

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

MARLI APARECIDA ROCHA DE SOUZA

**VIVÊNCIA DO ACOMPANHANTE DA PARTURIENTE NO PROCESSO DE
TRABALHO DE PARTO E PARTO**



CURITIBA

2015

MARLI APARECIDA ROCHA DE SOUZA

**VIVÊNCIA DO ACOMPANHANTE DA PARTURIENTE NO PROCESSO DE
TRABALHO DE PARTO E PARTO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de concentração em Prática Profissional de Enfermagem, Departamento de Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Profª Drª Marilene Loewen Wall

CURITIBA

2015

Souza, Marli Aparecida Rocha de

Vivência do acompanhante da parturiente no processo de trabalho de parto e parto. / Marli Aparecida Rocha de Souza. – Curitiba, 2015.

113 f. : il. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do Paraná, Setor de Ciências da Saúde, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, 2015.

Orientador: Marilene Loewen Wall

Bibliografia: p. 96-107

1. Parto (Obstetrica). 2. Parto normal. 3. Humanização do parto.
4. Enfermagem obstétrica. I. Wall, Marilene Loewen.
II. Universidade Federal do Paraná. IV. Título.

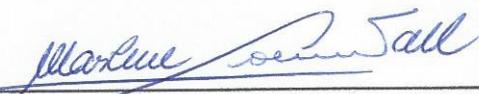
CDD: 618.20231

TERMO DE APROVAÇÃO

MARLI APARECIDA ROCHA DE SOUZA

**A VIVÊNCIA DO ACOMPANHANTE DA PARTURIENTE NO PROCESSO DE TRABALHO DE
PARTO E PARTO**

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem, Área de Concentração Prática Profissional de Enfermagem, Linha de Pesquisa: Processo de cuidar em Saúde e Enfermagem, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Paraná, pela seguinte banca examinadora:

Orientador(a): 

Profª. Dra. Marilene Loewen Wall
Presidente da Banca: Universidade Federal do Paraná – UFPR



Profª. Dra. Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos
Membro Titular: Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC



Profª. Dra. Márcia Helena Freire
Membro Titular: Universidade Federal do Paraná – UFPR

Curitiba, 08 de outubro de 2015.

AGRADECIMENTOS

À **Deus**, por estar presente em minha vida em todos os momentos e permitir a realização de mais esse sonho e principalmente por guiar-me nessa caminhada.

À minha mãe **Francelina Rocha** (*in memoriam*) por ter criado em mim, a força de lutar por meus objetivos e não desistir frente a qualquer obstáculo.

Ao meu pai **Durvani Rocha** que sempre trabalhou arduamente, para dar a todos os seus filhos aquilo que ninguém irá roubar-lhes “o conhecimento”.

Às minhas irmãs **Marilza, Márcia e Magda**, que me apoiaram e entenderam a minha ausência com carinho e incentivo.

Ao meu marido **Paulo César** que foi o meu alicerce nesse período. Você é a pessoa mais maravilhosa que Deus poderia colocar em minha vida! Você é e sempre será meu grande amor!

A minha filha **Ana Carolina** que mesmo sentindo a minha ausência, foi solidária e compreensiva, ajudando-me a passar por esse período com muito amor, carinho e com todos os abraços em família.

À minha orientadora **Profa. Dra. Marilene Loewen Wall**, uma profissional extraordinária, que com muita compreensão, sabedoria e apoio, conduziu-me nessa caminhada acadêmica. Obrigada pelo tempo e dedicação que disponibilizou comigo e principalmente pela paz que me transmitia nos momentos de angústia.

À minha mais nova amiga **Andréa Chaves**, que proporcionou-me momentos de calma e alegria, transmitindo sempre força e determinação.

À **Faculdade Dom Bosco** representada pela coordenadora **Sandra Jacopetti**, que proporcionou o tempo necessário para dedicar-me aos estudos. Assim como os

professores e colegas de trabalho, com disponibilidade em auxiliar na minha formação profissional.

Às Profas.: Dra. **Evangelia Kotzias Atherino dos Santos**, Dra. **Márcia Helena Freire**, Dra. **Nen Nalú Alves da Mercês** e Dra. **Maria Cristina Paganini** que, gentilmente aceitaram o convite em participar desta banca, contribuindo no desenvolvimento deste trabalho, através de suas valiosas considerações.

À **Coordenação do Programa de Pós-Graduação de Enfermagem** e aos docentes que com suas experiências, fizeram parte do meu crescimento profissional.

À Enfermeira **Sandra Maria Schefer Cardoso** e as enfermeiras que fazem parte da Unidade da Mulher e do Recém-nascido (UMRN), pela abertura e generosidade com que fui recebida.

Aos **Membros do grupo Núcleo de Estudos e Pesquisas** sobre o Cuidar Humano e Enfermagem (NEPECHE), pelos momentos de discussão que contribuíram neste percurso e em especial a minha amiga Benedita por seu otimismo e incentivo, a cada passo desta caminhada.

À **Msc. Ingrid Lowen** por sua generosidade e acessibilidade, em participar de reuniões e leituras, que permitiu o aprofundamento necessário na utilização do sistema de *software* Iramuteq.

Aos **colegas de turma** pelas parcerias formadas e em especial a **Dora**, pelas palavras de apoio e estímulo nas horas de cansaço.

À **todos os participantes** que aceitaram o convite, e se dispuseram do seu tempo para contribuir nesta pesquisa.

À **todos** que participaram de forma direta e indireta na realização deste sonho, e principalmente na paciência de todos os meus amigos em minha ausência e pela tolerância em minhas angústias.

RESUMO

Introdução: O parto em nossa história era considerado como um evento parte da vida da família. Com o passar dos anos, este foi sendo institucionalizado e realizado em um ambiente direcionado pelos profissionais. Com a implantação de Portarias e Leis, hoje temos um avanço, frente ao retorno da participação familiar, porém com enfoque voltado à parturiente, e nem sempre em um ambiente que promova conforto, tanto à parturiente como ao acompanhante. **Objetivo:** Descrever a vivência do acompanhante da parturiente no processo de trabalho de parto e parto. **Método:** Trata-se de uma pesquisa descritiva de abordagem qualitativa, realizada em um Hospital Público Federal, na Unidade da Mulher e do Recém-nascido (UMRN) da região Sul no período de 01.01.2015 à 30.01.2015. A população estudada compreendeu 21 acompanhantes, que estiveram junto à parturiente durante o trabalho de parto e parto. A coleta dos dados foi feita de forma intencional, por meio de entrevistas face a face, com o apoio de um instrumento semi estruturado com perguntas abertas. Para o processamento de dados foi utilizado o *software*, que recebe o nome de Iramuteq (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*), desenvolvido por Pierre Ratinaud (2009), livre, ancorado no *Software R*, e com cinco diferentes análises estatísticas, sendo a escolhida para este estudo o método da classificação hierárquica descendente (CHD). Para a realização do processamento, foi necessária a preparação do “*corpus*” ou matriz de dados com todos os textos provenientes das entrevistas, onde cada uma foi transcrita em um único arquivo, dando origem a uma Unidade de Contexto Inicial (UCI), que agrupadas quanto às ocorrências das palavras através das suas raízes, deram origem as Unidades de Contexto elementar (UCEs), resultando na criação de um dicionário com formas reduzidas, utilizando-se para tanto o teste de qui-quadrado (χ^2), que revela a força associativa entre as palavras e sua respectiva classe e analisada quando maior que 3,84. A partir dessa classificação, as classes que surgiram foram: 1.A informação como meio de valorização da participação do acompanhante; 2.A experiência vivenciada pelo acompanhante e a importância do acolhimento como fator de influência; 3. A participação do acompanhante como escolha; 4.O pré-natal como fonte de preparo ao acompanhante.; 5. O conhecimento sobre o processo de trabalho de parto e parto e as ações executadas pelo acompanhante. A análise destas classes teve como base a proposta de John Creswell (2010). **Conclusão:** Observado que toda a vivência do acompanhante esteve ligada a sua intenção em estar presente junto à parturiente, dando apoio e carinho e no quanto às ações desenvolvidas por ele como dar a mão, incentivar, fazer massagem, auxiliar no banho e na deambulação, feitas por instinto, ou por orientação da equipe, foram realizadas com satisfação e orgulho. Assim como essa experiência irá influenciar em sua vida familiar junto ao recém-nato, em sua relação com a parturiente, e na importância da equipe de saúde, em informar, acolher e valorizar esse acompanhante, proporcionando condições favoráveis e necessárias, a inseri-lo nesse ambiente, não somente como fonte de apoio, mas como protagonista do processo de trabalho de parto e parto, junto à parturiente.

Palavras chave: Acompanhante. Parto normal. Pré-natal. Enfermagem.

ABSTRACT

Introduction: The birth in our history was considered as a part of family life event. Over the years, the birth was being institutionalized and performed in a oriented environment by professionals. With the implementation of Laws and Ordinances, today we have a progress, forward to there turn of family participation, but focusing parturient, and not always in an environment that promotes comfort, both parturient as the companion. **Objective:** Describe the experience of the parturient companion during labor and delivery. **Method:** This was a descriptive and qualitative approach study, realized in a Public Hospital Federal, in the Women's Unit and the Newborn (UMRN), in South region in the period from 01.01.2015 will 01.30.2015. The study population contained 21 parturient companions, who were next to parturiente during labor and delivery. Data collection was done intentionally, through face to face interviews, with the support of a semi -structured instrument with open questions. For the data processing a software was used, which is called Iramuteq (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*), developed by Pierre Ratinaud (2009), free, anchored in *Software R*, and five different statistical analyses, were chosen for this study the Downward Method of Hierarchical Classification (CHD). To carry out the processing, preparation of the " corpus " or data matrix with all information emanating from the interviews was necessary, where each one was transcribed into a single file, originating an Initial Context Unit (UCI), that grouped about the occurrences of words through their roots, They led the Elementary Context Units (UCEs), resulting in the creation of a dictionary with reduced forms, using for both the Chi- Square Test (χ^2), revealing the associative strength between words and their respective class and analyzed when greater than 3.84. Based on this classification, the classes that arose were: 1. information as a means of valuing participation parturient companion; 2. the experience lived by the parturient companion and the importance of the welcome as a factor of influence; 3. The participation of the parturient companion as choice; 4. Prenatal as a source of preparation to the parturient companion; 5. Knowledge about labor and delivery and the actions taken by the parturient companion. The analysis of these classes was based on the proposal of John Creswell (2010). **Conclusion:** Observed that the whole experience of the parturient companion was linked to his intention to be present with the parturient, giving support and love and as the actions taken by him as giving a hand, encourage, do massage, help with bathing and walking, made by instinct, or by health staff orientation, were performed with satisfaction and pride. As this experience will influence in his family life with the new born, in the relationship with the parturient, and the importance of the health staff, to inform, welcome and appreciate this parturient companion, providing favorable and necessary conditions to enter him in this environment, not only as a source of support, but as the protagonist of the labor and delivery, with the parturient.

Keywords: Parturient companion. Natural childbirth. Prenatal. Nursing.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1	- DENDOGRAMA (CHD) DAS CLASSES FORNECIDO PELO IRAMUTEQ.....	53
FIGURA 2	- DENDOGRAMA (CHD) VOCABULARIO DE PALAVRAS FORNECIDO PELO IRAMUTEQ.....	56
FIGURA 3	- DENDOGRAMA (CHD) COR DAS CLASSES FORNECIDO PELO IRAMUTEQ.....	57
GRÁFICO 1	- PRESENÇA DO ACOMPANHANTE NO PROCESSO DE TRABALHO E PARTO E PARTO	59
FIGURA 4	- DENDOGRAMA FORNECIDO PELO IRAMUTEQ.....	90

LISTA DE SIGLAS

CHD	-	Classificação Hierárquica Descendente
HC	-	Hospital das Clínicas
IHAC	-	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
MS	-	Ministério da Saúde
NOAS	-	Norma Operacional de Assistência à Saúde
OMS	-	Organização Mundial da Saúde
PAISM	-	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PHPN	-	Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
PNH	-	Programa Nacional de Humanização
PNAISM	-	Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher
RC	-	Rede Cegonha
RDC	-	Resolução da Diretoria Colegiada
SMS	-	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	-	Sistema Único de Saúde
TCLE	-	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UCE	-	Unidade de Contexto Elementar
UCI	-	Unidade de Contexto Inicial
UFPR	-	Universidade Federal do Paraná
UMRN	-	Unidade da Mulher e do Recém-Nascido
UNICEF	-	United Nations Children's Fund

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	REVISÃO DE LITERATURA NARRATIVA.....	15
2.1	HISTÓRIA DO PROCESSO DE TRABALHO DE PARTO E PARTO	16
2.2	POLITICAS PÚBLICAS VOLTADAS À SAÚDE DA MULHER E DO RECÉM-NASCIDO	21
2.3	HUMANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO DE PARTO E PARTO	37
3	MÉTODO.....	45
3.1	TIPO DE PESQUISA	45
3.2	LOCAL E CONTEXTO DA PESQUISA	46
3.3	POPULAÇÃO ESTUDADA.....	47
3.4	COLETA DE DADOS.....	48
3.5	PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	49
3.5.1	Processamento dos dados	49
3.6	QUESTÕES ÉTICAS.....	55
4	RESULTADOS E DISCUSSÕES	56
4.1	CLASSES.....	60
4.1.1	Classe 1 – A informação como estratégia de valorização da participação do acompanhante	60
4.1.2	Classe 2 – A experiência vivenciada pelo acompanhante e a importância do acolhimento como fator de influência	65
4.1.3	Classe 3 – A participação do acompanhante como escolha	71
4.1.4	Classe 4 – O pré-natal como oportunidade de preparo ao acompanhante ..	77
4.1.5	Classe 5 – O conhecimento e as ações executadas pelo acompanhante....	83
4.1.6	Relações entre as classes.....	90
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	93
	REFERÊNCIAS.....	96
	APÊNDICE – ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA	108
	ANEXO 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO...110	
	ANEXO 2 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	112

ANEXO 3 – PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	113
---	------------

1 INTRODUÇÃO

Tradicionalmente em nossa história, o parto e a promoção à saúde relacionada a gestação, até o final do século XIX, eram vistos como evento natural, feminino, fisiológico e ligado ao ambiente familiar. Com essa concepção era realizado na casa da parturiente, na presença de seus familiares, e por parteiras, que por sua prática, desenvolviam um conhecimento empírico, transmitido através das gerações. (UNGERER; MIRANDA, 1999; STANCATO; VERGILIO; BOSCO, 2011; ALVES, 2013).

A partir do século XX, o parto deixa de ser realizado no ambiente familiar, e passa a ser institucionalizado, onde o ambiente hospitalar ganha, credibilidade e o conhecimento científico entra em evidência. (NAKANO et al., 2007; LONGO; ANDRAUS; BARBOSA, 2010; STANCATO; VERGILIO; BOSCO, 2011).

Segundo, Longo, Andraus e Barbosa (2010), essa mudança histórica quanto ao parto domiciliar, e a presença das parteiras, passa a ser considerada, em alguns países, como um ato ilegal, o que fortificou o modelo biomédico, e com ele as rotinas intervencionistas. Com a introdução deste novo modelo, a parturiente passa a ser vista apenas na esfera fisiológica, o que a tornou passiva no processo de trabalho de parto e parto, e excluiu desse momento a presença de seus familiares (NAKANO et al., 2007).

Essa entrega aos cuidados da equipe de saúde passou a ser tanto da parturiente, como de seus recém-nascidos, que após o nascimento, eram encaminhados aos berçários tradicionais, tal ato, era então considerado como um método preventivo de infecção. Contudo, nos anos 40, essa separação passa a ser associada à insegurança que gerava nas mães, ao serem separadas de seus bebês. (UNGERER; MIRANDA, 1999; PASQUAL; BRACCIALI; VOLPONI, 2010).

Configura-se então na década de 40, a preocupação com a saúde materno infantil, através da criação do departamento nacional da criança, e que margeou todas as políticas relacionadas à assistência da mãe e da criança, com ênfase nos cuidados relacionados à gravidez e a amamentação. Já nos anos 70, um destaque quanto à reivindicação aos direitos do cidadão a saúde, foi através da reforma sanitária, que produziu nos movimentos feministas um grande impulso na criação de políticas voltadas a saúde materno infantil (BRASIL, 2011a).

Entre as várias políticas que priorizaram a aproximação do recém-nascido, cita-se aqui a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), idealizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo United Nations Children's Fund (UNICEF) em 1990, e incorporada pelo Ministério da Saúde (MS), no intuito de promover, proteger e apoiar o aleitamento materno (BRASIL, 2010a).

Já a presença do acompanhante como direito na história das políticas públicas, vem de uma trajetória iniciada em 1984, com a elaboração pelo Ministério da Saúde, do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que incluía ações educativas, preventivas, diagnósticas, tratamento e recuperação, englobando vários fatores relacionados à mulher desde a assistência no pré-natal, parto e puerpério. Seu objetivo foi promover a melhoria na qualidade de vida da mulher, e a garantia de seus direitos legais. (BRASIL, 1984).

Esses movimentos históricos sociais contribuíram para a aprovação da Lei nº 11.108 em 2005 (BRASIL, 2005a), que garante no Sistema Único de Saúde (SUS), a presença do acompanhante de escolha da mulher, durante o trabalho de parto, no parto, e no pós-parto. No mesmo ano foi estendida aos hospitais públicos, e conveniados do SUS, com a Portaria nº 2418/GM, que contribuiu para a reinserção da presença familiar, no âmbito hospitalar (BRASIL, 2006; LONGO; ANDRAUS; BARBOSA, 2010).

A participação do acompanhante no processo de trabalho de parto e parto como um direito de escolha da parturiente, e este independente do seu grau de parentesco, foi inserida em um contexto, em que as instituições ainda buscam a adequação a essa realidade, não apenas de forma estrutural, mas também da equipe, quanto à presença de outra pessoa além da parturiente, e que muitas vezes, é visto como perturbador da rotina estabelecida, e que implica na falta de um acolhimento diferenciado, e no reconhecimento da importância dessa presença, no processo de trabalho de parto e parto (TARNOWSKI; PRÓSPERO; ELSEN, 2005; LONGO; ANDRAUS; BARBOSA, 2010).

Em minha trajetória profissional, tive a oportunidade de trabalhar em uma instituição hospitalar, mais especificamente no setor de centro obstétrico e alojamento conjunto, e participar da implantação da Lei nº 11.108/2005. Nesse período de implantação, consegui observar a necessidade de um atendimento não somente voltado às necessidades fisiológicas da parturiente, mas também ao apoio

emocional, proporcionando tanto para ela, como a seus familiares, um momento que segundo Moura et al. (2007), deve ser vivenciado sem nenhum tipo de dano emocional.

As dificuldades no processo de implantação foram variadas, desde a estrutura até a capacitação dos profissionais, que estavam habituados somente com a presença da parturiente, assim, foi possível observar a dificuldade em receber o acompanhante, pois o mesmo era percebido como alguém a desorganizar as rotinas estabelecidas, e já praticadas no serviço. Toda a implantação foi acompanhada por diversas discussões e avaliações, pois compreendia desde a chegada da gestante/parturiente na recepção, informando-a quanto ao direito de ter alguém de sua escolha ao seu lado, até a comunicação a ser desenvolvida durante o período de parto, parto e pós-parto.

A relação do profissional entre gestante e acompanhante, nem sempre acontecia de maneira efetiva, devido aos paradigmas da equipe de saúde, e que segundo Brüggemann et al. (2013) ainda se faz necessário ser revisto, no intuito de promover à parturiente e a seus familiares, o protagonismo neste processo.

A história do cuidado na enfermagem, a qualificação e humanização no processo de trabalho de parto e parto, sempre esteve voltada ao atendimento à parturiente, e não ao acompanhante, e a humanização segundo Souza, Gaiva e Modes (2011) é reconhecida pelos profissionais, como uma prática voltada essencialmente ao recém-nascido e a mãe.

Segundo Ricci (2008, p. 266), o processo de trabalho de parto e parto, não está ligado somente ao nascimento do bebê, e sim a todos os eventos que o precedem, fisiológicos, psicológicos e emocionais, e que tem como resultado, o nascimento e a expansão da família. Neste estudo utilizamos essa terminologia, pois vem ao encontro de nossa abordagem, frente ao acompanhante e sua participação em todo esse processo.

Ante o exposto, tornou-se necessário estudar teorias, conceitos e fatores relacionados ao acompanhante, como forma de proporcionar conforto e segurança a este. Essa importância tem o reconhecimento na saúde da mulher, mas ainda é necessário entender principalmente, à vivência deste acompanhante, como parte do processo no qual ele está inserido, fazendo dessa perspectiva o interesse deste estudo em conhecer a vivência e contribuir com as questões relacionadas à saúde

da mulher, durante o processo de trabalho de parto e parto. Assim, temos a seguinte questão norteadora: **Qual é a vivência do acompanhante da parturiente no processo de trabalho de parto e parto?** E para responder essa questão temos como objetivo: **Descrever a vivência do acompanhante da parturiente no processo de trabalho de parto e parto.**

2 REVISÃO DE LITERATURA NARRATIVA

A revisão de literatura narrativa foi a de escolha para a realização deste estudo, onde a busca para a fundamentação teórica deu-se através de artigos atualizados, teses, dissertações e programas nacionais, permitindo uma relação entre a literatura encontrada, através da interpretação do pesquisador, de forma a promover o desenvolvimento de uma breve retrospectiva quanto ao processo de trabalho de parto e parto e sua transição na história, desde quando eram realizados pelas parteiras, em casa e na presença de pessoas escolhidas por ela, até a perda de sua autonomia, a introdução dos métodos intervencionistas e o isolamento de seus familiares.

Outro contexto deste estudo foi com relação às Políticas Nacionais e a história das lutas e conquistas na Saúde da Mulher. Em um primeiro momento, com a visão na mulher-mãe e posteriormente na mulher-cidadã. A busca na literatura foi executada com o objetivo de identificar, quais políticas favoreceram o retorno de sua autonomia, o momento em que a Saúde da Mulher começa a ser tratada em suas especificidades, a importância quanto ao retorno da presença do acompanhante, escolhido pela parturiente em sua rede social, e a participação da equipe de saúde nesse contexto, através de um acolhimento adequado tanto a gestante/parturiente como ao seu acompanhante.

Assim como uma descrição de como esse novo contexto vem sendo propagado nas instituições, quais ações são executadas por essas equipes de saúde, no intuito de fortalecer a participação desse acompanhante, e de como as informações necessárias tanto a gestante/parturiente, como aos acompanhantes são fornecidas por essa equipe do pré-natal ao trabalho de parto e estendendo-se ao parto.

2.1 HISTÓRIA DO PROCESSO DE TRABALHO DE PARTO E PARTO

Historicamente, o processo de parir e nascer até o século XIX, era acompanhado e realizado por outras mulheres, chamadas de parteiras, e que se utilizavam para esse processo de trabalho de parto e parto, dos ensinamentos práticos, e que eram repassados de uma para outra, de forma empírica. Esse momento era considerado um ato de responsabilidade feminina, e a presença familiar masculina era percebida como incômodo (MOURA et al., 2007; STANCATO; VERGILIO; BOSCO, 2011; MARTINS; ALMEIDA; MATTOS, 2012).

As parteiras eram mulheres presentes, apresentavam afetividade e respeito na comunidade e por isso eram chamadas de “comadres”, palavra que denominava vínculo. Havia duas divisões de classe, as parteiras ocasionais, assim chamadas por realizarem partos de forma ocasional, e as parteiras de ofício, que apesar de leigas, estavam aptas a conduzir partos mais difíceis. A presença de um cirurgião, somente era solicitada, em casos de procedimentos de retirada de feto, vivo ou morto e nos casos de preservar a vida da mãe (MOTT, 2005).

Os hospitais dessa época não tinham muita credibilidade, estavam destinados a dependentes e necessitados, pois somente procedimentos, como os já citados anteriormente eram encaminhados aos hospitais. Esse enfoque incentivava a realização de partos domiciliares por parteiras e somente as mulheres muito necessitadas, indigentes, sem a presença de um lar, ou não tivessem amigas que fornecessem-lhes abrigo, davam à luz nos hospitais. Essa forma de parto permitia a presença de familiares, com a mãe e o bebê, logo após o trabalho de parto e parto, e favorecendo o aleitamento materno e o vínculo afetivo (UNGERER; MIRANDA, 1999)

Florence Nithingale que não considerava a gestação como patologia, recomendava que as instituições que tratavam a doença, não fossem próximas, as que tratavam de mulheres que fossem dar à luz (GEORGE, 2000).

Segundo Moura et al. (2007), com a institucionalização do parto na década de 40, este deixa de ser de domínio familiar e torna-se público, na presença de profissionais e que passaram a conduzir o parto. A mulher perde então a sua autonomia, deixando de ser protagonista, para ser direcionada quanto a sua forma

de agir e de participar em todo o processo. Esse fato também contribuiu para a medicalização do parto, onde a dor fisiológica passa a ser tratada, como um sintoma de intenso sofrimento, e deste modo, suprimida através de tratamento e equipamentos adequados.

Essa modernização gera descaracterização ao processo de trabalho de parto e parto, enquanto biológico, psicológico e sociocultural, passando a ser visto somente como um evento biológico, prevalecendo neste contexto, o modelo biomédico, onde a anestesia é introduzida como um processo necessário ao alívio da dor e práticas obstétricas intervencionistas e que podem prejudicar o trabalho de parto e parto (LONGO; ANDRAUS; BARBOSA, 2010; HODNETT, 2013).

Segundo Martins, Almeida e Mattos (2012), esse processo fisiológico de dor e desconforto sentido pela parturiente, tem início logo na concepção do feto, e segue durante toda a gravidez, mediante as modificações naturais do corpo, e no preparo para a expulsão do feto no processo final da gestação. Processo este, pelo qual as contrações tornam-se regulares e rítmicas, associado ao apagamento e dilatação progressiva do colo uterino, onde o feto é expelido pelo canal vaginal. Espera-se que este evento fisiológico, tenha início a partir da 37^a semana para o nascimento a termo (ARAUJO, 2012).

Como processo fisiológico da parturição, e a dor como fator significativo e universal nas parturientes, a utilização de métodos para seu controle, deve ter como objetivo principal, não causar malefícios ao feto ou a esse processo fisiológico. Entre os fatores que contribuem para a amenização dessa dor e na redução do stress das parturientes nesse momento destaca-se a presença do acompanhante, com massagens, palavras de apoio e ações que favorecem o aumento dos níveis de endorfina, que devido a sua potente ação analgésica, estimula a sensação de bem estar e conforto (HOGA; PINTO, 2007).

A presença desse familiar ao lado da parturiente foi em grande parte perdida no direcionamento do parto para os hospitais, fato que vem sendo estudado extensivamente, ao longo da última década, quanto ao seu retorno de forma efetiva, pois continua sendo valorizado e associado ao aumento de satisfação das parturientes (LESLIE; STORTON, 2007).

Outro fator detectado como forma de capacitar à parturiente, a lidar com a dor no processo de trabalho de parto, como normal e fisiológico, é a presença

continua do profissional dando apoio, no intuito de levá-la a uma melhor maneira, de lidar com essa dor, que é sentida independente de classe social, econômica e cultural. Porém, essa participação profissional é analisada como uma realidade, não vivenciada pela parturiente de forma universal (GUCHT, 2014).

Favorecer o alívio dos sintomas fisiológicos durante o processo de trabalho de parto pela equipe, não está relacionado com o uso de medicalização, e nem de outras tecnologias externas e intervencionistas, mas na realização de cuidados de enfermagem de forma humanizada. Essa humanização na assistência pode ser realizada através de informação, orientação adequada, apoio contínuo, técnicas de massagens e estímulo a presença do familiar, ações preconizados pela OMS em 1996, através das boas práticas a serem realizadas por instituições que disponibilizam o atendimento ao parto e nascimento (MACEDO et al., 2008; DINIZ et al., 2014).

