento da internação, quando as mulheres estavam no pré-parto, o homem acompanhasse, mas percebeu que algum tempo depois, o mesmo era naturalmente substituído por uma mulher da rede familiar do casal. Essas trocas eram justificadas pela necessidade que o homem tinha de buscar roupas para a mulher e do bebê e até por questões relacionadas ao seu trabalho. A autora salienta ainda que é importante a existência dessa flexibilidade na rotina do acompanhante, e que isso deveria fazer parte da filosofia da instituição.

### 5.5.2 Quanto às orientações que os acompanhantes devem receber para acompanhar

Os profissionais acreditam que o acompanhante exerceria melhor seu papel de suporte e apoio junto à mulher, assim como se sentiria mais confortável e fortalecido para ajudar, se tivesse informações com conteúdos relacionados ao conhecimento da instituição e dos diversos setores, sobre alguns comportamentos que deveriam ser evitados, visando a preservar a intimidade das demais parturientes e puérperas e sobre algumas regras básicas que auxiliariam na manutenção de ambiente seguro para a recuperação das puérperas e a saúde dos recém-nascidos.

*“É importante mostrar os lugares onde ele pode estar indo, qual o banheiro ele pode usar, qual o papel dele ali, falar sobre o trabalho de parto, de estar colocando ele junto neste processo; até porque ele faz parte. É a gente que está fora. Ele é a pessoa importante ali. Sobre o trabalho no pós-parto, de acompanhar o recém-nascido [...] É muita orientação pra ser dada num só dia” (E2).*

*“[...] teria que orientar das coisas normativas da instituição: ‘entra ali, sai por ali, pega a direita, faz assim. Olha, nossas instalações não são confortáveis, vocês são bem-vindos, fazemos o que dá, nós temos três cadeiras que reclinam, que deitam um pouco mais, a gente aqui faz verificação das pessoas que têm mais prioridades, são mais idosas (acompanhantes)’, quer dizer, são acordos, tem as regras da instituição e acho que tem os acordos. Às vezes você está vivendo momentos diferenciados, então o sujeito precisa saber o que está acontecendo” (E1).*

*“Teriam que receber orientações no sentido que o papel deles ali é ajudar, é acalmar a paciente tranquilizar, ajudar, estar ali, e quando eles se sentirem incapacitados, eles podem pedir socorro: ‘oh, eu não agüento mais’. Então a gente vai lá dar este respiro: ‘sai um pouco que a gente vai cuidar bem delas, que elas não vão ficar abandonadas’... essas orientações da casa mesmo, tipo: não pode usar o banheiro das pacientes, são as normas da casa. Então é colocar pra eles, explicar que os neném choram, sabe, porque eles não sabem, eles não sabem que os nenenzinhos vem, que eles choram, que eles fazem coco, que eles fazem xixi, e às vezes eles tem dificuldade pra mamar, que eles não sabem” (E4).*

*“Teríamos que orientar tudo que ele precise saber para circular aqui*

*dentro da maternidade, né? Poucas normas: onde pode ir, onde não pode, onde ele vai fazer as refeições, onde vai usar o banheiro, pra que ele possa circular de forma tranqüila aqui dentro, sem perder tempo com coisas abstratas, com coisas desnecessárias, e assim, uma orientação que a pessoa fique próxima, marque a sua presença, não precisa fazer nada de milagroso, só ficar próximo” (E3).*

*“[...] orientar como se portar lá, na hora de cuidar da mãe, de dar conforto pra ela, palavras de positivismo; pra saber o que falar na hora. Dizer o que vai ajudar essa mãe depois também, né? Trazer ele junto na hora do banho, pra ver, ta acompanhando pra depois ele ajudar, e realmente colocar ele junto né, porque a gente fica nos binômios, nos binômios e o pai tá ali junto, e às vezes não tá ligado ali” (AE4).*

*“[...] pro pai, orientar, fazer com que cada um fale a mesma coisa com relação aos cuidados, né, com relação ao cuidado da mãe” (MO3).*

*“O que ele vai fazer, qual é a função do acompanhante, né. Como é que ele deve se comportar com a cliente [...] porque pra ele também é novo, né, também é novo ali, então eu acho que ele tem que ser bem orientado assim” (AE12).*

*“Eu acho que para a nossa realidade aqui era bom ter uma orientação para o acompanhante [...] que ele entraria na sala, que encontraria uma situação, né” (TE1).*

*“[...] acho assim que tem que respeitar horário, que tem que respeitar a nossa rotina, né, [...] que tem que ficar junto, não é pra ficar dormindo, não vem aqui pra dormir, né, pra que use o banheiro correto, que às vezes a gente entra no quarto e pega o marido lá com porta aberta, respeitar isso também eu acho que deveria dar lá antes da paciente entrar, orientar o acompanhante, de toda a nossa rotina, de como ele deve usar, proceder aqui dentro na hora que precise ficar o tempo todo com a paciente, onde ele pode usar o banheiro, onde ele pode tomar banho, alimentação. Eles tão comendo a comida das pacientes... tudo deve ser orientado. Eles entram e não sabem, ficam perdidos e fazem errado, né? Os cuidados de ir junto com a mãe trocar o bebê, na higiene do bebê, se ele se interessar em dar o banho, trocar sozinho... para eles saírem os dois bem cientes, né, aprendendo” (TE4).*

*“[...] por exemplo, ele ir no banheiro do pré-parto ou do quarto. Às vezes ele não sabe disso, né, então essa orientação ele tem que ter, sabe. Se quiser usar o banheiro, usa o lá da frente. Ele não tem essa orientação. E*

*de noite, ele pergunta: ‘eu tenho que ficar?’ não é questão de ficar, ela tem direito, ‘mas se você quiser dormir, vai pra casa’, é como eu falei né, vai descansar, dormir em casa, no cantinho dele sossegado, daí no outro dia vem” (AE4).*

*“‘Isto é assim. Você tem que ficar ao lado da parturiente, com a parturiente, assim ajudando, tentar não interferir no que está sendo feito. Assim, assim, a gente vai de tempo em tempo examinar a parturiente, a gente vai ver o neném’. Enfim, tem coisas que é interessante que ele saiba que vão ser feitas e que são pra que ele não fique surpreendido Agora, no parto, ele deveria ser orientado para algumas coisas: qual a postura que ele deve ter, aonde que ele vai ficar, que é um procedimento, o parto é um procedimento estéril, que certas coisas, lugares, que ele não pode tocar, que ele não pode pegar, que eventualmente vai ser feito um corte na vulva, pra facilitar a saída do bebê, que eventualmente pode ser necessário o uso do fórceps, isso daí ele tem que saber de antemão que pode ser necessário, que pode ser usado, que é um instrumento atual, que muitas vezes ajuda bastante e às vezes fica ali vai-não-vai, que o neném não pode ficar ali muito tempo por causa da compressão, enfim, este mecanismo que eu acho que é interessante que o acompanhante saiba que pode acontecer” (MO1).*

*“[...] a gente deve orientar coisas básicas, do banheiro, que não é para usar o que não pode, e algumas limitações, mas eu acho que é só uma questão de orientação estar trabalhando a equipe para aceitação, né, não só a equipe de funcionários, mas a própria equipe médica, pra ver esse acompanhante como um benefício, algo a mais para ajudar a parturiente e não para atrapalhar quando a gente tá fazendo alguma coisa, um procedimento” (AE3).*

*“Fundamentalmente ele tem que saber que o nascimento e o parto, seja ele cesárea, operatório, ou não, o parto muitas vezes pode se complicar enormemente, e que nestas situações a condição de espectador dele se torna mais fundamental” (MP2).*

*“A sugestão que eu dou é que o acompanhante se fizesse presente desde o início. Se o obstetra vai avaliar já no pré-parto ou no parto, e o acompanhante já está junto desde a admissão, ele não vai entrar no meio de um cálculo difícil, ele já vem antes do cálculo começar, ele já está junto, então não vem aquela coisa: ‘olha, o acompanhante vai entrar’. Não vem uma interrupção do pensamento do profissional” (MP2).*

*“Orientações gerais em relação a ele, ao uso de banheiro, se se sentir mal, o que eles têm que fazer, tipo, eles estão lá dentro da sala de parto e se*

*sentiu uma tontura, sai pro corredor e deita no chão. Então tem que prever essas coisas mais gerais. E as específicas, as específicas é informar de que o TP é dinâmico e intercorrências podem acontecer, e que se for tomada alguma atitude, se for pedido para ele sair, vai ser em benefício da paciente, que parto sangra, que, né [...] claro que a gente não vai conseguir passar tudo, ensinar tudo, nem eles, mas talvez passar um pouco mais de segurança, né?” (MO2).*

*“Com relação ao horário de visita, o que eles vão poder ajudar desde o internamento até a alta, o que não podem fazer que prejudicaria o andamento do serviço, são orientações sobre contaminação durante um procedimento cirúrgico...” (MO3).*

*“O acompanhante tem que saber que vai ficar ao lado da mãe, dar apoio pra mãe, quando vir o neném tem que ficar e acompanhar os dois, dar apoio para os dois” (TE2).*

*“Acho que um mínimo de orientação deve ser dado. Ser orientado que podem ocorrer dificuldades, que ele deve permanecer na condição de expectador, para que não fique, atrapalhando o serviço da equipe, que às vezes é bem difícil” (MP2).*

*“[...] eu acho que a orientação básica que o pessoal daqui deve dar: mostrar pro pai qual a real função do acompanhante, fazer uma coisa básica e entregar pra ele, a questão do acompanhamento, a questão de entradas e saídas, a função dele que é de acompanhar a mãe e não de ficar, orientar ele do que essa mãe vai passar aqui dentro, que ela vai ganhar aqui, se for parto normal ou se for cesárea, o que ele pode fazer, o que ele pode e o que não pode comentar, mostrar as questões básicas, mas que a função do acompanhante é o apoio à mãe no parto e o bebê depois vai estar junto, que é mais importante ainda a partir do momento que o bebê nascer. Que ele tem uma função específica com a mãe e não com a TV [...]” (MP3).*

*“Bom, é importante que o acompanhante, se ele vem aqui pra acompanhar alguém, que execute o serviço, as modalidades, que atue como acompanhante, né? Ele precisa saber a hora de estar presente, como orientar pra pessoa se deitar, se levantar, ir ao banho e tal, e quando precisar chamar alguém, uma enfermeira, que ele vá chamar, como realmente alguém que veio pra ajudar [...]” (MO5).*

*“Eu sempre digo que à noite, que é um direito deles, né, mas se ele quiser, que ele vá pra casa, que durma, descansa, que no outro dia ele está inteiro pra acompanhar ela o dia inteiro, que é quando ela vai estar lidando com a*

*criança, que ele vai poder né, senão no outro dia ele também vai estar cansado né, que de duas uma, ou ele ajuda a cuidar de noite ali, ou ele vem só pra dormir. Então que durma em casa, que daí fica mais sossegadinho, né, que daí no outro dia está firme e forte” (AE4).*

Os depoimentos apontam uma grande quantidade de orientações que o acompanhante precisa receber para estar ao lado da mulher por ocasião do parto. Ao iniciar a análise, acreditava-se que os profissionais diziam estar aliado apenas ao desejo de fazer realmente com que o mesmo se sentisse mais confortável naquele lugar estranho, e que as orientações fossem no sentido de apoiá-lo no desempenho de seu papel na maternidade, que é o de permanecer junto à mulher, fornecendo-lhe suporte, dando apoio e ajudando nos cuidados dela e do recém-nascido. No entanto, outras questões foram sendo amplamente reforçadas e, inclusive, defendidas com certa volúpia, durante as entrevistas. Percebi que alguns profissionais se exaltavam bastante quando o diálogo girava em torno das orientações que deveriam ser fornecidas ao acompanhante e, em alguns momentos, acreditei que estávamos falando sobre um alguém tão idealizado, que parecia existir apenas nas imaginações de alguns profissionais. Não se questionam aquelas orientações que ajudam a fortalecer o ser humano que vai dar suporte à mulher e à criança, pois as mesmas, inclusive, são desejadas e requeridas, conforme apontam alguns estudos já publicados, como o realizado por Motta e Crepaldi (2005), que enfatizam que a orientação dos profissionais relacionados aos cuidados para promoção do conforto é uma forma de instrumentalizar e possibilitar a realização de atividades diferentes, ampliando sua capacidade de ajuda à mulher. O que se questiona, com base no referencial da humanização do parto, são as justificativas escusas que, por vezes, encontram-se imersas nos significados de algumas ‘orientações’, e que tornam o sujeito uma espécie de intruso. Espírito Santo e Bonilha (2000) identificaram em seu estudo que os profissionais esperam que o acompanhante mantenha uma postura impecável, deixando de considerar o momento especial que o mesmo vivencia.

O Centro Cirúrgico é o local de foco das orientações e os procedimentos relacionados principalmente ao parto e à cesárea se concentram nas maiores necessidades de orientação. Neste sentido existe uma preocupação muito grande com o entendimento que esse acompanhante deve ter relação ao processo fisiológico do parto e nascimento e das complicações que podem advir e que justificam o uso

de tecnologias e procedimentos no momento do nascimento. Entretanto, devemos lembrar que o acompanhante tem sua função principal como suporte para a mulher, não necessitando, para isso, que compreenda a justificativa técnica dos procedimentos realizados. Será que é realmente necessário todo esse conhecimento sobre as complicações do parto, uma vez que são raros esses eventos, para habilitar o familiar para estar junto à mulher? Ou será que essa necessidade de conhecimento não seria uma forma de dificultar a entrada desse familiar em alguns recintos? Poucas foram as dúvidas referidas sobre o seu papel enquanto acompanhante, identificados no estudo de Pinto et al. (2003). Segundo as autoras os acompanhantes tinham a preocupação sobre a evolução do trabalho de parto e ao parto, principalmente relacionado às contrações uterinas e o tempo estimado para o nascimento. Outros acompanhantes deste estudo apresentaram insegurança sobre a sua própria capacidade de propiciar suporte nos períodos finais do trabalho de parto e no parto propriamente dito.

Portanto, há que se considerar as várias facetas do poder instituído em algumas orientações que são evocadas como sendo imprescindíveis para os profissionais. Monticelli (2003), ao realizar uma etnografia de Alojamento Conjunto, refere que, em muitas das orientações que tomam lugar nesse cenário da maternidade, aparece simbolizando o poder social das profissões da saúde, representando a institucionalização dos conhecimentos médicos especializados. Tal representação se sustenta tanto nos domínios das necessidades cotidianas dos instrumentos e ‘ferramentas’ de trabalho, como nas relações de poder mais macro-contextuais que se aproximam da “instituição total” referida por Goffman (1999).

