



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA E CUIDADO EM
ENFERMAGEM E SAÚDE

ERIKA SIMAS EBSEN

**PARTICIPAÇÃO DO ACOMPANHANTE NA ATENÇÃO PRÉ-
NATAL: EXPERIÊNCIA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA
REDE BÁSICA**

FLORIANÓPOLIS
2015

ERIKA SIMAS EBSEN

PARTICIPAÇÃO DO ACOMPANHANTE NA ATENÇÃO PRÉ-NATAL: EXPERIÊNCIA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA REDE BÁSICA

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

Linha de Pesquisa: O Cuidado em Enfermagem à Saúde da Mulher e do Recém-Nascido

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Odaléa Maria Brüggemann

FLORIANÓPOLIS
2015

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

Ebsen, Erika Simas

Participação do acompanhante na atenção pré-natal :
experiência dos profissionais de saúde da rede básica /
Erika Simas Ebsen ; orientadora, Odaléa Maria Brüggemann -
Florianópolis, SC, 2015.
139 p.

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

Inclui referências

1. Enfermagem. 2. Atenção Pré-Natal. 3. Profissionais de
Saúde. 4. Apoio Social. 5. Atenção Básica. I. Brüggemann,
Odaléa Maria. II. Universidade Federal de Santa Catarina.
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

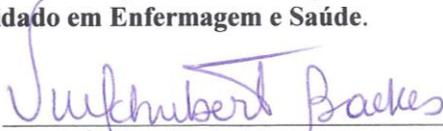
ERIKA SIMAS EBSEN

PARTICIPAÇÃO DO ACOMPANHANTE NA ATENÇÃO PRÉ-NATAL: EXPERIÊNCIA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA REDE BÁSICA

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a Obtenção do Título de:

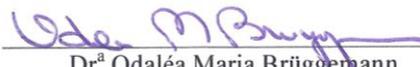
MESTRE EM ENFERMAGEM

e aprovada em 24 de fevereiro de 2015, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: **Filosofia e Cuidado em Enfermagem e Saúde.**



Dr^a Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Programa

Banca Examinadora:



Dr^a Odaléa Maria Brüggemann
Presidente



Dr^a Evangelia Kotziás Atherino dos Santos
Membro



Dr^a Roberta Costa
Membro



Dr^a Maria de Fátima Motta Zampieri
Membro

Dedico este trabalho
à minha avó Laureana (*in memoriam*),
aos meus pais Ralf e Luzia,
e à minha filha Olívia.

AGRADECIMENTOS

Antes de iniciar, quero exprimir um pouco da dificuldade que me é tecer os agradecimentos. O mestrado, para mim, não foi somente um período de intensa aprendizagem e crescimento acadêmico. Isto é incontestável. Mas nestes dois anos, alguns ciclos da minha vida se fecharam, enquanto outros se abriram. Foi um período conturbado, de angústia e sofrimento beligerantes, mas também entremeado por pequenos acontecimentos, no sentido deleuziano do termo. E voltando os olhos para trás, vejo que somente foi possível chegar até aqui porque houve pessoas que me apoiaram em algum trecho dessa trajetória íngreme e tortuosa. Eu não chegaria aqui se estivesse sozinha. E agradeço, profundamente, a todos que me apoiaram. E tendo como objeto de estudo o apoio, isto só reforça a experiência empírica de que ter alguém ao lado nos faz ir mais longe.

Aos meus pais, Luzia e Ralf, por me ajudarem imensamente com os cuidados da Olívia, para que eu pudesse fazer as atividades do mestrado, estudar, trabalhar e até mesmo, poder espairar um pouco. Obrigada por se preocuparem comigo e estarem ao meu lado em todos os momentos. Eu amo muito vocês.

À Olívia, minha pequena, cujas conquistas diárias alegraram esse meu mestrado. Peço desculpas pelos vários momentos de ausência, e quanto você teve que abrir mão de mim (e eu de ti). Mas mesmo tão jovem, és tão compreensiva, tão cheia de amor. E quando eu te escuto falar, ainda com palavras titubeantes, “te amo, mamãe”, eu vejo que vale a pena se tornar alguém melhor por você.

Meu imenso agradecimento, respeito e admiração à professora Odaléa Maria Brüggemann, que me orientou com carinho nesta “jornada do herói”, e, principalmente, pelo afeto, preocupação e paciência. Sem você eu não teria chegado até aqui. Obrigada por fazer parte de minha formação. Terei sempre um carinho muito especial por você!

Aos membros da banca examinadora, Prof^ª Dr^ª Odaléa Maria Brüggemann, Prof^ª Dr^ª Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos, Prof^ª Dr^ª Maria de Fátima Motta Zampieri, Prof^ª Dr^ª Roberta Costa, Prof^ª Dr^ª Marli Terezinha Stein Backes, e Prof^ª Dr^ª Vitória Regina Petters Gregório, e Dda Carolina Frescura Junges, por contribuírem com seus conhecimentos e experiências valiosas para este estudo.

Às professoras do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, cujo conhecimento compartilhado contribui imensamente para a minha formação.

À Coordenação de Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, por apoiar e facilitar o contato com os coordenadores das Unidades Locais de Saúde.

Às enfermeiras e médicos participantes deste estudo, sem cujos relatos esta pesquisa não teria sido realizada. Muito obrigada por partilhar suas experiências!

À todas as minhas colegas do GRUPESMUR, especialmente, Heloísa Dias, Cilene Volkmer, Luana Aires, Larissa Rocha, Josilene Bernardo, Luciana dos Santos, e às também “odinhas” Juliana Monguillot, Cristiane de Melo, Cecília Melo, Carolina Junges e Manuela Beatriz Velho, pelos ouvidos e abraços sempre disponíveis.

À Romana e à Bruna (eu sei que vocês também são do GRUPESMUR e “odinhas”, mas eu precisava fazer em separado), e à amiga Maria Hernandez, que me ajudaram e apoiaram imensamente, ouvindo meus discursos circulares, me abraçarem e comerem chocolate comigo nas nossas maravilhosas tardes de trabalho. Sem vocês minha caminhada teria sido bem mais tortuosa! Obrigada por estarem perto de mim!

Às enfermeiras Luana Silva e Letícia Silva, com quem tive a oportunidade de me aproximar durante meu estágio de docência. Agradeço a oportunidade de trabalhar com vocês, além de conhecer pessoas tão sensíveis e maravilhosas!

À todos meus colegas do programa de pós-graduação em enfermagem, e sobretudo, àqueles que cujos laços se construíram ou se fortaleceram nesta trajetória: Samanta Michelin, Patrícia Hermida, Cláudia Bruck, Cilene Soares, Bruno da Paz, Taíse Macedo, Fernanda Pires, Patrícia Ilha, Cláudia Carraro, e Tatiana Martins.

À supervisora Girlane Mayara e às colegas da tutoria de Especialização em Atenção Básica do UNASUS, pela partilha de conhecimentos e carinho.

À amiga Laís Schneider, de sororidade incondicional, que me ajudou a manter a sanidade nesta jornada.

Aos amigos Lidiane dos Santos, Anadélia Wolf, Gil Ferreira, Guilherme Schneider, Tatiana Polatti, Rudolfo Neto, Thisa Benfato, Maria Eduarda Silva, Augusto Braun, Jenny Sumara, Ana Carolina Torrens, Felipe Rocha, Kamylla Cunha e Carolina Kahl, por me ouvirem e me ajudarem a empilhar os tijolos.

À minha comadre Kamila Paiva, por disponibilizar seu apartamento para a clausura necessária para que eu pudesse redigir os textos finais desta dissertação (obrigada, rapariga!).

Enfim, a todos que, de alguma forma, contribuíram para a realização desta dissertação.

*Nada nunca é igual. Seja um segundo mais tarde
ou cem anos depois. Tudo está sempre se
agitando e se revolvendo. E as pessoas mudam
tanto quanto os oceanos.*
(Neil Gaiman)

EBSEN, Erika Simas. **Participação do acompanhante na atenção pré-natal: experiência dos profissionais de saúde da rede básica**. 2015. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 139f.

Orientadora: Prof^a Dr^a Odaléa Maria Brüggemann

Linha de Pesquisa: O Cuidado em Enfermagem à Saúde da Mulher e do Recém-Nascido

RESUMO

A presença e participação do acompanhante na atenção pré-natal é uma das práticas que pode auxiliar na sua qualificação. Estudos científicos mostram que o apoio provido pelo acompanhante no pré-natal contribui positivamente para o bem estar físico e emocional da mulher, e estimula a sua participação no parto e nascimento, nos cuidados com o recém-nascido e aleitamento. As políticas públicas de atenção à saúde da mulher reconhecem a importância do apoio provido pela rede social da mulher e recomendam que os profissionais acolham o acompanhante e não ofereçam obstáculos à sua participação. Este estudo objetivou compreender a experiência dos profissionais de saúde, que realizam o pré-natal na Atenção Básica, em inserir e promover a participação do acompanhante durante a assistência prestada à gestante. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, exploratório-descritiva, inserida no macroprojeto “A participação do acompanhante de escolha da mulher no pré-natal, trabalho de parto e parto, no sistema de saúde público e suplementar”, com abordagem mista. O cenário do estudo foi a Atenção Básica de Florianópolis/SC. Os dados foram coletados de abril a setembro de 2014, por meio de entrevistas semiestruturadas, realizadas com 17 participantes (nove enfermeiras e oito médicos), que atuavam na atenção pré-natal. A análise dos dados foi realizada segundo a Análise de Conteúdo de Bardin, com o auxílio do programa de organização de dados qualitativos ATLAS.ti 7.0. Os resultados são apresentados sob a forma de dois manuscritos: no primeiro, os achados mostraram que a participação do acompanhante no pré-natal ainda é pequena, e o pai é o acompanhante que está mais presente; as primigestas são as que mais possuem acompanhante, e a presença dele nos primeiros trimestres é motivada pela curiosidade e sobre a evolução da gestação; a presença do acompanhante gera desafios para a prática assistencial. No manuscrito 2, os resultados mostraram que as facilidades para inserção do

acompanhante no pré-natal estão relacionadas com o processo de trabalho na atenção básica e o interesse do acompanhante, enquanto as principais dificuldades referem-se à ocupação laboral do acompanhante; as estratégias e possibilidades para inserção do acompanhante pautam-se em ações de educação em saúde, na divulgação do direito, na articulação intersetorial entre saúde e trabalho, realização do pré-natal masculino e no trabalho em equipe. A participação do acompanhante no pré-natal é vista como positiva, não havendo nenhuma restrição quanto à sua presença pelos profissionais de saúde, embora gere desafios durante a prática assistencial. Esta pesquisa vai ao encontro da atual política obstétrica e das diretrizes do Ministério da Saúde para a atenção pré-natal, e pretende contribuir para a organização e humanização da assistência, fornecendo subsídios para a elaboração de estratégias que favoreçam a inserção e permanência do acompanhante no pré-natal.

Palavras-chave: Atenção Pré-Natal. Profissionais de Saúde. Apoio Social. Atenção Básica. Saúde da Mulher.

EBSSEN, Erika Simas. The participation of the companionship during the pre-natal care: experience of health professionals from primary health care. 2015. Thesis (Master's Degree in Nursing) – Post Graduate Nursing Program, Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, 139p.

Advisor: Prof. Dr. Odaléa Maria Brüggemann

Research line: Nursing Care of Women's Health and Newborn

ABSTRACT

The companionship presence and their participation in the pre-natal care is one of the practices that can help in its score. Scientific studies have shown that the support provided by the companionship in the pre-natal contributes positively to the physical and emotional wellbeing of women, and encourages their participation in the labor and delivery in caring for the newborn and in the breastfeeding process. Public policies for health care of women recognize the importance of the support provided by the social network of women recommend that professionals receive the companionship and offer no obstacles to their participation. This study is aimed at understanding the experience of health professionals, who perform the pre-natal on Basic Care in introducing and promoting the participation of the companionship for the assistance offered to pregnant women. It is a qualitative, exploratory and descriptive research, enclosed in the macro-project "The participation of the elected companionship by women in prenatal, labor and delivery, in the public health and supplemental system" with a mixed approach. The study setting was the Basic Care Units of Florianópolis/SC. Data were collected from April to September 2014, through semi-structured interviews conducted with 17 participants (nine nurses and eight physicians), of the pre-natal care. The data analysis was performed according to Bardin Content Analysis, with the help of the program ATLAS ti 7.0 for the organization of the qualitative data.. The results are presented in two manuscripts: in the first, the results showed that the participation in prenatal by the companionship is still small, the father is the frequent companionship; primiparous have most companionships, and the presence of them in the first months is motivated by curiosity and the evolution of pregnancy. Although the presence of the companionship creates challenges in clinical practice. In the second

manuscript, the results showed that the facilities for the insertion of the companionship are related to organization of the service, the work process in primary care and the interest of the companionship in relation to major difficulties relate to the occupation of the companionship. The strategies and possibilities for the insertion of the companionship are based on health educational activities that stimulate the companionship to participate in the pre-natal, the intersectorial linkages between health and work and the completion of male pre-natal. Participation in the prenatal passenger is viewed positively, there is no restriction regarding their presence by health professionals but generates some challenges. This research responds to the current obstetric policy and guidelines of the Ministry of Health for pre-natal care and aims at contributing to the organization and humanization of care, promoting subsidies for the development of strategies that promote inclusion and permanence of support in the pre-natal care.

Keywords: Prenatal Care. Health Personnel. Social Support. Primary Health Care. Woman's Health.

EBSSEN, Erika Simas. **Participación del acompañante en la atención prenatal: experiencia de los profesionales de salud de la red básica.** 2015. Disertación (Maestría en Enfermería) - Programa de Postgrado en Enfermería, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 139h.

Orientadora: Prof^a Dr^a Odaléa Maria Brüggemann

Línea de investigación: El cuidado en Enfermería a la Salud de la Mujer y del Recién Nacido

RESUMEN

La presencia y participación del acompañante en la atención pre-natal es una de las prácticas que puede auxiliar en su calificación. Estudios científicos muestran que el apoyo provisto por el acompañante en el pre-natal contribuye positivamente para el bienestar físico y emocional de la mujer, y estimula su participación en el parto y nacimiento, en los cuidados con el recién nacido y el proceso de lactancia. Las políticas públicas de atención a la salud de la mujer reconocen la importancia del apoyo provisto por la red social de la mujer y determinan que los profesionales reciban al acompañante y no ofrezcan obstáculos a su participación. Este estudio objetivó comprender la experiencia de los profesionales de salud, que realizan el pre-natal en la Atención Básica, en inserir y promover la participación del acompañante durante la asistencia ofrecida a la gestante. Es una investigación cualitativa, exploratoria y descriptiva, inserida en el macroproyecto “La participación del acompañante elegido por la mujer en pre-natal, trabajo de parto y parto, en el sistema de salud público y suplementar”, con abordaje mixto. El escenario de estudio fue la Atención Básica de Florianópolis/SC. Los datos fueron recolectados de abril a septiembre de 2014, por medio de entrevistas semiestructuradas, realizadas con 17 participantes (nueve enfermeras y ocho médicos), que actuaban en la atención pre-natal. El análisis de los datos fue realizado según el Análisis de Contenido de Bardin, con el auxilio del programa de organización de datos cualitativos ATLAS. Ti 7.0. Los resultados son presentados en dos manuscritos: en el primero, los resultados mostraron que la participación del acompañante en el prenatal aún es pequeña, el padre es el acompañante que está más presente; las primigestas son las que más poseen acompañante, y la presencia de él en los primeros trimestres es motivada por la curiosidad y la evolución de la gestación; la presencia del acompañante genera desafíos en la práctica asistencial.

En el segundo manuscrito, los resultados muestran que las facilidades para la inserción del acompañante están relacionadas con la organización del servicio, el proceso de trabajo en la atención básica y el interés del acompañante, con relación a las principales dificultades se refieren a la ocupación laboral del acompañante; las estrategias y posibilidades para la inserción del acompañante se fundamentan en acciones educativas en salud que estimulen al acompañante para participar del pre-natal, la articulación intersectorial entre salud y trabajo, realización del pre-natal masculino. La participación del acompañante en el prenatal es vista positivamente, no existiendo ninguna restricción con relación a su presencia por parte de los profesionales de salud aunque genere algunos desafíos. Esta investigación responde a la actual política obstétrica y a las directrices del Ministerio de Salud para la atención pre-natal y pretende contribuir para la organización y humanización de la asistencia, promoviendo subsidios para la elaboración de estrategias que favorezcan la inserción y permanencia del acompañamiento en el pre-natal.

Palabras-clave: Atención Prenatal. Personal de Salud. Apoyo Social. Atención Primaria de Salud. Salud de la Mujer.

LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
CAPPS	Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CEP	Comitês de Ética em Pesquisa/Conselho Nacional de Ética em Pesquisa
CEPSH	Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
Conep	Conselho Nacional de Ética em Pesquisa
CS	Centro de Saúde
DS	Distrito Sanitário
eSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia de Saúde da Família
MS	Ministério da Saúde
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
OMS	Organização Mundial da Saúde
PHPN	Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
ULS	Unidades Locais de Saúde
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	23
2 OBJETIVOS.....	29
2.1 GERAL.....	29
2.2 ESPECÍFICOS.....	29
3 SUSTENTAÇÃO TEÓRICA.....	31
3.1 A ATENÇÃO PRÉ-NATAL.....	31
3.2 INSERÇÃO DO ACOMPANHANTE NO PRÉ-NATAL: POLÍTICAS PÚBLICAS	37
3.3 A PARTICIPAÇÃO DO ACOMPANHANTE NA ATENÇÃO PRÉ-NATAL	43
4 MÉTODO.....	47
4.1 TIPO DE ESTUDO	47
4.2 CENÁRIO DO ESTUDO	48
4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	51
4.4 COLETA DOS DADOS	52
4.5 ANÁLISE DOS DADOS	54
4.6 ASPECTOS ÉTICOS	56
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	59
5.1 MANUSCRITO 1 – PRÉ-NATAL COM ACOMPANHANTE NA ATENÇÃO BÁSICA: EXPERIÊNCIA DE ENFERMEIROS E MÉDICOS	60
5.2 MANUSCRITO 2 – FACILIDADES, DIFICULDADES E ESTRATÉGIAS PARA INSERÇÃO DO ACOMPANHANTE NO PRÉ-NATAL A PARTIR DA EXPERIÊNCIA DE ENFERMEIROS E MÉDICOS.....	85
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	113
REFERÊNCIAS	117
APÊNDICES.....	129
APÊNDICE A – ROTEIRO TEMÁTICO ENTREVISTA PROFISSIONAIS DA UNIDADE LOCAL DE SAÚDE	129
APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	133

ANEXOS	135
ANEXO A – DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS	135
ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA	137
ANEXO C – OFÍCIO DE APROVAÇÃO DA PESQUISA EMITIDO PELA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS	139

1 INTRODUÇÃO

A atenção pré-natal é uma estratégia de saúde obstétrica e neonatal que visa o acolhimento da mulher desde o início da gestação, a fim de assegurar o bem-estar materno e fetal e, conseqüentemente, o nascimento de uma criança saudável, inclusive abordando aspectos psicossociais, atividades educativas e preventivas. Os serviços e profissionais de saúde, para tanto, devem realizar atividades de prevenção e promoção da saúde, detecção e tratamento de alterações de saúde que surjam no ciclo gravídico-puerperal, pautadas na assistência humanizada. A atenção pré-natal, ao considerar a individualidade das mulheres, valoriza o contexto por elas vivenciado e contribui para o aumento da adesão, do alcance e da qualidade do serviço, reduzindo os elevados índices de morbimortalidade materno-infantil (BRASIL, 2006a; 2013a).

A realização da atenção pré-natal e puerperal é feita pelos membros da equipe multiprofissional de saúde. Na Atenção Básica (AB) o acompanhamento da gestante na assistência pré-natal é compartilhado pelos enfermeiros e médicos, por meio de consultas, visitas domiciliares e grupos de gestantes (BRASIL, 2013a).

A gestação é um momento caracterizado por mudanças físicas e emocionais, em que a perspectiva da chegada de uma criança gera transformações na vida das mulheres e no meio social onde vivem. A humanização da atenção pré-natal ultrapassa a percepção das gestantes como “corpos grávidos”, identificando suas necessidades de cuidado a partir de suas experiências individuais e do contexto onde estão inseridas, visando à integralidade da assistência às mulheres durante a gravidez.

O conceito de humanização vai muito além de tratar a mulher de forma amigável, e está intimamente associado com a qualificação da assistência à saúde. A humanização deve ser compreendida como atitudes e comportamentos dos profissionais de saúde, que contribuem para o fortalecimento do direito à saúde, melhorando o grau de informação das mulheres sobre seu corpo e suas condições de saúde, e ampliando sua capacidade de fazer escolhas adequadas ao seu contexto e momento de vida. A humanização é operacionalizada pelo acolhimento das demandas (conhecidas ou não) pelas equipes de saúde, o uso de tecnologias apropriadas a cada caso, e o interesse pela redução de problemas de saúde da clientela (BRASIL, 2011a).

O Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), lançado pelo Ministério da Saúde (MS) brasileiro em 2000,

através da Portaria GM n. 569, trouxe a humanização como um preceito fundamental para a orientação dos serviços de saúde na atenção obstétrica e neonatal, que devem receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido, evitando práticas intervencionistas desnecessárias e promovendo a continuidade da assistência (BRASIL, 2001). Além disto, o PHPN também estabeleceu diretrizes para a qualificação e avaliação da efetividade da atenção pré-natal: captação das gestantes até o quarto mês de gestação; realização de pelo menos seis consultas de pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro trimestre de gestação; realização da consulta puerperal até os 42 dias após o nascimento; garantia de realização de exames laboratoriais; imunização antitetânica; oferta de testagem anti-HIV, realização de atividades educativas; classificação de risco gestacional; e garantia à atenção ambulatorial e/ou hospitalar na gestação de alto risco (BRASIL, 2002).

Ainda em 2004, o MS publica o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal. Embora a maioria das mortes maternas e neonatais aconteça no momento da internação e do nascimento, os valores de mortalidade, associados à alta incidência de sífilis congênita e baixa cobertura de vacina antitetânica, demonstram falhas na qualidade do atendimento prestado no pré-natal. A ampliação da Estratégia de Saúde da Família (ESF), uma das estratégias do pacto, objetiva contribuir com a redução da mortalidade materno-infantil a partir da AB, qualificando e ampliando a cobertura pré-natal, além da atenção à saúde da mulher, puerpério, puericultura, e vigilância à saúde da mulher. Deste modo, esta política busca, por intermédio do PHPN, a melhoria da qualidade da atenção pré-natal e o enfrentamento do problema da descontinuidade entre o acompanhamento da gravidez e o parto, com o envolvimento articulado de todos os níveis de governo e gestão, sob a perspectiva dos direitos da cidadania (BRASIL, 2004a).

Em 2004, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) transforma o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, de 1984, em política pública e, articulada com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), reitera que a atenção à saúde da mulher deve superar o modelo biologicista e medicalizante hegemônico dos serviços de saúde, adotando o conceito de saúde integral e orientada pelos princípios da humanização e qualificação da assistência (BRASIL, 2004b). Em 2005, a portaria n. 1.067/GM institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, tendo como principais diretrizes a qualidade e a humanização da atenção obstétrica e neonatal prestada pelos serviços de saúde, acolhendo com dignidade a

mulher e o recém-nascido, e enfocando-os como sujeitos de direito (BRASIL, 2005a).

Os Pactos pela Saúde (Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto pela Gestão do SUS), divulgados em 2006 pela Portaria GM n. 399, são estratégias do MS para consolidação do SUS operacionalizadas por meio de diretrizes embasadas nos princípios fundamentais e organizacionais do sistema e com ênfase nas necessidades de saúde da população (BRASIL, 2006b). Dentre as prioridades do Pacto pela Vida, está a redução da mortalidade materna e infantil, incorporando as ações estratégicas estabelecidas no Pacto Nacional de Redução da Mortalidade Materna e Neonatal e reforçando os princípios da humanização na atenção à saúde da mulher e da criança.

Nesta trajetória, uma das estratégias para humanização da atenção obstétrica foi a inserção da rede social da mulher por meio da publicação da Lei nº 11.108 em 2005, conhecida como Lei do Acompanhante, que reconheceu a importância do apoio na parturição, obrigando os serviços de saúde da rede própria ou conveniada a permitirem um acompanhante da escolha da mulher durante o todo trabalho de parto, parto e pós-parto (BRASIL, 2005b). Esta Lei foi um grande avanço para os direitos reprodutivos, no entanto, ela não contemplou a inserção do acompanhante no pré-natal.

Apesar de todos estes esforços para melhoria da assistência ao parto e nascimento, pesquisa desenvolvida pela Área Técnica de Saúde da Mulher do MS, em 2008, que avaliou a adesão e implementação do PHPN, demonstrou que as diretrizes da humanização ao parto e nascimento e melhoria da saúde materno-infantil não estão sendo cumpridas, apontando a existência de fragilidades na implementação da política, dentre elas, a falta de integração efetiva entre o pré-natal e o parto (BRASIL, 2008a).

Com o objetivo de modificar este panorama, o MS lança a Rede Cegonha, em 2011, através da Portaria n. 1.459/GM, de 24 de junho de 2011, que valoriza a rede de apoio da mulher na atenção pré-natal, assegurando o direito à atenção humanizada na gravidez, parto e puerpério (BRASIL, 2011b). Este programa propõe um novo modelo de atenção às mulheres e crianças, a partir do fortalecimento da atenção básica em saúde, através de uma rede de serviços que possibilite o cuidado integral à mulher desde o pré-natal até o pós-parto (BRASIL, 2011a).

A qualificação do pré-natal no âmbito da Rede Cegonha objetiva contribuir para atingir a meta do quinto item dos “Objetivos de Desenvolvimento do Milênio” (ODM), que é a melhoria da saúde

materna (BRASIL, 2013a). Os ODM, definidos na Conferência Mundial da Organização das Nações Unidas do ano 2000, constituem um marco político pactuado pelos países para a redução da pobreza no mundo e garantia dos direitos humanos fundamentais, onde a saúde é um dos componentes fundamentais da luta contra a pobreza (BRASIL, 2010a).

Uma das práticas que podem auxiliar na qualificação do pré-natal é assegurar a presença e participação do acompanhante na atenção pré-natal. A inserção da rede social da mulher parte do pressuposto que, ao se inserir o acompanhante, o mesmo possa ser também provedor de apoio. Assim, a presença do acompanhante durante o pré-natal e o nascimento estariam relacionados com a possibilidade da mulher ser apoiada. O estudo de Millan, Barlow e Redshaw (2009) demonstra que a inserção da rede social da mulher na educação perinatal está associada a maior satisfação da gestante e do acompanhante com a experiência do nascimento, promoção do aleitamento, e adoção de comportamentos saudáveis pela gestante. Assim, é desejável que esse apoio promovido pela rede social no pré-natal possa ser estendido também ao processo parturitivo, para que haja uma continuidade deste apoio, integrando o acompanhante nos cuidados à mulher na parturição e puerpério.

A participação paterna durante o pré-natal está relacionada com maior envolvimento dos pais no apoio à gestante, durante o parto, o puerpério e cuidados com o bebê, aumentando o vínculo entre o pai e o bebê (REDSHAW; HENDERSON, 2013). Entretanto, é importante salientar que este acompanhante não necessariamente é o pai do bebê, podendo ser qualquer outra pessoa de escolha da mulher com quem ela se sinta à vontade e segura.

A necessidade de garantir meios para que o acompanhante esteja presente na atenção pré-natal também motivou a elaboração do projeto de Lei 5656 de 2013 (AMIN, 2013), em tramitação no Congresso Nacional, que acrescenta a presença do acompanhante também durante a atenção pré-natal, na Lei do Acompanhante.

O apoio durante o nascimento também traz benefícios para a mulher e para o recém-nascido (HODNETT et al., 2014). No entanto, estudos apontaram que os profissionais não têm orientado o acompanhante, durante o pré-natal, sobre a possibilidade de estar junto à mulher no nascimento (BRÜGGEMANN, OSIS, PARPINELLI, 2007; FRANCESCHINI, BONILHA, 2009; DAVI et al., 2011). Ao mesmo tempo, o acompanhante avalia a experiência de acompanhar a mulher durante o processo de nascimento como positiva, sobretudo quando a sua presença é valorizada pelos profissionais de saúde e são fornecidas orientações sobre seu papel (FRANCESCHINI; BONILHA, 2009).

Apesar dos profissionais considerarem importante a rede de apoio da mulher durante o pré-natal, as atividades assistenciais desenvolvidas enfocam a gestante e não inserem o acompanhante (LÍBERA et al., 2011).

