



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM
SAÚDE DA MULHER**



CRISTIANE MARIA FERRAZ DAMASCENO MOURA FÉ

**A PRESENÇA DE ACOMPANHANTE DURANTE A INTERNAÇÃO PARA
O PARTO: DESAFIO PARA GARANTIA DE DIREITOS**

**TERESINA – PI
2018**

CRISTIANE MARIA FERRAZ DAMASCENO MOURA FÉ

**A PRESENÇA DE ACOMPANHANTE DURANTE A INTERNAÇÃO PARA
O PARTO: DESAFIO PARA GARANTIA DE DIREITOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Mulher da Universidade Federal do Piauí (UFPI), como parte dos requisitos necessários para obtenção do título de Mestre em Saúde da Mulher.

Orientador: Prof. Dr. Kelsen Dantas Eulálio

Área de Concentração: Saúde da Mulher

Linha de Pesquisa: Atenção Integral à Saúde da Mulher

**TERESINA – PI
2018**

FICHA CATALOGRÁFICA
Universidade Federal do Piauí
Biblioteca Comunitária Jornalista Carlos Castello Branco
Divisão de Processos Técnicos

M929p Moura Fé, Cristiane Maria Ferraz Damasceno.
A Presença de acompanhante durante a internação para o parto :
desafio para garantia de direitos / Cristiane Maria Ferraz Damasceno
Moura Fé. -- 2018.
80 f.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Piauí, Centro de
Ciências da Saúde, Programa de Mestrado Profissional em Saúde da
Mulher, Teresina, 2018.
“Orientação: Prof. Dr. Kelsen Dantas Eulálio.”

1. Parto - Direito ao acompanhante. 2. Saúde da mulher. I. Título.

CDD 618.2

CRISTIANE MARIA FERRAZ DAMASCENO MOURA FÉ

**A PRESENÇA DE ACOMPANHANTE DURANTE A INTERNAÇÃO PARA O
PARTO: DESAFIO PARA GARANTIA DE DIREITOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Mulher da Universidade Federal do Piauí (UFPI), como parte dos requisitos necessários para obtenção do título de Mestre em Saúde da Mulher.

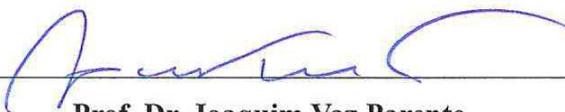
Dissertação em 15/08/2018.

BANCA EXAMINADORA:



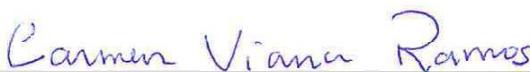
Prof. Dr. Kelsen Dantas Eulálio – Orientador

Departamento do Mestrado Profissional em Saúde da Mulher / Universidade Federal do Piauí



Prof. Dr. Joaquim Vaz Parente

Departamento de Obstetrícia / Universidade Federal do Piauí



Prof. Dra. Carmen Viana Ramos

Departamento de Mestrado em Saúde da Família / Centro Universitário UNIVOVAFAPI

AGRADECIMENTOS

“Preferir a derrota prévia à dúvida da vitória é desperdiçar a oportunidade de merecer”. Como diz o poeta Luís Fernando Veríssimo, eu nunca gostei de desperdiçar as oportunidades que a vida me deu, as vejo como dádivas divinas e por esse motivo sempre as usufruí. A conclusão desse mestrado me colocou em prova. Diante de tantas adversidades que a vida me impôs, pensei em desistir. Mas por confiar incondicionalmente em Deus, consegui concluir. É verdade mesmo que existe tempo para tudo! Só precisamos ter fé, paciência, e nunca desistir dos nossos sonhos.

Agradeço imensamente ao Senhor da vida e a todas as pessoas que fizeram parte dessa conquista.

Aos meus pais Raimundo e Maria Luísa, pelos exemplos de amor, fé e coragem.

À minha família; ao Edmar, meu esposo, pelo apoio; às minhas filhas Letícia e Beatriz, razão da minha vida. A vocês, que tomem como exemplo de vida a fé, a paciência e que nunca desistam de seus sonhos.

À Profa. Dra. Lis Medeiros, por ter idealizado esse mestrado profissional e por ter nos incentivado a enveredar pelos caminhos da pesquisa científica, a qualificar o nosso conhecimento e por contribuir para o aprimoramento da nossa prática profissional.

Ao ex-Secretário Estadual de Saúde, Francisco Costa, por ter celebrado a parceria com a Universidade Federal do Piauí, com vistas à realização desse mestrado e pela liberação de carga horária. Ao atual Secretário Estadual de Saúde, Florentino Veras Neto, por ter honrado a continuidade do mesmo.

Às colegas da primeira turma de mestrado em Atenção Integral à Saúde da Mulher, pelos exemplos de dedicação e competência.

Às colegas da SESAPI, pelo apoio e incentivos.

Às amigas Márcia e Maria Carolina, por estarem sempre ao meu lado, dispostas a ajudar.

Ao João Pedro, que de forma muito colaborativa realizou parte da minha coleta de dados.

À amiga de todas as horas, Íris Mary, que me ajudou na coorientação desse trabalho.

Ao Prof. Dr. Kelsen Dantas Eulálio, por aceitar me orientar na temática de minha escolha.

Ao Prof. Dr. Joaquim Parente e à Profa. Dra. Carmen Viana Ramos, por aceitarem compor a Banca Examinadora, contribuindo muito para o desenvolvimento desse trabalho.

Ao meu irmão Francisco e ao meu sobrinho Leandro, que fizeram a tradução do resumo para inglês, meu especial agradecimento.

À Diretoria da Maternidade Dona Evangelina Rosa, por permitir essa pesquisa. E ao setor de Serviço Social, na pessoa da assistente social Solange, que orientou o planejamento da coleta de dados.

E para finalizar, deixo o meu especial agradecimento a todas as puérperas participantes dessa pesquisa.

RESUMO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda o acesso de acompanhamento durante todo período da internação para o parto e que seja de livre escolha da gestante. A Lei nº 11.108, publicada em 7 de abril de 2005, garante às parturientes o direito à presença de acompanhante durante todas as fases do parto, no âmbito do Sistema Único de Saúde. O cumprimento desse direito tem sido um desafio para gestores das três esferas de gestão e dos serviços de saúde e para profissionais da área em serviços públicos e privados conveniados. O objetivo da pesquisa foi analisar o cumprimento do direito ao acompanhante durante a internação para o parto de gestantes em uma maternidade de referência e fatores associados à garantia desse direito. A metodologia utilizada foi o estudo do tipo transversal, que foi desenvolvido na Maternidade Dona Evangelina Rosa, situada em Teresina, capital do Estado do Piauí. A amostra foi constituída com base na média mensal de nascidos vivos, no ano de 2016, de acordo com dados do Sistema Nacional de Nascidos Vivos, e incluiu puérperas que passaram pela admissão, trabalho de parto, parto, pós-parto e alojamento conjunto. Foram identificados dados sociodemográficos e obstétricos das parturientes e a associação entre eles e o direito ao acompanhante nas diversas fases de internação. Utilizou-se a análise do coeficiente de contingência C para determinar a magnitude das associações, com intervalo de confiança de 95% e $\alpha \leq 0,05$ o nível para rejeição de nulidade entre as associações. Como resultados obtidos tem-se que foram avaliadas 279 mulheres. A maioria dos partos foi do tipo cesáreo (66,31%) e realizado por médico (78,5%). Todas as parturientes tiveram acompanhante na admissão e no alojamento conjunto; na fase do trabalho de parto e durante o pós-parto, mais de 98% das mulheres contaram com um acompanhante; durante o parto, apenas 46,95% tiveram esse direito garantido, enquanto que para 53,05%, o direito foi negado. Durante o parto, o direito ao acompanhante foi maior no parto normal (87,23%) do que no cesáreo (26,49%). Partos assistidos por enfermeiros tiveram 91,67% (55 de 60) de presença de acompanhante em contraponto a partos realizados por médicos, com frequência de acompanhante de apenas 34,70% (76 de 219 mulheres). Como conclusão, constatou-se que todas as mulheres tiveram o direito ao acompanhante garantido em algumas ou todas as fases da internação, sendo durante o parto o período que mostrou menor permissão para a presença do acompanhante. Os partos foram predominantemente

do tipo cesáreo e realizados por médicos, mas a garantia do direito a acompanhante foi mais respeitada quando os partos foram normais e assistidos por enfermeiros.

PALAVRAS-CHAVE: Grávida. Direito ao acompanhante. Acompanhante durante a internação. Parto.

ABSTRACT

The World Health Organization (WHO) recommends a companion chosen by the pregnant women during the entire labour process. In Brazil the Law 11.108, which entered into force on April 7th, 2005, guarantee parturients the right to the presence of a companion during labour, delivery and immediate postpartum, under the scope of the Unified Health System. The fulfillment of this right has been a challenge for the Administrators of the three spheres of administration, for Health Service Administrators and Professionals of the area under the scope of public services and private agreed services. The objective of the research was to analyze the fulfillment to the right of a companion during the entire labour process in a reference maternity hospital, as long as associated factors. Methodology cross-sectional study, which had place at “Maternidade Dona Evangelina Rosa” located in Teresina, Piauí’s State capital city. The sample was built through the average born alive in 2016, according to data provided by the National System of Born Alive and includes puerperas during admission hospitalization, labour, delivery, postpartum and joint accommodations. The study features socioeconomic variables and obstetrics datum of parturients along with the association between them and the right to a companion in all phases of hospitalization labour process. There was employed the analyze of contingency C coefficient to determine the magnitude of measured associations, with confidence interval of analysis of 95 % and $\alpha \leq 0,05$ (as the level for rejection of nullity between the associations). As results obtained we have a total of 279 women were interviewed. Most of deliveries were Caesareans like (66,31%) conducted by physicians (78,5%). All parturients had companion during admission labour hospitalization and joint accommodations; at labour and postpartum, more than 98% of women had a companion; during the delivery only 46,95% had guaranteed the right to accompany, with means that 53,05% had refused to have a companion. Considering just the delivery, the right to a companion was higher respected in normal deliveries (87,23%) than in Caesareans (26,49%). Deliveries assisted by nurses had 91,67% (55 of 60) of companies alongside, although in deliveries conducted by physicians only 34,70% (76 of 219 women). In conclusion, it was found that all women had the right to a chosen companion respected in one or all phases of hospitalization labour process, although during delivery the right was less respected. Most of deliveries were

Caesareans like and conducted by physicians, but the right to accompany was more effective in normal deliveries assisted by nurses.

KEY-WORDS: Pregnant women. Right to accompany. Hospitalization labour process. Delivery.

“(...) preferir a derrota prévia à dúvida da vitória é
desperdiçar a oportunidade de merecer.”

Luís Fernando Veríssimo

LISTAS DE TABELAS

Tabela 1. Caracterização socioeconômica, clínica e obstétrica das puérperas entrevistadas em uma maternidade de referência. Teresina-PI, 2018.....	48
Tabela 2. Caracterização da presença/ausência do acompanhante durante a internação para o parto, em uma maternidade de referência em Teresina-PI, 2018	50
Tabela 3. Associação das variáveis socioeconômicas e obstétricas com as fases de internação das entrevistadas. Teresina-PI, 2018.....	53
Tabela 4. Associação das fases de internação para o parto, com o tipo de parto. Teresina-PI, 2018	55

LISTA DE ILUSTRAÇÃO

Figura 1. Frequência dos acompanhantes durante todas as fases de internação para o parto: admissão, trabalho de parto, parto, pós-parto e alojamento conjunto com relação ao tipo de parto em uma maternidade na capital piauiense. Teresina-PI, 2018	56
--	----

LISTA DE SIGLAS

ANS – Agência Nacional de Saúde

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

CID – Classificação Internacional de Doenças

DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

MS – Ministério da Saúde

NOB – Norma Operacional Básica

NV – Nascidos Vivos

ODM – Objetivos de Desenvolvimento do Milênio

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPAS – Organização Panamericana de Saúde

PACS – Programa de Agente Comunitário de Saúde

PAISM – Programa Integral à Saúde da Mulher

PHPN – Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento

PNAISM – Programa Integral à Saúde da Mulher

PNH – Política Nacional de Humanização

PSF – Programa de Saúde da Família

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

RAS – Redes de Atenção à Saúde

RAPCD – Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência

RC – Rede Cegonha

RDC – Resolução da Diretoria Colegiada

REHUNA – Rede pela humanização do parto e nascimento

RMM – Razão de Morte Materna

RN – Recém Nascido

RUE – Rede de Urgência e Emergência

SINASC – Sistema de Informações de Nascidos Vivos

SUS – Sistema Único da Saúde

UESPI – Universidade Estadual do Piauí

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para Infância

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	17
2. OBJETIVOS.....	22
2.1 Objetivo geral.....	22
2.2 Objetivos específicos	22
3 REVISÃO DE LITERATURA	23
3.1 Assistência à gestação e ao parto no Brasil.....	23
3.1.1 Considerações históricas.....	23
3.1.2 Situação da saúde reprodutiva no Brasil	26
3.2 Políticas públicas para saúde da mulher e do recém-nascido.....	28
3.2.1 Políticas de Proteção à Saúde materno-infantil	28
3.2.2 Programa de atenção ao parto e a política de humanização	33
3.2.3 Rede Cegonha	37
3.3 Participação do acompanhante nas ações de apoio ao parto	40
3.3.1 Lei nº. 11.108 – Lei do Acompanhante	40
4 METODOLOGIA	44
4.1 Delineamento do estudo	44
4.2 Local e período do estudo	44
4.3 População e amostra	44
4.4 Coleta de dados	45
4.5 Análise estatística	47
4.6 Aspectos éticos	47
5. RESULTADOS.....	48
6. DISCUSSÃO	57
7. ANÁLISE FINAL.....	61
REFERÊNCIAS.....	63
APÊNDICES	70
APÊNDICE A – Termo de Consentimento e Livre Esclarecido	71
APÊNDICE B – Termo de Assentimento e Livre Esclarecido	74
APÊNDICE C – Formulário Puérpera	77

1. INTRODUÇÃO

O nascimento é considerado um momento único para a família, assumindo várias dimensões que repercutem na vida das pessoas. Todo período gravídico puerperal é muito delicado. Independentemente de ser uma gravidez desejada ou não, requer cuidado de todos da família, da sociedade, do poder público e principalmente dos serviços de saúde. Esse período tem seu ponto máximo no momento do parto, experiência importante e muito significativa na vida de uma mulher (DINIZ et al, 2014).