Outra perspectiva que se sobressai dos dados é que os profissionais entrevistados avaliam que os acompanhantes deveriam iniciar o ‘acompanhamento’ em um momento bem pregresso, ou seja, ainda no início do período gestacional da mulher, pois teriam a oportunidade de serem “iniciados” no aprendizado para o papel a ser desempenhado na maternidade:

*“[...] desde o pré-natal, né, acho que deve assim ser colocado já naquele momento. Eles chegariam aqui bem mais preparados. Já prontos para atuarem, na hora da admissão da paciente, né?” (AE9).*

*“[...] a orientação deles seria uma questão de tempo, que seria desde o pré-natal” (MP3).*

*“[...] é uma questão que deveria ser dada e iniciar lá na base, tem que ser feito um trabalho lá com a gestante e de repente estar levando um acompanhante na consulta e ser esclarecido lá na base. O mais certo seria iniciar no pré-natal e vir com todas as informações, tanto o acompanhante como a paciente, principalmente” (TE1).*

*“[...] eu acho que a gente teria que ter um curso de casais grávidos pra estar trabalhando essas informações de como agir, de como se comportar, do que fazer, eu acho que não tem que ser aqui dentro, mas no pré-natal” (AE3).*

*“Alguma coisa seria dita já no pré-natal, né, mas muitas vezes eles não tem aquele pré-natal ideal, né, acabam fazendo aquele pré-natal meio corrido assim e não tem orientação. O ideal realmente é que eles tivessem lá no pré-natal, pois daí eles já vem mais preparados. Daí quando eles chegam aqui, não ficariam tão perdidos com aquela bateria de informação, porque é muita coisa pra gravar, ainda mais a mãe né, com aquela dor ali, de dez palavras ela vai gravar uma” (AE4).*

*“Eu acho ideal que no pré-natal, o possível acompanhante já fosse orientado, já tivesse algum tipo de esclarecimento, sobre que é um trabalho de parto, de como é um parto e de como seria o papel dele n essa condição” (MO1).*

*“[...] assim no sentido do acompanhante fazer, junto com o pré-natal da mulher, alguma coisa preparatória, pra ele vir mais preparado pra maternidade, né” (TE6).*

Sem dúvidas, o pré-natal é um momento importante para a mulher gestante, sua família e as demais pessoas da rede social, no sentido de tomarem conhecimento das inúmeras situações relacionadas ao desenvolvimento da gravidez e do feto, assim como se apropriarem de informações inerentes ao nascimento e parto, porém, há que ser submetido à análise crítica e aos valores que o animam, pois há uma tênue linha a separar as orientações que capacitam, fortalecem e empoderam os sujeitos que vivenciam essa experiência, e os princípios medicalizadores do parto e do nascimento, conforme já discuti em categorias pregressas. Basso (2007) chama a atenção que a medicalização do parto significou a reorganização da atenção obstétrica, de modo que se pudesse ter controle institucional e intervencionista sobre o mesmo, de forma gradativa e crescente, acompanhando o

progresso tecnológico e vinculando-os estritamente ao conhecimento científico que sustentaria as bases da formação profissional. “Especialmente, do início do século XIX para cá, sob essa ótica, um longo caminho vem sendo trilhado no sentido de tornar essencialmente médico um evento antes considerado biológico e social em sua inteireza” (BASSO, 2007, p. 11).

Outro aspecto envolvido com as orientações que os acompanhantes devem receber diz respeito a quem cabe a função de orientar:

*“Eu acho que, por exemplo, se for verbalmente, eu acho que todo mundo tem essa função, não precisa ser na entrada, na admissão, ‘olha, é isso, isso, isso’, poder ser qualquer um” (MO4).*

*“Ah, eu acho que seria função de qualquer membro da equipe envolvida no atendimento. Eu acho que todo mundo aqui teria condições, todos são profissionais, são adultos, acho que poderiam ser os auxiliares, técnicos de enfermagem, enfermeiros, médicos, não importa, desde que seja alguém que se sente com tranquilidade” (MP2).*

*“De início acho que seria lá na admissão, quem faz o internamento deveria dar todas as informações para eles entrarem, as meninas da internação. Caso ficasse alguma coisa, eu acho que a enfermeira responsável pelo plantão tem que dar essas orientações também. Em últimos casos seríamos nós, porque a gente conhece as rotinas também, né e se não está correto, a gente orienta, a gente procura orientar” (TE4).*

*“Eu acho que tem que ser qualquer pessoa da equipe que se dispõe, que goste de fazer isso, que possa fazer isso lá na sala de admissão, orientar melhor no centro cirúrgico também. Teria que ter alguém disponível para dar as orientações, assim, de paramentação e assepsia, de lavar pelo menos as mãos antes de entrar na sala de parto e antes de entrar também na sala de cesárea” (MO2).*

*“Acho que aqui na nossa maternidade todos devem fazer, todos devem responder os questionamentos dessa pessoa, mas principalmente quem inicialmente tem o primeiro contato na sala de admissão. O enfermeiro, num primeiro momento, mas todos devem estar interados do processo, pra que respondam os questionamentos e que, se necessário, ambientem essa pessoa” (E3).*

*“[...] a gente costuma delegar essas coisas para a enfermagem de uma*

*maneira geral” (MP1).*

*“[...] eu acho que todos nós da enfermagem devemos dar essas informações, eu acho que a gente trabalha mais diretamente” (AE3).*

*“Primeiramente quem deve orientar é a pessoa com quem esse acompanhante, este apoiador está tendo contato, no caso, né, o pessoal da enfermagem, eu creio” (TE3).*

*“Eu acho que é a pessoa que ficar mais tempo com aquele casal, [...] eu acho que quem tem que orientar é a enfermagem. Eu, na minha opinião, é a enfermagem que vai ficar mais em contato com aquela mãe naquele momento” (MO6).*

*“[...] a enfermagem deve orientar familiares pra acompanhar, como fazer, de que modo se comportar, lavar as mãos pelo menos quando entra no CC, no CO, e orientar de como se veste e tal” (MO5).*

*“[...] quem entende né? Alguém da enfermagem, o enfermeiro, o auxiliar também pode dar, porque quem sabe pode, né?” (AE20).*

*“Eu acho que seria a enfermeira, né, geralmente quem admite é a enfermeira, então a enfermeira é a pessoa” (AE21).*

*“[...] lá na admissão a enfermeira que vai admitir, né, ela também tem mais jeito, mais capacitação” (AE19).*

*“[...] o enfermeiro seria o mais indicado” (MP3).*

*“[...] a enfermeira” (TE2).*

*“Eu acho que ou o enfermeiro obstetra ou o próprio médico, tinha que ser ou um ou outro. Enfermeiro, enfermeiro obstetra e se o médico tiver tempo, tempo teria até, mas em geral médico não gosta muito de falar, sabe, bem, eu falo por mim. Porque tem médico que gosta de falar, fala, fala e não para mais, mas isso aí é tudo uma questão de fazer uma rotina” (MO1).*

*“[...] a enfermeira, a enfermeira. No nosso caso, somos nós que admitimos [...]. A primeira pessoa que ela vê somos nós, então eu acho que a primeira pessoa que ela vai criar confiança, que ela vai criar vínculo é com você. Seria nossa a responsabilidade de passar as orientações” (E4).*

*“Eu acho que sou a pessoa que devo orientar. As pessoas podem até não*

*fazer, mas eu acho que não posso me furtar, não eu! Sou a responsável” (E1).*

Depreendem-se daí pelo menos três posicionamentos. Os primeiros verbatins não atribuem a um só profissional o papel de informar ou orientar os acompanhantes; de forma genérica ‘todos’ os elementos da equipe seriam responsáveis pela tarefa. Isso poderia ser articulado à possibilidade de partilhar a responsabilidade por tal processo, uma vez que dispense tempo, energia e capacitação para seu efetivo processamento. Corroborando com isso Griboski e Guilhem (2006) apontam que o contexto assistencial necessita deste compromisso por parte de todas as pessoas envolvidas, e que a falta de políticas específicas e/ou de habilitações não deve ser empecilho ou obstáculo para a implementação de programas e projetos educativos dentro das instituições.

Alguns profissionais, no entanto, apontaram que a equipe de enfermagem deveria ser responsável pela orientação dos familiares sobre o acompanhamento, sendo inclusive percebido pela própria equipe de enfermagem como uma atribuição inerente à sua formação, instrumentalização, e por estar por mais tempo em contato com a clientela. Esses depoimentos trazem à tona o papel que a equipe de enfermagem tem dentro da instituição e os diferentes olhares que são atribuídos a essa orientação. Se por um lado o depoimento do médico pediatra enfatiza a orientação como uma atribuição “delegada” por esses profissionais para a enfermagem, talvez entendido como algo secundário, por outro, a própria enfermagem entende a orientação como um cuidado inerente ao seu desempenho profissional, onde a orientação é parte integrante do cuidado.

Contudo, o último conjunto de verbatins aponta a enfermeira como a profissional mais indicada e em alguns verbatins, autoindicada para assumir a tarefa, seja porque tem mais capacitação profissional, mais responsabilidade pelo processo de cuidar e educar em saúde, seja por disponibilizar de tempo para o exercício da tarefa. Poderíamos admitir, como muitos estudos o fazem, a partir de constatações em várias realidades assistenciais e em âmbito curricular ou de formação profissional, que a enfermeira é a profissional da saúde com maior competência para o desempenho de atividades relacionadas com educação em saúde, mas os aspectos envolvidos com a disponibilidade de tempo apresenta-se como bastante questionável, uma vez que outros estudos apresentam esta profissional como a que mais sofre opressões

no trabalho, até mesmo porque tem mais disposição e abertura para enfrentar e aceitar desafios profissionais.

O status que o enfermeiro tem como responsável pelo cuidado e pelas orientações aos acompanhantes não está somente no fato de ter o primeiro contato com a mulher e seu familiar no momento da entrada na instituição, mas, significativamente, na própria atribuição de responsabilidade que esta assume diante das equipes de saúde e, principalmente, da equipe de enfermagem, a qual coordena.

Independente de qual membro da equipe realizaria esta tarefa, se todos, com distribuição compartilhada nos diferentes setores por que passam os acompanhantes, ou por tipo de orientações a serem fornecidas em cada um desses setores, o mais importante é que seja algo que provenha de diálogos entre os trabalhadores da maternidade e que seja voltado para as reais necessidades desses acompanhantes. Segundo Motta e Crepaldi (2003), quanto mais integrado estiverem, maior possibilidade de participação do próprio acompanhante, que se sentiria fortalecido para o desenvolvimento e ampliação de possibilidades para prestar suporte à mulher parturiente ou puerpera e ao recém-nascido.

### 5.5.3 Quanto à melhoria nas instalações físicas

As sugestões inerentes às instalações físicas da instituição estão voltadas para a melhor acomodação da mulher e seu familiar durante o seu período de permanência na maternidade, visando a superação dos problemas apontados e discutidos na subcategoria 3.4:

*“Nós temos três, quatro cadeiras, que são uma espécie de cama, que são muito boas, mas são poucas, precisaria mais. E fora isso, o acompanhante que fica com a mulher no pós-parto, fica numa cadeira comum, ou num monte de cobertor no chão. Então eu acho que essa questão de espaço físico às vezes é um pouco complicada” (TE6).*

*“[precisamos de] espaços onde o companheiro possa finalmente descansar ou deitar, ou deitar ao lado da sua companheira, parturiente, enfim da puerpera. Então a gente deve avançar para um espaço que permita inclusive deitarem juntos, estarem mais próximos, passarem mais tempo juntos, que estejam de fato num esquema PPP, ou seja, um quarto familiar, onde a família possa ser recebida. Isso eu penso que seria o ideal” (E1).*

*“[...] a instituição tem que rever, se estão pensando em melhorar o pré-parto, os quartos, você tem que também pensar em melhorar as condições físicas para melhor atender [...] então tem que avaliar o que é melhor pra instituição, o que é melhor para as pacientes é melhorar a área física” (MP3).*

Entre as sugestões apontadas estão a necessidade de aquisição de mais cadeiras que reclinam, por serem mais confortáveis e permitirem maior descanso noturno ao acompanhante. Além disso, propõem mudanças na estrutura dos quartos, que permitam a introdução de leitos tipo PPP, onde o acompanhante permaneça no mesmo ambiente com a mulher, durante o trabalho de parto, o parto e o pós-parto, favorecendo mais liberdade para a família.

Ao mesmo tempo em que esses depoimentos indicam a necessidade de alterações físicas na instituição, a fim de melhorar o bem-estar dos usuários, não representam, necessariamente, fatores impeditivos para a presença do acompanhante. Parada e Carvalhaes (2007), ao avaliarem a assistência ao parto em 20 municípios paulistas, identificaram que em nenhuma instituição havia quartos do tipo PPP, sendo que a metade dessas instituições, apesar de não ser totalmente adequada, permitia a presença do acompanhante. Griboski e Guilhem (2006) registram, entretanto, que um dos obstáculos para a implementação de uma assistência humanizada está na deficiência dos recursos físicos, necessitando, desta forma, a busca da adequação desses recursos. Da mesma forma, Malbuchi e Fustinoni (2008) identificaram que as limitações que não permitiam assistência adequada, personalizada e efetiva estavam centradas nas deficiências da infraestrutura, apontadas pelos profissionais como a inexistência de materiais (biombos, cadeiras confortáveis) que promovessem conforto e privacidade e espaço físico reduzido que pudessem favorecer a implantação da humanização da assistência.

...

O conhecimento obtido com este estudo, sobre as concepções dos profissionais de saúde, à respeito da presença do acompanhante na instituição hospitalar, certamente contribui para preencher uma importante lacuna científica identificada na área obstétrica e neonatal. Mas, além disso, também repercute diretamente na realidade social pesquisada, uma vez que os resultados possibilitam a identificação de elementos que são essenciais para a reflexão crítica acerca das representações que os profissionais possuem sobre este fenômeno e das

ações implementadas, individualmente ou em grupo, em face de tais representações.

Percebo que existem ainda inúmeros obstáculos a serem transpostos para a efetiva inserção do acompanhante na instituição investigada. No entanto, o fato de os profissionais terem tido a oportunidade de participarem desta pesquisa, por si só, já proporcionou uma experiência de reflexão, que poderá levar à revisão de concepções, posicionamentos e atitudes. Abre-se com isso a possibilidade de criar estratégias que, efetivamente, possam contribuir para a operacionalização do suporte à mulher, por ocasião de sua internação na maternidade.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste último capítulo, ao finalizar, por hora, este estudo, que continua aberto a futuras investigações, retorno ao objetivo inicial de identificar e analisar as concepções dos profissionais de saúde de uma maternidade pública quanto à presença do(a) acompanhante no pré-parto, parto e pós-parto, com o propósito de realizar a síntese dos principais achados.

Devido às inúmeras transformações que ocorreram nos últimos anos, no que tange à assistência à mulher durante o processo do nascimento, pode-se afirmar que a década de 1980 foi um marco de lutas sociais em direção às mudanças requeridas nas concepções e práticas obstétricas e neonatais, tanto no exterior, quanto no Brasil. Este *turning point* foi conquistado com muita luta, principalmente das mulheres, usuárias dos serviços de saúde, ou mesmo, profissionais engajadas na transformação do modelo vigente de atenção ao parto e nascimento, dentro e fora das instituições hospitalares. Tais contestações e críticas ao modelo hegemônico, caracterizado como hospitalar, intervencionista e centrado nos profissionais, em detrimento das mulheres, dos neonatos e de suas famílias, não está ainda totalmente erradicado dos cenários obstétricos e neonatais, mas, ainda assim, já permite que práticas intervencionistas e direitos humanos não respeitados possam ser postos em discussão. Os movimentos foram e continuam sendo decisivos para influenciar a elaboração das políticas públicas atuais que resgatam o respeito à mulher e à singularidade da vivência de suas experiências vitais. Na visão oficial contemporânea, essas políticas visam à implantação de serviços de saúde voltados para as práticas obstétricas e que levem em conta os fatores sociais, econômicos, políticos, o imaginário social sobre o feminino e as relações de gênero.

Nesse sentido, o panorama nacional de atendimento obstétrico e neonatal vem buscando qualificar a atenção à mulher, ao neonato e à família, ainda com grande ênfase nos aspectos técnicos do atendimento, mas já com importante tendência, em muitos setores, em adotar práticas sensíveis de humanização do nascimento e parto, onde o direito à presença do acompanhante aparece como um aspecto importante – porém com inúmeras resistências e de muitas e variadas ordens.