Vários estudos recomendam a necessidade de que os profissionais de saúde incluam o acompanhante na atenção pré-natal, reorientando suas práticas a fim de promover sua participação (SILVA, BRITO, 2010; LESSA, DA ROSA, 2010; PAULA, SARTORI, MARTINS, 2010; PERDOMINI, BONILHA, 2011; BENAZZI, LIMA, SOUZA, 2011; PICCININI et al., 2012; REDSHAW, HENDERSON, 2013). Além disso, o MS preconiza, dentre os “Dez Passos para a Qualidade do Pré-Natal na Atenção Básica”, a promoção da escuta ativa da gestante e de seu(s) acompanhante(s), considerando-se aspectos socioculturais, intelectuais e emocionais, e a realização do pré-natal do(a) parceiro(a), reconhecendo o direito do acompanhante de ser cuidado antes, durante e após a gestação (BRASIL, 2013a). Para isso, os profissionais de saúde devem acolher o acompanhante, não oferecendo obstáculos à sua participação no pré-natal, trabalho de parto, parto e pós-parto. Contudo, ainda não existem estudos sobre como os profissionais de saúde percebem a participação do acompanhante durante o pré-natal.

Estudo que objetivou identificar a tendência das produções científicas brasileiras relacionadas com o cuidado de enfermagem na atenção pré-natal (STUMM; SANTOS; RESSEL, 2012) revelou que os trabalhos científicos têm se detido sobre as temáticas de educação em saúde e procedimentos técnicos. A inclusão da família no pré-natal e os significados para a gestação ainda são temas pouco encontrados nos artigos, recomendando-se a realização de estudos que possibilitem o aprofundamento destas temáticas.

Em consulta ao portal Domínio Público: Teses e Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, realizada até dezembro de 2014, utilizando-se o termo “pré-natal” para busca no campo de palavras-chave, foram encontrados 85 trabalhos (67 dissertações de mestrado acadêmico, oito de mestrado profissional e 10 teses de doutorado), disponíveis na plataforma. Após a leitura dos resumos, foram selecionados 23 trabalhos (21 dissertações de mestrado acadêmico e duas teses de doutorado), que investigaram aspectos relacionados ao pré-natal realizado na atenção básica. As temáticas encontradas foram: avaliação dos indicadores da qualidade da atenção pré-natal (uma tese de doutorado e 11 dissertações de mestrado acadêmico), satisfação das mulheres com a assistência prestada durante o pré-natal (sete dissertações de mestrado acadêmico), atuação do

enfermeiro na consulta de pré-natal (duas dissertações de mestrado acadêmico), avaliação dos efeitos de uma cartilha educativa para gestantes e familiares (uma tese de doutorado). Não foi encontrado nenhum trabalho que tenha investigado a inserção do acompanhante no pré-natal a partir da experiência dos profissionais de saúde da atenção básica, ou que tenha incluído, na avaliação dos indicadores de saúde, a presença do acompanhante nas consultas de pré-natal.

Somado a estas questões, enquanto aluna do Curso de Graduação em Enfermagem na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), atuando como bolsista de Iniciação Científica no projeto intitulado “A inserção do acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto: a realidade de Santa Catarina”, observei durante a coleta de dados, com médicos e enfermeiros atuantes em centro obstétrico, que era frequente a fala de que o acompanhante vinha despreparado do pré-natal para acompanhar a mulher. Isto gerou uma inquietação em compreender como o acompanhante está sendo inserido durante o pré-natal, como ocorre a sua participação, e como se dá relação dos profissionais de saúde com este sujeito.

Diante do exposto, a **pergunta norteadora** desta dissertação é “qual a experiência dos profissionais de saúde, que realizam o pré-natal na atenção básica, em inserir e promover a participação do acompanhante durante a assistência prestada à gestante?”. Este projeto está inserido no macroprojeto “A participação do acompanhante de escolha da mulher no pré-natal, trabalho de parto e parto, no sistema de saúde público e suplementar”, que está sendo desenvolvido no contexto do Grupo de Pesquisa em Enfermagem na Saúde da Mulher e do Recém-Nascido do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC.

Esta pesquisa vem ao encontro da atual política de atenção obstétrica e das diretrizes do MS para a atenção pré-natal, e pretende contribuir para a organização e humanização da assistência. Espera-se que este trabalho possa contribuir para a prática dos profissionais de saúde que atuam na rede básica, na atenção pré-natal, bem como prover subsídios que fomentem a elaboração de estratégias por gestores, formuladores de políticas públicas e legisladores, que favoreçam a inserção ativa do acompanhante em todo o ciclo gravídico-puerperal, especialmente durante o pré-natal.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

- Compreender a experiência dos profissionais de saúde, que realizam o pré-natal na atenção básica, em inserir e promover a participação do acompanhante durante a assistência prestada à gestante.

2.2 ESPECÍFICOS

- Conhecer a experiência dos enfermeiros e médicos em prestar assistência pré-natal com o acompanhante.
- Desvelar as dificuldades e facilidades para inserção do acompanhante na atenção pré-natal sob a ótica de enfermeiros e médicos.
- Descrever as estratégias realizadas por enfermeiros e médicos para a inclusão do acompanhante na atenção pré-natal.

3 SUSTENTAÇÃO TEÓRICA

Para a construção deste projeto, foi realizada uma revisão narrativa de literatura, que apresenta uma temática mais aberta e não exige um protocolo rígido para sua execução, e a busca de fontes não é pré-determinada e específica (ROTHER, 2007).

A pesquisa das fontes foi realizada na biblioteca SciELO e nas bases de dados LILACS, WEB OF SCIENCE, SCOPUS, BDNF e MEDLINE, utilizando-se palavras-chave em língua portuguesa e inglesa, “pré-natal” (*antenatal care/prenatal care*), “acompanhante” (*companion*), “profissionais da saúde” (*health personnel*) e “humanização” (*humanization*), combinadas ou alternadas por meio de operadores booleanos.

O período de busca foi de maio de 2013 a dezembro de 2014, nos campos de título, resumo e palavras-chave, e compreendeu as publicações de 2003 a dezembro de 2014. Foram incluídos artigos originais – pesquisa (abordagem qualitativa e quantitativa) e revisões de literatura. No total, foram encontrados 282 estudos, selecionando-se 47 após a leitura dos resumos.

Considerando o contexto brasileiro sobre a inserção do acompanhante, também foi incluída a legislação sobre essa temática, além das recomendações do Ministério da Saúde referentes à atenção pré-natal e a inserção do acompanhante.

A seguir, serão apresentados os aspectos gerais sobre a atenção pré-natal, as políticas públicas que contemplam a saúde da mulher e inserção do acompanhante, além de estudos que descrevem a participação do acompanhante no pré-natal.

3.1 A ATENÇÃO PRÉ-NATAL

O pré-natal é um conjunto de procedimentos clínicos e educativos, que incluem consultas, visitas domiciliares e atividades em grupo, que objetivam promover a saúde, assegurando o desenvolvimento da gestação, detectando e tratando precocemente problemas que possam resultar em risco para a saúde da gestante e do feto, com impacto sobre a saúde materna (BRASIL, 2006a; 2013a).

As diretrizes do MS, que normatizam a atenção pré-natal em todo o território nacional, foram elaboradas considerando-se evidências científicas que apontam os benefícios do acompanhamento pré-natal de qualidade para a saúde da gestante e do recém-nascido, contribuindo

para a redução da incidência da mortalidade materna, do baixo peso ao nascer e da mortalidade perinatal (BRASIL, 2013a).

Estudos realizados na rede pública de saúde demonstram que a ausência ou inadequação do pré-natal, com a realização de três ou menos consultas, é um fator de risco para mortalidade neonatal (CALDERON, CECATTI, VEJA, 2006; SCHOEPS et al., 2007; CARVALHO et al., 2007), baixo peso no nascimento (KILSZTAJN et al., 2003; LEAL et al., 2004; SCHOEPS et al., 2007; BASSO, NEVES, SILVEIRA, 2012), prematuridade (KILSZTAJN et al., 2003; BASSO, NEVES, SILVEIRA, 2012) e mortalidade materna (CALDERON; CECATTI; VEJA, 2006).

Além disso, a inadequação do pré-natal é um fator de risco para transmissão vertical de sífilis e mortalidade neonatal relacionada, evitáveis por meio do tratamento apropriado da mulher e do seu parceiro durante a gestação. A identificação da gestante, o acesso e aderência à atenção pré-natal, com a realização de um número adequado de consultas e a identificação e o tratamento de agravos associados, têm impacto positivo na redução da prevalência da sífilis congênita (RODRIGUES, GUIMARÃES, GRUPO NACIONAL DE ESTUDO SOBRE SÍFILIS CONGÊNITA, 2004; FIGUEIRÓ-FILHO et al., 2007; CLEMENTE et al., 2012).

No Brasil, a mortalidade neonatal, a prevalência de baixo peso ao nascer e a prematuridade estão relacionadas com a carência de procedimentos rotineiros e básicos na assistência à gestante e na inadequação do pré-natal, que resultam na não detecção e tratamento de condições adversas da gestação (KILSZTAJN et al., 2003; SCHOEPS et al., 2007).

Embora a atenção pré-natal não consiga impedir as complicações do parto como hemorragias, septicemias e obstruções do trabalho de parto, a realização de determinadas intervenções durante a gravidez podem certamente favorecer o prognóstico materno e fetal. Prevenir, diagnosticar e tratar a anemia materna, a hipertensão gestacional, a pré-eclâmpsia grave e eclâmpsia e os vários tipos de infecções intercorrentes na gestação e parto, incluindo as doenças sexualmente transmissíveis, as do trato urinário e o tétano do recém-nascido, são intervenções efetivas de comprovada evidência científica (CALDERON; CECATTI; VEJA, 2006).

Baseada em evidências científicas, a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda a realização de condutas específicas no pré-natal, para promover a saúde materna e fetal e reduzir a mortalidade materna e neonatal: investigar o risco obstétrico; realização de exame

clínico e obstétrico, com especial atenção à presença de anemia e avaliação da idade gestacional, altura uterina e batimentos cardíacos fetais; aferir os níveis pressóricos; estimular a suplementação de ferro e ácido fólico; orientar à gestante sobre os sinais e os locais de atendimento de emergência e preencher a ficha de pré-natal adequadamente em todas as consultas de pré-natal (WHO, 2005).

As diretrizes do MS para a atenção pré-natal preconizam a realização de pelo menos seis consultas de pré-natal, sendo pelo menos duas destas realizadas pelo médico e as demais pelo enfermeiro, desde que a gestante seja de baixo risco. As consultas devem ser, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro trimestre de gestação (BRASIL, 2006a; 2013a). Contudo, este número de consultas é controverso. Apesar da OMS recomendar a realização de seis ou mais consultas, o MS cogita que em gestações de baixo risco este número possa ser menor, desde que os profissionais deem maior ênfase para o conteúdo das consultas, sem aumento de resultados perinatais adversos (BRASIL, 2013a).

O acesso e o início precoce à atenção pré-natal no primeiro trimestre são indicadores de maior qualidade dos cuidados maternos (BRASIL, 2013a). O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), criado em 2011, considera estes indicadores e estabeleceu outros a fim de avaliar o desempenho e qualidade da assistência dos serviços de saúde à saúde da mulher: (1) proporção de gestantes cadastradas pela equipe de atenção básica; (2) média de atendimentos de pré-natal por gestante cadastrada; (3) proporção de gestantes que iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre; (4) proporção de gestantes com pré-natal no mês; (5) proporção de gestantes com vacina em dia; (6) razão entre exames citopatológicos de colo de útero; (7) proporção de gestantes acompanhadas por meio de visitas domiciliares (BRASIL, 2012a). As ações que refletem na melhoria destes indicadores incluem a assistência e a priorização de famílias com gestantes, reconhecendo-as também como extensão do cuidado pré-natal.

Durante as consultas de pré-natal deve ser realizada a anamnese e o exame clínico-obstétrico da gestante, a solicitação de exames laboratoriais para a detecção precoce de distúrbios, a avaliação e acompanhamento do estado nutricional da gestante, atendimento de gestantes com problemas e comorbidades e encaminhamento para atendimento ambulatorial e/ou hospitalar especializado, classificação de risco gestacional e detecção de problemas, imunização e atualização do esquema vacinal da gestante, prevenção ou diagnóstico precoce de

câncer de colo uterino e de mama, e tratamento de intercorrências da gestação (BRASIL, 2013a).

Junto a essas atividades deve ser feita a escuta ativa da mulher e de seus acompanhantes, sanando-se as dúvidas e informando sobre os procedimentos realizados na consulta e as condutas adotadas. Também devem ser desenvolvidas atividades educativas individuais ou em grupo, utilizando-se linguagem adequada ao contexto da mulher e da família, esclarecendo as suas indagações (BRASIL, 2006a; 2013a).

As atividades educativas devem abordar aspectos sobre a importância do pré-natal, cuidados de higiene, atividade física, nutrição, desenvolvimento na gestação, modificações corporais e emocionais, expectativas e mitos referentes à gestação e ao parto, sexualidade e planejamento familiar, desconfortos da gravidez, sinais de alerta e o que fazer nessas situações, preparo para o parto e identificação de seus sinais e sintomas, orientações e incentivo para o parto normal, incentivo ao protagonismo da mulher, saúde mental, puerpério e amamentação, cuidados com o recém-nascido e puericultura (BRASIL, 2006a; 2013a).

As ações de educação em saúde devem considerar a importância da participação do pai durante a gestação e parto e promover o vínculo entre pai e filho, essenciais para o desenvolvimento saudável da criança. Além disso, o pré-natal também deve orientar a mulher quanto aos seus benefícios legais e direitos, incluindo-se a Lei do Acompanhante (BRASIL, 2005b). A Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia, além de reforçar as recomendações ministeriais da atenção pré-natal, reitera a necessidade de promover apoio psicológico à gestante por parte do companheiro e familiares (FEBRASGO, 2006).

As recomendações da OMS para a atenção pré-natal, perinatal e puerperal se baseiam em estudos controlados e na aplicação dos conceitos da medicina baseada em evidências. Com base nisso, ela elaborou dez princípios fundamentais para a atenção perinatal (BRASIL, 2006a, p. 13-4), indicando que o cuidado na gestação e na parturição deve:

1. Não ser medicalizado, o que significa que o cuidado fundamental deve ser previsto, utilizando conjunto mínimo de intervenções que sejam realmente necessárias;
2. Ser baseado no uso de tecnologia apropriada, o que se define como conjunto de ações que inclui métodos, procedimentos, tecnologia, equipamento e outras ferramentas, todas aplicadas para resolver

um problema específico. Esse princípio é direcionado a reduzir o uso excessivo de tecnologia, ou a aplicação de tecnologia sofisticada, ou complexa, quando procedimentos mais simples podem ser suficientes, ou ainda ser superiores;

3. Ser baseado em evidências, o que significa ser embasado pela melhor evidência científica disponível, e por estudos controlados aleatorizados, quando seja possível, e apropriado;

4. Ser regionalizado e baseado em sistema eficiente de referência de centros de cuidado primário para centros de cuidado secundário e terciário;

5. Ser multidisciplinar e multiprofissional, com a participação de médicos(as), enfermeiras(os), técnicos(as) de enfermagem, agentes comunitários de saúde, educadores, parteiras tradicionais e cientistas sociais;

6. Ser integral e levar em conta necessidades intelectuais, emocionais, sociais e culturais das mulheres, seus filhos e famílias, e não somente um cuidado biológico;

7. Estar centrado nas famílias e ser dirigido para as necessidades não só da mulher e seu filho, mas do casal;

8. Ser apropriado, tendo em conta as diferentes pautas culturais para permitir lograr seus objetivos;

9. Compartilhar a tomada de decisão com as mulheres;

10. Respeitar a privacidade, a dignidade e a confidencialidade das mulheres.

Desta forma, preconiza-se que o cuidado na gestação e no parto normais devem ser desenvolvidos com critérios de integralidade, levando em conta as necessidades biopsicossociais das mulheres, seus filhos e famílias, e respeitando sua autonomia. Estas recomendações rompem com o tradicional modelo biomédico de assistência à mulher no ciclo gravídico puerperal, tradicionalmente restrito ao cuidado à gestante e ao feto, e passam a incluir a família e seu contexto social no desenvolvimento de ações de saúde, visando a proteção e promoção da

saúde e acionando mecanismos que contribuam para a efetividade do cuidado perinatal.

No SUS, o pré-natal é realizado prioritariamente na atenção básica, sobretudo quando a gestação é de risco habitual. Mesmo nas gestações com risco identificado, é feita a referência e contrarreferência entre a atenção básica e outros níveis de complexidade (BRASIL, 2013a). A atenção básica integra a rede de atenção à saúde como responsável pela manutenção da saúde com bases na promoção, sendo a primeira porta de entrada preferencial dos usuários, pautada nos princípios do SUS da acessibilidade ao sistema, universalidade, equidade, integralidade, continuidade, humanização, vínculo e participação social (BRASIL, 2011c).

No pré-natal, o acolhimento à gestante pressupõe a escuta da mulher e do seu parceiro pelos membros da equipe de saúde envolvida, conhecendo-se suas histórias, emoções, e sentimentos, partilhando-se experiências e obtendo auxílio (BRASIL, 2013a). O acolhimento é uma diretriz construtiva da produção de saúde, que se refere ao modo de operar os processos de trabalho de forma a atender a todos que procuram o serviço. No campo da saúde, o acolhimento deve ser entendido como a reorientação dos modos de se produzir saúde e como ferramenta tecnológica de intervenção, embasada na qualificação da escuta, construção de vínculo, garantia do acesso com responsabilização e resolutividade nos serviços (BRASIL, 2004c; 2004d).

O acolhimento é uma das estratégias que orienta os processos de produção de saúde, norteadas pela Política Nacional de Humanização. A humanização prioriza, dentre outros aspectos, a autonomia e o protagonismo dos sujeitos (BRASIL, 2004c). Isto está intimamente relacionado com a promoção da saúde, entendida como uma forma de fazer saúde, partindo do contexto das pessoas e considerando sua autonomia e capacidades de transformar suas condições de vida (HEIDEMANN, 2011).

Neste contexto, a humanização da atenção pré-natal compreende a inclusão de comportamentos acolhedores, sem intervenções desnecessárias, acessibilidade facilitada a serviços de saúde qualificados, realizados por meio de ações que integrem a promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante e do recém-nascido, do atendimento básico ao de alto risco (BRASIL, 2006a; 2013a).

3.2 INSERÇÃO DO ACOMPANHANTE NO PRÉ-NATAL: POLÍTICAS PÚBLICAS

A incorporação da saúde da mulher nas políticas públicas brasileiras é recente. Os programas criados nas primeiras décadas do século XX traziam uma visão limitada da mulher, restringindo-a aos aspectos biológicos relativos à gravidez e ao parto, e ao seu papel de mãe, esposa e cuidadora da família. Os programas, elaborados nas décadas de 1930, 1950 e 1970, sofreram muitas críticas do movimento feminista brasileiro, uma vez que a atenção à saúde era centrada no ciclo gravídico-puerperal, deixando as mulheres sem assistência na maior parte de suas vidas. As mulheres reivindicavam a reformulação de uma nova política, que proporcionasse o acesso aos serviços de saúde em todos os ciclos de vida, através de ações que contemplassem as particularidades dos diferentes grupos populacionais, as condições sociais, econômicas, culturais e afetivas em que estivessem inseridos (BRASIL, 2001; FARAH, 2004; MEDEIROS, GUARESHI, 2009).

As reivindicações das mulheres, junto com o processo que contribuiu para a implantação do SUS, culminou com a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em 1984. A atenção à saúde da mulher passou a incluir ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando ações de clínica ginecológica, atenção ao ciclo gravídico-puerperal e climatério, saúde reprodutiva, câncer de colo uterino e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (BRASIL, 2004b).

Posteriormente, o PHPN foi instituído pelo MS através da portaria GM nº 569 de 06/01/2000 (BRASIL, 2001), consistindo na principal política baseada nas necessidades de atenção específica a gestante, ao recém-nascido e a mulher ao período pós-parto, a fim de garantir o acesso, a cobertura e a qualidade à atenção pré-natal, ao parto e ao puerpério. O PHPN foi o primeiro passo para a inserção da rede de apoio na saúde da mulher, reconhecendo em seu texto a importância do acompanhante, especialmente na parturição. Entretanto, isso era apenas uma recomendação política, e a inserção do acompanhante dependia das condições físicas das instituições e de ações individualizadas dos profissionais de saúde

Em 2004 o MS transforma o PAISM na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), idealizada a partir dos princípios do SUS e em concordância com os pressupostos da promoção da saúde. Esta política objetiva qualificar a assistência à saúde da

mulher, com foco na humanização, integralidade das ações de saúde, concretização dos avanços no âmbito dos direitos sexuais e reprodutivos, melhoria da atenção obstétrica, planejamento familiar e atenção ao abortamento inseguro, além do combate à violência familiar e sexual (BRASIL, 2004b). Embora as estratégias para implantação da política não declarem a inserção do contexto social na assistência à saúde da mulher, a qualificação e humanização da assistência prevê o acolhimento do acompanhante.

Em 2005, a portaria n. 1.067/GM institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, tendo como principais diretrizes a qualidade e a humanização da atenção obstétrica e neonatal prestada pelos serviços de saúde, acolhendo com dignidade a mulher desde o início da gestação e o recém-nascido, e enfocando-os como sujeitos de direito. (BRASIL, 2005a).

Em 2005, entra em vigência a Lei nº 11.108, conhecida como Lei do Acompanhante, obriga os serviços de saúde do SUS e da rede conveniada a permitir a presença de um acompanhante de escolha da mulher durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (BRASIL, 2005b).

A implementação desta Lei foi motivada por pesquisas que apresentam os benefícios do apoio à mulher durante o trabalho de parto (BRÜGGEMANN; PARPINELLI; OSIS, 2005). O apoio à parturiente traz como benefícios: aumento de partos vaginais espontâneos; redução da analgesia intraparto, redução da duração do trabalho de parto, redução da insatisfação sobre a experiência do nascimento, redução da cesariana, redução do parto vaginal instrumental e redução de recém-nascido com baixo índice de Apgar no 5º minuto de vida (HODNETT et al., 2014).

A Lei do Acompanhante, no entanto, não contempla atenção pré-natal, não obrigando os serviços da atenção básica a permitirem o acompanhante, apesar da recomendação de que a inserção da rede de apoio da gestante contribui para a humanização do processo de produção em saúde (BRASIL, 2006a; 2013a).

Por outro lado, a Política Nacional de Atenção à Saúde do Homem (BRASIL, 2008b) percebe no pré-natal uma das portas de entrada para os homens serem inseridos nos serviços de saúde. Esta política vai além da percepção tradicional da paternidade como uma obrigação legal, mas a reconhece como um direito do homem em participar de todo o processo reprodutivo, desde a decisão de ter ou não filhos e o momento de tê-los ou não, bem como o acompanhamento da gestação, do parto, do pós-parto e da educação da criança. Assim, esta

política enfatiza uma mudança paradigmática no que concerne à visão do homem sobre o cuidado com sua saúde e a da sua família.

Em 2009, a Secretaria de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro elabora a cartilha “Unidade de Saúde Parceira do Pai”, a fim de orientar os profissionais da Atenção Básica a inserirem e estimularem a presença dos homens nos CS, em uma perspectiva que promova a corresponsabilização de homens e mulheres pela criação de seus filhos com responsabilidade e segurança (BRANCO et al., 2009). As orientações desta cartilha buscam incluir os homens nas rotinas de serviço com ações específicas para as demandas de saúde masculinas, bem como sua inclusão no pré-natal, parto e pós-parto, a partir de abordagem sistêmica e integral de saúde.

Nesta linha de pensamento, em 2010, o MS lança o pré-natal masculino, recomendando que os homens façam exames pré-natais ao mesmo tempo em que suas parceiras, a fim de diagnosticar e tratar patologias que possam prejudicar a gestante, o bebê e o pai (BRASIL, 2010b). Apesar destas políticas terem um objetivo individual e epidemiológico, visando aumentar a entrada dos homens nos serviços de saúde, ela está estreitamente relacionada com a presença do acompanhante no pré-natal, especialmente o homem-pai.

O discurso do pré-natal masculino é de que o homem precisa cuidar de si para cuidar da sua família, estimulando os pais a frequentarem também o serviço de saúde de forma preventiva, além de estimular o vínculo afetivo entre ele, o filho e a gestante (BRASIL, 2010b). No entanto, ainda não existem mecanismos formalmente estabelecidos para promover a inserção e continuidade da presença do homem. O homem, como provedor do sustento da família, necessita faltar ao trabalho para acompanhar a mulher nas consultas, o que raramente é compreendido pelo empregador (DUARTE, 2007; SILVA, BRITO, 2010; DAVI et al., 2011). Além disso, a declaração de comparecimento fornecida pelos serviços de saúde não consegue justificar a falta ao trabalho para o empregador, implicando no desconto do salário e redução da renda familiar.

É incontestável o avanço das políticas públicas para a área da saúde da mulher e para a área materno-infantil. As estratégias de saúde buscam progressivamente contemplar a mulher como um ser histórico, inserido em uma realidade social, econômica, cultural, intelectual, familiar, afetiva. A avaliação dos indicadores de saúde mostra que, desde a implantação do PHPN, houve melhorias significativas na atenção pré-natal (BRASIL, 2008a). Contudo, existem fragilidades que merecem atenção, e os indicadores de saúde se concentram na avaliação

da assistência realizada diretamente à mulher, enfocando o cuidado biológico. Embora as estratégias para melhoria da atenção pré-natal prevejam a participação do acompanhante (BRASIL, 2006; 2011a; 2013a), ainda não existem indicadores para se verificar a participação da rede de apoio da gestante nas ações de saúde.

O SISPRENATAL é um sistema de informação em saúde que permite o acompanhamento das gestantes inseridas no PHPN desde a gestação até o puerpério. Os dados gerados possibilitam avaliar a cobertura do programa segundo o cumprimento dos seus requisitos mínimos e indicadores de processo (ANDREUCCI et al., 2011). Embora a alimentação do sistema ainda seja um desafio, visto que a alimentação incompleta do sistema pelos profissionais de saúde gera resultados subestimados (SERRUYA, LAGO, CECATTI, 2004; GRANGEIRO, DIÓGENES, MOURA, 2008; ANDREUCCI, CECATTI, 2011), ele tem sido a principal ferramenta para a realização de pesquisas e relatórios para a avaliação da qualidade e cobertura da atenção pré-natal (ANDREUCCI; CECATTI, 2011).

Estudo que avaliou a implantação do PHPN no Brasil, em 2002, a partir dos dados gerados pelo SISPRENATAL, pouco depois de sua implantação, demonstrou que, embora houvesse uma melhora geral dos indicadores de saúde, o resultado ainda estava muito aquém do esperado. A maior parte das mulheres recebeu uma assistência desarticulada e incompleta. Menos de 25% das mulheres cadastradas atingiu seis ou mais consultas de pré-natal, e a porcentagem da realização de exames laboratoriais, consulta puerperal, realização de VDRL (exame sorológico para diagnóstico e prevenção da sífilis congênita) e vacinação antitetânica, ainda eram bastante baixos (SERRUYA; LAGO; CECATTI, 2004).

Estudos subsequentes de avaliação do PHPN mostram melhoria dos indicadores da atenção pré-natal em várias regiões do país (GRANGEIRO, DIÓGENES, MOURA, 2008; ROCHA, SILVA, 2012; CORRÊA et al., 2013). No entanto, mesmo após mais de uma década após a criação e implementação, a abrangência do PHPN ainda está distante do desejado; de uma maneira geral, em todo o Brasil persiste o baixo cumprimento das metas propostas (ANDREUCCI; CECATTI, 2011).

Considerar a perspectiva da mulher pode permitir a reorganização dos serviços e das políticas de atenção pré-natal, adequando-as à realidade das gestantes de diferentes comunidades, contribuindo para a adesão das mulheres no pré-natal e também, para a melhoria da assistência. Estudo que analisou a perspectiva das mulheres na avaliação

do PHPN mostrou que, embora estivessem satisfeitas com a atenção recebida, aspectos como a morosidade no agendamento de exames, o acesso aos serviços, insegurança quanto qualidade da assistência em determinadas Unidades Locais de Saúde (ULS), a falta de comunicação entre a atenção primária e as maternidades, e a desvalorização do puerpério, poderiam interferir negativamente na qualidade da atenção pré-natal (ALMEIDA; TANAKA, 2009).

Estes problemas impulsionaram a formulação d mais recente política de atenção à saúde da mulher, a Rede Cegonha, publicada em 2011, busca superar os problemas da atenção pré-natal. Ela reforça a importância do acompanhante durante o processo parturitivo, estendendo o cuidado à família da gestante durante o pré-natal como parte das práticas de atenção à mulher e humanização da assistência. Esta estratégia objetiva qualificar as Redes de Atenção Materno-Infantil em todo território brasileiro e reduzir a ainda elevada taxa de morbimortalidade materno-infantil no Brasil, com conseqüente melhoria dos indicadores de saúde do pré-natal (BRASIL, 2011b).