Ao longo de muitos anos, as vivências do parto e do nascimento eram consideradas acontecimentos naturais e humanos. O parto era um evento vivenciado por toda a família. As mulheres tinham seus partos em casa, realizados pelas antigas parteiras ou cachimbeiras. Com a hospitalização do parto, medida voltada também para reduzir as altas taxas de mortalidade materna e infantil, as famílias começaram a perder esse momento, instituído como regra pelos programas de saúde, com a finalidade de controlar as complicações e situações de risco para a mãe e o filho (DEL PRIORE, 2009).

A hospitalização do parto foi um fator determinante para o afastamento da família desse momento. O que antes acontecia no lugar em que as pessoas estavam ligadas por fortes vínculos passa a ocorrer de forma mecanicista no ambiente hospitalar, conduzido por meios tecnológicos e cirúrgicos. Essa regra foi adotada no Brasil, logo incluída na formação de médicos e enfermeiros. A mulher, a partir do trabalho de parto, ficou isolada em salas de pré-parto e internada em enfermarias coletivas, em companhia dos profissionais de saúde e de outras mulheres. Nesse contexto perderam, além da companhia de seus familiares, o conforto e a privacidade (MAGALHÃES, 2010).

Os elevados índices de mortalidade materna e infantil que contribuíram para institucionalização do parto em serviços de assistência à saúde, mais tarde também ajudaram na análise de que a presença de um membro da família durante a internação contribui positivamente na evolução do trabalho de parto, proporcionando à mulher mais segurança e confiabilidade para vivenciar todo esse processo. Estudos apontam vários benefícios decorrentes do apoio prestado nesse momento. A presença do acompanhante contribui para redução dos indicadores de mortalidade materna e infantil, aumentam o grau de satisfação das mulheres e influenciam na qualidade dos serviços de assistência à saúde (DINIZ et al, 2014).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda o acesso de acompanhante durante todo período da internação para o parto e que isto seja por livre escolha da gestante. Decorrente da atuação dos movimentos sociais que lutam pelos direitos das mulheres, foi publicada em 7 de abril de 2005 a Lei nº 11.108, que altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para “garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)” (BRASIL, 2005).

A lei prevê o direito apenas para rede pública ou conveniada ao SUS, não sendo obrigatório para serviços de natureza privada. A regulamentação no âmbito do Ministério da Saúde se deu através da Portaria MS/GM nº 2.418, de 2 de dezembro de 2005, a qual autoriza aos serviços públicos a cobrança das despesas com acompanhante, prevendo acomodação adequada e o fornecimento das principais refeições. É válido ressaltar que a referida cobrança é feita ao próprio sistema público de saúde. Sendo vedada a cobrança de qualquer taxa à parturiente, ao acompanhante e/ou familiares (BRASIL, 2005).

No âmbito do setor privado conveniado aos planos de saúde o direito ao acompanhante foi citado pela Agência Nacional de Saúde (ANS), através da Resolução Normativa – RN nº 167, de 9 de janeiro de 2008¹, definindo que, no plano hospitalar com obstetrícia, seja garantida a cobertura de um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto, parto e pós parto. (BRASIL, 2008).

Porém, tendo em vista que a maioria das estruturas dos serviços hospitalares não são apropriadas para receber os acompanhantes, a Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) publicou a Resolução (RDC) nº 36, de 03 de junho de 2008, que dispõe sobre a regulamentação técnica e orienta o funcionamento dos serviços de atenção obstétrica e neonatal. (BRASIL, 2008).

Em 2011, surge a Rede Cegonha, instituída através da Portaria MS/GM de nº 1.459 de 24 de junho de 2011 (BRASIL, 2011), que consiste em uma rede de serviços voltados para assegurar à mulher o planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, assim como à criança o direito ao nascimento seguro e ao desenvolvimento saudável. No componente parto, prevê a garantia de acompanhante durante o acolhimento e o trabalho de parto, parto e pós-parto, assim como a adequação da ambiência de acordo com a Resolução ANVISA nº 36 (BRASIL, 2008).

¹ Esta RN nº 167, de 09/01/2008 foi revogada pela RN nº 211, de 11/01/2010, que foi revogada pela RN nº 338, de 21/10/2013, que foi revogada pela RN nº 387, de 28/10/2015, que foi revogada pela RN nº 428, de 07/11/2017, atualmente em vigor.

A obrigatoriedade em permitir a presença de um acompanhante, de livre escolha da mulher, durante o período de trabalho de parto, parto e pós parto imediato, nas instituições de saúde brasileiras, é amparada pela referida Lei. Essa conquista é resultado de esforços de entidades, movimentos sociais e, principalmente, da campanha organizada pela Rede pela Humanização do Parto e Nascimento em prol do direito à presença de um acompanhante de livre escolha da mulher (BRÜGGEMANN, PARPINELLI, OSIS, 2005).

Todavia, infelizmente nem as evidências científicas nem o aparato legal foi capaz de conferir esse direito na sua totalidade a todas as gestantes indistintamente. O cumprimento desse direito tem sido um desafio para os gestores das três esferas de gestão, serviços de saúde e profissionais da área, no âmbito dos serviços públicos e privados conveniados.

Os gestores dos serviços de saúde justificam o descumprimento pelas condições das estruturas físicas das unidades, que não favorecem a presença, permanência e hospedagem dos acompanhantes, principalmente do sexo masculino, pelo aumento dos custos com alimentação e limpeza. Por sua vez, os profissionais argumentam que a presença de acompanhante, sobretudo no parto, inibem e constroem os profissionais, prejudicando a sua atuação, podendo comprometer a qualidade do serviço prestado (MOREIRA et al, 2013).

Contrariando esses preceitos, estudos desenvolvidos em vários países evidenciam inúmeros benefícios agregados à presença do acompanhante no curso do trabalho de parto. Segundo Frutuoso e Brüggemann (2013), mulheres que recebem suporte durante o trabalho de parto, quando comparadas com as que não possuem um provedor de apoio, têm mais chance de não serem submetidas à cesariana e terem um parto normal sem uso de analgesia, um tempo de trabalho de parto reduzido, menor insatisfação com a experiência do processo de nascimento, e um recém-nascido com melhores índices de ápgar nos primeiros cinco minutos de vida.

Brüggemann, Parpinelli e Osis (2005) destacam que as medidas de apoio abarcam quatro dimensões: emocional, que diz respeito à presença contínua, encorajamento e propiciar tranquilidade; informacional, que compreende as explicações, instruções sobre a evolução do trabalho de parto e conselhos; conforto físico, que se refere a massagens, banhos quentes e oferta adequada de líquidos; intermediação, que tem a finalidade de interpretar os desejos da mulher e negociá-los com os profissionais.

De acordo com Tomeleri et al (2007), a presença do acompanhante traz benefícios, como a diminuição da ansiedade da parturiente, favorecendo assim, a evolução do trabalho de parto e assistência prestada ao processo, podendo auxiliar no conforto físico, incluindo a redução dos níveis de dor e no conforto emocional, assegurando o bem estar da mãe. Sendo o pai o acompanhante, a participação facilita a formação de vínculos precoces com o bebê, visando o fortalecimento de laços.

Um estudo realizado por Brüggemann, Parpinelli e Osis (2005) mostra que apesar das dificuldades referidas pelas instituições de saúde, os acompanhantes avaliam a experiência como positiva, expressando satisfação sobre vários aspectos, entre os quais: poder apoiar a mulher, contribuindo para uma vivência tranquila do processo de nascimento, ter a oportunidade de presenciar o nascimento do filho e de acompanhar a assistência prestada.

Mesmo a mulher possuindo o direito garantido por lei, a literatura, segundo Hoga e Pinto (2007), Mabuchi, Fustioni (2008) e Nassif (2009), tem mostrado que algumas instituições apresentam dificuldade em implantar e manter essa prática de forma regular e sistemática, apontando como principais fatores impeditivos a adoção do modelo de assistência ao parto e nascimento centrado na biomedicina, as deficiências de infraestrutura e a falta de preparo do acompanhante.

Tendo em vista os marcos legais que recomendam a presença do acompanhante, as evidências científicas que atestam os benefícios produzidos pela presença de acompanhantes durante o processo de internação para o parto e a dificuldade de alguns serviços de saúde em ter sua implementação, faz-se necessário conhecer mais sobre o tema.

Considerando que a inserção do acompanhante no centro obstétrico não é prática adotada por todas as instituições de saúde, surgiu a necessidade de conhecer os múltiplos aspectos que envolvem esta situação, entre os quais, como a puérpera tem acesso à informação da possibilidade de permanecer com um acompanhante de sua livre escolha durante todas as fases de sua internação e sobre a lei que regulamenta presença deste acompanhante no processo. Outro aspecto que justifica a elaboração do presente estudo é o fato de que a implementação desse direito ainda é pouco conhecida, tendo em vista que, até recentemente, não existiam o registro de dados nacionais sobre a presença de acompanhantes.

Entende-se que o direito ao acompanhamento é atendido na maioria dos serviços, no pós-parto, se o acompanhante for do sexo feminino. Já no trabalho de parto e parto isso não é garantido para todas as mulheres; depende do perfil socioeconômico da família, do tipo de parto, das condições físicas das unidades e até mesmo da autorização dos profissionais de saúde.

Frente a esse contexto, justifica-se a relevância desse estudo considerando que, na perspectiva do parto humanizado é possível viabilizar mudanças pertinentes às técnicas utilizadas no processo do nascimento que auxiliem a mulher durante o trabalho de parto, oferecendo à ela a oportunidade de escolher a melhor forma de dar à luz.

A relevância social do tema também está centrada na possibilidade de reflexão para os profissionais de saúde que assistem às parturientes, gestores públicos e gerentes das unidades obstétricas, sobre a importância da implantação de normas e rotinas que permitam o direito ao acompanhante na sala de parto, buscando contribuir para os estudos que validam a importância e a participação do acompanhante no processo da parturição, principalmente para beneficiar a saúde da parturiente e do bebê, em um melhor parto.

Assim, o presente estudo buscou analisar a presença de acompanhante durante a internação para o parto, qual o perfil socioeconômico e clínico das puérperas atendidas, a associação entre as características socioeconômicas e clínicas com a presença de acompanhantes e, por fim, a presença de acompanhante em todas as fases de internação para o parto.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar o cumprimento do direito ao acompanhante, durante a internação para o parto de gestantes em uma maternidade de referência.

2.2 Objetivos específicos

Os objetivos específicos da pesquisa foram: a) Identificar o perfil socioeconômico e clínico das puérperas atendidas; b) Investigar a associação entre a presença de acompanhante com as características socioeconômicas das puérperas; c) Verificar a associação entre a presença de acompanhante e as características clínicas das puérperas; d) Verificar a presença de acompanhante em todas as fases de internação para o parto.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Assistência à gestação e parto no Brasil

3.1.1 Considerações históricas

Ao longo da história da humanidade é possível constatar que a mulher deteve o papel principal na assistência ao parto, independentemente do universo sociocultural no qual estivesse inserida. Segundo Pereira (2011), a história do atendimento à gestante e à parturiente aponta que até o século XVII, as mulheres pariam seus filhos, exclusivamente entre elas, através da troca de experiências passadas de mãe para filha.

Del Priore (2009) cita que os acontecimentos da gravidez, parto e cuidado com as crianças no Brasil colonial eram eventos de mulheres, realizados por meio de práticas e gestos de uma cultura essencialmente feminina, ainda distante do olhar da medicina. Mulheres pariam seus filhos em casa, assistidas por outras mulheres que sabiam “aparar crianças”. O parto era um momento de solidariedade, que contava com a ajuda das parteiras, intituladas de “aparadeiras” ou “comadres”. As mulheres se valiam de rezas e benzimentos, assim como de instrumentos do mundo doméstico como bacia, tesoura (para cortar o cordão umbilical) e cachaça (para limpar a tesoura), além de azeite, óleo ou banha, para as massagens. A situação gerada por um parto difícil requeria a participação da vizinhança, tornando-o um evento coletivo.

Aires (2006) destaca que, nesse período, como a maioria das parteiras provinha de estratos sociais inferiores, em geral sem acesso à uma formação mínima, como a alfabetização, não documentavam as suas ações, portanto, a transmissão do conhecimento se dava de forma oral. A falta de registro de sua atuação e do saber construído gerou uma lacuna na história deste conhecimento, que vazio, foi preenchido com as mais diversas denúncias e opiniões desfavoráveis dos médicos sobre a atuação das parteiras no atendimento ao parto e ao nascimento, embora não fizessem menção à falta de conhecimentos das manobras do parto, mas das condições de higiene em que era realizado.

Campos et al (2016) ressalta que o aparecimento e emprego do fórceps para facilitar a saída do bebê no parto vaginal, pelo cirurgião inglês Peter Chamberlain, dá início à possibilidade de comandar o nascimento, com intervenção masculina e a

substituição do paradigma não intervencionista. Parir passa a ser considerado um evento perigoso, sendo imprescindível a presença de um médico.

Segundo Tornquist (2010), a partir daí os médicos passam a ter um envolvimento maior com os procedimentos do parto, iniciando um momento crucial na história da parturição, com a apropriação de um trabalho institucionalizado nas práticas médicas, a chamada “medicalização do parto”.

Vale salientar que este evento não se deu de forma simples, linear ou semelhante em todos os lugares. Na Europa, esse processo delineou-se entre os séculos XVII e XVIII. No Brasil, deu-se com a transferência da corte portuguesa, em 1808, e a inauguração das Escolas de Medicina e Cirurgia na Bahia e no Rio de Janeiro. Esta mudança coloca em cena a sobreposição do saber científico. Fatores como o processo de urbanização e higienização das cidades, bem como a instalação de um saber médico científico e social foram determinantes para a consolidação dessa transição. Além disso, em uma época em que a insalubridade começou a ser vista como sinônimo de atraso, era fundamental modificar costumes e hábitos considerados não civilizados e pouco higiênicos. Assim, a medicina científica, com a obrigação de higienizar, assumiu como objeto de investigação todas as situações e possibilidades, entre elas, a prática da parturição (TORNQUIST, 2010).

Ferreira e Moreira (2016) ressaltam que, com tais mudanças, além da mulher perder o empoderamento da condição de parir, a família deixa de participar do processo de nascimento, uma vez que isso é transferido para o médico e às instituições hospitalares. Assim, quem passa a acompanhar a mulher é a equipe médica que, muitas vezes, decide o que ela tem e deve fazer, ficando a família e a própria parturiente passiva no processo.

“[...] Em meados do século XX nos países industrializados, pela primeira vez na história, a maioria das mulheres começou a parir sem a presença de qualquer pessoa que lhe fosse familiar” (DINIZ et al., 2014).

A partir da segunda metade do século XX, com a hospitalização do parto, a intensificação da medicalização e controle do período gravídico puerperal como processo científico, com a presença de vários atores conduzindo este fenômeno, transfere-se a grávida do lugar de protagonista, fomentando um deslocamento do empirismo para o científico, do parto no domicílio para o hospital, com apropriação de práticas das parteiras para o médico, enfatizando-se o uso de tecnologias e procedimentos cirúrgicos e invasivos ao corpo feminino, contribuindo para aumento das taxas de cesárea e da morbimortalidade perinatal e materna (MAGALHÃES, 2010).