Apesar das questões relativas à presença do acompanhante durante o processo do nascimento estarem sendo discutidas de forma ampla, como fatores indispensáveis e promotores de mudanças no

paradigma da atenção, e mesmo diante desse direito ser sancionado em Lei desde 2005, observa-se ainda que inúmeras instituições de saúde que assistem à mulher, neste período, têm encontrado dificuldades de diversas naturezas, para a sua implementação, sejam elas de ordem institucional ou profissional.

Foram tais pressupostos e constatações que, originalmente, motivaram o presente estudo, ainda que o recorte contextual tenha se originado em um cenário assistencial específico, ou seja, em uma maternidade pública, no interior do Estado de Santa Catarina. Ao serem convidados para falar sobre as suas concepções acerca da presença do(a) acompanhante nesta instituição, os profissionais de saúde apontaram situações que permitiram a identificação de uma realidade bastante similar a muitas outras no país, com o predomínio do modelo biomédico, onde a tecnologia associada a esse modelo e as relações de poder estão presentes na atenção à mulher, ao recém-nascido e à família, e entre os diversos profissionais que atuam na assistência.

O resultado desta pesquisa mostra que nem todos os profissionais conhecem a legislação ou acreditam nessa filosofia, como seria o esperado, já que esta é uma premissa que está sobejamente incluída na política governamental brasileira e em todas as propostas ou implementações de ações de humanização vigentes nesse país. Somente esta constatação já é suficiente para revelar que a incorporação de filosofias como essa não depende exclusivamente da divulgação das mesmas; há que se dar voz aos sujeitos que cotidianamente desenvolvem assistência ao parto e nascimento, a fim de identificar quais são suas definições, seus valores e suas disposições para colocar em prática esse ideário. Ainda que alguns profissionais, como as enfermeiras, tenham informações bastante precisas sobre a legislação vigente, participem dos movimentos sociais em prol da humanização e defendam o direito dos usuários, a maioria refere possuir conhecimento parcial ou pouco conhecimento sobre os aspectos legais e ministeriais relacionados com o acompanhamento no parto. Essa constatação é relevante e merece ser amplamente discutida, embora não seja nevrálgica para a mudança de comportamento com relação ao acompanhante, uma vez que, como já argumentei, as posturas adotadas frente ao acompanhante, muitas vezes, não estão associadas ao conhecimento da lei, pois esse conhecimento, por si só, pode não ser suficiente para mudar as concepções que possuem, conforme será considerado adiante.

Dentre as vantagens percebidas para a presença do acompanhante na maternidade destacam-se aquelas relacionadas às próprias

parturientes ou puérperas, pois os profissionais referem fortalecer os vínculos com a rede familiar, promover apoio, segurança e suporte emocional, favorecer a vivência plena do parto, estimular o exercício da maternagem e contribuir para a redução da violência intrainstitucional. Também destacam benefícios para o recém-nascido, uma vez que possibilita a inserção do bebê na rede familiar e social, o mais brevemente possível, além de facilitar o suprimento das necessidades físicas neonatais, de forma individualizada. Outras vantagens percebidas para a inserção do acompanhante dizem respeito aos benefícios para os próprios profissionais, principalmente os da enfermagem, que encontram no acompanhante um parceiro para o cuidado da mulher e da criança, durante a internação. Identificam benefícios também no sentido que os acompanhantes podem auxiliar na decodificação de informações que possam contribuir na qualificação do cuidado. Além dessas, apontam também vantagens que repercutem na compreensão mais ampla do movimento pelo parto humanizado, uma vez que a presença constante do acompanhante no cenário obstétrico reforça pressupostos de inclusão social, assegurando a identificação do mesmo como um evento social e familiar e não apenas um evento médico-assistencial. Alguns profissionais salientam que esta presença traz a necessidade de refletir sobre o processo de nascimento e parto e devolver à mulher e sua família, o protagonismo do parto, que tem sido um dos grandes desafios para os programas de humanização, inclusive dentro da maternidade.

Embora a maioria dessas vantagens apontadas pelos profissionais seja importante como justificativas para a inserção do acompanhante no cenário obstétrico, percebe-se que estão centralizadas em argumentos ligados mais a fatores pessoais (para a mulher, para o recém-nascido, para o profissional...) do que com relação aos aspectos políticos, sociais e familiares, e, menos ainda, com possíveis benefícios que o acompanhante possa proporcionar nos resultados da atenção ao nascimento e parto como, por exemplo, a redução de procedimentos considerados invasivos, como as cesáreas, o uso da ocitocina, de medicamentos para o alívio da dor e alguns procedimentos de atenção neonatal.

Os resultados desta pesquisa também mostram como os profissionais caracterizam o processo de acompanhamento. Neste sentido, identificam quais requisitos o mesmo deve possuir, além de julgarem quais são os ambientes considerados inóspitos para a presença de um acompanhante dentro da instituição. No processo de interpretação dos depoimentos obtidos identifica-se que os profissionais do bloco cirúrgico consideram, em sua maioria, que a pessoa que se propõe a

acompanhar a mulher durante a realização do parto (vaginal ou cesárea) está preliminarmente predisposta a entrar no ambiente, imbuída de interesses outros (curiosidade por ver algo novo, por exemplo), que quase nunca incluem o suporte emocional, entendido como o único que justificaria, por si só, a presença de outra pessoa naquele cenário, que não seja a parturiente e os membros da equipe.

Ainda quanto às características do processo de acompanhamento, no que diz respeito à identificação da pessoa que deve acompanhar, observam-se opiniões conflitantes entre os profissionais e também discursos contraditórios. Alguns defendem que o acompanhante deve ser alguém de escolha da mulher, em consonância com os princípios embutidos nas políticas públicas, e também nos discursos que são repetidos quando se focaliza a atenção humanizada. No entanto, ainda assim, quando se aprofunda a busca de significados, salientam-se outras facetas desta preocupação humanística, que deixam escapar valores não totalmente aderentes a tal filosofia. O maior exemplo deste resultado são as ressalvas que são colocadas frente a essa escolha, demonstrando que mesmo sabendo que a mulher tem o direito de escolher, necessita passar pelo crivo da instituição ou dos profissionais. Fica evidente, ainda, que entre os profissionais, existe uma forte inclinação para estimular a participação do homem, companheiro da mulher e pai do bebê, justificando essa escolha pela possibilidade do reforço das relações intrafamiliares e a prevalência do ideário do casal grávido. Embora esta percepção demonstre a valorização da “família” tradicional e sinalize positivamente para o exercício precoce da paternagem e da maternagem, também deixa entrever outros significados, que, se não forem trazidos à tona com a devida crítica, poderão colocar à prova o real direito da mulher em escolher o acompanhante que desejar.

Os profissionais sinalizam também que a equipe de enfermagem da instituição poderia realizar o acompanhamento, principalmente quando a mulher, ao internar, não conta com a presença de sua família ou de alguém da sua rede social presente, compreendendo particularmente os períodos de pré-parto e parto. Alguns profissionais defendem que a instituição possui pessoas capacitadas para realizar o acompanhamento da mulher. Embora pareçam existir preocupações humanísticas de oferecer apoio e reforço positivo para possibilitar às mulheres a vivência do processo parturitivo mais prazeroso, os profissionais atribuem esse papel “substitutivo” do acompanhante como sendo inerente à equipe de enfermagem. Desta forma, apontam a prevalência de questões de gênero relacionadas aos cuidados no processo de parturição, onde os aspectos cuidativos como segurar,

apoiar, acompanhar o banho, fazer massagens, oferecer colo, estão relacionados ao universo socialmente entendido como feminino, e presente também na maternidade. Por outro lado, revelam que estas ações de cuidado realizadas normalmente pelos(as) acompanhantes no processo parturitivo, estão sendo entendidas como funções que a equipe de enfermagem deveria desempenhar, mas que não condiz com o cuidado de enfermagem, demonstrando claramente que os profissionais de forma geral, desconhecem o seu papel como apoio à mulher neste processo.

Alguns profissionais alegam que a mulher não deve ter acompanhante. Fica evidente que as resistências à presença do acompanhante como aspecto importante nas propostas de humanização da assistência está relacionado às dificuldades pessoais e individuais dos profissionais em absorver as transformações que vêm ocorrendo no cenário assistencial e, principalmente, à persistência do modelo biomédico, que determina que o profissional é quem conhece o que é melhor para os seus “pacientes”. Outros, julgam que é melhor para a mulher ficar sozinha, sem a presença do(a) acompanhante na instituição, identificando a importância da vivência plena da experiência da parturição, como algo próprio de sua feminilidade e individualidade. Embora a justificativa utilizada para defender a solidão da mulher demonstre a valorização do evento do parto como inerente à sua experiência de vida, pode revelar aspectos diversos se não for respeitado o desejo da mulher, podendo apontar a existência de questões ligadas ao gênero, ao poder e às relações conflitivas que estão presentes na instituição.

As dificuldades percebidas para a concretização da inserção do acompanhante na instituição relacionam-se às resistências por parte de algumas categorias profissionais (médicos e de enfermagem de nível médio), na adoção de práticas assistenciais humanizadas e das determinações legais. O apoio a essas iniciativas é reconhecidamente realizado pelos enfermeiros, o que contribui para aumentar os conflitos entre os diversos profissionais que prestam o cuidado e não compartilham do mesmo ideário. Outros fatores identificados como dificultadores são a persistência do modelo de atenção ao parto e nascimento vigente na instituição, centrado na biomedicina, e as deficiências da estrutura física da instituição. Esses aspectos, apesar de não serem preponderantes, reforçam os aspectos limitadores da presença do acompanhante na maternidade.

Para superar as dificuldades, recomendam que os próprios profissionais de saúde tenham participação mais ativa nas discussões

coletivas realizadas na instituição, com o intuito de estimular a reflexão acerca das concepções e práticas relacionadas com a presença do acompanhante. Sugerem, ainda, que o acompanhante também seja preparado para sua efetiva presença na instituição, seja através de ensinamentos como se portar, ou de orientações sobre o real papel a ser desempenhado durante sua estadia na maternidade. Contudo, deve-se estar atento para que esta recomendação não seja mais uma força impeditiva, do que um real benefício.

Enfim, os resultados deste estudo mostram que promover a humanização da assistência, com garantia do direito dos usuários de participarem do nascimento de seus filhos, é um processo lento e que envolve mudança de concepções, valores e formas de pensar dos profissionais que atuam nas maternidades. Isso não significa que o entendimento de tais concepções, por si só, solucionem as inúmeras incongruências vigentes na concretização desta prática, nesta ou em outras maternidades deste país, mas podemos dizer que colocam em evidência a urgente necessidade de nos debruçarmos sobre tais representações, visando debates que promovam esses sujeitos como co-partícipes do processo de conquista de cidadania. Pior do que esperar que a própria prática do dia-a-dia resolva, por si só, os problemas relacionados com o acompanhamento no cenário obstétrico e neonatal, é não atentarmos para o fato de que as pessoas (profissionais ou não) somente operacionalizam aquilo que crêem. Acredito que a compreensão sobre as concepções dos profissionais de saúde acerca da presença do acompanhante no parto e nascimento contribua para a elaboração de estratégias que possam auxiliar na melhoria da qualidade assistencial com vistas à humanização do parto e à garantia do respeito dos direitos legais, sociais, afetivos e existenciais das mulheres, dos novos seres humanos que chegam ao mundo e de suas famílias.

O contato com os diferentes profissionais de saúde, durante a coleta de dados, favorecido pelo fato de eu também ser profissional da instituição, possibilita a reflexão acerca das minhas próprias concepções sobre a presença do acompanhante e a consciência de que muitas das representações de meus colegas, da enfermagem e da medicina, são também minhas representações; muitas, permeadas por uma dificuldade cultural de refletir sobre as ações que se encontram incrustadas no cotidiano profissional e que, por estarem “evidentemente” colocadas como “naturais”, perdem a oportunidade de ressignificação e, então, permanecem acrílicas, amorfas e, por isso mesmo, quase incontestáveis.

Os resultados deste estudo também servem para a orientação da instituição de saúde quanto à necessidade de buscar subsídios para

implementar as melhorias propostas, tanto com relação à área física, adequando às necessidades prementes, como para a estruturação de políticas institucionais que viabilizem a presença do acompanhante, como forma de proteger o direito da mulher e garantir a assistência humanizada ao parto e nascimento dentro da maternidade. Além disso, fica o alerta para as instituições que atendem a mulher, da necessidade de estar constantemente promovendo debates acerca das mudanças que vêm ocorrendo, e sensibilizar os profissionais para a adoção de propostas que possam transformar e superar o modelo vigente, garantindo a construção de uma realidade mais humanizada, seja com relação à assistência propriamente dita, seja no que se refere ao processo e às relações de trabalho dentro da instituição.

## REFERÊNCIAS

- ABBAGNANO, N. **Dicionário de filosofia**. 5. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2007.
- ADESSE, L. Assistência a mulher em abortamento: a necessária revisão de práticas e de má conduta, preconceito e abuso. In: DESLANDES, S. F. (Org.) et al. **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.
- ALMEIDA, et al. Humanização no cuidado à parturição. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 7, n. 3, p. 355-359. Disponível em: <[http://www.fen.ufg.br/Revista/revista7\\_3/revisao\\_02.htm](http://www.fen.ufg.br/Revista/revista7_3/revisao_02.htm)> Acesso em: 12 de dezembro de 2008.
- ANDRADE, O. G.; MARCON, S. S.; SILVA, D. M. P. Como os enfermeiros avaliam o cuidado/cuidador familiar. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 18, n. 2, p. 123-132, jul. 1997.
- ARMELLINI, C. J.; LUZ, A. M. H. Acolhimento: a percepção das mulheres na trajetória da parturição. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.24, n. 3, p. 305-315, dez. 2003.
- BARROS, L. M.; SILVA, R. M. Atuação da enfermeira na assistência à mulher no processo de parturição. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 13, n. 3, p. 376-382, jul./set. 2004.
- BASSO, J. F. **Reflexões de um grupo de gestantes e acompanhantes sobre a participação ativa no parto e nascimento**. 2007. 203 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.
- BEAUVALET-BOUTOUYRIE, S. As parteiras-chefes da Maternidade Port-Royal de Paris no século XIX: obstetras antes do tempo? **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 10, n. 2, p. 403-413, jul./dez. 2002.
- BELTRÃO, R. de S.; RODRIGUES, L. P. F. **Curso de formação de doulas**. Rio de Janeiro, 2008. Mimeografado.

BEZERRA, M. G. A.; CARDOSO, M. V. M. L. Fatores culturais que interferem nas experiências das mulheres durante o trabalho de parto e parto. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 3, p. 414-421, mai./jun. 2006.

BITENCOURT, A. G. V. et al. Análise do erro médico em processos ético-profissionais: implicações na educação médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 1, p. 223-228, set./dez. 2007.

BOEHS, A. E. Análise dos conceitos de negociação/acomodação da teoria de M. Leininger. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.10, n.1, p.90-96, jan. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Avaliação nacional do programa de humanização do pré-natal e nascimento. **Revista Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 2, p. 383-387, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Resolução RDC n. 36 de 3 de junho de 2008. Dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. **Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil**. n. 105, 4 de junho de 2008. Poder Executivo, Brasília: DF, Seção 1. p. 50-53, jun. 2008.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica da Mulher. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

\_\_\_\_\_. Lei no 11.108. Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde SUS. **Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil**. p. 1, c. 3, de 8 abr. Poder Legislativo, Brasília,

DF, 2005.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Portaria GM 569, de 18 de agosto de 2000. Implantação do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do sistema único de saúde. **Diário Oficial da União [da República Federativa do Brasil]**. n. 160-E, de 18 jun. 2000. Poder Executivo, Brasília, DF, Seção 1, p. 112-114, ago. 2000.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196 de 10 de outubro de 1996.

**Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas em seres humanos**. Brasília: O Conselho, 1996.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Coordenação Materno-infantil. **Oito passos para a maternidade segura: guia prático para serviços de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1995.

BRÜGGEMANN, O. M. **O apoio à mulher no nascimento por acompanhante de sua escolha**: abordagem quantitativa e qualitativa. 2005. 180 f. Tese (Doutorado em Tocoginecologia)-Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas Ciências Biomédicas Campinas, São Paulo, 2005.

\_\_\_\_\_. Resgatando a história obstétrica para vislumbrar a melodia da humanização. In: OLIVEIRA, M. E de; ZAMPIERI, M. F. M.; BRUGGEMANN, O. M. **A melodia da humanização**: reflexões sobre o cuidado no processo de nascimento. Florianópolis: Cidade Futura, 2001a. p. 23-34.

\_\_\_\_\_. Conhecendo as percepções da mulher sobre a assistência recebida na maternidade. In: OLIVEIRA, M. E de; ZAMPIERI, M. F.

M.; BRÜGGEMANN, O. M. **A melodia da humanização**: reflexões sobre o cuidado no processo de nascimento. Florianópolis: Cidade Futura, 2001b, p. 61-71.

BRÜGGEMANN, O. M.; PARPINELLI, M. A.; OSIS, M. J. D. Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão de literatura. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 15, p. 1316-1327, set./out. 2005.

BRÜGGEMANN, O. M.; OSIS, M. J. D.; PARPINELLI, M. A. Apoio no nascimento: percepções de profissionais e acompanhantes escolhidos pela mulher. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 2-9, nov. 2007.

BUB, M. B. C. Ética e prática profissional em saúde. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 14, n. 1, p. 65-74, jan./mar. 2005.

CAPELA, B. B.; GELBCKE, F. L.; MONTICELLI, M. Orgs. **Para viver e trabalhar melhor**: a multidimensionalidade do sujeito trabalhador. Florianópolis: UFSC/CCS, 2002.

CARRARO et al. O papel da equipe de saúde no cuidado e conforto no trabalho de parto e parto: opinião de puérperas. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 3, p. 502-509, jul./set. 2008.

\_\_\_\_\_. Cuidado e conforto durante o trabalho de parto e parto: na busca pela opinião das mulheres. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15 (Esp.), p. 97-104. 2006.

CARON, O. A. F.; SILVA, I. A. Parturiente e equipe obstétrica: a difícil arte da comunicação. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 10, n. 4, p. 485-492, jul./ago. 2002.

CARVALHO, M. L. M. Participação dos pais no nascimento em maternidade pública: dificuldades institucionais e motivações dos casais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19 (Sup.2), p. 5389-5398, 2003.

CASTRO, J. C. **Parto humanizado na percepção dos profissionais de**

**saúde envolvidos com a assistência ao parto.** 2003. 130 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Departamento de Enfermagem Materno-infantil e de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

CASTRO, J. C.; CLAPIS, M. J. Parto humanizado na percepção de enfermeiras obstétricas envolvidas com a assistência ao parto. **Revista Latinoamericana de Enfermagem**, v. 13, n. 6, p. 960-967, nov./dez. 2005.

CAVALCANTE, F. N. et al. Sentimentos vivenciados por mulheres durante trabalho de parto e parto. **Revista Baiana de enfermagem**, Salvador, v. 21, n.1, p. 31-40, jan./abr. 2007.

CECATTI, J.G.; CALDERÓN, I. M. P. Intervenções benéficas durante o parto para a prevenção da mortalidade materna. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 27, n.6, p. 357- 365. 2005.

COMITÊ LATINO-AMERICANO E DO CARIBE PARA A DEFESA DOS DIREITOS DA MULHER/CLADEM. **Silêncio y culplicidad: violencia contra la mujer en los servicios de salud en el Peru.** Lima: CLADEM, 1998.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Resolução Nº 121/1998. **Define "Ato Médico", enumera critérios e exigências para o exercício da profissão médica.**

Disponível em:

<<http://www.cremelj.org.br/skel.php?page=legislacao/resultados.php>>  
Acesso em 18 de novembro de 2009.

CLIMENT, G. I. Tecnologia apropriada en obstetrícia: definición y evaluación desde las perspectivas de la población y del personal de salud. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, ano 21, n. 5, p. 413-426, 1987.

COSTA, S. G. Proteção social, maternidade transferida e lutas pela saúde reprodutiva. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 10, n. 2, p. 301-323, jul./dez. 2002.

CRUZ NETO, O. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO, M. C. S. (Org.) et al. **Pesquisa social: teoria, método e**

criatividade. 22. ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2003.

DAVIM, R. M. B.; BEZERRA, L. G. M. Assistência à parturiente por enfermeiras obstétricas no projeto midwifery: um relato de experiência. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 5, p. 727-732, set./out. 2002.

DAVIM, R. M. B.; NASCIMENTO, M. L. C.; LIBERALINO, F. N. Maternidade segura: relato de experiência de uma nova prática em Natal/ RN – Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 52, n. 4, p. 576-582, out./dez. 1999.

DAVIS-FLOYD, R. **Birth as an american rite of passage**. Berkeley: University of California Press, 1992.

\_\_\_\_\_. The tecnocratic body: american chidbirth as cultural expression. **Soc. Sci. Med.** Oxford, v. 38, n.8, p. 1125-1140, 1994.

DESLANDES, S. F. A ótica de gestores sobre a humanização da assistência nas maternidades municipais do Rio de Janeiro. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 615-626, jul./set. 2005.

\_\_\_\_\_. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 7-14, jan./mar. 2004.

DIAS, M. A. B.; DESLANDES, S. F. Expectativas sobre a assistência ao parto de mulheres usuárias de uma maternidade pública do Rio de Janeiro, Brasil: os desafios de uma política pública de humanização da assistência. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 12, p. 2247-2655. dez. 2006.

DIAS, M. A. B.; DOMINGUES, R. M. S. M. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p.699-705, jul./set.2005.

DIAS, M. A. B. **Cesariana: epidemia desnecessária? A construção da indicação da cesariana em uma maternidade pública no município do Rio de Janeiro**. 2001.152 fl. Dissertação (Mestrado em Saúde da Mulher

e da criança) - Instituto Fernandes Figueira, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2001.

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

\_\_\_\_\_. **Entre a técnica e os direitos humanos**: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto. 2001. 264 fl. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) – Curso de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

\_\_\_\_\_. **Assistência ao parto e relações de gênero**: elementos para uma releitura médico-social. 1996. 210 fl. Dissertação (Mestrado em Medicina) - Curso de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.

D'ORSI, E. et al. Qualidade de atenção ao parto em maternidades do Rio de Janeiro. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 646-654, 2005.

DUTRA, I. L.; MAYER, D. E. Parto natural, normal e humanizado: termos polissêmicos. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 28, n. 2, p. 215-222, jun.2007.

ENKIN, M. et al. In: \_\_\_\_\_. Apoio à gestantes (Org.). **Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto**. 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. p. 10-13.

ESPÍRITO SANTO, L. C.; BONILHA, A. L. L. Expectativas, sentimentos e vivências do pai durante o parto e nascimento de seu filho. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 21, n. 2, p. 87-109, jun. 2000.

FAÚNDES, A.; CECCATTI, J. G. **Morte materna**: uma tragédia evitável. Campinas: UNICAMP, 1991.

FAÚNDES, A. Gênero, poder e direitos sexuais e reprodutivos. **Femina**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 7, p. 667-670, ago. 1996.

FERREIRA, A.B.H. **Novo dicionário da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1988.

GAÍVA, M. A. M.; TAVARES, C. M. A. O nascimento: um ato de violência ao recém nascido? **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.23, n.1, p. 132 – 145, jan., 2002.

GUALDA, D. M. R. **Eu conheço minha natureza**: a expressão cultural do parto. Curitiba: Maio, 2002.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GIORGIO, M. O modelo católico. In: PERROT, M.; DUBY, G. (Org.). **História das mulheres no ocidente**: o século XIX. Porto: Melhoramentos, v. 3, 1990, p. 199-237.

GOTARDO, G. I. B.; SILVA, I. A. Refletindo sobre a prática obstétrica à luz de um modelo de relacionamento humano. **Revista Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 6, n. 2, p.245-251, abr./jun., 2007.

GREGÓRIO, V. R. P. **Cuidando do pai durante o processo de nascimento fundamentado na teoria transcultural de Leininger**. 2002. 131 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2002.

GRIBOSKI, R. A.; GUILHEN, D. Mulheres e profissionais de saúde: o imaginário cultural na humanização ao parto e nascimento. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 1, p. 107-114. 2005.

HOTIMSKY, S. N.; SCHRAIBER, L. B. Humanização no contexto da formação em obstetrícia. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p.639-649, jul./set.2005.

HODNETT, E. D.; OSBORN, R.W. Effects of continuous intrapartum professional support on childbirth outcomes. **Res. Nurs. Health**, Canada, v. 12, p. 289-297, 1989.

HOTIMSKI, S. N. et al. O parto como eu vejo... ou como eu o desejo?

Expectativas de gestantes, usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, ano 18, v. 5, p. 1303-1311, set./out. 2002.

HOTIMSKI, S. N.; ALVARENGA, A. T. A definição do acompanhante no parto: uma questão ideológica? **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, ano 10, v. 2, p. 461-481, 2002.

KFOURI, M. N., **A responsabilidade civil dos médicos**. 3 ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1998.

KLAUS, M.; KENNEL, J.; KLAUS, P. **Vínculo**: construindo as bases para um apego seguro e para a independência. Porto Alegre: Artmed, 2000.

LEÃO, M. R. C.; BASTOS, M. A. R. Doulas apoiando mulheres durante o trabalho de parto: experiência do Hospital Sofia Feldmann. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 3, p. 90-94, mai. 2001.

LEÃO, V. M.; OLIVEIRA, S. M. J. V. O papel da doula na assistência à parturiente. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 10, n. 1, p. 24-29, jan./mar. 2006.

LEFRÈVE, F. Como fazer o discurso do sujeito coletivo passo a passo. In: LEFRÈVE, F.; LEFRÈVE, A. M. **Discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos)**. 2 ed. Caxias do Sul: Educs, 2005, p. 37-58.

LEOPARDI, M. T. et al. **Metodologia da pesquisa na área da saúde**. 2 ed. Florianópolis: UFSC, 2002.

LIMA, J. V.; SIEBRA, G. O. V. Assistência ao parto/perspectivas de humanização. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador. v. 20, n. 1/2/3, p. 79- 82, jan./dez. 2006.

LOPES, R. C. S. et al. O antes e o depois: expectativas e experiências de mães sobre o parto. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 18, n. 2, p. 247-254, mai./ago. 2005.

LUZ, A. M. H.; ZANETTI, L. O conto de fada e da paternidade

moderna. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 56, n. 3, p. 292-297, mai./jun. 2003.

MALBUCHI, A. S.; FUSTINONI, S. M. O significado dado pelo profissional de saúde para trabalho de parto e parto humanizado. **Acta Paulista Enfermagem**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 420-426, jul./set. 2008.

MACEDO, P. O. et al. Percepção da dor pela mulher no pré-parto: a influência do ambiente. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v.13, n. 3, p. 306-312, set./dez. 2005.

MACHADO, N. X. S., PRAÇA, N. S. Centro de parto normal e assistência centrada nas necessidades da parturiente. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 40, n. 2, p. 274-278, jun. 2006.

MAMEDE, F. V.; MAMEDE, M. V.; DOTTO, L. M. Reflexões sobre deambulação e posição materna no trabalho de parto. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.11, n. 2, p.331-336, jun. 2007.

MARQUE, F. C.; DIAS, I. M. V.; AZEVEDO, L. A percepção da equipe de enfermagem sobre humanização do parto e nascimento. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.10, n. 3, p. 439-447. 2006.

MATERNIDADE DONA CATARINA KUSS. **30 anos auxiliando o milagre da vida**. Mafra, 2002. Mimeografado.

\_\_\_\_\_. **Planejamento estratégico**. Mafra, 2007. Mimeografado.

MAZZIERI, S. P. M.; HOGA, L. A. K. Participação do pai no nascimento e parto: revisão de literatura. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 10, n. 2, p. 116-170, abr./jun. 2006.

MERIGHI, M. A. B.; CARVALHO, G. M.; SULETRONE, V. P. O processo de parto e nascimento: visão das mulheres que possuem convênio saúde na perspectiva da fenomenologia social. **ACTA Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 434-440, out./dez. 2007.

MINAYO, M. C. S.(Org) et al. **Pesquisa social: teoria, método e**

criatividade. 19 ed. Petrópolis: Vozes, 1994.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 2 ed. São Paulo: HUCITEC, 1992.

MIRANDA, D. B. et al. Parto normal e cesárea: representações de mulheres que vivenciaram as duas experiências. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiás, v. 10, n. 2, p. 337-346, abr./jun. 2008.

MONTICELLI, M. **Nascimento como um rito de passagem**: abordagem para o cuidado às mulheres e recém-nascidos. São Paulo: Robe, 1997.

\_\_\_\_\_. **Aproximações culturais entre trabalhadoras de enfermagem e famílias no contexto do nascimento hospitalar**: uma etnografia de alojamento conjunto. 2003. 432 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

MONTICELLI, M.; BOEHS, A. E. A família na unidade de internação hospitalar: entre o informal e o instituído. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, n. 3, p.468-477, set. 2007.

MORAES, S. D. T. A. **Humanização da assistência materno-neonatal**: uma contribuição à sua implantação. 2005. 182 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

MOREIRA, K. D. P. et al. A humanização no parto: um estudo bibliográfico. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Rio de Janeiro, v.5, n. 3. 2006. Disponível em:  
<http://www.objnursing.uff.br//index.php/nursing/issue/archive>. Acesso em: 18 de dezembro de 2008.

MOTA, R. A.; MARTINS, C. G. de M.; VERAS, R. M. Papel dos profissionais de saúde na política de humanização hospitalar. **Revista Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 11, n. 2, p. 323-330, mai./ago. 2006.

MOTTA, C. C. L.; CREPALDI, M. A. O pai no parto e apoio emocional. **Paidéia-Cadernos de Psicologia e Educação**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 30, p. 105-118, jan./abr. 2005.

MOURA, F. M. J. S. P. et al. A humanização e a assistência de enfermagem ao parto normal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 4, p. 452-455, jul/ago. 2007.

MOURA, E. V.; RIBEIRO, N.R. R. O pai no contexto hospitalar infantil. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 25, n.3, p. 386-395, dez. 2004.

MOURA, E. R. F.; SILVA, R. M. A assistência humanizada ao parto a partir de uma história de vida tópica. **ACTA Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 141-147, abr./jun. 2004.

NASCIMENTO, M. G. P.; SANTOS, O. M. B.; SOUZA, M. L. S. Vivenciando o processo do nascimento. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 6, n. 1, p. 157-167, jan./ abr. 1997.

NAGAHAMA, E. E. I.; SANTIAGO, S. M. Práticas de atenção ao parto e desafios para a humanização do cuidado em dois hospitais vinculados ao Sistema Único de Saúde em municípios da região sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p.1859-1868, ago. 2008.

NAKANO et al. O suporte durante o processo de parturição: a visão do acompanhante. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n.2, p. 131-137, abr./jun. 2007.