A Rede Cegonha é composta por um conjunto de iniciativas que abrangem mudanças na estruturação e organização da atenção à saúde materno-infantil, fundamentadas nos princípios de: (1) humanização do parto e nascimento, a partir da ampliação das boas práticas baseadas em evidências científicas; (2) organização dos serviços de saúde através do modelo de rede; (3) acolhimento da gestante e do bebê e realização da classificação de risco em todos os níveis de atenção; (4) vinculação da gestante à maternidade; (5) gestante não peregrina; e (6) realização de exames de rotina com resultados em tempo hábil (BRASIL, 2011a). A estruturação de atenção materno-infantil em uma rede de serviços prevê a continuidade da atenção obstétrica, ligando o pré-natal realizado nas unidades básicas de saúde com outros serviços, como as maternidades e a atenção de alto risco.

Os estados e municípios, logo, necessitam compor uma rede de serviços para a atenção obstétrica e neonatal, organizando a referência e contrarreferência. Os “Dez Passos para a Qualidade do Pré-Natal na Atenção Básica”, definidos pelo MS, são critérios que objetivam a melhora da qualidade do pré-natal nas unidades básicas de saúde: (1) início precoce do pré-natal na atenção básica, até a 12ª semana de gestação; (2) garantia de recursos humanos, físicos, materiais e técnicos; (3) garantia da solicitação, realização e avaliação do resultados dos exames preconizados nos protocolos de atenção pré-natal à todas as mulheres; (4) escuta ativa da gestante e de seus(suas) acompanhantes, ultrapassando o cuidado biológico, e considerando aspectos

socioculturais, intelectuais e emocionais; (5) garantia de gratuidade do transporte público para o atendimento pré-natal à gestantes necessitadas; (6) realização do pré-natal do parceiro, estendendo o cuidado a(o) parceira(o), realizando-se exames, consultas e fornecendo orientações, antes, durante e após a gestação; (7) acesso à serviços de saúde especializados, se necessário; (8) estímulo e acesso a informações sobre os benefícios do parto fisiológico e elaboração do “Plano de Parto”; (9) direito da gestante conhecer e visitar previamente o serviço de saúde onde irá dar à luz; e (10) orientar as mulher sobre seus direitos garantidos por lei e como exercê-los na gestação, parto e puerpério (BRASIL, 2013a).

Os passos quatro e seis visam estimular a presença, sobretudo do pai, nas atividades de consulta e de grupo, de preparo do casal para o parto e planejamento familiar. A gestação, o parto, o nascimento e o puerpério são eventos que constituem momentos de crises construtivas, com grande potencial positivo para incentivar a formação de vínculos e originar transformações pessoais. É importante que os profissionais e serviços de saúde acolham o acompanhante de escolha da mulher, não oferecendo entraves à sua participação no pré-natal, no trabalho de parto, no parto e no pós-parto. A equipe de saúde deve compreender diversos significados que a gestação assume para a mulher e sua família, a escuta da história de vida e as circunstâncias da gestação trazidas pela mulher durante a gestação, a partir do seu relato e do parceiro (BRASIL, 2013a).

Vale destacar que, atualmente, tramita no Congresso Nacional o Projeto de Lei da Câmara n. 5656/2013 (AMIM, 2013), que propõe a alteração da redação da Lei n. 11.108/2005 e obriga os serviços de saúde a permitirem um acompanhante de escolha da mulher também no pré-natal. Embora possa se pensar que os profissionais do pré-natal sejam menos restritivos que nos serviços hospitalares, o amparo legal contribuirá para a elaboração de formas de inserção do acompanhante no pré-natal, assim como justificará a ausência do mesmo no trabalho quando estiver acompanhando a mulher nas consultas, exames e atividades de educação em saúde. Posteriormente, foi apensado e tramita em conjunto ao Projeto de Lei da Câmara n. 5304/2013 (SIRAQUE; PIETÁ, 2013), que propõe a alteração do texto da Lei do Acompanhante para permitir também a presença de uma doula durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato.

Assim, as políticas de saúde têm incluído, gradativamente, a rede de apoio da mulher durante o pré-natal, como uma das práticas que contribuem para a humanização da assistência, através do fortalecimento

do vínculo entre usuários, serviços de saúde e profissionais, promovendo a saúde materna e neonatal.

3.3 A PARTICIPAÇÃO DO ACOMPANHANTE NA ATENÇÃO PRÉ-NATAL

A presença do acompanhante no pré-natal tem sido uma prática recomendada pelas políticas públicas (BRASIL, 2006a; 2008b; 2010b; 2011b; 2013a) sendo que os estudos apontam que a presença paterna tem sido mais frequente (BENAZZI, LIMA, SOUZA, 2011; FIGUEIREDO, MARQUES, 2011; ZAMPIERI et al., 2012). Deve-se estimular a participação do acompanhante de escolha da mulher nas consultas e nas atividades educativas em grupo, preparando-o para o parto e nascimento, uma vez que ele pode prover o apoio que a mulher necessita no ciclo gravídico-puerperal.

O apoio é definido como o suporte, informacional ou não, que possibilita aos indivíduos reunir recursos individuais e sociais para a autonomia no controle e domínio de suas vidas (VALLA, 1995). As dimensões do apoio social envolvem o apoio emocional, instrumental, informacional e cognitivo. O apoio emocional relaciona-se com o ato de ser cuidado, apoiado e valorizado por alguém afetivamente disponível. O apoio instrumental ou material refere-se à assistência prática e direta na resolução de problemas ou na realização de atividades concretas. O apoio informacional relaciona-se com o acesso a informações e conselhos úteis para lidar com situações ou resolver problemas. Já o apoio cognitivo auxilia na autoafirmação e refere-se a uma postura ativa de incentivo, escuta e reforço positivo dado por alguém (KING et al., 2006).

Estudo que investigou o apoio durante o nascimento (HODNETT; OSBORN, 1989) também considera que o mesmo pode ser desenvolvido em várias dimensões: emocional, onde o provedor de apoio está continuamente presente, estimulando e tranquilizando a mulher; conforto físico, quando são realizadas técnicas e medidas de conforto para a redução da dor, como toque, massagem, banhos e chuveiro mornos, ingestão adequada de líquidos e alimentos; informacional, quando se explica à parturiente sobre o progresso do trabalho de parto; e o de intermediação, quando o provedor de apoio ajuda a articular os desejos da mulher com os profissionais de saúde.

As dimensões do apoio, trazidas por King e colaboradores (2006) e Hodnett e Osborn (1989) assemelham-se em muitos aspectos. Considera-se, a partir destes conceitos, que o acompanhante pode

desenvolver estas dimensões do apoio à mulher durante a gestação. Desta forma, o apoio **emocional** poderia ser entendido como a disponibilidade e presença do acompanhante, manifestada através do incentivo, da escuta sensível e do acolhimento afetivo à mulher, enquanto o apoio **físico** (ou instrumental) ser entendido, por exemplo, como a realização de cuidados e medidas de conforto para minimizar os desconfortos gravídicos ou limitações físicas decorrentes do progresso da gestação, como massagens, adequação da alimentação, ajuda com as tarefas domésticas e responsabilidades familiares. Já o apoio **informacional** poderia se referir ao acesso e apropriação do conhecimento necessário para a promoção do apoio à mulher, incluindo-se também subsídios sobre o funcionamento dos serviços de saúde e os direitos da gestante e do acompanhante, enquanto o de **intermediação** envolveria a mediação do acompanhante entre a gestante e os serviços de saúde e profissionais.

Para que o acompanhante possa apoiar a gestante em todas estas dimensões, é necessário que o profissional de saúde apoie também o acompanhante, instrumentalizando-o para prover o suporte necessário à mulher durante a gestação.

Estudo realizado por Piccinini e colaboradores (2012), que investigou as percepções e sentimentos de gestantes sobre a atenção pré-natal, destacou que as mulheres consideram familiares e amigos como referências importantes na gestação, por estes contribuírem tanto com informações sobre a gravidez e o bebê e por propiciarem apoio emocional. Outras pesquisas corroboram que as gestantes consideram muito importante o acompanhamento de alguém que lhe é próximo, pois sentem-se mais seguras e confiantes (SILVA, BRITO, 2010; LESSA, DA ROSA, 2010; DAVI et al., 2011). Apesar disso, é comum as gestantes relatarem que muitas vezes o acompanhante não consegue estar presente no pré-natal, sobretudo o pai, cuja ausência deve-se às relações de trabalho, a falta de orientação e de estratégias que favoreçam sua inclusão (DAVI et al., 2011).

Segundo Duarte (2007), os dados colhidos junto a parceiros de gestantes, atendidas no pré-natal do SUS em Ribeirão Preto, no Estado de São Paulo, mostraram que a maioria dos pais tem interesse em participar do pré-natal, mas se sentem frustrados quando era negado o direito de participação quando manifestavam este desejo. O “desinteresse”, por sua vez, daqueles que não gostariam de acompanhar o pré-natal, estava relacionado com o receio de não ser bem acolhido pela equipe de saúde, de não entender as orientações, de não ter abonada a falta do serviço, e com o medo de participar do momento do parto.

As pesquisas que investigaram o envolvimento do pai durante o pré-natal e gravidez demonstraram que sua presença influencia positivamente a gestação, estimulando a adoção de comportamentos saudáveis pela gestante (MILLAN, BARLOW, REDSHAW, 2009; PLANTIN, OLUKOYA, NY, 2011; DAVI et al., 2011), estimulando a participação e realização e dos cuidados com o recém-nascido (PAULA, SARTORI, MARTINS, 2010; PLANTIN, OLUKOYA, NY, 2011; BENAZZI, LIMA, SOUZA, 2011), no apoio ao aleitamento materno (SCOTT et al., 2005; MILLAN, BARLOW, REDSHAW, 2009; PAULA, SARTORI, MARTINS, 2010), e a saúde do próprio homem (PLANTIN; OLUKOYA; NY, 2011). A presença do pai no pré-natal também fortalece a relação do casal (GUZZO, 2008), e favorece maior participação do homem durante o parto (REDSHAW; HENDERSON, 2013). Além disso, o envolvimento do pai aumenta sua satisfação com as experiências do nascimento (FRANCESCHINI; BONILHA, 2009) e da paternidade (SILVA; PICCININI, 2007). Por outro lado, a ausência do companheiro nas consultas de pré-natal predispõe as mulheres ao aumento dos desconfortos gravídicos, além de velar a possibilidade de desajustes conjugais (SILVA; BRITO, 2010).

A ausência e/ou a falta de preparo do acompanhante durante o pré-natal dificulta o desenvolvimento de ações de apoio durante a parturição. Para os profissionais de saúde que atuam nos centros obstétricos das maternidades, os acompanhantes deveriam iniciar a participação ainda na gestação, para que pudessem ser orientados sobre o papel a ser desempenhado durante o nascimento (NASSIF, 2009; PAZ, FENSTERSEIFER, 2011). Resultados de um estudo realizado com 100 acompanhantes que estiveram presentes durante a parturição, demonstrou que eles estavam despreparados para o momento do parto, uma vez que a possibilidade de assumir esse papel foi dada somente durante o momento da internação (PERDOMINI; BONILHA, 2011).

Muitos pais ainda desconhecem o direito de participar do parto, atribuindo sua presença ou não à decisão dos profissionais (TOMELERI, 2007). As informações sobre o parto, a possibilidade de estar junto à mulher durante todo o processo de nascimento, e de desenvolver ações de apoio, é pouco divulgada no pré-natal (FRANCESCHINI, BONILHA, 2009; TOMELERI, 2007). A incipiência de orientações sobre o papel do acompanhante pode até mesmo interferir na evolução do trabalho de parto (FRANCESCHINI; BONILHA, 2009).

Os profissionais de saúde consideram que a atenção pré-natal deve ser diferenciada, não se atendo somente à realização de rotinas e

procedimentos (ZAMPIERI; ERDMANN, 2010). Contudo, a atenção pré-natal realizada por enfermeiros da atenção básica ainda se concentra na consulta de enfermagem, exame físico, orientações sobre o aleitamento materno, acompanhamento vacinal, destacando-se as atividades voltadas para a gestante e o feto em um contexto preventivo de intercorrências clínicas (MARTINS et al., 2012).

Estudo que buscou identificar junto às gestantes o repasse das informações preconizadas pelos profissionais durante o pré-natal na ESF, demonstrou que, embora a maioria das gestantes seja informada quanto às modificações corporais e emocionais, sinais de parto, amamentação, cuidados na gestação e no puerpério, e classifiquem como bom o acompanhamento ao seu pré-natal, a assistência não contempla suficientemente orientações para as mulheres para vivenciarem a gestação em sua plenitude (CARVALHO et al., 2013). Em outros estudos, identificou-se que as gestantes não recebem informações quanto ao direito de ter um acompanhante durante o nascimento (FRANCESCHINI, BONILHA, 2009; BRÜGGEMANN, PARPINELLI, OSIS, 2007; DAVI et al., 2011).

A participação precoce e ativa do acompanhante na atenção pré-natal possibilita que ele possa confortar a mulher e agir com mais segurança e tranquilidade durante a gestação e o nascimento (SILVA; PICCININI, 2007). O envolvimento do acompanhante com a gravidez deve ser promovido e incentivado desde seu início. Os profissionais de saúde têm importante papel neste processo, pois a participação paterna na gestação pode ser estimulada nas consultas de pré-natal e durante a realização de exames de rotina (REDSHAW; HENDERSON, 2013).

4 MÉTODO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa de natureza descritivo-exploratória, com abordagem qualitativa, inserida no macroprojeto “A participação do acompanhante de escolha da mulher no pré-natal, trabalho de parto e parto, no sistema de saúde público e suplementar”, com abordagem mista (CRESWELL, 2010).

Minayo (2010) define a pesquisa qualitativa como aquela que trabalha com os processos e fenômenos que não podem ser quantificáveis, como significados, motivos, valores e atitudes. Segundo Ludke e André (1986), na pesquisa qualitativa o ambiente natural é a fonte direta de dados e o pesquisador seu principal instrumento, e o significado que as pessoas dão às coisas e à sua vida são focos da atenção especial pelo pesquisador. Denzin e Lincoln (2005) explicam que o termo qualitativo implica na ênfase à qualidade das entidades e em processos e significados, na compreensão da natureza socialmente construída da realidade, e na aproximação do pesquisador com o que é pesquisado. A pesquisa qualitativa localiza e situa o pesquisador no mundo, por meio de um conjunto de práticas interpretativas que tornam o mundo visível.

A pesquisa qualitativa do tipo exploratória visa proporcionar maior familiaridade com o problema, tornando-o mais explícito ou possibilitando a construção de hipóteses relativas ao objetivo principal, o aperfeiçoamento de ideias ou a descoberta de intuições. Este tipo de pesquisa é realizado quando o tema escolhido é pouco explorado, e o produto final do processo de pesquisa é o esclarecimento do problema, passível de investigação sistemática. Já a pesquisa qualitativa do tipo descritiva objetiva a descrição das características referentes à uma determinada população ou fenômeno (GIL, 2010). Os estudos denominados descritivo-exploratórios combinam os dois tipos de pesquisa, permitindo ao pesquisador descrever e explicitar o problema, a partir de um conhecimento inicial que é aprofundado dentro de uma realidade específica (TRIVINÕS, 1992). Assim, para este estudo, entende-se que a abordagem qualitativa e o tipo de estudo são adequados para o aprofundamento do tema proposto, uma vez que os estudos existentes ainda não se debruçaram sobre a experiência profissionais de saúde em relação à participação do acompanhante durante a atenção pré-natal.

4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O cenário ou local do estudo é o espaço físico geral onde é realizada a pesquisa. Pode ser composto por vários locais, oferecendo uma amostra de participantes mais ampla e diversificada (POLIT; BECK, 2011).

O presente estudo foi desenvolvido no município de Florianópolis/SC, onde a ESF é o modelo de atenção básica à saúde. Este modelo caracteriza-se por diversas ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que envolvem promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. Seu desenvolvimento é por meio de práticas gerenciais e sanitárias, realizadas por uma equipe multiprofissional, direcionadas a populações de determinados territórios. Organiza-se de acordo com os preceitos do SUS, considerando-se os princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social, priorizando a Saúde da Família como estratégia (BRASIL, 2012b).

A Lei nº 2.488, de 2011, explica que para a existência da ESF, é necessária a presença de equipe multiprofissional – a Equipe de Saúde da Família (eSF) –, composta por, no mínimo, médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal. Cada equipe de saúde da família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000 pessoas, respeitando-se os critérios de equidade para esta definição (BRASIL, 2011c).

Atualmente, Florianópolis possui 117 eSF em 50 Centros de Saúde (CS), distribuídos nos cinco Distritos Sanitários (DS): Centro, Continente, Leste, Norte e Sul (Quadro 1), contemplando as regiões insular e continental do município.

A delimitação das áreas geográficas territórios sanitários obedece a uma lógica hierárquica, organizando-se o território em distritos, áreas, microáreas e moradias. Os distritos constituem a delimitação político-administrativa para a organização do sistema de atenção à saúde, enquanto a área refere-se ao território de abrangência de uma unidade

local, que pode conter uma ou mais áreas. Cada área, por sua vez, é subdividida em microáreas, segundo a lógica da homogeneidade socioeconômica e sanitária, contemplando as moradias da população adscrita pela eSF (MONKEN; BARCELLOS, 2007). A territorialização em saúde se coloca como uma metodologia capaz de operar mudanças no modelo assistencial e nas práticas sanitárias vigentes, desenhando novas configurações locoregional, baseando-se no reconhecimento e esquadramento do território segundo a lógica das relações entre ambiente, condições de vida, situação de saúde e acesso às ações e serviços de saúde (TEIXEIRA, PAIM, VILLAS-BOAS, 1998; MONKEN, BARCELLOS, 2007).

Distrito Sanitário	Centros de Saúde
Centro	Agronômica, Centro, Monte Serrat, Prainha, Trindade
Continente	Abraão, Balneário, Capoeiras, Coloninha, Continente, Coqueiros, Estreito, Jardim Atlântico, Monte Cristo, Morro da Caixa, Vila Aparecida, Sapé
Leste	Barra da Lagoa, Canto da Lagoa, Córrego Grande, Costa da Lagoa, Itacorubi, João Paulo, Lagoa da Conceição, Pantanal, Saco Grande
Norte	Cachoeira do Bom Jesus, Canasvieiras, Ingleses, Jurerê, Ponta das Canas, Rationes, Rio Vermelho, Santinho, Santo Antônio de Lisboa, Vargem Grande, Vargem Pequena
Sul	Alto Ribeirão, Armação, Caeira da Barra do Sul, Campeche, Carianos, Costeira do Pirajubaé, Fazenda do Rio Tavares, Morro das Pedras, Pântano do Sul, Ribeirão da Ilha, Rio Tavares, Saco dos Limões, Tapera

Baseado em informações do site da Secretaria Municipal de Saúde (FLORIANÓPOLIS, 2014).

Quadro 1 – Distribuição dos Centros de Saúde de Florianópolis por Distrito Sanitário no município de Florianópolis/SC em 2014

A demarcação de territórios possibilita a organização da ESF, regulando e estabelecendo normas para a responsabilização das eSF pelas famílias de uma determinada área geográfica (MONKEN; BARCELLOS, 2007), propiciando também o desenvolvimento de vínculo entre os serviços de saúde e a população, por meio de práticas de saúde conduzidas por análises de caráter geográfico (MONKEN;

BARCELLOS, 2005). Desta forma, a divisão do território de Florianópolis em DS objetiva facilitar o acesso da população que utiliza os CS e aos serviços de saúde vinculados à rede municipal (FLORIANÓPOLIS, 2014).

Além dos CS, Florianópolis tem na rede municipal de saúde quatro Policlínicas, duas Unidades de Pronto Atendimento, dois Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) – um para atendimento de adultos e o outro para atendimento de crianças e adolescentes –, e dois CAPS Álcool e Drogas (FLORIANÓPOLIS, 2014).

Segundo projeção do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Florianópolis possui uma população estimada de 461.524 habitantes (IBGE, 2014). Os dados de dezembro de 2014 do sistema informacional do Departamento de Atenção Básica do MS mostram que a cobertura da ESF atinge 93,98% da população (DAB, 2014).

O município de Florianópolis possui protocolo próprio de atenção pré-natal, pautado nas diretrizes ministeriais brasileiras. O acompanhamento do pré-natal de baixo risco é realizado pela eSF, e o enfermeiro e o médico partilham o acompanhamento periódico da mulher durante a gestação, alternado a responsabilidade pelas consultas, que devem ser orientadas pelos princípios da humanização da assistência (FLORIANÓPOLIS, 2010). O pré-natal de baixo risco também pode ser realizado inteiramente pelo enfermeiro, segundo o MS (BRASIL, 2013a), que considera a Lei do Exercício de Enfermagem, regulamentada pelo Decreto nº 94.406, de 1987 (BRASIL, 1987).

O total de consultas de pré-natal deverá ser de, no mínimo seis, iniciando o mais precocemente possível, preferencialmente, até a 12ª semana de gestação, com intervalo mensal até a 36ª semana. A partir de então as consultas são a cada duas semanas, até atingir a 38ª semana. Após esse período as consultas são feitas semanalmente, até a 40ª semana e 6 dias. Ao completar a 41ª semana, a gestante é referenciada à maternidade de referência por escrito, e monitorada pela eSF. Após o parto, a gestante retorna à unidade de saúde de referência para a primeira consulta de puerpério, realizada no período de sete a dez dias, enquanto a segunda consulta de puerpério é realizada até o 42º dia após o parto (BRASIL, 2013a; FLORIANÓPOLIS, 2010). Em Florianópolis, a primeira consulta de puerpério é agendada ainda nas maternidades, tanto públicas e privadas, pelas agentes educadoras do Programa Capital Criança, criado em 1997. Este programa visa a implantação e o acompanhamento de ações e parcerias com foco na proteção, promoção e recuperação da saúde da criança de zero a 10 anos incompletos, residentes no município (FLORIANÓPOLIS, 2014).

Neste contexto, a seleção das unidades locais foi feita em conjunto com a Coordenação de AB da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) em abril de 2014, que indicou três CS de cada DS, de um total de 15 potenciais serviços, segundo os critérios de maior número de gestantes cadastradas em 2013 e diversidade socioeconômica da população adscrita de cada unidade de saúde, a fim de compor um perfil geral da rede básica de saúde de Florianópolis, possibilitando reunir uma multiplicidade de depoimentos que pudessem responder a questão de pesquisa no cenário do estudo com maior profundidade.

4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Os participantes deste estudo foram os profissionais de saúde (enfermeiros e médicos) que atuam na atenção pré-natal nos CS de Florianópolis selecionados. A elegibilidade dos participantes foi determinada por meio de critérios de inclusão e exclusão, que especificam as características que delimitam os possíveis informantes de interesse do estudo (POLIT; BECK, 2011). Os critérios de elegibilidade são importantes para que a seleção dos potenciais participantes possibilite a construção de um grupo com características mais ou menos homogêneas, a fim de responder os objetivos da pesquisa.

Foram incluídos no estudo enfermeiros e médicos, que prestam assistência pré-natal em um dos CS pertencentes aos cinco DS da rede municipal de saúde, que estão atuando no serviço por pelo menos um ano, e lotados no quadro efetivo de trabalhadores da SMS. A adoção destes dois últimos critérios se justifica pela possibilidade de que estes profissionais tenham maior familiaridade com o processo de trabalho e os protocolos assistenciais da AB. Também, era esperado que os profissionais conhecessem o contexto da população adscrita da eSF onde atuam, assim como uma maior possibilidade de ter realizado o pré-natal com a presença do acompanhante. Foram excluídos do estudo os profissionais em férias, em licença para tratamento de saúde, em licença-prêmio, e que se ausentaram do serviço por mais de dois meses nos últimos seis meses que antecederam a coleta dos dados. Estes critérios de elegibilidade visaram o recrutamento de potenciais participantes que tivessem maior possibilidade de terem tido a experiência de realizar a assistência pré-natal com o acompanhante presente no serviço onde atuavam.

A seleção dos profissionais que atuavam em unidades locais que possuíssem duas ou mais eSF foi feita em conjunto com o coordenador do

CS, identificando-se o enfermeiro e o médico que realizaram mais consultas de pré-natal no ano de 2013, mesmo sendo de eSF distintas.

A coleta dos dados foi feita com 17 participantes, nove enfermeiros e oito médicos, de abril de 2014 a setembro de 2014, contemplando 10 CS. O número de participantes foi definido quando ocorreu a saturação teórica dos dados, encerrando-se o processo de coleta quando as informações obtidas apresentam repetição em seu conteúdo ou acréscimo pouco significativo com a continuidade do processo de pesquisa, segundo os objetivos estabelecidos pela pesquisa (FONTANELLA et al., 2011; MINAYO, 2010).

Os coordenadores dos CS foram contatados por telefone e por correio eletrônico, explicando-se os objetivos da pesquisa, e agendando-se um momento para convidar presencialmente os profissionais elegíveis para o estudo, explicando-se os objetivos e os aspectos éticos envolvidos. Àqueles profissionais com os quais não se conseguiu realizar o convite pessoalmente, foi feito contato ou por correio eletrônico ou por telefone.

A partir da anuência em participar da pesquisa, foi agendado local e horário de escolha do participante para a realização da coleta de dados.

4.4 COLETA DOS DADOS

A coleta de dados é processo de coleta sistemática de informações, utilizando para isso instrumentos e técnicas determinadas pelas características próprias do objeto estudado (LÜDKE; ANDRÉ, 1986). Neste estudo, os dados foram coletados pela técnica de entrevista semiestruturada, por meio de um roteiro (APÊNDICE A). Para refinamento do instrumento, foi feito o pré-teste com quatro enfermeiras que atuavam na rede de AB do município de São José, próximo à Florianópolis. A decisão de realizar o pré-teste com profissionais que atuassem na AB em outras cidades foi orientada pelo cuidado de não excluir profissionais da rede básica de saúde de Florianópolis, que atendessem aos critérios de inclusão e que, potencialmente, pudessem participar da pesquisa.

Após a escuta das gravações, o roteiro foi revisado e foram incluídas questões que não estavam presentes no roteiro original e que poderiam contribuir para que fossem coletadas as informações necessárias para responder aos objetivos da pesquisa.

Para Minayo (2010), a entrevista possibilita revelar as condições estruturais, de sistemas de valores, de normas e símbolos, de um grupo

determinado em contextos históricos, socioeconômicos e culturais específicos.

Existem vários formatos de entrevista, e a decisão por um determinado modelo depende das informações que se pretende obter e dos objetivos da pesquisa. O formato semiestruturado, adotado neste estudo, é utilizado quando os pesquisadores usam um guia com tópicos ou questões mais amplas que precisam ser abordados durante a entrevista, estimulando os participantes a falar sobre todas as áreas pretendidas (POLIT; BECK, 2011; RUBIN, RUBIN, 2011). O roteiro de entrevista é composto por perguntas sobre a caracterização do participante, a participação do acompanhante da gestante durante o pré-natal, as dificuldades e facilidades na inserção do acompanhante, e as orientações fornecidas ao acompanhante e gestante.

Marconi e Lakatos (2011) chamam atenção para a importância do planejamento da entrevista para a coleta de dados qualitativos. Aspectos como o objetivo a ser alcançado, a seleção de participantes familiarizados com o tema pesquisado, a disponibilidade do entrevistado em participar, o agendamento antecipado, a escolha do local e a promoção de condições favoráveis à garantia dos aspectos éticos, são essenciais para a operacionalização da técnica de entrevista. Também é importante deixar o entrevistado à vontade, demonstrando interesse e estimulando-o a falar (RUBIN; RUBIN, 2011).

As entrevistas foram gravadas com auxílio de um laptop dotado de microfone unidirecional e provido com o programa de edição de áudio Sound Forge 9.0 (SONY, 2008), que contém ferramentas que possibilitam a redução de ruídos e melhora da qualidade sonora. Três participantes não aceitaram que as suas entrevistas fossem gravadas, sendo assim, o registro dos depoimentos foi realizado no programa Microsoft Word[®], realizando-se, em seguida, a leitura e conferência dos arquivos de texto com os profissionais. Todas as entrevistas foram realizadas no espaço físico dos CS, no horário de funcionamento do serviço.

Posteriormente, as entrevistas foram transcritas integralmente, realizando-se a leitura e revisão dos textos pela pesquisadora em conjunto com as gravações, objetivando a fidedignidade das informações fornecidas pelo entrevistado (RUBIN; RUBIN, 2011). A transcrição das entrevistas foi enviada por e-mail para os participantes para validação das informações coletadas, não havendo alterações no conteúdo.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

A etapa de análise objetiva organizar, estruturar, extrair e interpretar o significado dos dados qualitativos, sendo um processo ativo e interativo, o qual exige do pesquisador habilidade na identificação de padrões que possibilitem a compreensão de um determinado fenômeno. A adoção de uma estratégia analítica é necessária para sistematizar, orientar e facilitar o processo de análise, de forma a responder as questões e objetivos da pesquisa (POLIT, BECK, 2011; CRESWELL, 2010).

A análise dos dados foi realizada segundo a técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin (2011), com auxílio do programa computacional ATLAS.ti – versão 7.0 (FRIESE; 2012).