Segundo Carraro et al. (2008), a medicalização, impede a participação ativa da parturiente devido a sua total entrega á equipe de saúde. Considerando o hospital como um ambiente estranho, e o fato de ser cuidada por pessoas que não são de seu convívio particular, pode ocasionar na parturiente, o não exercício de sua liberdade enquanto cidadã, na escolha das tecnologias introduzidas no seu processo de trabalho de parto e parto.

Merighi e Gualda (2009) citam que, exercer essa humanização no atendimento, é direcionar a parturiente nesse processo, e facilitar o seu protagonismo, e Cheyne, Abhyankar e McCourt (2013) descrevem que, para o sucesso e envolvimento da equipe nessas ações, é necessária uma mudança de atitude e principalmente a implantação de programas e processos bem definidos e estruturados para este fim.

Assim, nesse processo fisiológico do trabalho de parto e parto, a avaliação de forma humanizada pela equipe de saúde, também inclui o reconhecimento dos sinais de alerta e da real necessidade da utilização de métodos intervencionistas, apropriados em cada estágio desse processo (RICCI, 2008).

Ainda segundo Ricci (2008), o apoio da família, muito contato físico, pouca tecnologia, paciência quanto à cronologia natural do parto, fornecimento de informações sobre o parto á parturiente e medidas de conforto, são considerados fatores de grande importância no planejamento dos cuidados junto à família.

Esses fatores foram analisados em mulheres no Japão e considerados como parte necessária ao parto de forma a torná-lo humanizado. Para tanto, vários programas foram lançados, um deles o *The Bureau of International Medical*, que permite a visita de médicos, enfermeiras obstetras e parteiras, principalmente de países em desenvolvimento, onde recebem um treinamento sobre humanização no parto. Apesar da maioria dos partos serem realizados em hospitais, os obstetras consideram o parto fisiológico e a dor, como partes desse processo, e por isso não são propensos a práticas intervencionistas (BEHRUZI, 2010).

A visão sobre a medicalização e em alguns casos sem a devida necessidade, com consequências indesejáveis no processo de trabalho de parto e parto, foi tema de um estudo realizado na Suécia em 2014. Foi observado, que a enfermeira obstetrica tem a consciência do cuidado nessa utilização, mas concluído que, deve haver cada vez mais estudos em busca de conhecimento sobre esse processo, no intuito da redução dessa forma de intervenção (CHEYNE; ABHYANKAR; McCOURT, 2013).

Na Inglaterra em 2007, um estudo analisou o aumento das intervenções, especificamente as cesáreas, com a justificativa na segurança do recém-nascido, sendo essa a visão médica nessa forma de cuidado. A análise do estudo, também avaliou o aumento das cesáreas, e a sua relação ao aumento de mortalidade materna, chamando a atenção, para a desenfreada busca ao nascimento nos hospitais no século XX e o que isso desfavoreceu quanto ao parto domiciliar e na ausência familiar (DRIFE, 2007).

Ainda segundo Drife (2007), essa mudança no perfil de atendimento ao parto de forma intervencionista, desumanizou o atendimento, e que o princípio da obstetrícia não pode ser esquecido, o de respeitar a fisiologia do parto, e a formação familiar, no desenvolvimento de cuidados, através de um atendimento seguro, no reconhecimento das adversidades no processo fisiológico, nos riscos referentes às questões étnicas, e nos riscos das intervenções desnecessárias.

A equipe deve estar preparada para atender as necessidades de uma população diversificada, conscientizar-se de que o momento da gravidez é uma oportunidade de melhorar a saúde em todos os seus aspectos, e que o pré-natal não é um evento isolado, mas parte integrante de um contexto, referente à saúde da mulher e a de seus familiares (AQUINO; EDGE; SMITH, 2015).

Dessa forma, entender o corpo da gestante, através da compreensão fisiológica do processo de trabalho de parto e parto, é um conhecimento facilitador ao nascimento, com menor intervenção possível e que deve ser avaliada durante o pré-natal ou durante o parto frente a alguma intercorrência (SCAMELL; ALASZEWSKI, 2012).

Profissionais qualificados e com conhecimento, permitem a parturiente a segurança e autonomia em suas escolhas, desde o período gestacional ao trabalho de parto e parto (LESLIE; STORTON, 2007).

Desenvolver uma assistência obstétrica humanizada requer dos profissionais, o envolvimento e a conscientização, aliada à prática não invasiva e benéfica, promovendo um ambiente de tranquilidade e privacidade, no intuito de favorecer o bem estar e respeitar esse momento familiar, como uma vivência única (ARAUJO, 2012, p. 59).

O atendimento de forma humanizada vai ao encontro da busca na promoção à saúde e que foi iniciada com Florence Nightingale. Suas contribuições para a profissionalização da enfermagem e referenciada em diversos estudos, ocupam papel imprescindível na história, e na busca da qualificação do cuidado (MACEDO et al., 2008;; PIRES, 2009; CAMPONAGARA, 2012).

Essa qualificação vem sendo aprimorada na saúde da mulher, em paralelo as lutas através dos vários movimentos feministas, na busca do reconhecimento de uma assistência individualizada. Esses movimentos, junto a outros de âmbito social a partir dos anos 60, foram considerados de fundamental importância, na construção da nova concepção de equidade de gênero, já que as bases dos movimentos feministas partiam da diferença sexual, almejando a igualdade social (TARNOWSKI; PRÓSPERO; ELSEN, 2005, p. 104).

Embora essa qualificação no atendimento, venha sendo explorada, desde os escritos de Florence, várias situações e muitas delas, com a presença da violação dos direitos da mulher, entre eles relatos de violência verbal, física e abuso sexual em gestante, durante exames ginecológicos por parte dos profissionais, ainda são encontrados em nossa realidade mundial, incluindo o Brasil. Apesar dos avanços e conquistas, muito ainda deve ser aprimorado, frente ao atendimento da parturiente e seu processo de parto, para a prática de uma assistência humanizada e com base na ética profissional (BOWSER; HILL, 2010; D'ORSI, et al., 2014).

2.2 POLÍTICAS PÚBLICAS VOLTADAS À SAÚDE DA MULHER E DO RECÉM-NASCIDO

A década de 70 foi marcada por vários movimentos feministas e sociais, que buscaram igual proporção para a mulher quanto aos direitos sexuais, reprodutivos, sociais e econômicos, contribuindo para o início da história das políticas públicas, voltadas à saúde da mulher (PEREIRA, 2011).

Para Afonso e Pereira (2011), uma das abordagens de fundamental importância construídas através desses movimentos, foi à ênfase nas práticas educativas de ações em saúde e no favorecimento de informações. Essa prática participativa, vinculada à saúde da mulher, objetiva promover o empoderamento, através da consciência crítica, frente as suas decisões e no fortalecimento de sua autonomia.

Para que o processo de empoderamento aconteça, é necessária a construção do pensamento crítico, com foco na participação do sujeito de forma democrática e o profissional de saúde no papel de mediador (KEBLA; WENDAUSEM, 2009).

No processo de trabalho de parto e parto, o empoderamento faz com que a mulher retome o protagonismo do seu corpo e transforme a presença de sua família, em uma participação efetiva.

Frente a essa perspectiva, o profissional de enfermagem não é somente parte integrante, mas um agente de ação educativa, do primeiro atendimento da consulta do pré-natal até o nascimento, com a promoção de uma assistência de qualidade (AFONSO E PEREIRA, 2011; CHAVES, 2014).

Após todo o período em que o parto foi institucionalizado e o nascimento passou a ser visto como processo de domínio dos profissionais, na década de 70, alguns movimentos saíram em defesa da permanência do bebê junto à mãe após o nascimento, frente a isso, em 1971, o alojamento conjunto foi oficialmente reconhecido pela Academia Americana de Pediatria, como plano de assistência e tornou-se em 1975, pauta de discussão na América Latina (BRASIL, 1994; UNGERER; MIRANDA, 1999).

Em 1982, no primeiro encontro nacional envolvendo diversos profissionais de maternidades, é sugerida a implantação do alojamento conjunto, com foco na

necessidade em manter a mãe junto ao recém-nascido, em todo o período de internação até a alta hospitalar, no intuito de favorecer a amamentação, evitar o desmame precoce e proporcionar uma forma precisa de vínculo afetivo, frente a diminuição no tempo de separação entre o binômio (mãe e recém-nascido) (UNGERER; MIRANDA, 1999).

Para o favorecimento desse ambiente e efetivar o atendimento de forma integral a mulher, recém-nascido e ao acompanhante, surge em 1990, em Florença na Itália, a Iniciativa Hospital Amigo da Criança, no intuito de promover, proteger e apoiar a amamentação, mediante o cumprimento nos hospitais, dos “Dez passos para o sucesso do Aleitamento Materno” e nesse mesmo ano, assumido como compromisso pelo Brasil na “Declaração de Innocenti”. Atualmente no Brasil, 335 instituições hospitalares estão credenciadas, sendo distribuídas entre: Região Oeste 30, Região Nordeste 145, Região Sudeste 79, Região Sul 52 e Região Norte 21 (UNICEF, 2015).

Para a implantação do Hospital Amigo da Criança, a instituição precisa cumprir os seguintes passos: (BRASIL, 2010d, 2014h):

1. Ter uma Política de aleitamento materno, que seja rotineiramente transmitida a toda a equipe de cuidados de saúde.
2. Capacitar toda a equipe de cuidados de saúde nas práticas necessárias para implementar esta política.
3. Informar todas as gestantes sobre os benefícios e o manejo do aleitamento materno.
4. Ajudar as mães a iniciar o aleitamento materno na primeira meia hora após o nascimento, conforme nova interpretação, e colocar os bebês em contato pele a pele com suas mães, imediatamente após o parto, por pelo menos uma hora e orientar a mãe a identificar se o bebê mostra sinais que está querendo ser amamentado, oferecendo ajuda se necessário;
5. Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se vierem a ser separadas de seus filhos.
6. Não oferecer a recém-nascido bebida ou alimento que não seja o leite materno, a não ser que tenha indicação médica e/ou nutricionista.
7. Praticar o alojamento conjunto – permitir que mães e recém-nascidos permaneçam juntos 24(vinte e quatro) horas por dia.
8. Incentivar o aleitamento materno sob livre demanda.
9. Não oferecer bicos artificiais ou chupetas a recém-nascidos e lactentes.

10.Promover a formação de grupos de apoio à amamentação, e encaminhar as mães a esses grupos quando da falta da maternidade, conforme nova implementação e, encaminhar as mães a grupos ou a outros serviços de apoio a amamentação, após a alta hospitalar.

Dentre esses passos voltados ao incentivo do aleitamento materno, o 7º passo, preconiza a implantação do alojamento conjunto e determina que as visitas e a presença do pai, devem ser estimuladas e facilitadas, sendo neste sentido, um favorecedor da presença do acompanhante e um dos critérios para que um hospital torne-se “Amigo da Criança”. Assim como a Portaria nº 1.016 de 26 de agosto de 1993, que tem a mesma orientação quanto à presença do acompanhante e oferece a ele o direito em estar junto à puérpera, e posteriormente ao recém-nascido, participando de todo o processo de internação. Essa participação dos pares, combinado com o apoio profissional, favorece o aleitamento materno (BRASIL, 1993b.; SALONEN, et al., 2010).

Como meio de garantir maior atenção, em 2014 a IHAC foi redefinida, através da Portaria nº 1.153 de 22 de maio, com critérios de habilitação, como estratégia de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à saúde integral da criança e da mulher, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2014c).

Com essa nova Portaria, além da garantia da presença da mãe e do pai, durante todo o período de internação do recém-nascido, independente do local, e do direito ao aleitamento materno, com todas as orientações e meios que favoreça e facilite esse direito, a mulher foi contemplada com maior atenção, no cap. I art. 4, onde dispõe (BRASIL, 2014c):

Os Hospitais da Criança adotarão ações educativas articuladas com a Atenção Básica, de modo a informar à mulher sobre a assistência que lhe é devida, do pré-natal ao puerpério, visando ao estímulo das “Boas Práticas de Atenção ao Parto e ao Nascimento, na forma da Recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS) no Atendimento ao Parto Normal (BRASIL, 2014c).

Além da necessidade em buscar novas formas de humanização no parto e no puerpério, também é necessário ampliar os direitos da mulher no cuidado à saúde de forma integral e em suas necessidades específicas enquanto gênero (SANTOS et al., 2008).

Para que isso acontecesse e a mulher passasse a ser vista em sua totalidade nas políticas nacionais, é criado em 1984 pelo Ministério da Saúde, o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) (BRASIL, 2011b).

O PAISM foi implantado com o objetivo de trabalhar a desigualdade entre gêneros, fortalecer a mulher, e esta passar a ser vista de forma universal, integral e com equidade. Sob a influência da estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS), esse programa propôs um atendimento à saúde da mulher enquanto sujeito ativo em sua saúde, com direito garantido no seu processo reprodutivo, e nas questões peculiares do universo feminino (BRASIL, 2011b).

A mulher até então, era vista em suas especificidades biológicas e sociais na gravidez e no parto, caracterizando-a como mãe cuidadora dos filhos, da casa, e com políticas voltadas ao atendimento materno infantil, e após a implantação do PAISM as duas áreas técnicas (Mulher e Criança) foram separadas em: Saúde da Criança e do Adolescente e Saúde da Mulher. Esse direcionamento proporcionou uma nova visão na saúde da mulher enquanto gênero (BRASIL, 2011b; RATNER, 2014).

Esta política de atenção, com uma visão voltada ao acolhimento à mulher, com diretrizes em promoção, melhor condição de vida, e direitos na garantia de exercer a sua cidadania, faz conexão com a preocupação na implantação de ações, para um melhor atendimento na atenção obstétrica (BRASIL, 1984, 2011b).

Apesar de ter seus direitos enquanto gênero, agora materializado na assistência ao pré-natal, parto e puerpério, a efetivação dessa assistência, contou com a contribuição da aprovação da Constituição Federal de 1988, que não somente consolidou seus direitos reprodutivos, como fortaleceu o direito como mulher cidadã (BRASIL, 1988).

A consolidação pelo PAISM ao atendimento com integralidade, trabalhando questões, que envolvem a mulher enquanto gênero delimita questões específicas de cada sexo, para a formulação das políticas públicas, dando ênfase no atendimento obstétrico, através de propostas que tratem situações, ainda pendentes na saúde da mulher, de forma humanizada e com qualidade (BRASIL, 2011b).

Com esse programa o termo integralidade é usado de forma abrangente, rompendo paradigmas no atendimento ao nascimento, e ampliando o foco durante esse processo.

Durante a implementação dessas ações e das dificuldades encontradas, é editada em 2001 pelo Ministério da Saúde, a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), que estabeleceu na saúde da mulher garantias mínima na atenção básica, e entre elas o atendimento ao pré-natal e ao puerpério (BRASIL, 2011b).

Em paralelo a todas as implantações e movimentos sociais, o Programa Humanização no Pré-natal e Nascimento lançado em 2000, vêm a complementar as políticas nacionais, voltadas à saúde da mulher e do seu reconhecimento enquanto cidadã, desde a chegada da gestante até a alta hospitalar. E para tanto descreve no art.1, parágrafo único dessa Portaria seu objetivo (BRASIL, 2000):

O Programa objetivo deste Artigo será executado de forma articulada pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias de Saúde dos estados, municípios e do Distrito Federal e tem por objetivo o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos, promovendo a ampliação do acesso a estas ações, o incremento da qualidade e da capacidade instalada da assistência obstétrica e neonatal bem como sua organização e regulação no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Em 2004, um novo e importante passo é dado na formulação dessas políticas, o PAISM passa a ter um novo *status*, tornando-se política nacional de assistência integral a saúde da mulher (PNAISM), sob a influência da criação da Secretaria Especial de Políticas para Mulheres em 2003 (BRASIL, 2013c).

Através dessa Secretaria e da nova visão do programa como política nacional, algumas conferências são realizadas para discussão da implantação de um plano nacional, de atenção a saúde da mulher, onde em 2011, na 3ª conferência, ocorre sua autenticação, tendo como um de seus objetivos, a preocupação e o compromisso na implementação de ações, para a redução dos índices de morbimortalidade obstétrica, por causas preveníveis e evitáveis (BRASIL, 2013c; BRASIL, 2014a).

Uma nova abordagem é feita quanto ao atendimento obstétrico, referente ao isolamento da gestante de seus familiares, ao desrespeito e da falta da autonomia desta, no processo de trabalho de parto e parto, e estes relacionados ao aumento dos riscos maternos e perinatais (BRASIL, 2011b, UNICEF, 2010).

Em 2013 na Escócia, foi analisada a implantação de um programa para o favorecimento do parto normal, como uma forma de iniciativa do governo, devido o alto índice de intervenções registradas no ano de 2010. Esse estudo teve como

proposta, o aumento do acesso das parturientes, aos cuidados da enfermeira obstetra e a inclusão de programas de cuidados multiprofissionais, reconhecendo que o aumento desses cuidados, contribui para os objetivos do desenvolvimento do milênio, sendo um deles o da redução da mortalidade materna (CHEYNE; ABHYANKAR; McCOURT, 2013).

Considerado como o quinto, entre os oito objetivos de Desenvolvimento do Milênio das Nações Unidas e uma das diretrizes a ser tratada na saúde da mulher, a mortalidade materna, reflete as condições socioeconômicas, qualidade de vida e as políticas voltadas para a saúde, determinando como o país está direcionando suas ações. Outro fator é a porcentagem de 92%, ainda presente em causas evitáveis de morte materna, e que segundo Carreno, Bonilha e Costa (2014), representam uma violação nos direitos sexuais e reprodutivos.

Em busca da redução do alto índice de mortalidade materna, o Brasil lançou, além do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) em 2000, o Pacto Nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal, em 2004, que reconhece a vigilância do óbito materno, por intermédio da investigação do óbito de mulheres em idade fértil. E os comitês de mortalidade materna, formados para que todos os óbitos fossem notificados, investigados e avaliados quanto à evitabilidade, não como forma de “culpabilizar pessoas ou serviços”, mas, organizar meios e condutas para evitar novos casos (BRASIL, 2009a; CARRENO; BONILHA; COSTA, 2014).

Para Merighi e Gualda (2009), a mortalidade materna no Brasil, está relacionada a questões que envolvem vários aspectos, entre eles sociais, culturais e patologias associadas na gestação. Deste modo, também inclui como um dos fatores envolvidos, a prestação dos cuidados pelos profissionais de enfermagem, de forma isolada, sem a visão do todo, favorecendo o atendimento coletivo e não individual.

Para tanto, além de disponibilizar recursos e ampliar a cobertura, a implantação de programas, deve ser usada com efetividade e de forma equitativa. O foco dado no atendimento à saúde reprodutiva, a atenção ao pré-natal e ao parto, na presença de profissionais especializados é que promove a mudança no atendimento e corroborara com a redução do índice de mortalidade materna (CAVALCANTI, et al., 2013; BRASIL, 2013c).

Com as ações e programas implantados, a redução da mortalidade materna, apresentou uma queda de 1990-2011, cerca de 5,1% ao ano, principalmente nas causas diretas, resultantes das complicações relacionadas a gravidez, ao parto e puerpério, passando de 126 morte por 100 mil nascidos vivos em 1990, para menos de 43 mortes por 100 mil nascidos vivos em 2011. Porém, a elevada porcentagem de práticas de cesárea no Brasil, colabora com a dificuldade nessa redução, pois gera riscos desnecessários para a mãe e o recém-nascido (BRASIL, 2014b).

No Paraná no ano de 2011 última atualização do Datasus, indica uma porcentagem de 51,7 referente ao número de óbitos maternos por 100.000 NV, apesar de apresentar uma gradativa melhora desde 2000, onde o valor era de 68,5%, ainda é observado este fica acima do esperado. Na cidade de interesse deste estudo, foi constatado até julho de 2015 pelo Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) 189 casos de morte materna de mulheres em idade fértil (BRASIL, 2015).

A previsão legal da presença do acompanhante junto à parturiente, é considerada um fator importante na redução desse índice, porém, ainda pouco exercida como direito. Segundo o relatório realizado pelo Ministério da Saúde em 2013, observou-se que, 65,2% das parturientes, não tiveram acompanhantes no processo do trabalho de parto, sendo que destas, 55,2% não foi permitido pela instituição (BRASIL, 2013a).

Uma pesquisa nacional intitulada Nascer no Brasil, realizada no ano anterior, ao relatório do Ministério da Saúde (2013), teve como objetivo, avaliar em hospitais públicos, privados e mistos, a participação do acompanhante durante todo o período de internação do parto e pós parto, e demonstrou que, de 23.940 entrevistadas 24,5%, não tiveram acompanhamento algum durante a internação, 75,5% algum forma de acompanhamento no período de internação, 18,8% acompanhante contínuo e 56,7% acompanhante parcial.

Distribuídos por regiões verificou-se que os melhores resultados ficaram entre a Região Sudeste com 23,1%, e Região Sul com 22,6%, com 38,9% a pior Região foi Centro-oeste, onde as mulheres não tiveram nenhum acompanhante. Uma situação observada neste estudo foi que as instituições que eram acreditadas como “Amigo da Criança”, foram as que menos, observou-se a ausência do acompanhante e principalmente, nos que receberam o Prêmio Galba de Araujo

46,2%. Observa-se, portanto, a necessidade de cada vez mais conscientizar equipes e instituições, para uma maior inclusão deste acompanhante no processo de trabalho de parto e parto (DINIZ et al., 2014).

O Prêmio Galba de Araújo foi criado em 1999 pelo Ministério da Saúde, através da Portaria nº 238/GM em 19 de fevereiro de 2004 e que reconhece através de prêmios, instituições e redes integradas do sistema único de saúde, que praticam o atendimento humanizado, a mulher e ao recém-nascido, através de práticas e estímulo ao parto normal e ao aleitamento materno. Esta Portaria regulamenta e direciona os critérios necessários, para que a instituição que tenha interesse em receber o prêmio se inscreva. Entre os regulamentos estabelecidos nessa Portaria, existem alguns específicos ao atendimento a gestante, como o do inciso II.6, que cita “Permitir a presença de acompanhante no pré-parto, parto e puerpério, incluindo instalações apropriadas” (BRASIL, 2004).

Com relação à causa de morte materna, outro fator presente é o aborto clandestino, e para tanto, é necessário que as políticas nacionais, voltem-se também, a formas de melhor formação, e atuação dos profissionais quanto à gravidez indesejada, sendo este, o fator predominante na busca ao aborto. As estatísticas não mostram a realidade, visto que, nos locais de atendimento não há preparo dos profissionais, tendo como resultado uma atenção excludente (BRASIL, 2011b).

A situação do aborto, em muitos casos é autenticada no planejamento familiar, especificamente na pouca participação do esposo/companheiro e na gravidez indesejada. Relatos dessa participação são observados de forma isolada e somente em alguns serviços. Percebe-se, portanto, o despreparo dos profissionais, ao envolver e incluir os homens, principalmente os mais jovens em educação em saúde, e na busca de uma vida sexual responsável, e reprodução adequada (BRASIL, 2011b).

Um estudo realizado em 2013, em diversos países entre eles o Irã, autentica essa necessidade, de investimento na formação profissional. Foi detectado nesse estudo, que entre os fatores que favoreceu esse país, como um dos líderes em menor índice de mortalidade materna, foi o investimento em formação profissional e educação em saúde (SOLTANI; FAIR; HAKIMI, 2014).

No Brasil com intuito de voltar o olhar a esse atendimento e buscar novas formas de acesso, e inclusão de todos á saúde, em 2003 é implantado a Política Nacional de Humanização (PNH), com objetivos de: (BRASIL, 2010b; PASCHE; PASSOS; HENNINGTON, 2011).

Enfrentar desafios enunciados pela sociedade brasileira quanto à qualidade e à dignidade no cuidado em saúde; redesenhar e articular iniciativas de humanização do SUS e enfrentar problemas no campo da organização e da gestão do trabalho em saúde que têm produzido reflexos desfavoráveis tanto na produção de saúde como na vida dos trabalhadores (PASCHE; PASSOS; HENNINGTON, 2011, p. 4542).

Para tanto, a proposta vem pautada na formação profissional, com práticas voltadas e materializadas, na relação entre os sujeitos envolvidos e na construção do cuidado nas suas várias formas, extrapolando o técnico-científico, ou mera transmissão do conhecimento. O objetivo dessa formação é o processo de formação-intervencionista, “articular a produção de conhecimento, com interferência nas práticas de atenção e gestão, produção de saúde e produção de sujeitos de modo indissociável”, tornando-o co-responsável na gestão do serviço e conhecedor de direitos e deveres frente ao usuário (BRASIL, 2010s).

Esse enfoque na formação profissional, objetiva multiplicar os agentes responsáveis, pelo processo de produção da saúde exercida em sua totalidade, de forma digna e com respeito ao usuário e a seus direitos enquanto cidadão (PASCHE; PASSOS; HENNINGTON, 2011).

O PNH busca valorizar o usuário e o acompanhante e usa esse termo, referindo-se a ele como “representante da rede social da pessoa internada, que a acompanha durante sua permanência no ambiente de assistência à saúde”. A presença do acompanhante é vista como um componente necessário, a produção da saúde e da autonomia da parturiente, de sua família e da comunidade (BRASIL, 2010b).

O enfoque dado pelo PNH ao acompanhante, considera-o como parte da rede social (família, amigos e comunidade) e, portanto, deve receber orientação necessária, para a promoção da continuidade dos cuidados no âmbito familiar e no restabelecimento da vitalidade com segurança e confiança, onde sua presença é pelo desejo da paciente, ganhando com isso uma posição de co-participantes, no processo saúde-doença (BRASIL, 2010b).

Em paralelo a essa política e na perspectiva de inclusão familiar no período gestacional, em 2005 é preconizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2005) como meta, o preparo da gestante e do bebê para o nascimento, e ao atendimento de toda a família para esse momento, como parte da rede social da gestante.

O termo rede social, para Franco e Costa (2012), representa enquanto participação familiar, um diferenciador entre fonte de cuidado, na garantia de sobrevivência e no favorecimento de condições, que afetam mentalmente o indivíduo, merecendo a atenção multidisciplinar nesse contexto.

A inclusão do acompanhante deve ser vista desde o pré-natal, como membro da rede social e início do vínculo familiar, portanto, parte integrante do processo de gestação. Nesse processo, o profissional tem o papel fundamental, enquanto agente de ações educativas, pois é nesse momento, que o acompanhante torna-se co-participante e é preparado para todo o processo gestacional, trabalho de parto, parto e puerpério, para a continuidade dos cuidados após a alta hospitalar.

Quando o acompanhante é representado pela figura do pai da criança, outro fator observado é a contribuição na maior duração do aleitamento materno, na maior ajuda e na valorização das parturientes, e/ou puérperas, através do estímulo e fortalecimento do vínculo familiar entre pai, mãe e o recém-nascido. Porém, não esquecendo que para ele, esse processo configura-se como novo e poderá sofrer algum impacto mediante tal fato. Faz-se necessário então, que a equipe coloque-se ao lado da família, na posição de quem escuta e apóia (BRASIL, 2009b; 2010t; 2014n).

Para o programa HumanizaSUS, a pessoa internada é afastada do convívio familiar e destituída de qualquer papel no processo, isso é observado na estrutura dos hospitais e na equipe de saúde, onde a presença do acompanhante, torna-se indevida e pouco atrativa, quando visto como uma demanda a ser tratada (BRASIL, 2009b; 2010t).