Pereira (2011) destaca que nas últimas décadas do século XX vem sendo desenvolvido, no Brasil, programas na área de saúde pública voltados para os cuidados pré-natal e obstétrico, especialmente para os segmentos mais pobres da população, visando estimular o parto pelo médico, ao invés de parteiras, com a finalidade de melhorar a segurança e diminuir o elevado índice de mortalidade materna e perinatal existente no país.

Segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID 10) e Organização Mundial da Saúde (OMS), a mortalidade materna é definida como:

A morte de uma mulher durante ou até 42 dias após o término da gravidez, independentemente da duração e local da gravidez, por qualquer causa relacionada ou agravada pela gravidez ou a sua gestão, mas não devido a causas acidentais ou incidentais. (CID 10, 2005).

Para Souza (2013), a morte materna obstétrica está relacionada a complicações durante a gravidez, parto ou puerpério, devido a intervenções, omissões e tratamento incorreto, ou cadeia de eventos que resultem de tais causas. No Brasil, estas correspondem a mortes classificadas na CID10: O00.0-O08.9, O11-O23.9, O24.4-O26, 92.7, E23.0, F53 e M83.0. Em geral, sugere morte de forma prematura, com causas preveníveis, refletindo não apenas as condições de vida dessas mulheres, mas também, o nível de organização e qualidade da atenção prestada.

3.1.2 Situação da saúde reprodutiva no Brasil

A assistência à saúde reprodutiva no Brasil mostra um quadro epidemiológico com altas taxas de mortalidade materna e perinatal. Desde 1997 os dados mostram que o país apresenta um índice de 110 mortes maternas por 100.000 nascidos vivos, números semelhantes aos apresentados pelos países mais pobres da América Latina (BRASIL, DATASUS, 2016).

Merighi e Gualda (2009) citam que este é o indicador que reflete as condições de assistência à mulher durante o período gravídico-puerperal, considerando uma cadeia de eventos que ocasiona sua ocorrência. Entre os fatos que promovem esta situação, destacam características socioculturais e econômicas da população; patologias próprias do estado gravídico; estrutura fragmentada do sistema de saúde; ineficiência do sistema de referência e contra referência; uso abusivo de tecnologia e intervenções obstétricas que favorecem a morbidade, a exemplo das taxas de cesárea; bem como a qualidade dos serviços de pré-natal, que constitui o ponto de estrangulamento da assistência. Além disso, salientam a formação dos profissionais de saúde, com foco nos currículos biocêntricos, cujo ensino de campo ocorre num ambiente que não encoraja a mudança ou favorece a humanização. A intervenção oportuna e adequada poderia evitar a maioria dessas mortes.

Para Morse et al (2011), entre as causas de óbitos maternos são observadas diferenças de acordo com o grau de desenvolvimento do país. Na América Latina e Caribe, cerca de metade das mortes se dá por distúrbios hipertensivos e hemorragias, com percentual importante de causas não definidas. Nos países desenvolvidos, causas diretas relacionadas à anestesia e à cesariana são as mais frequentes.

Mota et al. (2009) salientam que a magnitude da mortalidade materna – seja em países desenvolvidos ou em desenvolvimento – são mais díspares que qualquer indicador de saúde pública. Estimativas da Organização Mundial da Saúde do início da década, especificamente ao ano 2000, mostram que as razões de mortalidade materna (RMM) variaram entre 2/100.000 nascidos vivos (NV) na Suécia e 2.000/100.000 (NV) em Serra Leoa. No Brasil, para o mesmo ano, a (RMM) correspondeu a 260/100.000 NV.

No ano de 2013, ao analisar a razão de mortalidade materna, Souza et al. (2013) citam uma taxa de mortalidade materna no Brasil de 52 a 75/100.000 nascidos vivos. Motta et al. (2016) citam que, atualmente, o Brasil ocupa o 29º lugar em números absolutos de

morte materna, além de ser um líder mundial na realização de cesáreas, refletindo um modelo assistencial excessivamente intervencionista.

Ao verificar a mortalidade materna, considerando a tendência temporal e diferenças regionais, Silva et al. (2016) apontam que na última década houve aumento nas razões de mortalidade materna na região Centro-Oeste e redução nas regiões Nordeste e Sul. Nas demais regiões do Brasil, os valores de RMM mostraram-se estáveis.

De acordo com Mota et al. (2009) a diferença reflete as enormes desigualdades nas condições políticas, econômicas e sociais entre os países, com diferenças regionais, tornando a mortalidade materna um dos indicadores fundamentais na avaliação dos riscos à saúde de grupos populacionais específicos.

Para Alencar Junior (2016), o número de mortes maternas de um país constitui um sólido indicador de sua realidade social, estando inversamente relacionado ao grau de desenvolvimento humano. Reflete, além dos fatores biológicos, o nível socioeconômico, a qualidade da assistência médica e a determinação política de promoção da saúde pública.

Segundo Mota et al. (2009), também é importante o fato de que parte dos diferenciais espaciais e temporais podem ser decorrentes da fidedignidade dos sistemas de informações e do uso de estratégias utilizadas para a melhoria de sua qualidade.

Todavia, tanto nas políticas, quanto nas propostas de humanização do cuidado, uma mudança de postura tem sido valorizada. O modelo de atenção à mulher e à família no processo reprodutivo tem sido reconhecido por agentes governamentais como necessário. Desde a década de 1990 vêm sendo aprofundados esforços no sentido de desenvolver estratégias que possam tornar capazes de reduzir a mortalidade materna, passando a haver maior compreensão sobre a influência dos determinantes sociais na mortalidade materna, incluindo o papel da educação, renda, local de nascimento e grau de opressão a que está sujeita a mulher na sociedade (SOUZA, 2016).

Ferraza e Bordignon (2012) destacam que, inserida em um maior contexto de saúde reprodutiva e direitos sexuais, a mortalidade materna passou a ser entendida como um indicador de desenvolvimento social. A partir desse entendimento, sua redução foi incluída como uma das metas a serem perseguidas dentro dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM).

A partir desse compromisso, os ODM assumem uma iniciativa global promovida pelas Nações Unidas com os governos de mais de cento e oitenta países signatários, para entre os anos 2000 e 2015 buscar um ambicioso conjunto de metas, visando o

desenvolvimento social e a erradicação da extrema pobreza. Para tanto, firma o cumprimento de oito objetivos. Dentre estes, consta a redução da mortalidade materna (FERRAZA, BORDIGNON, 2012).

De acordo com Souza (2016), a mobilização global em torno dos ODM produziu um considerável progresso em várias dimensões do desenvolvimento social, estimando-se que entre os anos 2000 e 2015 mais de 1,5 milhão de mortes maternas tenham sido evitadas. Entretanto, o acesso desigual aos serviços de saúde e a demora na identificação e manejo das complicações relacionadas à gestação permanecem como grandes obstáculos para a sobrevivência e bem estar de mulheres e crianças em todo o mundo. Mesmo com os progressos obtidos, a mortalidade continua sendo inaceitavelmente alta.

Na opinião de Ferraza e Bordignon (2012), poucos foram os reflexos no coeficiente de mortalidade materna no país, sendo necessária a busca de soluções para o enfrentamento do anacrônico e insistente problema de mortalidade das mulheres durante o processo fisiológico da gravidez e do parto.

Apesar dos grandes avanços alcançados, a distribuição das conquistas tem se realizado de forma desigual. A pobreza e questões relacionadas à ela ainda estão presentes, apontando para a necessidade de investimento em políticas públicas de proteção à saúde materno-infantil que possam garantir o acompanhamento apropriado durante o pré-natal e o parto para assegurar às gestantes e aos seus bebês condições adequadas de sobrevivência. (FERRAZA, BORDIGNON, 2012).

3.2 Políticas públicas para saúde da mulher e do recém-nascido

3.2.1 Políticas de proteção à saúde materno-infantil

De acordo com Santos Neto et al. (2008), ainda na Europa no século XVIII, durante o período das grandes transformações políticas, sociais e econômicas, o estabelecimento de novas relações de poder entre o Estado e a sociedade e o nascimento da medicina social começam a surgir as primeiras políticas voltadas para o controle social, privilegiando a higiene, infância e a medicalização da família.

Uma das medidas para o exercício do controle estatal foi a institucionalização do parto, constituindo-se como uma das tentativas de monitorar e interceder no

desenvolvimento da população. Desde então, o entendimento sobre os processos fisiológicos e patológicos referentes à gestante, ao parto e ao recém-nascido avançaram por meio do desenvolvimento científico e tecnológico, permitindo a intervenção médica para melhoria das condições de saúde materno-infantil (SANTOS NETO et al., 2008).

No Brasil, a preocupação estatal com a saúde materno-infantil tem registro nos anos de 1940, com a criação do Departamento Nacional da Criança, que enfatizava não apenas os cuidados com as crianças, mas também com as mães, especialmente no que se referia à gravidez e à amamentação. Essa preocupação passa por um longo período, do Estado Novo até o Regime Militar, com ações voltadas para as camadas urbanas mais pobres (NAGAHAMA, SANTIAGO, 2005). A partir da década de 1970 alguns programas de atenção à saúde materno-infantil foram implantados, a exemplo do Programa de Saúde Materno-Infantil (1975) e o Programa de Prevenção à Gravidez de Alto Risco (1978). Nesse período, as políticas voltadas para a saúde reprodutiva foram direcionadas, predominantemente, para o excesso de intervenção médica sobre o corpo feminino, em particular por meio do uso e abuso da cesariana como forma de parir, e a esterilização como método contraceptivo (ALMEIDA, 2005).

Para Almeida (2005), o início do processo de redemocratização e o fortalecimento dos movimentos sociais contrários ao regime ditatorial e suas políticas foram fundamentais para as conquistas da década de 1980. A partir daí, a regulamentação legal dos direitos à proteção começa a surgir baseada não apenas no interesse unilateral do Estado, mas impulsionada por forte pressão popular que culmina na aprovação de leis e políticas públicas, intensificadas na década de 1990, estendendo-se até os anos 2000, com a formulação e execução de programas e estratégias de saúde públicas voltadas à atenção materno-infantil.

Biet e Pires (2015) consideram que os primeiros avanços na busca de um cuidado diferenciado e integral à mulher ocorreram no país em 1984, com a criação, pelo Ministério da Saúde, do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), ao incorporar princípios e diretrizes voltados para medidas que assegurassem a integralidade e a equidade na atenção à saúde da mulher, por meio de ações de atenção à gestante, à parturiente e à mulher no período puerperal, considerado um programa inédito, uma vez que não estava voltado apenas ao binômio mãe-filho, mas à atenção à saúde da mulher em sua totalidade.

Moreira (2013) cita que a criação do (PAISM) foi fruto de um movimento feminista com mobilização no sentido de buscar igualdade de direitos e reivindicação de ações não reducionistas para a saúde das mulheres. Contudo, a implementação do Programa não se deu de forma efetiva, embora tenha fortalecido as bases para a formação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), mais à frente.

Com a aprovação das leis orgânicas da saúde n°. 8.080 e n°. 8.142, a partir da década de 1990, torna-se visível a forma como o SUS seria operacionalizado, por “intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde embasada na participação e controle social”. Também a aprovação do Estatuto da Criança e do Adolescente previa tanto a atenção à gestante quanto ao recém-nascido no sistema público de saúde, assegurando o atendimento antes e após o parto, buscando “proporcionar condições adequadas ao aleitamento materno aos filhos de mães submetidas à medida privativa de liberdade” e manter alojamento conjunto, possibilitando ao neonato a permanência junto à mãe (CARVALHO; SANTOS, pág. 22, 2012).

Na sequência, visando fortalecer a humanização do atendimento materno-infantil, o Ministério da Saúde lança, em 1993, a portaria GM/MS n° 1.016, tornando obrigatória a implantação do alojamento conjunto durante todo o período de internação da gestante e do recém-nascido em todos os hospitais vinculados ao SUS. Também é lançada, em 1994, a iniciativa “Hospital Amigo da Criança” por meio de duas portarias: uma assegurando pagamento de 10% a mais sobre assistência ao parto a Hospitais Amigos da Criança vinculados ao SUS e outra estabelecendo critérios para o credenciamento dos hospitais como Amigos da Criança (OLIVEIRA; ROCHA, 2011).

Na tentativa de reduzir as altas taxas de mortalidade infantil, especialmente na região Nordeste, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) foi implantado, inicialmente no Ceará, na busca de reorganização do modelo assistencial de saúde, iniciando-se as ações do Programa de Saúde da Família (PSF), tendo como objeto de atenção à família, o que não era realçado pelo PACS. Com a implantação das Normas Operacionais Básicas (NOB) teve início um importante processo de descentralização do acesso à Atenção Básica com a ampliação das responsabilidades dos municípios ao definir o processo de regionalização da assistência (OLIVEIRA; ROCHA, 2011).

Ao mesmo tempo em que os programas e estratégias são formulados e executados, os avanços ultrapassam a década de 1990 e chegam aos anos 2000, reforçando o entrelaçamento político-legal dessa rede de proteção à saúde materno-infantil, com o

objetivo de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna, perinatal e neonatal no país (OLIVEIRA; ROCHA, 2011).

Longo, Andraus e Barbosa (2010) ressaltam que, não desmerecendo o parto cesáreo, que tem suas indicações, o uso irracional de tecnologia na parturição, em muitos países, tem sido um dos fatores de impedimento da redução da morbimortalidade materna e perinatal. O movimento de humanização, organizado para priorizar as tecnologias apropriadas ao parto, a qualidade da assistência à parturiente e a desincorporação do uso de tecnologias danosas tem buscado fortalecer estratégias com o objetivo melhorar o atendimento ao parto, garantindo o direito às mulheres por meio de medidas que possam contribuir para a redução da mortalidade materna e perinatal e a diminuição das intervenções, questionando procedimentos realizados sem critério científico, apenas por hábito ou rotina.

De acordo com Priszkulnik e Maia (2009), a Organização Mundial de Saúde (OMS) tem ampliado iniciativas pautadas na recomendação do parto normal, aconselhando que o objetivo desta assistência é gerar o mínimo de intervenções com segurança, para manter mãe e criança saudáveis, ou seja, deve haver uma razão válida para interferir sobre o processo fisiológico.

Todavia, como citam Campos et al. (2016), o modelo brasileiro de assistência ao parto e ao nascimento ainda é predominantemente intervencionista, penalizando a mulher e sua família por ignorar a fisiologia e os aspectos sociais e culturais do parto, acarretando como consequência taxas de morbimortalidade materna e perinatal incompatíveis com os avanços tecnológicos disponíveis.