NAKANO, A. N.; MAMEDE, M. V. O significado do parto na visão se casais grávidos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 42, n. 2, p. 118-123, 1994.

NAKANO, A. N.; SHIMO, A.K. K. Espaço destinado ao homem nos cursos de orientação pré-natal. **Femina**, São Paulo, v. 23, n.7, p. 657-670, ago. 1995.

NOGUEIRA, A. T. O parto: encontro com o sagrado. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 1, p. 122-130, jan./mar. 2006.

ODENT, M. **O renascimento do parto**. Florianópolis: Saint Germain, 2002.

\_\_\_\_\_. **Gênese do homem ecológico: o instinto reencontrado.** São Paulo: Tao, São Paulo, 1982.

OLIVEIRA, B. R. G.; COLLET, N.; VIEIRA, C.S. A humanização na assistência à saúde. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 2, p. 277-284, mar./abr. 2006.

OLIVEIRA, M.M.de. **Como fazer pesquisa qualitativa.** Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2007.

OLIVEIRA, C. P.; KRUSE, M. H. L. A humanização e seus múltiplos discursos-análise a partir da REBEn. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 59, n. 1, p. 78-83, jan./fev. 2006.

OLIVEIRA, Z. M. L. P.; MADEIRA, A. M. F. Vivenciando o parto humanizado: um estudo fenomenológico sob a ótica de adolescentes. **Revista de Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.36, n. 2, p. 133-140, jun. 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE/OMS. **Assistência ao parto normal: um guia prático.** Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

PAULA, D. O. Pai: seu lugar na espera do nascimento do(a) filho(a). **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 52, n. 1, p. 144-152, jan./mar. 1999.

PARADA, C. M. G. L.; TONETE, V. L. P. O cuidado em saúde no ciclo gravídico-puerperal sob a perspectiva de usuárias de serviços públicos. **Interface Comunicação Saúde e Educação**, Botucatu, v. 12, n. 24, p. 35-46, jan./mar. 2008.

PARADA, C. M. G. L.; CARVALHAES, M. B. A. L. Avaliação da estrutura e processo da atenção ao parto: contribuição ao debate de desenvolvimento humano. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. esp., p. 792-798, set./out. 2007.

PEREIRA, A. L. F.; MOURA, M. A. V. Relações de hegemonia e o conflito cultural de modelos na assistência ao parto. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 119-124, jan./mar. 2008a.

\_\_\_\_\_.Ciência, natureza e nascimento humano: interfaces com o movimento de humanização do parto. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiás, v.10, n.2, p. 537-543, abr./jun. 2008b.

PESAMOSCA, L. G.; FONSECA, A. D.; GOMES, V. L. O. Percepção de gestantes acerca da importância do envolvimento paterno nas consultas pré-natal: um olhar de gênero. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 12, n. 2, p. 182-188, abr./jun. 2008.

PINTO et al. O acompanhante no parto: atividades desenvolvidas e avaliação da experiência . **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 7, n. 1, p. 41-47, jan./jul.2003.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 3 ed. Porto Alegre: Artes médicas, 1995.

PROGIANTI, J. M.; LOPES, A. S.; GOMES, R. C. P. A participação da enfermeira no processo de desmedicalização do parto. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 273-277, set./dez. 2003.

PROGIANTI, J. M.; VARGENS, O. M. C. As enfermeiras obstétricas frente ao uso de tecnologias não invasivas de cuidado como estratégias na desmedicalização do parto. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.8, n. 2, p. 194-197, ago.2004.

PUCCINI, P. T.; CECÍLIO, I. C. O. A humanização dos serviços e o direito à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p.1342-1353, set./out. 2004.

RATTNER, D. Sobre a hipótese de estabilização das taxas de cesárea em São Paulo, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.30, n. 1, p. 19-33, fev. 1996.

RATTNER, D.; TRENCH, B. **Humanizando nascimentos e partos**. São Paulo: Senac, 2005.

REDE DE HUMANIZAÇÃO DO NASCIMENTO E PARTO/REHUNA. **Carta de Campinas**. Campinas, SP, 2000. Mimeografado.

REIS, A. E.; PATRÍCIO, Z. M. P. Aplicação das ações preconizadas pelo Ministério da Saúde para o parto humanizado em um hospital de Santa Catarina. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10(sup), n. 0, p. 221-230, 2005.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas, 1999.

RIESCO, M. L. G; FONSECA, R. M. G. S. Elementos constitutivos da formação e inserção de profissionais não-médicos na assistência ao parto. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 685-698, 2002.

RIESCO, M. L. G; TSUNECHIRO, M. A. Formação profissional de obstetrias e enfermeiras obstétricas: velhos problemas ou novas possibilidades? **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 10, n.2, p. 449-459. 2002.

RODRIGUES, D. P.; SILVA, R. M.; FERNANDES, A. F. F. Ação interativa enfermeiro-cliente na assistência obstétrica. **Revista de enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 232-238, abr./jun. 2006.

RODRIGUES, A. V.; SIQUEIRA, A. A. F. S. Sobre as dores e temores do parto: dimensões de uma escuta. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**, Recife, v. 8, n.2, p. 179-186, jan./mar. 2008.

ROTHER, E. T. Revisão sistemática X revisão narrativa. **Acta Paulista Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n.2, p.117-118, abr./jun. 2007.

RUGOLO, L. M. S. S. et al. Sentimentos e percepções de puérperas com relação à assistência prestada pelo serviço materno-infantil de um hospital universitário. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**, Recife, v. 4, n.4, p. 423-433, out./dez. 2004.

SACRAMENTO, M. T. P.; TYRRELL, M. A. R. Vivências das enfermeiras nos cursos de especialização em enfermagem obstétrica. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 425-433, jul./set. 2006.

SAITO, E.; GUALDA, D. M. R. A participação da família na perspectiva da vivência da dor do parto. **Família, Saúde e**

**Desenvolvimento**, Curitiba, v. 4, n. 2, p. 119-124, jul./dez. 2002.

SALEM, T. **O casal grávido**: disposições e dilemas da parceria igualitária. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2007.

SANTA CATARINA. LEI Nº 12.133, de 12 de março de 2002. Dispõe sobre a presença de acompanhante no processo do parto nos hospitais da rede pública ou conveniados do Sistema Único de Saúde – SUS – no Estado de Santa Catarina e adota outras providências. **Diário Oficial 16.865 de 14 de março de 2002**. Assembléia Legislativa do Estado de Santa Catarina.

SANTOS, F. R. P.; TYRREL, M. A. R. A assistência à mulher no pré-parto e parto na perspectiva da maternidade segura. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 46-53, abr. 2005.

SANTOS O. M. B. dos. **A enfermagem como diálogo vivo**: uma proposta humanística no cuidado à mulher e família durante o processo do nascimento. 1998. 172 f. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1998.

SEIBERT, S. L. et al. Medicalização x humanização: o cuidado ao parto na história. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 245- 251, 2005.

SERRUYA, S. J.; CECCATTI, J. G.; LAGO, T. D. G. O programa de humanização no pré-natal e nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1281-1289, set./out., 2004.

SERRUYA, S.J.; LAGO, T. D. G.; CECCATTI, J.G. Avaliação preliminar do programa de humanização no pré-natal e nascimento no Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 7, p.517 -525, 2004a.

\_\_\_\_\_. O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. **Revista Brasileira Saúde Materno-Infantil**, Recife, v. 4, n. 3, p. 269-279, jul./set. 2004b.

SCHIMIDT, M. L. S.; BONILHA, A. L. L. Alojamento conjunto:

expectativas do pai com relação aos cuidados de sua mulher e filho. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 24, n. 3, p. 316-324, dez. 2003.

SHIOTSU, C. H.; TAKAHASHI, R. T. O acompanhante na instituição hospitalar: significado e percepções. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 99-107, mar. 2000.

SCHIRMER, J. Formação de recursos humanos versus o direito das mulheres à atenção qualificada na saúde reprodutiva. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.27, n.3, p. 331-335, set. 2006.

SILVA, L.C. F. P. **A pesquisa qualitativa em educação física**. 1996. Disponível em: <<http://www.efmuzambinho.org.br/revusp/edicoes/1996/uspv10n1/8sch eil.ht>>. Acesso em: 10 de outubro de 2008.

SILVA, L. R.; CHRISTOFER, M. M.; SOUZA, K.V. História, conquistas e perspectivas no cuidado à mulher e à criança. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 14, n. 4, p. 585-593, 2005.

SILVA, M. O.; LOPES, R. L. M.; DINIZ, N. M. F. Vivência do parto normal em adolescentes. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 57, n. 5, p. 596-600, set./out. 2004.

SILVEIRA, I. P. et al. A percepção do pai frente ao nascimento de seu filho. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 5, n. 2, p. 23-27, jul./dez. 2004.

SIMÕES, S. M. F.; SOUZA, I. E. O. Parturição: vivência de mulheres. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 6, n. 1, p. 168-180, jan./ abr. 1997a.

\_\_\_\_\_. Vivência de parturientes: observação de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 50, n. 4, p. 507-516, out./dez. 1997b.

SIMÕES, S. M. F.; JESUS, D. V.; BOECHAT, J. S. Assistência ao parto e nascimento: um estudo quantitativo. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Rio de Janeiro, v.6, n. 2, 2007. Disponível em:

<http://www.objnursing.uff.br//index.php/nursing/issue/archive>. Acesso em: 18 de dezembro de 2008.

SISSON, M. C. Identidades profissionais na implantação de novas práticas assistenciais. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 33, Sup. 1, p. 116-122. 2009.

SOARES, A. V. N.; SILVA, I. A. Representações de puérperas sobre o alojamento conjunto: do abandono ao acolhimento. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 37, n. 2, p. 72-40, jun. 2003.

STORTI, J. P. L. **O papel do acompanhante no trabalho de parto e parto**: expectativas e vivências do casal. 2004. 118 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Departamento de Enfermagem Materno-infantil e de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

TARNOWSKI, K. S.; PRÓSPERO, E. N. S.; ELSEN, I. A participação paterna no processo de humanização do nascimento: uma questão a ser repensada. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 14, (Esp), p. 102-108, 2005.

TAVARES, C. M. A.; GAÍVA, M. A. M. O nascimento: um evento pertencente à equipe de saúde? **Revista Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 12, n. 4, p. 569-575, out./dez. 2003.

TAYLOR, S. J.; BOGDAN, R. **Introduction to qualitative research methods**: to search for meanings. 2. ed. New York: John Wiley, 1984.

TEIXEIRA, N. Z. F.; PEREIRA, W. R. Parto hospitalar- experiências de mulheres de Cuiabá-MT. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 59, n.6, p. 740-744, nov./dez. 2006.

TOMASI, N. G. S.; YAMAMOTO, R. M. **Metodologia da pesquisa em saúde**: fundamentos essenciais. Curitiba: As autoras, 1999.

TOMELERI, K. R. et al. "Eu vi meu filho nascer": vivência dos pais na sala de parto. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 28, n. 4, p. 497-504, dez. 2007.

TORNQUIST, C. S. **Parto e poder: o movimento pela humanização no Brasil**. 2004. 264 f. Tese (Doutorado em Antropologia) - Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Florianópolis, 2004.

\_\_\_\_\_. Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19 (Sup. 2), p. 5419-5427, 2003

\_\_\_\_\_. Armadilhas da nova era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 10, n. 2, 2002.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa convergente-assistencial: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem**. 2 ed. Florianópolis: Insular, 2004.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1995.

TURNBULL, D. et al. Randomised, controlled trial of efficacy of midwife-managed care. **Lancet**, v.348, n. 9022, p. 213-218. 1996.

VARGENS, O. M. C.; PROGIANTI, J. M. O processo de desmedicalização da assistência à mulher no ensino de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 38, n. 1, p. 46-50, mar. 2002.

VARGENS, O. M. C.; PROGIANTI, J. M.; SILVEIRA, A. C. S. O significado de desmedicalização da assistência ao parto no hospital: análise da concepção de enfermeiras obstétricas. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 339-346, jun. 2008.

VÍCTORIA, C. G.; KNAULT, D. R.; HASSEN, M. N.A. **Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema**. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

WAGNER, M. **Pursuing the birth machine: the search for appropriate birth technology**. Camperdown: ACE Graphics, 1994.

WEI, C. W. **Ações humanizadoras na assistência ao parto:** experiências e percepções de um grupo de mulheres em um hospital-escola. 2007. 191 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-graduação da Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. São Paulo. 2007

WIEGERS, T. A. et al. Outcome of planet home an planet birth in low risk pregnancies: prospective study in midwifery practices. **BMJ**, Netherlands, v. 313, n. 7068, p. 1276-1277, Nov. 1996.

WOLFF, L. R.; MOURA, M. A. V. A institucionalização do parto e a humanização da assistência: revisão de literatura. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 279- 285, nov. 2004.

WOLFF, L. R.; WALDOW, V. R. Violência consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.17, n.3, p. 138-151, jul./set. 2008.

ZAGONEL, I. P. S. Contribuição ao cuidado de enfermagem à parturição. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 2, n.2, p. 34-38, jul./set. 1997.

ZAMPIERI, M. F. M. **Cuidado humanizado no pré-natal:** um olhar para além das divergências e convergências. 2006. 437 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis. 2006.