Essa visão sobre o acompanhante tem como consequência, a dificuldade de compreensão por parte da equipe e dos familiares, na continuidade dos cuidados na alta hospitalar

O humanizaSUS propõe para as maternidades, alguns direcionamentos para a recepção a este acompanhante e entre eles, proporcionar ambiente adequado,

orientá-lo quanto às ações que podem ser executadas por ele e incentivá-lo a dar apoio físico e emocional, apontando vantagens como, tornarem-se divulgadores das orientações aos acompanhantes recém-chegados, e o fato de serem os primeiros a alertar a equipe em caso de intercorrência, ou alteração no quadro da parturiente (BRASIL, 2009b).

A presença do acompanhante defendida pelo programa Humaniza SUS, ao atendimento no processo de trabalho de parto e parto, prevê que este, colabore na retomada da autonomia da parturiente e como consequência o necessário para seu restabelecimento, sendo este, escolhido pela parturiente, independente de seu grau de parentesco, como o “próprio marido, o namorado, a mãe, a amiga, a irmã, a vizinha, ou qualquer pessoa com a qual ela se sinta confiante para viver tal experiência”, e que possa desenvolver atividade de encorajamento e apoio a essa mulher, no intuito de confirmar sua vivência na experiência do parto (BRASIL, 2009b).

A pesquisa Nascer no Brasil, também identificou a relação do grau de parentesco do acompanhante, nas mulheres que tiveram essa presença contínua num total de 18,8%, observando dessa porcentagem que, 35,4% eram seus parceiros, 26,2% eram mãe, irmão ou amigos, ainda ficou detectado que, em 92,8% das mulheres que tinham acompanhante, este foi por escolha da mulher (DINIZ et al, 2014).

O envolvimento diário facilita o entendimento do acompanhante quanto ao processo e preparação para a alta, já que está presente nas visitas médicas, de enfermagem e durante a assistência prestada, o que permite a maior familiarização quanto aos cuidados necessários a puérpera e ao recém-nascido (BRASIL, 1993).

Esse envolvimento, aliado as práticas de intervenção educativa pela equipe de enfermagem, através de programas específicos na promoção ao aleitamento materno e na prática de cuidados adequados ao recém-nascido, leva até os pais, um melhor entendimento e interpretação do crescimento e comportamento do seu filho e promove a continuidade dessas intervenções, fora do ambiente hospitalar (SALONEN et al., 2010).

Com o avanço frente às necessidades do programa de atenção a saúde da mulher e com a delineação de suas diretrizes, principalmente quanto à redução da mortalidade materna e neonatal, foi criada em abril de 2005 a Lei nº 11.108, que

vem “garantir as essas parturientes o direito à presença de um acompanhante de sua escolha durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS” (BRASIL, 2005a).

A partir da implantação da Lei do Acompanhante, as instituições foram adequando-se gradativamente e em muitas com baixa aplicabilidade, já que esta adequação vai desde a conscientização da equipe, o acolhimento ao acompanhante e as condições estruturais.

Segundo Brüggemann et al., (2014), para garantir a aplicação dessa Lei, outros documentos foram lançados, tanto no setor público como no privado. No setor público em 2005, a Portaria nº 2418, do Ministério da Saúde (MS), através do pagamento das despesas no processo “parturitivo” do acompanhante, em acomodação e principais refeições e em 2008, a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36, que dispõe sobre regulamento técnico para normas de funcionamento dos serviços de atenção obstétrica e neonatal, com parâmetros necessários a uma estrutura física adequada e segura, para a promoção e melhoria da qualidade nos serviços de saúde. No setor privado em 2010, a Resolução Normativa nº 211, revogada pela Resolução Normativa nº 338, de 21 de outubro de 2013, pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, dispõe na subseção IV, do Plano Hospitalar, Art. 22, inciso I, sobre a cobertura de todas as despesas com acompanhante, no pré-parto, parto e pós-parto imediato por 48 horas, independente do plano nos atendimentos obstétrico. (BRASIL, 2005b; 2013e)

Um dos fatores que propicia a baixa aplicabilidade, ainda existente nessa adequação é a falta de informação por parte das instituições, na chegada da gestante referente aos seus direitos constituídos pela Lei nº 11.108 de 2005. Em muitos casos, para não gerar uma situação de desconforto na sua internação, as gestantes e seus familiares optam, em não buscar esse direito (FRUTUOSO; BRÜGGEMANN, 2013).

A Lei nº 11.108 de 2005, favorece essa relação mãe, filho e acompanhante e a presença do pai junto à mãe e ao bebê, faz parte da estruturação e da formação familiar e irá influenciar seus comportamentos, equilíbrio emocional e agressividade, dependendo da criação desse vínculo, que podem gerar relações estáveis ou fonte de violência posterior. Esse vínculo iniciado no pré-natal e fortalecido no momento

do parto e nas primeiras horas que se seguem após o parto, continua nos próximos dias no período puerperal (PASQUAL; BRACCIALI; VOLPONI, 2010).

Apesar de todas essas implantações, e ainda com um índice elevado de mortalidade materna, em 2011 uma nova estratégia é lançada através do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede Cegonha (RC). Instituída pela Portaria MS/GM nº 1.459/2011, até 2013, a RC teve a adesão de 5.488 municípios e foi organizada através de componentes como, pré-natal, parto e nascimento, puerpério, atenção à saúde da criança e sistema logístico e cita em seu art. 3. objetivos de: (BRASIL, 2011e).

- a) Fomentar a implementação de um novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos 24 meses;
- b) Organizar a Rede de Atenção à saúde da mulher e da criança para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade;
- c) Reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal.

A RC reconhece a mortalidade materna e infantil como sendo uma prioridade a ser resolvida e como um desafio, na conquista de uma assistência de qualidade, para tanto ampliou a atenção ao cuidado de forma integral, com uma proposta de atendimento humanizado e interdisciplinar, tanto ao binômio (mãe e filho), como para a sua família (BRASIL, 2011c; RATTNER, 2014).

Nesse sentido a RC destaca entre as implementações de suas estratégias, assegurar direitos reprodutivos às mulheres, uma atenção humanizada na gravidez, parto, pós parto e puerpério, e destacando para isso como uma de suas ações a:

Incorporação de boas práticas de atenção à saúde baseada em evidências científicas, nos termos do documento da Organização Mundial de Saúde, de 1996: “Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento”, com ênfase na garantia do acompanhante durante o acolhimento e o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (BRASIL, 2011c, p.11).

Outras recomendações são dispostas pela RC e que fazem parte do rol de boas práticas, a serem adotadas nos estabelecimentos, que realizam o atendimento ao parto e nascimento. Essas recomendações são divididas em quatro categorias e nesse estudo iremos destacar a Categoria A – Práticas já demonstrada úteis e que devem ser estimuladas, com destaque em um de seus itens, o “respeito á escolha da mulher sobre seu acompanhante no trabalho de parto e parto” (BRASIL, 2011e).

O Paraná que busca a implementação da RC, em todas as instituições que prestam atendimento ao parto, teve em 2014, em sua Capital, Curitiba, do total dos nascimentos até novembro pelo Sistema Único de Saúde (SUS), 65% de parto normal. Esse resultado é fruto de um trabalho implantado em 2013 junto às maternidades, que realizam o atendimento aos partos através do SUS, no incentivo ao parto humanizado e a presença do acompanhante escolhido pela parturiente do pré-parto ao pós-parto. Com esse trabalho observou-se uma redução em medidas intervencionistas, como a episiotomia, de 90% para 15%. Porém ainda observa-se um alto índice de cesárea. (CURITIBAa, 2014).

Curitiba tem em seu contexto de história, na valorização da saúde da mulher e do recém-nascido, instituído desde 1999, o programa Mãe Curitibana, com princípios norteadores em: (CURITIBA, 2014b, 2012)

- a) Responsabilizar a equipe da unidade básica pela saúde do binômio e filho;
- b) Responsabilizar o serviço hospitalar de referência pelo atendimento integral da gestante e do recém-nascido.

O programa Mãe Curitiba, prioriza o atendimento a gestante o pré-natal, parto e puerpério, e realiza através de oficinas para as gestantes, orientações sobre a gestação, parto, aleitamento materno, cuidados com o recém-nascido e planejamento familiar. Outro ponto preconizado pelo programa são as visitas as maternidades de referência para o parto, e o incentivo a participação do acompanhante escolhido pela gestante, no intuito de promover a estes, o conhecimento sobre o local do nascimento do bebê e outras informações ou dúvidas das gestantes e familiares (CURITIBA, 2014, 2012).

Ainda como parte desse programa, no puerpério, trabalha com consulta puerperal da mãe e avaliação do bebê (vacinação e acompanhamento de risco, aleitamento materno e busca ativa) e a captação da mãe para o planejamento familiar.

Em 2009 esse programa implantou como parte de suas ações, o “Pai Presente no pré-natal”, contando com a participação do pai em todas as fases mencionadas do programa. O programa Mãe Curitiba foi premiado por diversas vezes (2001, 2003, 2005, 2008 e 2011), por sua prática voltada à saúde da mulher e da criança, com reconhecimento nacional e internacional, e já serviu como base

para implantações de programas em outros estados como Mãe Paulistana e Mãe Coruja – Pernambuco (CURITIBA, 2014, 2012).

Apesar de nosso objetivo ser a participação do acompanhante no processo de trabalho de parto e parto, independente do sexo ou grau de parentesco, o planejamento em ações ao estímulo e incentivo a participação do homem na vida familiar, na paternidade na vida sexual e reprodutiva, vai ao encontro da proposta defendida na saúde da mulher. Esses pontos interligados melhoram a vida familiar, e favorece o objetivo na redução da mortalidade com uma reprodução consciente e participativa.

A inversão de papéis hoje observada na vida familiar decorrente das conquistas das mulheres na vida profissional, e em uma maior inserção no mercado de trabalho aproximou o homem nos cuidados domésticos, e no convívio com os filhos. Na relação familiar a participação do pai adquiriu um novo papel na atenção ao nascimento, o que motivou os programas de estímulo a participação do pai, iniciando desde o pré-natal (BENAZZI; LIMA; SOUZA, 2011).

Benazzi, Lima e Souza (2011), citam em seu estudo, alguns depoimentos sobre o interesse do homem em participar da gestação de seus filhos e de como essa expectativa, levaram procura de uma melhor compreensão através da busca em revistas, jornais e na mídia.

Fato hoje disseminado entre a população, mas que muitas vezes não traz o efeito desejado, como exemplo a dificuldade em encontrar e entender as informações. Portanto, esta nova realidade, na busca de melhor compreensão por parte dos pais desse processo gestacional, deve estar vinculada à indicação pela equipe de enfermagem a sites confiáveis de informações adicionais, no intuito de auxiliar um melhor entendimento da mídia eletrônica, tornando-a um recurso positivo de busca (SALONEM et al., 2010).

O processo de trabalho de parto e parto gera nas mães e nos pais diversos sentimentos, identificar quais podem ser auxiliados pela equipe, no sentido de proporcionar maior segurança, é um fator relevante e que melhora o ambiente, no qual esta família está inserida, assim como os cuidados prestados a parturiente, e as condições do recém-nascido. As orientações de enfermagem contribuem para que essa experiência seja vivenciada de forma positiva, não considerada de forma

isolada, mas como parte desse contexto que envolve, desde a gestação ao nascimento (BÉLANGER-LÉVESQUE, 2014).

A experiência vivenciada pelos pais, especificamente o pai, ainda é pouco pesquisada segundo Bélanger-Lévesque (2014), sugerindo a pesquisa voltada a esse enfoque, relatando que a relação entre mãe, recém-nascido e o pai, também faz parte desse momento, e como ele é vivenciado, na figura do pai do recém-nascido, poderá influenciar no futuro dessa relação familiar.

A educação em saúde, direcionada ao melhor preparo das mães e os seus parceiros para o parto, ainda é motivo de mais estudos, no sentido de garantir que os profissionais atuem de forma eficaz nesses programas (GAGNON; SANDALL, 2007; SANDALL, 2013; DODOU et al., 2014; OLIVEIRA, et al., 2009).

Assim como as informações dadas desde o pré-natal, desenvolve nas mulheres, um sentimento de satisfação pelo melhor preparo, também devem contribuir no esclarecimento de crenças familiares e que podem gerar angústia nas gestantes durante o processo de trabalho de parto. Um estudo no Malawi trabalhou este tema, onde foi detectado através de entrevistas com as puérperas, que estas gostariam de ter essa informação logo no início da gravidez, descrevendo que as expectativas quanto ao parto, já se iniciam nesse momento. No estudo verificou-se que muitas vezes, as informações repassadas são baseadas nas percepções dos profissionais. É necessário a reformulação nos programas de orientação, e no preparo dos profissionais, quanto a desenvolverem temas também de interesse das gestantes (MALATA; CHIRWA, 2011).

Portanto, o profissional de saúde deve estar atento na realização do pré-natal, dando a este acompanhante atenção e informação necessária, para torná-lo confiante no seu papel e atuação junto à gestante, parturiente e posterior puérpera, favorecendo e fortalecendo suas competências naturais.

2.3 HUMANIZAÇÃO NO PROCESSO DE TRABALHO DE PARTO E PARTO

Entre 2004-2005 em *South Wollo*, na Etiopia, foi verificado que as mulheres preferiam ter seus filhos em casa, na presença de uma parteira tradicional (yimidaw-Alaj), do que ir para os centros de saúde, pois consideravam que, para dar a luz a um bebê, não era necessário sair de casa, e segundo elas, somente nos casos de intervenção por sangramento, ou outras complicações relacionadas ao parto, os centros de saúde eram necessários. Nessa pesquisa, um fator evidenciado na presença das mulheres nas unidades de atendimento, é que a equipe de saúde não permitia a entrada de acompanhantes, causando-lhes desconforto, por estar frente a desconhecidos, favorecendo a preferência do parto em casa, com seus parentes e familiares (BEDFORD et al., 2013).

A pesquisa revelou que, para despertar o interesse da gestante na procura ao centro de saúde, inclusive para a realização do pré-natal, era imprescindível, uma melhora quanto ao acolhimento das parturientes e de seus familiares, aprimorando assim, o meio ambiente, a interação pessoal e o favorecimento da confiança dessas mulheres (BEDFORD et al., 2013).

O acompanhamento envolvendo a mulher desde a gestação, incluindo o pré-natal e o nascimento, foi foco de uma pesquisa internacional, que envolveu 16.242 mulheres grávidas de baixo risco e comparou que, quando este acompanhamento era feito sob a responsabilidade de uma enfermeira obstetra, o índice de intervenção foi menor, das que foram acompanhadas através do modelo biomédico, liderado pela assistência médica. Esse modelo de assistência liderado por obstetrias, considera a gestação um processo normal, onde a mulher pode passar por ela, com o mínimo de intervenções (SANDALL et al, 2013).

No Irã programas com oficinas de pré-natal foram realizados, com a participação não somente das gestantes, mas também dos seus cônjuges, detectando que a presença do casal e orientações voltadas à entrega natural no processo de trabalho de parto e parto, levava a preferência pelo parto normal. Esse estudo comprovou o fato de que a orientação desde o pré-natal, sobre o processo de trabalho de parto e a participação do acompanhante, produz melhores efeitos através da maior autonomia de escolha da família e conseqüentemente a redução de práticas intervencionistas (VALIANI; HAGHIGHATDANA; EHSANPOUR, 2014).

Em desacordo a esse modelo, ainda é verificado que o despreparo de algumas instituições, na forma de acolhimento, apresenta como consequência, uma equipe que promove sentimento de insegurança e desconforto, principalmente no acompanhante, tendo como um dos fatores, a falta de informação quanto sua participação no processo de trabalho de parto e parto. Apesar dos acompanhantes se sentirem, inseguros pela falta de conhecimento na sua forma de atuação, para as parturientes, a presença de alguém escolhido por ela traz segurança e apoio (MOTTA; CREPALDI, 2005; HOGA; PINTO, 2007).

O acolhimento favorece um ambiente apropriado de comunicação e quando orientados pela enfermagem, o acompanhante pode realizar ações como: apoio na deambulação, auxílio ao banho e massagem, que são métodos não farmacológicos, e cientificamente comprovados no alívio da dor, e que em conjunto, levam a redução do stress e da ansiedade da parturiente durante o processo de trabalho de parto e parto (FRUTUOSO; BRÜGGERMANN, 2013).

Em uma pesquisa internacional, realizada em 2012 com a participação de 15 países, entre eles o Brasil e que envolveu 15.000 mulheres, foi observada que a presença de um membro da rede social da mulher, durante o processo de trabalho de parto e parto, propiciou a estas, maior tranquilidade, e refletiu em menor quantidade de métodos intervencionista (HODNETT, 2013).

A pesquisa Nascer no Brasil (2014), identificou casos de violência verbal, psicológica ou física por parte dos profissionais durante o atendimento, e foi constatado maior prevalência na região Nordeste, porém observado que estes eram inibidos quando a gestante estava acompanhada. Sendo então analisado, que a presença de um acompanhante junto à parturiente, favorece o processo de trabalho de parto e parto, permite maior respeito por parte dos profissionais, esclarecimentos nas informações e maior possibilidade nas tomadas de decisões (D'ORSI, 2014), fato que corrobora com Hodnett (2013), quanto à importância da valorização da presença de um membro da rede social da mulher, a fim de proporcionar uma melhor vivência durante esse momento.

Com melhores informações, o acompanhante tem a possibilidade de desenvolver várias ações durante o processo do trabalho de parto e as mulheres que receberam esse apoio de forma efetiva, estavam mais propensas ao parto vaginal, ao não uso de medicamentos para “alívio da dor” e tiveram seus bebês em

trabalho de parto mais curto e com melhores condições referente ao Apgar, método que avalia os reflexos do recém-nascido ao nascimento (HODNETT, 2013).

Apesar de fazer parte das boas práticas preconizada pela OMS em 1996, ter o acompanhante junto à parturiente no processo de trabalho de parto e parto, muitos hospitais ainda não aderiram a essa prática e essa é também uma realidade de outros países, como exemplo o Japão, que apesar de ter instituído como modelo de cuidado o parto humanizado, ainda há hospitais e centros de parto, que não permitem a participação do acompanhante ou somente com o curso de pré-natal (BEHRUZI et al., 2010).

Porém com os programas implantados no Japão e no intenso incentivo ao parto humanizado pelo governo japonês, as enfermeiras obstetras japonesas, consideram que, trabalhar com parto humanizado, não se refere apenas à uma ação, mas uma forma de trabalhar com o ser humano e que irá afetar não só a mãe, mas sua família e implicar na continuidade nos cuidados domiciliares. Para as mães, parto humanizado é o respeito dos profissionais frente as suas vontades, sendo esta uma forma de empoderamento dessas mulheres (BEHRUZI et al., 2010).

Johansson, Fenwick e Premberg (2014), relataram em seu estudo de revisão sobre o tema participação do pai no nascimento, que a grande maioria dos homens, sentem o desejo em estar presente ao lado da sua parceira no trabalho de parto e no nascimento e de realizar ações como, pegar na mão, estar ao lado, conversar e ser a voz da parceira ao expressar a equipe suas necessidades, fornecendo assim apoio físico e emocional.

Para esses pais, mesmo quando sua participação não estava programada, o momento do nascimento gerou expectativa, assim como para outros onde o fato de estar presente, era natural. Alguns pais relataram que queriam ser considerados como parte do casal em trabalho de parto e assim, valorizados pela equipe, pois estar presente para eles significava, ser um bom pai, ter compromisso com sua parceira e com sua unidade familiar (JOHANSSON; FENWICK; PREMBERG, 2014).

Valorizar essa presença, é pensar em um ambiente acolhedor para receber a parturiente e o acompanhante, para isso, podemos nos reportar aos escritos de Florence Nightingale, que pauta como foco central, a relação ambiental, como meio de favorecimento no processo de recuperação do indivíduo (NIGHTINGALE, 1902).

Florence destaca que, um ambiente favorável, leva a natureza a agir sobre um indivíduo e que por meio dessa promoção, este possa cuidar-se e cuidar do outro. Nesse contexto o papel da enfermeira seria o de ajudar o doente a manter suas forças vitais (CAMPONOGORA, 2012).

Para George (2000), o conjunto de ações mencionadas por Florence no processo saúde-doença e direcionados ao fortalecimento da autonomia da parturiente, eleva sua força interior existente e contrabalança o estresse ambiental, colaborando para a não diminuição da energia necessária a cura e que para este estudo, refere-se ao restabelecimento no pós-parto, ao estado do corpo não gravídico,

Esse direcionamento compete a enfermagem enquanto disciplina profissão e trabalho, já que é a profissão que trata do cuidado no sentido já previamente desenvolvido e reforçado por Florence, quando relaciona a enfermagem, como facilitadora na promoção de um ambiente, que beneficie a ação da natureza proporcionando ao indivíduo, o fortalecimento do seu poder vital e do bem estar na sua individualidade, complexidade e integralidade (PIRES, 2009).

O ambiente proporcionado pela equipe de enfermagem influencia a restauração do poder pessoal, pois conforme, Carraro *et al.*(2008):

Confortar requer considerar como condição principal um ambiente favorável, isto é, um ambiente em que a pessoa se sinta cuidada (que seja acolhedor, atencioso, amoroso, caloroso, proteção, bem-estar). As vantagens do conforto são a recuperação da força, do poder pessoal, do ânimo, do bem estar, do crescimento, da capacidade de mobilização dos mecanismos de enfrentamento, do desempenho dos papéis usuais, da melhoria da qualidade de vida e da adaptação á condição que se está vivenciando.

Essa influência no âmbito de estrutura de apoio interno, confirma os estudos de Mota *et al.* (2010), onde foi verificado a necessidade dos profissionais, voltarem-se ao envolvimento familiar, como aliada nos cuidados e principalmente na continuidade e manutenção destes no domicílio.

A participação familiar no atendimento a parturiente refere-se à promoção da vida, e que segundo Pires (2009), leva o bem estar aos indivíduos, á potencialização do seu poder vital e vai ao encontro das diretrizes do SUS, no atendimento de forma integral, cuidando da complexidade e da individualidade do ser humano.

Ao considerar que o ser humano faz parte de um contexto, onde tem suas relações previamente estabelecidas, não se pode separar mulher parturiente, recém-nascido e o acompanhante, pois todos estão interligados.

Em um estudo desenvolvido em Portugal em 2012, sobre o fortalecimento do vínculo afetivo, com a participação do acompanhante no processo de trabalho de parto e parto, foi constatado que, a participação do pai no acompanhamento desde no pré-natal até o nascimento, favoreceu o envolvimento emocional precoce com o filho e o fortalecimento do vínculo afetivo familiar (NOGUEIRA; FERREIRA, 2012; JOHANSSON, FENWICK; PREMBERG, 2014).

Assim, como durante o período pós-parto, que gera desafios de adaptação, envolvendo as mães, sendo um deles, o retorno do seu corpo ao estado não gravídico, para os pais esse período gera desafios quanto a sua nova função como pai, sua interação com o filho e com a família (SALONEN, *et al.*, 2010).

Segundo Franco e Costa (2012), nessa convivência familiar é que se constrói o grau de relação e relevância entre os pares, é também no seu interior, que os primeiros atendimentos ou apoio, são registrados em uma situação de adoecimento e alteração no processo habitual de saúde. Refletindo nessa atuação, que existe na família um conhecimento pré-estabelecido e que gera reflexos na forma de atendimento pela equipe multidisciplinar.

O tema, ausência ou distanciamento do familiar, foi devidamente estudado por Carraro (1994), quando se referiu, as situações do processo cirúrgico, que geravam enfraquecimento no poder vital dos sujeitos envolvidos e como este era restabelecido, no momento em que os familiares eram estimulados a envolver-se nos cuidados. A autora aponta, que o envolvimento na assistência tornava-os não apenas receptores, mas participantes efetivos e conhecedores do processo saúde-doença, favorecendo a potencialização do seu poder vital.

A expressão aqui mencionada “poder vital”, foi citada pela primeira vez nos estudos de Carraro em 1994 e conceituada “como uma força inata ao ser humano”. Termo este resgatado por Carraro, dos escritos de Florence, quando esta, definiu o poder vital, como presente em todo ser humano e usado para vivenciar o processo saúde-doença.

Carraro (1994) cita que, o poder vital pode ser potencializado de forma individual e que para tanto, existem as variáveis que podem influenciar, sendo

classificadas em condições e influências internas e que são as características individuais/particulares, a cada situação vivenciada, como relacionamento interpessoal, confiança, segurança, motivação, além das condições e influências externas, que fazem parte do ambiente de inserção, equipe multiprofissional, e que proporcionam conforto e bem estar.

Após esse estudo desenvolvido por Carraro, o tema poder vital, vem sendo estudado e aplicado por vários pesquisadores e entre estes, sua relação com a gestante, nas várias fases de gestação e puerpério e o acompanhante, como parte do processo e fonte de segurança e conforto para a parturiente.

Ao pesquisar sobre o legado de Florence Nithingale e a relação dos agentes potencializadores ou enfraquecedores do poder vital, no processo de hospitalização, observou-se que, na maioria dos estudos analisados, a referência ao poder vital, foi utilizada no processo de trabalho de parto, parto e pós-parto (NITHINGALE, 1902; CARRARO, 2004; CARRARO *et al.*, 2008; MACEDO *et al.*, 2008; PIRES, 2009; FRELLO; CARRARO, 2010; CAMPOGNARA, 2012; BERNARDI; CARRARO, 2014; KUNZLER, 2006).

O resultado desta análise evidenciou um dos fatores a pontencializar o poder vital das parturientes, como sendo a presença do acompanhante e este relacionado ao favorecimento e no andamento do processo de trabalho de parto, parto e pós-parto. Outro fator foi à importância da conscientização da equipe de enfermagem, ao favorecimento, deste meio de inserção da parturiente e do acompanhante, através de um atendimento de forma humanizada e como consequência a potencialização do poder vital de cada um.

Ainda quanto ao atendimento de enfermagem, este foi relacionado ao sentido previamente desenvolvido e citado por Florence, quanto a ser realizado não somente com foco na utilização de técnicas e forma fragmentada, mas com uma visão do todo e de forma individualizada, com foco no bem estar social, emocional, nutricional e espiritual (NIGHTINGALE, 1902; CARRARO, 2004; CARRARO *et al.*, 2008; MACEDO *et al.*, 2008; PIRES, 2009; FRELLO; CARRARO, 2010; CAMPOGNARA, 2012; BERNARDI; CARRARO, 2014).

O fortalecimento da energia vital do acompanhante, depende de como este se percebe inserido no processo e como consequência, a sua melhor interação. A enfermagem deve ver o acompanhante, não com a responsabilidade de ser o

facilitador no processo de trabalho parto e parto, mas como um apoiador e com o desejo de fornecer através das suas ações, maior segurança e autonomia a esta parturiente (MOTTA; CREPALDI, 2005).

Segundo Frello (2013, p. 40), “o poder vital é a força de vida do ser humano” e este pode ser mobilizado positivamente ou negativamente, facilitando ou contribuindo para o quadro da doença e a maneira como isso irá acontecer, terá como variáveis os fatores ambientais no qual ele está inserido.

O ambiente no sentido de estrutura física, o acolhimento da enfermagem como fonte de equilíbrio e informação, leva o acompanhante a uma melhor participação no processo de trabalho de parto, visto que, este direcionamento muitas vezes ocorre somente para a parturiente. Quanto a esse processo, deve-se avaliar que todas as Leis e Portarias criadas com foco no binômio (mãe e filho), destacam a presença e participação do acompanhante, assim como a necessidade de um atendimento por parte dos profissionais de forma diferenciada, porém, ainda hoje, estes benefícios não são observados com a presença dos familiares (BRASIL, 2004; HODNETT *et al.*, 2013).