Dessa forma, a proposta de humanização da assistência ao parto focaliza duas grandes demandas das mulheres e da sociedade: o direito de ter acesso a um sistema de saúde não apenas público, mas também de qualidade, e a possibilidade de atuar durante o parto como protagonistas, exercendo um papel ativo durante todo o processo (CAMPOS et al., 2016).

Segundo Priszkulnik e Maia (2009), a busca por humanização no atendimento pré-parto teve seu início por meio de um movimento social pela humanização do parto e do nascimento contra o modelo de atendimento ao parto hospitalar e medicado, tendo como base a proposta da Organização Mundial da Saúde que incluía o incentivo ao parto vaginal, aleitamento materno no pós-parto, alojamento conjunto e a presença de um acompanhante no processo do parto.

A *Carta de Fortaleza* foi um dos documentos que fortaleceu mudanças no âmbito do nascimento, ajudando a consolidar um movimento pelo parto humanizado, já descrito isoladamente em vários Estados. Inspirados nas práticas das parteiras e índias, profissionais, como Galba de Araújo, no Ceará, Moysés Paciornik, no Paraná, e algumas instituições como Hospital São Pio X em Goiás e Instituto Aurora no Rio de Janeiro, impulsionaram esse movimento. Vários grupos foram importantes ao propor mudanças, a exemplo do Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, a Associação Monte Azul em São Paulo, o Grupo Curumim e o Cais do Parto, em Pernambuco. Também foi um marco para a humanização do parto a criação do Prêmio Galba de Araújo, a proposição das Casas de Parto, o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) e o Programa de Humanização dos Hospitais (LONGO; ANDRAUS; BARBOSA, 2010).

A fundação da Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento (REHUNA) fortaleceu a discussão da importância do parto humanizado, demonstrando que o Brasil estava inserido no âmbito internacional em defesa desta causa. Baseado na *Carta de Campinas* – documento que denunciava as circunstâncias de violência e constrangimento em que se dava a assistência, especialmente as condições pouco humanas a que eram submetidas às mulheres e crianças no momento do nascimento – o Ministério da Saúde elaborou um plano em três etapas para melhoria da saúde obstétrica, iniciando com um aumento na remuneração do parto normal e um percentual máximo para o pagamento de cesárea por hospital. Na segunda etapa foi criado um programa de apoio à Implantação do Sistema Estadual de Referência Hospitalar para gestação de alto risco e a terceira etapa com foco na atenção humanizada no pré-natal e ao parto (PRISZKULNIK; MAIA, 2009).

O Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) instituído em junho de 2000, por meio da Portaria nº 569, de 01 de junho, define medidas que garantam melhorias do acesso, da cobertura e da qualidade da assistência ao pré-natal, parto, puerpério e período neonatal. Tem como principal estratégia assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania (BRASIL, 2000).

Ainda na perspectiva de impulsionar uma assistência mais humanizada foi instituída em 2004, a Política Nacional de Humanização (PNH), considerada uma política transversal, que deve ser praticada em todos os níveis de atendimento e por todos os profissionais da atenção à saúde. Para tanto, deve estar capacitado para fazer uma

abordagem ética, comprometida com a defesa da vida e com a importância e protagonismo do cliente (BRASIL, 2004).

De acordo com Santos et al. (2012), o Programa de Humanização objetiva o resgate da atenção obstétrica integrada, qualifica e humaniza o envolvimento de forma articulada dos estados, municípios e das unidades de saúde nestas ações. Fundamenta-se no direito à humanização da assistência obstétrica e neonatal como condição primeira para o adequado acompanhamento do parto e do puerpério.

Portanto, humanizar a assistência ao nascimento implica em mudanças de atitudes e de rotinas com o objetivo de tornar esse momento o menos medicalizado possível, por meio do uso de práticas assistenciais que garantam a integridade física e psíquica neste momento de fragilidade e necessidade de cuidados. Esta situação implica em potencializar as relações em que o afeto e apenas as intervenções realmente necessárias sejam realizadas, o que se configura como um desafio às instituições e aos profissionais que assistem o recém-nascido e a família a mudarem a concepção e suas práticas, a fim de tornar o nascimento um evento familiar, incorporando ações que os considerem os principais atores envolvidos no momento do parto e do nascimento.

3.2.2 Programa de atenção ao parto e a política de humanização

O conceito de atenção humanizada é amplo e envolve um conjunto de práticas, conhecimentos e atitudes que visam à promoção do parto e do nascimento saudáveis e a prevenção da morbimortalidade materna e perinatal.

Para Souza et al (2011), o termo humanizar remete à uma assistência que valorize a qualidade do cuidado do ponto de vista técnico, associado ao respeito dos direitos do paciente, sua subjetividade e referências culturais, como também a valorização do profissional e do diálogo intra e interequipes.

As práticas humanizadoras do nascimento são um processo em que o profissional deve respeitar a fisiologia do parto, não intervindo desnecessariamente, reconhecer os aspectos sociais e culturais do parto e do nascimento. Deve oferecer suporte emocional à mulher e sua família, facilitando a formação dos laços afetivos e o vínculo mãe-filho; criar espaços para que a mulher exerça sua autonomia durante todo o processo, permitindo um

acompanhante de sua escolha; ser informada sobre os procedimentos a que será submetida, além de respeitar todos os seus direitos de cidadania (SOUZA et al., 2011).

Segundo Biet e Pires (2015), o parto humanizado visa resgatar o nascimento como um evento natural e propõe uma abordagem acolhedora por parte dos profissionais de saúde. De acordo com Castro e Clapis (2005) um parto humanizado é aquele que “valoriza e respeita as opiniões, crenças, cultura e valores da mulher e visa resgatar o lado fisiológico do nascer, tornando a mulher principal protagonista do processo parturitivo”. Busca retomar o processo do nascimento como um evento natural e fisiológico, propondo uma abordagem ética e acolhedora por parte dos profissionais da saúde, com a finalidade de promover o bem estar da mãe e da criança.

Dias e Domingues (2005) consideram que o conceito de humanização inclui a organização da assistência voltada às necessidades das parturientes e de sua família. A atenção depende da provisão dos recursos necessários, da organização de rotinas com procedimentos comprovadamente benéficos, evitando intervenções desnecessárias. Para tanto são necessário investimentos financeiros e mudança de postura dos profissionais de saúde com base científica no cuidado.

Para o Ministério da Saúde, uma atenção pré-natal e puerperal de qualidade e humanizada é fundamental para a saúde materna e neonatal. Para sua humanização e qualificação, faz-se necessário construir um novo olhar sobre o processo saúde e doença, que compreenda a pessoa em sua totalidade.

Campos et al. (2016) consideram que um dos fundamentos essenciais da política de humanização é o acolhimento, que implica em uma recepção humana e atenta às queixas, angústias, preocupações e dúvidas das mulheres, sendo garantida, pela equipe, a responsabilidade na resolução dos problemas e na continuidade da assistência, caso haja necessidade desta.

Santos Neto et al. (2008) citam que a principal estratégia do Programa de Humanização é fazer com que a assistência prestada à gestante e ao recém-nascido seja feita com qualidade e humanizada sendo, portanto, necessário concentrar esforços nos três níveis de gestão: federal, estadual e municipal, em sua operacionalização.

Palinski et al. (2016) destacam várias práticas com vistas à humanização do parto, que devem ser encorajadas e recomendadas, entre as quais: o oferecimento de condições para que os cuidados no parto sejam seguros, com as quais a mulher possa se sentir confiante; o respeito ao direito da mulher de ter privacidade no local do nascimento; o

respeito à decisão da mulher sobre o local do nascimento, isto é, a escolha de um estabelecimento que gere empatia entre os profissionais de saúde e a gestante; a decisão da gestante em relação aos acompanhantes, marido/companheiro ou familiar; a escolha da parturiente sobre o profissional que realizará o parto; a disponibilização do máximo de informações e explicações que desejar; a utilização de métodos não invasivos e não farmacológicos para o alívio da dor, como massagens e técnicas de relaxamento; permitir a liberdade de posição e movimento da gestante no trabalho de parto; permitir, precocemente, o contato pele a pele da mãe e do recém-nascido e oferecer suporte para iniciar a amamentação até uma hora após o parto.

As principais linhas de ação do Programa de Humanização são:

1. Realizar a primeira consulta de pré natal até o 4º mês de gestação; 2. Garantir a realização dos seguintes procedimentos: a. no mínimo seis consultas de pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre da gestação; b. uma consulta no puerpério, até 42 dias após o nascimento; c. exames laboratoriais: tipagem sanguínea e fator Rh na primeira consulta; VDRL: um exame na primeira consulta e outro próximo à trigésima semana da gestação; urina rotina: um exame na primeira consulta e outro próximo à trigésima semana da gestação; glicemia de jejum: um exame na primeira consulta e outro próximo à trigésima semana da gestação; hemoglobina/hematócrito na primeira consulta; d. oferta de testagem anti-HIV, com um exame na primeira consulta nos municípios com população acima de 50 mil habitantes; e. aplicação de vacina antitetânica até a dose imunizante (2ª.) do esquema recomendado ou dose de reforço em mulheres já imunizadas; f. atividades educativas; g. classificação de risco gestacional a ser realizada na primeira consulta e nas subsequentes; h. atendimento às gestantes classificadas como de risco, garantindo o vínculo e o acesso à unidade de referência para atendimento ambulatorial e/ou hospitalar à gestação de alto risco. (BRASIL, pág. 06, 2002).

As estratégias norteadoras de ação da vigilância à saúde e da mortalidade materna e infantil ampliam a responsabilização da gestão dos serviços de saúde no controle de doenças e agravos que podem surgir interferindo na sobrevivência da mãe e da criança, o que aponta para uma grande evolução das políticas públicas, mostrando que a melhoria da qualidade de vida, e não medidas isoladas e verticalizadas, tem norteador a promoção de saúde integral materno-infantil (SANTOS NETO et al., 2008).

O Ministério da Saúde também vem concentrando esforços na implantação de Redes de Atenção à Saúde (RAS), por entender que representam um avanço na organização do SUS. Entre as principais características destaca-se: a formação de relações horizontais entre os pontos de atenção, tendo a Atenção Básica como centro de

comunicação; a centralidade nas necessidades de saúde da população; a responsabilização por atenção contínua e integral; o cuidado multiprofissional; o compartilhamento de objetivos e o compromisso com resultados sanitários e econômicos.

Segundo a Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, Redes de Atenção à Saúde são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. Têm como finalidade assegurar ao usuário do Sistema Único de Saúde o conjunto de ações e serviços de que necessita de forma efetiva, contínua, integral e humanizada (BRASIL, 2010).

Nesse processo, considera-se importante que sejam observados os seguintes aspectos: definição clara da população e território, diagnóstico situacional, superação dos vazios assistenciais, articulação público privado, planejamento pela efetiva necessidade, criação de sistema logístico e de suporte, investimento nas pessoas/equipes, sistema de regulação para funcionamento da rede, financiamento sustentável e suficiente com vinculação a metas e resultados (BRASIL, 2010).

A partir da lógica de redes, são instituídas a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), Rede Cegonha, Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência, Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.

Em pactuação na tripartite², com o objetivo de construir redes capazes de realizar o enfrentamento de vulnerabilidades, agravos ou doenças específicas, que acometem as pessoas ou as populações, o Ministério da Saúde propõe a organização de Redes Temáticas, priorizando: a Rede de Atenção às Urgências e Emergências; Rede de Atenção Psicossocial, com prioridade para o enfrentamento do álcool, crack, e outras drogas; Rede de Atenção às Doenças e Condições Crônicas; Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência e Rede Cegonha, que tem um recorte de atenção à gestante e de atenção à criança com até 24 meses (MENDES, 2011).

Para consolidar os objetivos do PNHPN e da PNH voltados para a atenção à gestante, o Ministério da Saúde, por meio das Portarias consolidadas nº 1.459, de 24 de junho de 2011 e nº 2.351, de 05 de outubro de 2011, instituiu a ampliação da cobertura e do acesso a um serviço humanizado no pré-natal e nascimento, aprovando o programa Rede Cegonha (BRASIL, 2011). Este programa redefiniu a organização de uma rede de

² Triparte é Fórum de Deliberação compostos pelos três entes federados, Federal, Estadual e Municipal.

cuidados que busca atender a mulher, ofertando serviço de planejamento reprodutivo e atenção humanizada à gestação, ao parto, ao puerpério, ao nascimento e ao desenvolvimento saudável.

3.2.3 Rede Cegonha

As definições da palavra rede apresentam a ideia de que algo é criado por meio de comunicação, contato, entrelaçamento ou outras formas de relação entre elementos, estabelecendo novas possibilidades com base na estrutura produzida. Essa ideia permite a aplicação da noção de referência a aspectos de ligação, articulação, associação, comunicação, interdependência e conjunto. Além do aspecto material e funcional, o grande potencial das redes é sua capacidade quase ilimitada de conexões entre diferentes pontos. O conjunto de atributos individuais e relacionais produz efeitos na integração de cooperação e complementaridade, que não se reduz à mera justaposição de apreciações isoladas dos vários serviços (AMARAL; BOSI, 2016).

Segundo Fleury e Ouverney (2007), embora existam diferentes entendimentos sobre redes, todos convergem para a ideia de um conjunto de relações relativamente estáveis, de natureza não hierárquica e independente, que envolvem variedade de sujeitos com interesses comuns, com existência de intercâmbio de recursos e de cooperação a fim de alcançarem metas comuns.

Como citam Fleury e Ouverney (2007), redes:

São fenômenos que se caracterizam por ser estruturas policêntricas, envolvendo diferentes atores, organizações ou núcleos vinculados entre si a partir do estabelecimento e manutenção de objetivos comuns e uma dinâmica gerencial compatível e adequada a essa estrutura reticular, que se assenta em um poder compartilhado e relações horizontalizadas (FLEURY; OUVERNEY, pág. 65, 2007).

De acordo com Amaral e Bosi (2016), a noção de rede como princípio norteador da organização das ações e serviços do setor saúde está presente no Brasil desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Contudo, a preocupação formal com a organização de Redes de Atenção à Saúde (RAS) foi adotada pelo Ministério da Saúde somente no ano de 2010, com a Portaria nº 4.279, que estabelece diretrizes para sua organização.

Di Giovanni (2013) salienta que todos os conceitos de RAS “convergem e afirmam a necessidade de arranjos organizativos dos serviços de saúde”, que possibilitem a superação da “fragmentação do sistema de saúde” e ofereçam ações e serviços de saúde de qualidade, de forma acessível, equitativa, integral, continuada, em tempo adequado e de forma otimizada.