O ATLAS.ti 7.0 é um programa CAQDAS (*Computer Assisted Qualitative Data Analysis Software*), que facilita a análise dos dados qualitativos, possibilitando a organização de um grande volume de dados, reduzindo o tempo de codificação e análise (LAGE, 2011; FRIESE, 2012), e, contribuindo para a qualidade das pesquisas qualitativas (LAGE, 2011).

A análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações que possuem como objetivo obter, através de procedimentos sistemáticos de descrição do conteúdo de textos, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção e recepção dessas mensagens. A análise de conteúdo consiste na descoberta dos núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado, sendo dividida em três etapas: pré-análise; exploração do material ou codificação; e tratamento dos resultados, inferência e interpretação (BARDIN, 2011).

Na etapa de **pré-análise** é realizada a leitura exaustiva do material coletado, com posterior formulação de hipóteses, objetivos e indicadores que fundamentarão a interpretação dos dados. É a fase de organização propriamente dita, realizada através de processos concomitantes (BARDIN, 2011).

A operacionalização desta etapa através do ATLAS.ti 7.0 se deu com a construção de um projeto, denominado Unidade Hermenêutica (*hermeneutic unit*) pelo próprio programa (FRIESE, 2012). A unidade hermenêutica pode ser entendida como equivalente ao *corpus* de análise referido por Bardin (2011), neste estudo composto pelo conjunto das entrevistas realizadas com os enfermeiros e médicos. Cada uma das entrevistas será inserida no ATLAS.ti 7.0 como um documento primário

(*primary documents*). A partir de então, será realizada a leitura fluante, possibilitando a aproximação com o material e a elaboração de hipóteses sobre a participação do acompanhante no pré-natal, que poderão ser confirmadas posteriormente (BARDIN, 2011). Também será feita a edição ou o recorte dos trechos relevantes das entrevistas (*quotations*), segundo os objetivos do estudo, preparando-os para a etapa seguinte.

A **exploração do material** é uma análise detalhada, identificando-se os códigos e relacionando-os aos depoimentos com mesmo sentido (BARDIN, 2011). Por codificação, entende-se a forma como é definida sobre o que se trata os dados em análise, envolvendo a identificação e registro de uma ou mais passagens do texto referentes à mesma ideia ou sentido. Os códigos são os nomes adotados para essas ideias, enquanto a codificação é indexação ou categorização de trechos do texto com determinados códigos (BARDIN, 2011; GIBBS, 2009). Os códigos, desta forma, são unidades de registro, que podem tanto ser palavras, cujo sentido pode ultrapassar o significado semântico, ou, como é característico da análise de conteúdo, temas. Estes, enquanto unidades de registro, são um recorte das ideias constituintes de um texto segundo a teoria que sustenta a análise (BARDIN, 2011), neste estudo constituída pelas políticas públicas relacionadas com a inserção do acompanhante no pré-natal e a assistência humanizada à mulher. Os temas tem comprimento variável, e são expressos na forma de enunciados com significações isoláveis (BARDIN, 2011). Nesta etapa, a função do ATLAS.ti 7.0 é auxiliar na codificação (*codes*) dos trechos dos depoimentos (*quotations*) em unidades temáticas de significado semelhantes.

A etapa de **tratamento dos resultados obtidos, inferência e interpretação**, consiste no tratamento dos dados de modo que os mesmos se tornem significativos e válidos (BARDIN, 2011). Nesta etapa da análise, as ferramentas do ATLAS.ti 7.0 possibilitou a construção de diagramas, figuras e modelos, que destacaram as informações obtidas da análise.

O processo de análise dos dados adotado neste estudo, que conjugou as etapas preconizadas por Bardin (2011), com as ferramentas do programa ATLAS.ti 7.0, estão detalhadas no Quadro 2.

ETAPA	AÇÃO
Pré-análise	<ul style="list-style-type: none"> • Inserção de cada entrevista (17) no ATLAS.ti (<i>primary document</i>), cujo conjunto constituiu uma unidade hermenêutica (<i>hermeneutic unit</i>). • Leitura flutuante dos dados, visando a aproximação do pesquisador com o material e a elaboração de hipóteses sobre os objetivos da pesquisa • Recorte dos trechos relevantes (<i>quotatios</i>), segundo os objetivos do estudo.
Exploração do material (codificação)	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboração dos códigos (<i>codes</i>) <i>a posteriori</i>, relacionando-os aos depoimentos (<i>quotations</i>) com mesmo sentido. • Organização dos códigos em unidades temáticas de significados semelhantes (<i>families</i>).
Tratamento dos resultados	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamento dos dados, significando-os e validando-os. • Construção de diagramas e modelos com o ATLAS.ti, destacando as informações que emergiram da análise e o processo de tratamento dos dados e sua validação.

Quadro 2 - Descrição das etapas da Análise de Conteúdo de Bardin segundo as ferramentas do programa ATLAS.ti

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa segue as normas da Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, que determina as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos, segundo os princípios da bioética de autonomia, não maleficiência, beneficência, justiça e equidade (BRASIL, 2013b).

O macroprojeto onde está inserido este projeto foi encaminhado à Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde (CAPPS) da Prefeitura Municipal de Florianópolis, a qual avalia e autoriza as pesquisas que envolvem a rede municipal de saúde do município, e emitiu a declaração de ciência da pesquisa pela instituição (ANEXO A). Posteriormente, o macroprojeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH), juntamente às autorizações dos outros serviços de saúde envolvidos no macroprojeto, através da Plataforma Brasil, que é uma base nacional e unificada de registros de pesquisas envolvendo seres humanos para todo o sistema

CEP/Conep (Comitês de Ética em Pesquisa/Conselho Nacional de Ética em Pesquisa). O macroprojeto foi aprovado sob o protocolo n° 541.296/2014.

Após aprovação pelo CEPESH, o parecer consubstanciado foi encaminhado à CAPPs. A coleta de dados iniciou após emissão de um ofício de aprovação (ANEXO C), autorizando a realização da pesquisa nas unidades locais da rede municipal de saúde de Florianópolis.

Os coordenadores das ULS selecionadas foram esclarecidos sobre a realização da pesquisa, e os profissionais de saúde, enfermeiros e médicos, convidados a participar do estudo. Todos os participantes foram esclarecidos quanto aos objetivos da pesquisa, o direito de participarem ou não, o método de coleta de dados, a possibilidade de desistência a qualquer momento, os potenciais riscos e benefícios, e a garantia do anonimato e sigilo das informações. Os participantes foram identificados por meio de siglas, adotando-se E para enfermeiros e M para médicos, os DS por letras e os CS por números. Também foram informados que os resultados da pesquisa serão encaminhados para a CAPPs, e ficarão disponíveis para o conhecimento dos participantes.

A autorização de todos os participantes da pesquisa foi obtida pela concordância livre e espontânea expressa pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e as discussões desta dissertação são apresentados na forma de dois manuscritos, de acordo com a Instrução Normativa nº 10/PEN/2011, que determina os critérios para elaboração e formato de apresentação dos trabalhos de conclusão do Curso de Mestrado e Doutorado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

O manuscrito 1 foi intitulado “Pré-Natal com acompanhante na atenção básica: experiência de enfermeiros e médicos”, e o manuscrito 2 “Facilidades, dificuldades e estratégias para inserção do acompanhante no pré-natal a partir da experiência de enfermeiros e médicos”.

5.1 MANUSCRITO 1 – PRÉ-NATAL COM ACOMPANHANTE NA ATENÇÃO BÁSICA: EXPERIÊNCIA DE ENFERMEIROS E MÉDICOS

Pré-natal com acompanhante na atenção básica: experiência de enfermeiros e médicos

Prenatal care with companionship in primary care: experience of nurses and physicians

Prenatal con acompañante en la atención básica: experiencia de enfermeros y médicos

Erika Simas Ebsen¹
Odaléa Maria Brüggemann²

RESUMO

Pesquisa qualitativa, exploratório-descritiva, que objetivou conhecer a experiência dos enfermeiros e médicos em prestar assistência pré-natal com o acompanhante. A coleta de dados foi realizada de abril/setembro de 2014, com entrevistas semiestruturadas. Participaram nove enfermeiros e oito médicos que atuavam na atenção pré-natal na rede básica de saúde do município de Florianópolis/SC. A análise dos dados foi realizada segundo a Análise de Conteúdo de Bardin, com o auxílio do programa ATLAS.ti. A participação do acompanhante no pré-natal ainda é pequena, e o pai do bebê é o acompanhante que está mais presente. As primigestas são aquelas que mais estão acompanhadas nas consultas, e a presença do acompanhante durante os diferentes trimestres é motivada pela curiosidade e pela evolução da gestação. Os profissionais consideraram importante a participação do acompanhante, mas sua presença gera necessidade da reorientação de algumas práticas

¹ Enfermeira. Membro do Grupo de Pesquisa em Enfermagem na Saúde da Mulher e do Recém-nascido (GRUPESMUR), Santa Catarina, Brasil. E-mail: erikaebesen@gmail.com.

² Doutora em Tocoginecologia. Docente do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Pesquisadora CNPq, Vice-líder do GRUPESMUR, Santa Catarina, Brasil. E-mail: odalea.ufsc@gmail.com.

profissionais para acolher o acompanhante e estimular sua participação na consulta de pré-natal.

Palavras-chave: Atenção Pré-Natal. Profissionais de Saúde. Apoio Social. Atenção Básica. Saúde da Mulher.

ABSTRACT

A qualitative, exploratory and descriptive research aimed at knowing the experience of nurses and physicians in the pre-natal assistance with her companion. The data collection was conducted from April to September 2014, using semistructured interviews. Involving nine nurses and eight physicians who act in prenatal care in the basic health of Florianópolis/SC. The data analysis was performed according to Bardin Content Analysis, with the help of ATLAS.ti. The participation of the companion in pre-natal care is still small, and the baby's father is the usual companion. The primiparous are frequently more accompanied in consultations, and the presence of a companion during the trimesters is motivated by curiosity and evolution of pregnancy. The professionals are considered important to involve the companion, but their presence creates the need to redirect some professional practices to accommodate the companion and encourage their participation in the pre-natal consultation.

Keywords: Prenatal Care. Health Professionals. Social Support. Primary Health Care. Woman's Health.

RESUMEN

Investigación cualitativa, exploratoria y descriptiva que objetivó conocer la experiencia de los enfermeros y médicos en la asistencia prenatal con el acompañante. La recolección de los datos fue realizada de abril a septiembre de 2014, con entrevistas semiestructuradas. Participaron nueve enfermeros y ocho médicos que actuaban en la atención prenatal en la red básica de salud del municipio de Florianópolis/SC. El análisis de los datos fue realizado según el Análisis de Contenido de Bardin, con el auxilio del programa ATLAS.ti. La participación del acompañante en la atención pre-natal aún es pequeña, y el padre del bebé es el acompañante que está mas presente. Las primigestas son aquellas que mas están acompañadas en las consultas, y la presencia del acompañante durante los diferentes trimestres es motivada por la curiosidad y la evolución de la gestación. Los profesionales consideran importante la participación del acompañante, pero su presencia genera la necesidad de reorientar algunas prácticas

profesionales para acoger el acompañante y estimular su participación en la consulta pre-natal.

Palabras-clave: Atención Prenatal. Personal de Salud. Apoyo Social. Atención Primaria de Salud. Salud de la Mujer.

INTRODUÇÃO

O pré-natal é um conjunto de procedimentos clínicos e educativos que objetivam promover a saúde, assegurando o desenvolvimento da gestação, detectando e tratando precocemente problemas que possam resultar em risco para a saúde da gestante e do feto. A normatização da atenção pré-natal no território brasileiro segue as diretrizes do Ministério da Saúde (MS), considerando-se as evidências científicas que apontam os benefícios para qualidade para a saúde da gestante e do recém-nascido, contribuindo para a redução da incidência da mortalidade materna, do baixo peso ao nascer e da mortalidade perinatal (BRASIL, 2013a).

No Sistema Único de Saúde (SUS), o pré-natal é realizado prioritariamente na Atenção Básica (AB), sobretudo quando a gestação é de risco habitual. Mesmo nas gestações com risco identificado, é feita a referência e contrarreferência entre a AB e outros níveis de complexidade (BRASIL, 2013a), sendo orientado pelos princípios da acessibilidade ao sistema, universalidade, equidade, integralidade, continuidade, humanização, vínculo e participação social (BRASIL, 2011a).

As diretrizes do MS para o pré-natal preconizam a realização de pelo menos seis consultas de pré-natal na AB, sendo pelo menos duas destas realizadas pelo médico e as demais pelo enfermeiro na gestação de risco habitual. No entanto, é permitido ao enfermeiro realizar inteiramente o pré-natal nestas gestações (BRASIL, 2013a), segundo a Lei do Exercício de Enfermagem, regulamentada pelo Decreto nº 94.406, de 1987 (BRASIL, 1987).

As políticas públicas de atenção à saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal são guiadas pela humanização dos processos de produção de saúde (BRASIL, 2013a). No pré-natal, o acolhimento à gestante pressupõe a escuta da mulher e do seu parceiro pelos membros da equipe de saúde envolvida, conhecendo-se suas histórias, emoções e sentimentos, partilhando-se experiências e obtendo auxílio (BRASIL, 2006).

O Programa de Humanização ao Pré-Natal e Nascimento, de 2000 (BRASIL, 2001), já reconhecia a importância do acompanhante na

parturição e recomendava a sua inserção. Posteriormente, em 2005, garantiu-se a presença do acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato um direito da mulher por meio da Lei nº 11.108, conhecida como Lei do Acompanhante (BRASIL, 2005). Entretanto a presença do acompanhante não foi contemplada neste momento.

Atualmente, as políticas públicas de saúde, relacionadas à AB, tem reforçado a importância da inserção do acompanhante no pré-natal. Em 2010, o MS lançou o pré-natal masculino, recomendando que os homens façam exames pré-natais ao mesmo tempo que suas parceiras, estimulando-os a frequentar também o serviço de saúde de forma preventiva, e promovendo o vínculo afetivo entre ele, o filho e a gestante (BRASIL, 2010a). A Rede Cegonha, instituída em 2011, considera importante o cuidado à família da gestante durante o pré-natal como parte das práticas de atenção à saúde da mulher e humanização da assistência (BRASIL, 2011b).

Além disso, os “Dez Passos para a Qualidade do Pré-Natal” na AB, definidos pelo MS, objetivam a melhoria da qualidade do pré-natal nas unidades básicas de saúde. Dentre estes estão a escuta ativa da gestante e de seus (suas) acompanhantes, ultrapassando o cuidado biológico e considerando aspectos socioculturais, intelectuais e emocionais; e a realização do pré-natal do parceiro, estendendo o cuidado a(o) parceira(o), realizando-se exames, consultas e fornecendo orientações, antes, durante e após a gestação (BRASIL, 2013a).

Neste sentido, é importante que os profissionais e serviços de saúde acolham o acompanhante de escolha da mulher, independente de ser ou não o parceiro; compreendam os diversos significados que a gestação assume para a mulher e sua família; escutem os relatos da sua história de vida e da gestação, e não ofereçam obstáculos à participação do acompanhante (BRASIL, 2013a). A participação precoce e ativa do acompanhante na atenção pré-natal possibilita que ele possa confortar a mulher e agir com mais segurança e tranquilidade durante a gestação e o nascimento (SILVA; PICCININI, 2007). Assim, o envolvimento do acompanhante com a gravidez deve ser promovido e incentivado desde seu início pelos profissionais de saúde, já nas consultas de pré-natal e durante a realização de exames de rotina (REDSHAW; HENDERSON, 2013).

Os estudos recomendam a necessidade de que os profissionais de saúde incluam o acompanhante na atenção pré-natal, reorientando suas práticas a fim de promover sua participação (SILVA, BRITO, 2010; LESSA, DA ROSA, 2010; PAULA, SARTORI, MARTINS, 2010;

PERDOMINI, BONILHA, 2011; BENAZZI, LIMA, SOUZA, 2011; PICCININI et al., 2012; REDSHAW, HENDERSON, 2013). Entretanto, a literatura científica ainda carece de investigações sobre a experiência dos profissionais de saúde sobre a temática da inserção do acompanhante no pré-natal a partir da experiência dos profissionais de saúde da atenção básica.

Os profissionais de saúde tem papel fundamental na implementação dessas diretrizes assistenciais, com vistas a inserir e acolher o acompanhante no pré-natal, reconhecendo a importância dele no desenvolvimento do processo gestacional. Desta forma, o objetivo deste estudo foi conhecer a experiência dos enfermeiros e médicos da AB em prestar assistência pré-natal com o acompanhante.

MÉTOD

Pesquisa exploratório-descritiva, de abordagem qualitativa, inserida no macroprojeto “A participação do acompanhante de escolha da mulher no pré-natal, trabalho de parto e parto, no sistema de saúde público e suplementar”, com abordagem mista (CRESWELL, 2010).

O estudo foi desenvolvido na Rede Municipal de Saúde de Florianópolis/SC, cujo modelo de atenção primária à saúde é a Estratégia de Saúde da Família (ESF). Atualmente, o município possui 117 equipes de saúde da família em 50 Centros de Saúde (CS), distribuídas em cinco Distritos Sanitários (DS) (Centro, Continente, Sul, Norte e Leste), abarcando as regiões insular e continental. A demarcação dos distritos sanitários do município prioriza os aspectos geográficos, sociais, culturais e demográficos das comunidades, visando facilitar o acesso da população aos CS e outros serviços vinculados à rede municipal de saúde (FLORIANÓPOLIS, 2014). Florianópolis é um dos municípios com maior cobertura da população pela AB no Brasil, (DAB, 2014), atingindo 96,37% da população estimada de 461.524 habitantes (IBGE, 2014).

A seleção das ULS foi feita em conjunto com a Coordenação de AB da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Florianópolis, em abril de 2014, que indicou três CS de cada DS, considerando os critérios de maior número de gestantes cadastradas em 2013 e a diversidade socioeconômica e cultural da população atendida pelas unidades de saúde. Desta forma, participaram profissionais de saúde de 10 CS.

A identificação dos participantes foi feita junto aos coordenadores dos CS selecionados, que indicaram os profissionais de saúde elegíveis para o estudo: enfermeiros e médicos, que prestavam

assistência pré-natal em uma dos CS pertencentes aos cinco DS da rede municipal há pelo menos um ano, e lotados no quadro efetivo de trabalhadores da SMS. Foram excluídos do estudo os profissionais em férias, em licença para tratamento de saúde, em licença-prêmio, e que se ausentaram do serviço por mais de dois meses nos últimos seis meses que antecederam a coleta dos dados.

A partir de então, o convite para participar da pesquisa foi feito pessoalmente, ou por contato telefônico, ou via correio eletrônico. Após o aceite, foi realizado o agendamento para a coleta de dados, que aconteceu de abril a setembro de 2014.

As entrevistas foram realizadas nos CS, no horário de funcionamento dos serviços, por meio de roteiro semiestruturado, que foi previamente testado com quatro enfermeiras que atuavam na AB de outro município. Todas as entrevistas foram gravadas com microfone unidirecional e notebook equipado com o programa de edição de áudio Sound Forge 9.0 (SONY, 2008), que contém ferramentas que contribuem para a melhoria da qualidade sonora. Posteriormente, elas foram transcritas integralmente, lidas e revisadas junto com as gravações, visando a fidedignidade das informações dadas pelos entrevistados e o rigor científico (RUBIN; RUBIN, 2011). Três participantes não permitiram que as suas entrevistas fossem gravadas, sendo assim, o registro dos depoimentos foi realizado no programa Microsoft Word®, realizando-se, em seguida, a leitura e conferência dos arquivos de texto com os profissionais.

O número de participantes foi definido durante a coleta, quando ocorreu a saturação teórica dos dados, em que as informações levantadas apresentaram conteúdo repetido ou com pouco significado, mesmo com a continuidade da pesquisa, segundo os objetivos estabelecidos pelo estudo (FONTANELLA et al., 2011).

A análise dos dados foi feita através da técnica de análise de conteúdo de Bardin (2011), que é um conjunto de técnicas de análise das comunicações que possuem como objetivo obter, sistematicamente, os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência sejam significativos para o objetivo analítico visado, sendo dividida em três etapas: pré-análise; exploração do material ou codificação; e tratamento dos resultados, inferência e interpretação (BARDIN, 2011). O processo de análise foi realizado com auxílio do software ATLAS.ti 7.0 (FRIESE, 2012), um programa CAQDAS (*Computer Assisted Qualitative Data Analysis Software*), que auxilia a análise de dados qualitativos.

Na etapa de **pré-análise** as transcrições foram inseridas no

ATLAS.ti 7.0 como *primary documents* (documentos primários), cujo conjunto compõe a Unidade Hermenêutica (*hermeneutic unit*) (FRIESE, 2012). Neste momento realizou-se a leitura flutuante do corpus da análise, elaborando-se hipóteses, objetivos e indicadores que fundamentaram a interpretação dos dados (BARDIN, 2011), e a identificação e recorte de trechos dos depoimentos que respondessem ao objetivo do estudo, denominados *quotations* (citações) (FRIESE, 2012).

Na **exploração do material** foi feita uma análise detalhada das entrevistas, elaborando-se os códigos *a posteriori* e relacionando-os aos depoimentos com mesmo sentido (BARDIN, 2011), operacionalizados no ATLAS.ti na associação das *quotations* às unidades aos codes (códigos) de mesmo sentido (FRIESE, 2012).

A etapa de **tratamento dos resultados obtidos, inferência e interpretação**, consiste no tratamento dos dados de modo que os mesmos se tornem significativos e válidos (BARDIN, 2011), identificando-se as subcategorias e sua subordinação categorial, através da ferramenta *families* (famílias) do ATLAS.ti (FRIESE, 2012).

Os aspectos éticos deste estudo estão de acordo com a Resolução 466/2012 (BRASIL, 2013b), que regulamenta as pesquisas realizadas com seres humanos, e o macroprojeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, sob o protocolo n. 541.296/2014. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A fim de respeitar o anonimato, os participantes foram identificados segundo sua classe profissional, adotando-se E para enfermeiros e M para médicos, e os DS foram identificados por letras e os CS por números.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo 17 profissionais de saúde, nove enfermeiras e oito médicos, que atuavam em um dos 10 CS dos 15 previamente selecionados. A faixa etária dos participantes variou de 25 a 60 anos, sendo que a maioria deles (11) tinha de 31 a 40 anos de idade. O tempo de formado variou de um ano e meio a 36 anos, com maior parte dos profissionais (11) com seis a 15 anos, e 11 possuíam especialização relacionada com a AB. O tempo de atuação na AB variou de um ano até 24 anos, sendo que a maioria (10) possuía entre sete e 12 anos de experiência na ESF. A maioria (14) atuava de um a quatro anos no CS (Quadro 1).

(continua)

Distrito Sanitário (DS)	Centro de Saúde (CS)	Categoria Profissional	Idade	Tempo de Formação	Especialização	Atuação na Atenção Básica	Atuação no CS	Atuação na Obstetrícia/ Atenção Pré-Natal
DS-A	CS1	Enfermeira (E1)	31 anos	10 anos	Gestão em Saúde Mental	3 anos	1 ano e seis meses	3 anos
	CS2	Enfermeira (E2)	36 anos	14 anos	Gerenciamento do Serviço de Enfermagem Programa da Saúde da Família	11 anos	13 anos	14 anos
		Médico (M2)	39 anos	17 anos	Medicina da Família e Comunidade	17 anos	2 anos	17 anos
	CS3	Médico (M1)	34 anos	10 anos	Saúde da Família	7 anos	5 anos	7 anos
DS-B	CS4	Enfermeira (E3)	47 anos	22 anos	Gestão da Informação, Atenção básica e Gestão de Pessoas	3 anos	3 anos	5 anos e meio
		Médico (M3)	38 anos	13 anos	Medicina da Família	13 anos	2 anos e meio	13 anos
	CS5	Enfermeira (E4)	35 anos	8 anos	Saúde da Família	7 anos	1 ano	7 anos
		Médico (M4)	25 anos	1 ano e meio	-----	1 ano e 2 meses	1 ano e dois meses	1 ano e dois meses

Quadro 1 – Caracterização dos participantes, Florianópolis, SC, 2014

(conclusão)

Distrito Sanitário (DS)	Centro de Saúde (CS)	Categoria Profissional	Idade	Tempo de Formação	Especialização	Atuação na Atenção Básica	Atuação no CS	Atuação na Obstetria/ Atenção Pré-Natal
DS-C	CS6	Enfermeira (E5)	29 anos	7 anos	Saúde Pública	1 ano	1 ano	1 ano
		Médico (M5)	36 anos	5 anos	Medicina do Trabalho	5 anos e meio	2 anos	3 anos e meio
	CS7	Enfermeira (E6)	37 anos	10 anos	Saúde Pública Saúde da Família	10 anos	3 anos e nove meses	6 anos
DS-D	CS8	Médico (M6)	60 anos	36 anos	Traumatologia e Ortopedia	7 anos	3 anos	3 anos
		Enfermeira (E7)	32 anos	10 anos	Gestão em Saúde Pública	7 anos	2 anos	7 anos
	CS9	Enfermeira (E8)	56 anos	12 anos	-----	12 anos	6 anos	12 anos
DS-E	CS10	Médico (M7)	53 anos	26 anos	Pediatria Clínica Médica	24 anos	8 anos	18 anos
		Enfermeira (E9)	37 anos	12 anos	Enfermagem Obstétrica Saúde da Família	1 ano	1 ano	12 anos
			Médico (M8)	40 anos	8 anos	Saúde da Família Medicina da Família e Comunidade	1 ano	1 ano

Quadro 1 – Caracterização dos participantes, Florianópolis, SC, 2014

A predominância do sexo feminino na profissão de enfermeiro reflete a presença histórica das mulheres nesta categoria profissional, apesar do crescimento ainda tímido da presença dos homens na enfermagem (GONÇALVES et al., 2014). Na AB, a exemplo do que acontece na profissão, as mulheres constituem a grande maioria dos trabalhadores de enfermagem (ESPINDOLA, LEMOS, REIS, 2011; COSTA et al., 2013). Por outro lado, a predominância do sexo masculino entre os médicos participantes contrapõe os estudos que apontam a crescente feminização da medicina (GONÇALVES et al., 2014; ESPINDOLA; LEMOS; REIS, 2011).

A faixa etária, o tempo de formado e de atuação na AB dos participantes também estão de acordo com o perfil do profissional delineado em outros estudos (ESPINDOLA, LEMOS, REIS, 2011; COSTA et al., 2013; GONÇALVES et al., 2014), sugerindo que os profissionais que atuam nos CS em Florianópolis tem experiência profissional prévia na AB.

A realização de cursos de especialização relacionados com a AB sugere que os profissionais estão se qualificando para atender as necessidades da clientela, como visto em outros estudos (COSTA et al., 2013; GONÇALVES et al., 2014). Ao mesmo tempo, isto pode ser resultado dos esforços da Política Pública de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2007) em capacitar os recursos humanos em saúde, por meio de parcerias entre o MS e instituições de ensino e pesquisa.

Todos os participantes possuíam experiência em realizar alguma consulta de pré-natal com o acompanhante, embora não fosse uma rotina institucional a sua inserção. A análise das falas sugere que os acompanhantes estão mais presentes nas consultas realizadas com a enfermeira. No entanto, optou-se por uma análise conjunta das narrativas de ambas as categorias profissionais, uma vez que o conteúdo não mostrou contrastes que suscitassem a necessidade de uma discussão separada sobre a experiência.

As subcategorias resultantes da análise das entrevistas foram agrupadas em quatro categorias (Quadro 2). Algumas das subcategorias serão exemplificadas com trechos dos depoimentos dos profissionais.

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
I - O acompanhante está mais presente com as primigestas	Curiosidade sobre a primeira gestação Expectativa com a chegada do primeiro filho/bebê na família Na multigesta o acompanhante não participa porque a gravidez “não é mais novidade” Na multigesta o acompanhante está mais presente no final da gestação
II - Presença do acompanhante nos trimestres da gestação	As dúvidas motivam a presença do acompanhante no início da gestação É mais rara a presença do acompanhante no primeiro trimestre No segundo trimestre, o acompanhante consegue perceber a existência do feto Com a proximidade do parto, a presença do acompanhante é mais frequente
III - A participação do acompanhante no pré-natal	Quem são os acompanhantes da mulher no pré-natal Apenas algumas gestantes possuem acompanhante nas consultas Os acompanhantes geralmente são espectadores da consulta Alguns acompanhantes participam ativamente das consultas A participação do acompanhante nos grupos de gestantes é inexpressiva A gestante pede autorização do profissional para entrar com o acompanhante A gestante já entra com o acompanhante nas consultas
IV - Desafios para o profissional em realizar o pré-natal com o acompanhante presente	Aumento do tempo da consulta de pré-natal na presença do acompanhante Conflitos entre a gestante e o acompanhante Conflitos que ocorrem entre dois ou mais acompanhantes presentes na consulta Questões culturais do acompanhante <i>versus</i> conhecimento científico O acompanhante “fiscaliza” a atuação do enfermeiro na consulta

Quadro 2 – Categorias e subcategorias sobre a experiência dos profissionais em realizar o pré-natal com o acompanhante presente, Florianópolis, SC, 2014

Categoria I - O acompanhante está mais presente com as primigestas

Nas primigestas, a presença do acompanhante é impulsionada pela **curiosidade sobre a primeira gestação**, que motiva a busca de informações sobre o desenvolvimento da gravidez e do bebê: *Mas o primeiro se cerca de uma aura misteriosa, glamourosa... não glamourosa, mas um mistério... é uma coisa bem lúdica para eles o*

primeiro filho. Então eu percebo que é mais realmente na primigesta o acompanhamento (E6).