Participar do processo do trabalho de parto e parto, sem as informações sobre seu papel ao lado da parturiente, gera no acompanhante sensação de despreparo e até mesmo a sensação de um ambiente “assustador”. Observado no estudo de Johansson, Fenwick e Premberg (2014), quando relatado pelos acompanhantes um preparo no pré-natal, cursos ou informações contínuas da equipe sobre o processo de trabalho de parto, estes se sentiam mais confiantes e auxiliavam até mesmo nos momentos críticos. Isso tudo no estudo, foi classificado como a diferença no papel da equipe, que quando não apóia o acompanhante, este se sente preocupado, impotente e inseguro, causando sensação de angústia e insatisfação.

Os pais se sentem e se mostram menos preparados para o parto, principalmente quando o sentimento é de abandonado e exclusão durante o processo. O evento do nascimento é importante na vida do pai e deve ser acompanhando pela equipe, pois mesmo com sentimento de insegurança, eles consideram boa a experiência em participar do nascimento dos seus filhos, apresentando sentimento de orgulho pela paternidade, de amor e gratidão por sua parceira (BÉLANGER-LÉVESQUE *et al.*, 2014).

Nessa perspectiva, o profissional de enfermagem deve estar preparado para valorizar a experiência da parturiente e de entender a família como parte do processo reprodutivo e núcleo social básico, no qual esta parturiente está inserida e onde será inserido o recém-nascido, o que permitirá a estes, o direcionamento do parto, através de suas crenças e valores e comportará aos profissionais, uma comunicação ativa, com a melhor observação das necessidades da parturiente, tanto fisiológica emocional e sócio-cultural (MERIGHI; GUALDA, 2009).

Um fator importante e analisado por Malacrida e Boulton (2012), verificou que, muitas mulheres têm a visão de que o parto e principalmente o vaginal, leva a uma alteração da sexualidade e apresentam a preocupação, de seu parceiro vivenciar o nascimento, perder o interesse sexual ou sofrer o abandono, pela não disponibilidade sexual após o parto.

Esse estudo demonstra a importância da desmistificação desse processo pela equipe, através de atendimento de qualidade desde o pré-natal, buscando a inserção familiar, com orientações e informações sobre o significado e passos do processo do trabalho de parto e parto, para que este não seja visto como algo a transgredir a feminilidade ou a sexualidade de uma a mulher e com um melhor entendimento e controle sobre os métodos intervencionistas.

O atendimento realizado de forma humanizada contempla uma assistência de qualidade e vai ao encontro do reconhecimento dos direitos que a mulher tem buscado ao longo de sua história enquanto gênero, e principalmente seus direitos enquanto cidadã.

3 MÉTODO

O presente estudo tem como objeto de pesquisa o acompanhante da parturiente durante o processo de trabalho de parto e parto. Devido a isso se optou por trabalhar com pesquisa descritiva de abordagem qualitativa.

3.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de um estudo qualitativo e descritivo, no qual descrição foi feita a partir do ponto de vista ou da experiência dos participantes. A aprendizagem teve como foco, o significado que estes dão a situação vivenciada, sem a influência das concepções do pesquisador (CRESWELL, 2010).

Os pesquisadores qualitativos reúnem informações através da fala direta com as pessoas, observando como elas se comportam e agem dentro de seu contexto, pois tendem a realizar a coleta onde o participante vivencia a situação ou o objeto do estudo, extraíndo sentido, organizando em categorias ou temas, que cobrem todas as fontes de dados, utilizando-se para isso múltipla fonte de dados entre eles a entrevista, fonte de escolha dessa pesquisa (CRESWELL, 2007; 2010).

A forma de codificação segundo Creswell (2010) pode ser realizada através da análise detalhada, com a utilização do processo de codificação manual após as transcrições e feitas à mão pelo pesquisador. Após esse processo o pesquisador poderá utilizar-se de esquemas de cores, colagem e recorte de segmentos de textos, em material como cartão de anotação para iniciar a etapa em dar significado a estes segmentos.

Outra forma também citada por Creswell (2010) é a utilização de programas de computador qualitativos e que auxiliam na codificação e organização quanto às informações necessárias na escrita, embora não dispense do pesquisador a busca na transcrição quanto à extração dos sentidos após essa codificação realizada pelo programa de software e opção de escolha desta estuda.

3.2 LOCAL E CONTEXTO DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada no setor de alojamento conjunto, em um Hospital Público Federal, que se caracteriza por ser um Hospital de Ensino, do Sul do Brasil e referência para o atendimento de alta complexidade. Presta atendimento a toda população do estado, sendo também procurado por outros, por ser referência nacional em alguns serviços. É uma instituição que faz parte da Rede Cegonha, possui o título de Hospital Amigo da Criança desde 1995, cumprindo assim os critérios estabelecidos pela Portaria nº 1.153 de 22 de maio de 2014 com relação aos 10 passos preconizados pela IHAC (Iniciativa Hospital Amigo da Criança) e desde 2014 como parte de suas práticas o método Mãe Canguru. Recebe alunos dos diversos cursos da área de saúde (graduação e pós-graduação), para trabalhar com ensino, pesquisa e extensão e possui o programa de residência médica e multiprofissional com diversas especialidades.

Esta instituição possui dentre os diversos setores, um setor denominado Unidade da Mulher e do Recém-nascido (UMRN), com 93 leitos e composta pelos serviços de: Ginecologia, Pronto Atendimento Obstétrico, Centro Cirúrgico Obstétrico, Alojamento Conjunto, Neonatologia e Banco de Leite Humano.

Na referida instituição a média de nascimento é de 150/mês e destes, 48% são de parto normal. Essa instituição trabalha segundo as recomendações da Lei nº 11.108 de 2005, desde 2000, na qual é preconizada a presença do acompanhante a critério da gestante no trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. A equipe de enfermagem é composta por profissionais de nível superior e nível médio, seguindo a classificação de atendimento por turnos, no total de 30 horas semanais.

A cidade de escolha dessa pesquisa está localizada na região Sul, e tem implantado pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) desde 1999 nas unidades básicas como um de seus programas, o atendimento a gestante com a valorização e estímulo da presença do acompanhante, priorizado desde o pré-natal. Frente a isso é estimulado no acompanhante, à participação em reuniões de grupos, nas consultas junto a gestante para orientações e esclarecimento de dúvidas, visita à maternidade de referência e garantia do direito ao acesso na maternidade durante a internação hospitalar (CURITIBA, 2012)

3.3 POPULAÇÃO ESTUDADA

A população estudada foi composta por acompanhantes de escolha das parturientes e que estiverem presentes no processo de trabalho de parto e o parto, do sexo masculino ou feminino, com grau de parentesco ou não e acima de 18 anos de idade, tanto o acompanhante como as puérperas. O critério de exclusão utilizado para essa pesquisa foi de acompanhantes que tiveram participação somente no processo de trabalho de parto ou somente no parto, sendo necessário, portanto a participação nas duas etapas.

O período da coleta foi de 01.01.2015 á 30.01.2015, com a busca aos participantes realizada “*in loco*”, diariamente nas enfermarias do alojamento conjunto á beira do leito de cada puérpera, no intuito de verificar qual delas teve a presença do acompanhante durante todo o processo de trabalho de parto e parto.

No momento da abordagem se a pessoa presente fosse o acompanhante do processo de trabalho de parto e parto, o convite era feito com a devida explicação sobre o tema e a entrevista.

Na ausência desse acompanhante uma nova visita era agendada, mas a explicação já era dada à puérpera, anteriormente para que ela tivesse o conhecimento sobre a pesquisa, na qual seus acompanhantes estariam envolvidos.

Após o aceite em participar da pesquisa, o acompanhante era convidado a se dirigir para uma sala reservada sem a presença da puérpera ou de outra pessoa, para promover privacidade e para que não houvesse influência nas respostas.

A entrevista foi realizada após as primeiras 06 horas do parto e dentro do limite máximo de 48 horas, sendo este, o tempo médio de internação. Respeitar as primeiras 06 horas após o parto foi necessário para a realização dos procedimentos necessários à puérpera e ao recém-nascido, e sua transferência ao setor de alojamento conjunto, local escolhido para a abordagem inicial.

O prazo de 48 horas de internação mencionado nessa pesquisa foi preconizado e amparado legalmente pela Portaria nº 822/GM de 06 de junho de 2000 e presente no estatuto da criança e do adolescente, Lei nº 8.069, de 13 de Julho de 1990 que garante ao recém-nascido tempo necessário quanto à realização de exames diagnósticos e terapêuticos (BRASIL, 1990).

No total participaram dessa pesquisa, 21 acompanhantes, que estiveram presentes no processo de trabalho de parto e parto e que após o aceite assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo 1).

Entre os acompanhantes participantes, 03 eram do sexo feminino, onde uma era tia, uma era a irmã e uma a mãe da puérpera, os outros 18 acompanhantes eram os pais dos bebês (companheiro, marido ou namorado).

3.4 COLETA DE DADOS

A coleta dos dados foi feita de forma intencional, por meio de entrevistas face a face (interpessoal um a um) e com o apoio de um instrumento semi estruturado, com perguntas abertas, de forma a suscitar concepções e opiniões dos participantes, que segundo Creswell (2010), promove o desenvolvimento da análise nas informações fornecidas e o período de coleta deu-se de 01.01.2015 á 30.01.2105.

Durante as entrevistas que eram gravadas após o consentimento dos acompanhantes, algumas anotações foram sendo feitas e utilizadas para o esclarecimento na interpretação das respostas.

A média de duração dessas entrevistas foi de 40 minutos, que foram transcritas pela pesquisadora e enviadas para o processamento e organização dos dados com a ajuda de um *software*, sendo após analisadas seguindo a proposta de John Creswell (2010).

O local utilizado para a entrevista foi em sala reservada, com o objetivo de promover a privacidade do participante em responder aos questionamentos e expor suas vivências, assegurando a este o sigilo quanto as suas exposições e sentimentos.

Antes do início da coleta de dados para a pesquisa, algumas entrevistas piloto foram realizadas, no intuito de conhecer o instrumento e avaliá-lo referente à melhor forma de abordagem e a uma maior promoção a liberdade do participante. Essas 07 entrevistas foram utilizadas somente para o aprimoramento do roteiro, e não foram incluídas no total das 21 entrevistas que foram realizadas posteriormente ao teste piloto e utilizadas na análise dos dados.

Dessa forma, a escolha por trabalhar com os dados qualitativos se justifica por se adequar ao perfil explicitado por Creswell (2007, p.187), onde o pesquisador se apresenta dentre outras características, como aquele que utiliza um “raciocínio complexo multifacetado, interativo e simultâneo”, ou seja, observa os acontecimentos por diferentes aspectos, interagindo e refletindo de forma sensível em todas as fases da pesquisa.

Creswell (2010) sugere que na coleta e análise de dados sejam analisados aspectos como identificação do local e que neste estudo foi o alojamento conjunto da referida instituição, os atores que foram os acompanhantes com os critérios descritos de inclusão e exclusão, os eventos que foi a participação no processo de trabalho de parto e parto e o processo que foi a descrição da vivência do acompanhante durante sua participação no processo de trabalho de parto e parto.

Por se tratar de uma pesquisa que teve o apoio de uma ferramenta de software para análise qualitativa, a coleta de informações foi realizada seguindo os padrões sugeridos por Camargo e Justo (2013a), conforme manual referente ao software Iramuteq (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*).

As 21 entrevistas realizadas tiveram como base a orientação de Camargo e Justo(2005, 2013b), Ghiglione e Matalon (1993) de que “no caso de entrevistas, com falas que produzem textos mais extensos de grupo homogêneo, é suficiente entre 20 e 30 textos” e que também resultaram no alcance do objetivo vinculado a essa pesquisa.

3.5 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Explica-se a seguir a ferramenta utilizada no processamento e organização de dados, o *software* Iramuteq.

3.5.1 Processamento dos dados

O auxílio de um programa de computador como meio de opção dos pesquisadores, representa uma vantagem na codificação, organização e separação de informação, localizando de forma rápida, todo o segmento de texto utilizado na

escrita da pesquisa qualitativa, assim como na avaliação quanto à similaridade ou diferença da ideia dos participantes. Porém não elimina a necessidade do pesquisador em detalhar cada linha (CRESWELL, 2010).

O *software* utilizado e que recebe o nome de Iramuteq (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*) foi desenvolvido por Pierre Ratinaud (2009) e licenciado seguindo a lógica do *open source* por GNU GPL v2. É livre, ancorado no *Software R*, e permite cinco diferentes análises estatísticas. No Brasil o Iramuteq foi utilizado a partir de 2013 (CAMARGO; JUSTO, 2013a) e foi utilizada em várias áreas do conhecimento como na psicologia e atualmente com mais frequência na área de saúde, como no presente estudo, realizado pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná.

O *software* não se trata de um método, mas corresponde ao processamento de dados da pesquisa realizada, e seu resultado, portanto é um instrumento de exploração, onde através de acertos e erros o pesquisador busca a associação em seu material de pesquisa (CRESWELL, 2010; CHATIER; MEUNIER, 2011; LALHOU, 2012, CAMARGO; JUSTO, 2013a).

O Iramuteq apresenta diversas possibilidades de análise textuais: a lexicografia básica como cálculo de frequência de palavras, a de especificidades que associa textos com variáveis, o método da classificação hierárquica descendente (CHD), análise de similitude que identifica as ocorrências entre as palavras e a nuvem de palavras, que agrupa e faz a organização das palavras graficamente (LOUBERE; RATINAUD, 2013; CAMARGO; JUSTO, 2013a).

Segundo Camargo e Justo (2013a), para que o processamento seja realizado por esse *software* é necessário que haja a preparação do “*corpus*” ou matriz de dados com todos os textos provenientes de documentos que se pretende analisar, incluindo as entrevistas.

Para a preparação do *corpus*, e seguindo as orientações de Camargo e Justo (2013a), cada uma das 21 entrevistas realizadas com os acompanhantes que foram transcritas em um único arquivo, deu-se origem a uma Unidade de Contexto Inicial (UCI), com respostas obtidas frente a questionamentos como: participação e experiência vivenciada, decisão na participação, conhecimento anterior sobre a lei do acompanhante ou sobre o processo de trabalho e parto e parto, orientações

recebidas durante o pré-natal ou no momento da internação e ações realizadas junto à parturiente.

O *corpus* então foi composto por cada UCI e separado por uma linha de comando no início de cada uma, utilizando-se a variável (n), escolhida referente ao número dado a cada participante: **** *n_1, **** n_2 até **** *n_21, conforme o número de entrevistados, sendo esta a única variável utilizada nessa pesquisa. Após a transcrição realizada em LibreOffice.org, o arquivo foi salvo em uma configuração de texto.txt, conforme os passos relacionados por Camargo e Justo (2005; 2013a) que se seguem:

- 1) Colocar todos os textos em um único arquivo de texto no *software* (OpenOffice.org ou LibreOffice);
- 2) Separar os textos com linha de comando (com asteriscos), para que cada entrevista seja reconhecida pelo *software* como um texto;
- 3) Corrigir e revisar todo o arquivo, avaliando os erros de digitação para que não seja avaliado como uma palavra diferente;
- 4) Observar pontuação, porém a sugestão é não deixar parágrafo;
- 5) As intervenções e anotações do pesquisador não devem aparecer durante a transcrição para que não entre na análise;
- 6) O texto não deverá ser justificado, sem o uso do negrito, itálico ou outro artifício semelhante;
- 7) Uniformizar as siglas, ou usá-las sempre ou usá-la por extenso unido por *underline*;
- 8) Cuidar com os hífen que viram espaços em branco, palavras compostas deverão ser unidas com *underline*;
- 9) Usar os verbos em sua forma próclise (me tornei e não tornei-me);
- 10) Os números deverão ser usados em forma algarítima;
- 11) Não utilizar em nenhuma parte do arquivo: aspas, apóstrofo, hífen, cifrão, porcentagem ou asterisco e este somente antecedendo as linhas de comando;
- 12) Ao salvar o *corpus* este deverá ser uma pasta no desktop, somente para análise como texto codificado (nome_do_arquivo.txt) salvar como “manter formato atual.

A forma utilizada para análise textual nesta pesquisa foi o Método da Classificação Hierárquica Descendente (CHD), onde “os segmentos de texto são classificados em função dos seus respectivos vocabulários, e o conjunto deles é

repartido em função da frequência das formas reduzidas”. Essas partes do texto que são dimensionadas pelo *software*, e nomeadas de Unidade de Contexto Elementar (UCE), apresentam na sua maioria o tamanho de três linhas. Essa interface possibilita com base no corpus original, a recuperação dos segmentos de textos e associação de cada uma, permitindo o agrupamento das “palavras estatisticamente significativas, possibilitando uma análise mais qualitativa dos dados” (CAMARGO; JUSTO, 2013a, p. 516).

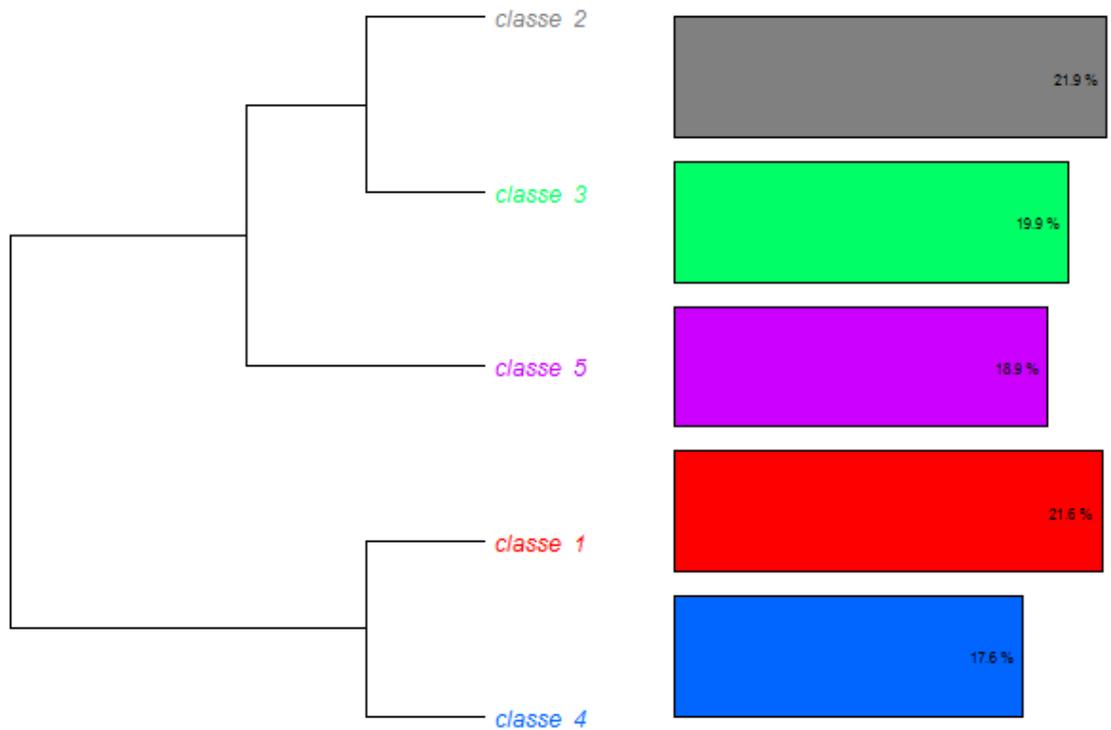
Portanto, a classificação e relação das classes, ou seja, as Unidades de Contexto Inicial (UCIs) são agrupadas quanto às ocorrências das palavras através das suas raízes, originando as Unidades de Contexto elementar (UCEs), resultando na criação de um dicionário com formas reduzidas, utilizando-se para tanto o teste de qui-quadrado (χ^2), que revela a força associativa entre as palavras e sua respectiva classe e que foi analisada quando maior que 3,84 (CAMARGO; JUSTO, 2005; NASCIMENTO; MENANDRO, 2006; REHEM; EGRY; CIOSAK, 2013). Oltramari e Camargo (2010) citam que o menor valor do qui-quadrado representa uma menor relação entre as variáveis.

Ainda segundo Nascimento e Menandro (2006, p. 75), as classes são a formação segundo a relação das várias Unidades de Contexto Elementar (UCEs) processadas e que apresentam palavras homogêneas.

Após a importação do *corpus* para o *software*, o tempo de processamento das 21 Unidades de Textos Iniciais (UCI), equivalentes as 21 entrevistas transcritas, foi de 23 segundos, dos quais foram classificados pelo *software* em 964 Unidades de Texto Elementar (UCEs), dos quais 873, ou seja, 90,56% foram aproveitados, considerado como um bom desempenho de classificação de UCEs, já que segundo os critérios de Camargo e Justo (2005), esta porcentagem de aproveitamento dever ser de 75% ou mais.

Cada classe foi representada com segmentos de textos ou UCEs característicos entre eles, sem a presença de pontuação, visto que essa etapa é preconizada que seja feita na confecção do *corpus*, e de cores diferenciadas que é o *corpus* em cor, organizado e definido em cores pelo próprio *software*, e que significou a divisão entre elas, em função dos seus respectivos vocabulários. A relação dessas classes é ilustrada em um dendograma da CHD (Figura 1).

FIGURA 1 - DENDOGRAMA (CHD) DAS CLASSES FORNECIDO PELO IRAMUTEQ



FONTE: A autora (2015).

A leitura da relação entre as classes realizada nessa etapa é feita da esquerda para a direita, onde as divisões referente aos segmentos de textos ou UCEs apresentam vocabulário das palavras com frequência média entre si e diferentes entre elas (RATINAUD; MARCHANT, 2012; CAMARGO; JUSTO, 2013a).

O *corpus* foi dividido em dois *sub-corpus*. De um dos *sub-corpus*, obteve-se a classe 4, constituída de 154 UCEs, e que concentra 17,6% das UCEs do *corpus* total. Do outro *sub-corpus*, obteve-se a classe 1, com 189 UCEs, que corresponde à 21,65% das UCEs. O outro *sub-corpus* originou a classe 5 com 165 e, que correspondeu a 18,95 das UCEs, e desta mais duas repartições que corresponderam a classe 3 e 2 com 174 e 191 UCEs, respectivamente, correspondentes a 19,93% na classe 3 e 21,88% na classe 2 do total das UCEs. Para cada classe, foi computada uma lista de palavras, geradas a partir do teste qui-quadrado (χ^2). A porcentagem referente ao conteúdo é a “ocorrência da palavra nos segmentos de texto nessa classe em relação a sua ocorrência no *corpus*” (CAMARGO; JUSTO, 2013a, p. 516).

A etapa relacionada a análise desses dados após a organização pelo *software*, teve como base os preceitos de John W. Creswell (2010, p. 216), que tem como objetivo “extrair sentido dos dados do texto.”, aprofundando-se cada vez mais para a compreensão. Assim utilizou-se, os seis passos de sua proposta referente à pesquisa qualitativa:

Passo 1: **Organizar e preparar os dados para a análise** – após transcritas, realizou-se a organização e disposição das entrevistas de acordo com a afinidade dos questionamentos realizados. Nessa etapa seguindo as orientações para a confecção do *corpus* conforme citado anteriormente.

Passo 2: **Ler todos os dados** – foram realizadas leituras exaustivas a fim de obter as ideias gerais que cada participante expressou durante a entrevista, para subsidiar a reflexão do significado global dos dados e de forma minuciosa para não descaracterizar os dados obtidos durante a transcrição.

Passo 3: **Iniciar uma análise detalhada pelo processo de codificação** – os dados foram organizados inicialmente em grandes categorias, sendo destacado a ideia principal de cada questionamento, com a separação das frases ressaltadas, nomeando cada categoria formada.

Essa fase foi realizada no *software Iramuteq*, e com a separação por palavras e que também é referenciada e descrita por Creswell (2010), ao citar o uso de uma ferramenta de *software* pelo pesquisador como um meio de vantagem de organização das informações coletadas.

Passo 4: **Usar o processo de codificação para descrever o cenário ou as pessoas e as categorias ou temas para análise** – por meio de novas escutas das entrevistas, foi possível dar maior fidedignidade aos dados e acrescentar maior sentido às falas. Esta codificação foi feita inicialmente na confecção do *corpus* e principalmente após a organização dos dados pelo sistema em UCEs e das palavras em destaque em cada classe.

Passo 5: **Informar como a descrição e os temas serão representados na narrativa qualitativa** – a partir dos temas que emergiram na análise dos dados, esta foi sustentada com a literatura consultada.

Passo 6: **Extrair significado dos dados** – corresponde a apresentação dos resultados da análise dos dados de acordo com a interpretação pessoal do pesquisador e a comparação com informações encontradas na literatura.

3.6 QUESTÕES ÉTICAS

A Resolução nº 466/2012 publicada em 13 de junho de 2013 no Diário Oficial da União e aprovada pelo Plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS) em dezembro de 2012, substituiu a resolução nº 196/96. Essa nova resolução incorporou referenciais da bioética como a autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, entre outros itens, assim como termos e condições através de mecanismos, ferramentas e instrumentos próprios de inter-relação, que visa tanto à proteção aos participantes como assegurar seus direitos e deveres (BRASIL, 2013f).

No entanto, essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em 2012, com o número de registro nº 120.892 CAAE 08200912.1.0000.0096 e faz parte de um projeto maior, intitulado “O cuidado no puerpério: aplicação de um modelo de cuidado de enfermagem”, e que durante sua vigência sempre seguiu os padrões sugeridos pela resolução nº 196/96, frente ao direcionamento de somente ser iniciado após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelo participante (Anexo A).

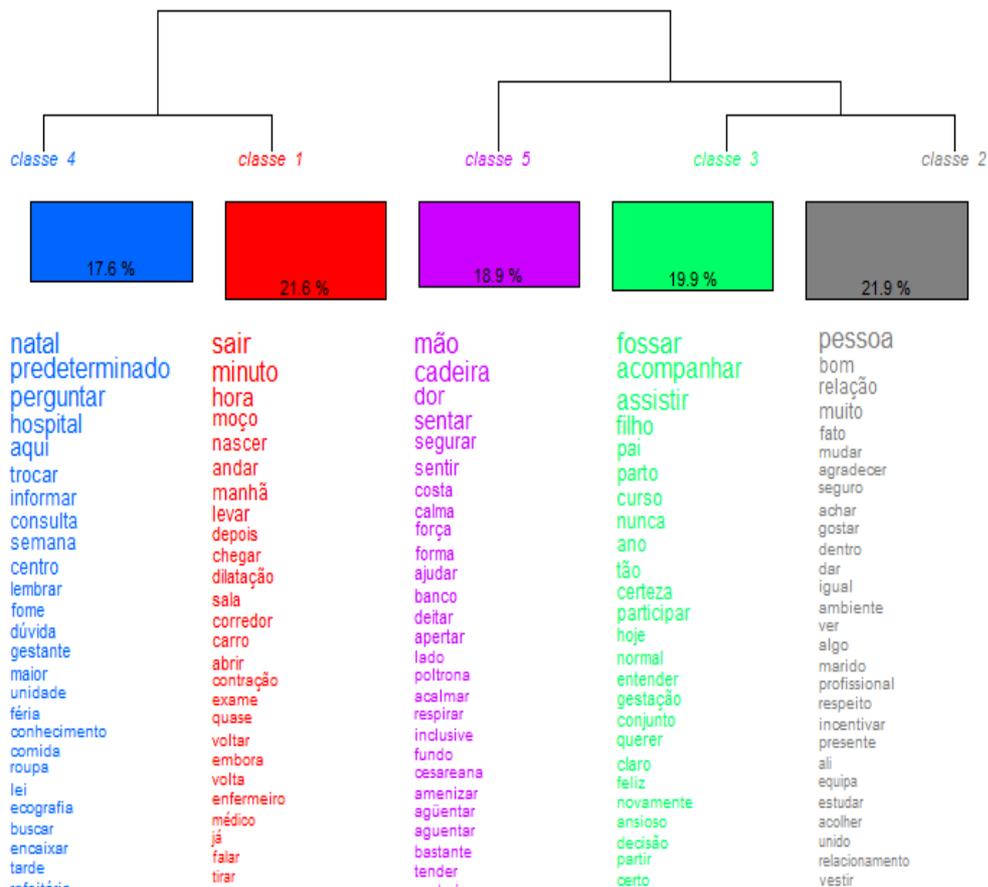
A pesquisa teve com os participantes, o compromisso ético assumido, e seus nomes foram preservados, mantendo para cada entrevistado a letra A de acompanhante, seguido do número 1 a 21, ou seja, A1 até A 21.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Neste capítulo É descrita a análise das palavras que foram selecionadas pelo sistema, através da leitura e da relação entre elas nas UCEs. A análise destas categorias teve como base a proposta de John Creswell (2010).