Cavalcanti et al. (2013) citam que a Rede Cegonha (RC) está inserida na discussão de Redes de Atenção em Saúde com o objetivo de “promover a integração das ações e serviços de saúde para possibilitar uma atenção eficiente e de qualidade em todos os pontos de atenção” (CAVANCANTI et al., pág. 16, 2013), com foco na “satisfação dos usuários e na melhoria dos indicadores de morbimortalidade materno-infantil” (CAVANCANTI et al., pág. 19, 2013).

A RC parte do diagnóstico de que as mortalidades materna e infantil permanecem elevadas, prevalecendo uma intensa medicalização do nascimento e o uso de tecnologias sem evidências científicas, a exemplo de cesáreas e intervenções desnecessárias no parto. Seu marco conceitual, o discurso técnico-político e as formas de operacionalização resultam de esforços importantes e de iniciativas de âmbito nacional no campo materno-infantil no SUS, como as diretrizes do Pacto pela Saúde, o Pacto pela Redução da Mortalidade Materno-Infantil, bem como o Programa de Qualificação das Maternidades (CAVALCANTI et al., 2013).

Lima e Barbalho (2015) consideram que a Rede Cegonha está organizada a partir de quatro componentes: 1) Pré-natal; 2) Parto e Nascimento; (3) Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança e (4) Sistema Logístico, Transporte Sanitário e Regulação. A RC prevê ações para a melhoria do acesso e da qualidade da assistência à mulher e à criança, por meio da vinculação da gestante à unidade de referência para o parto e o transporte seguro, e da implementação de boas práticas na atenção ao parto e nascimento, incluindo o direito a um acompanhante de livre escolha da mulher no momento do parto.

A Rede Cegonha apresenta foco no “enfrentamento da mortalidade materna, da violência obstétrica e da baixa qualidade da rede de atenção ao parto e nascimento” (Brasil, pág. 03, 2011), desenvolvendo ações para “ampliação e qualificação do acesso ao planejamento reprodutivo” (Brasil, pág. 04, 2011), visando organizar uma rede de cuidados que assegure, a partir da noção de integralidade da atenção às mulheres, o “direito ao planejamento sexual e reprodutivo e à atenção humanizada ao pré-natal, parto, puerpério e atenção humanizada ao abortamento” (Brasil, pág.04, 2011), bem como à criança o “direito

ao nascimento seguro e humanizado e ao acompanhamento até os dois anos de idade” (Brasil, pág.04, 2011), assegurando acesso para um crescimento e desenvolvimento saudáveis.

Conforme Mendes (2011), os objetivos da RAS são melhorar a qualidade da atenção, a qualidade de vida das pessoas usuárias do SUS, os resultados sanitários do sistema de saúde, a eficiência na utilização dos recursos e a equidade em saúde. Pautado na proposta da OPAS/OMS, o Ministério da Saúde determina como finalidade da RAS:

“[...] promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica”. (MENDES, pág. 22, 2011).

Alinhada a estes objetivos a Rede Cegonha visa:

I - Fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses; II - Organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade; e III - Reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal (BRASIL, Portaria nº 1.459, art. 3º, 2011).

Tem como diretrizes:

I. Garantia do acolhimento com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal; II. Garantia de vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro; III. Garantia das boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento; IV. Garantia da atenção à saúde das crianças de zero a vinte e quatro meses com qualidade e resolutividade; e V. Garantia de acesso às ações do planejamento reprodutivo (BRASIL, Portaria nº 1.459, art. 4º, 2011).

Di Giovanni (2013) ressalta que a Rede Cegonha tem como princípios: o respeito, a proteção e a realização dos direitos humanos; o respeito à diversidade cultural, étnica e racial, a promoção da equidade, o enfoque de gênero, a participação e a mobilização social, e compatibilização com as atividades das redes de atenção à saúde materna e infantil.

Um destaque nesse âmbito é a promulgação da Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005, referente ao direito de acompanhante para a mulher institucionalizada em trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

3.3 Participação do acompanhante nas ações de apoio ao parto

3.3.1 Lei n. 11.108 – Lei do Acompanhante

Possibilitar que a mulher tenha um acompanhante, de sua livre escolha, durante o trabalho de parto e pós parto, é considerado uma prática benéfica, amparada por evidências científicas, devendo, pois, ser encorajada (OMS, 2016).

No Brasil, a Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005, altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS (BRASIL, 2005):

CAPÍTULO VII: Do subsistema de acompanhamento durante o trabalho de parto, parto e pós parto imediato.

Art. 19J. Os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde, da rede própria ou conveniada ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de 1 (um) acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

§ 1º O acompanhante de que trata o caput deste artigo será indicado pela parturiente.

§ 2º As ações destinadas a viabilizar o pleno exercício dos direitos de que trata este artigo constarão do regulamento da lei, a ser elaborado pelo órgão competente do Poder Executivo” (BRASIL, Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005, 2005).

No entanto, em que pese sua regulamentação, o cumprimento da mesma tem sido desrespeitada em todo o país. Sua efetivação encontra desafios que parecem deparar com os paradigmas adotados no modo de vida contemporâneo (MOREIRA et al., 2013).

De acordo com Souza et al. (2011), com a evolução dos avanços técnicos e científicos na área da saúde e a medicalização do corpo da mulher, o evento da gravidez, do parto e do nascimento passam de “acontecimento familiar” para “ocorrência hospitalar”, conduzido por meios tecnológicos e cirúrgicos, com o objetivo de controlar as complicações e situações de risco para o binômio mãe-filho. Neste cenário, as maternidades – instituições que possuem forte poder de decisão sobre a vida da mulher/bebê/família –, passam a controlar quando e como será o parto, quem e quando pode ter contato com a mãe-filho e como devem ser o comportamento das pessoas envolvidas nesse processo (SOUZA et al., 2011).

Em geral, essas práticas convertem uma assistência ao parto onde a mulher não tem o direito de decidir sobre sua saúde e ações relacionadas ao seu próprio corpo. No

nascimento hospitalar é dada ênfase aos aspectos biomédicos e técnicos, submetendo o recém-nascido a intervenções, tratando-o como algo pertencente à equipe e não à mãe (SOUZA et al., 2011).

Apesar de a hospitalização ter sido, em grande parte, responsável pela queda da mortalidade materna e neonatal nos últimos anos, o nascimento transformou-se de um acontecimento natural para um evento técnico e medicalizado, tornando-se muitas vezes desconhecido e amedrontador para as parturientes, embora mais conveniente e asséptico para os profissionais de saúde (MAGALHÃES, 2010).

Moreira et al. (2015) citam que apesar de ter se tornando legal a participação de um (a) acompanhante durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato, as unidades do Sistema Único de Saúde nem sempre cumprem o que está preconizado na legislação.

A inserção e participação do acompanhante na humanização do parto e nascimento, embora seja reconhecida legalmente, é vista como uma questão complexa pela equipe de saúde devido à falta de uma delimitação clara e objetiva do seu espaço no contexto do parto. Muitos profissionais não estão abertos à aplicabilidade dessa lei, reconhecendo o (a) acompanhante como uma pessoa a mais dentro da unidade, que pode atrapalhar o fluxo da assistência, ou a estrutura física não permite a presença de mais uma pessoa. Além disso, muitas mulheres ainda não conhecem seus direitos e acabam aceitando as determinações que são impostas, sem questionamento (MOREIRA et al., 2015).

Porém, em muitas maternidades é possível verificar a aplicabilidade da lei do acompanhante, percebida como uma realidade que vem se tornando cada vez mais efetiva. Como citam Perdomini e Bonilha (2011), a participação do acompanhante no processo de parturição da mulher antes se detinha àquelas instituições que permitiam e tinham condições para tal. Porém, há algum tempo esse direito vem sendo assegurado.

No entanto, como afirma Longo, Andraus e Barbosa (2010), a inserção do acompanhante ainda é um “processo em construção, que envolve aspectos relacionados às condições físicas ambientais das instituições de saúde, à qualificação dos profissionais de saúde para o acolhimento” (LONGO, ANDRAUS e BARBOSA, pág. 15, 2010), entre outros aspectos.

Entendida como fundamental para a participação de acompanhantes de maneira ativa, de forma a possibilitar um apoio real à parturiente, o preparo dessas pessoas deve ter início no pré-natal.

Como afirma Teles et al. (2010):

Para uma participação ativa no processo de parto é necessário conhecimento e iniciativa por parte do acompanhante, bem como adequado acolhimento por parte dos profissionais de saúde inseridos na sala de parto, o que promove real inserção do acompanhante no processo de parto. (TELLES et al., pág.29, 2010).

Ferreira e Madeira (2016) citam que, em geral, na dinâmica do trabalho no ambiente hospitalar a demanda é tão intensa que o tempo dedicado pelos profissionais para prover apoio à parturiente não supre suas necessidades emocionais. A presença e participação ativa do acompanhante provê suporte capaz de produzir modificações na assistência obstétrica, sendo importante que essa presença seja estimulada como forma de proporcionar uma vivência singular para a mulher e seus familiares.

Como citam Ferreira e Madeira (2016):

O protocolo de assistência ao parto do Ministério da saúde ressalta a necessidade da parturiente estar ao lado do acompanhante de sua escolha durante o processo, cujo personagem pode influenciar na forma como a mulher vivencia esse processo, do mesmo modo que tal presença pode impactar nos resultados e na experiência da parturição. (FERREIRA, MADEIRA, pág. 32, 2016).

No nosso país, geralmente a pessoa escolhida pela mulher para acompanhá-la durante o trabalho de parto e parto tem sido responsável pelo apoio, desenvolvendo medidas que contemplam, de modo especial, os aspectos emocionais e de conforto físico. No entanto, de acordo com Frutuoso e Brüggemann (2013), para que o acompanhante desempenhe esse papel, é necessário acolhê-lo e inseri-lo no contexto institucional, fornecendo-lhe as orientações necessárias.

Os familiares ou pessoas mais próximas da parturiente devem ser responsáveis por apoiar emocionalmente essa mulher em um momento tão especial, principalmente por poderem se sentir fragilizadas no ambiente hospitalar. Assim, presença do acompanhante na cena do parto é um fator importante, uma vez que fornece encorajamento à mulher para o enfrentamento das dores, ansiedades e expectativas antes, durante e no pós-parto (TOMELERI et al., 2007).

Todavia, Merighi e Gualda (2009) ressaltam que é reconhecida a necessidade de reformulação do modelo da formação dos profissionais da saúde, tendo em vista a crise no panorama de saúde, tanto na perspectiva quantitativa, quanto qualitativa. Como o processo saúde-doença passa pelo viés da complexidade e da singularidade do viver humano, a formação dos profissionais de saúde necessita trilhar caminhos em que este espaço de

aprendizado possa utilizar-se da arte para provocar mudanças na assistência a fim de formar pessoas sensíveis e aptas a compreender a dimensão do cuidado humano.

No que diz respeito ao nascimento, o desafio está em compreender, resgatar e esclarecer o processo como acontecimento singular, humanizado, afastando a despersonalização e as ações intervencionistas, o que para Merighi e Gualda (2009), pressupõe a valorização da experiência da mulher, a abordagem da família enquanto núcleo social básico.

Porém, como citam Cavalcanti et al. (2013), são muitas as ações necessárias para o processo de mobilização na RC, com tarefas importantes e desafiadoras para os gestores, como: fomentar a gestão participativa e democrática; promover alinhamento político-institucional e teórico-conceitual das diretrizes para a formulação, a implementação e o monitoramento, culminando com a construção de um Modelo Lógico (ML) para avaliação dos resultados alcançados com a implantação da estratégia.

4 METODOLOGIA

4.1 Delineamento do estudo

O desenho foi um estudo transversal.

4.2 Local e período do estudo

O estudo foi desenvolvido na Maternidade Dona Evangelina Rosa, situada na capital do Estado do Piauí, Teresina. A unidade foi criada em 1976, possui 248 leitos obstétricos e atende mulheres de vários municípios do Estado.

A Maternidade Dona Evangelina Rosa é referência para partos de risco habitual e alto risco, possui leitos obstétricos para terapia intensiva, leitos para cuidados com gestante de alto risco, leitos de terapia intensiva neonatais, leitos de cuidados intermediários neonatais; é referência no Estado para o método canguru, é uma das unidades que integram a Rede Cegonha; possui o título de Hospital Amigo da Criança, conferido pelo UNICEF.

O número de nascidos vivos no ano de 2017, na referida maternidade, foi de 8.575 nascidos vivos. Destes, 51,5% são da capital Teresina. Foram realizados uma média de 714 partos por mês. Já nos seis primeiros meses do ano de 2018 foram realizados 4.463 partos (SINASC, 2018).

A coleta de dados do presente estudo foi realizada no período de julho a setembro de 2017.

4.3 População e amostra

Para atingir os objetivos propostos esse estudo teve como população alvo puérperas que tiveram partos no serviço selecionado. Os critérios de inclusão foram todas as puérperas que tiveram seus partos na maternidade e passaram pela admissão, trabalho de parto, parto, pós-parto e alojamento conjunto. E excluiu todas as puérperas admitidas no serviço após período expulsivo, mulheres que tiveram cesárea eletiva e aquelas que se recusaram a participar do estudo.

De acordo com os critérios apresentados, a amostra foi constituída com base na média de nascidos vivos por mês, durante o ano de 2016, totalizando duzentas e oitenta e seis puérperas (SINASC, 2016). O cálculo amostral foi baseado no erro amostral de 5%, seguindo a fórmula descrita abaixo (Arango, 2009):

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot (1 - p)}{Z^2 \cdot p \cdot (1 - p) + e^2 \cdot (N - 1)}$$

Na qual:

n - amostra calculada

N - população

Z - variável normal padronizada associada ao nível de significância

p – verdadeira probabilidade de evento

e - erro amostral

4.4 Coleta de dados

Os dados da pesquisa foram coletados por meio de entrevista, utilizando-se um formulário organizado pela pesquisadora, com perguntas fechadas e estruturadas contendo duas partes: caracterização socioeconômica e obstétrica; abordagens sobre a presença do acompanhante (Apêndice C).

Os dados socioeconômicos e obstétricos das puérperas foram elaborados a partir dos seguintes critérios: foram consideradas as variáveis idade materna, cor da pele (branca, negra, parda), escolaridade (em anos de estudo), estado civil (com ou sem parceiro), renda familiar (em número de salários mínimos), local de residência (Teresina, interior do Piauí, outro Estado), zona de residência (urbana ou rural), tipo de parto (vaginal ou cesárea), número de partos (primípara ou múltipara), profissional que atendeu o parto (médico, enfermeiro e enfermeiro obstetra).