Ao mesmo tempo, a **expectativa com a chegada do primeiro filho/bebê na família** fomenta o remodelamento dos papéis familiares até então estabelecidos com a perspectiva da vinda de um novo membro para a família (VIVIAN et al., 2013): *Em primigesta tem mais acompanhante. Pelo companheiro. Normalmente, é o início de um vínculo familiar. Às vezes o relacionamento não tá nem solidificado, às vezes ainda é um namorado que vai virar um futuro marido, às vezes é a futura vovó ou a sogra que está dando o apoio inicial (M7).* O homem começa a construir o significado de “ser pai” ao acompanhar o desenvolvimento da gestação, contribuindo para o estabelecimento da tríade mãe-pai-bebê ainda na gravidez (SILVA, PICCININI, 2007; ZAMPIERI et al., 2012; SILVA et al., 2012). Ao mesmo tempo, para as primigestas, a participação do companheiro contribui para que este momento seja vivenciado de forma mais tranquila, partilhando-se também a responsabilidade pela gestação (SOUZA et al., 2013).

Por outro lado, **na multigesta o acompanhante não participa porque a gravidez “não é mais novidade”**: *As mães de primeira gravidez [...] são mais frequentemente acompanhadas por outra pessoa do que as multigestas. Acho que por conta, realmente do conhecimento de causa, já estão habituadas, sabem o processo e talvez, e a percepção do parceiro seja a mesma nesse sentido, de “não precisa ir porque tu já sabe como que é, deu tudo certo na primeira, tu vai lá que eu vou trabalhar” (M1).* Quando presente, o acompanhante da multigesta surge no fim da gestação. Embora ela tenha uma experiência prévia, a forma que a mulher vivencia cada gestação é única (SOUZA et al., 2013; VIVIAN et al., 2013), e ela também precisa de suporte e apoio da mesma forma que a primigesta.

Categoria II - Presença do acompanhante nos trimestres da gestação

A presença do acompanhante nos diferentes trimestres da gravidez, segundo os profissionais de saúde, é motivada pela necessidade de informações sobre o processo vivenciado pela mulher e o desenvolvimento de bebê. Assim, **as dúvidas motivam a presença do acompanhante no início da gestação**, e a consulta pré-natal oportuniza o acesso às informações: *No primeiro trimestre tem mais acompanhante. Porque é tudo novidade, medo e dúvida, e eles vem mais, né (E4).* Os questionamentos trazidos pela gestante e seu

acompanhante estão relacionados com o diagnóstico da gestação, à saúde e desenvolvimento do feto e a realização de exames, resultados semelhantes a outros estudos (SILVA, PICCININI, 2007; FIGUEIREDO, MARQUES, 2011).

Por outro lado, a experiência de outros profissionais de saúde mostra que **é mais rara a presença do acompanhante no primeiro trimestre**, devido ao fato de que nesse período a gestação ainda é pouco “visível” ao exame físico e obstétrico, não oportunizando a concretude da gravidez para o acompanhante: *O primeiro trimestre é o mais tranquilo, porque aí tá no início, ainda não tem barriga* (E2) *Geralmente nas primeiras consultas elas vêm sozinhas. [...] Aí, tem a experiência com os pais, quando vem o pai eles são mais quietos, quando é no começo, quando é a consulta não tem tanto exame físico porque, por exemplo, o BCF [batimento cardíaco fetal], quando não cai nas primeiras consultas. Eles perguntam “será que preciso vir?”* (E7). Já com o desenvolvimento da gestação, **no segundo trimestre, o acompanhante consegue perceber a existência do feto**. O crescimento do ventre gravídico e a movimentação fetal tornam a gestação “real”, enquanto que a possibilidade de ouvir o BCF na consulta pré-natal concretizam a existência do bebê imaginário para o acompanhante e contribui para seu interesse na gestação, semelhante aos achados de outros estudos (FREITAS, COELHO, SILVA, 2007; FIGUEIREDO, MARQUES, 2011): *O marido eu penso que vem mais no segundo trimestre, seja porque a barriga está maior, está crescendo, e já é possível escutar o coraçãozinho, eles podem apalpar, sentir no exame. Me parece que eles se sentem mais participativos, mesmo que estejam lá para só para observar* (M4).

À medida que a gestação vai se desenvolvendo, **com a proximidade do parto, a presença do acompanhante é mais frequente**. Neste trimestre, as modificações gravídicas geram maior dificuldade para a mulher se deslocar até o CS, e o acompanhante consegue prover o apoio físico necessário: [...] *nos últimos meses também há um aumento na frequência dos acompanhantes por conta de uma maior fragilidade da mulher para locomoção, e um maior cuidado do companheiro por esses aspectos do nascimento também* (M7). Além disso, com a proximidade do parto manifestam-se as dúvidas sobre o desfecho da gestação: *E, e no final aí da gestação tem mais acompanhante. Talvez por causa do parto. Começa a surgir mais dúvidas no momento. Fica um pouquinho mais tenso, né? O medo, né, se vai dar certo, se não vai dar* (M5).

O envolvimento do acompanhante, sobretudo o pai, pode variar bastante ao longo da gestação, de acordo com o desenvolvimento do bebê. No terceiro trimestre, com a iminência do parto e do nascimento do bebê, os pais tornam-se mais participativos nos preparativos para sua chegada, conseguindo, até mesmo, definirem-se como pais (PICCININI et al., 2004).

Os profissionais da AB podem favorecer a participação do acompanhante durante a maternidade, instrumentalizando-o no pré-natal para que ele possa prover apoio à gestante. Informações sobre o trabalho de parto e parto são imprescindíveis, pois tranquilizam o acompanhante e contribuem para a sua participação, além de reduzir a ansiedade da gestante (FIGUEIREDO; MARQUES, 2011), que se sentirá segura e acolhida com a presença de alguém que lhe é próximo (DAVI et al., 2011).

Categoria III - A participação do acompanhante no pré-natal

Quando indagados sobre **quem são os acompanhantes da mulher no pré-natal**, os participantes relataram que o acompanhante mais presente no pré-natal é o(a) esposo(a)/companheiro(a)/pai do bebê: *Ah, primeiro lugar é o pai ainda que a gente vê (M8). Hoje, o homem, o parceiro. (E4).* Embora existam dificuldades para que ele possa frequentar o pré-natal, uma vez que necessita se ausentar do trabalho (DAVI et al., 2011), o acompanhante, quando presente, geralmente é o pai (BENZAZZI, LIMA, SOUZA, 2011; FIGUEIREDO, MARQUES, 2011; ZAMPIERI et al., 2012). Estudos mostram que a inserção do pai no pré-natal possibilita a formação do vínculo familiar precoce, estimulando a participação no parto e nos cuidados com o recém-nascido (PAULA, SARTORI, MARTINS, 2010; PLANTIN, OLUKOYA, NY, 2011; BENZAZZI, LIMA, SOUZA, 2011; ZAMPIERI et al., 2012; REDSHAW, HENDERSON, 2013).

Outros acompanhantes, como mães ou sogras, outros familiares e amigas, estão presentes quando o pai não consegue ir às consultas, quando não existe um vínculo entre a gestante e o pai do bebê, ou até mesmo, devido ao perfil da população assistida: *Ou é a mãe, ou é parente, que pode ser filho, tia, irmã, ou até sogra. E o marido é quem menos acompanha, por causa do trabalho. As tias, avós, outras parentes, talvez consigam vir mais porque na nossa população, as mulheres trabalham em casa (M4). Alguns casos de mãe que vem, quando não tem companheiro (E2).*

A população atendida pelos CS que integram a rede de saúde de Florianópolis é heterogênea, e isso sugere que características socioeconômicas da população e da organização das comunidades podem determinar quem é o acompanhante que está com a mulher no pré-natal.

Na percepção dos entrevistados, a presença do acompanhante no pré-natal também sofre influência do perfil da população adscrita. Os CS que integram os DS da rede municipal de Florianópolis têm características sociodemográficas peculiares, que podem determinar uma maior ou menor participação do acompanhante. Em bairros-dormitório (PEREIRA; RAMALHO; BATISTA, 2014), localizados na periferia de Florianópolis, a participação do acompanhante é menor, uma vez que a população economicamente ativa trabalha em locais distantes do domicílio, geralmente no Centro, onde estão localizadas as empresas empregadoras. Isto impede e/ou dificulta a presença do acompanhante nas consultas de pré-natal realizadas em horário comercial. Já em comunidades onde predomina o trabalho autônomo, o acompanhante consegue flexibilizar seus horários e participar de algumas consultas.

Bairros onde as mulheres têm como principal ocupação o trabalho doméstico, a presença de acompanhantes do sexo feminino é maior, uma vez que os homens estão trabalhando.

Segundo os profissionais de saúde **apenas algumas gestantes possuem acompanhante nas consultas**: *Olha, dá para contar, é muito pouco acompanhante, acho que de 20 vem um. É mais ou menos essa média. (E1) A maioria das pacientes a gente não tem a presença do acompanhante. A maioria não... eu diria 20%, a gente tem a presença do companheiro, na minha avaliação (M6). Assim, ó. A maioria das consultas vem sem acompanhante. 80% vêm sozinhas. 20% vêm com o acompanhante (M5).*

Os profissionais, ao comparar suas experiências pregressas em outros serviços onde atuavam, referem que a participação do acompanhante tem aumentado. Todavia, a maioria dos relatos estima que menos de 20% das gestantes estão acompanhadas durante o pré-natal, e que este acompanhamento pode ser constante ou esporádico no transcorrer da gestação. Estudo realizado em um município do interior de Pernambuco mostrou resultado semelhante, pois somente 16,6% das mulheres contou com a participação de alguém de sua família nas consultas de pré-natal, embora a maioria desejasse (SANTOS et al., 2012).

Quando presentes, **os acompanhantes geralmente são espectadores da consulta de pré-natal**, perguntando e participando pouco. Mesmo quando os profissionais estimulam a manifestação de dúvidas, o acompanhante mantém uma posição passiva: *Normalmente ele tá ali de pilastra, fisicamente presente, mas normalmente não está participativo. A gente tenta comentar, né, “tem alguma dúvida?”, “qual é a tua visão?”, “como que você está achando?”, “como que estão as noites?”, “o que você tá pensando?”, “como que vai ser depois?”, “como vão organizar os trabalhos?”, mas essa pergunta tem que ser normalmente comentada, se não ela não sai espontaneamente, a dúvida não sai espontaneamente* (M1). De forma geral, o acompanhante, mostra-se como espectador. Este distanciamento pode ser um reflexo das relações de poder tradicionalmente estabelecidas entre o profissional de saúde e os usuários no modelo biomédico (SANTOS; PENNA, 2013).

Por outro lado, **alguns acompanhantes participam ativamente das consultas**, inserindo-se também como sujeitos do processo gestacional. Os profissionais de saúde consideram que o interesse do acompanhante é positivo: *Tem o acompanhante que vem, e que ele tem interesse em acompanhar a esposa, a mulher, durante esse processo de acompanhamento do pré-natal. Então, ele é interessado, ele faz perguntas, ele quer saber, tem curiosidade. E é muito legal, vem a somar, assim* (E9). A pró-atividade do acompanhante podendo estar relacionada com a percepção da gravidez como um evento familiar, ultrapassando a visão tradicional de que a gestação é de responsabilidade somente da mulher que a vivencia (SILVA et al., 2012). Os profissionais de saúde podem também estimular a participação do acompanhante não somente nas consultas, mas também na corresponsabilização da gestação, instrumentalizando-o sobre como ele poderá prover o apoio necessário à mulher.

Os profissionais também relataram que a **participação do acompanhante nos grupos de gestantes é inexpressiva**, sendo ainda menor do que durante as consultas de pré-natal: *Eu vejo que a gente tem o grupo de gestante, e alguns poucos assim, que de cada dez, um ou dois pais participam* (E3). Eles consideram que isso é decorrente da dificuldade do acompanhante conseguir se ausentar do trabalho para participar destas atividades que demandam maior disponibilidade do acompanhante. Por outro lado, os acompanhantes que conseguem estar presentes nos grupos costumam ser bem participativos (ZAMPIERI et al., 2010; 2012).

As questões anteriormente abordadas mostram que a participação do acompanhante no pré-natal não é uma prática consolidada. Isso é reafirmado pelo fato de que **a gestante pede autorização do profissional para entrar com o acompanhante**, apontando que a presença de alguém no pré-natal ainda não é reconhecida pela mulher como um direito que integra as diretrizes da humanização da atenção pré-natal (BRASIL, 2013): *Teve uma das gestantes que até ela perguntou. Ela chegou sozinha. Daí, depois, na, na hora de passar para escutar o BCF, ela falou assim: “posso trazer meu marido?”. Eu falei “claro que pode! Se eu soubesse que ele tava aí, ele teria acompanhado a consulta inteira”. É que eu já estou tão acostumada que elas vem sozinhas, que a gente mesmo tem esse erro, né? De não perguntar: “e o teu marido, não pode vir um dia?”. Daí, entrou (E5). Ao mesmo tempo, em alguns serviços de saúde é naturalizado que a gestante esteja sozinha, uma vez que não é comum mulheres acompanhadas no pré-natal.*

Por outro lado, em alguns CS, **a gestante já entra com o acompanhante nas consultas**: *Não, aqui eu acho, pela unidade já ter um pessoal que já é conhecido, se não é pelo pré-natal é por outras questões, então o pessoal entra junto, difícil perguntar. (...), é comum em outros tipos de atendimento a gente receber, às vezes a gente atende a família toda, eu não sei se vem da nossa postura ou de outros. É isso que acontece (E1). Isto sugere que, à medida que a população entende que o processo de trabalho na AB inclui o acolhimento do usuário e de seus acompanhantes nos serviços oferecidos (BRASIL, 2010b), entende-se também que o acompanhante possa estar presente no pré-natal. A implementação de ações que promovam a atenção sistêmica poderia contribuir para o entendimento da população de que o acompanhante também pode estar presente no pré-natal.*

Categoria IV - Desafios para o profissional em realizar o pré-natal com o acompanhante presente

Os profissionais de saúde relataram que, embora positiva, a presença do acompanhante traz desafios na realização das consultas de pré-natal, exigindo a elaboração de estratégias para que as dificuldades sejam sanadas ou até mesmo minimizadas.

Um dos desafios apontados é o **aumento do tempo da consulta de pré-natal na presença do acompanhante**: *Eu sempre gostei e sempre incentivei bastante que tivesse acompanhante, mas sempre que tem o acompanhante a consulta é mais longa, mas isso não chega a ser*

um ponto negativo, é mais um complicador. Porque a gente às vezes tem que correr com alguns assuntos que poderia estar dando mais ênfase (E2). Nesta situação, é necessário que os profissionais priorizem a discussão de assuntos durante a consulta, adaptando as dúvidas trazidas pelo acompanhante às informações pertinentes ao trimestre gestacional (BRASIL, 2013a).

Outro desafio é a existência de **conflitos entre a gestante e o acompanhante**, durante as consultas, exigindo que os profissionais de saúde sejam mediadores das discussões que surgem e que podem colocar a gestante em uma posição desconfortável: *Esses casos assim que eu vejo que o acompanhante me usa como um juiz. “Ah, ela faz tal coisa, não pode, né?”, ou “to dizendo que não é para...”. Eu já vi alguns casos de quase briga dentro do consultório, porque estão encarando a mulher ou como uma doente ou como uma super-mulher, como se “ou tu podes fazer tudo, ou tu não podes fazer nada”. Então esse eu acho um ponto um pouco negativo quando a relação não tá muito legal, principalmente entre homem e mulher, ou companheiros. [...] fica meio complicado porque eu me vejo como uma juíza da situação (E6).* Ainda, o profissional pode se deparar com situações de **conflitos que ocorrem entre dois ou mais acompanhantes presentes na consulta**, que requerem também a intermediação dele para a resolução dos conflitos: *E algumas coisas que eu já presenciei, que não chegam a ser negativas, mas por exemplo, já tive que tomar algumas atitudes. Veio a esposa, o marido e a sogra, e os dois brigando o tempo todo no consultório e tu ter que colocar para fora. [...] aí então depois a gente fez uma escala, um dia trazia o marido, um dia trazia a mãe. O que ajuda um pouquinho a dar uma melhorada no clima, porque até mesmo a gestante ficava nervosa com a história (E2).*

Essas discussões que se revelam no consultório podem repercutir negativamente na experiência da gestação pela mulher e pelo acompanhante. Na ESF, o contexto familiar é prioritário na identificação e explicação dos processos de saúde e doença de seus membros, o que torna a família uma unidade de cuidados que deve ser compreendida pelos profissionais de saúde nas suas práticas. Ao mesmo tempo, é uma unidade prestadora de cuidados e potencial aliada dos serviços de saúde no cuidado de seus membros (SILVA; GIOVANELLA; MAINBOURG, 2014). Desta forma, esses conflitos velados que se manifestam na atenção pré-natal podem requerer a necessidade da elaboração que incluam a família nas práticas de saúde, a partir da perspectiva sistêmica e integral de atenção à saúde.

A manifestação desses conflitos nas consultas pode ser uma oportunidade de ação profissional para estender o cuidado à família no enfrentamento de situações disfuncionais veladas. Para tanto, deve-se fortalecer o cuidado com os seus membros por meio do diálogo entre o cuidado familiar e o cuidado profissional, subsidiando e encorajando os recursos internos e externos da família (SILVA; GIOVANELLA; MAINBOURG, 2014).

O confronto entre as **questões culturais do acompanhante versus conhecimento científico** também é desafiador para os profissionais de saúde. Na atenção pré-natal, isso requer que a construção do conhecimento seja compartilhada, acolhendo-se a cultura e o saber popular: *Então ele traz uma informação que não está de acordo com o que a gente fala. Na verdade, não é algo de negativo, é até da cultura deles, né? Tem muitas questões culturais que aparecem na consulta, especialmente depois que o bebê nasce. Mas a gente tenta dialogar esse conhecimento formal com o conhecimento deles. Mas tem alguns momentos que incomoda um pouco, quando não se consegue fazer essa negociação* (M4).

Muitos profissionais de saúde da AB não conseguem articular os conhecimentos popular e científico. Contudo, eles sabem que a não valorização do saber popular dificulta a adesão aos cuidados. A transferência entre o universo científico e popular é necessária para que haja confiança e credibilidade no atendimento, promovendo a vinculação do usuário e o reconhecimento da subjetividade e o exercício da autonomia do sujeito nas práticas de produção de saúde (JUNGES et al., 2011).

Na atenção pré-natal a realização das consultas é partilhada pelos profissionais enfermeiro e médico (BRASIL, 2013a). Isso ainda pode causar estranhamento a alguns usuários, cujo imaginário centraliza no médico as práticas de produção de saúde, e que, conseqüentemente, questiona a competência do enfermeiro na atenção pré-natal (MATUMOTO et al., 2011; SANTOS, PENNA, 2013). Para o enfermeiro, quando o **acompanhante “fiscaliza” a sua atuação na consulta**, demanda um esforço para legitimar a sua competência na atenção pré-natal: *Mas também tem acompanhante que vem no intuito, assim, de fiscalizar, sabe? Já tive. Não são a maioria. Mas já tive, assim, nesse sentido: “ah, vou ver o que que vai rolar nessa consulta. Se ela tá atendendo direitinho ou não”. E a gente fica meio assim, né? [...] Então eu explico na medida que eles vão perguntando e assim consigo levar numa boa. Não me atrapalha, entendeu? Enquanto profissional, eu não vejo que seja um empecilho* (E9).

A ESF representa para o enfermeiro a possibilidade de reorientação de sua prática em direção às necessidades de saúde dos usuários, ultrapassando a racionalidade biomédica do trabalho do profissional médico, voltada para o cuidado de enfermagem (MATUMOTO et al., 2011). Entretanto, para alguns usuários, a atuação do enfermeiro na AB confronta o modelo curativista ainda vigente no imaginário da população. Na sua prática, é necessário que o enfermeiro resignifique os processos de produção de saúde habitualmente reconhecidos, por meio do vínculo com o usuário, resolutividade e domínio técnico.

CONCLUSÃO

A experiência dos enfermeiros e médicos que atuam na AB mostra que a participação do acompanhante na atenção pré-natal ainda é incipiente, sendo concentrada nas consultas. A curiosidade sobre a gestação e a expectativa familiar com a chegada do bebê estimulam a participação do acompanhante. Ele está mais presente com as primigestas e, apesar das dificuldades trabalhistas, o companheiro/pai do bebê é o acompanhante mais frequente.

As mulheres desconhecem a informação de que podem contar com a presença de alguém de sua confiança no pré-natal, e a inserção de um acompanhante nas consultas ainda é percebida como uma decisão do profissional e não como um direito reconhecido pelas políticas públicas de atenção à saúde da mulher.

A participação do acompanhante no pré-natal é vista como positiva, não havendo nenhuma restrição quanto à sua presença pelos profissionais de saúde, embora gere desafios durante a prática assistencial.

A presença do acompanhante pode promover o vínculo da gestante com o serviço, bem como a aderência das práticas de saúde necessárias para o bem estar materno e fetal. Isto requer a elaboração de estratégias que facilitem a sua inserção e que instrumentalizem o acompanhante para que ele possa apoiar a mulher no contexto comunitário e familiar.

REFERÊNCIAS

BARDIN, L.. **Análise de conteúdo**. 5. ed. Lisboa: Edições 70, 2011.

BENAZZI, A. S. T.; LIMA, A. B. S.; SOUZA, A. P. Pré-natal masculino: um novo olhar sobre a presença do homem. **R. Pol. Públ.**, São Luís, v. 14, n. 2, p. 327-333, jul./dez. 2011.

BRASIL. Decreto n. 94.406 de 08 de junho de 1987. Dispõe sobre o exercício da enfermagem e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: Brasília (DF), 8 jun. 1987. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1980-1989/d94406.htm. Acesso em: 17 jan. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Programa de humanização no pré-natal e nascimento**: informações para gestores e técnicos. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2001.

_____. Lei n. 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei n. 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**: Brasília (DF), 8 abr. 2005, seção 1:1.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Manual técnico pré-natal e puerpério**: atenção qualificada e humanizada. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2006.

_____. Portaria n. 1.996 de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. **Diário Oficial da União**: Brasília (DF), 22 de agosto de 2007, seção 1.

_____. Ministério da Saúde. **Ministério da saúde incentiva pais a fazerem pré-natal masculino**, 2010a. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/noticias/arquivos/2010/09/13/ministerio-da-saude-incentiva-pais-a-fazerem-o-prenatal-masculino>>. Acesso em: 03 abr. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas**

práticas de produção de saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2010b.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família – ESF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS. **Diário Oficial da União:** Brasília (DF), 24 out. 2011a.

_____. Ministério da Saúde. **Manual prático para implementação da Rede Cegonha.** Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2011b. Disponível em:

http://www.saude.pi.gov.br/ckeditor_assets/attachments/138/DOCUMENTOS_REDE_CEGONHA.pdf . Acesso em: 08 jan 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**, 1. ed. rev. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2013a.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União:** Brasília (DF), 13 jun. 2013b, seção 1, p. 59.

COSTA, S. de M et al. Perfil do profissional de nível superior nas equipes da Estratégia Saúde da Família em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 27, p. 90-96, abr./jun. 2013.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa:** métodos qualitativo, quantitativo e misto. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

DAB (Departamento de Atenção Básica). **Histórico de cobertura da Saúde da Família.** Disponível em:

http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php. Acesso em: 11 nov. 2014.

DAVI, M. T. G. et al. Companion's participation during prenatal care: challenge for nursing. **J Nurs UFPE.**, Pernambuco, v. 6, n. 9, p. 2077-2082, nov. 2011.

ESPINDOLA, P. dos S.; LEMOS, C. L. S.; REIS, L. B. M. dos. Perfil do profissional de nível superior da estratégia de saúde da família. **Rev. Bras. Promoç. Saúde**, Fortaleza, v. 24, n. 4, p. 367-375, out./dez. 2011.

FIGUEIREDO, M. G. A. V. de.; MARQUES, A. C. Pré-natal: experiências vivenciadas pelo pai. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, n. 16, v. 5, p. 708-713, out./dez. 2011.

FLORIANÓPOLIS. Prefeitura Municipal de Florianópolis. **Secretaria Municipal de Saúde**. Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php?pagina=home&menu=0>. Acesso em: 06 de junho de 2014.

FONTANELLA, B. J. B. et al. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, n. 27, v. 2, p. 389-394, fev. 2011.

FREITAS, W. de M. F. e.; COELHO, E. de A. C. C.; SILVA, A. T. M. C. da. Sentir-se pai: a vivência masculina sob o olhar de gênero. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 137-145, jan. 2007.

FRIESE, S. **Qualitative data analysis with ATLAS.ti**. London: Sage, 2012.

GONÇALVES, C. R. et al. Recursos humanos: fator crítico para as redes de atenção à saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro (RJ), v. 38, n. 100, p. 26-34, jan./mar. 2014.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). **Cidades**. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br>. Acesso em: 11 nov. 2014.

JUNGES, J. R. et al. Saberes populares e cientificismo na estratégia saúde da família: complementares ou excludentes? **Ciênc. saúde colet.**, Rio de Janeiro (RJ), n. 16, v. 11, p. 4327-4335, nov. 2011.

- LESSA, R.; DA ROSA, A. H. V. Enfermagem e acolhimento: a importância da interação dialógica no pré-natal. **R. Pesq.: Cuid. Fundam.**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 3, p. 1105-1110, jul./set. 2010.
- MATUMOTO, S. et al. A prática clínica do enfermeiro na atenção básica: um processo em construção. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, n. 19, v. 1, 08 telas, jan./fev. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/pt_17.pdf. Acesso em: 05 nov. 2014.
- PAULA, A. O.; SARTORI, A. L.; MARTINS, C. A. Aleitamento materno: orientações, conhecimento e participação do pai nesse processo. **Rev. Eletr. Enf.**, Goiânia, n. 12, v. 3, p. 464-470, 2010.
- PERDOMINI, F. R. I.; BONILHA, A. L. de L. A participação do pai como acompanhante da mulher no parto. **Texto-contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 20, n. 3, p. 445-452, set. 2011.
- PEREIRA, F. A. C.; RAMALHO, M. L.; BATISTA, S. S. dos S. Estudos da cidade: paisagem e mobilidade urbana. **RETC**, Jundiaí, 15a. ed., p. 7-10, out. 2014.
- PICCININI, C. A. et al. O envolvimento paterno durante a gestação. **Psicol. Refl. Crít.**, Porto Alegre, v. 17, n. 5, p. 303-314, 2004.
- REDSHAW, M.; HENDERSON, J. Fathers' engagement in pregnancy and childbirth: evidence from a national survey. **BMC Pregnancy Childbirth.**, London, v. 13, n. 70, p. 1-15, mar. 2013.
- RUBIN, J.; RUBIN, S. **Qualitative interviewing: the art of hearing data**. 3a ed. Thousand Oaks: SAGE Publications, 2011.
- SANTOS, T. C. S. et al. Avaliação da assistência pré-natal: opinião das gestantes. **C&D-Revista Eletrônica da Fainor**, Vitória da Conquista, v.5, n.1, p.141-148, jan./dez. 2012.
- SANTOS, T. V. C. dos; PENNA, C. M. de M. Demandas cotidianas na atenção primária: o olhar de profissionais da saúde e usuários. **Texto-contexto Enferm**, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 149-156, jan./mar. 2013.