Como critério, optou-se pela utilização das palavras que apresentaram um qui-quadrado (χ^2) maior que 3,84 e um $p < 0,0001$, por determinar a força de ligação entre elas e que estão representadas na figura 2.

FIGURA 2 - DENDOGRAMA (CHD) VOCABULÁRIO DE PALAVRAS FORNECIDO PELO IRAMUTEQ



FONTE: A autora (2015)

O dendrograma apresentado a seguir, também foi fornecido pelo Iramuteq, através da Classificação Hierárquica Descendente (CHD) e proporcionou uma visualização das palavras e a relação entre si (Figura 3). Observa-se que não há

pesquisador deve ter uma percepção geral das informações e de seu significado global.

Para tanto o pesquisador qualitativo deve ter a percepção e a observação, quanto aos passos da transcrição e confecção do *corpus*, avaliando as palavras que apresentam o mesmo sentido e, que, portanto, podem ser transcritas, utilizando-se um único termo entre elas.

Essa interação entre as palavras na análise teve o objetivo, de realizar um processo, envolvendo uma reflexão contínua sobre os dados (CRESWELL, 2010).

Através dessa interação e percepção, a caracterização dos participantes, quanto ao grau de parentesco da parturiente, que apesar de não ser o foco da pesquisa, mostrou-se como um dado relevante a ser analisado, frente às literaturas encontradas sobre o tema, e as categorias que emergiram após essa etapa.

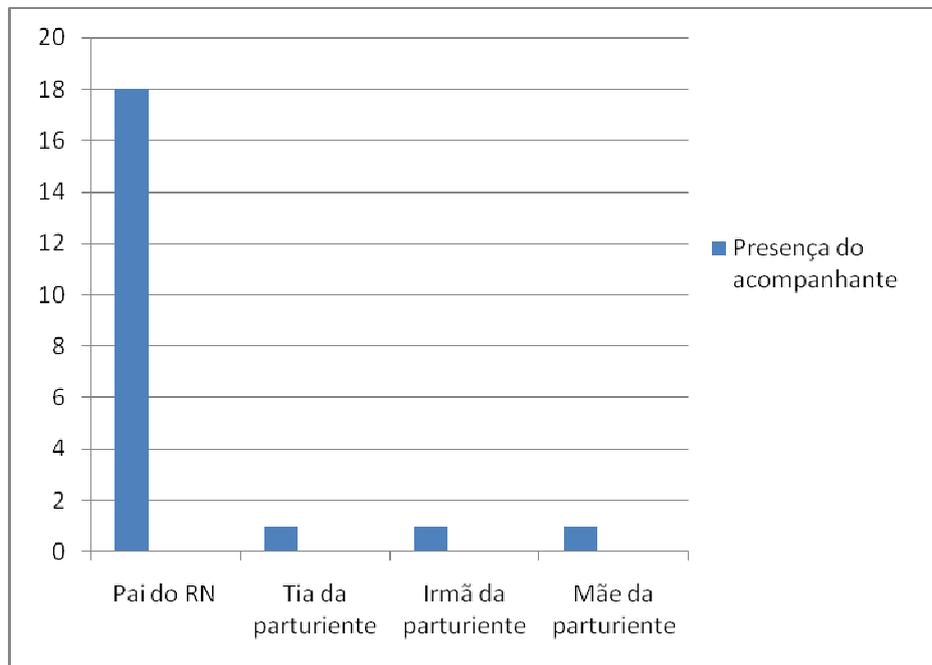
A coleta realizada no mesmo local da vivência dos acompanhantes facilitou a conversa direta, a observação e as anotações quanto ao seu comportamento, durante as entrevistas.

Estas observações e anotações proporcionaram uma avaliação na atitude corporal e na fala dos participantes, destacando-se entre elas, a emoção do falar sobre a participação no processo de trabalho de parto e parto, a necessidade em expor a sua atuação frente a esse processo, a preocupação em afirmar sua presença junto à parturiente nesse momento, e a felicidade, em ouvir positivamente, sobre sua participação ter sido sentida e aprovada por ela, e que ficaram evidenciadas através de sorrisos e lágrimas, ao lembrarem-se do momento do nascimento.

Os fatores que se destacaram, entre os acompanhantes do sexo masculino, foi a ansiedade em relatar daqui a alguns anos ao seu filho, sobre sua presença em seu nascimento, além da necessidade em avaliar sua conduta na família e da valorização por parte da parturiente em sua presença junto a ela.

Entre os 21 entrevistados, 18 eram os pais dos recém-nascidos (marido, companheiro, namorado), 01 era tia, 01 era a irmã e 01 era a mãe, da parturiente (Gráfico 1).

GRÁFICO 1 - PRESENÇA DO ACOMPANHANTE NO PROCESSO DE TRABALHO E PARTO E PARTO



FONTE: A autora (2015).

O acompanhante, segundo o programa HumanizaSus é de escolha da parturiente, independente do seu grau de parentesco. Através dos relatos dessa pesquisa, foi possível observar, que essa escolha deu-se pelo encorajamento e segurança que este acompanhante proporcionou à parturiente, desde o início da gestação (BRASIL, 2009b).

Conforme gráfico 1 a quantidade de acompanhantes, como sendo o parceiro da parturiente e pai do recém-nascido se sobressaiu, fato também observado na pesquisa Nascer no Brasil, onde essa participação foi caracterizada em 35,4% (Diniz et al., 2014).

A motivação que levou esses pais, a estar junto à parturiente no processo de trabalho de parto e parto, foi de escolha familiar, porém destacou-se a motivação interna do pai, em querer estar presente e ser o primeiro a ver o recém-nascido.

A participação quando feita pelo pai, é vista pelo Ministério da Saúde (MS) como uma fonte de estímulo ao aleitamento materno, e no estabelecimento do vínculo familiar entre pai, mãe e recém-nascido, e nesse contexto, a escuta e o apoio da equipe torna-se primordial (BRASIL, 2010s; 2014n).

Através da leitura das palavras em destaque e de sua inserção nos segmentos de textos, foi possível verificar que estavam ligadas ao vínculo estabelecido na valorização do acompanhante, pela equipe de saúde como membro protagonista do processo de trabalho de parto e parto, como também a forma com que este acolhimento foi realizado, influenciando em sua participação mais ativa. Outro fato observado foi quanto à escolha do acompanhante, por querer vivenciar o momento do trabalho de parto e parto, a importância das orientações, e a inserção do acompanhante como fonte de autonomia, ser iniciada no pré-natal e de como a sua participação com conhecimento necessário, pode melhorar sua experiência e as ações executadas, e todas estas classes ligadas a importância da equipe de saúde em tornar essa experiência, como única no contexto familiar.

4.1 CLASSES

Foram identificadas 5 classes e a descrição de cada uma das classes foram seguidas pela transcrição dos trechos das entrevistas, com as palavras analisadas no contexto de inserção individual da UCEs e na sua relação com a literatura, a partir da análise individual, frente aos dados coletados e organizados pelo *software Iramuteq*.

Vale ressaltar que, no processamento de dados realizado pelo *software*, e durante a divisão das UCEs, esse sistema busca conforme exemplificado, a maior associação entre elas. Esse processo pode gerar algumas falhas com relação a pontuação e/ou ortografia e que devem ser bem direcionados na confecção do *corpus*. Optou-se nesta pesquisa em utilizar a disposição dada pelo sistema e não fazer correção nos trechos transcritos referente às inter-relações após o processamento, conforme apresentadas a seguir.

4.1.1 Classe 1 – A informação como estratégia de valorização da participação do acompanhante

Um dos fatores evidenciados através dos relatos foi a percepção quanto a vontade dos acompanhantes em estar presente, participar e entender o processo vivenciado, assim como o desejo da parturiente em sua presença como fonte de

apoio e que está associado ao aumento da satisfação das parturientes e ao favorecimento da confiança dessas mulheres (LESLIE; STORTON, 2007; BEDFORD et al., 2013) .

Essa classe exemplifica a importância na conscientização profissional de saúde, de que a presença do acompanhante promove na parturiente, além de um atendimento humanizado, seu empoderamento e fortalecimento, frente a sua autonomia nas decisões, durante o processo de trabalho de parto e parto. Para tanto é necessário que este profissional faça o papel de mediador, através do favorecimento de informações que o leve a esta autonomia (KEBLA; WENDAUSEM, 2009a, BRASIL, 2010c, AFONSO; PEREIRA, 2011; CHAVES, 2014).

Seguindo o padrão de análise estabelecido, as palavras analisadas foram **sair, minuto, moço, nascer, levar, depois, chegar, dilatação, sala, corredor, andar, contração, exame, quase, voltar, embora, enfermeiro, médico.**

Algumas palavras como, **abrir, manhã, hora, andar, levar, depois, cheguei, quase, volta, já, falar, tirar**, apesar de apresentarem um qui-quadrado (χ^2) maior que 3,84 e $p < 0,0001$, não foram analisadas por não apresentarem relevância na análise do contexto no qual estavam inseridas, sendo estas ligadas a expressão entre palavras durante o relato de chegada ou internação ou por estarem presentes em um mesmo segmento de texto nas UCEs, ligadas a um mesmo significado.

Conforme citado por Souza, Gaiva e Modes (2011), todo o atendimento é voltado à parturiente e nem sempre repassado aos acompanhantes como parte do processo de humanização. Este fato é demonstrado no contexto de análise dos vocábulos referenciados a seguir, onde o desejo dos acompanhantes era de estar o tempo todo ao lado da parturiente e entender o processo vivenciado.

“Eles me receberam bem uma pessoa estragou naquele momento que eu cheguei na sala da forma com que ela me recebeu, talvez tivessem sido instruídos antes.”
(A7)

“Eles iam me informando, se você quer ficar aqui ou sair não tem problema eu ficava a vontade quando eles iam fazer o exame, caso eu ficasse constrangido poderia sair.” (A9)

“Eles pediram para a minha esposa se ela queria que eu saísse na hora do exame e ela dizia pode acompanhar e eu ficava.” (A13)

“Chegou na hora uma moça não sei se era enfermeira assistente ou médica e perguntou você vai acompanhar o parto disse vou e ela falou vem então se não você vai perder.” (A5)

A presença de um acompanhante é recomendada conforme referem os estudos de Bowser (2010) e D’orsi et al. (2014), para reduzir a ocorrência de violação dos direitos da mulher, violência verbal, física ou abuso sexual, durante o atendimento de exames por parte dos profissionais, sendo esta tanto uma realidade mundial e também presente no Brasil. Porém nesta pesquisa este fato não foi observado.

Os vocábulos **minuto, nascer, contração, dilatação, enfermeiro e médico** relacionaram-se a um momento de grande expectativa do nascimento, a emoção e a vontade crescente em estar junto à parturiente, mesmo quando não tinham todas as orientações necessárias quanto a essa participação, ou a quando a decisão de participar do nascimento havia sido tomada no momento da internação.

Mesmo quando o preparo não acontece conforme o preconizado nas políticas públicas, o fato de ficar ao lado da parturiente no momento do trabalho de parto e parto promove conforto e apoio, conforme citado por Johansson, Fenwick e Premberg (2014) e é corroborado pelas falas:

“Eu decidi foi nos últimos 10 minutos mesmo que ela ficou ruim, eu vi que ia nascer eu queria acompanhar [...]”. (A10)

“Eu não estava sabendo e nem iria acompanhar e aí o enfermeiro falou que na hora do nascimento se eu iria participar e eu disse que sim, decidi na hora foi espontâneo, eu já queria acompanhar, mas não sabia se podia ou não.” (A15)

“Isso é especial para mim e que eu estaria com ela, ela não vai conseguir entender tudo e o médico aqui me deu a oportunidade [...] eu entrei para ajudar [...] eu pensei vou traduzir para ela entender tudo.” (A18)

“Eu fiquei sabendo no centro obstétrico [...] eu aprendi mesmo tudo ali na hora um pouco antes de ela começar a ter contrações me explicaram como é que funciona.”
(A20)

“Foi muito bom, foi maravilhoso porque você está dando apoio ali [...] na verdade além dos médicos você é o primeiro a ver é muito bom [...].” (A1)

Sentimentos já mencionadas por Bélanger-Lévesque et al. (2014), onde mesmo com insegurança, a experiência em estar ao lado da companheira e presenciar o nascimento de seus filhos, gera satisfação e orgulho.

Esses sentimentos foram expostos pelos acompanhantes em contextos como:

“Principalmente da mãe que está gerando o filho está nascendo o bebê não é fácil para a mulher, eu vi e senti na pele como sofre na hora de ganhar tem que dar valor para a mulher.” (A1)

“Elas ali não a conheciam como eu conhecia, então a hora que ela me chamou, eu falei agora vai dar certo e deu eu me senti bem porque ai você vê que pode ajudar as pessoas que você ama e deu certo.” (A19)

“Senti bem foi muito legal até na hora me emocionei chorei lógico aquele choro do fundo do coração quando ela nasceu veio bem graças a Deus e está bem.” (A1)

Essa forma de atendimento participativo já é preconizado pelo HumanizaSUS, no direcionamento aos profissionais e na necessidade de que estes recebam este acompanhante em um ambiente adequado, fornecendo informações quanto as ações que podem exercer nesse processo, tanto de forma física como emocional. Essas ações além de promoverem à autonomia auxiliam o restabelecimento puerperal (BRASIL, 2009b; MOTA *et al.*, 2010, BEHRUZI *et al.*, 2010, JOHANSSON; FENWICK; PREMBERG, 2014).

Para Salonen, et al. (2010) esse período do restabelecimento no pós-parto e o retorno ao estado não gravídico, gera desafios tanto para as puérperas quanto para os pais, no exercício de uma nova função e na interação familiar.

A força necessária a esse restabelecimento foi analisada por diversos estudos, com a utilização do uso do poder vital como força individual presente em cada um, e com a presença do acompanhante como um agente potencializador á dessa mulher.

Compete à equipe de saúde, criar meios para inserir esse acompanhante nesse contexto, proporcionando um ambiente que favoreça a sua presença, prestando um atendimento humanizado com foco no seu bem estar e no estabelecimento desse poder vital (NITHINGALE, 1902; CARRARO, 1994, 2004; WALL, 2000, 2008; CARRARO et al., 2008; MACEDO et al., 2008; PIRES, 2009; FRELLO; CARRARO, 2010; CAMPOGNARA, 2012; BERNARDI; CARRARO, 2014).

Essa atitude profissional no atendimento de forma diferenciada, cria no acompanhante um sentimento de valorização a sua presença (HODNETT et al., 2013), fato que também foi observado no presente estudo, conforme segue:

“Eu senti como se estivesse fazendo parte daquele processo, eles perguntavam para mim como ela estava, às vezes eu saia pelo corredor e eles perguntavam como é que ela está.” (A13)

“[...] então massagem e andar porque a enfermagem fala para andar no corredor e na hora do trabalho de parto tinha que segurar a cabeça dela para o queixo ficar no peito pediu quando eu estava lá e aos poucos foi acontecendo.” (A6)

A participação de forma ativa e em momentos críticos do trabalho de parto dever ser feita pela equipe de saúde através de informações repassadas de forma clara durante todo o processo de trabalho de parto e parto. Quando isso não acontece por parte dos profissionais, cria uma preocupação muitas vezes desnecessária.

Apoiar o acompanhante nas preocupações, na insegurança e na sensação de angústia torna-os mais confiantes durante sua participação no processo (JOHANSSON; FENWICK; PREMBERG, 2014).

Fato evidenciado em falas como:

“Eu só ouvia daí uma das parteiras que estava lá e mandaram chamar uma doutora já mais especializada não sei, uma delas falou que o bebê estava mais embaixo, daí ela mexeu, mexeu até que achou e ele já estava meio desacelerado, porque estava na hora de nascer.” (A4)

“O pessoal da enfermagem vinha quando ela estava com dor e chamavam o médico, quando ela estava com dor e pediu para eu chamar, eu sabia que a dilatação quanto maior mais próximo de nascer.” (A7)

A classe “A informação como estratégia de valorização da participação do acompanhante” permitiu a análise de que a equipe de saúde precisa estimular e apoiar a presença do acompanhante nesse contexto, promovendo um ambiente em que ele se sinta parte integrante, com informações necessárias em torná-lo, assim como a parturiente, protagonista desse processo.

4.1.2 Classe 2 – A experiência vivenciada pelo acompanhante e a importância do acolhimento como fator de influência

Nesta classe foi observado que as palavras que tiveram maior associação estavam vinculadas a fatores como, a importância do acolhimento para o estabelecimento e direcionamento ao acompanhante, e este visto como parte do processo, e de como o acolhimento realizado pela equipe de saúde pode influenciar em sua percepção frente ao seu relacionamento familiar, com a parturiente e com o recém-nascido.

Os vocábulos que obtiveram maior frequência de associação referente ao qui-quadrado (χ^2) foram **pessoa, bom, relação (mudar, unido, relacionamento), muito, fato, agradecer, seguro, achar, gostar, dar, ambiente(acolher), ver, algo, marido, profissional, incentivando, presente(ali), equipe**, sendo que os vocábulos entre os parênteses estão diretamente relacionadas no contexto das UCEs.

Os vocábulos como **dentro, igual, respeito, estudar, vestir** não foram analisados por apresentarem-se inseridos em contextos explicativos da internação ou situações particulares, e que não foram consideradas como parte da análise de relevância frente ao objetivo proposto.

A satisfação dos acompanhantes ao presenciar o parto e o nascimento, e estar ao lado da parturiente dando apoio e segurança, promove a influência do momento vivenciado e em sua convivência familiar por originar a este um sentimento de orgulho. Esta análise pode ser evidenciada em falas como:

“Será que eu corro será que eu fico, então para mim foi bom e eu acho que tem pessoas que não são orientadas assim desse jeito que eu fui.” (A1)

“Eu acho que a relação fica mais forte por ver o que as mães sofrem para dar a luz então isso vem a fortalecer esse relacionamento ali e com certeza eu vou apoiar ela vou estar ao lado dela.” (A6)

“Acompanhar é muito emocionante e gostei muito da minha participação [...] passar para a minha esposa mais confiança e poder deixar ela mais segura, ter alguém ali do lado dela [...]” (A20)

Segundo Merighi e Gualda (2009), prestar um atendimento humanizado é fazer com que as equipes se envolvam através da mudança de atitude e com uma melhor definição dos processos frente ao atendimento.

Esse pensamento corrobora com o que é citado por Ricci (2008), ao referir que ações como apoio da família, muito contato físico e pouca tecnologia, são considerados fatores que fazem parte do planejamento da parturiente e do processo de trabalho de parto e parto.

Porém a realidade mostra que algumas instituições ainda não estão preparadas para esse acolhimento, e promovem a insegurança tanto da parturiente como de seu acompanhante, através da falta de informação (MOTTA; CREPALDI, 2005; HOGA; PINTO, 2007).

Para Araujo (2012) o envolvimento e a conscientização dos profissionais na prática para uma assistência obstétrica humanizada, de forma benéfica e não

invasiva, promove além de um ambiente de tranquilidade e privacidade, o respeito a esse momento único vivenciado pela família.

Essa conscientização e interação da equipe de saúde com os acompanhantes são sentidas por eles e aqui referenciadas em falas como:

“Acho que se alguém para falar o que você pode fazer ou não na hora seria muito bom eu achei que iria estar lá só o cara que iria fazer o parto e minha esposa.” (A2).

“Eu acho que aqui nós somos bem atendidos tem bastante atenção, mas eu acho que falta [...] ter uma visão mais profissional e isso vem com mudança de hábito de cultura [...] somos indivíduos únicos [...] você quer que as pessoas observem e te dêem mais atenção.” (A19)

“É um dom a profissão da enfermagem e isso não é para mim cada um é bom em uma coisa, mas para mim acompanhar tudo foi um espetáculo [...] é carente ainda na orientação.” (A19)

“Não fui orientado do que poderia fazer, eu fui bem atendido, aqui foi bom além de eu ver que eles estavam sendo carinhosos com as crianças, eles também foram comigo [...] aqui eles me deram mais atenção e isso foi bom.” (A11)

O conceito de um cuidado prestado pela equipe de enfermagem de forma profissionalizada e qualificada foi iniciado por Florence Nightingale, e referenciado por diversos autores (MACEDO et al. 2008; PIRES, 2009; CAMPONAGARA, 2012).

O cuidado prestado de forma qualificada deve ser iniciada já no acolhimento. É importante levar até a equipe multiprofissional, a necessidade de favorecer tanto à parturiente como ao acompanhante, um ambiente adequado de comunicação e interação (FRUTUOSO; BRÜGGERMANN et al., 2013; HODNETT et al., 2013).

Este fato foi evidenciado nessa pesquisa e demonstrado em falas como:

“Eu acho que se tivesse um acompanhamento para esclarecer a gente um pouquinho seria melhor, de como iria estar lá, essas coisas [...] a equipe é muito boa”. (A2)

“Eu fiquei em silêncio durante todo o tempo, bem que tentei perguntar mais algo tomou a minha voz e eu não conseguia falar nada e por não conseguir falar nada as pessoas vinham e falavam e aquilo ia me incentivando mais ainda.” (A14)

“Eu só tenho que agradecer a toda a equipe médica a todos os enfermeiros que cuidaram da minha irmã [...] e por tudo ter dado certo e a bebê nascer saudável.” (A18)

A iniciativa da participação do pai no processo de trabalho de parto e parto está presente nos programas nacionais (BENZAZZI; LIMA; SOUZA, 2011), e para muitos pais citado no estudo de Johansson, Fenwick e Preamble (2014) estar presente representou ser bom pai, ter compromisso com sua parceira e com sua família.

A satisfação do acompanhante em sua participação ficou demonstrada nos relatos abaixo:

“Apesar de serem prestativos são pessoas que ela não conhece [...] dei um sentimento de proteção e acredito que na medida que o marido participa da vida da esposa.” (A21)

“E quando o bebê nasceu veio uma sensação de felicidade vontade de chorar não tem como dizer eu fiquei bem feliz só o fato de estar lá na verdade eu nem sabia que poderia acompanhar.” (A15)

“Ela se sente mais segura e fica á vontade [...] eu gostei muito foi muito bom.” (A16)

“[...] ter o pai presente estar junto naquela hora, naquela emoção, estar junto acho que contribui muito para o desenvolvimento.” (A12)

Essas atitudes são reconhecidas e se refletem nas falas dos acompanhantes ao relatar como se sentiam participantes deste processo, quando as equipes lhes direcionavam as informações das etapas que estavam sendo vivenciadas. Essas

informações promoviam o entendimento e a importância da sua presença reconhecido em falas como:

“Foi muito bom eles acolheram muito bem, atenderam muito bem, a médica é uma amor de pessoa, ao carinho que eles têm com os pacientes, eu como pessoa achei que é um hospital muito bom, atende muito bem.” (A16)

“[...] as pessoas que estavam ao meu redor me olhavam com o olhar brilhante nos olhos e com ar de sorriso tão contagiante que eu me senti á vontade [...] não somente eu como minha esposa.” (A14)

“Esse hospital tem muitas pessoas boas, com muita paciência e que nos ajudaram legal, trabalharam e falaram bem conosco [...]” (A10)

“Eu acho que pelo fato de eu conhecer mais do que poderia acontecer na hora do parto e eles passaram um monte de coisas então eu já sabia mais ou menos o que poderia acontecer [...] deixaram tranquilo, calmo.” (A5)

“Na verdade não ia só me ajudar [...] orientar ele a importância de ser acompanhante isso eu acho bom porque é constrangedor para a mulher quando ela está sozinha ali.” (A2)

Nessa fala fica evidenciado o que é referenciado por Carraro et al., (2008) onde o fato da parturiente não ter presente alguém de seu convívio familiar, pode ocasionar a não liberdade quanto suas escolhas sobre o processo de trabalho de parto e parto.

Porém, perceber o acompanhante como perturbador de uma rotina estabelecida pela equipe, implica diretamente em seu acolhimento e na importância da sua presença, que para este acompanhante é seu momento único, segundo Tarnowski, Próspero e Elsen (2005) e Longo, Andraus e Barbosa (2010) e percebido através de falas como:

“Uma pessoa que estava vindo somente para atrapalhar, de passar por onde não devia fazer coisa errada e me tornei pai eu me senti especial [...]” (A7)

Portanto proporcionar um ambiente que gere tanto na parturiente como no acompanhante uma maior segurança além dos cuidados prestados, promove a vivência de uma experiência positiva, no sentido de considerá-los como parte do contexto, que se inicia na gestação e poderá influenciar a relação familiar, mesmo que segundo Bélanger-Lésque (2010) essa vivência, especificamente pelo pai seja pouco pesquisada.

“O ambiente é bom muito bom com certeza e a relação com a mãe do bebê com certeza vai melhorar, já era bom mais dá para dar mais valor na pessoa.” (A7)

“Em minha opinião é importante o marido participar ali junto do nascimento do bebê, estar ao lado da esposa é muito importante também para a pessoa dar valor a mãe não é fácil.” (A1)

Nessa classe fica evidenciado que o direcionamento anterior a interação quanto as informação sobre o processo de trabalho de parto e parto, e entre elas as ações que por ele podem ser executadas é fator necessário a ser aprimorado, porém essa carência na falta de conhecimento do acompanhante não deve ser encarada como um fator contrário a sua participação, visto que a atitude da equipe em promover um acolhimento adequado, através de informações necessárias ao momento vivenciado leva a uma melhor interação e maior autonomia a este acompanhante.

4.1.3 Classe 3 - A participação do acompanhante como escolha

Essa classe representou a opção do acompanhante em estar presente no processo de trabalho de parto e parto, pelo desejo em fazer parte do contexto vivenciado pela parturiente e do nascimento.

Com a análise foi possível constatar que essa busca por informações através de familiares, amigos, na mídia e na internet, foi realizada com o objetivo de um melhor preparo nessa participação. Igualmente evidenciado que o desconhecimento das informações, não caracterizou fator limitante na participação.

Tal fato ficou caracterizado pela vontade do acompanhante em estar presente, não para realizar a vontade da parturiente, mais por interesse em fazer parte de todo o processo. A análise vai ao encontro das observações feitas durante as entrevistas, onde cada relato sobre a sua presença era feito com muita emoção e alegria.

Essa vontade em participar é explicada por eles, ao sentirem que sua presença além de ajudar, daria segurança a parturiente, e que foi exposto no sentimento de felicidade e orgulho, quando havia reconhecimento por algum membro da equipe ou pela própria parturiente.