## **APÊNDICES**

## APÊNDICE A – Relação de artigos científicos utilizados para a revisão de literatura

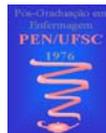
Cat prof	Idade	Sexo	Escol/Títul	Tempo de formação Profissional	Tempo trabalho em maternidade	Tempo trabalho na MD/CK	Sector em que atua	Estado civil	Nº filhos
E1	46 a	F	Dout	23 a	22 a	22 a	AC, SP, Adm	Solt	0
E2	31 a	F	Esp	9 a	2 a	2 a	AC, SP, Adm	Sep	1
E3	29 a	M	3º grau	5 a	1 a 8 m	1 a 8 m	AC, SP, Adm	Cas	0
E4	27 a	F	Esp	6 a	5 a	4 a 6 m	AC, SP, Adm	Div	1
E5	42 a	F	Esp	19 a	14 a	14 a	AC, SP, Adm	Cas	2
E6	25 a	F	Esp	4 a	1 a 4 m	1 a 4 m	AC, SP, Adm	Solt	0
MO1	66 a	M	Grad	42 a	41 a	36 a	AC, SP, Adm	Cas	2
MO2	52 a	F	Esp	25 a	25 a	20 a	AC, SP, Adm	Cas	2
MO3	33 a	F	Esp RM	5 a	5 a	2a 5m	AC, SP, Adm	Cas	0
MO4	32 a	M	Esp RM	7 a	6 a	1 a	AC, SP, Adm	U C	0
MO5	58 a	M	Esp	30 a	30 a	28 a	AC, SP, Adm	Cas	1
MO6	41 a	F	Esp RM	16 a	21 a	13 a	AC, SP, Adm	Cas	3
MP1	44 a	M	Esp	22 a	19 a	19 a	AC, SP	Solt	0
MP2	51 a	M	Esp	26 a	25 a	1 a	AC, SP	Sep	2
MP3	33 a	M	Esp	9 a	7 a	1 a 7m	AC, SP, UTIN	cas	1
MP4	35 a	M	Mest	11 a	1 a 10 m	1 a 10 m	AC, SP, UTIN	Sep	0
MP5	50 a	M	Esp	25 a	24 a	3 a	AC, SP, UTIN	Sep	6
MP6	50 a	F	Esp	19 a	17 a	14 a	AC, SP, UTIN	Cas	2
MP7	62 a	F	Esp	36 a	35 a	25 a	AC, SP	Solt	0
TE1	36 a	M	Grad	6 a	4 a	4 a	CC, CO	Cas	2
TE2	47 a	F	2º grau	8 a	2 a	2 a	CC, CO	Cas	0
TE3	46 a	M	2º grau	15 a	15 a	15 a	AC	Cas	5
TE4	45 a	F	2º grau	9 a	2 a	2 a	AC	Cas	2
TE5	28 a	F	Grad	1a 10m	1a 10m	1a 10m	AC	Solt	0
TE6	31 a	F	2º grau	7 a	5 a 6m	5 a 6m	AC	Cas	1
TE7	45 a	F	2º grau	5 a	5 a 4m	4 a	AC	Cas	3
AE1	58 a	F	2º grau	29 a	34 a	19 a	AC	Solt	0

AE2	27 a	M	Grad	8 a	2 a	2 a	2 a	2 a	CC, CO	Cas	2
AE3	42 a	F	2º grau	6 a	4 a	4 a	4 a	4 a	AC	Cas	3
AE4	40 a	F	Grad	8 a	4 a	4 a	4 a	4 a	AC	Cas	1
AE5	51 a	F	2º grau	20 a	9 a	9 a	4 a	4 a	AC	Div	1
AE6	44 a	F	2º grau	15 a	5 a	5 a	2 a	2 a	CC, CO	Sep	2
AE7	36 a	F	2º grau	10 a	9 a 6 m	9 a 6 m	5 a 6 m	5 a 6 m	CC, CO	Solt	0
AE8	28 a	F	2º grau	2 a	2 a	2 a	2 a	2 a	CC, CO	Solt	0
AE9	51 a	F	2º grau	30 a	CC, CO	Cas	2				
AE10	48 a	F	2º grau	27 a	27 a	27 a	14 a	14 a	CC, CO	Cas	1
AE11	46 a	F	Grad	22 a	21 a	21 a	21 a	21 a	CC, CO	Solt	0
AE12	51 a	F	2º grau	29 a	20 a	20 a	20 a	20 a	AC	Sep	2
AE13	61 a	F	2º grau	28 a	18 a	18 a	18 a	18 a	AC	Cas	4
AE14	30 a	F	2º grau	5 a	2 a	2 a	2 a	2 a	AC	Solt	0
AE15	52 a	F	2º grau	25 a	29 a	29 a	29 a	29 a	CC, CO	Cas	2
AE16	34 a	F	2º grau	5 a	2 a	2 a	2 a	2 a	AC	Cas	2
AE17	39 a	F	2º grau	3 a	3 a	3 a	2 a	2 a	AC	Cas	1
AE18	51 a	F	2º grau	21 a	32 a	32 a	31 a	31 a	AC	Cas	2
AE19	55 a	F	2º grau	25 a	12 a	12 a	3a 6m	3a 6m	AC	Solt	1
AE20	52 a	F	2º grau	30 a 7m	AC	Cas	3				
AE21	50 a	F	2º grau	20 a	21 a	21 a	21 a	21 a	CC, CO	Solt	0

\* Conforme classificados pelos autores dos artigos.

**Quadro 2** - Relação dos artigos utilizados como *corpus* da revisão de literatura sobre a humanização da assistência ao parto e nascimento

## **APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos participantes da pesquisa**



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
CEP: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA - BRASIL  
Tel. (48) 3721.9480 - 37219399 Fax (48) 37219787  
E-mail: nfr@nfr.ufsc.br  
Homepage: [www.nfr.ufsc.br/pen](http://www.nfr.ufsc.br/pen)**

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA <sup>1</sup>**

Ao assinar este documento estou dando meu consentimento para participar de uma Pesquisa que fará parte da Dissertação de Mestrado que está sendo conduzida pela mestranda Anair Andréa Nassif (pesquisadora principal) e orientada pela Prof<sup>da</sup>. Marisa Monticelli (pesquisadora responsável).

Compreendo que participarei de uma pesquisa que irá focalizar as concepções dos profissionais de saúde quanto à presença do acompanhante no pré-parto, parto e pós-parto nos setores de Alojamento Conjunto e Bloco Cirúrgico da Maternidade Dona Catarina Kuss. Esse estudo pretende colaborar para a reflexão sobre as fortalezas e limitações para a implementação efetiva de ações que melhorem a assistência, tornando-a mais humanizada para a mulher, a instituição e para os próprios profissionais de saúde que atuam na maternidade.

Estou ciente que a pesquisadora coletará dados através de entrevistas gravadas, e que a mesma utilizará as informações obtidas exclusivamente para os propósitos da pesquisa.

Compreendo que minha participação será combinada em

---

<sup>1</sup> O presente T.C.L.E. deverá ser assinado em duas vias. Uma ficará de posse da pesquisadora e a outra com os próprios participantes da pesquisa.

conjunto com a pesquisadora, sem qualquer prejuízo a minha pessoa ou do meu trabalho enquanto profissional de saúde.

Sei que os dados obtidos poderão ser gravados e transcritos, mas que meu nome não aparecerá em qualquer registro. Serão utilizados nomes fictícios.

Minha participação na pesquisa é voluntária e poderei me negar a participar da mesma, sem que isto acarrete em qualquer prejuízo a mim ou a atividade que exerço. Também estou ciente de que poderei deixar de participar, em qualquer momento, se assim desejar.

Compreendo que os resultados dessa pesquisa serão dados a mim, caso o solicite, e que a pesquisadora é a pessoa com quem devo contar, no caso de dúvidas sobre o estudo ou sobre meus direitos como participante.

Caso eu concorde em participar, assinarei este documento, que terá duas vias, sendo que uma ficará com as pesquisadoras e a outra, em meu poder.

Quaisquer informações adicionais sobre a pesquisa, em qualquer momento, poderão ser obtidas através dos telefones (47) 3642-6195 (Mestranda Anair Andréa Nassif) ou (48) 3721-9480 (Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Marisa Monticelli).

Mafra, \_\_\_\_\_

---

Assinatura do participante da pesquisa

## APÊNDICE C – Roteiro-guia para a entrevista

### I - identificação

- a) Nome do informante: \_\_\_\_\_
- b) Categoria profissional: \_\_\_\_\_
- c) Idade: \_\_\_\_\_
- d) Sexo: \_\_\_\_\_
- e) Grau de escolaridade/titulações: \_\_\_\_\_
- f) Tempo de formação: \_\_\_\_\_
- g) Tempo de trabalho na área (maternidade): \_\_\_\_\_
- h) Tempo de atuação nesta maternidade: \_\_\_\_\_
- i) Local de atuação: \_\_\_\_\_
- j) Estado civil: \_\_\_\_\_
- l) Número de filhos: \_\_\_\_\_
- m) Naturalidade: \_\_\_\_\_

### II – Concepções sobre o acompanhante

- a) O que você pensa sobre a presença do acompanhante na maternidade?
  - no trabalho de parto:
  - no momento do parto:
  - no pós-parto:
- b) Conte sobre algumas experiências vivenciadas, aqui na maternidade, com relação aos acompanhantes.
- c) Você acha que existe alguma vantagem (benefício) quanto à presença do acompanhante no trabalho de parto e parto?
- d) Quais seriam estas vantagens (benefícios)?
- e) Você identifica desvantagens na presença do acompanhante? Quais?
- f) Você identifica diferenças no comportamento de acompanhantes de clientes de apartamentos e clientes de enfermarias?
- g) Que diferenças são percebidas?
- h) Você, como profissional da instituição, já impediu a presença de algum acompanhante durante o pré-parto e o parto ou já solicitou sua saída em algum momento?
- i) Você acha que existem características ideais para um acompanhante?

- j) Em sua opinião, quem deveria ser acompanhante? (homem/mulher; membro da família/amigo, sogra/mãe, outro)
- k) Como você vê a equipe em relação à presença do acompanhante no pré-parto e parto?
- l) Que sugestões você tem para a equipe, com relação à presença do acompanhante no pré-parto e parto?
- m) Em seu entendimento quais seriam as orientações que os profissionais da maternidade deveriam dar aos acompanhantes?
- n) A quem cabe dar essas orientações?
- o) Você conhece alguma legislação sobre a presença do acompanhante no parto? Fale-me sobre isso.
- p) Você gostaria de acrescentar algo?

## APÊNDICE D – Modelo do “Diário de Campo”

Entrevista 12 MO1

Data: 12/05/2009

Notas de entrevista	Notas metodológicas	Notas de reflexão
<p><b>I Identificação</b>  <b>Nome:</b> E.M.  <b>Categoria Profissional:</b> Médico obstetra  <b>Idade:</b> 66 anos  <b>Sexo:</b> masculino  <b>Grau de escolaridade/titulações:</b> superior  <b>Tempo de formação:</b> 42 anos  <b>Tempo de trabalho na área:</b> 41 anos  <b>Tempo de atuação nesta Maternidade:</b> 36 anos  <b>Local de atuação:</b> CC, sala de parto.  <b>Estado civil:</b> casado  <b>Número de filhos:</b> 2  <b>Naturalidade:</b> Curitiba</p> <p><b>II Concepções sobre o acompanhante</b></p> <p><b>O que o senhor pensa sobre a presença do acompanhante na maternidade, seja no trabalho de parto, no momento do parto ou mesmo no pós-parto?</b>  - <u>Desde que</u> seja bem orientado <u>quanto àquilo que se espera dele</u>, aquilo que representa em termos de ajudar a parturiente, a cliente, é... eu acho que ela é boa, eu acho que ela é útil. Pelo menos em 95%</p>	<p>A entrevista foi realizada na maternidade no horário de folga do profissional, no conforto médico.</p> <p>Início: 20: 10 h  Término: 20: 51 h</p> <p>Duração: 41 minutos</p>	<p>Em situações em que o parto é vaginal ou em pré parto:</p> <p>1) aponta condições para a participação (desde que)  1.1 bem orientado quanto àquilo que se espera dele  1.2 que seja bem escolhido (desde que a parturiente queira que fique com ela e ela escolha)</p>

<p>dos casos eu acho que há necessidade... que seja bem escolhido esse acompanhante, que <u>a parturiente queira que o acompanhante esteja com ela...</u> tem muitas parturientes que não gostam, nem fazem muita questão, e eu acho que <u>tem que ser um</u> acompanhante da escolha da paciente. Nem sempre elas escolhem o marido, muitas vezes elas escolhem outro acompanhante, ou a mãe ou uma irmã, mas <u>desde que</u> este acompanhante esteja bem <u>orientado sobre qual é o papel</u>, eu acho que tudo bem. Em termos de pré-parto e parto tudo bem. <u>Cesárea</u> eu tenho algumas dúvidas se a presença dele na sala, no CC seja realmente útil, ou pode realmente <u>atrapalhar a equipe cirúrgica</u>.</p> <p><b>Porque o sr acha isso?</b>  - Porque normalmente ele fica na cabeceira, ele <u>atrapalha o anestesista</u>, quando há a necessidade do anestesista fazer alguma intervenção. Então nem sempre a presença dele na cesárea, <u>sempre há muita gente</u> na cesárea, tem o cirurgião, o auxiliar, o anestesista...(pensa um pouco) os, tem as atendedoras da sala... nem sempre é útil, e então eu</p>	<p>*poderia ter perguntado mais sobre isso</p> <p>*poderia ter perguntado sobre qual papel é esse</p>	<p>*não consigo ter clareza se a preferência dele é o marido ou não</p> <p>1.3 seja orientado sobre qual o seu papel – parece que esse papel é esperado pelo profissional de saúde e não pela mulher</p> <p>Em situação de cesáreas – há ressalvas:  - será um entrave para a equipe</p> <p>- atrapalha o anestesista</p> <p>- já tem muita gente lá</p>
---	---	--

<p>tenho alguma ressalva do acompanhante na cesárea. Alguns acompanhantes se *comportam bem, não tem maior problema, <u>mas alguns não sabem até que ponto ajudar</u>. Em geral <u>as pacientes ficam mais agitadas, mais tensas</u>, em geral há mais é...como e que eu vou dizer, em decorrência da anestesia existem reações da anestesia, reações indesejáveis, que <u>nem sempre o acompanhante entende</u> muito bem isso.</p> <p><b>Conte algumas experiências vivenciadas aqui na maternidade com relação aos acompanhantes.</b></p> <p>- Olha, eu tenho memória, ruim sabe (risos). Eu devo ter tido realmente inúmeras, mas como essa <u>humanização é uma coisa mais recente</u>, então essa questão de acompanhante, ta mais em voga, e ta mais na ordem do dia, então antigamente ficava <u>mais restrito</u> o acompanhante, dependia mais da boa vontade do ... tanto do pessoal da enfermagem, como do próprio médico, então, eu me lembro que naquela época o acompanhante não era muito bem visto. Em geral os acompanhantes eram (...) tinham alguns acompanhantes que de</p>	<p>* poderia ter perguntado sobre o que significa “se comportam bem”</p>	<p>- não se comportam bem - não sei até que ponto ajudam (ajudar a quem?)</p> <p>- o acompanhante fica ansioso diante da agitação e tensão da mulher e diante de algumas reações “indesejáveis” que a parturiente possa ter em decorrência da anestesia</p> <p>Experiências anteriores: (essa “humanização” é uma moda recente)</p> <p>- a presença do acompanhante era restrita - dependia da boa vontade da enfermagem/do médico</p> <p>- o acompanhante não era bem visto porque <b>pressionava</b> (com relação à conduta, sobre a condução do parto – Intromissão?) (Porque interferiam nas condutas que ele considerava que eram do médico) Ato médico?</p>
--	--	---

<p>certa maneira tentavam pressionar, hoje em dia ainda tem isso, um pouco menos talvez até porque acho que eles já têm alguma orientação. Os acompanhantes tentavam <u>pressionar o médico em relação a conduta, e pressionavam em relação a como estava sendo conduzido o parto</u>, e muitas vezes tendo uma ação que não era muito aconselhável, enfim. Eu não me lembro assim de casos específicos, mas realmente havia muita controvérsia, até mesmo entre os obstetras havia muita controvérsia. A maioria não, na época não era muito favorável à presença do acompanhante. Talvez em consequência, provavelmente a isso aí, de alguns acompanhantes que interferiam até na conduta, tentavam interferir pelo menos, e então a impressão que dá é que entre os médicos obstetras a presença do acompanhante, não sei por qual motivo, não é uma coisa muito aceitável, né, sabe, a impressão que os obstetras, eles acham talvez que estejam sendo fiscalizados, estão sendo observados, não sei bem mas acho que existe este tipo de ressalva com relação ao</p>		<p>Experiências atuais:  - os obstetras resistem  - não sabe o motivo, mas tem a impressão que:</p> <p>* acham que estão sendo fiscalizados, observados.</p> <p>* é interessante observar que ao narrar, o entrevistado não se coloca como um desses profissionais - são os outros pares que têm essas ressalvas.</p>
---	--	---