- SILVA, E. L. C. da et al. Paternidade em tempos de mudança: uma breve revisão de literatura. **Rev. Pesq. Saúde**, São Luís, v. 13, n. 2, p. 54-59, maio/ago. 2012.
- SILVA, M. R.; PICCININI, C. A. Sentimento sobre a paternidade e o envolvimento paterno: um estudo qualitativo. **Estud. Psicol.**, Campinas, v. 24, n. 4, p. 561-573, out./dez. 2007.
- SILVA, F. C. B. da; BRITO, R. S. de. Percepção de gestantes acerca das atitudes do companheiro diante da sua ausência no pré-natal. **Rev. RENE**. Fortaleza, v. 11, n. 3, p. 95-102, jul./set. 2010.
- SILVA, N. C. da; GIOVANELLA, L.; MAINBOURG, E. M. T. A família nas práticas de Saúde da Família. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília (DF), v. 67, n. 2 Brasília, mar./abr. 2014.
- SONY. **Sony Sound Forge**: digital áudio editor. Version 9.0. [S.l.]: Sony, 2008. CD-ROM.
- SOUZA, E. S. et al. O olhar das mulheres-mães sobre a assistência ao pré-natal. **Rev. enferm. UFPE on line.**, Recife, n. 7, v. 8, p. 5135-5142, ago. 2013.
- VIVIAN, A. G. et al. "Eu fico comparando": expectativas maternas quanto ao segundo filho na gestação. **Estud. psicol. (Campinas)**, Campinas, n. 30, v. 1, p. 75-87, jan./mar. 2012.
- ZAMPIERI, M. de F. M. et al. Processo educativo com gestantes e casais grávidos: possibilidade para transformação e reflexão da realidade. **Texto-contexto Enferm.**, Florianópolis, n. 18, v. 4, p. 719-727, out./dez. 2010.
- ZAMPIERI, M. de F. M. et al. O significado de ser pai na ótica de casais grávidos: limitações e facilidades. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet], Goiânia, n. 14, v. 4, p. 483-493, jul./set. 2012.
- PLANTIN, L.; OLUKOYA, A. A.; NY, P. Positive health outcomes of fathers' involvement in pregnancy and childbirth paternal support: a scope study literature review. **Fathering**, v. 9, n. 1, p. 87-102, mar. 2011.

5.2 MANUSCRITO 2 – FACILIDADES, DIFICULDADES E ESTRATÉGIAS PARA INSERÇÃO DO ACOMPANHANTE NO PRÉ-NATAL A PARTIR DA EXPERIÊNCIA DE ENFERMEIROS E MÉDICOS

Facilidades, dificuldades e estratégias para inserção do acompanhante no pré-natal a partir da experiência de enfermeiros e médicos

Facilities, challenges and strategies for the integration of the companion in prenatal care according to nurses and physicians' experience

Facilidades, dificultades y estrategias para la inserción del acompañante en pre-natal a partir de la experiencia de enfermeros y médicos

Erika Simas Ebsen¹
Odaléa Maria Brüggemann²

RESUMO

Pesquisa exploratório-descritiva, de abordagem qualitativa, que objetivou descrever as facilidades, dificuldades e estratégias para inserção do acompanhante na atenção pré-natal para a implementação dessa prática a partir da experiência de enfermeiros e médicos da atenção básica. Participaram nove enfermeiros e oito médicos que atuavam na atenção pré-natal na rede básica de saúde do município de Florianópolis/SC. A coleta de dados foi realizada com entrevistas semiestruturadas, de abril a setembro de 2014, e a análise realizada segundo a Análise de Conteúdo de Bardin, com o auxílio do programa ATLAS.ti. Os resultados mostram que as facilidades para inserção do

¹ Enfermeira. Membro do Grupo de Pesquisa em Enfermagem na Saúde da Mulher e do Recém-nascido (GRUPESMUR), Santa Catarina, Brasil. E-mail: erikaebesen@gmail.com.

² Doutora em Tocoginecologia. Docente do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Pesquisadora CNPq, Vice-líder do GRUPESMUR, Santa Catarina, Brasil. E-mail: odalea.ufsc@gmail.com.

acompanhante estão relacionadas com a organização do serviço, o processo de trabalho na atenção básica e o interesse do acompanhante, enquanto as principais dificuldades referem-se ao trabalho do acompanhante. Os profissionais relatam que a principal estratégia fundamenta-se em ações de educação em saúde, estimulando o acompanhante para participar do pré-natal. A divulgação e a garantia do direito ao acompanhante no pré-natal por meio da articulação intersetorial, a realização do pré-natal masculino e a pactuação da equipe sobre a importância do acompanhante são apontadas como estratégias para sua inserção no pré-natal.

Palavras-chave: Atenção Pré-Natal. Profissionais de Saúde. Apoio Social. Atenção Básica. Saúde da Mulher.

ABSTRACT

An exploratory, descriptive and qualitative approach aimed at describing the facilities, difficulties and strategies for insertion of companion in the natal care for the implementation of this practice according to the experience of nurses and physicians of the primary care. Nine nurses and eight physicians who work in the prenatal care in the Basic Health Units of Florianópolis/SC participated of the study. The data collection was performed using semi-structured interviews, from April to September 2014, and the analysis was executed according to Bardin Content Analysis, with the help of the ATLAS.ti. The results showed that the facilities for the insertion of the companion are related to the service organization, the process of work in primary care and the companion's interest, with regards the difficulties are relate to the occupational work of the companion. The professionals report that the main strategy is based on educational activities in health, stimulating companion to participate in the pre-natal. Disclosure and ensuring the right of the companion in the pre-natal through intersectoral linkages, as to conduct pre-natal male and the covenant of the healthcare team about the importance of companion are indicated as strategies for insertion into the prenatal.

Keywords: Prenatal Care. Health Personnel. Social Support. Primary Health Care. Woman's Health.

RESUMEN

Investigación exploratoria y descriptiva, de abordaje cualitativa, que objetivó describir las facilidades, dificultades y estrategias para la inserción del acompañante en la atención para-natal para la implementación de esta práctica de acuerdo con la experiencia de

enfermeros y médicos de atención básica. Participaron nueve enfermeros y ocho médicos que actuaban en la atención pre-natal en la red básica de salud del municipio de Florianópolis/SC. La recolección de los datos fue realizada con entrevistas semiestructuradas, de abril a septiembre de 2014, y el análisis realizado según el Análisis de Contenido de Bardin, con el auxilio del programa ATLAS.ti. Los resultados muestran que las facilidades para la inserción del acompañante están relacionadas con la organización del servicio, el proceso de trabajo en la atención básica y el interés del acompañante, con relación a las principales dificultades se refieren al trabajo del acompañante. Los profesionales relatan que la principal estrategia se fundamenta en acciones educativas en salud, estimulando al acompañante para participar del pre-natal. La divulgación y la garantía del derecho al acompañante en el pre-natal por medio de la articulación intersectorial, la realización del pre-natal masculino y el pacto del equipo de salud sobre la importancia del acompañante son apuntadas como estrategias para su inserción en el pre-natal.

Palabras-clave: Atención Prenatal. Personal de Salud. Apoyo Social. Atención Primaria de Salud. Salud de la Mujer.

INTRODUÇÃO

A gestação é um momento caracterizado por mudanças físicas e emocionais, em que a perspectiva da chegada de uma criança gera transformações na vida das mulheres e no meio social onde vivem. A atenção pré-natal, neste momento do ciclo de vida da mulher, objetiva garantir o desenvolvimento saudável da gravidez através de procedimentos clínicos e educativos, a fim de detectar e tratar precocemente problemas que possam oferecer risco para a saúde da gestante e do feto (BRASIL, 2013a).

As diretrizes do Ministério da Saúde (MS), que normatizam a atenção pré-natal, foram elaboradas considerando-se as evidências científicas que apontam os benefícios do acompanhamento pré-natal de qualidade para a saúde da gestante e do recém-nascido, contribuindo para a redução da incidência da mortalidade materna, do baixo peso ao nascer e da mortalidade perinatal (BRASIL, 2013a).

No Sistema Único de Saúde, o pré-natal é realizado prioritariamente na Atenção Básica (AB) pela Equipe de Saúde da Família, sobretudo quando a gestação é de risco habitual. O enfermeiro e o médico partilham o acompanhamento periódico da mulher durante a gestação, alternado a responsabilidade pelas consultas, que devem ser

orientadas pelos princípios da humanização da assistência. No entanto, as diretrizes ministeriais prevêm que o pré-natal de baixo risco seja realizado inteiramente pelo enfermeiro (BRASIL, 2013a), considerando-se a Lei do Exercício de Enfermagem, regulamentada pelo Decreto nº 94.406, de 1987 (BRASIL, 1987).

O acolhimento à gestante no pré-natal pressupõe a escuta da mulher e do seu parceiro pelos membros da equipe de saúde, conhecendo-se suas histórias, emoções, e sentimentos, compartilhando-se experiências e obtendo auxílio (BRASIL, 2006; 2013a). As políticas de saúde tem incluído, gradativamente, a rede de apoio da mulher durante o pré-natal, como uma das práticas que contribuem para a humanização da assistência, promovendo a saúde materna e neonatal.

O Programa de Humanização ao Pré-Natal e Nascimento, criado em 2001, foi o primeiro passo para a inserção da rede de apoio na saúde da mulher, reconhecendo em seu texto a importância do acompanhante, especialmente na parturição (BRASIL, 2001). Em 2005 foi publicada a Lei nº 11.108, conhecida como Lei do Acompanhante, obrigando os serviços de saúde do SUS e da rede conveniada a permitir a presença de um acompanhante de escolha da mulher durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (BRASIL, 2005).

Atualmente, as políticas públicas de saúde relacionadas à AB, tem reforçado a importância da inserção do acompanhante também no pré-natal. A Política Nacional de Atenção à Saúde do Homem (BRASIL, 2008) percebe no pré-natal uma das possibilidades de inserção dos homens nos serviços de saúde. Neste sentido, em 2010, o MS lançou o pré-natal masculino, recomendando que os homens façam exames pré-natais ao mesmo tempo que suas parceiras, estimulando-os a frequentar também o serviço de saúde de forma preventiva, e estimulando o vínculo afetivo entre ele, o filho e a gestante (BRASIL, 2010).

A Rede Cegonha, instituída em 2011, considera o cuidado à família da gestante durante o pré-natal como parte das práticas de atenção à saúde da mulher e humanização da assistência (BRASIL, 2011a). Aliado a isso, o MS definiu os “Dez Passos para a Qualidade do Pré-Natal na Atenção Básica”, objetivando a melhoria da qualidade do pré-natal nas unidades básicas de saúde. Dentre estes estão a escuta ativa da gestante e de seus acompanhantes, considerando seus aspectos socioculturais, intelectuais e emocionais; e a realização do pré-natal do parceiro, oferecendo-se a realização de exames, consultas e fornecendo orientações, antes, durante e após a gestação (BRASIL, 2013a).

Para a efetivação dessa prática, é importante que os profissionais e serviços de saúde acolham o acompanhante de escolha da mulher, não oferecendo entraves à sua participação. A equipe de saúde deve compreender os diversos significados que a gestação assume para a mulher e sua família, e a escuta da história de vida e as circunstâncias da gestação trazidas pela mulher durante a gestação, a partir do seu relato e de seu acompanhante (BRASIL, 2013a).

As pesquisas que investigaram o envolvimento do acompanhante durante o pré-natal e gravidez enfocaram a figura paterna e demonstraram que sua presença influencia positivamente a gestação, estimulando a adoção de comportamentos saudáveis pela gestante (MILLAN, BARLOW, REDSHAW, 2009; PLANTIN, OLUKOYA, NY, 2011, DAVI et al., 2011), além de promover a participação do acompanhante nos cuidados com o recém-nascido (PAULA, SARTORI, MARTINS, 2010; PLANTIN, OLUKOYA, NY, 2011; BENAZZI, LIMA, SOUZA, 2011), no apoio ao aleitamento materno (SCOTT et al., 2005; MILLAN, BARLOW, REDSHAW, 2009; PAULA, SARTORI, MARTINS, 2010), e no cuidado do homem com a sua saúde (PLANTIN; OLUKOYA; NY, 2011). A presença do pai no pré-natal também fortalece a relação do casal (GUZZO, 2008) e favorece maior participação do homem durante o parto (REDSHAW; HENDERSON, 2013) e sua satisfação com a experiência do nascimento (FRANCESCHINI; BONILHA, 2009) e da paternidade (SILVA; PICCININI, 2007). Por outro lado, a ausência do companheiro nas consultas de pré-natal predispõe as mulheres ao aumento dos desconfortos gravídicos, além de velar a possibilidade de desajustes conjugais (SILVA; BRITO, 2010). Os profissionais de saúde tem importante papel em incentivar a participação paterna na gestação já nas primeiras consultas de pré-natal (REDSHAW; HENDERSON, 2013).

Embora os estudos se detenham na influência da participação do pai na gestação, o apoio à mulher pode ser provido por qualquer pessoa da rede social de escolha da mulher. Para que o acompanhante possa apoiar a gestante em todas as dimensões, é necessário que ele seja acolhido pelo profissional de saúde, instrumentalizando-o para prover o apoio necessário à mulher durante a gestação.

A participação precoce e ativa do acompanhante na atenção pré-natal possibilita que ele possa confortar a mulher e agir com mais segurança e tranquilidade durante a gestação e o nascimento (SILVA; PICCININI, 2007).

Estudos indicam que as gestantes consideram muito importante o acompanhamento de alguém que lhe é próximo, pois sentem-se mais

seguras e confiantes (DAVI et al., 2011; SILVA, BRITO, 2010; LESSA, DA ROSA, 2010). No entanto, as gestantes relatam que muitas vezes o acompanhante não consegue estar presente no pré-natal, sobretudo o pai, cuja ausência deve-se às ocupações laborais (OLIVEIRA et al., 2009; DAVI et al., 2011; FIGUEIREDO, MARQUES, 2011; ZAMPIERI et al., 2012; SILVA et al, 2013), a falta de orientação e de estratégias que favoreçam sua inclusão (DAVI et al., 2011).

Vários estudos recomendam a necessidade de que os profissionais de saúde incluam o acompanhante na atenção pré-natal, reorientando suas práticas a fim de promover sua participação (REDSHAW, HENDERSON, 2013; PERDOMINI, BONILHA, 2011; BENAZZI, LIMA, SOUZA, 2011; PICCININI et al., 2012; SILVA, BRITO, 2010; LESSA, DA ROSA, 2010; PAULA, SARTORI, MARTINS, 2010). Todavia, as atividades assistenciais desenvolvidas no pré-natal priorizam a gestante e não inserem o acompanhante (LÍBERA et al., 2011).

Assim, considerando-se a importância do acompanhante no apoio à mulher na gestação e a necessidade de incluí-lo na atenção pré-natal, este estudo objetivou descrever as facilidades, dificuldades e estratégias para inserção do acompanhante na atenção pré-natal para a implementação dessa prática sob a ótica de enfermeiros e médicos da atenção básica.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de natureza exploratório-descritiva, que está inserida no macroprojeto “A participação do acompanhante de escolha da mulher no pré-natal, trabalho de parto e parto, no sistema de saúde público e suplementar”.

O presente estudo foi desenvolvido no município de Florianópolis/SC, com a Rede Municipal de Saúde. As regiões insular e continental do território municipal são divididas em cinco Distritos Sanitários (DS) – Centro, Continente, Sul, Norte e Leste, a fim de facilitar o acesso da população aos serviços vinculados à rede de saúde. A delimitação dos distritos sanitários do município prioriza os aspectos geográficos, sociais, culturais e demográficos das comunidades, visando facilitar o acesso da população aos Centros de Saúde (CS), e outros serviços vinculados à rede municipal de saúde (FLORIANÓPOLIS, 2014). A Atenção Básica (AB) de Florianópolis possui, atualmente, 50 CS, que contemplam 117 equipes de saúde da família, atingindo 96,37%

(DAB, 2014) da população estimada de 461.524 habitantes (IBGE, 2014).

Os CS de saúde foram selecionados em conjunto com a Coordenação de AB da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis (SMS), em abril de 2014, sendo que foram selecionadas três ULS de cada Distrito Sanitário (DS), que tinham maior número de gestantes cadastradas em 2013 e população adscrita com diversidade socioeconômica e cultural, totalizando 15 CS com potenciais participantes.

A partir de então, foi feito o contato com os coordenadores do CS selecionados, que indicaram os profissionais elegíveis para o estudo: enfermeiros e médicos, que prestavam assistência pré-natal em um dos CS pertencentes aos cinco DS da rede municipal há pelo menos um ano, e lotados no quadro efetivo de trabalhadores da SMS. Excluiu-se do estudo profissionais em férias, em licença para tratamento de saúde, em licença-prêmio, e que se ausentaram do serviço por mais de 60 dias nos últimos seis meses que antecederam a coleta dos dados.

Em seguida, realizou-se o convite aos profissionais, pessoalmente, ou por contato telefônico, ou *e-mail*. Após a anuência, realizou-se o agendamento para a coleta de dados, que aconteceu de abril a setembro de 2014.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas, no espaço físico da unidade durante o turno de trabalho dos profissionais. O roteiro semiestruturado foi previamente testado com quatro enfermeiras, que atuavam na AB de outro município, e que preenchiam os critérios de elegibilidade estabelecidos para o estudo, realizando-se os ajustes necessários.

As entrevistas foram gravadas com microfone unidirecional e notebook equipado com o programa de edição de áudio Sound Forge 9.0 (SONY, 2008), que contém ferramentas que contribuem para a melhoria da qualidade sonora. Posteriormente, elas foram transcritas integralmente, lidas e revisadas junto com as gravações, a fim de obter a fidedignidade das informações fornecidas pelos entrevistados e o rigor científico (RUBIN; RUBIN, 2011). Três participantes não aceitaram que as suas entrevistas fossem gravadas, sendo assim, o registro dos depoimentos foi realizado no programa Microsoft Word®, realizando-se, em seguida, a leitura e conferência dos arquivos de texto com os profissionais.

A saturação teórica dos dados definiu o número de participantes. A coleta foi encerrada quando as informações obtidas apresentaram conteúdo repetido ou que pouco acrescentasse aos objetivos

estabelecidos pelo estudo, mesmo com a continuidade da pesquisa (FONTANELLA et al., 2011).

A análise dos dados foi feita com a técnica de análise de conteúdo de Bardin (2011), com auxílio do software de organização de dados qualitativos ATLAS.ti 7.0 (FRIESE, 2012), um programa CAQDAS (*Computer Assisted Qualitative Data Analysis Software*). A análise de conteúdo é um conjunto de técnicas com origem na análise das comunicações, que visa obter, de forma ordenada, os núcleos de sentido que integram uma comunicação, cuja presença ou frequência sejam significativos para o objetivo analítico. Este processo é dividido em três etapas, realizadas concomitantemente: pré-análise; exploração do material ou codificação; e tratamento dos resultados, inferência e interpretação (BARDIN, 2011).

Durante a etapa de **pré-análise** as transcrições foram inseridas no ATLAS.ti 7.0 como *primary documents* (documentos primários), compondo a Unidade Hermenêutica (*hermeneutic unit*), a qual consiste no conjunto de documentos que serão analisados (FRIESE, 2012). Neste momento realizou-se a leitura flutuante do *corpus* da análise, operacionalizada pela elaboração das hipóteses, objetivos e indicadores que fundamentaram a interpretação dos dados (BARDIN, 2011), bem como a identificação e recorte de trechos dos depoimentos que respondessem ao objetivo do estudo, denominados *quotations* (citações) (FRIESE, 2012).

A análise detalhada das entrevistas e a elaboração dos códigos *a posteriori* foi feita na etapa de **exploração do material** (BARDIN, 2011), associando-se as *quotations* de mesmo sentido aos códigos (*codes*) no ATLAS.ti (FRIESE, 2012).

Na etapa de **tratamento dos resultados obtidos, inferência e interpretação**, foi realizado o tratamento dos dados, de modo que os mesmos se tornassem significativos e válidos (BARDIN, 2011), identificando-se as subcategorias e sua subordinação categorial, operacionalizada pelo ATLAS.ti no agrupamento dos *codes* e sua hierarquização às *families* (famílias) (FRIESE, 2012).

Os aspectos éticos desde estudo estão de acordo com a Resolução 466/2012 (BRASIL, 2013b), que regulamenta as pesquisas realizadas com seres humanos. O macroprojeto foi enviado para a Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde da SMS de Florianópolis, que autorizou sua execução, e posteriormente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, sob o protocolo n. 541.296/2014. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Para respeitar o anonimato, os participantes foram identificados segundo sua classe profissional, adotando-se E para enfermeiros e M para médicos, identificando-se os CS com números e os DS com letras.

RESULTADOS

Participaram do estudo duas enfermeiras e dois médicos do DS-A (CS1, CS2 e CS3), duas enfermeiras e dois médicos do DS-B (CS4 e CS5), três enfermeiras e dois médicos do DS-C (CS6, CS7 e CS8), uma enfermeira e um médico do DS-D (CS10) e uma enfermeira e um médico do DS-E (CS10), totalizando 17 profissionais de saúde, nove enfermeiras e oito médicos.

A faixa etária dos participantes variou de 25 a 60 anos, sendo que a maior parte (11) possuía de 31 a 40 anos de idade. O tempo de formado variou de um ano e meio a 36 anos, com maior parte dos profissionais (11) com seis a 15 anos, e 11 possuíam especialização relacionada com a AB, concentradas nas áreas de Saúde da Família (4), Medicina da Família e Comunidade (3), Saúde Pública (2), Programa de Saúde da Família (1) e Atenção Básica (1). Uma das enfermeiras possuía especialização em Enfermagem Obstétrica e Neonatal. O tempo de atuação na AB variou de um ano até 24 anos, sendo que a maioria (10) possuía entre sete e 12 anos de experiência na ESF. A quase totalidade dos profissionais (14) atuava de um a quatro anos no CS.

O processo de análise resultou em três categorias, que serão exemplificadas com trechos das falas dos profissionais: facilidades para inserção do acompanhante na atenção pré-natal (Quadro 1); dificuldades para inserção do acompanhante na atenção pré-natal (Quadro 2); estratégias para a inserção do acompanhante no pré-natal (Quadro 3).

I - Facilidades para inserção do acompanhante na atenção pré-natal

As facilidades identificadas pelos profissionais estão relacionadas com a organização do serviço, o processo de trabalho na atenção básica, o interesse do acompanhante e a participação da comunidade no apoio às ações de saúde desenvolvidas pela unidade de saúde, e experiência e posicionamento dos profissionais sobre a presença acompanhante no pré-natal (Quadro 1).

CATEGORIA	SUBCATEGORIAS
I - Facilidades para inserção do acompanhante na atenção pré-natal	Consultas de pré-natal em horários flexíveis e/ou no período noturno Interesse e disponibilidade do acompanhante em estar no pré-natal A vinculação do usuário com o Centro de Saúde Atuação dos Agentes Comunitários de Saúde na comunidade Apoio do Conselho Local de Saúde A equipe de saúde concorda sobre a importância do acompanhante

Quadro 1 – Categoria e subcategorias sobre as facilidades para inserção do acompanhante na atenção pré-natal, Florianópolis, SC, 2014

A flexibilização de horários para marcação das consultas contribui para que o acompanhante possa participar das consultas de pré-natal, segundo a disponibilidade do acompanhante:

E também assim, a gente tem a nossa agenda. Não é uma agenda que é restrita, a gente tem que trabalhar de uma forma democrática. As consultas acontecem não só de manhã quanto à tarde, então a gente tenta deixar dentro do horário trabalhado a melhor maneira possível para poder não perder essa gestante. Para que ela seja atendida no horário que for possível tanto para ela quanto durante nossos horários de trabalho. (M3)

Em CS que funcionam no turno noturno, a participação do acompanhante é mais expressiva, uma vez a consulta acontece em horário diferente do trabalho do acompanhante:

Quando eu trabalhava no posto de saúde “X”, trabalhava no terceiro turno, das 18h às 22h da noite, e praticamente todas as consultas lá tinham acompanhante. Então a diferença é brutal. (M2)

O interesse do acompanhante, aliado à disponibilidade para ele vir às consultas de pré-natal, também contribui para sua presença:

Parece que eles tão com a cabeça mais aberta, essa é a minha impressão, né. [...] Não ficar só como

coadjuvante ali, mas empoderar ele também de participar desse momento. (E4)

E a disponibilidade de tempo do serviço. (M7)

A área física contribui para a permanência do acompanhante durante a consulta, pois, além da cadeira para a gestante, há também espaço para acomodar o acompanhante.

No processo de trabalho, a vinculação do usuário com o serviço é um importante aspecto facilitador:

Assim, a maioria dos atendimentos na rede [municipal de saúde] pode o acompanhante. Um acompanhante, pelo menos. (E9)

O atendimento da Atenção Primária é uma coisa bem próxima da pessoa, né? Isso tem tudo a ver com essa visão. Então, nós procuramos fazer com que elas tragam, né? (M8)

A aproximação do usuário com a atenção básica também encontra nos Agentes Comunitários de saúde uma importante ferramenta na vinculação das pessoas com o CS, que reforçam a estratégia do convite às mulheres e sua família para a participação no pré-natal na comunidade:

A gente não só oferece na consulta, como os agentes comunitários também, a gente fala para eles também quando visitam a gestante falar da possibilidade do esposo ou alguém da família vir junto. (E8)

Além disso, a atuação do Conselho Local de Saúde é apontada como um facilitador das ações que podem apoiar as estratégias de promoção da saúde desenvolvidas pelos CS:

O pessoal que faz parte do conselho a gente fala “ô, diz pro pai que é importante”. A gente também pega um tema e conversa com eles, sobre a participação, que é importante a participação nos grupos, que é importante a participação nas consultas, então a gente sempre pede ajuda para eles. [...] O nosso Conselho Local de Saúde ele é

também companheiro quando a gente precisa de alguma coisa para se comunicar com a comunidade. (E3)

A concordância dos membros da equipe de saúde, tanto da ESF como do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, sobre a importância do acompanhante já no pré-natal colabora com a sua inserção:

Ah, o entendimento de todos da equipe de que o acompanhante deve estar, né? Que ele é bem-vindo, que se é bom que participe, isso também facilita bastante. [...] Não somente a partir de um só profissional da equipe. O principal seria isso: da percepção dos outros membros da equipe também que trabalham, né? (M8).

II - Dificuldades para inserção do acompanhante na atenção pré-natal

As dificuldades para inserção acompanhante referem-se ao desinteresse do acompanhante escolhido pela mulher e questões relacionadas ao trabalho e ao empregador (Quadro 2).

CATEGORIA	SUBCATEGORIAS
II - Dificuldades para inserção do acompanhante na atenção pré-natal	Falta de interesse de alguns acompanhantes O acompanhante não pode se ausentar ao trabalho Nem todos os profissionais reconhecem a importância do acompanhante

Quadro 2 – Categoria e subcategorias sobre as dificuldades para inserção do acompanhante na atenção pré-natal, Florianópolis, SC, 2014

O desinteresse do acompanhante em participar do pré-natal prejudica seu envolvimento e, conseqüentemente, interfere na qualidade do apoio à mulher na gestação:

Aquele pensamento um pouco ainda machista de que “isso é tarefa de mulher”. Percebo isso aqui. (E5)

[...] e a gente vê muitos companheiros e maridos que não tem o menor interesse. São gestações que ocorreram contra o planejamento, e a gente nota

que existe uma negação. E a pessoa não participa.(...) Mas a gente pode pensar que é desinteresse... sei lá, se há uma alguma contrariedade naquela gravidez, que entra naquela questão da falta de apoio, de sem interesse em apoiar nada. (M6)

O principal dificultador para a inserção e participação do acompanhante é a impossibilidade de se ausentar do trabalho, uma vez que os empregadores que não aceitam as declarações de comparecimento:

A maior dificuldade é a dispensa do trabalho. Né? Eles não vêm porque eles não podem faltar no trabalho. [...] Então eu acho que é maior dificuldade porque o que o lado financeiro fala muito alto. A maioria das pessoas, num dia de falta, um desconto do trabalho, faz diferença. (E9)

Muitas vezes o pai não vem por isso, eu acho que alguns até teriam vontade, só que não é qualquer trabalho que vai liberar o pai para vir, mesmo que a gente dê a declaração de comparecimento. Mas quando é trabalho assim, empresa privada é complicado. (E3)

[...] as gestantes falam, no caso dos maridos que trabalham na construção civil, é difícil o empregador aceitar o atestado médico. (M4)

Aliado a isso, os profissionais apontam que nem todos os profissionais tem a mesma opinião sobre a importância do acompanhante, o que pode gerar dificuldades na sua inserção, considerando-se que a atenção é partilhada pela equipe multiprofissional:

Acho que na consulta do profissional médico tenha mais resistência. [...] Eu acho que a nossa parte de enfermagem a gente sai com esse olhar assim pro acompanhante, mas eu acho que teria que ser mais incentivado pelos profissionais da saúde, por todos. Porque às vezes ela não passa pela consulta só com o enfermeiro, mas por um nutricionista, para pai participar também. (E3)

III - Estratégias para a inserção do acompanhante no pré-natal

As estratégias que podem contribuir para a inserção do acompanhante no pré-natal estão relacionadas com a orientação da gestante e de seu acompanhante sobre a sua participação, a divulgação e garantia do direito ao acompanhante no pré-natal, a realização do pré-natal masculino e a pactuação da equipe sobre a importância (Quadro 3).