Os vocábulos que não foram analisados nessa classe, por estarem inseridas nas respostas de comparação e formas de expressão no contexto de formulação das repostas do acompanhante foram, **fossar (fosse), ano, tão, certeza, hoje, normal, ano, certo, claro.**

A relação das palavras que tiveram maior associação foi representada pelos vocábulos que apresentaram um qui-quadrado mais elevado e de maior frequência de repetição são, **acompanhar (assistir), filho, pai, parto, curso, nunca, certeza, participaria (participar), hoje, entender, gestação, feliz, novamente, onde conjunta, ansioso, decisão, partir (partiu) querer, participar, nascimento.**

Esse interesse em participar foi mencionado por Benazzi, Lima e Souza (2011), em seu estudo, com a evidência que além da expectativa em estar junto a parturiente, os acompanhantes buscam maior conhecimento referente a esse momento através da mídia, revistas e jornais, conforme falas:

“Hoje a gente tem muito mais informação e sabe que o pai pode acompanhar o parto, assiste televisão, internet vai pegando, vai vendo e esclarecendo mais [...] vai ser muito legal contar para ela quando ela estiver grande que o pai participou.” (A1)

“Na verdade quando eu descobri que ela estava grávida foi um interesse meu mesmo participar e eu ouvi falar que é um direito acompanhar e eu sempre quis mesmo [...] então eu me preparei pesquisando na internet.” (A20)

Porém é necessário ressaltar que a busca frente à falta de compreensão desse processo gestacional, deve ser feita com a indicação da equipe, no intuito de promover a confiabilidade e um melhor aproveitamento dessas informações que muitas vezes não são de fácil entendimento (SALONEM et al., 2010).

Também foi evidenciado que até mesmo quando a parturiente não quer a presença do acompanhante, este busca um meio de convencê-la visto seu interesse em estar presente. Fato que corrobora com o que dizem Jamas, Hoga e Reberte (2013) onde muitas mulheres não se sentem à vontade em ter acompanhante por vergonha e constrangimento, fato constatado nesta pesquisa através do relato descrito:

“[...] no começo ela ficou com vergonha do parto, e aos poucos eu fui convencendo ela [...] eu falei quero estar junto com você pegar na sua mão, quando ela nascer quero estar ao seu lado.” (A10)

“Daí eu fui junto a gente decidiu ali a decisão de ser acompanhante foi minha ela não queria que eu fosse ela não queria que eu visse ela ali sofrendo fica bem nervosa.” (A7)

O desconhecimento da presença do acompanhante, independente do grau de parentesco está presentes nos relatos feitos pelos acompanhantes. Entre eles destacou-se o desconhecimento sobre essa possibilidade, assim como essa participação ser independente do preparo durante o pré-natal e que é preconizado através das políticas públicas, conforme segue:

“Sobre a lei do acompanhante ela me falou porque no meu tempo que eu tive a gestação não podia só o pai, mas tinha que fazer um curso antes e tudo, agora pode [...]” (A8)

“Lá onde eu moro eles não deixam, o hospital de lá é mais rigoroso, aqui me falaram que em outro hospital teria que fazer cursinho, então aqui nos decidimos na hora.” (A15)

“Há 3 anos eu fiz um curso em um hospital porque ela ganhou lá, e precisou fazer o curso para assistir, foi tranquilo, foi bem bom e aqui não foi diferente, boa atenção, eles correm e atendem foi tranquilo.” (A13)

A Política Nacional de Humanização (PNH), contempla em seus objetivos o acompanhante, considerando-o como parte da rede social (família, amigos e comunidade), e co-participantes nesse processo, já que é de escolha da parturiente, e que corrobora com a Lei nº 11.108 que preconiza como direito da parturiente, escolher seu acompanhante no trabalho de parto, parto e pós-parto. Outro programa que vai ao encontro dessa presença do acompanhante e a RC, que destaca em um de seus itens “o respeito à escolha da mulher sobre seu acompanhante no trabalho de parto e parto”, assim como pelo PNH frente a esse participante da rede social é quanto à formação profissional, no intuito de reconhecer o usuário como cidadão com direitos a serem reconhecidos (BRASIL, 2005a, 2010c, 2011wa).

No intuito de colaborar com o processo de trabalho de parto e parto, estes acompanhantes se mostram receptivos e atentos a todas as informações dadas. O interesse em ter mais conhecimento e participar no processo vivenciado ficou evidenciado nas falas dos acompanhantes:

“Posso ajudar eles falaram se você quiser pode ajudar na maca e depois quando a bebê nasceu a enfermagem enrolou ela e veio do outro lado e colocou na minha mão eu achei legal.” (A10)

“[...] desde quando eu descobri que ela estava grávida nunca me passou pela cabeça não assistir o parto [...]” (A11)

“Eu queria ver meu filho estava ansioso para ver ele [...] vai ser paparicado no último”. (A15)

“Dizer para os pais que participem e acompanhe a esposa na hora do parto do bebê é muito bom, deixa você muito feliz [...] ver como é o nascimento de um filho.” (A1)

“O nascimento é uma coisa que a gente vai presenciar somente uma vez e se eu deixasse uma outra pessoa não ia poder ver o nascimento do bebê [...]”. (A11)

As falas acima demonstram que o interesse em participar do processo de trabalho de parto e parto é na sua grande maioria um desejo dos homens, e que segundo o estudo dos autores Johansson, Fenwick e Premberg (2014) se dá pelo fato de almejam estar ao lado de sua parceira, para dar a ela seu apoio físico e emocional. As falas que seguem também evidenciam essa situação:

“[...] acho que nunca mais vou ter um dia mais feliz novamente que nem ontem”. (A19)

“Para ela deu tranquilidade acredito nisso, e para mim como pai, a gente faz um acompanhamento e a gente quer um filho e no nascimento quero estar pertinho dele.” (A21)

“O nascimento não tem é inexplicável é uma situação que você chora e ri ao mesmo tempo, você chora de felicidade foi maravilhoso, só sendo pai para acompanhar ali para saber o que é mesmo.” (A3)

“Para ela com certeza foi muito bom eu estava ali tentando amenizar a dor dela aquela dor para o nascimento [...]”. (A1)

Participar desse momento como integrante do processo vivenciado pela parturiente desenvolve nos acompanhantes, sentimentos que irão refletir posteriormente, e conforme relatado por eles como uma experiência que ficará para

sempre, como o momento em que ele se tornou pai, esteve junto a sua esposa e acompanhou o que ela sentiu, pois consideram a sua presença como fonte de apoio.

Fato mencionado por Pires (2009) onde cita que a participação familiar, refere-se à promoção da vida, e por isso leva ao bem estar dos indivíduos e a um atendimento de forma integral, cuidando da complexidade e da individualidade do ser humano.

O interesse em estar presente e ser fonte de ajuda, promoveu neste acompanhante sentimento de orgulho e de entendimento sobre o seu papel tanto no momento, do trabalho de parto e parto como na recuperação puerperal. Recuperação esta, já referenciado por Salonem et al. (2010) onde cita que o período pós-parto gera desafios de adaptação, envolvendo a mulher no retorno do seu corpo ao estado não gravídico, e o homem, já que esse período gera desafios quanto a sua nova função como pai, sua interação com o filho e com a família.

Essa participação como forma de colaborar na adaptação ao seu novo papel na vida familiar, foram identificadas em falas como:

“Ter participado valeu bastante e para minha esposa porque ela ficou bem mais calma acho que é uma ótima ideia.” (A20)

“Ela está se acostumando comigo em participar junto da mulher ela se sente amada a recuperação é bem diferente.” (A7)

“E que nem a esposa fala a dor do parto só ela sabe a sensação e a do o pai em estar participando só ele mesmo para saber.” (A3)

“Eu senti que as pessoas precisam chegar ao extremo para participar chegar a 9 contrações para tentar na 10 contração para chamar uma pessoa que poderia estar ajudando já na primeira.” (A19)

“[...] favoreceu para vermos que somos mais unidos do que a gente pensa a gente pode ter uma discussão hoje pode não concordar em alguma coisa ali mais em um momento difícil nós estamos juntos.” (A10)

Essa participação familiar segundo Franco e Costa (2012), favorece e constrói o grau de relação, bem como a relevância entre os pares. É também no seu interior, que os primeiros atendimentos ou apoio, são registrados em uma situação de adoecimento ou alteração no processo habitual de saúde. Esta participação foi referenciado pelos acompanhantes, onde o momento vivenciado fortaleceu o sentimento e promoveu a troca de carinho ainda não explícita anteriormente como segue:

“Na relação tudo agrega é um conjunto de coisas não foi só o nascimento há um amadurecimento na hora que nasce é o arremete você cria coragem de falar eu te amo no outro momento você não tem essa coragem.” (A19)

O ambiente no sentido de estrutura física, o acolhimento da enfermagem como fonte de equilíbrio e informação, levam o acompanhante a uma melhor participação no processo de trabalho de parto, visto que este direcionamento, muitas vezes ocorre somente para a parturiente.

Atualmente todas as Leis e Portarias já preconizam o atendimento com foco no binômio, mãe e filho e destacam tanto a presença e participação do acompanhante, como a necessidade de um atendimento por parte dos profissionais de forma diferenciada, fato ainda não observado como forma de benefícios frente ao estímulo a presença dos familiares (HODNETT et al., 2013).

Foi constatado nessa pesquisa que o acompanhante na figura do pai sente a necessidade em ser valorizado como membro da estrutura familiar e com relações previamente estabelecidas. Não se pode separar mulher parturiente, recém-nascido e o acompanhante, pois todos estão interligados. Falas como a descrita abaixo caracterizam a necessidade do acompanhante em ser visto como parte dessa estrutura:

“A primeira voz que a criança entende é a voz do pai é inacreditável em uma sociedade que é matriarcal fica dizendo que tudo é a mãe a mãe tudo vem da mãe.” (A7)

“De livre e espontânea vontade eu fui também porque é meu sonho [...] a curiosidade me motivou a participar.” (A4)

Observa-se, nessa classe, que a iniciativa do acompanhante em estar presente, foi incentivada pela vontade em querer estar próximo, ajudar, como também em participar no processo e nascimento além de valorizar a relação familiar.

É importante ressaltar que o nascimento pode ser considerado um evento como fonte de expectativa para o acompanhante e se faz necessário que ele vivencie este momento com o auxílio da equipe, no intuito de torná-lo melhor preparado para colaborar na continuidade dos cuidados puerperais, já iniciados no ambiente hospitalar. Os dados desta classe apontaram concordância com afirmações de Merigui e Gualda (2009) ao considerar que a família é parte do processo reprodutivo e núcleo social básico, no qual esta parturiente está inserida e onde o recém-nascido também será inserido.

4.1.4 Classe 4 – O pré-natal como oportunidade e preparo ao acompanhante

Nessa análise foi possível observar a prática das ações dos acompanhantes que tiveram maior informação durante a gestação e nos que recebiam as orientações na chegada ao hospital.

Os acompanhantes que obtiveram maior informação de sua participação no processo de trabalho de parto e parto antes da internação da parturiente, sentiam-se mais seguros e confiantes em suas ações. Porém os acompanhantes, que apesar de terem praticado ações por instinto e que não tiveram nenhum tipo de informação anterior à internação, ficavam aguardando orientações da equipe de saúde sobre o que fazer naquele momento.

Durante a fase gestacional, a mulher passa por transformações fisiológicas que devem ser observadas e detectadas pelos profissionais, com o objetivo de prevenir intercorrências nessa fase ou no processo de parto e parto, contribuindo para a na redução da mortalidade materna (SCAMELL, ALASZEWSKI, 2012). Segundo Soltani, Fair e Hakimi (2014) este preparo é favorecido através do conhecimento técnico e científico, adquirido na formação profissional e necessário

para a assistência as gestantes que devem ser orientadas por meio da educação em saúde.

Para tanto as informações necessárias frente ao processo de trabalho de parto e parto, devem ser iniciadas no pré-natal, conforme preconizado pelo MS, e precisam ser lembradas na chegada ao centro obstétrico. Fato que promove maior incentivo à participação do acompanhante propicia o parto vaginal e favorece a diminuição do uso de práticas intervencionistas, tendo como consequência um trabalho de parto mais curto e um recém-nato com melhores condições ao nascimento. Assim a educação em saúde como promove o conhecimento do direito da presença de um acompanhante preconizado na Lei 11.108 de 2005 (BRASIL, 2005; HODNETT, 2013).

Tanto Afonso e Pereira (2011) como Chaves (2014), citam em seus estudos, que a prática de ações educativas, leva a mulher ao empoderamento através do pensamento crítico que é desenvolvido nesses programas bem como ao fortalecimento de sua autonomia.

Observa-se neste estudo que muitos acompanhantes não tiveram esse conhecimento no pré-natal. Nesta classe os vocábulos que direcionaram a análise por sua frequência e valor do qui-quadrado elevado foram: **natal (predeterminado), ecografia, perguntar, hospital (aqui), informar (buscar), consulta (conhecimento, maior, lei), dúvida, buscar, trocar, semana, lembrar, fome (comida, refeitório), gestante, unidade, férias, roupa, encaixar, tarde.**

As palavras entre parênteses estão diretamente ligadas entre si nos segmentos de textos analisados. As falas abaixo exemplificam o desconhecimento e a falta de orientação no pré-natal:

“No pré-natal eu ia com ela e ela que entrava na sala com o médico ou a médica e eu não chegava a entrar [...]” (A1)

“[...] não sabia que todos os hospitais já estão e comentei para uma mulher que a filha está grávida do que eu fiz [...] e já comentei que aqui pode ficar alguém junto.” (A15)

“Não, não tive nenhuma orientação eu só participei mesmo das ecografias mais nas consultas eu não fui.” (A8)

“Mas não aqui e lá ela não foi informada eu até perguntei e eles falaram que não sabiam e é bom que a gente tenha o conhecimento.” (A7)

“Não eu não tinha nenhuma orientação eu só participei mesmo das ecografias, mais nas consultas eu não fui.” (A16)

Foi possível perceber que poucos participantes da pesquisa, tiveram orientações sobre o processo de trabalho de parto e parto antes da internação, sendo que em alguns casos, a busca por mais informações de como seria o processo de trabalho de parto e parto foi por meio de cursos, mídia ou experiências de amigos e familiares como exemplificado na fala abaixo.

“Com o pré-natal aqui [...] eu vinha aqui com a informação completa que buscava na internet e com outra médica [...] com outras mulheres que tiveram filho [...] depois uma médica ou enfermeira conversou e esclareceu as dúvidas.” (A7)

“Eu busquei orientação não me orientaram, eu fiquei todo o tempo fazendo o pré-natal e fui saber não faz 3 semanas [...] falavam vocês vão ser orientados [...]” (A7)

As palavras **roupa, trocar, semana, centro, unidade e tarde** não foram analisadas por se apresentarem em um contexto referente à chegada da gestante e seu acompanhante, aos setores da instituição e não apresentaram relevância quanto a análise no contexto em que estavam inseridas. A palavra **férias** estava relacionada na fala de um acompanhante ao descrever sua história e a preocupação frente às férias do serviço em que estava sendo atendido, e o fato de que deveria ser direcionado para outra equipe, refletindo que a confiança na equipe é fundamental para o momento de trabalho de parto e parto.

Outro fator frente à falta de informação foi evidenciado pelo relato dos acompanhantes, que ao observarem os cartazes presentes na instituição iam buscar a confirmação junto à equipe.

“O conhecimento da gente foi pelo cartaz que tem ali embaixo no ambulatório que é uma lei agora que toda gestante pode ter um acompanhante foi dali que partiu a ideia.” (A4)

Foi verificada a influência nas ações realizadas junto à parturiente pelo acompanhante, frente ao tipo de informação que obtiveram na realização do pré-natal na unidade de saúde ou instituições hospitalar, conforme os relatos abaixo:

“De repente orientar seria bom cada gestante tem uma situação no caso da minha esposa teve caso de desmaiar e de vomitar [...]” (A6)

“[...] no pré-natal orientar a mãe como será o parto a participação do acompanhante faz a diferença e até já vem mais preparada [...]” (A17)

“[...] eu fui orientado desde o começo do pré-natal no acompanhamento médico que eu poderia estar junto que eu poderia segurar nela, falar para ela ter calma, respirar, para mim ajudou.” (A10)

“Aqui no primeiro pré-natal que a gente veio fazer aqui a enfermagem já me avisou na consulta que eu poderia assistir o parto, eu consegui ajudar ela com massagem , quando ela estava na bola, no cavalinho.” (A20)

“Preparado a gente não estava então vai acontecendo no momento ali e as dúvidas e as perguntas a gente vai perguntando tudo na hora.” (A13)

Foi identificado que a maioria das informações para o acompanhante referente à lei que lhe concedia o direito em acompanhar o parto era proveniente na sua maioria das visitas ao hospital e nos cartazes, e que a falta desse momento de educação em saúde, já iniciada no pré-natal gerava insegurança se realmente poderiam ficar com a parturiente:

“Eu vi um cartaz sobre o direito não fui informado e busquei informação e depois eu perguntei para ela sobre o parto humanizado [...] eu até fotografei o cartaz que se alguém brigasse eu mostrava falando que é uma Lei.” (A7)

O pré-natal como fonte de informações e realizado com enfoque no vínculo familiar, proporcionará o fortalecimento, pois reforça a estruturação familiar, e que deverá ser mantido tanto no nascimento como nas primeiras horas após o parto. Porém a origem dessa relação pode ser fonte de relações estáveis ou conflituosas (PASQUAL; BRACCIALI; VOLPONI, 2010).

A história do cuidado na enfermagem, a qualificação e humanização no processo de trabalho de parto e parto, sempre esteve voltada ao atendimento à parturiente, e não ao acompanhante, e a humanização, segundo Souza; Gaiva e Modes (2011) é reconhecida pelos profissionais como uma prática voltada ao recém-nascido e a mãe. E reconhecida em algumas falas onde os acompanhantes relatam que não sabiam como fazer para suprir suas necessidades fisiológicas como a fome, sua saída ou permanência.

“Eu acho que na questão do acompanhante acho que quando vem àquela fome os acompanhantes também deveriam ganhar alguma coisa sabe às vezes eles ficam horas com a gestante em trabalho de parto na hora eles nem pensar em comer.” (A12)

Essa deficiência na interação da equipe junto ao acompanhante está relacionada, à falta de informação sobre o momento fisiológico vivenciado pela parturiente, como descrito:

“Na semana passada eu perguntei na ecografia dela [...] ele falou que falta muito tempo [...] eu acho que não fizeram o toque eu falei será que está encaixada [...] ninguém me falou [...].” (A8)

Voltar o olhar aos familiares e permitir sua compreensão do pré-natal como parte do contexto na vida familiar

Segundo Aquino, Edge e Smith (2015), prestar uma assistência, de forma a identificar as necessidades, tanto individuais da gestante, como as dos seus familiares, é promover um atendimento no pré-natal, voltado à compreensão deste, como parte do contexto na vida familiar e não como um evento isolado.

Para Afonso e Pereira (2011) e Chaves (2014), o profissional de saúde promove uma assistência de qualidade desde o pré-natal ao nascimento, atuando como agente de ação educativa.

Nessa pesquisa foi observado que apesar de muitos acompanhantes não terem o preparo antecipado durante o pré-natal, estes se sentiam felizes em sua participação, pois buscavam durante o processo do trabalho de parto e no parto, informações no intuito de compreender esse momento.

Planejar as ações junto à família e manter o acompanhante informado quanto a esse processo, promove a interação familiar e melhora sua confiança segundo Ricci (2008) e nesta pesquisa observado como uma ação a ser aprimorado pela equipe de saúde, como uma das falas abaixo:

“Preparado a gente não estava então vai acontecendo no momento ali e as dúvidas e as perguntas a gente vai perguntando tudo na hora.” (A6)

Conforme verificado nessa classe, apesar de relatarem esse desconhecimento sobre o trabalho de parto e parto, vivenciavam a experiência com muita satisfação, por estarem presentes e sentem orgulho pela companheira, irmã, sobrinha ou filha.

Um fato evidenciado nesta classe refere-se ao desconhecimento dos acompanhantes, em sua participação no processo de trabalho de parto e parto, apesar da Lei nº 11.108, ter sido criada em 2005 e que, preconiza essa participação, porém não contempla que essa seja iniciada no pré-natal, somente no pré-parto, no parto e no pós-parto.

Frente a isso e com o objetivo de que esse direito seja estendido ao pré-natal e incluído na Lei nº 11.108, no intuito em estimular o cumprimento de forma adequada de todas as etapas do atendimento na gestação e no processo de trabalho de parto e parto, um projeto de Lei nº 5656/2013 está em tramitação na câmara dos deputados, visto que, conforme um dos itens para justificação do

projeto, ainda há relatos de gestantes que enfrentam dificuldades em ter seus acompanhantes participando dessa consulta (BRASIL, 2013 b)

4.1.5 Classe 5 – O conhecimento e as ações executadas pelo acompanhante

Esta classe demonstra a influência nas ações executadas pelos acompanhantes, quando do conhecimento prévio sobre o processo de trabalho de parto e parto. Eles conseguiram, além de executar mais ações, manter o apoio necessário e a confiança, influenciando diretamente a parturiente frente à dor fisiológica e as etapas vivenciadas por ela.

Os vocábulos analisados nesta classe foram, **mão (segurar, apertar), cadeira (poltrona, banco), dor, sentar (sentir), costa, calma (acalmar), força, forma, ajudar, deitar, apertar, lado, respirar, inclusive, fundo, cesareana, amenizar, aguentar, bastante**. As palavras entre parênteses apresentaram o mesmo sentido nas falas dos acompanhantes, presentes nas UCEs.

Vocábulos como **forma, deitar e tender** não foram analisados, por estarem inseridos como parte de contextos de explicações e relatos, que não apresentaram relevância frente ao tema desta pesquisa.

A palavra **cesareana** representou a falta de conhecimento tanto da gestante, como do acompanhante, quanto ao processo fisiológico do parto, pois estava ligada ao contexto relatado, de que em alguns momentos a cesareana deveria ser realizada, frente à dor sentida pela parturiente.

O sintoma fisiológico da dor apresentado pela parturiente, segundo Araujo (2012), inicia-se já na gestação, devido a mudanças naturais do corpo e permanece até o processo de trabalho de parto e parto, intensificando no momento do parto, onde o corpo da mulher se prepara para o nascimento do feto.

Entender sobre esse mecanismo fisiológico segundo Gucht (2014) faz parte das informações iniciadas na fase gestacional e devem ser mantidas como forma de direcionamento, durante o processo de trabalho de parto e parto, no intuito de levar à gestante e o acompanhante, a uma melhor maneira de lidar com essa dor.

Os vocábulos **mão, força, dor, costa, apertar e calma (acalmar)**, refletiram as ações dos acompanhantes frente ao processo de trabalho de parto e parto. Como primeira atitude o apoio era dado através do contato das mãos, porém visualizado,

que quando orientados a realizar outras ações, sentiam-se seguros. Fato evidenciado nas falas descritas abaixo:

“[...] fiquei fazendo um chameguinho no cabelo dela segurando a mão dela apertando deixando ela me beliscar [...].” (A11)

“Segurei na mão dela foi mais no impulso meu ela já estava fazendo força eu segurei na mão dela e o médico ao lado das enfermeiras [...].” (A1)

“Ela segurava na minha mão quando dava as contrações ela segurava, apertava firme quase quebrava a minha mão [...] eu falava para ela ter força, calma.” (A16)

“[...] não é fácil tentei ajudar do meu modo fazendo massagem nas costas dela para ela ganhar força ali fica mais tranquila, calma.” (A1)

“Respirar fundo eu acalmava bastante ela até a médica falou como era boa a minha participação aí eu me senti bem e elas se sentem mais seguras com alguém ali até quando eu vim não achei que poderia ficar alguém junto”. (A10)

“Inclusive no parto eu estava na cabeceira o médico falou vem aqui para você pode ajudar [...] eu fiquei bem feliz peguei na mão dela me motivou bastante.” (A15)

Práticas mencionadas acima e citadas por Macedo et al. (2008) e Diniz et al. (2014), como técnicas não intervencionistas, devem ser direcionadas pelos profissionais, através de informação e orientação adequada e em todas as fases do processo de trabalho de parto, como forma de amenizar a dor.

A atitude de alguns acompanhantes conforme evidenciadas acima foram identificadas como forma de carinho e apoio à parturiente e aconteceu devido ao impulso, influenciado pela relação de proximidade entre eles, pois não tinham a orientação quanto a essas ações, antes da internação.

A **dor**, um dos vocábulos apresentado nesta pesquisa, esteve representado, como um dos que obtiveram um qui-quadrado (χ^2) mais elevado e representou a insegurança sentida pelos acompanhantes, frente aos relatos das parturientes, vista

por eles como forma de sofrimento. Relatos, que corroboram com Moura et al. (2007), onde citam em seu estudo, que a dor era vista antes da década de 40 como fisiológico e hoje, como forma de sofrimento, portanto, tratada com medicalização.

Sendo essa dor considerada como processo fisiológico da parturição e fator significativo, presente de maneira universal nas parturientes, a utilização de métodos para seu controle, deve ter como objetivo principal, não causar malefícios ao feto, ou a esse processo fisiológico (GAGNON; SANDALL, 2007; SANDALL, 2013).

Para Drife (2007), o respeito à fisiologia do parto e a formação familiar, não deve ser esquecido, pois é considerado o princípio da obstetrícia.

Pensamento corroborado por Ricci (2008) onde cita que, o uso de métodos intervencionistas, deve ser realizado somente na presença de sinais de alerta, que deverão ser avaliados durante esse processo, de forma a identificar a sua real necessidade.

Esta classe demonstrou que as ações desenvolvidas pelos acompanhantes, no período em que estão junto à parturiente, partem do instinto de cada um, em amenizar essa dor fisiológica vivenciada por ela e que segundo Martins, Almeida e Mattos (2012) e já mencionada por outros autores é considerada como parte do processo de gestação, mediante as modificações naturais do corpo e sentidas pela parturiente com maior intensidade no final da gestação.

Segundo Hoga e Pinto (2007), Frutuoso e Brüggermann et al. (2013), tanto a dor, como o stress e a ansiedade, sentidas pelas parturientes, durante o processo fisiológico do trabalho de parto e parto, podem ser auxiliados por intervenções não farmacológicas, com ações evidenciadas cientificamente, que levam ao desencadeamento da liberação da endorfina, gerando sensação de conforto e bem estar. Entre elas estão presentes as massagens, as palavras de apoio, o auxílio no banho de relaxamento e na deambulação e que podem ser desenvolvidas pelos acompanhantes, quando orientados pela equipe de saúde.

No Japão, a maioria dos obstetras já reconhece a dor como parte do processo fisiológico do parto, e, portanto, não fazem uso de medicalização (BEHRUZI et al. 2010).

Nas falas abaixo ficou evidenciado que o vocábulo **mão**, mencionado pelos acompanhantes refletiu uma das ações mais utilizadas por eles para dar apoio, sendo esta considerada uma das ações recomendadas pelas boas práticas de

atenção ao parto e ao nascimento e que segundo Macedo *et al.* (2008) e Diniz *et al.* (2014), devem ser instituídas nas instituições que atendem ao parto.

“Você se sente impotente quando a mulher está passando mal com dor e você não pode fazer nada [...] pelo menos segurar na mão dela isso não tem preço.” (A10)

“[...] a gente não tem muito o que fazer naquele momento o máximo que eu consegui fazer foi segurar na mão dela e para mim foi algo incrível [...] ela se acalmou um pouco.” (A14)

“[...] eu sou um expectador a dor é dela eu fico ali de coadjuvante porque vi que ela precisava de mim naquele momento.” (A19)

“Cheguei até ela e ela estava suando muito e falou que não iria agüentar, falei você vai agüentar e vi que o medo estava dominando ela e comecei a enxugar o suor dele e falei chora.” (A9)

Preparar a gestante e seu acompanhante para o processo de trabalho de parto e parto, incluindo a dor fisiológica é tema a ser destacado na educação em saúde e necessário na atuação da equipe de maneira eficaz (GAGNON; SANDALL, 2007; SANDALL, 2013).

Segundo Johansson, Fenwick e Preamble (2014) participar ao lado da parturiente nesse processo, sem nenhuma informação, pode gerar diversas sensações de despreparo nos acompanhantes.