Os dados sobre a presença de acompanhantes foram elaborados a partir dos seguintes critérios: se houve acompanhante durante permanência hospitalar, em que fases da permanência hospitalar tiveram acompanhante (admissão, trabalho de parto, parto, pós-parto, alojamento conjunto), quem foi o (a) acompanhante (parceiro/pai da criança, mãe, irmão (ã), amigo (a), outra pessoa), se o acompanhante foi pessoa escolhida pela parturiente e se a presença do acompanhante contribuiu para ter um parto melhor (ajudou

muito, ajudou pouco, foi indiferente ou não ajudou). Também foi questionado se a puérpera tinha conhecimento sobre o direito a acompanhante anteriormente à admissão hospitalar e se foi orientado à ela, pelo serviço, sobre a existência desse direito.

O desfecho primário nesse estudo foi a presença de acompanhante durante todas as fases de internação das puérperas. Desta forma, elas serão classificadas em três grupos: puérperas com ausência de acompanhante em todas as fases (aquelas que tiveram total ausência de acompanhante em todas as fases), puérperas com presença parcial de acompanhantes (aquelas que tiveram acompanhante em alguma fase de internação hospitalar), puérperas com presença contínua de acompanhantes (aquelas que tiveram acompanhantes durante todas as fases da internação, conforme definido na legislação brasileira).

O setor de Serviço Social da maternidade orientou em quais alas estavam internadas as puérperas eleitas para esse estudo.

As puérperas internadas no alojamento conjunto foram convidadas a participar do estudo no período de julho a setembro de 2017.

Antes do início da entrevista foram esclarecidos os objetivos da pesquisa, enfatizando a garantia de sigilo, bem como o direito de desistir a qualquer momento da entrevista, se assim fosse o desejo da participante. Na sequência foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A) e quando menor de idade, o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B), conforme Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). As entrevistas foram aplicadas pela pesquisadora e por profissional formado na área de saúde devidamente treinado.

Antes do período de coleta de dados, foi realizado o pré-teste com dez puérperas, com vistas a avaliar a compreensibilidade dos instrumentos e presença de todas as possibilidades de respostas. O formulário, após o referido teste, passou por modificações para inclusão de dados necessários para complementação de informações.

4.5 Análise estatística

Os dados numéricos como idade e renda familiar foram categorizados a partir do quartil e do valor atualizado do salário mínimo, respectivamente.

Para estudar a associação entre as variáveis socioeconômicas e fases de internação com as seguintes variáveis respostas: fases de internação e tipo de parto, utilizou-se a análise do coeficiente de contingência C, por determinar a magnitude das associações mensuradas ao nível qualitativo com mais de um nível da variável resposta e o intervalo de confiança da análise foi de 95%. (ARANGO, 2009).

Assim, para os testes estatísticos foram fixados $\alpha \leq 0,05$ o nível para rejeição de nulidade entre as associações.

Os dados foram organizados em planilha do *software Microsoft Office Excel*, e posteriormente submetidos à análise estatística através do *Software Action Stat*. (EQUIPE ESTATCAMP, 2017).

4.6 Aspectos éticos e legais

A pesquisa, em todas as etapas, obedeceu ao disposto na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, que orienta as normas de pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012). O projeto foi iniciado somente após aprovação pelo Comitê de Ética em pesquisa da Universidade Estadual do Piauí – UESPI, através do Parecer nº 1.775.559 e pela Comissão de Ética em Pesquisa da Maternidade Dona Evangelina Rosa, devidamente assinado pelo responsável. Todas as puérperas entrevistadas participaram de forma voluntária e assinam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A), ou o Termo de Assentimento Livre Esclarecido (Apêndice B), conforme o caso. Nenhuma mulher se recusou a participar do estudo.

5 RESULTADOS

Da população pesquisada, cuja amostra programada foi de duzentas e oitenta e seis puérperas, foram excluídas sete mulheres, dentre as quais, três que tiveram os partos em outra maternidade e apresentaram complicações, sendo referenciadas para Maternidade Dona Evangelina Rosa, e quatro que eram do interior e estavam acompanhando seus bebês internados na UTI NEONATAL, conforme critérios de exclusão. Dessa forma, a população final do estudo foi de duzentas e setenta e nove mulheres.

Verificou-se, inicialmente, na Tabela 1, a caracterização social, econômica, clínica e obstétrica das puérperas pesquisadas.

Tabela 1. Caracterização socioeconômica, clínica e obstétrica das puérperas entrevistadas em uma maternidade de referência. Teresina-PI, 2018.

VARIÁVEIS	N	%
IDADE		
≤ 24 anos	147	52,69
> 24 anos	132	47,31
COR DA PELE		
Parda	141	50,54
Demais	138	49,46
ESCOLARIDADE		
≤ Ensino fundamental	102	36,56
> Ensino fundamental	177	63,44
ESTADO CIVIL		
Com parceiro	224	80,29
Sem parceiro	55	19,71
RENDA FAMILIAR		
≤ 1 salário mínimo	216	77,42
> 1 salário mínimo	63	22,58

LOCAL DA RESIDÊNCIA		
Capital	110	39,43
Interior/outro estado	169	60,57
ZONA DA RESIDÊNCIA		
Urbana	210	75,27
Rural	69	24,73
TIPO DE PARTO		
Normal	94	33,69
Cesáreo	185	66,31
NÚMERO DE PARTOS		
Primípara	145	51,97
Múltipara	134	48,03
PROFISSIONAL QUE ATENDEU		
Médico	219	78,49
Demais profissionais	60	21,51

FONTE: Dados da autora.

Os dados da Tabela 1 revelam que pouco mais da metade das puérperas pesquisadas tinham idade menor e ou igual a 24 anos; 47,31 % tinham mais de 24 anos; 50,54% eram pardas. Quanto à escolaridade, 63,44% estudaram mais que o Ensino Fundamental; o estado civil da grande maioria das mulheres estudadas (80,29%) era de que possuíam parceiros, e 19,71% não possuíam parceiro.

Um dado que chamou atenção foi que 77,42%, equivalente em números absolutos a 224 puérperas, possuíam renda familiar igual e ou menor que um salário mínimo e apenas 19,71% possuíam renda familiar maior que um salário mínimo. Apenas 39,43% eram residentes em Teresina, as demais tinham procedência do interior do Estado do Piauí ou de outro Estado; a maioria residiam em zona urbana, 75,27%.

Outro dado importante é relativo ao tipo de parto: 66,31% das puérperas pesquisadas, ou seja, a maioria, teve parto cesáreo, enquanto que apenas 33,69% pariram

de parto normal. Destas mulheres, 51,97% tinham realizado seu primeiro parto e 48,03% já haviam tido outros partos anteriormente.

Essa tabela também traz o dado de que 78,49% das mulheres contaram com a participação do profissional médico no parto e 21,51% contaram com a participação de demais profissionais (definiu-se como demais profissionais os enfermeiros e/ou enfermeiros obstetras).

Na Tabela 2 apresenta-se a caracterização da presença ou ausência do acompanhante durante a internação para o parto das puérperas pesquisadas.

Tabela 2. Caracterização da presença/ausência do acompanhante durante a internação para o parto, em uma maternidade de referência em Teresina-PI, 2018.

VARIÁVEIS	N	%
ACOMPANHANTE DURANTE A INTERNAÇÃO		
Sim	279	100,00
GRAU DE PARENTESCO DO ACOMPANHANTE		
Parceiro	42	15,05
Pai da criança	2	0,72
Mãe	120	43,01
Irmão (a)	40	14,34
Amigo (a)	14	5,02
OUTRO	61	21,86
DIREITO DE ESCOLHER O ACOMPANHANTE		
Sim	271	97,13
Não	8	2,87
DURANTE A ADMISSÃO		
Sim	279	100,00

DURANTE O TRABALHO DE PARTO

Sim	275	98,57
Não	4	1,43

DURANTE O PARTO

Sim	131	46,95
Não	148	53,05

DURANTE PÓS-PARTO

Sim	276	98,92
Não	3	1,08

DURANTE O ALOJAMENTO

Sim	279	100,00
-----	-----	--------

MOTIVOS PARA NÃO TER O ACOMPANHANTE

Motivo não informado	72	25,81
Regra da maternidade	18	6,45
Falta de EPI*	4	1,43
Profissional não permitiu	8	2,87
Não quis assistir o parto	46	16,49

IMPORTÂNCIA DA PRESENÇA DO ACOMPANHANTE

Ajudou muito	277	99,28
Ajudou pouco	2	0,72

CONHECIA O DIREITO AO ACOMPANHANTE

Sim	154	55,20
Não	125	44,80

FONTE DO CONHECIMENTO

Meios de comunicação	83	29,75
Alguém falou	49	17,56
Pré-natal	17	6,09
Outro	3	1,08

ALGUÉM DO HOSPITAL ESCLAREU SOBRE ESTE DIREITO

Sim	101	36,20
Não	178	63,80

SETOR QUE ESCLARECEU

Admissão	62	22,22
Serviço social	17	6,09
Enfermeira	11	3,94
Outro setor	9	3,23

*Equipamento de Proteção Individual.

FONTE: Dados da autora.

Os dados da Tabela 2 mostram que todas as puérperas estudadas contaram com a presença de um acompanhante em alguma das fases de internação para o parto; em relação ao grau de parentesco do acompanhante, a mãe, com 43,01%, foi a que mais figurou como acompanhante; o parceiro esteve presente em 15,05% dos acompanhamentos; 97,13% das puérperas puderam escolher quem seria o seu acompanhante.

Em relação à presença de acompanhante nas fases de internação, 100% das entrevistadas tiveram acompanhante na admissão; na fase do trabalho de parto, 98,57% das mulheres estudadas contaram com um acompanhante; durante o parto, 46,95% tiveram esse direito garantido, enquanto que para 53,05% delas o direito foi negado; durante o pós-parto imediato apenas 1,43% das puérperas não tinham acompanhante; já durante o alojamento conjunto, todas as mulheres puderam contar com a presença de seu acompanhante.

Sobre os motivos da não garantia do acompanhante, 25,81% não tiveram os motivos informados, 6,45% disseram que era uma regra da maternidade, 16,49% dos acompanhantes declararam que não quiseram assistir o parto.

Ao serem questionadas sobre a importância de contar com um acompanhante durante a internação, 99,28%, ou seja, quase todas as mulheres, responderam que o fato de ter um acompanhante ajudou muito todo esse processo; pouco mais da metade conhecia o direito de ter um acompanhante e 29,75% delas tiveram como fonte de informação os meios de comunicação. Apenas 6,09% foram orientadas acerca do direito ao acompanhante no pré-natal; 36,20% foram esclarecidas sobre esse benefício na maternidade estudada, sendo 22,22% no setor de admissão ao entrar na unidade.

A Tabela 3 apresenta a associação das variáveis socioeconômicas e obstétricas com as fases e internação das puérperas pesquisadas que tiveram respostas positivas para a presença de acompanhante em alguma das fases de internação para o parto.

Tabela 3. Associação das variáveis socioeconômicas e obstétricas com as fases de internação das entrevistadas. Teresina-PI, 2018.

VARIÁVEIS	ADMISSÃO		TRABALHO DE PARTO		PARTO		PÓS-PARTO		ALOJAMENTO		CC ¹	p ²
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
IDADE												
≤ 24 anos	147	49,49	145	48,82	71	23,91	147	49,49	147	49,49	<0,01	0,99
> 24 anos	132	44,44	129	43,43	60	20,20	129	43,43	132	44,44		
COR DA PELE												
Parda	141	47,47	137	46,13	67	22,56	140	47,14	141	47,47		
Demais	138	46,46	137	46,13	64	21,55	136	45,79	138	46,46	<0,01	0,99
ESCOLARIDADE												
≤ Ensino fundamental	102	34,34	100	33,67	53	17,85	101	34,01	102	34,34		
> Ensino fundamental	177	59,60	174	58,59	78	26,26	175	58,92	177	59,60	0,02	0,94
ESTADO CIVIL												
Com parceiro	224	75,42	219	73,74	108	36,36	221	74,41	224	75,42		
Sem parceiro	55	18,52	55	18,52	23	7,74	55	18,52	55	18,52	0,02	0,98

RENDA FAMILIAR												
≤ 1 salário mínimo	216	72,73	211	71,04	101	34,01	213	71,72	216	72,73		
> 1 salário mínimo	63	21,21	63	21,21	30	10,10	63	21,21	63	21,21	<0,01	0,99
LOCAL DA RESIDÊNCIA												
Capital	110	37,04	109	36,70	56	18,86	108	36,36	110	37,04		
Interior/outro estado	169	56,90	165	55,56	75	25,25	168	56,57	169	56,90	0,02	0,97
ZONA DA RESIDÊNCIA												
Urbana	210	70,71	206	69,36	104	35,02	207	69,70	210	70,71		
Rural	69	23,23	68	22,90	27	9,09	69	23,23	69	23,23	0,03	0,89
TIPO DE PARTO												
Normal	94	33,69	94	33,69	82	27,61	93	31,31	94	31,65		
Cesáreo	185	66,31	185	66,31	49	16,50	183	61,62	185	62,29	0,18	<0,01
NÚMERO DE PARTOS												
Primípara	145	48,82	143	48,15	66	22,22	143	48,15	145	48,82		
Múltipara	134	45,12	131	44,11	65	21,89	133	44,78	134	45,12	0,01	0,99
PROFISSIONAL QUE ATENDEU												
Médico	219	78,50	219	78,50	76	25,59	216	77,60	219	78,50		
Demais profissionais	60	21,50	60	21,50	55	18,52	63	22,4	60	21,50	0,14	<0,01

¹FONTE: Dados da autora.

Medida de associação, com referencial de: $n \leq 0,1$: associação fraca ou inexistente; $n = 0,1$ a $0,3$: associação moderada; $n \geq 0,3$: associação forte.

²valores de p para o teste do qui-quadrado, com nível de significância $\alpha \leq 0,05$.

Os variáveis tipos de parto e profissional que as atenderam apresentaram associações estatisticamente significativas, ou seja, durante o parto, o direito ao acompanhante foi mais obedecido quando o parto foi normal, com 87,23% (82 de 94); quando o parto foi cesáreo, o direito foi menos garantido, com apenas 26,49% (49 de 185).

Em relação ao profissional que atendeu, o direito ao acompanhante durante o parto foi maior quando o profissional não era médico: partos assistidos por enfermeiros tiveram 91,67% (55 de 60) de presença de acompanhante, em contraponto a partos realizados por médicos, com frequência de acompanhante de apenas 34,70% (76 de 219 mulheres).

A tabela 4 mostra a associação das fases de internação com o tipo de parto, normal ou cesáreo.

Tabela 4. Associação das fases de internação para o parto, com o tipo de parto. Teresina-PI, 2018.