CATEGORIA	SUBCATEGORIAS
III - Estratégias para a inserção do acompanhante no pré-natal	Orientar a gestante para que traga um acompanhante Convite ao acompanhante na sala de espera Envolvimento do acompanhante na consulta de pré-natal Divulgação do direito de ter um acompanhante no pré-natal A equipe de saúde deve reconhecer a importância do acompanhante Realização do pré-natal masculino Garantia do direito do acompanhante em acompanhar o pré-natal

Quadro 3 – Categoria e subcategorias sobre as estratégias que podem contribuir com a inserção do acompanhante no pré-natal, Florianópolis, SC, 2014

A divulgação do direito da mulher de ter um acompanhante no pré-natal é estratégia mais frequentemente citada pelos profissionais. O convite feito diretamente à gestante, para que traga um acompanhante, pode ser realizada nas consultas e no acolhimento, contribuindo para sua inserção:

A gente mesmo orienta, porque geralmente quando elas vêm da primeira consulta, elas vêm sozinhas, porque elas vêm trazer o beta e tal, e já faz a primeira consulta. E aí dessa consulta a gente orienta “olha, a gente vai fazer o pré-natal assim, uma consulta médica, uma consulta de enfermagem. É importante que se tu tiver um acompanhante que possa vir contigo, venha, para a gente estar orientando vocês dois”. Então na 2ª consulta, ou com o médico, ou com o enfermeiro, na próxima consulta, quando o acompanhante quer realmente estar com a paciente, ele já vem. (E2)

Mas talvez a gente precise melhorar nesse sentido de oferecer explicitamente essa possibilidade, ou na primeira consulta de pré-natal ou no acolhimento para atraso menstrual, de trazer o acompanhante para receber essas informações iniciais. (M1)

Por outro lado, o convite feito diretamente ao acompanhante da gestante, que aguarda na recepção, é uma estratégia que está condicionada à sua presença no serviço de saúde:

Quando eu percebo que a gestante está acompanhada, e que o companheiro fica na antessala, eu normalmente convido ele entrar, ou pergunto para ela se quer que o acompanhante adentre. (M7)

Aliado a isto, a utilização de outros meios de comunicação poderiam ser adotados como estratégias de divulgação da possibilidade da mulher trazer um acompanhante no pré-natal:

Acho que uma outra maneira, que a gente tem as formas de divulgar as atividades da unidade de saúde, seja por blog ou informativo impresso, e associar essa informação [...] (M1)

O envolvimento do acompanhante nos procedimentos no pré-natal contribui para sua participação ativa:

Aí eu sempre coloco [no prontuário de] pré-natal o nome da pessoa, “B”, acompanhante, sempre coloco. Aí depois vou corrigir o que eu escrevi [...] eu leio tudo e eles [acompanhantes] gostam de ver que eu botei o nome. (E7)

Além do convite, uma vez que há a presença, fazer que ele participe do processo. Faço ele apalpar a criança, participar das descobertas, da discussão, dos resultados de exames, envolver em todo o processo, porque trazer ele, botar ele para assistir somente, não é cativante. (M7)

O oferecimento do pré-natal masculino também é citada como uma estratégia que pode promover a inserção do parceiro da gestante, incentivando os homens a cuidarem de sua saúde e também a participarem do pré-natal da mulher:

Ah, outra coisa também, porque acho que eles nesse processo eles tão ali acompanhando, tão ali do lado, mas se fosse o pré-natal para eles também. [...] Fazer histórico, exame físico, para ver se tem algum fator de risco associado, dependendo da idade se tem sobrepeso, obesidade, pede algum tipo de exame. Se não, caso não tenha, tá tudo normal, pode oferecer as sorologias, por exemplo, né? Mas talvez isso, de oferecer algo mais para eles, no cuidado deles. (E7)

A sensibilização dos empregadores e a elaboração de políticas públicas que garantam o direito do acompanhante em estar junto à mulher no pré-natal, sem prejuízo para o empregado, também é apontada como uma estratégia necessária para que se possa garantir o direito do acompanhante estar com a gestante no pré-natal:

Bom... como o grande problema, na maior parte dos casos, é de trabalho, seria interferir nesse processo, né... Mas eu acho que as empresas aceitem a declaração de comparecimento, não dificultar esse contato. (M4)

Acho que isso aí podia passar como normativa mesmo, legislação, uma coisa garantindo a presença, sem prejuízo ao trabalhador, do homem ou da companheira. Enfim, a gente tem que pensar nos vários mosaicos de famílias que tem, que acompanha, facilitar mais, de lei e de emprego, leis trabalhistas [...] (E6)

DISCUSSÃO

Os profissionais de saúde apontaram diversos aspectos facilitadores para a inserção do acompanhante no pré-natal. A disponibilidade de horários flexíveis para marcação de consultas possibilita que a mulher possa ir ao serviço em um momento que seja mais conveniente para seu acompanhante. Estudo mostrou que a

facilidade no agendamento das consultas contribui para a maior satisfação do acompanhante com a atenção pré-natal e o serviço público, mas que nem sempre é possível o acompanhamento dos pais, apesar do atendimento às gestantes ser prioritário (FIGUEIREDO; MARQUES, 2010).

A existência do período noturno nos serviços de saúde poderia contribuir para a inserção e presença do acompanhante, uma vez que não coincidiria com o turno de trabalho da maior parte dos trabalhadores. Entretanto, esta não é a realidade da maior parte dos CS de Florianópolis, e a ampliação do horário do funcionamento dos serviços dependeria da análise das necessidades de saúde e das características sociodemográficas da população.

Estudos mostram que o trabalho remunerado do acompanhante é um fator que dificulta a sua participação, uma vez que o horário das consultas acontece no período comercial, não favorecendo, em especial, a inclusão paterna (SILVA et al, 2013; ZAMPIERI et al., 2012; DAVI et al., 2011; FIGUEIREDO, MARQUES, 2011; OLIVEIRA et al., 2009). A sociedade e o mercado de trabalho não incentivam a participação do pai trabalhador, uma vez que a sua falta ao trabalho para dar assistência à sua mulher e filho no pré-natal não é justificada. O entendimento cultural é que quem precisa de cuidados é a mulher grávida (SILVA et al, 2013; OLIVEIRA et al., 2009). Além disso, com a perspectiva da chegada de mais um membro na família, o trabalho tende a ser ainda mais valorizado pelo homem, devido ao seu papel de provedor e chefe de família, relacionados à construção social de masculinidade e ao aumento de responsabilidades (SILVA et al., 2013; FREITAS et al., 2009; PICCININI et al., 2004).

Embora as políticas públicas de atenção à saúde da mulher reconheçam a importância e o direito ao acompanhante no pré-natal, independente de ser ou não o pai do bebê e/ou companheiro (BRASIL, 2008; 2010; 2011; 2013a), os empregadores dificultam a sua dispensa, não aceitando a declaração de comparecimento fornecida pelos serviços. Inclusive o atestado médico, utilizado como estratégia por alguns profissionais, não é aceito por alguns empregadores. E quando aceitos, a instabilidade no trabalho e o medo de perder o emprego dificultam a presença do acompanhante no pré-natal (PICCININI et al., 2004). Até mesmo a dispensa para acompanhar a gestante, embora previsto como um direito, pode ser motivo para demissão (CAVALCANTE, 2007).

Considera-se que um dos principais aspectos que poderia garantir o direito do acompanhante em participar do pré-natal, tendo em vista as barreiras das relações de trabalho, é a articulação intersetorial entre o

Ministério da Saúde e o Ministério do Trabalho. A resistência dos empregadores em aceitar que o trabalhador se ausente para acompanhar a mulher no pré-natal poderia ser dirimida ao se realizar ações governamentais, como a proposição de Leis e o desenvolvimento de campanhas nacionais, garantindo-se os direitos à saúde integral previstos na constituição (BERBEL; RIGOLIN, 2011). O projeto de Lei 5656, de 2013 (AMIN, 2013), em tramitação no Congresso Nacional, que acrescenta no texto da Lei do Acompanhante (BRASIL, 2005) o direito ao acompanhante também durante a atenção pré-natal, pode vir a contribuir com esta lacuna, amparando legalmente o acompanhante para que possa estar junto à gestante no pré-natal.

O interesse do acompanhante em estar no pré-natal é impulsionado pela disponibilidade de tempo (ZAMPIERI et al., 2012). No futuro pai, o compromisso com a mulher e com o bebê e sua consciência sobre a responsabilidade no acompanhamento da gestação estimulam sua participação (FIGUEIREDO; MARQUES, 2010). O envolvimento do pai na gestação pode ser compreendido através da sua participação em atividades relativas às gestantes e aos preparativos para a chegada do bebê, do apoio emocional proporcionado à mãe, da busca de contato com o bebê, bem como das preocupações e ansiedades destes pais (PICCININI et al., 2004). A participação paterna na gestação também denota uma transformação dos papéis parentais, onde o homem sente-se parte do processo e começa a partilhar os cuidados com o filho ainda na gestação, refletindo na qualidade de vida do casal (SILVA et al., 2012).

A percepção dos profissionais é de que a falta do interesse de alguns acompanhantes parece estar associada com a forma como eles se relacionam com a gestação e com a mulher. A resposta afetiva se manifesta em sentimentos de exclusão e inutilidade, bem como a fuga acerca da preparação para a chegada do filho (OLIVEIRA et al., 2009). A falta de preocupação do homem com a gestante e a gravidez também pode alimentar a desarmonia conjugal, visto as divergências das expectativas do homem e da mulher sobre a gestação e a conjugalidade (SILVA; BRITO, 2010). Este distanciamento durante a gravidez pode também manter-se até mesmo após o parto (SILVA et al., 2012).

É importante refletir se a pessoa escolhida pela mulher para ser seu acompanhante no pré-natal tem interesse em participar e se ela poderá prover o apoio que ela deseja. O respeito à autonomia também se depara com o reconhecimento do contexto cultural e social dos acompanhantes, que pode não querer acompanhar a mulher. Neste contexto, os profissionais de saúde devem buscar compreender os

motivos que determinam ou não esta participação, e buscar outras possibilidades de apoio.

Ainda, o desinteresse dos homens e participar das consultas também pode ser decorrente da falta de incentivo da gestante e dos serviços de saúde, uma vez que, durante as consultas, os profissionais de saúde focam sua atenção na mulher, não permitindo que o pai participe e interaja neste momento (SILVA et al., 2013). A maioria dos pais tem interesse em participar do pré-natal, mas se sente frustrada quando é negado o direito de participação. O “desinteresse”, por sua vez, daqueles que não gostariam de acompanhar o pré-natal, está relacionado com o receio de não ser bem acolhido pela equipe de saúde, de não entender as orientações, o não abono da falta em seu serviço, e o medo de participar do momento do parto (DUARTE, 2007).

Os pais que aguardam na sala de espera geralmente tem interesse em acompanhar as consultas, mas acabavam não sendo convidados pelos profissionais, uma vez que isto não faz parte da rotina dos serviços (OLIVEIRA et al., 2009). No entanto, nem sempre o acompanhante está com a gestante nos serviços de saúde, devendo-se utilizar outras estratégias para estimular sua presença.

A mulher também tem um papel fundamental na inserção do acompanhante e estímulo à participação nas consultas e práticas educativas. Mas para isso, é importante que os profissionais orientem a mulher (ZAMPIERI et al., 2012; OLIVEIRA et al., 2009).

A atuação dos agentes comunitários de saúde (ACS) também é apontada como uma possibilidade importante, uma vez que nas visitas domiciliares é possível comunicar a gestante para que leve um acompanhante de sua escolha às consultas. O fato dos ACS circularem com frequência na comunidade, onde a família vive, facilita o acolhimento e a formação de vínculo com os usuários, bem como divulgação de informações e o acompanhamento das famílias sob sua responsabilidade (BRASIL, 2011b).

O Conselho Local de Saúde se mostra como um facilitador na divulgação das ações de saúde desenvolvidas em alguns CS, sobretudo quando os membros que o compõe são atuantes e apoiam os serviços na identificação das necessidades de saúde da comunidade e divulgação de informações.

O envolvimento e participação do acompanhante nos procedimentos durante a consulta é também uma forma de reconhecer e estimular sua presença (FIGUEIREDO; MARQUES, 2011), o que pode contribuir para sua responsabilização pela mulher e pela gestação, fazendo-o sentir-se valorizado pelos profissionais de saúde. A realização

do pré-natal masculino (BRASIL, 2010), com o oferecimento de ações de saúde específicas às necessidades do homem, também pode ser uma estratégia que favoreça a presença dos homens no pré-natal. Para isso, é necessário que esta prática esteja prevista nas ações de saúde oferecidas pelos profissionais da AB e que esteja regulamentado por protocolos assistenciais, a exemplo do que existe em outras ações programáticas prioritárias na saúde da mulher.

Para que isso ocorra, é importante que os profissionais de saúde entendam que o cuidado pré-natal também deva ser centrado na família (BRASIL, 2013a). O trabalho em equipe representa um dos principais pilares para a assistência integral à saúde; assim, é necessário que o trabalho em equipe seja norteado por um processo assistencial comum e que os profissionais desenvolvam uma ação de interação entre si e com a comunidade (VIEGAS; FONSECA; PENNA, 2013). Desta forma, é essencial que todos os membros da equipe de saúde entendam a importância do acompanhante no pré-natal e estimulem sua presença e participação. Destaca-se o que o enfermeiro, como integrante da equipe de saúde e um dos responsáveis pela realização do pré-natal na rede básica de saúde, deve proporcionar o acolhimento do pai na unidade para que possa integrar-se no processo gestacional (FIGUEIREDO; MARQUES, 2011).

O vínculo dos usuários com o serviço de saúde também é um facilitador para a inserção do acompanhante. Neste sentido, a AB é um espaço privilegiado, pois o processo de trabalho possibilita a aproximação dos profissionais de saúde com os usuários, contextualizando as práticas de produção de saúde em seu ambiente familiar e comunitário. A família entendida como o foco do cuidado, onde todos os membros são responsáveis pelo cuidado de si (BRASIL, 2012).

A divulgação da possibilidade da gestante de ter um acompanhante no pré-natal contribui para que os usuários se empoderem e exerçam sua cidadania ao reivindicar esse direito. Muitos pais, por exemplo, desconhecem seu direito de acompanhar a gestante na consulta pré-natal (OLIVEIRA et al., 2009).

Os profissionais apontam possibilidades que podem ser realizadas em nível local e que podem ser idealizadas por meio da criação de instrumentos, contextualizados à realidade da comunidade, e que possam contribuir para a divulgação dos direitos dos usuários sobre o acompanhamento no pré-natal. Estratégias como a divulgação por meio de *folders*, *webbloggers*, informativos eletrônicos, campanhas na

comunidade e o reforço informacional por intermédio dos agentes comunitários são de governabilidade dos serviços de saúde.

Os profissionais de saúde são responsáveis por esclarecer os usuários, e os gestores devem propiciar condições para o estabelecimento de uma cultura institucional de informação e comunicação que considere as especificidades e as peculiaridades da população (ZAMPIERI et al., 2010).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A maioria dos aspectos facilitadores para inserção do acompanhante no pré-natal é de governabilidade dos serviços e profissionais de saúde. A vinculação do usuário ao CS, a atuação dos ACS, o apoio do Conselho Local e Saúde, a divulgação em nível local do direito ao acompanhante no pré-natal, o convite e o estímulo da equipe à sua presença e participação do acompanhante são estratégias exequíveis, podendo ser realizadas em nível local. A efetivação do pré-natal masculino, com ações que viabilizem a contínua presença do homem nas atividades do pré-natal direcionadas à mulher, também pode contribuir para a inserção e permanência.

Os principais obstáculos para participação do acompanhante no pré-natal estão relacionados às dificuldades de se ausentar do trabalho, requerendo a articulação intersectorial, de forma que os empregadores facilitem a saída do acompanhante, sem prejuízo financeiro. Embora o direito do acompanhante de estar junto à gestante no pré-natal esteja previsto nas atuais políticas públicas de atenção à saúde da mulher, a ausência de amparo legal leva ao entendimento de que este seja uma recomendação, que pode ou não ser atendida pelos empregadores. Cabe destacar também que, nestes casos, não se observa um movimento por parte dos profissionais para incluírem outro acompanhante de escolha de mulher para fornecer o apoio que ela necessita.

Recomenda-se a realização de outras investigações que avaliem a participação de outros acompanhantes que não sejam o pai do bebê e/ou companheiro(a) da mulher, uma vez as famílias, atualmente, estão assumindo várias configurações, além da nuclear. Também há de se considerar que nem sempre esses são os escolhidos pela mulher, apesar dos estudos publicados sobre o acompanhante no pré-natal ainda focarem apenas estes sujeitos como provedores de apoio na gestação.

REFERÊNCIAS

AMIN, E. **Projeto de Lei da Câmara n. 5656, de 2013**. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que "dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências", com a redação dada pela Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005.

Disponível em:

<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=578625>. Acesso em: 02 jan. 2014.

BARDIN, L.. **Análise de conteúdo**. 5. ed. Lisboa: Edições 70, 2011.

BENAZZI, A. S. T.; LIMA, A. B. S.; SOUZA, A. P. Pré-natal masculino: um novo olhar sobre a presença do homem. **R. Pol. Públ.** São Luís, v. 14, n. 2, p. 327-333, jul./dez. 2011.

BERBEL, D. B.; RIGOLIN, C. C. D. Educação e promoção da saúde no Brasil através de campanhas públicas. **RBCT**. São Carlos, v. 2, n. 1, p. 25-38, jan./jun. 2011.

BRASIL. Decreto nº 94.406 de 08 de junho de 1987. Dispõe sobre o exercício da enfermagem e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: Brasília (DF), 8 jun. 1987. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1980-1989/d94406.htm. Acesso em: 17 jan. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Programa de humanização no pré-natal e nascimento**: informações para gestores e técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Lei n. 11.108. de 7 de abril de 2005. Altera a Lei n. 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**: Brasília (DF), 8 abr. 2005, seção 1:1.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Manual técnico pré-natal e puerpério**: atenção qualificada e humanizada. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde do Homem. **Política nacional de atenção integral à saúde do homem**. Brasília, 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Ministério da saúde incentiva pais a fazerem pré-natal masculino**, 2010. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/noticias/arquivos/2010/09/13/ministerio-da-saude-incentiva-pais-a-fazerem-o-prenatal-masculino>>. Acesso em: 03 abr. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Manual prático para implementação da Rede Cegonha**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. Disponível em: http://www.saude.pi.gov.br/ckeditor_assets/attachments/138/DOCUMENTOS_REDE_CEGONHA.pdf . Acesso em: 08 jan 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família – ESF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS. **Diário Oficial da União**: Brasília (DF), 24 out. 2011b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**, 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**: Brasília (DF), 13 jun. 2013b, seção 1, p. 59.

CAVALCANTE, M. A. A.. **A experiência do homem como acompanhante no cuidado pré-natal**. 2007. 153 f. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem

da Universidade de São Paulo, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

DAB (Departamento de Atenção Básica). **Histórico de cobertura da Saúde da Família**. Disponível em:

http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php. Acesso em: 11 nov. 2014.

DAVI, M. T. G. et al. Companion's participation during prenatal care: challenge for nursing. **J Nurs UFPE**. Recife, v. 6, n. 9, p. 2077-2082, nov. 2011.

DUARTE, G. Extensão da assistência pré-natal ao parceiro como estratégia de aumento da adesão ao pré-natal e redução da transmissão vertical de infecções. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 29, n. 4, p. 171-174, 2007.

FIGUEIREDO, M. G. A. V. de.; MARQUES, A. C. Pré-natal: experiências vivenciadas pelo pai. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, n. 16, v. 5, p. 708-713, out./dez. 2011.

FLORIANÓPOLIS. Prefeitura Municipal de Florianópolis. **Secretaria Municipal de Saúde**. Disponível em:

<http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php?pagina=home&menu=0>. Acesso em: 06 de junho de 2014.

FONTANELLA, B. J. B. et al. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, n. 27, v. 2, p. 389-394, fev. 2011.

FRANCESCHINI, D. T. B.; BONILHA, A. L. de L. **O acompanhante de parto no Centro Obstétrico de um hospital universitário**. 2009. 50 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre (RS), 2009.

FREITAS, W. de M. F. e. Paternidade: responsabilidade social do homem no papel de provedor. **Rev. Saúde Públ.**, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 85-90, fev. 2009.

FRIESE, S. **Qualitative data analysis with ATLAS.ti**. London: Sage; 2012.

GUZZO, G. M. **Conhecendo os pais que acompanham o nascimento dos seus filhos**: quem são e o que pensam sobre sua participação no parto. 2008. 41 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Curso de Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre (RS): Universidade do Rio Grande do Sul; 2008.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). **Cidades**. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br>. Acesso em: 11 nov. 2014.

LESSA, R.; DA ROSA, A. H. V. Enfermagem e acolhimento: a importância da interação dialógica no pré-natal. **R. Pesq.: Cuid. Fundam.** Rio de Janeiro, v. 2, n. 3, p. 1105-1110, jul./set. 2010.

LÍBERA, B. D. et al . Avaliação da assistência pré-natal na perspectiva de puérperas e profissionais de saúde. **Ciênc. Saúde Colet.** Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4855-4864, dez. 2011.

MILLAN, A. S.; BARLOW, J.; REDSHAW, M. **Birth and beyond**: a review of the evidence about antenatal education. Warwick Infant and Family Wellbeing Unit, Warwick Medical School, University of Warwick , 2009, 112 p.

OLIVEIRA, S. C. de et al. A participação do homem/pai no acompanhamento da assistência pré-natal. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 14, n. 1, p. 73-78, jan./mar. 2009.

PAULA, A. O.; SARTORI, A. L.; MARTINS, C. A. Aleitamento materno: orientações, conhecimento e participação do pai nesse processo. **Rev. Eletr. Enf.**, Goiânia, n. 12, v. 3, p. 464-470, 2010.

PICCININI, C. A. et al. O envolvimento paterno durante a gestação. **Psicol. Refl. Crít.**, Porto Alegre, v. 17, n. 5, p. 303-314, 2004.

PICCININI, C. A. et al. Percepções e sentimentos de gestantes sobre o pré-natal. **Psiq.: Teor. e Pesq.** Brasília, v. 28, n. 1, p. 27-33, jan./mar. 2012.

PLANTIN, L.; OLUKOYA, A. A.; NY, P. Positive health outcomes of fathers' involvement in pregnancy and childbirth paternal support: a scope study literature review. **Fathering**, v. 9, n. 1, p. 87-102, mar. 2011.

REDSHAW, M.; HENDERSON, J. Fathers' engagement in pregnancy and childbirth: evidence from a national survey. **BMC Pregnancy Childbirth**. London, v. 13, n. 70, p. 1-15, mar. 2013.

RUBIN, J.; RUBIN, S. **Qualitative interviewing**: the art of hearing data. 3a ed. Thousand Oaks: SAGE Publications, 2011.

SCOTT, J. A. et al. Factors associated with breastfeeding at discharge and duration of breastfeeding. **J. Paediatr. Child. Health**, New York, v. 37, n. 3, 254-261, 2005.

SILVA, E. L. C. da et al. Paternidade em tempos de mudança: uma breve revisão de literatura. **Rev. Pesq. Saúde.**, São Luís, v. 13, n. 2, p. 54-59, maio/ago. 2012.

SILVA, F. C. B. da; BRITO, R. S. de. Percepção de gestantes acerca das atitudes do companheiro diante da sua ausência no pré-natal. **Rev. RENE**. Fortaleza, v. 11, n. 3, p. 95-102, jul./set. 2010.

SILVA, M. M. de J. et al. O envolvimento paterno na gestação sob o olhar de gênero. **Rev. Enferm. UFPE on line.**, Recife, v. 7, n. 5, p. 1276-1381, maio 2013.

SILVA, M. R.; PICCININI, C. A. Sentimento sobre a paternidade e o envolvimento paterno: um estudo qualitativo. **Estud. Psicol.** Campinas, v. 24, n. 4, p. 561-573, out./dez. 2007.

SONY. **Sony Sound Forge**: digital áudio editor. Version 9.0. [S.l.]: Sony, 2008. CD-ROM.

VIEGAS, S. M. da FONSECA; PENNA, C. M. de M. A construção da integralidade no trabalho cotidiano da equipe saúde da família. **Esc. Anna Nery**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 133-141, jan./mar. 2013.

ZAMPIERI, M. de F. M. et al. Processo educativo com gestantes e casais grávidos: possibilidade para transformação e reflexão da realidade. **Texto-contexto Enferm.**, Florianópolis, n. 18, v. 4, p. 719-727, out./dez. 2010.

ZAMPIERI, M. de F. M. et al. O significado de ser pai na ótica de casais grávidos: limitações e facilidades. **Rev. Eletr. Enf.** Goiânia, v. 14, n. 3, p. 483-493, jul./set. 2012. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v14/n3/pdf/v14n3a04.pdf. Acesso em: 12 dez 2014.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A inserção da rede de apoio da gestante é uma prática que está prevista nas atuais políticas públicas, e que pode contribuir para a humanização e integralidade da assistência pré-natal, uma vez que reconhece o contexto da mulher como um elemento importante na Promoção da Saúde. Além disso, a presença e participação do acompanhante no pré-natal pode repercutir positivamente para o desenvolvimento da gravidez, do bem-estar da mulher e do bebê, no parto e nascimento, bem como nos cuidados com o recém-nascido e amamentação. Diante disso, os profissionais de saúde tem papel fundamental em estimular e promover sua presença no pré-natal.

A participação do acompanhante no pré-natal é vista como positiva pelos enfermeiros e médicos participantes que atuam na AB de Florianópolis, não sendo revelada nenhuma restrição quanto à sua presença pelos profissionais de saúde, embora sua presença gere alguns desafios na realização das práticas assistenciais, geralmente contornáveis pela atuação profissional.

A presença do acompanhante pode promover o vínculo da gestante com o serviço, bem como a aderência das práticas de saúde necessárias para o bem estar materno e fetal. Isto requer a elaboração de estratégias que facilitem a sua inserção e que instrumentalizem o acompanhante para que ele possa apoiar a mulher no contexto comunitário e familiar.

A experiência dos profissionais mostra que a participação do acompanhante na atenção pré-natal ainda é pequena, concentrando-se nas consultas. Quando presente, o acompanhante é do sexo masculino, e está mais frequentemente com as primigestas. A dinâmica dos serviços na atenção básica, que geralmente acolhem o acompanhante dos usuários em outros procedimentos, facilita a inserção do acompanhante. Entretanto, na atenção pré-natal não é incomum que as gestantes aguardem a autorização do profissional para que possam trazer alguém às consultas, revelando que a inserção do acompanhante é percebida como uma decisão profissional e não como um direito garantido pelas políticas públicas de saúde.

Os enfermeiros e médicos relatam que a curiosidade sobre a gestação e as expectativas familiares quanto à chegada do bebê motivam a participação do acompanhante no pré-natal no primeiro trimestre.

Muitos dos aspectos facilitadores para inserção do acompanhante no pré-natal são de governabilidade dos serviços e profissionais de saúde. A realização de estratégias em nível local, como a vinculação do

usuário ao CS, a atuação dos ACS, o apoio do Conselho Local e Saúde, a divulgação do direito ao acompanhante no pré-natal, o convite e o estímulo da equipe à sua presença e participação do acompanhante, são de governabilidade dos profissionais de saúde e serviços.

Os coordenadores dos CS e os gestores municipais tem importante papel no apoio e estímulo de iniciativas que contribuam para a inserção e permanência do acompanhante nas atividades de pré-natal. Além disso, é necessário que estes atores promovam a educação permanente dos profissionais, sensibilizando-os para a inserção do acompanhante e estimulando a elaboração de estratégias locais que promovam sua presença no pré-natal.

Os principais obstáculos para participação do acompanhante no pré-natal estão relacionados às dificuldades de se ausentar do trabalho, requerendo a articulação intersetorial, de forma que os empregadores facilitem a saída do acompanhante, sem prejuízo financeiro.

O acompanhante, sobretudo quando é o pai do bebê, se depara com estas dificuldades relacionadas à ocupação laboral. Os homens, por serem os principais provedores do lar, não podem se ausentar do trabalho e arriscar o sustento da família. Esta dificuldade reflete o fato de que a gestação, culturalmente, é percebida como algo exclusivo da mulher, restringindo a presença do pai no acompanhamento junto à mulher e o acompanhamento da assistência pré-natal.

Embora o direito do acompanhante de estar junto à gestante no pré-natal esteja previsto nas atuais políticas públicas de atenção à saúde da mulher, a ausência de amparo legal leva ao entendimento de que este seja uma recomendação, que pode ou não ser atendida pelos empregadores. Os resultados deste estudo também fortalecem a necessidade de uma legislação específica, que legitime não somente o direito da mulher a ter um acompanhante de sua escolha, mas que também facilite a inserção e participação do mesmo na atenção pré-natal.

Desta forma, é imprescindível que sejam realizadas ações entre os setores de trabalho e saúde para que possa ser facilitado o acesso e permanência do acompanhante no pré-natal, sem prejuízo para o trabalhador. Outras ações, como a efetivação do pré-natal masculino nos CS, com ações que viabilizem a contínua presença do homem nas atividades do pré-natal direcionadas à mulher, também pode contribuir para a inserção e permanência.