O preparo gera atitudes positivas, tornando o acompanhante, mesmo em situações críticas, com condição de observar se a situação vivenciada, faz ou não parte do processo fisiológico do trabalho de parto e parto e será o grande aliado da equipe nesse monitoramento, como descrito em falas como:

“Eu sai e quando eu voltei eu a encontrei diferente do que eu havia deixado [...] pois ela estava pálida e suando muito e falou que não ia agüentar [...] vi que o medo estava dominando e falei chora tem que reagir e vi que ela começou a voltar a cor.” (A19)

Durante a análise, foi constatado que a percepção do acompanhante quanto a sua participação, esteve vinculada, ao conhecimento adquirido de forma individual, por amigos, parentes, outros acompanhantes, pela mídia e na instituição hospitalar durante o trabalho de parto e parto. Constatando-se, portanto, a necessidade de um melhor preparo deste acompanhante, anterior a esse processo, como forma de que este tenha entendimento sobre seu papel e sua participação, com foco no bem estar familiar.

As falas que se seguem constataram essa percepção:

“Eu estava ali por realmente por ela e pelo bebê para ajudar e quem sabe até amenizar a dor e empurrar a bebê que a intenção era que ela nascesse logo.” (A4)

“[...] eu acalmava ela bastante até a médica falou como era boa a participação e aí eu me senti bem [...] ela se sente mais segura e fica a vontade [...] foi muito bom.” (A16)

“Então é importante ter alguém ali próximo do lado para dar essa força emocional e que foi muito legal essa parte é muito importante para ter feito isso para ter alguém do lado para esse momento.” (A12)

“Ela apertava chegou quase a quebrar meus dedos eu senti que ela estava gostando de eu estar ali a minha presença ali ao lado dando força para ela então acho que foi isso [...] foi tudo na hora [...] não tinha noção.” (A2)

Ações como as descritas acima e outras mencionadas nesta classe, poderão ser orientadas durante o pré-natal, permitindo a este acompanhante um melhor direcionamento para o uso de métodos auxiliares à parturiente no trabalho de parto (MARTINS; ALMEIDA; MATTOS, 2012).

Os programas de estímulo à participação do pai e iniciados no pré-natal segundo Benazzi, Lima e Souza (2011) são motivados pelo novo papel que o homem adquiriu na relação familiar, onde a inversão de papéis observada na vida familiar e decorrente das conquistas das mulheres na vida profissional, e aproximou o homem dos cuidados domésticos, e do convívio com os filhos. Sendo que assim, o

conhecimento como parte dessa inserção, também é traduzido em orientações sobre o nascimento e principalmente, como parte da rede social, na qual o recém-nascido será inserido.

Outro fator que se destacou nessa pesquisa foi a existência de Portarias, onde as instituições devem ter uma estrutura física, de forma a favorecer o ambiente, tanto para a parturiente como para o acompanhante (BRASIL, 2013e). Nos relatos apresentados em vários segmentos de textos, foi evidenciado que os acompanhantes, pensam nessas estruturas após o nascimento, pois durante esse processo, a maior preocupação esteve relacionada com a parturiente e sua dor. Porém ao final, sentiam-se cansados, e queriam móveis e locais confortáveis, nos quais pudessem descansar.

Essa percepção quanto às necessidades dos acompanhantes, deve ser vista pela equipe de saúde, com o enfoque no auxílio, no intuito de amenizá-las. As falas que seguem evidenciaram a importância em rever a estrutura, onde esses acompanhantes encontram-se:

“[...] tinha as cadeiras, mas são desconfortáveis uma melhor poderia ter ajudado a descansar.” (A13)

“[...] não precisava ser nada chique um lugarzinho para esticar as pernas uma poltrona mais confortável.” (A5)

“O espaço eu achei muito junto bem apertado onde eu estava a gente tem que virar um pouco a cama dela para caber minhas pernas não cabia nem a cadeira [...].” (A17)

Vale ressaltar, portanto, que promover o conforto e bem estar da parturiente, destacou-se entre as falas dos acompanhantes e até mesmo a estrutura física foi deixada em plano secundário e que ficou evidenciado em falas como:

“Para mim foi muito bom está ótimo a única coisa que interessava é o conforto para ela e para o meu filho esse era o essencial e ela estava confortável eu estava com uma cadeira ao lado dela.” (A7)

Apesar de expressarem o interesse somente no conforto da parturiente, tal fato não deve passar despercebido pelas instituições, visto que já é preconizado a partir da implantação da Lei do Acompanhante, que as instituições devem adequar-se, desde a conscientização da equipe, no acolhimento ao acompanhante até em condições estruturais, assim como a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) n.36, que dispõe sobre regulamento técnico para normas de funcionamento dos serviços de atenção obstétrica e neonatal, com parâmetros necessários a uma estrutura física adequada e segura, para a promoção e melhoria da qualidade nos serviços de saúde.

O profissional de saúde deve estar atento tanto na realização do pré-natal, dando a este acompanhante a atenção e informação necessária, tornando-o confiante em seu papel e na atuação junto à gestante, parturiente e posterior puérpera, favorecendo e fortalecendo suas competências naturais.

O reforço a essas orientações no momento da internação, tem o intuito de promover a segurança e favorecer a atuação desse acompanhante, tornando-o parte da rede social e que segundo Hodnett (2013), influencia diretamente na assistência à parturiente.

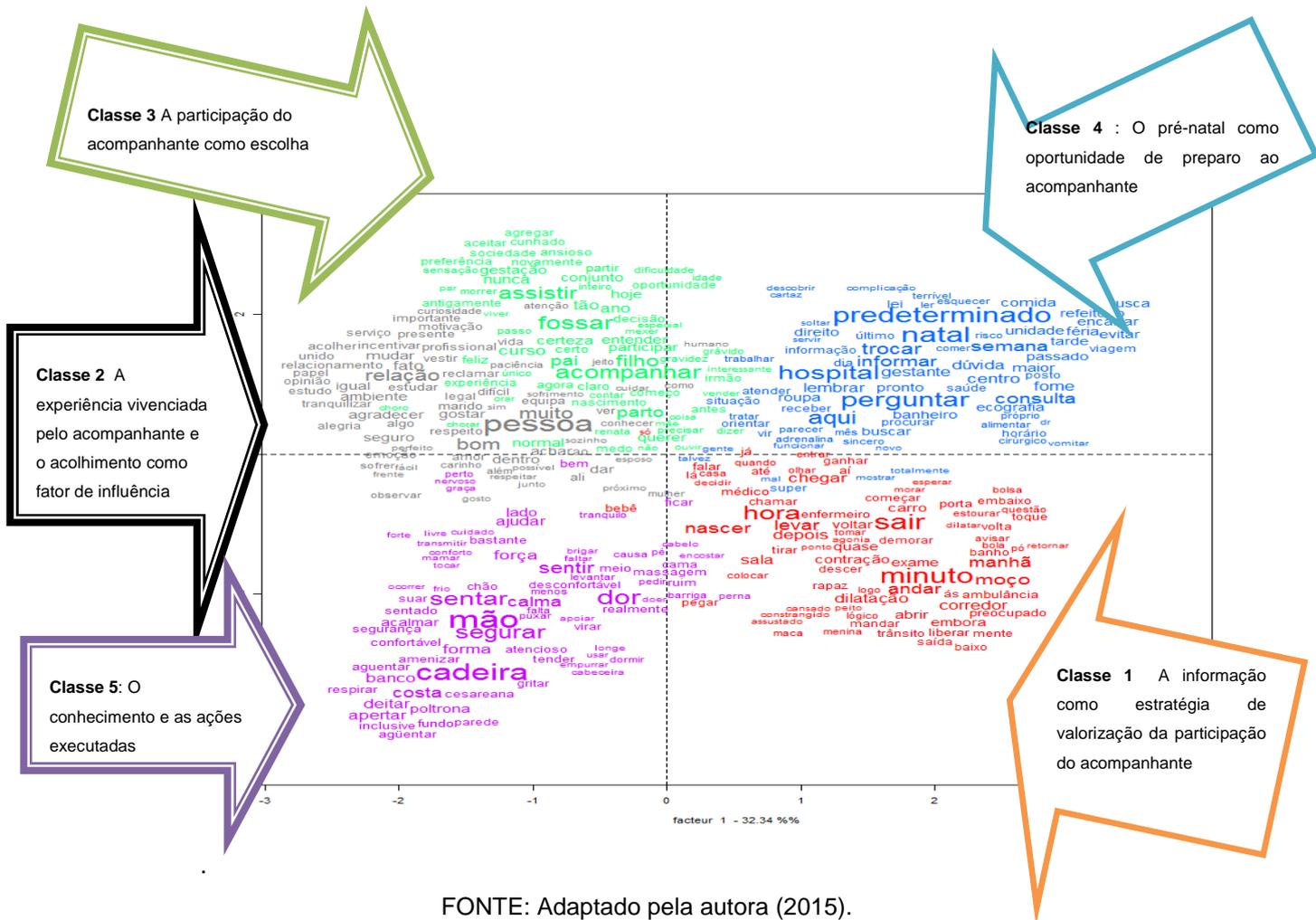
Também para Camponogora (2012), valorizar presença desse acompanhante através de um ambiente acolhedor e com informações, favorece a ação da natureza no indivíduo, fazendo com que este possa cuidar-se, e a cuidar do outro.

Esta classe permitiu a constatação de que o empoderamento e autonomia, dada através das informações pela equipe de saúde, tanto no pré-natal, como no momento da internação, permitiu o desenvolvimento de ações diferenciadas nos acompanhantes.

A execução de atos relacionados ao toque como pegar na mão, acariciar o rosto e o cabelo, foram realizadas pela relação de afeto, existente entre parturiente e acompanhante e que quando direcionadas pela equipe, outras ações eram percebidas e utilizadas no auxílio e alívio da dor, além dos relatos, quanto a sua segurança em sua execução.

4.1.6 Relações entre as classes

FIGURA 4 - DENDOGRAMA FORNECIDO PELO IRAMUTEQ



FONTE: Adaptado pela autora (2015).

Após a conclusão da análise das classes foi possível observar que a relação entre elas ficou estabelecida da seguinte forma:

A classe 2 “A experiência vivenciada pelo acompanhante e o acolhimento como fator de influência” e a classe 3 “A participação do acompanhante como escolha”, ficaram intercaladas, conforme demonstra a Figura 4. Isto devido a demonstração da relação entre o nascimento, e o vínculo iniciado na relação familiar, caracterizada pela vontade dos acompanhantes em fazerem parte do processo de trabalho de parto e parto e de como a equipe que o recebe, influência nessa participação, visto que, o estar presente para eles, significou o interesse em apoiar e ajudar a parturiente.

O acolhimento promovido pela equipe contribuiu na experiência vivenciada e proporcionou a este uma reavaliação familiar, que irá ajudar na relação construída nessa família, e impactar no contexto de inserção do recém-nascido.

Para tanto na classe 3 “A participação do acompanhante como escolha” fica clara, que para essa participação ser mas efetiva, eles buscam o conhecimento sobre o que é o processo do nascimento, através vários meios, no intuito de entenderem o que acontece e o que podem fazer para ajudar e servir de apoio a parturiente, fato que demonstrou ser motivo de orgulho entre os acompanhantes. Devido a isso, ficam atentos a tudo o que acontece ao seu redor e demonstram satisfação, quando podem colaborar e principalmente, quando são reconhecidos pela equipe de saúde, como parte do processo e da rede social da parturiente.

O nascimento para muitos e relatados nesta pesquisa foi caracterizado em um momento de repensar suas condutas pessoais, principalmente junto à família, onde seus valores foram revistos, podendo influenciar em sua futura relação, através do fortalecimento desse vínculo, compreendido nos relatos de desejo e ansiedade, em compartilhar ao filho, neto, ou sobrinho, daqui a algum tempo, sobre sua participação no nascimento.

Portanto, a classe 2, “A experiência vivenciada pelo acompanhante e o acolhimento como fator de influência” e a classe 3, “A participação do acompanhante como escolha”, ficam próximas e são as mais interligadas, por se apresentarem diretamente ligadas a essa experiência vivenciada pelo acompanhante, frente ao processo de trabalho de parto e parto, as orientações que são realizadas pela equipe e esta como forma de influenciar na relação familiar.

A classe 1, “A informação como estratégia de valorização da participação do acompanhante” e a classe 4, “O pré-natal como oportunidade de preparo ao acompanhante”, tiveram uma maior relação, por estarem vinculadas às informações necessárias a esse acompanhante, com o objetivo de promover sua melhor interação, durante todo o processo de trabalho de parto e que, quando iniciadas no pré-natal conforme demonstradas na classe 4, eram executadas com maior segurança, em ações de forma variada, pois além de segurar a mão da parturiente, também conseguiam realizar outras ações com mais segurança e evidenciar situações contrárias a esse momento.

Entre a classe 3, “A participação do acompanhante como escolha” e a classe 4, “O pré-natal como oportunidade de preparo ao acompanhante”, observa-se uma lacuna, ocorrendo a constatação de que, a escolha do acompanhante em estar presente no processo do nascimento, não foi influenciada por sua participação no pré-natal, mais por escolha pessoal, por querer estar próximo vivenciando e dando apoio e mais próximas, entre as palavras que demonstraram, maior orientação já na instituição hospitalar.

A Classe 5 “Conhecimento e as ações executadas”, ficou mais isolada, por se tratar da atuação propriamente dita do acompanhante, onde a soma de todas essas ações, irão desencadear em seu desenvolvimento junto a parturiente e na sua vivência, como forma de valorização ao momento presenciado e principalmente, com foco na continuidade das ações em seu ambiente familiar.

Observado nessa figura e corroborado na análise que a classe 5 “Conhecimento sobre o parto e as ações executadas” está com menor lacuna com classe 1 “A informação como estratégia de valorização da participação do acompanhante”, visto que, esta representa as informações e orientações recebidas pelos acompanhantes já na instituição hospitalar, tanto por iniciativa da equipe, como pelo seu interesse em perguntar sobre o momento vivenciado e mais distante da classe 4, representando um pré-natal com menor quantidade de informação referente a participação familiar.

Entre a classe 5 “Conhecimento e as ações executadas” e 2 “Importância do acolhimento”, houve pouca relação, onde o interesse pessoal em realizar ações no processo de trabalho de parto e parto e representado na palavra **mão**, como vocábulo em destaque, ficou claro como sendo na sua maioria, de impulso do acompanhante, por sua relação com a parturiente, como propriamente das orientações e do acolhimento recebido conforme análise dessa classe.

Porém é possível observar que todas as classes estão relacionadas a equipe de saúde, como fonte necessária em valorizar, acolher e informar esse acompanhante, tornando seu ambiente de inserção como uma experiência a ser vivenciada como única, através de informações suficientes e claras, fortalecendo sua autonomia, como membro do contexto familiar e não somente como fonte de apoio, e sim como também, protagonista desse momento. Segue abaixo na figura 4 a visualização sobre o exposto.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo inicial da pesquisa em descrever a vivência do acompanhante da parturiente no trabalho de parto e parto foi alcançado no decorrer do desenvolvimento da análise das classes, obtidas através do processamento de dados, com a utilização do *software* IRAMUTEQ e da análise através das leituras para um melhor entendimento do contexto de inserção desse acompanhante.

No total foram entrevistados 21 acompanhantes, sendo que destes, 18 são identificados como sendo o pai do recém-nascido, dado que chamou a atenção, visto que, atualmente pesquisas apontam esse constante interesse do pai, em estar ao lado da parturiente e presente no nascimento do filho.

Aqueles que de alguma forma tinham recebido orientação no pré-natal, cursos ou na chegada ao centro obstétrico, se sentem mais seguros, e descrevem sua experiência relacionada às ações, que conseguiram realizar através de apoio emocional, afeto, palavras de carinho, auxílio na deambulação, na bola, no cavalinho, encaminhar para o banho e massagens. Métodos utilizados como parte das boas práticas e que tendem a amenizar a dor fisiológica do trabalho de parto, por gerarem sensação de conforto e bem estar. Ações estas, descritas e enfatizadas pelos acompanhantes, com sentimento de orgulho, quando percebidas pelas parturientes através de gestos de agradecimento ou pela equipe de saúde.

O que se pode perceber entre os participantes da pesquisa, é que poucos têm conhecimento sobre o processo de trabalho de parto e parto antes da internação, esse desconhecimento faz com que a busca por essas informações seja feitas através da mídia, internet, experiência da família e amigos. A busca por informações, através desses meios deve ser direcionada pela equipe, para que não haja interpretações errôneas, frente a tanta informação hoje disponível, de fácil acesso e nem sempre esclarecedoras.

Constatado que, ao falarem de sua experiência, como sendo a pessoa que estava presente para ajudar, muitos se sentem ineficazes diante da dor fisiológica da parturiente e o impulso em dar e carinho é realizado no intuito de promover a esta à confiança necessária naquele momento, já que na sua maioria não eram direcionados para outras ações, conforme as recomendadas nas boas práticas preconizadas pelo MS, devendo, portanto, ser revisto pelas equipes.

Outro ponto destacado foi o desconhecimento com relação à Lei nº 11.108 de 2005, que garante a parturiente à presença de um acompanhante. Muitos desses acompanhantes obtiveram essa informação, somente na chegada à instituição hospitalar, ou no momento da internação, por informação da equipe ou nos cartazes presentes, o que demonstra que esse preparo não é realizado anteriormente.

O fato da Lei nº 11.108, não preconizar a presença do acompanhante já no pré-natal, mobilizou a discussão através do Projeto de Lei nº 5656/2013, para essa participação seja iniciada no período gestacional, perpassando por todas as etapas do período do trabalho de parto, no parto e no pós-parto. Sua aprovação beneficia tanto as gestantes como os acompanhantes, através de orientações necessárias e a divulgação de seus direitos enquanto co-participantes de todo o processo.

A educação em saúde preconizada pelas Políticas Nacionais tem o intuito de promover através das ações educativas, um conhecimento participativo a esse acompanhante, principalmente sobre sua atuação como membro da rede social e elo no restabelecimento puerperal e que é demonstrado nesta pesquisa como deficiente.

A expectativa e o desejo em executar algum tipo de ação junto à parturiente durante o trabalho de parto, e a satisfação em poder ser a pessoa a transmitir apoio e segurança, fica evidenciada nas atitudes e nos relatos dos acompanhantes ao descreverem a sua vivência. Assim como a atitude da equipe em valorizar a sua presença, influenciou em sua percepção, frente ao relacionamento familiar e sua inserção nesse novo contexto.

O acompanhante ao chegar em um ambiente, que não faz parte do seu cotidiano, com vontade em querer vivenciar esse momento entendendo sua presença como fonte de apoio à parturiente, deve receber o direcionamento necessário através de informações que promova seu conhecimento e sua valorização, e constatado que nem sempre é realizado pelas instituições.

Atitudes da equipe no acolhimento a estes acompanhantes, foram reconhecidas, e fez com que se sentissem participantes, principalmente quando convidados a realizar ações como empurrar maca, auxiliar na passagem para cama ou a estar mais próximos durante o processo de trabalho de parto e parto, promoveram bem estar, e na grande maioria a compensação pelo cansaço sentido.

Evidenciado que, apesar de muitos relatarem o desconhecimento sobre o trabalho de parto e parto, vivenciaram a experiência com muita satisfação frente às ações executadas e que partiram de iniciativas pessoais, como os gestos de carinho, porém outras ações poderiam ter sido realizadas, de forma mais confiante, através de um melhor preparo e informações adequadas. Corroborando com o fato de que a equipe de saúde é o elo mediador desse acompanhante, nesse contexto de reinserção ao processo de trabalho de parto e parto.

Fato importante a ser ressaltado foi a ansiedade relatada pelo acompanhante, sentimentos de angústia e preocupação, ao ouvir a fala da equipe quando feita de maneira técnica e sem a atenção em explicar o ocorrido. É necessário lembrar que, com a implantação desse acompanhamento é imprescindível que os profissionais tenham o cuidado, em participar tanto a gestante como ao acompanhante, os acontecimentos e procedimentos realizados. Esta evidência vai contra aos diversos estudos, que citam a necessidade do estabelecimento de um ambiente de tranquilidade pela equipe, visando à promoção da força interna do ser humano.

A busca no constante conhecimento e aperfeiçoamento frente ao tema, não está totalmente extenuada, visto que após tanto tempo de lutas e implantações de Leis, ainda temos a precariedade e a institucionalização da família.

Esta pesquisa demonstra que, o processo de implantação da Lei nº 11.108 que preconiza a presença do acompanhante escolhido pela parturiente no pré-parto, no parto e no pós-parto nas instituições hospitalares, não está totalmente interiorizada pela equipe de saúde. Mesmo constatado que a melhor orientação foi realizada no momento da internação, as instituições mostram uma fragilidade no preparo dessas equipes, quanto a percepção de que este acompanhante faz parte da vida cotidiana da parturiente e apesar desta Lei apresentar uma lacuna entre o pré-natal e o início do trabalho de parto e parto, a falta desse adequado acolhimento na internação reflete diretamente na vivência desse acompanhante.

Frente a isso se reforça a importância do acolhimento da equipe de saúde ao acompanhante, entendendo que este faz parte de uma rede social, na qual o recém-nascido será inserido e, portanto considerado também protagonista desse processo.

REFERÊNCIAS

- AFONSO, R., PEREIRA, A. Adesão nos grupos educativos em contracepção em uma Área Programática do Rio de Janeiro. **Enferm Cen O. Min.**, América do Norte, v.1, n. 2, p.238-247, abr./jun. 2011. Disponível em: <<http://goo.gl/E3bW90>>. <>. Acesso em: 21 dez.2014.
- ALVES, M. C. et al. Apoio à parturiente por acompanhante de sua escolha em uma maternidade-escola. **J. res.: fundam. care**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 3, 2013. Disponível em; <<http://goo.gl/ubsze8>>. Acesso em: 16 jul. 2015.
- AQUINO, M. R. J. V.; EDEGE, D.; SMITH, D. M. Pregnancy as na ideal time for intervention to address the complex needs of back and minority ethnic women: Views of British Midwives. **Midwifery**, v. 31, p.373-379, 2015. Disponível em: <[http://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138\(14\)00261-7/abstract](http://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138(14)00261-7/abstract) >. Acesso em 10 jan. 2015.
- ARAUJO, L. A. **Enfermagem na prática materno-neonatal**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.
- BEDFORD, J. et al. A normal delivery takes place at home': a qualitative study of the location of childbirth in rural Ethiopia. **Matern Child Health J.**, New York, v. 17, p. 230-239, 2013. Disponível em: < <http://goo.gl/ekN8J4> >. Acesso em: 01 set. 2014.
- BEHRUZI, R. et al. Facilitators and barriers in the humanization of childbirth practice in Japan. **BMC Pregnancy and Childbirth**, London, 2010. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1471-2393/10/25>>. Acesso em: 02 jun. 2014.
- BÉLANGER-LÉVESQUE, M. N. et al. Maternal and paternal satisfaction in the delivery room: a cross-sectional comparative study. **BMJ Open**, [London], n. 4, 2014. Disponível em: <<http://bmjopen.bmj.com/content/4/2/e004013.full.pdf+html>>. Acesso em: 11 jan. 2015.
- BENAZZI, A. S. T.; LIMA, A .B. S.; SOUZA, A. P. Pré-natal masculino: um novo olhar sobre a presença do homem. **Rev. Públ.**, São Luis, v. 15, n. 2, p. 327-33, jul./dez, 2011.
- BERNARDI, M. C.; CARRARO, T. E. Poder vital de puérperas durante o cuidado de enfermagem no domicílio. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 23, n. 1, p. 142-150, 2014. Disponível em: < <http://goo.gl/ikM9hL> >. Acesso em: 02 jun. 2014.
- BOWSER, D. H. K.; HILL, K. **Exploring evidence for disrespect and abuse in facility-based childbirth**: Report of a landscape analysis: USAID- TRAction Project. Boston: Harvard School of Public Health, 2010. Disponível em: <<http://goo.gl/lhe7qc>> Acesso em: 04 abr. 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher**: bases da ação programática. Brasília: Ministério da Saúde, 1984

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição**: República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: file:///C:/Users/Paulo/Downloads/constituicao_federal_35ed.pdf>. Acesso em: 20 abr 2015.

BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de Julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente, Título II dos Direitos Fundamentais. Cap. I. Do Direito à Vida e à Saúde. Art. 10º III. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF. 1990. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil03/leis/l8069.htm>>. Acesso em: 25 maio 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição. Portaria nº 1016, de 26 de agosto de 1993 Ementa não oficial: Aprova as Normas Básicas para a implantação do sistema "Alojamento Conjunto". **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, nº 167, p. 13066, 01 set. 1993. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Normas básicas para alojamento conjunto**: passo 7: iniciativa Hospital Amigo da Criança. Brasília: Programa Nacional de incentivo ao Aleitamento Materno, 1994. Disponível em: <http://www.redeblh.fiocruz.br/media/cd08_20.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 569/GM, de 1 de junho de 2000. Dispõe sobre o Programa de Humanização no Pré-natal e nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 110-E, 8 jun. 2000. Seção 1, p. 4-6. Disponível em: <<http://goo.gl/AuNjBE>>. Acesso em: 20 dez. 2014.

BRASIL. Portaria nº 238/GM em 19 de fevereiro de 2004, destinada a reconhecer estabelecimentos de saúde integrantes da rede do Sistema Único de Saúde, que se destaquem no atendimento obstétrico e neonatal. 2004. Disponível em: <<http://ftp.rgesus.com.br/legislacoes/gm/6520-238.html>>. Acesso em: 04 maio 2015.

BRASIL. Lei nº 11.108, de 07 de Abril de 2005. Garante as parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 08 abr. 2005a. (D)

BRASIL. Portaria nº 2.418/GM de 2 de dezembro de 2005. Art. 1º Regulamenta em conformidade com o art. 1º da Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005, garante a presença de acompanhante para mulheres em trabalho de parto, parto e pós-parto imediato nos hospitais públicos e conveniados com o Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília, Ministério da Saúde, 2005b. Disponível em: <<http://goo.gl/ob4A8Q>>. Acesso em: 28 dez. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Pré-natal e puerpério**: atenção qualificada e humanizada: manual técnico. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <<http://goo.gl/AOqbkl>>. Acesso em: 01 abr. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica do óbito materno**. Brasília. DF: Ministério da Saúde, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política nacional de humanização da atenção e gestão do SUS: o humanizaSus na atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Iniciativa hospital Amigo da Criança**. Brasília,DF: Ministério da Saúde, 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização**. 2. ed. Brasília. DF: Ministério da Saúde, 2010b.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. **Política Nacional de Humanização: formação e intervenção**. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde, 2010c. Disponível em: <<http://goo.gl/Qa1kC4>>. Acesso em: 14 ago.2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Área técnica de saúde da criança e aleitamento materno. **Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011a. (Série I. História da saúde). Disponível em: <<http://goo.gl/eTyrTm>>. Acesso em: 09 ago 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011b. Disponível em: <[http:// conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2007/_mulher.pdf](http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2007/_mulher.pdf)>. Acesso em: 01 ago. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual prática para implementação da rede cegonha**. Brasília, DF, 2011c.

BRASIL. Ministério da Saúde . Portaria nº 1.459/GM/MS de 24 de junho de 2011, que intitui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede Cegonha, alterada em 5 de outubro de 2011 pela Portaria nº2.351. Brasília: Ministério da Saúde, 2011d. Disponível em: <<http://goo.gl/83LKUj>>. Acesso em: 09 ago. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 650, de 5 de outubro de 2011. Dispõe sobre os planos de ação regional e municipal da Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2011e. Seção 1. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/saudelegis/sas/2011/prt0650_05_10_2011.html>. Acesso em: 20 dez. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de atenção básica: saúde reprodutiva e saúde sexual**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em: <<http://goo.gl/S1avnO>>. Acesso em: 11 set. 2014.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Ouvidoria Geral do SUS. **Relatório preliminar de pesquisa.** Brasília, DF, 2013b.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Plano Nacional de Políticas para as Mulheres.** Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2013c. Disponível em: < <http://goo.gl/8VJVUi>>. Acesso em: 05 jan. 2015.