<p>acompanhante,por causa deste aspecto, eu acho. Mas histórias tem, mas a memória pra contar algum caso específico, realmente não, não me lembro. Devo ter tido muitos casos engraçados, muitos casos tristes, né, muitos casos, que devem ter me abalado, mas, nada assim de especial que eu me lembre agora, de momento.</p> <p><b>Você acha que existe alguma vantagem (benfício) quanto à presença do acompanhante no trabalho de parto e parto?</b></p> <p>- Eu acho que a gente vai tendo a condição de observar que há uma certa <u>influência positiva</u> na maioria dos casos, talvez por causa disto, porque o <u>acompanhante hoje em dia,ele já tem uma certa orientação</u>, então a gente observa que eles raramente interferem na conduta, coisa que acontecia antigamente, hoje, pelo menos da minha parte, eu tenho observado que são poucos os que questionam o que é que esta acontecendo, não é melhor fazer isto, não é melhor fazer daquele jeito. Hoje em dia parece que menos, parece que eles questionam e a gente tem observado que a maior</p>	<p>* poderia ter perguntado mais sobre a participação mais positiva.</p>	<p>Vantagens:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- influência positiva (na condução do TP e parto)</li> <li>- o acompanhante tem “uma certa orientação” (não interferem nas condutas, não questionam os procedimentos)</li> <li>- participação mais efetiva (acalmar a parturiente, fazer massagem)</li> </ul>
---	--	--

<p>parte dos acompanhantes ficam ali, ajudam, os próprios maridos, a gente observa que eles tem uma participação assim, efetiva mesmo, no sentido de acalmar a parturiente, no sentido de ajudar com massagem, com, enfim, e na hora do parto também, tenho observado que eles tem uma participação mais positiva eu acho que realmente tá funcionando, pelo menos na maior parte dos casos.</p> <p><b>O senhor identifica dificuldades ou desvantagens na presença do acompanhante?</b></p> <p>R: Talvez a desvantagem que possa haver seja o caso de algum acompanhante que seja <u>*emocionalmente instável</u>, que não deveria, que questione coisas que não teria cabimento questionar, né? Ou alguém que na sala de parto resolva interferir na conduta que o obstetra possa estar tendo. Eu não tive ainda nenhum problema deste tipo, então, o que poderia ser desvantagem, algum acompanhante instável, né, do ponto de vista e que possa interferir no andamento do parto, mas, realmente não tenho. Eu não era um adepto, né, de acompanhante, achava que</p>	<p>*poderia ter aprofundado a questão</p>	<p>Desvantagem/dificuldades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-acompanhante emocionalmente instável</li> <li>- que questione o que “não teria cabimento questionar”</li> <li>- que interfira na conduta (de que forma?)</li> </ul> <p>- não era adepto da idéia de acompanhante, mas está mudando.</p> <p>l aponta condição: desde que seja um acompanhante único (ressalva)</p>
---	---	--

<p>atrapalharia, mas já to mudando um pouco de opinião, hoje vejo que há mais vantagens do que desvantagens. Desde que seja um acompanhante único e que não haja aglomeração, né, e então acho que há mais, muito mais vantagens do que desvantagens.</p> <p><b>Identifica diferenças no comportamento de acompanhantes de clientes de apartamentos e clientes de enfermarias?</b></p> <p>- Olha, você sabe que eu to com a minha clientela particular praticamente quase que, inclusive fechei o meu consultório, praticamente não tenho mais clientela particular e nem de convênio. Fechei o meu consultório, mas, na época, na época em que eu atendia ainda, eu, olhe diferença.....(silêncio) não sei dizer se tem alguma diferença ou não. Acho que não. Talvez o acompanhante de, de convênio ou de particular, seja mais exigente talvez, mas em relação isso em relação a, talvez por achar que esteja pagando, exija mais. Mas em relação à maternidade, agora não sei se existe, só da maternidade, agora, não sei se a diferença.</p> <p><b>E de informação? O sr</b></p>		<p>Acompanhante de particular ou convênio:</p> <p>- mais exigente (por estar pagando)</p> <p>- não sabe se a maternidade faz alguma distinção (diferença)</p> <p>- os particulares têm maior tendência à cesárea.</p> <p>- acha que com isso não existe tanta interferência</p>
--	--	---

<p><b>comentou que havia uma interferência na conduta?</b></p> <p>- Pode ser neste sentido. Talvez, neste sentido pode ser que haja. A tendência hoje em dia é que particular, mesmo alguns tipos de convênio, é fazer cesárea. Então muitas vezes eles vêm, muitas vezes com a idéia de nem tentar parto normal, ou no máximo entrar em trabalho de parto pra ter certeza que está mesmo na hora, mas com cesárea mais programada, né. Então não há muita interferência. Agora aquelas pacientes que talvez queiram tentar um parto normal, pode ser que chegue uma certa altura em trabalho de parto, ali, não estão suportando muito, não estão muito bem preparadas; pode ser que de repente pode ser que haja uma certa pressão psicológica, não no sentido de exigir, mas uma pressãozinha pra de repente interromper logo a coisa e não deixar, e neste sentido a gente pode ser observar até mesmo em paciente do SUS. Tem algumas situações, alguns casos, em que pode haver alguma pressão, uma pressão indireta, vamos dizer assim, no sentido de não deixar evoluir, eu acho que sim.</p>		<p>Acompanhantes do SUS: -percebe que fazem uma certa “pressão” para resolver logo o parto</p>
---	--	--

<p><b>O senhor, como profissional da instituição, já impediu a presença de um acompanhante durante o pré-parto e o parto, ou já solicitou sua saída em algum momento?</b></p> <p>- Não, que eu me lembre, não. Nunca tive assim um problema de haver, que eu me lembre, não. É como eu falei, eu sou muito fraco de memória. Às vezes me acontece, mas depois acabo esquecendo aquilo. Não sei, é próprio do meu temperamento. Às vezes até coisas que na hora eu acho um absurdo, mas depois acabo esquecendo, mas assim conscientemente acho que nunca tive problema tanto de ter que mandar sair um acompanhante que estivesse interferindo, acho que não. Como eu falei, eu tenho memória fraca, de repente você vai encontrar alguém que diz esse cara até pode ser, mas acho que nunca. Da sala de parto eu sei que nunca, nunca me aconteceu. E do pré-parto tampouco. Acho que se tivesse acontecido, acho que teria sido processado, talvez, lembraria.</p> <p><b>E de cesárea?</b></p> <p>- De cesárea também não, que eu me lembre não.</p> <p><b>Acha que existem características ideais</b></p>		<p>-nunca “precisou” mandar sair ou impediu a presença de acompanhante.</p>
--	--	---

<p><b>para um acompanhante?</b>  - Olha, (suspiro) eu acho que o principal é que ele queira estar ali para ajudar a parturiente e não para de repente ficar vigiando, ficar fiscalizando o que estão fazendo, o que estão dizendo, se estão certo na concepção dele ou não. Acho que característica deve ser a de desprendimento, de estar ali com o intuito de ajudar o melhor possível no trabalho de parto da parturiente. Quer dizer, ajudar no sentido de dar incentivo, de se for o marido, ajudar na postura, ajudar no massageamento, que eles fazem ali, estar ali ao lado da esposa ao lado da parturiente, né, dando apoio, mesmo que ele não faça nada, mas estar ali, e que transmita, pela presença dele, tranquilidade. Eu acho que essa tem que ser a característica né, porque também o marido que está acompanhando a esposa que tá lá no pré-parto, na cama, e de repente você vê ele vendo televisão, vendo jogo, então acho que ele tem que estar ali realmente ao lado da parturiente, acho que isso aí é o principal.</p> <p><b>Na sua opinião, quem deveria ser o acompanhante?</b>  - Olhe, em principio acho</p>		<p>Características do acompanhante:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- que ele queira estar presente para ajudar (condição para que ele seja aceito pelos profissionais)</li> <li>- não ficar vigiando ou fiscalizando (condição para que ele seja aceito pelos profissionais?)</li> </ul> <p>-ajudar a mulher (dar força, fazer massagem, se fazer presente, ficar ao lado, dar apoio, transmita tranquilidade)</p> <p>-estar “realmente” ao lado da mulher.</p>
--	--	---

<p>que deveria ser o marido. Mas nem todo o marido acho que se presta para ficar acompanhando, muitos nem gostam, não tem a..., vamos dizer assim, aquela, né, como é que eu vou dizer, aquela capacidade emocional para ficar ali do lado. Então, <u>acho que a parturiente deveria dizer quem gostaria</u> de ter como acompanhante, porque ela vai ter condições de dizer quem vai poder ajudá-la naquela hora ou não. Em <u>princípio eu acho que deveria ser o marido</u>, mas como eu falei, nem todo o marido se presta pra isso. Se não puder ser o marido, eu acho que alguém da família. Pode ser a mãe, a sogra, depende, eu acho que muitas parturientes às vezes talvez tem mais afinidade nesse momento com sogra, quem sabe, com uma irmã, do que com a própria mãe, eu acho que <u>se for homem o acompanhante é só o marido</u>. Se for homem é só o marido não pode ser outro, não há, porque o marido é o companheiro, vamos dizer o pai da criança, é, <u>senão tem que ser uma mulher o acompanhante e aí é uma escolha da parturiente</u> com quem ela se sentir melhor, com quem ela se sentir mais tranqüila. A gente vê</p>	<p>*parece que estas idéias estão voltadas para o ideário do casal grávido. Poderia ter perguntado mais sobre isso.</p> <p>*demonstra um certo preconceito, porque não o irmão, pai, tio? Deveria ter aprofundado mais sobre isso.</p>	<p>Quem deve ser o acompanhante</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- o marido???</li> <li>- que tenha capacidade emocional para estar acompanhando (característica)</li> <li>- a parturiente é quem deve escolher??? (quem ela acha que vai poder ajudá-la)</li> <li>- o marido?? ( se for homem)</li> <li>- alguém da rede familiar (mãe, irmã, sogra)</li> <li>- tem que ser uma mulher (e aí é uma escolha da mulher)</li> <li>- deve deixar ao encargo dela escolher</li> </ul>
--	--	---

<p>às vezes acompanhantes que são irmãs, nem mãe, às vezes é uma amiga que ela prefere que fique ali. Então acho que depende da própria parturiente. A gente deve deixar ao encargo dela a escolha de quem será o acompanhante.</p> <p><b>Como vê o trabalho da equipe em relação à presença do acompanhante no pré-parto e no parto?</b></p> <p>- Eu acho que aqui na maternidade toda a equipe dá apoio, não vejo nada assim de... eu acho que a participação de todos é bem feita. Eu acho que é essencial que seja feito isso. E acho essencial alguém, eu não sei quem é que faz essa coisa aqui. Eu acho ideal que no pré-natal, se possível o acompanhante, já fosse orientado, já tivesse algum tipo de esclarecimento, sobre que é um trabalho de parto, de como é um trabalho de parto e de como seria o papel dele nessa condição. Não é feito isso. Então não sei como é feito isso no momento em que o paciente é internada não sei que tipo de ação é feita aqui, com relação ao acompanhante. Eu sei que alguma coisa é conversada, é dito, que alguma orientação recebe</p>		<p>- a equipe de saúde dá apoio para a presença do acompanhante.</p> <p>- o pré-natal deveria informar o acompanhante:  . sobre o trabalho de parto e parto</p> <p>. sobre o papel do acompanhante nestas situações</p>
---	--	---

<p>enquanto acompanhante. Talvez por esse motivo é que eu tenho observado que os acompanhantes tem cada vez mais uma postura assim, melhores. Provavelmente por causa disso. Eu acho que o essencial é <u>que o acompanhante seja preparado</u>, seja quem for, marido, ou a mãe, ou a sogra e às vezes acontece da parturiente ter mais de um acompanhante, não na mesma hora, às vezes fica o marido, às vezes sei lá porque motivo, aparece a mãe, então todos eles devem ser orientados no sentido de como ajudar no trabalho de parto.</p> <p><b>Que sugestões o senhor tem para a equipe com relação à presença do acompanhante no parto e pré-parto?</b></p> <p>- É a <u>boa orientação</u>. Acho que isso é fundamental. Porque o camarada chegar e “não, eu vou ficar” aí ficar ali sem...ou alguém vai lá e diz uma coisa, outro vai lá e diz outra, “agora fique” não, acho que no momento em que a parturiente é internada, eu acho que alguém deveria ser o enfermeiro, eu sei que isso é complicado, as vezes interna de madrugada aí, é complicado, mas alguém pelo menos alguma coisinha assim básica. Isto</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- observa que o acompanhante tem posturas melhores (diferentes de antes)</li> <li>- acha “essencial que o acompanhante seja preparado” (ressalva? Condição imposta para acompanhar?)</li> <li>- aborda a troca de acompanhantes</li> </ul> <p>Sugestões:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- “boa orientação”. Acha que é fundamental.</li> </ul> <p>Sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ficar ao lado da parturiente -ajudando (a quem? fazendo o que?)</li> <li>- não interferir no que está sendo feito (o acompanhante deve portar-se de forma a contentar, satisfazer os profissionais ou a mulher?)</li> </ul>
---	--	--

<p>é assim, você tem que ficar ao lado da parturiente com a parturiente, assim ajudando, tentar não interferir no que está sendo feito. Assim, assim, a gente vai de tempo em tempo examinar a parturiente, a gente vai ver o neném. Enfim tem coisas que é interessante que ele saiba. Que vão ser feitas e que são pra ele não fique surpreendido. De repente ele está lá, não sabe de nada o médico chega lá e vai examinar. E ele diz: “o que tá fazendo com minha mulher?.” Então ele tem que ser orientado que de tempo em tempo ela vai ser examinada, não só pelo médico, mas também pelo enfermeiro, pela enfermeira obstétrica que está ali, pra ele se sentir tranquilo e sabendo o que está acontecendo, né. A gente tá com enfermeiro obstetra aqui, pode de repente haver problemas, né, que não é médico? Então é bom que eles saibam que é um enfermeiro, que tem formação, tá ali pra isso também. Eu não sei se já houve alguma vez, eu não acredito que tenha havido, porque os acompanhantes estão sendo orientados também, então é isso aí.</p> <p><b>Alguma outra</b></p>	<p>Desconhece como é feita a orientação na maternidade</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- que vão ser feitas coisas (procedimentos, exames inclusive por enfermeiro)</li>   <li>- que vai ser examinada por profissionais diferentes</li>   <li>Sugestões de orientações</li>   <li>No parto ele deve ser orientado: <ul style="list-style-type: none"> <li>- qual a postura que ele deve ter (que os profissionais desejam?)</li> <li>- onde ele vai ficar</li> <li>- que não pode tocar em nada devido ser um procedimento “estéril” (medo de contaminação)</li> </ul> </li>   <li>- uso de instrumentalização (episiotomia, fórceps)</li>   <li>- que pode demorar</li> </ul>
---	--	---

<p><b>informação?</b></p> <p>- Agora no parto ele deveria ser orientado para algumas coisas: qual a postura que ele deve ter, aonde que ele vai ficar, que é um procedimento, o parto é um procedimento estéril, que certas coisas, lugares, que ele não pode tocar, que ele não pode pegar, que eventualmente vai ser feito um corte na vulva, para facilitar a saída do bebê, que eventualmente pode ser necessário o uso do fórceps isso daí ele tem que saber de antemão o que pode ser necessário, que pode ser usado, que é um instrumento atual, que muitas vezes ajuda bastante, e às vezes fica ali vai-não-vai, que o neném não pode ficar ali muito tempo por causa da compressão, enfim este mecanismo que eu acho que é interessante que o acompanhante saiba que pode acontecer. *Pode acontecer de repente ir para a sala de parto e surgir algum imprevisto , do neném não ir nem pra frente nem pra trás e ser possível usar o fórceps e ter que partir para uma cesárea, ele tem que saber disso, que não é, não é dizer por incompetência, né “ele não viu que tinha que ir para a cesárea?” porque usou o fórceps e</p>		<p>- explicar o mecanismo do parto</p> <p>- pode acontecer que o parto normal pode virar cesárea (emergência)</p> <p>- precisa explicar algumas coisas superficialmente (até que ponto isso é necessário para acompanhar?)</p> <p>- que pode haver situações onde há necessidade de intervenção</p>
---	--	---