VARIÁVEIS	PARTO NORMAL		PARTO CESÁREO		CC ¹	p ²
ADMISSÃO	N	%	N	%		
Ausência	0	0,00	0	0,00		
Presença	94	33,69	185	66,31	0	1
TRABALHO DE PARTO						
Ausência	0	0,00	5	1,79		
Presença	94	33,69	180	64,52	0,07	0,26
PARTO						
Ausência	12	4,31	136	48,74		
Presença	82	29,39	49	17,56	0,49	<0,01
PÓS-PARTO						
Ausência	1	0,36	2	0,72		
Presença	93	33,33	183	65,59	0	1
ALOJAMENTO						
Ausência	0	0,00	0	0,00		
Presença	94	33,69	185	66,31	0	1

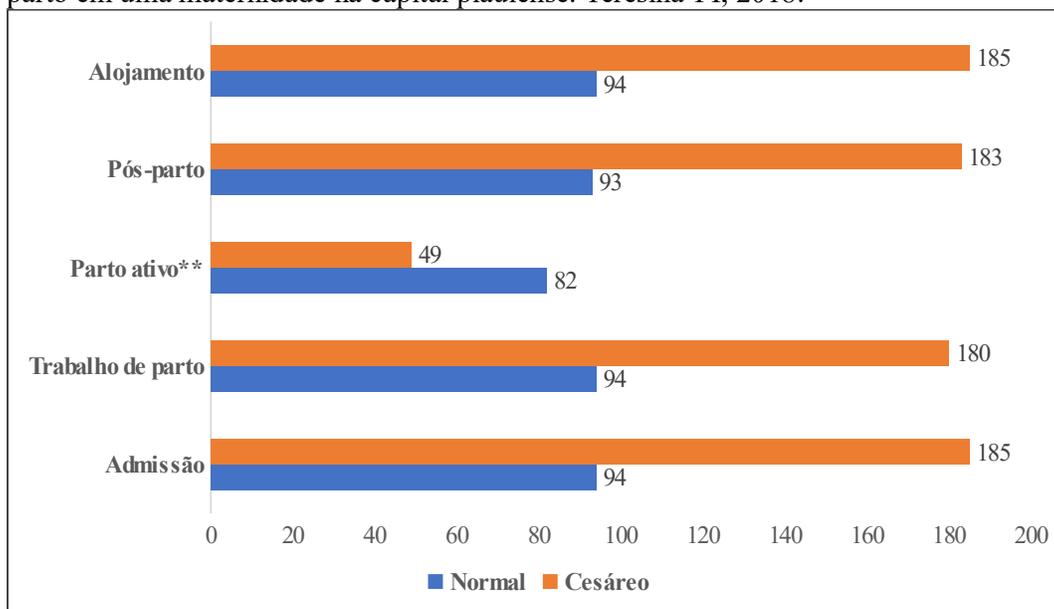
¹Medida de associação, com referencial de: $n \leq 0,1$: associação fraca ou inexistente; $n = 0,1$ a $0,3$: associação moderada; $n \geq 0,3$: associação forte.

²Valores de p para o teste do qui-quadrado, com nível de significância $\alpha \leq 0,05$.

FONTE: Dados da autora.

Na Tabela 4, apenas a fase do parto apresentou forte associação ($n > 0,3$) com o tipo de parto, ou seja, quando o tipo parto foi cesáreo, apenas 49 mulheres tiveram o acompanhante presente no momento do parto, enquanto que 136 mulheres tiveram esse direito negado no momento do parto.

Figura 1. Frequência dos acompanhantes durante todas as fases de internação para o parto: admissão, trabalho de parto, parto, pós-parto e alojamento conjunto com relação ao tipo de parto em uma maternidade na capital piauiense. Teresina-PI, 2018.



**Apresentou diferença significativa, ao nível de 1%, entre os tipos de partos pelo teste do qui-quadrado.

FONTE: Dados da autora.

De acordo com a Figura 1, a fase que apresentou maior diferença quantitativa entre a presença ou ausência do acompanhante foi a fase do parto, estatisticamente significativo. As demais fases apresentaram pouca ou nenhuma diferença.

Nas fases da admissão, trabalho de parto, pós-parto e alojamento conjunto, o número de mulheres com acompanhante foi maior dentre as que tiveram partos cesáreos. Já na fase do parto, as mulheres que tiveram partos normais foram as que tiveram mais a presença do acompanhante.

6 DISCUSSÃO

O presente trabalho, realizado em uma maternidade pública de referência de uma capital do nordeste brasileiro, teve como objetivo analisar o cumprimento do direito ao acompanhante em todas as fases de internação para o parto, identificando fatores associados à garantia desse direito.

No estudo de Chang Yi Wei e outros autores (2012), intitulado *A Percepção de puérperas oriundas da Atenção Primária sobre a humanização da assistência ao parto em um hospital de ensino*, e que teve como objetivo conhecer a experiência de mulheres em relação ao contato pele a pele com seu bebê no momento imediato ao nascimento, apresentou predominância de mulheres na faixa etária de 26 a 30 anos, (WEI et al., 2012).

Na pesquisa de Ricardo Soares e outros autores (2015-2016), intitulada *Fatores Relacionados a Presença do Acompanhante em uma Maternidade da Paraíba*, a faixa etária mais apresentada foi de 21 a 25 anos.

No nosso estudo, a faixa etária mais frequente foi de puérperas com idade menor ou igual a 24 anos. E a maioria das mulheres pesquisadas possuía escolaridade superior ao ensino fundamental, diferente dos outros estudos citados, nos quais o predomínio foi 51,4% de mulheres com ensino fundamental incompleto (WEI et al., 2012), e no estudo de Ricardo Soares (SOARES et al., 2016), 42,4% das mulheres estudaram até o ensino médio completo.

No estudo de Chang Yi Wei (WEI et al, 2012), 54,3% das pesquisadas tinham uma união consensual; da mesma forma, no nosso estudo a predominância foi de mulheres com parceiro.

Quanto à renda familiar das puérperas entrevistadas em nosso estudo, a maioria possuía renda menor ou igual a apenas 01 salário mínimo, comparando com outro estudo realizado também na região Nordeste, no ano de 2016, tendo 80% das pesquisadas com renda familiar de até 2 salários mínimos (SOARES et al., 2016).

Em nossa pesquisa, as pesquisadas autodeclararam-se pardas, concordando com outro estudo no qual 53,1% das pesquisadas disseram ter a cor parda (SOARES et al., 2016), diferindo dos achados na pesquisa de Chang Yi Wei (WEI et al., 2012), em que mais da metade das pesquisadas eram de origem da capital São Paulo, e nesse estudo a maioria delas era do interior do Estado do Piauí.

Os dados obstétricos do estudo hora apresentado revelaram que a maioria dos partos realizados na maternidade estudada foi do tipo cesáreo 66,31% e 33,69% foi do tipo normal. Diferente do nosso resultado, a pesquisa de SOARES et al. (2016) mostra que a maior parte dos partos foram do tipo normal, correspondendo a 65,2%.

Quanto à paridade, no estudo de Chang Yi Wei (2012), 48,6% das mulheres tiveram o terceiro parto (WEI et al., 2012); no nosso estudo pouco mais da metade tiveram o primeiro parto.

No estudo de Carmen Diniz e outros autores (2014), intitulado *Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados de a pesquisa nacional Nascer no Brasil*, 15,1% das puérperas que tiveram a presença contínua de acompanhantes tiveram seus partos realizados por profissional médico e 27,2% tiveram o parto realizado por parteira/ enfermeira (DINIS et al., 2014). Diferindo do nosso estudo, no qual a maioria dos partos foram realizados por médicos e apenas a menor parte dos partos realizados foram feitos por enfermeiros e ou enfermeiros obstetra.

Em nosso estudo a totalidade das puérperas estudadas tiveram o direito ao acompanhante garantido, de forma parcial, em pelo menos uma das fases da internação hospitalar para o parto, concordando com o estudo de SOARES e outros autores (2016), que mostrou 96,8% de presença de acompanhantes em algum momento do cuidado na maternidade e diferindo de outro estudo no qual 24,5% das mulheres não tiveram acompanhante em nenhum momento da internação (DINIS et al., 2014).

Um dos objetivos desta pesquisa foi analisar o cumprimento do direito ao acompanhante durante a internação para o parto de gestantes em uma maternidade de referência. O período da internação foi dividido nas seguintes fases: admissão, trabalho de parto, parto, pós-parto e alojamento conjunto.

O nosso estudo revela que na fase de admissão todas as gestantes estavam com seus respectivos acompanhantes; no trabalho de parto, a maioria pode contar com o acompanhante; no momento do parto, menos da metade tiveram o direito à presença de um acompanhante; no pós- parto, a maioria contou com o acompanhante, e todas as gestantes tiveram o direito garantido no alojamento conjunto.

O presente estudo foi norteado e motivado pela pesquisa *Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional Nascer no Brasil*, cujo objetivo foi estimar a frequência e fatores

sociodemográficos, obstétricos e institucionais associados à presença de acompanhantes durante o parto (DINIZ et al., 2014).

Neste sentido é importante tecer comentários dos nossos resultados em comparativo com os da citada pesquisa: no período da internação, ou seja, na admissão, 70,1% das mulheres foram acompanhadas; 42,1% foram acompanhadas no trabalho de parto; 32,7% foram acompanhadas no parto; 36,9% foram acompanhadas no pós-parto e 61,3% foram acompanhadas no alojamento conjunto.

O nosso estudo comparado às mesmas fases, respectivamente com o estudo de DINIZ et al. (2014), apresentou percentuais maiores em todas as fases, inclusive 100% nas fases de admissão e alojamento conjunto.

No estudo de DINIZ et al. (2014), o primeiro acompanhante mais frequente foi o parceiro da mulher, com 35,4%; e o segundo tipo de maior acompanhamento foi feito pela mãe, com 26,3%. No nosso presente estudo, constatou-se o inverso: a mãe foi a que mais acompanhou a gestante e o segundo tipo de pessoa que mais acompanhou a gestante foi o parceiro.

Quanto à importância de contar com um acompanhante no período da internação, a grande maioria das mulheres consideraram que “ajudou muito” para 99,28% das entrevistadas; apenas uma pequena parte disse que “ajudou pouco”, sendo na faixa de 0,72% das entrevistadas. Tal dado concorda com outro estudo que apresentou resultados semelhantes: “foi muito útil” para 91,2% das entrevistadas e apenas 2,7% delas considerou que “não era útil” (DINIZ et al., 2014).

Em nossa pesquisa, pouco mais da metade das mulheres 55,20% afirmaram já conhecer o direito ao acompanhante; apresentaram como principais fontes de informação os meios de comunicação; menos da metade delas afirmaram ter tomado ciência desse direito por terem “ouvido de alguém”.

Quando questionadas “se alguém da maternidade havia lhe esclarecido sobre esse direito”, a maioria respondeu que “não”. O setor da maternidade que mais esclareceu sobre esse direito foi o da admissão.

Quando questionadas sobre “quais os motivos para não terem tido a presença do acompanhante em todas as fases”, menos da metade declararam que o “motivo não havia sido informado”.

Na associação das variáveis socioeconômicas e obstétricas com as fases de internação das entrevistadas, em nosso estudo constatamos que as variáveis que

apresentaram significância estatística foram as variáveis tipo de parto e profissional que atendeu, pois quando o parto foi normal, 27,61% das mulheres tiveram o direito ao acompanhante garantido e quando o parto foi cesáreo, apenas 16,50% tiveram esse direito obedecido. O mesmo se deu no estudo SOARES e outros autores (2016), que apresentou 78,9% das mulheres tendo parto normal, e que contaram com a presença do seu acompanhante, enquanto que apenas 8,6% tiveram direito ao acompanhante; quanto ao profissional que atendeu, o acompanhante esteve mais presente também quando o profissional não era médico.

A relação entre as fases de internação para o parto, com o tipo de parto, mostrou que apenas 49 mulheres que tiveram o parto cesáreo contaram com um acompanhante na fase do parto, enquanto que 136 mulheres que tiveram parto cesáreo tiveram o direito negado. Já as 82 mulheres que tiveram parto normal puderam valer-se da presença de seu acompanhante e apenas 12 mulheres que tiveram o parto normal não contaram com o acompanhante.

7 ANÁLISE FINAL

O direito ao acompanhante foi assegurado em algumas das fases de internação para o parto para todas as mulheres entrevistadas de nossa pesquisa. Embora todas tenham tido a oportunidade de vivenciar esse momento com um acompanhante, nem todas puderam contar com essa presença de forma contínua em todas as fases de internação.

Dentre as fases estudadas, as fases nas quais mais apresentaram a garantia do direito ao acompanhante foram as fases da admissão, trabalho de parto, pós-parto e alojamento conjunto.

No momento do parto, menos da metade das puérperas contaram com esse apoio. O tipo de parto foi significativo para o cumprimento da lei de se ter o acompanhante no momento mais importante: o parto. Pois a maior parte das mulheres que tiveram o direito ao acompanhante garantido, em todas as fases de internação, foram as que tiveram parto normal. Outra variável significativa revelada no presente estudo, foi de que o direito ao acompanhante foi maior, na fase do parto, quando o profissional não era médico.

Desta forma, esse estudo concluiu que, somados os esforços na implementação dessa política, muito ainda tem-se de fazer para a garantia desse direito. A garantia da presença de um acompanhante, independente do tipo de parto e do profissional, caracteriza-se como desafios a serem alcançados.

Esta pesquisa constitui-se em um instrumento para implementação do direito ao acompanhante na unidade estudada, mostra que é necessário orientar as gestantes sobre esse direito e como ele funciona na unidade. E apresenta dados quantitativos de que há, por razões não pesquisadas nesse estudo, uma resistência dos profissionais médicos no cumprimento do direito ao acompanhantes às gestantes e puérperas, sobretudo no parto propriamente dito. Mostra-se, portanto, que deve haver mobilização e incentivos por meios de pesquisas como essa, para se melhorar a assistência à saúde da gestante, da mulher puérpera e do próprio recém-nascido, instigando os gestores de saúde e profissionais médicos a serem parceiros favoráveis à garantia desse direito legalizado do acompanhante às gestantes nas fases supracitadas.

Espera-se, ainda, que esse estudo possa contribuir para outros estudos e outros processos de implementação do direito ao acompanhante, visando inclusive diminuir as

taxas de morbimortalidade materno-infantil, cujas associações também não se fizeram presentes na pesquisa realizada na maternidade de referência em Teresina-PI.