É importante destacar que a pessoa que será o acompanhante da mulher no pré-natal poderá ser qualquer pessoa que ela escolha. Entretanto, os estudos publicados ainda enfocam o pai como o provedor

de apoio na gestação. Em alguns momentos, isto revelou ser um dificultador para a discussão de algumas categorias dos resultados, pois os profissionais informaram que, além dos pais, outros membros da rede social da mulher também estão presentes no pré-natal. É preciso que os estudos científicos sobre a temática também abarque estes outros sujeitos, que exercem a função de apoiadores da gestante nas configurações familiares contemporâneas. Neste sentido, a temática do acompanhante e do apoio no pré-natal apresenta um vasto campo investigativo para a pesquisa na área obstétrica, uma vez que os estudos ainda priorizam o acompanhante no centro obstétrico.

Quanto à construção da dissertação, este foi um processo de grande aprendizado, pois neste período foi possível exercitar todas as etapas para realização de um estudo científico, desde a concepção do projeto de pesquisa até sua conclusão. O mestrado é um momento para que o investigador possa exercitar o espírito investigativo e o rigor científicos, ao mesmo tempo em que o processo de pesquisa engendra a formulação de novos questionamentos. Também, a realização desta pesquisa gera uma satisfação tanto pessoal quanto acadêmica, já que a temática do acompanhante no pré-natal na ótica dos profissionais de saúde surgiu ainda na graduação em Enfermagem.

Por fim, espera-se, que este estudo possa contribuir para a organização e humanização da assistência, fornecendo subsídios para a prática dos profissionais de saúde e elaboração de estratégias por gestores, formuladores de políticas públicas e legisladores, que favoreçam a inserção e permanência do acompanhante no pré-natal, contribuindo também para a qualidade da assistência pré-natal realizada na AB de saúde.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, C. A. L. de.; TANAKA, O. Y. Perspectiva das mulheres na avaliação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento.

Rev. Saúde Públ., São Paulo v. 43, n. 1, p. 98-104, fev. 2009.

AMIN, E. **Projeto de Lei da Câmara n. 5656, de 2013**. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que "dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências", com a redação dada pela Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005.

Disponível em:

<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=578625>. Acesso em: 02 jan. 2014.

ANDREUCCI, C. B. et al.. Sisprenatal como instrumento de avaliação da qualidade da assistência à gestante. **Rev. Saúde Públ.**, São Paulo, v. 45, n. 5, out./nov. 2011.

ANDREUCCI, C. B.; CECATTI, J. G. Desempenho de indicadores de processo do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no Brasil: uma revisão sistemática. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 6, p. 1053-1064, jun 2011.

BARDIN, L.. **Análise de conteúdo**. 5. ed. Lisboa: Edições 70, 2011.

BASSO, C. G.; NEVES, E. T.; SILVEIRA, A. da. Associação entre a realização de pré-natal e morbidade neonatal. **Texto-contexto Enferm.**, Florianópolis, n. 21, v2, p. 269-276, abr./jun. 2012.

BENAZZI, A. S. T.; LIMA, A. B. S.; SOUZA, A. P. Pré-natal masculino: um novo olhar sobre a presença do homem. **R. Pol. Públ.** São Luís, v. 14, n. 2, p. 327-333, jul./dez. 2011.

BRANCO, V. M. C. et al. **Unidade de saúde parceira do pai**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde, 2009.

BRASIL. Decreto nº 94.406 de 08 de junho de 1987. Dispõe sobre o exercício da enfermagem e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: Brasília (DF), 8 jun. 1987. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1980-1989/d94406.htm. Acesso em: 17 jan. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Programa de humanização no pré-natal e nascimento**: informações para gestores e técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. **Programa humanização do parto**: humanização no pré-natal e nascimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal**. Brasília, 2004a. Disponível em: <dtr2002.saude.gov.br/.../Pacto%20Aprovado%20na%20Tripartite.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher**: plano e ação 2004-2007. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: política nacional de humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS, Brasília: Ministério da Saúde, 2004c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: política nacional de humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004d.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1067, de 4 de julho de 2005. Institui a política nacional de atenção obstétrica e neonatal. Brasília, 2005a. **Diário Oficial da União**: Brasília (DF), 6 jul. 2005a.

_____. Lei n. 11.108. de 7 de abril de 2005. Altera a Lei n. 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**: Brasília (DF), 8 abr. 2005b, seção 1:1.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Manual técnico pré-natal e puerpério**: atenção qualificada e humanizada. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Coordenação de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais para os pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

_____. 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. **Rev. Saúde Públ.** São Paulo, v. 42, n. 2, p. 383-387, abr. 2008a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde do Homem. **Política nacional de atenção integral à saúde do homem**. Brasília, 2008b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **I Conferência Internacional de Monitoramento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio no Setor de Saúde**: rumo ao alcance das metas de 2015. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

_____. Ministério da Saúde. **Ministério da saúde incentiva pais a fazerem pré-natal masculino**. 2010b. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/noticias/arquivos/2010/09/13/ministerio-da-saude-incentiva-pais-a-fazerem-o-prenatal-masculino>>. Acesso em: 03 abr. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Manual prático para implementação da Rede Cegonha**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. Disponível em:

http://www.saude.pi.gov.br/ckeditor_assets/attachments/138/DOCUMENTOS_REDE_CEGONHA.pdf . Acesso em: 08 jan 2014.

_____. Portaria nº 1.459/GM, 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União:** Brasília (DF), 24 jun. 2011b.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família – ESF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS. **Diário Oficial da União:** Brasília (DF), 24 out. 2011c.

_____. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ):** manual instrutivo (anexo) – ficha de qualificação dos indicadores. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2012a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco.** 1. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União:** Brasília (DF), 13 jun. 2013b, seção 1, p. 59.

BRÜGGEMANN, O. M.; OSIS, M. J. D.; PARPINELLI, M. A. Apoio no nascimento: percepções de profissionais e acompanhantes escolhidos pela mulher. **Rev. Saúde Públ.**, São Paulo, v. 41, p. 44-52, fev. 2007.

BRÜGGEMANN, O. M.; PARPINELLI, M. A.; OSIS, M. J. D. Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão de literatura. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 15, p. 1316-1327, set./out. 2005.

- CALDERON, I. de M. P.; CECATTI, J. G.; VEJA, C. E. P. Intervenções benéficas no pré-natal para prevenção da mortalidade materna. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 5, p. 3010-3015, maio 2006.
- CARVALHO, C. de M. et al. Orientações no pré-natal: o que deve ser trabalhado pelos profissionais de saúde e a realidade encontrada. **G & G.**, Brasília, v. 4, n. 2, p.110-123, 2013.
- CARVALHO, P. I. de et al. Fatores de risco para mortalidade neonatal em coorte hospitalar de nascidos vivos. **Epidemiol. Serv. Saúde**. Brasília, v. 16, n. 3, p. 185-194, jul./set., 2007.
- CLEMENTE, T. S. et al. A importância do pré-natal como ferramenta na prevenção da sífilis congênita: revisão bibliográfica. **Cadernos de Graduação - Ciências Biológicas e da Saúde Fits**, Maceió, v. 1, n.1, p. 33-42, nov. 2012.
- CORRÊA, A. C. de P. et al. Analysis of the prenatal care in Cuiabá-Mato Grosso according to SISPRENATAL data. **R. pesq.: cuid. fundam.**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 3740-3748, abr./jun. 2013.
- CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.
- DAB (Departamento de Atenção Básica). **Histórico de cobertura da Saúde da Família**. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php. Acesso em: 11 nov. 2014.
- DAVI, M. T. G. et al. Companion's participation during prenatal care: challenge for nursing. **J. Nurs. UFPE.**, Pernambuco, v. 6, n. 9, p. 2077-2082, nov. 2011.
- DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. **The Sage handbook of qualitative research**. 3a. ed. Thousand Oaks: SAGE Publications, 2005. Disponível em: <http://books.google.com.br/books?id=X85J8ipMpZEC&printsec=frontcover&hl=pt-BR#v=onepage&q&f=false>. Acesso em: 20 jan. 2014.
- DUARTE, G. Extensão da assistência pré-natal ao parceiro como estratégia de aumento da adesão ao pré-natal e redução da transmissão

vertical de infecções. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 4, p. 171-174, abr. 2007.

FARAH, M. F. S. Gênero e políticas públicas. **Rev. Est. Fem.**, Florianópolis, v. 12, n. 1. P. 48-71, jan./abr. 2004.

FEBRASGO (Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia). **Assistência pré-natal**: manual de orientação. 2a. ed. São Paulo: Ponto, 2006.

FIGUEIREDO, M. G. A. V. de.; MARQUES, A. C. Pré-natal: experiências vivenciadas pelo pai. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, n. 16, v. 5, p. 708-713, out./dez. 2011.

FIGUEIRÓ-FILHO, E. A. et al. Sífilis congênita como fator de assistência pré-natal no município de Campo Grande – MS. **J. Bras. Doenças Sex. Transm.**, Niterói, v. 19, n. 3-4, p. 139-143, 2007.

FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. Programa de Saúde da Mulher. **Protocolo de atenção integral à saúde da mulher**. Tubarão: Ed. Copiart, 2010.

_____. Prefeitura Municipal de Florianópolis. Secretaria de Saúde. **Programa Capital Criança**. Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php?cms=capital+crianca&menu=6>. Acesso em: 29 dez de 2013b.

_____. Prefeitura Municipal de Florianópolis. **Secretaria Municipal de Saúde**. Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php?pagina=home&menu=0>. Acesso em: 06 de junho de 2014.

FONTANELLA, B. J. B. et al. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, n. 27, v. 2, p. 389-394, fev. 2011.

FRANCESCHINI, D. T. B.; BONILHA, A. L. de L. **O acompanhante de parto no Centro Obstétrico de um hospital universitário**. 2009. 50 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio

Grande do Sul, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre (RS), 2009.

FRIESE, S. **Qualitative data analysis with ATLAS.ti**. London: Sage; 2012.

GIBBS, G. **Análise de dados qualitativos**. Porto Alegre: Bookman, 2009.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 2010.

GRANGEIRO, R. G.; DIÓGENES, M. A. R.; MOURA, E. R. F. Atenção Pré-Natal no Município de Quixadá-CE segundo indicadores de processo do SISPRENATAL. **Rev Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 105-111, mar. 2008.

GUZZO, G. M. **Conhecendo os pais que acompanham o nascimento dos seus filhos: quem são e o que pensam sobre sua participação no parto**. 2008. 41 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Curso de Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre (RS): Universidade do Rio Grande do Sul, 2008.

HEIDEMANN, I. T. S. B. et al. Promoção à Saúde: trajetória histórica de suas concepções. **Texto-contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 15, n. 2, p.352-358, abr./jun. 2006.

HODNETT, E. D.; OSBORN, R. W. Effects of continuous intrapartum professional support on childbirth outcomes. **Res. Nurs. Health**, n. 12, p. 289-297, 1989.

HODNETT, E. D. et al. Continuous support for women during childbirth. Continuous support for women during childbirth. Cochrane Database of Systematic Reviews. In: **The Cochrane Library**, Issue 4, Art. No. C D003766. DOI: 10.1002/14651858.C D003766.pub3. IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). **Cidades**. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br>. Acesso em: 11 nov. 2014.

KILSZTAJN, S et al.. Assistência pré-natal, baixo peso e prematuridade no Estado de São Paulo, 2000. **Rev. Saúde Públ.**, São Paulo, v. 27, n. 3, p. 303-310, jun. 2003.

KING, G. et al. Social support processes and the adaptation of individuals with chronic disease. **Qual. Health Resear.** Newbury Park, v. 16, n. 7, p. 902-925, sep. 2006.

LAGE, M. C. Os softwares tipo CAQDAS e a sua contribuição para a pesquisa qualitativa em educação. **Educ. Tem. Dig.**, Campinas, v.12, n.2, p.42-58, jan./jun. 2011.

LEAL, M. do C. et al. Uso do índice de Kotelchuck modificado na avaliação da assistência pré-natal e sua relação com as características maternas e o peso do recém-nascido no Município do Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20 Supl. 1: S63-S72, 2004.

LESSA, R.; DA ROSA, A. H. V. Enfermagem e acolhimento: a importância da interação dialógica no pré-natal. **R. Pesq.: Cuid. Fundam.**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 3, p. 1105-1110, jul./set. 2010.

LÍBERA, B. D. et al. Avaliação da assistência pré-natal na perspectiva de puérperas e profissionais de saúde. **Ciênc. Saúde Colet.** Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4855-4864, dez. 2011.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas.** São Paulo: EPU, 1986.

MARCONI, M. de M.; LAKATOS, E. M. **Metodologia do trabalho científico.** São Paulo: Atlas, 2011.

MARTINS, J. S. de A. et al. A assistência de enfermagem no pré-natal: enfoque na estratégia da saúde da família. **Revista UNIABEU**, Belford Roxo, v. 5, n. 9, p. 278-288, jan./abr. 2012.

MEDEIROS, P. F.; GUARESCHI, N. M. de F. Políticas públicas de saúde da mulher: a integralidade em questão. **Rev. Est. Fem.**, Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 31-48, jan./abr. 2009.

MILLAN, A. S.; BARLOW, J.; REDSHAW, M. **Birth and beyond: a review of the evidence about antenatal education.** Warwick Infant and

Family Wellbeing Unit, Warwick Medical School, University of Warwick , 2009, 112 p.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12a ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Cad. Saude Publica**, Rio de Janeiro, n. 21, v. 3, p. 898-906, mai./jun. 2005.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C.. O território na promoção e vigilância em saúde. In: FONSECA, A. F.; CORBO, A. D. (Org.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007. p. 177-224. (Educação Profissional e Docência em saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde). Disponível em: http://www.retsus.fiocruz.br/upload/documentos/territorio_e_o_processo_2_livro_1.pdf#page=51. Acesso em: 20 jan. 2014.

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

PAULA, A. O.; SARTORI, A. L.; MARTINS, C. A. Aleitamento materno: orientações, conhecimento e participação do pai nesse processo. **Rev. Eletr. Enf.**, Goiânia, n. 12, v. 3, p. 464-470, 2010.

PAZ, L. S.; FENSTERSEIFER, L. M. Equipe de enfermagem e o acompanhante no parto em um hospital público de Porto Alegre. **Rev. Interdiscip.**, Teresina, v.4, n.1, p. 9-13, jan./mar. 2011.

PERDOMINI, F. R. I.; BONILHA, A. L. de L. A participação do pai como acompanhante da mulher no parto. **Texto-contexto Enferm.**, Florianópolis , v. 20, n. 3, p. 445-452, set. 2011.

PICCININI, C. A. et al. Percepções e sentimentos de gestantes sobre o pré-natal. **Psiq.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 28, n. 1, p. 27-33, jan./mar. 2012.

PLANTIN, L.; OLUKOYA, A. A.; NY, P. Positive health outcomes of fathers' involvement in pregnancy and childbirth paternal support: a scope study literature review. **Fathering**, v. 9, n. 1, p. 87-102, mar 2011.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7a. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

REDSHAW, M.; HENDERSON, J. Fathers' engagement in pregnancy and childbirth: evidence from a national survey. **BMC Pregnancy Childbirth**. London, v. 13, n. 70, p. 1-15, mar. 2013.

ROCHA, R. S.; SILVA, M. G. C. da. Assistência pré-natal na rede básica de Fortaleza-CE: uma avaliação da estrutura, do processo e do resultado. **Rev. Bras. Promoç. Saúde**. Fortaleza, n. 25, v. 3, p. 344-355, jul./set. 2012.

RODRIGUES, C. S.; GUIMARÃES, M. C. D., GRUPO NACIONAL DE ESTUDO SOBRE SÍFILIS CONGÊNITA. Positividade para sífilis em puérperas: ainda um desafio para o Brasil. **Rev. Panam. Salud Publica**, Washington, n. 16, v. 3, p. 168-175, set. 2004.

ROTHER, E. T. Revisão sistemática x revisão narrativa. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 5-6, abr./jun. 2007.

RUBIN, J.; RUBIN, S. **Qualitative interviewing**: the art of hearing data. 3a ed. Thousand Oaks: SAGE Publications, 2011.

SCHOEPS, D. et al. Fatores de risco para mortalidade neonatal precoce. **Rev. Saúde Públ.**, São Paulo, n. 41, v. 6, p. 1013-1022, dez. 2007.

SCOTT, J. A. et al. Factors associated with breastfeeding at discharge and duration of breastfeeding. **J. Paediatr. Child. Health**, New York, v. 37, n. 3, 254-261, 2005.

SERRUYA, S. J.; LAGO, T. de G. do; CECATTI, J. G. Avaliação preliminar do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento no Brasil. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 7, p. 517 - 525, ago. 2004.

SILVA, F. C. B. da; BRITO, R. S. de. Percepção de gestantes acerca das atitudes do companheiro diante da sua ausência no pré-natal. **Rev. RENE**, Fortaleza, v. 11, n. 3, p. 95-102, jul./set. 2010.

SILVA, M. R.; PICCININI, C. A. Sentimento sobre a paternidade e o envolvimento paterno: um estudo qualitativo. **Estud. Psicol.** Campinas, v. 24, n. 4, p. 561-573, out/dez 2007.

SIRAQUE, Vanderlei; PIETÁ, J. R. P. **Projeto de Lei da Câmara n. 5304, de 2013**. Altera as leis 8.080, de 19 de setembro de 1990 e 9.656, de 3 de junho de 1998. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=570365> Acesso em: 11 jan. 2015.

SONY. **Sony Sound Forge**: digital áudio editor. Version 9.0. [S.l.]: Sony, 2008. CD-ROM.

STUMM, K. E.; SANTOS, C. C. DOS.; RESSEL, L. B. Tendência de estudos acerca do cuidado pré-natal na enfermagem no Brasil. **Rev. Enferm. UFSM**, Santa Maria, v. 2., n. 1, p. 165-173, jan./abr. 2012.

TEIXEIRA C. F.; PAIM J. S.; VILLAS-BÔAS, A. L. SUS: modelos assistenciais e vigilância da saúde. **Inf. Epidemiol. SUS**, Brasília (DF), n. 7, v. 2, p. 7-28, abr./jun.1998.

TOMELERI, K. R. et al. Eu vi o meu filho nascer: vivência dos pais na sala de parto. **Rev. Gaúcha Enferm.** Porto Alegre, v. 28, n. 4, p. 497-504, dez. 2007.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1992.

VALLA, V. V. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. **Cad. Saúde Públ**, Rio de Janeiro, v. 15, Supl. 2, p. 7-14, 1995.

WHO (World Health Organization). **The World Health Report 2005: make every mother and child count**. Geneva: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, 2005.

ZAMPIERI, M. de F. M.; ERDMANN, A. L. Cuidado humanizado no pré-natal: um olhar para além das divergências e convergências. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.** Recife, v. 10, n. 3, p. 359-367, jul./set. 2010.

ZAMPIERI, M. de F. M. et al. Processo educativo com gestantes e casais grávidos: possibilidade para transformação e reflexão da realidade. **Texto-contexto Enferm.**, Florianópolis, n. 18, v. 4, p. 719-727, out./dez. 2010.

ZAMPIERI, M. de F. M. et al. O significado de ser pai na ótica de casais grávidos: limitações e facilidades. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet], Goiânia, n. 14, v. 4, p. 483-493, jul./set. 2012.

APÊNDICES

APÊNDICE A – ROTEIRO TEMÁTICO ENTREVISTA PROFISSIONAIS DA UNIDADE LOCAL DE SAÚDE

1. Caracterização do participante

Distrito Sanitário	
ULS	
Idade	
Sexo	
Categoria profissional	
Tempo de formado (anos)	
Especialização/pós-graduação/área	
Tempo de atuação na atenção básica	
Tempo de atuação no serviço (ULS)	
Tempo de atuação em obstetrícia/atenção pré-natal	

Percepção do profissional sobre o acompanhante no pré-natal

2. O que você pensa sobre a presença do acompanhante no pré-natal?
3. Como você percebe a inserção do acompanhante no pré-natal?
4. Qual você acha que deveria ser o papel do acompanhante junto à gestante?
5. Como você acha que o acompanhante pode apoiar a mulher na gestação? E no nascimento? E no puerpério?
6. Quem você acha que deveria ser o acompanhante da mulher no pré-natal?

Experiência com o acompanhante na atenção pré-natal

7. Você já teve experiência em realizar atividades no pré-natal com o acompanhante presente?
8. Se sim, como foi esta experiência?
9. O que você pode apontar de positivo desta experiência?
10. O que você pode apontar de negativo desta experiência?

11. Você tem experiência em realizar outras atividades no pré-natal com o acompanhante presente (grupos, visitas)? Como foi? O que pode apontar de positivo? E de negativo?
12. Quais acompanhantes você percebe que estão mais presentes durante as consultas? Por quê?
13. Em que trimestres do pré-natal você percebe maior presença do acompanhante? A que você atribui isso?
14. Você percebe maior presença do acompanhante em primigestas ou multigestas? A que você atribui isso?
15. As gestantes pedem para o acompanhante entrar nas consultas? Se não, o que é dito para elas?
16. E os acompanhantes pedem para acompanhar as gestantes durante as consultas? Se não, o que é dito para eles?

17. Se sim, como você acha que eles conseguem essa informação?

Vantagens e desvantagens da presença do acompanhante no pré-natal

18. O que você poderia relacionar como **vantagens para o profissional em ter** o acompanhante presente durante as consultas de pré-natal? E em não ter, você acha que tem alguma vantagem?
19. O que você poderia relacionar como **desvantagens para o profissional em ter** o acompanhante presente durante as consultas de pré-natal? E em não ter, você acha que tem alguma desvantagem?

20. O que você poderia relacionar como **vantagens para a gestante em ter** o acompanhante presente durante as consultas de pré-natal?
21. O que você poderia relacionar como **desvantagens para a gestante em ter** o acompanhante presente durante as consultas de pré-natal?
22. O que você poderia relacionar como **vantagens para a gestante em não ter** o acompanhante presente durante as consultas de pré-natal?
23. O que você poderia relacionar como **desvantagens para a gestante em não ter** o acompanhante presente durante as consultas de pré-natal?

24. O que você poderia relacionar como vantagens **para o acompanhante** estar junto à gestante durante as consultas de pré-natal?
25. O que você poderia relacionar como desvantagens **para o acompanhante** estar junto à gestante durante as consultas de pré-natal?

Estratégias para a inserção do acompanhante

26. Que facilidades você identifica para inserir o acompanhante nas consultas de pré-natal?
27. E quais dificuldades você identifica para inserir o acompanhante nas consultas de pré-natal?
28. Você utiliza alguma estratégia/ação para possibilitar a participação do acompanhante no pré-natal?
29. Que orientações são dadas **especificamente** ao acompanhante durante as consultas de pré-natal?

Perspectivas para a inserção do acompanhante na atenção pré-natal

30. O que você acha que poderia favorecer a inserção do acompanhante no pré-natal?

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: Participação do acompanhante durante a atenção pré-natal na ótica dos profissionais de saúde

Eu, _____,
RG _____, abaixo assinado(a), _____ (categoria
profissional) da Unidade Básica de Saúde
_____ (unidade onde está lotado) fui
informado(a) que está sendo realizada uma pesquisa com objetivo de
compreender a experiência dos profissionais de saúde, que realizam o
pré-natal na atenção básica, em inserir e promover a participação do
acompanhante durante a assistência prestada à gestante. Esta pesquisa
está inserida em um macroprojeto intitulado “A participação do
acompanhante de escolha da mulher no pré-natal, trabalho de parto e
parto, no sistema de saúde público e suplementar”.

A minha participação consistirá em aceitar ser entrevistado(a),
para que eu fale sobre a experiência de fazer o pré-natal com o
acompanhante presente, no nível da atenção básica no contexto do
Sistema Único de Saúde. Me farão perguntas sobre a participação do
acompanhante da gestante durante o pré-natal, as dificuldades e
facilidades de inserir o acompanhante, as orientações fornecidas ao
acompanhante e gestante, dentre outras perguntas relacionadas ao tema.

Assim, devo permitir que a entrevista seja gravada. Foi-me
garantido que as gravações serão destruídas ao término da pesquisa e
que todas as informações coletadas serão confidenciais e que minha
privacidade será respeitada, ou seja, meu nome ou qualquer outro dado
ou elemento que possa, de qualquer forma, me identificar, será mantido
em sigilo. Minha participação na pesquisa não me trará benefícios
diretos, embora os resultados desta pesquisa poderão contribuir para a
melhoria da assistência no pré-natal. Existe um risco mínimo de que eu
me sinta constrangido(a) em fornecer algumas informações. No entanto,
também fui informado(a) que tenho o direito de não responder a
qualquer pergunta sobre o tema, e em qualquer momento posso desistir
de participar desta pesquisa, sem precisar justificar, sem prejuízo algum
para mim. Estou ciente de que posso falar o que realmente penso, sem
que isso interfira na rotina de trabalho ou implique em algum ônus para
mim.

Enfim, tendo sido orientado(a) quanto ao teor de todo o aqui mencionado e compreendido a natureza e o objetivo deste estudo, manifesto meu livre consentimento em participar, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por minha participação. Para qualquer esclarecimento, poderei a qualquer momento procurar a Dr^a Odaléa Maria Brüggemann no Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) ou pelos telefones (48) 37219480 ou (48) 96161337, das 9 às 18 horas, ou a mestranda Erika Simas Ebsen pelo telefone (48) 32078492, ou contatar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina pelo telefone (48) 3721-9206 das 7 às 19 horas.

Florianópolis, _____ de _____ de 2014.

Assinatura do profissional de saúde: _____

Assinatura da pesquisadora: _____

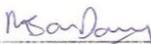
ANEXOS**ANEXO A – DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS**

Prefeitura de Florianópolis
Secretaria Municipal de Saúde
Comissão de Acompanhamento de Projetos de Pesquisa em Saúde

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e efeitos legais, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - CEPESH, e como representante legal da Instituição, tomei conhecimento do projeto de pesquisa: "A Participação de Acompanhante de Escolha da Mulher no Pre-Natal, Trabalho de Parto e Parto no Sistema de Saúde Público e Suplementar", da pesquisadora Profª Drª Odaléa Maria Bruggemann, e cumprirei os termos da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 e suas complementares, e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos, condicionando seu início à apresentação do parecer favorável do CEPESH.

Florianópolis, 26/12/2013



Maria Francisca dos Santos Daussy
Membro da Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em
Saúde / SMS / PMF

ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A PARTICIPAÇÃO DO ACOMPANHANTE DE ESCOLHA DA MULHER NO PRÉ-NATAL, TRABALHO DE PARTO E PARTO NO SISTEMA DE SAÚDE PÚBLICO E SUPLEMENTAR

Pesquisador: Odaléia Maria Bruggemann

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 25589614.3.0000.0121

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Patrocinador Principal: MINISTERIO DA CIENCIA, TECNOLOGIA E INOVACAO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 541.296

Data da Relatoria: 24/02/2014

Apresentação do Projeto:

" A PARTICIPAÇÃO DO ACOMPANHANTE DE ESCOLHA DA MULHER NO PRÉ-NATAL, TRABALHO DE PARTO E PARTO NO SISTEMA DE SAÚDE PÚBLICO E SUPLEMENTAR".

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo primário é avaliar a participação do acompanhante de escolha da mulher durante a assistência pré-natal, no trabalho de parto, parto e pós-parto imediato no sistema de saúde público e suplementar; conhecer a percepção dos profissionais de saúde sobre a sua participação no pré-natal e desvelar a experiência do acompanhante como provedor de apoio à mulher do pré-natal ao pós-parto nos serviços de saúde e no domicílio.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo as pesquisadoras os possíveis riscos dos acompanhantes é o constrangimento em fornecer algumas informações. Como benefícios este estudo possibilitará a obtenção de indicadores sobre como o acompanhante tem sido inserido nas maternidades que estão cumprido a legislação vigente. Isso é de extrema relevância, uma vez que não basta apenas permitir a presença do acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, é necessário que a sua participação seja planejada e estimulada já durante o pré-natal, que ele receba

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-900
UF: SC **Município:** FLORIANÓPOLIS
Telefone: (48)3721-9206 **Fax:** (48)3721-9696 **E-mail:** cep@relatoria.ufsc.br

ANEXO C – OFÍCIO DE APROVAÇÃO DA PESQUISA EMITIDO PELA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS



Prefeitura Municipal de Florianópolis
Secretaria Municipal de Saúde
Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde

OE 006/SMS/DFMSL/RH/IES/2014

Florianópolis, 27 de fevereiro de 2014

Prezada Senhora,

Cumprimentando-a, cordialmente, informamos que o Projeto de Pesquisa: “A PARTICIPAÇÃO DO ACOMPANHANTE DE ESCOLHA DA MULHER NO PRÉ-NATAL, TRABALHO DE PARTO E PARTO NO SISTEMA DE SAÚDE PÚBLICO E SUPLEMENTAR”, enviado por V^{as} S^{as} a esta comissão, foi analisado e considerado adequado estando, portanto, autorizado para execução na Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis.

Certos de sua atenção, seguimos à disposição para maiores esclarecimentos no telefone 48-32391564.

Atenciosamente,


Marynes Terezinha Reibnitz
Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde

Ilustríssima Senhora
Odaléa Maria Bruggemann
Nesta