BRASIL. Ministério da saúde. Resolução Normativa - RN nº 338, de 21 de outubro de 2013 que atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura assistencial mínima nos planos privados de assistência à saúde, contratados a partir de 1º de janeiro de 1999; fixa as diretrizes de atenção à saúde; revoga as Resoluções Normativas – RN nº 211, de 11 de janeiro de 2010, RN nº 262, de 1 de agosto de 2011, RN nº 281, de 19 de dezembro de 2011 e a RN nº 325, de 18 de abril de 2013; e dá outras providências. Brasília, DF, 2013d. Disponível em: <<http://goo.gl/UfeFgJ>>. Acesso em: 28 dez. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução – RDC n. 36, de 25 de Julho de 2013 com o objetivo de instituir ações para a promoção da segurança do paciente e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde. Brasília, DF, 2013e. Disponível em: <<http://goo.gl/zkxGVV>>. Acesso em: 28 dez. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Notícia sobre a resolução 466 do CNS que trata de pesquisa em seres humanos e atualiza a resolução 196. Brasília, 14 jun. 2013f. Disponível em: Disponível em: <http://goo.gl/0LqX6L>. Acesso em: 23.08.2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Universidade Estadual do Ceará. **Humanização do parto e do nascimento.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. (Cadernos HumanizaSUS, v. 4). Disponível em: <<http://goo.l/V4SPsx>>. Acesso em: 04 fev. 2015.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos. **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: Relatório Nacional de Acompanhamento.** Brasília, Ipea : MP, SPI, 2014b. <http://www.pnud.org.br/Docs/5_RelatorioNacionalAcompanhamentoODM.pdf>. Acesso 20 jul. 2014.

BRASIL. Portaria nº 1.153, de 22 de maio de 2014. Redefine os critérios de habilitação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), como estratégia de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à saúde integral da criança e da mulher, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2014c. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1153_22_05_2014.html>. Acesso em: 01 ago. 2014.

BRUGGEMANN, O. M. et al. A inserção do acompanhante de parto nos serviços públicos de saúde de Santa Catarina, Brasil. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 432-438, jul./set. 2013.

BRUGGEMANN, O. M. et al. Motivos que levam os serviços de saúde a não permitirem acompanhante de parto: discursos de enfermeiros. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 23, n. 2, jun. 2014. Disponível em: < <http://goo.gl/i047xq>> Acesso em: 05 jan. 2015.

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. Alceste: perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais. In: MOREIRA, A. S. P. et al. **Um programa informático de análise quantitativa de dados textuais**, João Pessoa: Ed. Universitária – UFPR, 2005. cap. 17, p. 511-539.

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. **Temas em psicol.**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 2, p. 513-18, 2013b. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v21n2/v21n2a16.pdf>>. Acesso em: 04 abr. 2015.

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. Tutorial para uso do software análise textual IRAMUTEQ. **Universidade Federal de Santa Catarina**, 2013a. Disponível em: <<http://goo.gl/JK92yk>>. Acesso em: 30 mar. 2015.

CAMPONOGORA, S. Saúde e meio ambiente na contemporaneidade: o necessário resgate do legado de Florence Nightingale. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n.1, mar. 2012.

CARRARO, T. E, et al. O papel da equipe de saúde no cuidado e conforto no trabalho de parto e puérperas. **Texto e Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 17, n.3, p. 502-509, jul./set. 2008.

CARRARO, T. E. **Resgatando Florence Nightingale: a trajetória da enfermagem junto ao ser humano e sua família na prevenção de infecções**. 1994. 136 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1994.

CARRARO, T. E. Os postulados de Nightingale e semmelweis: poder/vital e prevenção/contágio como estratégias para a evitabilidade das infecções. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 4, jul./ago, 2004.

CARRENO, I.; BONILHA, A. L. L. de.; COSTA, J. S. D. da. Evolução temporal e distribuição espacial da morte materna. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 4, p. 662-670, 2014. Disponível em: <<http://goo.gl/fpFqVP>>. Acesso em: 20 dez. 2014.

CAVALCANTI et al., Um modelo lógico da rede cegonha. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 1297-1316, 2013.

CHARTIER, J. F.; MEUNIER, J.G. Text mining methods for social representatio analysis in large corpora, **Papers on Social Representatios**, Paris (FR), v. 20, n. 2, p. 1-47, 2011. Disponível em: <<http://www.psych.lse.ac.uk/psr/>>. Acesso em: 05 abr. 2015.

CHAVES, A. C. M. **A autoeficácia de gestantes e puérperas em amamentar**. 2014. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2014.

CHEYNE, H.; ABRYANKARR, P.; McCOURT, C. Empowering change: realist evaluation of a Scottish Government programme to support normal birth. **Midwifery**, Edinburgh; New York, n. 29, p. 1110-1112, 2013. Disponível em: <[http://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138\(13\)00223-4/pdf](http://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138(13)00223-4/pdf)>. Acesso em: 07. jan. 2015.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: método qualitativo, quantitativo e misto**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

CURITIBA. Prefeitura Municipal de Curitiba. Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba. **Programa mãe Curitiba: pré-natal, parto,puerpério e atenção ao recém-nacido**. 2012. Disponível em: <<http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/index.php/programas/mae-curitibana>>. Acesso em: 15 jan. 2015.

CURITIBA. Secretaria Municipal de Saúde. Índice de partos normais no SUS de Curitiba é sete vezes maior que na rede particular. 2014a. Disponível em: <<http://goo.gl/gW1OQT>>. Acesso em: 15 jan. 2015. Ver se é a ref. Usada na p. 34.

CURITIBA. Secretaria Municipal de Saúde. **Programa Mãe Curitiba: pré-natal, parto e puerpério**:slides informativos e site oficial. 2014b. Disponível em: <<http://goo.gl/v54dNp>>. Acesso em: 27 dez. 2014.

D'ORSI, E *et al.* Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300021&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 09 jan. 2015.

DINIZ, C. S. G. et al. Implementação da presença de acompanhante durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional Nascer no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, 2014. Disponível em: <<http://goo.gl/W6qkcV>>. Acesso em: 11 jan. 2015.

DODOU, H. D et al., A contribuição do acompanhante para a humanização do parto e nascimento: percepções de puérperas. **Esc. Anna Nery**.(18) 2, 262-269, abr/jun.2014. Disponível em: http://revistaenfermagem.eean.edu.br/detalhe_artigo.asp?id=1077 Acesso em: 31.12.2014.

DRIFE, J. Do we have enough evidence to judge midwife led maternity units safe? No. BMJ : **British Medical Journal**, London, v. 335, n. 7621, p. 643, 2007. Disponível em: <<http://goo.gl/tQFYA0>>. Acesso em: 20 dez. 2014.

FRANCO, L. S, A.; COSTA, L. F. Família e Redes Sociais. **Saúde Coletiva [Online]**, São Paulo, v. 9, n. 55, p. 6, 2012. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=84223107002>>. Acesso em: 31 dez. 2014.

FRELLO, A. T. **Puerpério de alto risco e cuidado de enfermagem: influência no poder vital das mulheres**. 2013. 177f. Tese (Doutorado em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

FRELLO, A. T.; CARRARO, T. E. Componentes do cuidado de enfermagem no processo do parto. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**, Goiânia, 2010, v. 12, n. 4, out-dez. 660-668. Disponível em: < <http://goo.gl/UTFRMG> >. Acesso em: 20 ago.2014.

FRUTUOSO, L. D.; BRUGGEMANN, O. D. Conhecimento sobre a lei 11.108/2005 e a experiência dos acompanhantes junto á mulher no centro obstétrico. **Texto Contexto – Enferm.**, Florianópolis, v. 22, n. 4, p. 909-917, 2013. Disponível em: <<http://goo.gl/Ov0637> >. Acesso em: 20 set. 2014.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA(UNICEF). Organização Mundial da Saúde. **Iniciativa Hospital Amigo da Criança** : revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado : módulo 4 : autoavaliação e monitoramento do hospital. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). **Iniciativa Hospital Amigo da Criança**. Brasília: UNICEF Brasil, 2015. Disponível em: < http://www.unicef.org/brazil/pt/activities_9994.htm>. Acesso em: 04 jan. 2015.

GAGNON, A. J.; SANDALL. J. Individual or group antenatal education for childbirth or parenthood, or both. **Cochrane Database Syst. Rev.**, Londres, v. 18, n. 3, July 2007. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17636711>> Acesso em: 06 jan. 2015.

GEORGE, J. B. et al. **Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática Profissional**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

GUCHT, N. V. der; LEWIS, K. Women´s experiences of coping with pain during childbirth: a critical review of qualitative research. **Midwifery**, Edinburgh; New York, v. 31, n. 3, p. 349-358, Mar. 2015. Disponível em: <<http://goo.gl/jHPXdw>>. Acesso em: 10 jan. 2015.

HODNETT, E. D. et al. Continuous support for women during childbirth (Review). **Cochrane Database Syst. Rev.**, Londres, 2013. Disponível em: <<http://goo.gl/jKaf9b>>. Acesso em: 07 jan. 2015.

HOGA, L. A. K.; PINTO, C. M. S. Assistência ao parto com a presença do acompanhante: experiências de profissionais. **Invest. Educ. Enferm.**, Medellin, v.

25, n. 1, p. 74-87, Jan./June 2007. Disponível em: <<http://goo.gl/EhEaHb>>. Acesso em: 20 set. 2014.

JAMAS, M. T.; HOGA, L. A. K.; REBERTE, L. M. Narrativas de mulheres sobre a assistência recebida em um centro de parto normal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 12, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013001700009>. Acesso em: 14 jun. 2015.

KLEBA, M. E.; WENDAUSEN, A. Empoderamento: processo de fortalecimento dos sujeitos nos espaços de participação social e democratização política. **Saúde e Soc.**, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 733-743, jan. 2009. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/sauso/article/view/29498>>. Acesso em: 22 dez. 2014.

KUNZLER, I. M. **O Cuidado às mulheres no puerpério de alto risco: aplicando o Modelo de Cuidado de Carraro, fundamentado em Florence Nightingale**. Dissertação (Mestrado em enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

JOHANSSON, M.; FENWICK, J.; PREMBERG, A. A meta-synthesis of fathers' experiences of their partner's labour and the birth of their baby. **Midwifery**, Edinburgh; New York, n. 31, p. 9-18, 2014. Disponível em <[http://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138\(13\)00223-4/pdf](http://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138(13)00223-4/pdf)>. Acesso em: 04 abr. 2015.)

LAHLOU, S. Text mining methods: an answer to Chartier and Meunier. **Papers en Social Representations**, Londres, v. 20, p. 38(1-7), 2012. Disponível em: <http://www.psych.lse.ac.uk/psr/PSR2011/20_39.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2015.

LESLIE, M. S.; STORTON, S. The coalition for improving maternity services: evidence basis for the ten steps of mother-friendly care: step 1: offers allfers birthing mothers unrestricted access to birth companions, labor support, professional Midwifery care: The coalition for improving manternity services. **J. Pernat Educ**, New York, v.16, n.1(Suppl.), p. 10S-19S, 2007. Disponível em: < <http://goo.gl/yyBpid>>. Acesso em: 10 jan. 2015.

LONGO, C. S. M.; ANDRAUS, L. M. S.; BARBOSA, M. A. Participação do acompanhante na humanização do parto e sua relação com a equipe de saúde. **Rev Eletr Enferm**, Goiânia, v. 12, n. 2, p. 386-391, jul. 2010. Disponível em: <<http://goo.gl/HXft8O>>. Acesso em: 01 set. 2014.

LOUBERE, L.; RATINAUD, P. **Documentation Iramuteq**. 2013. Disponível em: <http://goo.gl/mOzWn6> . Acesso em: 12.02.2015.

MACEDO, P. O. et al. As tecnologias de cuidado de enfermagem obstétrica fundamentadas pela teoria ambientalista de Florence Nightingale. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 341-347, jun. 2008. Disponível em: <<http://goo.gl/hRoqTf>>. Acesso em: 12 maio 2014.

MALACRIDA, C.; BOULTON, T. Women's perceptions of childbirth "choices" competing. Discourses of motherhood, sexuality, and selflessness. **Gender & Society**, [s.l.], v. 26, p. 748-72. 2012. Disponível em: <<http://goo.gl/TUlcql>>. Acesso em: 13 jan. 2015.

MALATA, A.; CHIRWA, E. Childbirth information needs for first time Malawian mothers who attended antenatal clinics. **Malawi Med J**, Lilongwe, Malawi, v. 23, n. 2, p. 42-46, June 2011. Disponível em: <<http://goo.gl/jY07O3>> Acesso em: 10 jan.2015.

MARCHAND, P.; RATINAUD, P. L'analyse DE de similitude appliquée aux corpus textuels : les primaires socialistes pour l'élection présidentielle française (septembre-octobre 2011). In: *Journées internationales d'Analyse statistique des Données Textuelles. JADT, 11., 2012, Liège, FR. Actes....* Liege, 2012. p. 687-699.

MARTINS, C. A.; ALMEIDA, N. A. M.; MATTOS, D. V. de. Parto domiciliar planejado assistido por enfermeiro obstetra. **Enfer. Glob.**, Murcia, v. 11, n. 27, jul. 2012. Disponível em: <<http://goo.gl/3ZIWxN>>. Acesso em 10 set. 2014.

MERIGHI, M. A. B.;GUALDA, D. M. Mothers'health in brazil and recovering the training of midwives for care in the birth process. **Rev Latino-am Enferm**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 2, p. 265-70, mar./abr. 2009. Disponível em: <www.eerp.usp.br/rlae>. Acesso em: 01 set. 2014.

MOTA, F. R. do N. et al. Família e redes sociais de apoio para o atendimento das demandas de saúde do idoso. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, 2010. Disponível em: <<http://goo.gl/OtmSXC>>. Acesso em: 31 dez. 2014.

MOTT, M. L. Parteiras: o outro lado da profissão. **Rev. Gênero**, Niterói, v. 6, n. 1, p. 117-20, 2005.

MOTTA, C. C. L. da, CREPALDI, M. A. O pai no parto e apoio emocional: a perspectiva da parturiente. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 30, p. 105-18, abr. 2005. Disponível em: <<http://goo.gl/S5jd8k>>. Acesso em: 05 ago. 2014.

MOURA, F. M. de J. S. P. et al. A humanização e a assistência de Enfermagem ao parto normal. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 60, n. 4, p. 452-455, jul./ago. 2007. Disponível em: <<http://goo.gl/hZKYVv>>. Acesso em: 12 set. 2014.

NAKANO, A. M. S. et al. O suporte durante o processo de parturição: a visão do acompanhante; **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 131- 37, Apr./June 2007. Disponível em: <<http://goo.gl/6KEi9P>>. Acesso em: 4 mar. 2014.

NASCIMENTO, A. R. A. do; MENANDRO, P. R. M. Análise lexical e análise de conteúdo: uma proposta de utilização conjugada. **Rev. Estudo e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 72-88, 2006. Disponível em: <<http://goo.gl/8F8jLY>>. Acesso em: 04 jun. 2015.

NIGHTINGALE, F. **Notes on nursing: what it is, and what it is not.** New York (US): Dover publications; p.8; 1902.

NOGUEIRA, J. R. D. F.; FERREIRA, M. O envolvimento do pai na gravidez/parto e a ligação emocional com o bebê. **Rev. Enf. Ref.**, Coimbra, v. serIII, n. 8, p. 57-66, 2012. Disponível em: <<http://twixar.me/gyZ>> Acesso em: 10 out. 2014.

OLIVEIRA, de S. O. et al. A participação do homem/pai no acompanhamento da assistência pré-natal. **Rev. Cogitare Enfermagem**, Paraná, v.14, n.1, p.73-78, Jan/Mar, 2009. <<http://goo.gl/621MTn>> Acesso em: 15 jan. 2015.

OLTRAMARI, L. C.; CAMARGO, B. V. Aids, relações conjugais e confiança: um estudo sobre representações sociais. **Psicologia em estudo**, Maringá, v. 15, n. 20, p. 275- 83, abr./jun. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v15n2/a06v15n2.pdf>>. Acesso em: 12 jun. 2015.

PASCHE, D. F.; PASSOS, E.; HENNINGTON, E. A. Cinco anos da política nacional de humanização: trajetória de uma política pública. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, nov. 2011. Disponível em: <<http://goo.gl/AV4iAZ>>. Acesso em: jan. 2015.

PASQUAL, K. K.; BRACCIALI, L. A. D.; VOLPONI, M. Alojamento conjunto: espaço concreto de possibilidades e o papel da equipe Multiprofissional. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 15, n. 2, jun. 2010. Disponível em: <<http://goo.gl/aHGH2g>> Acesso em: 03 ago. 2014.

PEREIRA, A. Atenção integral à saúde da mulher: o olhar de mulheres que a construíram. **R Enferm. Cen.-O. Min.**, América do Norte, v. 1, n. 2, 2011. Disponível em:< <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/viewArticle/78>> Acesso em: 21 dez. 2014.

PIRES, D. A. Enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 62, n. 5, p. 739-744, set./out. 2009. Disponível em: <<http://goo.gl/culnu0>>. Acesso em: 23 maio 2014.

RATINAUD, P. **IRAMUTEQ**: interface de r pour les analyses multidimensionnelles de textes et de questionnaires. 2009. DISPONIVEL EM: <<http://www.iramuteq.org>>. Acesso em: 04 jan. 2015.

RATTNER, D. Da saúde materno infantil ao PAISM. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 8, n. 1, p. 103-108, mar. 2014. Disponível em:

REHEM, T. C. M. S. B.; EGRY, E. Y.; CIOSAK, S. I. Internações sensíveis à atenção primária: uso de ferramenta decodificadora para estudo das percepções dos profissionais da saúde, São Paulo, Brasil. **Indagatio Didactica**, Aveiro, PT, v. 5, n. 2, out. 2013. Disponível em: <<http://revistas.ua.pt/index.php/ID/article/view/2448/2319>>. Acesso em: 05 jan. 2015.

RICCI; S. S. **Enfermagem materno-neonatal e saúde da mulher**. São Paulo: Guanabara Koogan, 2008.

SALONEN, A. H. et al. Effectiveness of an internet-based intervention enhancing Finnish parents' parenting satisfaction and parenting self-efficacy during the postpartum period. **Midwifery**, Edinburgh, 2010. Disponível em: <<https://goo.gl/daCwsN>> Acesso em: 06 dez. 2014.

SANDALL, J. et al. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. **Cochrane Database Syst. Rev.**, Londres, 2013. Disponível em: <<http://goo.gl/TMjXOE>>. Acesso em: 08 jan. 2015.

SANTOS, N. E. T. dos et al. Políticas de saúde materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil. **Saúde Soc. [online]**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 107-119, 2008. Disponível em: <<http://goo.gl/LDTwQP>>. Acesso em: 3 jul. 2014.

SCAMELL, M.; ALASZEWSKI, A. Fateful moments and the categorization of risk: Midwifery practice and the ever-narrowing window of normality during childbirth. **Health, risk & society**, Canterbury, v. 14, n. 2, p. 207- 221, 2012. Disponível em: <<http://goo.gl/G5Vbyv>>. Acesso em: 20 set. 2014.

SOLTANI, H; FAIR, F; HAKIMI, S. Reduction in global maternal mortality rate 1990-2012: Iran as a case example. **Midwifery**, Edinburgh, v. 31, n. 2, p. 271-273, Feb. 2015. Disponível em: [http://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138\(14\)00276-9/pdf](http://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138(14)00276-9/pdf)>. Acesso em: 07 mar. 2015.

SOUZA, T. G. de.; GAIVA; M. A. M.; MODES; P. S. S. A. A humanização do nascimento: percepção dos profissionais de saúde que atuam na atenção ao parto. **Rev. Gaúcha Enferm.** (Online), Porto Alegre, v. 32. Set. 2011. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2010.2715/598>>. Acesso em: 12 ago. 2014.

STANCATO, K.; VERGILIO, M. S. T. G.; BOSCO, C. S de. Avaliação da estrutura e assistência em sala de pré-parto, parto e pós-parto imediato-PPP de um Hospital Universitário. **Cienc Cuid Saúde**, Maringá, v. 10, n. 3, p. 541-548, jul./set. 2011. Disponível em: <<http://goo.gl/u2TC2e>>. Acesso em: 20 maio 2015.

TARNOWSKI, K. S.; PRÓSPERO, E. N. D.; ELSEEN, I. A participação paterna no processo de humanização do nascimento: uma questão a ser repensada. **Texto Contexto - Enferm.**, Florianópolis, v. 14, n. especial, p.102-108, 2005. Disponível em: <<http://goo.gl/0UilVE>>. Acesso em: 28 ago. 2014.

UNGERER, R. I. S.; MIRANDA, A. T. C. História do alojamento conjunto. **J Pediatr**, Porto Alegre, v. 75, n. 1, p. 5-10, 1999. Disponível em: <<http://goo.gl/aOCnNC>>. Acesso em: 23 maio 2014.

VALIANI, M.; HAGHIGHATDANA, Z.; EHSANPOUR S. Comparison of childbirth training workshop effects on knowledge, attitude, and delivery method between mothers and couples groups referring to Isfahan health centers in Iran. **Iran J Nurs Midwifery Res.**, Isfahan, v. 19, n. 6, p. 653-658, nov. 2014. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25558265>>. Acesso em: 07 jan. 2015.

WALL, M. **Características da proposta de cuidado de enfermagem de Carraro a partir da avaliação de Teorias de Meleis**. 2008. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

WALL, M. L. **Metodologia da assistência**: um elo entre a enfermeira e a mulher-mãe. 2000. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Care in normal birth**: a practical guide. Geneva: WHO, 1996. Disponível em: <<http://goo.gl/LQui1p>>. Acesso em: 10 jan. 2015.

APÊNDICE – ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

1. Fale sobre a sua experiência em acompanhar o momento do trabalho de parto e do nascimento?
2. Como foi a decisão ou planejamento, sobre quem iria ser o acompanhante do trabalho de parto?
3. O que motivou a acompanhar esse nascimento?
4. Você já tinha conhecimento sobre esse direito ou de como seria o acompanhamento do trabalho de parto?
5. Quais foram as ações executadas por você, junto a parturiente, durante o tempo em que permaneceu no pré-parto e na sala de parto?
6. Ao entrar no centro obstétrico, você foi orientado a executar alguma ação durante o trabalho de parto?
7. Fale sobre como você foi recebido pelas equipes de enfermagem e médica? e como você se sentiu da reação deles quanto a sua presença?
8. Você sentiu-se cansado? foi orientado ou permitido que saísse para alimentar-se ou tomar um banho?
9. Onde você estava tinha mais acompanhante? como se sentiu com a presença de outras mulheres e acompanhantes?
10. Do que você sentiu falta no ambiente em que estava, quanto a estrutura hospitalar?
11. Como você classifica o atendimento que recebeu? gostaria de dar alguma sugestão quanto a esse atendimento?

12. Você acha que sua participação irá gerar alguma influência em sua relação com a parturiente ou com o recém-nato?

13. Você acompanharia novamente esse processo tanto do trabalho de parto como do parto? o que achou da experiência?

14. O que você considera ser importante em saber para fazer ser acompanhante novamente? ou que poderia ter ajudado nessa experiência?

15. Gostaria de falar alguma coisa a mais do que já foi perguntado referente sua participação nesse processo?

ANEXO 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Marilene Loewen Wall, pesquisadora da Universidade Federal do Paraná, estou convidando você que teve seu bebê por meio de cesárea ou parto normal, a participar de um estudo intitulado “O Cuidado no Puerpério: aplicação de um modelo de cuidado”, ou seja, o cuidado de enfermagem no pós parto de cesárea ou parto normal. A pesquisadora entende que após a cesárea ou parto normal, e com a chegada de um novo bebê, a mulher passa por profundas transformações e adaptações. Desta forma, se faz necessário, os cuidados de enfermagem.

- a. O objetivo desta pesquisa é descrever o cuidado de enfermagem prestado à mulheres após a cesariana ou parto normal.
- b. Caso você participe da pesquisa, será necessário que assine este termo de consentimento, e que nos permita acompanhá-la e cuidá-la após a sua cesárea ou parto normal, aqui dentro do ambiente hospitalar e se necessário em sua casa, após seu retorno ao seu lar.
- c. Alguns riscos relacionados ou estudo podem ser: constrangimento ou desconfortos.
- d. Os benefícios esperados com essa pesquisa são: contribuir com o corpo de conhecimentos da Enfermagem, visando melhorias no atendimento de mulheres após a cesárea. No entanto nem sempre você será diretamente beneficiado com o resultado da pesquisa, mas poderá contribuir para o avanço científico.
- e. A pesquisadora Marilene Loewen Wall, Prof^a. Dr^a. da Universidade Federal do Paraná – email: wall@ufpr.br; tel: (041) 9615-7260, responsável por este estudo poderá ser contatada para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo. Para obter informações de aspecto legal você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do HC, pelo telefone (041) 3360-1041.
- f. A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam o termo de consentimento livre e esclarecido assinado.

Somente em casos específicos acrescentar: A recusa não implicará na interrupção de seu atendimento e/ou tratamento, que está assegurado.

- g. As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas, tais como: orientador, médico, enfermeiros da Unidade e do Hospital. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que **sua identidade seja preservada e seja mantida a confidencialidade.**
- h. As despesas necessárias para a realização da pesquisa, tais como impressos, não são de sua responsabilidade e pela sua participação no estudo você não receberá qualquer valor em dinheiro.
- i. Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

Eu, _____ li, ou leram para mim, este termo de consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem que esta decisão afete meu cuidado no hospital.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

(Assinatura do sujeito de pesquisa ou responsável legal)

Local e data.

Assinatura das pesquisadoras:

ANEXO 2 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



HOSPITAL DE CLÍNICAS DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ - HCUFPR



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O CUIDADO NO PUERPÉRIO: APLICAÇÃO DE UM MODELO DE CUIDADO DE ENFERMAGEM

Pesquisador: Marilene Loewen Wall

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 08200912.1.0000.0096

Instituição Proponente: Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 120.892

Data da Relatoria: 16/10/2012

Apresentação do Projeto:

Conforme já relatado no parecer nº 117137 de 29 de setembro de 2012.

Objetivo da Pesquisa:

Conforme já relatado no parecer nº 117137 de 29 de setembro de 2012.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Conforme já relatado no parecer nº 117137 de 29 de setembro de 2012.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Conforme já relatado no parecer nº 117137 de 29 de setembro de 2012.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Conforme já relatado no parecer nº 117137 de 29 de setembro de 2012.

Recomendações:

Incluído nos TCLEs o contato do CEP.

É obrigatório trazer ao CEP/HC uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que foi aprovado, para assinatura e rubrica. Após, xerocar este TCLE em duas vias, uma ficará com o pesquisador e uma para o participante da pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pendência atendida, projeto considerado aprovado.

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.060-900

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-1041

Fax: (41)3360-1041

E-mail: cep@hc.ufpr.br

ANEXO 3 – PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



HOSPITAL DE CLÍNICAS DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ - HCUFPR



Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do HC-UFPR, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 196/96, manifesta-se pela aprovação do projeto conforme proposto para início da Pesquisa. Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos.

É obrigatório trazer ao CEP/HC uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que foi aprovado, para assinatura e rubrica. Após, xerocar este TCLE em duas vias, uma ficará com o pesquisador e uma para o participante da pesquisa.

CURITIBA, 11 de Outubro de 2012

Assinador por:

Renato Tambara Filho
(Coordenador)

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.060-900

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-1041

Fax: (41)3360-1041

E-mail: cep@hc.ufpr.br