<p>não fez cesárea antes então, ele tem que saber mais ou menos essas situações que o neném já está lá em baixo e não tem condições de cesárea e há condições de fazer um fórceps então faz. Agora, porque que às vezes vai para a cesárea, às vezes a parturiente vai para a sala sem estar com o nenê baixo ainda e pode acontecer dele não baixar mais do que aquilo, está com dilatação total, enfim, eu acho que são coisas assim que, são detalhes, que não precisa entrar muito assim nestes detalhes, mas ele tem que ter noção. Olha vai para a sala de parto, pode ter norma, mas de repente pode de repente tá lá na sala de parto de repente pode ter alguma alteração com o neném e não poder esperar, e não poder usar um fórceps, ou em consequência usou o fórceps tinha condições de usar e usou, então, eu acho que isso ai é importante que o acompanhante, o marido principalmente tenha noção de que a parturiente pode estar indo para a sala de parto e que nem sempre as coisas acontecem de maneira adequada, pode haver alguma intervenção.</p> <p><b>A quem cabe dar estas orientações?</b></p>	<p>*Parece estar imbuída nesta fala a questão do questionamento sobre a conduta adotada</p>	
--	---	--

<p>- Olha (pausa) eu acho que ou o enfermeiro obstetra ou o próprio médico. Tinha que ser ou um ou outro. Enfermeiro, enfermeiro obstetra e se o médico tiver tempo, tempo teria até, mas em geral médico não gosta muito de falar, sabe, bem eu falo por mim. Porque tem medico que gosta de falar, fala, fala e não pára mais (risos), mas isso aí é tudo uma questão de repente fazer uma...tentativa. O problema é o seguinte, que quem tá internando é o enfermeiro se ela vira pro plantão e diz, olha, to internando, tá com tanto de dilatação... Tá, não tem problema. Então quem faz a admissão na verdade, na maioria das vezes, é o enfermeiro ou a enfermeira e então neste momento, seria o caso de já conversar com o acompanhante, não sei como é que tá funcionando, não sei se você sabe se é o enfermeiro, porque tem agora uma equipe que é do alojamento conjunto e tem uma equipe que não é do alojamento conjunto, então não sei bem quem na coisa aí, quem é que tá dando essa orientação, mas, pelo menos <u>ninguém solicitou que o médico que tem que dar a</u></p>	<p>*desconhece como é realizada a orientação do acompanhante</p>	<p>Quem cabe dar as orientações?</p> <p>1- o enfermeiro 2- o próprio médico (médico normalmente não gosta de falar) Parece existir uma dificuldade de interação médico/cliente.</p>
--	--	---

<p><u>informação</u>, ninguém me solicitou, tenho a impressão que talvez caiba mais a própria enfermagem.</p> <p><b>E se alguém lhe solicitar a orientação?</b></p> <p>- Olha, eu não iria, não gosto muito né,(risos). Não sei o que os outros médicos pensariam, até poderia. Teria que ter, não sei um certo protocolo, não sei, deve seguir um protocolo. Não sei se é dado alguma coisa por escrito, não sei como é que funciona isso. Mas talvez fosse uma coisa interessante. Com orientações básicas. Aqui tem esse aspecto de ser o pré-parto na enfermaria, né, três. Às vezes são as três camas ocupadas por isso eu acredito que sejam orientados. Só que tem um problema no pré - dois ficam no mesmo bloco, então não sei até que ponto isto ta interferindo ou não ta, mas isso é uma coisa que a maternidade vai ter que estudar.</p> <p><b>O senhor conhece alguma legislação sobre a presença do acompanhante no parto? Fale-me um pouco sobre isso.</b></p> <p>- <u>Legislação não.</u> <u>Legislação?</u> O que eu sei é que o Ministério da saúde, acho que é, não é que ele recomende, e não é que</p>	<p>*parece que conhece pouco a legislação</p>	<p>1- Reforça a figura do enfermeiro como quem deve dar orientações por ter o primeiro contato com a parturiente e seu acompanhante (é o enfermeiro que admite a paciente)</p> <p>- ninguém solicitou que o médico desse orientação</p> <p>- ter um protocolo para seguir (algo por escrito), com orientações básicas:</p> <p>- respeito a privacidade de outras mulheres (pré-parto com três leitos) Problema? Pode estar interferindo?</p> <p>Sugestão: - maternidade tem que estudar a acomodação no pré-parto</p>
--	---	---

<p>imponha também, mas quase que ele impõe, a necessidade do acompanhante no trabalho de parto, né, e mesmo no pós-parto. Então é, eu sei que existe isso, não sei se é do Ministério da Saúde ou da onde que é. Essa determinação, acho que é do Ministério da Saúde, não é? Justamente visando a tal da humanização do parto, não é?</p> <p><b>Gostaria de acrescentar algo?</b></p> <p>- Não, eu acho que eu tinha uma certa opinião, e eu realmente mudei um pouco esta opinião, acho que realmente a maioria, como eu falei inicialmente, a maioria dos acompanhantes seja muito bom, atualmente estão se comportando de uma maneira realmente positiva e é uma situação que hoje mostra progresso no sentido de amenizar o sofrimento, entre aspas o sofrimento, mas realmente é, realmente é um grande sofrimento. Quando a gente vê parturientes que passam numa boa, tranquilas, só na hora do parto, então a gente vê que o sofrimento é entre aspas, né. Tem muitas pacientes que você as vezes vai examinar, não tem contração naquela hora e ela tá ali aí a gente diz :</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- refere não conhecer a legislação, mas fala do direito de ter acompanhante</li>   <li>- aponta o objetivo de “humanizar”</li>   <li>- tinha uma certa opinião (contrária ao acompanhante)</li>   <li>- os acompanhante estão se comportando de uma maneira positiva ( ajudam a amenizar o sofrimento)</li>   <li>- paciente fica tranqüila (vantagem)</li>   <li>- acha importante a presença do acompanhante.</li> </ul>
---	--	---

<p>“agora não ta contraindo” e ela pára de gerar. Então muita isso aí seria um trabalho de pré-natal, então é complicado, realmente é complicado, né. Explicar como que é o parto as contrações, aquilo que antigamente o psicoprofilático do parto, não só da parturiente como também do possível acompanhante. Eu acho que é importante o que está se tentando fazer isso aí.</p>		
---	--	--

## APÊNDICE E – Esquema preliminar das categorias e subcategorias

### CONCEPÇÕES SOBRE O ACOMPANHANTE

#### 1 Justificativa/vantagens da importância do acompanhante

1.1 Com relação à parturiente:

- dá apoio (isso leva a diminuição da dor)
- alguém que está integralmente com ela
- dá segurança
- ajuda a diminuir a violência institucional

1.2 Com relação ao profissional que presta assistência:

a) Atua como um elo entre a parturiente e o profissional:

- “decodifica coisas” no parto para a paciente;
- pode fazer decodificações no pós-parto para a paciente;
- faz a ligação;
- ajuda o profissional a ajudar a paciente;
- decodifica sensações/sentimentos da mulher para o profissional, mas se já participou antes, ajuda a fazer comparações;
- ajuda o profissional a conhecer a mulher.

b) Sua presença valoriza o profissional:

- dá gratificação;
- reconhecimento;
- “dá um lugar para você profissional”;
- dá prazer;
- dá apoio para cuidar melhor.

1.3 Com relação à abordagem do parto como evento sociocultural:

a) O acompanhante ajuda para que o evento seja culturalmente sensível:

- O acompanhante no hospital revigora a idéia do nascimento e do parto como eventos familiares.

b) O acompanhante ajuda para que os profissionais ampliem seus horizontes assistenciais

1.4 com relação ao recém-nascido:

- fortalece vínculos do pai com o bebê;
- os familiares aprendem a cuidar no RN;
- ajuda a mulher e no cuidado da criança no AC e depois em casa.

## **2 Características do acompanhante**

2.1 Quem deve acompanhar

- alguém com certo grau de intimidade com a mulher;
- qualquer pessoa significativa para a mulher;
- alguém da confiança da mulher;
- não há uma pessoa ideal, tem que ser a ideal para a mulher;
- a própria mulher pode querer ficar sozinha ( E1 diz que é a melhor forma – aprofundar a interpretação, pois parece uma contradição);
- alguém que a mulher decida.

## 2.2 Como vêm as características/comportamentos gerais dos acompanhantes:

- vai se tornando sujeito do parto;
  - o homem gosta de perguntar/saber das coisas;
  - não se percebem como sujeitos do parto;
  - são desinformados: - não conhecem que há modelos de humanização do nascimento;
    - desconhecem a lei;
    - desconhecem as normas institucionais
    - uso do banheiro;
    - entrada e saída;
    - horários.
  - são perdidos/não ajudam/atrapalham;
  - invadem a privacidade dos pacientes;
  - contaminam o ambiente;
  - tem que se ater a “acompanhar”.
- 
- a) o acompanhante da enfermaria: - vê isso como um favor;
    - se sente constrangido, quase não fala;
    - a equipe faz com que ele fique constrangido.
  - b) o acompanhante do apartamento: - vê isso como uma obrigação;
    - fala mais;
    - é mais participativo.

### 2.3 Quando/onde deve acompanhar:

- |   |                         |   |  |
|---|-------------------------|---|--|
| { | - onde não tem problema | { | - às vezes pode acompanhar no TP<br>como visita            |
|   |                         |   | - no pré-parto é bom pra<br>mulher                         |
| { | - onde tem problema     | { | - durante o parto: “entra em um<br>terreno desconhecido”;  |
|   |                         |   | - numa emergência acaba deixando<br>a equipe mais nervosa. |
- { quando o médico responsável pela paciente autorizar.

## 3 Sugestões

3.1 Não apenas cumprir a lei, mas manter um referencial teórico “culturalmente sensível”;

3.2 Os profissionais devem se reconhecer como “sujeitos”;

3.3 Os profissionais devem orientar/informar/capacitar o acompanhante:

- |   |  |
|---|--|
| { | - Ensinar que os acompanhantes devem:  |
|   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• seguir as regras institucionais, (é muito importante);</li> <li>• conhecer o lugar para onde está indo (CO).</li> </ul>   |
| { | - É necessário “situar” o acompanhante na instituição (isso também é acolhimento):   |
|   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• apresentar as dependências;</li> <li>• dizer quais banheiros estão funcionando;</li> <li>• que as cadeiras que reclinam são para acompanhantes idosos;</li> <li>• para resguardar a privacidade das outras mulheres;</li> <li>• qual o papel do acompanhante;</li> <li>• explicar sobre a fisiologia do trabalho de parto e parto.</li> </ul> |

- Quem deve orientar o acompanhante:
  - todos os profissionais indistintamente (porteiro, enfermeira, médico, etc );
  - a enfermeira (a própria enfermeira acha que isso é tarefa dela (E1,E2,E4);
  - a enfermagem de forma geral;
  - nas consultas pré-natais (lá na base).

- 3.4 Quanto às instalações físicas: - ter mais cadeiras que reclinam;  
 - ter quartos do tipo PPP;  
 - ter quartos tipo familiares.

#### 4 Dificuldades na presença do acompanhante

##### 4.1 Com relação aos profissionais:

- estão aprendendo “a trabalhar” com a mulher e o acompanhante: precisam deixar de ser “legalistas”: - ver se a mulher realmente deseja ser acompanhada  
 - ver se realmente ela quer ser acompanhada por quem está com ela naquele momento (conflitos intrafamiliares).
- colocam restrições:
  - porque têm medo da vigilância;
  - “possuem preconceitos”;
  - “pressões sobre a mulher”;
  - querem uma pessoa dócil.
- as enfermeiras são as que mais apóiam (e por isso há conflitos):
  - mostram como fazer;
  - são pessoas chave;
  - potencializam os acompanhantes;
  - usam a cintura.
- os médicos e os profissionais de nível médio são os que menos apóiam: torcem o nariz, mais não verbalizam a opinião.

4.2 Com relação do modelo de atenção:

- dificuldades porque está centrado no masculino e no médico;
- rotinas beneficiam somente os profissionais de saúde;
- as práticas/procedimentos não são humanizados.

4.3 Com relação às forças intrafamiliares (conflitos):

- nem sempre estão na mesma sintonia (mulher x acompanhante);
- alguns homens comparecem alcoolizados;
- algumas mulheres (sogra, mães) “forçam” acompanhamento;
- quando não há intimidade a mulher fica nervosa.

4.4 Com relação às dependências físicas da maternidade:

- devia ter quartos individuais (não é preponderante, mas sua ausência atrapalha);
- deveria ter PPP;
- deveria ter quarto familiar;

## **5 Conhecimentos sobre as questões sociais/legais que dizem respeito ao acompanhante**

5.1 Conhecem muito bem a legislação brasileira;

5.2 Conhece e participa dos movimentos sociais; Faz parte da *Abenfo*/incentiva slogans (é um saber- fazer da enfermagem);

5.3 Ouviram falar que há uma legislação.

## APÊNDICE F – CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS

Categoria 1: Conhecimento sobre a legislação que envolve o acompanhante no parto e nascimento

Subcategoria 1.1: conhece e participa dos movimentos sociais

Subcategoria 1.2: conhece parcialmente

Subcategoria 1.3: desconhece ou apenas ouviu falar

Categoria 2: Vantagens/Justificativas para a presença do acompanhante

Subcategoria 2.1: com relação à parturiente

Subcategoria 2.2: com relação ao RN

Subcategoria 2.3: com relação ao profissional

Subcategoria 2.4: com relação ao parto como evento sócio-cultural

Categoria 3: Características do acompanhamento

Subcategoria 3.1: quem é a pessoa que deve acompanhar

Subcategoria 3.2: ambiente não apropriado para o acompanhamento

Subcategoria 3.3: o acompanhante “SUS” e o acompanhante “particular”

Subcategoria 3.4: o acompanhante real e o acompanhante ideal

Categoria 4: Dificuldades para a inclusão do acompanhante

Subcategoria 4.1: os médicos e os profissionais de nível médio têm mais resistências

Subcategoria 4.2: persistência do modelo obstétrico centrado na biomedicina

Subcategoria 4.3: incompreensão das relações intrafamiliares

Subcategoria 4.4: infra-estrutura hospitalar inadequada

Categoria 5: Sugestões para a inclusão do acompanhante

Subcategoria 5.1: direcionadas aos profissionais e à instituição

Subcategoria 5.2: quanto às orientações que os acompanhantes devem receber para acompanhar

Subcategoria 5.3: quanto à melhoria nas instalações físicas

## **ANEXOS**

## ANEXO A - Aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão  
Comitê de Ética em Pesquisas em Seres Humanos

**CERTIFICADO** Nº 350

O Comitê de Ética em Pesquisas em Seres Humanos (CEPSH) da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, instituído pela PORTARIA N.º 0584/GR/99 de 04 de novembro de 1999, com base nas normas para a constituição e funcionamento do CEPSH, considerando o contido no Regimento Interno do CEPSH, **CERTIFICA** que os procedimentos que envolvem seres humanos no projeto de pesquisa abaixo especificado estão de acordo com os princípios éticos estabelecidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

**APROVADO**

**PROCESSO: 391/08 FR-234892**  
**TÍTULO: O acompanhante na maternidade: concepções dos profissionais de saúde**  
**AUTOR: Marisa Monticelli e Anair A. Nassif.**  
**DPTO.: Enfermagem/CCS/UFSC**

**FLORIANÓPOLIS, 15 de dezembro de 2008.**

*[Assinatura]*  
Coordenador do CEPSH/UFSC - Prof.º Washington Portela de Souza