REFERÊNCIAS

- AIRES, MJ. **Técnica e tecnologia do parto: a produção e apropriação do conhecimento tecnológico por parteiras tradicionais**. Dissertação (Mestrado em Tecnologia). Centro Federal de Ensino Tecnológico do Paraná, Curitiba, 2006.
- ALENCAR JÚNIOR, CA. **Os elevados índices de mortalidade materna no Brasil: razões para sua permanência**. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v28n7/01.pdf>>. Acesso: 13 dez. 2016.
- ALMEIDA, C. M. **O movimento da reforma sanitária: uma visão crítica**, In: Congresso Nacional da Rede Unida. 20 anos de parcerias na saúde e na educação. Anais do VI Congresso da Rede UNIDA, Belo Horizonte: Rede UNIDA, 2005.
- AMARAL, CEM; BOSI, MLM. Rede como transconceito: elementos para uma demarcação conceitual no campo da saúde coletiva. **Rev. Saúde Pública**, v. 50, n. 51, 2016.
- ARANGO, Héctor Gustavo. **Bioestatística teórica e computacional**. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
- BIET, DB; PIRES, VATN. Assistência humanizada da equipe de enfermagem no transcurso do parto: o olhar das púérperas. **Rev. Enfermagem Integrada**. Ipatinga: Unileste, v.8 n.1, Jul-Ago 2015.
- BRASIL. DATASUS. **Nascidos vivos. Brasil: 1997**. Disponível em:
<http://www.datasus.gov.br>. Acesso em: 13 dez. 2016.
- BRASIL. **Lei Nº 11.108/05**. Diário Oficial da União. Brasília, 2005. Disponível em: <<http://www3.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/2005/11108.htm>>. Acesso: 13 dez. 2016.
- BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Lei nº 11.108, de 07 de abril de 2005**. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm Acesso: 13 dez. 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_mulher_principios_diretrizes.pdf>. Acesso: 13 dez. 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização: Humaniza SUS**. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização, Brasília,

Distrito Federal, 2004. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/humanizasus>>. Acesso: 13 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.016, de 26 de agosto de 1993**. Aprova as normas básicas para a implantação do sistema “Alojamento Conjunto”. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt1016_26_08_1993.html> Acesso: 15 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso: 15 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011 e Portaria nº 2.351, de 5 de outubro de 2011**. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) a Rede Cegonha. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_consolidada_cegonha.pdf>. Acesso: 13 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 569, de 01 de junho de 2000**. Programa Nacional de Humanização no Pré-Natal e Nascimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>>. Acesso: 13 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução (RDC) Nº 36, de 03 de junho de 2008**. Dispõe sobre a regulamentação técnica e orienta o funcionamento dos serviços de atenção obstétrica e neonatal. Disponível em: <http://www.abenfofp.com.br/mt/resolucao_36_junho_2008.pdf>. Acesso: 13 dez. 2016.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). **Resolução Normativa – RN nº 167, de 9 de janeiro de 2008**. (Revogada pela RN nº 211, de 11/01/2010). Atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura assistencial nos planos privados de assistência à saúde, contratados a partir de 1º de janeiro de 1999, fixa as diretrizes de Atenção à Saúde e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=r aw&id=MTI0Mg==>>>. Acesso: 15 dez. 2016.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). **Resolução Normativa – RN nº 211, de 11 de janeiro de 2010** (Revogada pela RN nº 338, de 21/10/2013). 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 e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=r aw&id=MTU3NQ==>>>. Acesso: 21 dez. 2016.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). **Resolução Normativa. RN nº 338, de 21 de outubro de 2013**, (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). Disponível em:
 <<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzExMA>> Acesso: 21 dez. 2016.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). **Resolução Normativa. RN nº 387, de 28 de outubro de 2015**, (Revogada pela RN nº 428, de 07/11/2017). 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 338, de 21 de outubro de 2013, RN nº 349, de 9 de maio de 2014; e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzExMA>> Acesso: 21 dez. 2016.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). **Resolução Normativa. RN nº 428, de 7 de novembro de 2017**. 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; e revoga as Resoluções Normativas – RN nº 387, de 28 de outubro de 2015, e RN nº 407, de 3 de junho de 2016. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzUwMg>> Acesso: 21 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**, do Conselho Nacional de Saúde. 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html .Acesso: 21 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR), Secretaria Executiva. Humanização do parto: humanização no pré-natal e nascimento 2002 Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html >Acesso: 21 dez. 2016.

BRÜGGEMANN, OM; PARPINELLI, MA; OSIS, MJD. Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão de literatura. **Cad. Saúde Pública**, v.21, n.5, Set-Out, 2005.

CAMPOS, NF; MAXIMINO, DAFM; VIRGÍNIO, NA; SOUTO, CGV. A importância da enfermagem no parto natural humanizado: uma revisão integrativa. **Rev. Ciênc. Saúde Nova Esperança**, v. 14, n. 1, Abr. 2016.

CARVALHO, GI; SANTOS, L. **Sistema Único de Saúde: comentários à Lei Orgânica da Saúde**. Campinas: Unicamp, 2012.

CASTRO JC; CLAPIS MJ. Parto Humanizado na percepção das enfermeiras obstétricas envolvidas com a assistência ao parto. **Rev. Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 6, Nov-Dez, 2005.

CAVALCANTI, PCS; GURGEL JUNIOR, GD; VASCONCELOS, ALR; GUERRERO, AVP. Um modelo lógico da Rede Cegonha. **Physis**, v. 23 n. 4, Rio de Janeiro, Out-Dez, 2013.

Classificação Internacional de Doenças. World Health Organization. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde; 10ª Revisão. CBCD, São Paulo.

DEL PRIORE, M. **Ao sul do corpo:** condição feminina, maternidades e mentalidades no Brasil colônia. 2 ed. São Paulo: UNESP, 2009.

DI GIOVANNI, M. **Rede Cegonha:** da concepção à implantação. [Monografia]. Curso de Especialização em Gestão Pública da Escola Nacional de Administração Pública – ENAP, Brasília-DF 2013. Disponível em: [http://repositorio.enap.gov.br/bitstream/handle/1/410/Miriam %20-%20V.%20Definitiva.pdf?sequence=1](http://repositorio.enap.gov.br/bitstream/handle/1/410/Miriam%20-%20V.%20Definitiva.pdf?sequence=1)>. Acesso:13 dez. 2016.

DIAS, MAB; DOMINGUES, RMSM. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. **Ciênc. saúde coletiva**. v.10, n.3. 2005.

DINIZ, CSG; D'ORS, E; DOMINGUES, RMSM; TORRES, JA; DIAS, MAB; SCHNECK, CA; LANSKY, S; TEIXEIRA, NZF; RANCE, S; SANDALL, J. Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional Nascer no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.30, supl.1, 2014.

EQUIPE ESTATCAMP (2017). **Software Action. Estatcamp** – Consultoria em estatística e qualidade, São Carlos - SP, Brasil. Disponível em: <http://www.portaction.com.br/>. Acesso: 21 dez. 2016.

FERRAZA, L; BORDIGNON, M. Mortalidade materna no brasil: uma realidade que precisa melhorar. **Rev. Baiana de Saúde Pública**, v. 36, n. 2, Abr-Jun. 2012.

FERREIRA, KA; MADEIRA, LM. O significado do acompanhante na assistência ao parto para a mulher e familiares. **Enfermagem Obstétrica**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, Jan-Abr, 2016.

FLEURY, SMT; OUVENEY, AM. **Gestão de Redes:** a estratégia de regionalização da política de saúde. Rio de Janeiro: FGV, 2007.

FRUTUOSO, LD; BRÜGGEMANN, OM. Conhecimento sobre a Lei 11.108/2005 e a experiência dos acompanhantes junto à mulher no centro obstétrico. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 22, n .4, Out-Dez, 2013.

HOGA, LAK; PINTO, CMS. Assistência ao parto com a presença do acompanhante: experiências de profissionais. **Invest Educ Enferm**. v. 25, n. 1, 2007 Jan-Jun, 2007.

LIMA, PAP; BARBALHO, EV. Evidências científicas sobre a política nacional de atenção à saúde da criança. **Rev Pesquisa em Fisioterapia**, v. 5, n .2, Ago, 2015.

LONGO, CSM; ANDRAUS, LMS; BARBOSA, MA. Participação do acompanhante na humanização do parto e sua relação com a equipe de saúde. **Rev. Eletr. Enf.** v.12, n.2, Abr-Jun. 2010.

MABUCHI, AS; FUSTINONI, SM. O significado dado pelo profissional de saúde para o trabalho de parto e parto humanizado. **Acta Paul Enferm.** v.21, n. 3, 2008.

MAGALHÃES, MF. **Um acontecimento chamado acompanhante de parto: opiniões de profissionais da saúde.** Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Curso de Enfermagem. Porto Alegre (RS), 2010. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/24709>>. Acesso: 13 dez. 2016.

MENDES, EV. **As Redes de Atenção à Saúde.** 2 ed. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MERIGHI, MAB; GUALDA, DMR. O cuidado a saúde materna no Brasil e o resgate do ensino de obstetrias para assistência ao parto. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n.2, Mar-Abr, 2009.

MOREIRA, APA; NUNES, IM; ALMEIDA, MS; SANTOS, ACCS. Preparo paterno para serem acompanhantes no trabalho de parto. **Enfermagem Obstétrica**, Rio de Janeiro, v.2, n.1, Jan-Abr, 2015.

MOREIRA, VS; BARBOSA, NR; MOTA, RS; PARCERO, SMJ; MOREIRA, VS. Lei do acompanhante no trabalho de parto: algumas reflexões. C&D. **Revista Eletrônica da Fainor**, Vitória da Conquista, v.6, n.2, Jul-Dez, 2013.

MORSE, ML; FONSECA, SC; BARBOSA, MD; CALIL, MB; EYER, FPC. Mortalidade materna no Brasil: o que mostra a produção científica nos últimos 30 anos? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, Abr, 2011.

MOTA, SMM; GAMA, SGN; THEME FILHA, MM. A investigação do óbito de mulher em idade fértil para estimar a mortalidade materna no Município de Belém, Estado do Pará, Brasil. **Epidemiol. Serv. Saúde** Brasília, v.18 n.1, Mar., 2009.

MOTTA, SAMF; FEITOSA, DS; BEZERRA, STF; DODT, RCM; MOURA, DJM. Implementação da humanização da assistência ao parto natural. **Rev. enferm UFPE**. Recife, v. 10, n. 2, Fev, 2016.

NAGAHAMA, EEI; SANTIAGO, SM. **A institucionalização médica do parto no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.3, 2005.

NASSIF, AA. **O acompanhante na maternidade: concepções dos profissionais de saúde.** [Dissertação]. Florianópolis (SC). Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2009.

OLIVEIRA, MC; ROCHA, MIB. **Saúde reprodutiva na esfera pública e política.** São Paulo: Unicamp, 2011.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Maternidade segura, assistência ao parto normal**: um guia prático. Genebra, 2016.

PALINSKI, JR; SOUZA, SRRK; SILVEIRA, JTP; SALIM, NR; GUALDA, DMR. **Percepção da mulher sobre o processo de nascimento acompanhado**: estudo descritivo. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3603/1501>>. Acesso: 15 dez. 2016.

PERDOMINI, FRI; BONILHA, ALL. A participação do pai como acompanhante da mulher no parto. **Texto & Contexto Enferm**, v.20, n.3, 2011.

PEREIRA, MS. **O trabalho da parteira**: um saber iniciado e compartilhado entre as mulheres. V Jornada Internacional de Políticas Públicas. São Luís, 23-26 Ago, 2011. Disponível em: http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2011/CdVjornada/jornada_eixo_2011/questoes_de_genero_etnia_e_geracao/o_trabalho_da_parteira_um_saber_iniciado_e_compartilhado_entre_as_mulheres.pdf. Acesso: 13 dez. 2016.

PRISZKULINIK, G; MAIA, AC. Parto humanizado: influencias no segmento saúde. **O Mundo da Saúde**. v. 33, n. 1, 2009.

SANTOS NETO, ET; ALVES, KCG; ZORZAL, M; LIMA, RCD. **Políticas de Saúde Materna no Brasil**: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil. *Saúde Soc*. São Paulo, v.17, n.2, 2008.

SANTOS, GS; SOUZA, JLO; ALMEIDA, LS; GUSMÃO, MH. A importância do enfermeiro no atendimento humanizado no pré-parto. **Diálogos & Ciência**, n. 31, set. 2012.

SILVA, BGC; LIMA, NP; SILVA, SG; ANTUNEZ, SF; SEERIG, LM; RESTREPO-MÉNDEZ, MC; WEHRMEISTERI, FC. Mortalidade materna no Brasil no período de 2001 a 2012: tendência temporal e diferenças regionais. **Rev Bras Epidemiol** v.19, n.3, Jul-Set, 2016.

SOUZA, JP. **A mortalidade materna e os novos objetivos de desenvolvimento sustentável (2016-2030)**. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v37n12/0100-7203-rbgo-37-12-00549.pdf>. Acesso: 13 dez. 2016.

SOARES, Ricardo de Sousa. **Fatores Relacionados à Presença do Acompanhante em uma Maternidade da Paraíba**. (2015/2016) Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v37n12/0100-7203-rbgo-37-12-00549.pdf>. Acesso: 26 set. 2017.

SOUZA, ML; LAURENTI, R; KNOBEL, R; MONTICELLI, M; BRÜGGEMANN, OM; DRAKE, E. Mortalidade materna por hemorragia no Brasil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.21, n.3, 2013.

SOUZA, TG; GAÍVA, MAM; MODES, PSSA. A humanização do nascimento: percepção dos profissionais de saúde que atuam na atenção ao parto. *Rev Gaúcha Enferm*. Porto Alegre (RS), v.32, n.3, Set, 2011.

TELES, LMR; PITOMBEIRA, HCS; OLIVEIRA, AS; FREITAS, LV; MOURA, ERF; DAMASCENO, AKC. **Parto com acompanhante e sem acompanhante**: a opinião das puérperas. *Cogitare Enferm.* v.15, n.4, Out-Dez, 2010.

TOMERELI, KR; PIERI, FM; VIOLIN, MR; SERAFIM, D; MARCON, SS. Eu vi meu filho nascer: vivência dos pais na sala de parto. **Rev. Gaúcha Enferm.** v. 28, n. 4, 2007.

TORNQUIST, CS. **A mão e a luva**: o processo de medicalização do parto e o corpo feminino em Florianópolis. In: MORGA, A. *História das mulheres de Santa Catarina*. Florianópolis: Argos/Letras Contemporâneas, 2010.

WEI, CY; GUALDA, DMR; SILVA, LCFP; MELLEIRO, MM. A Percepção de puérperas oriundas da Atenção Primária sobre a humanização da assistência ao parto em um hospital de ensino. **Revista O Mundo da Saúde**, São Paulo, 2012.

APÊNDICES



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA MULHER**



APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pesquisa: A presença de acompanhante durante a internação para o parto: Desafio para garantia de direitos.

Você está sendo convidada para participar de uma pesquisa sobre a presença de acompanhante durante a internação para o parto.

ESCLARECIMENTO SOBRE A PESQUISA

A pesquisa será realizada pelos pesquisadores Kelsen Dantas Eulálio, telefone (86) 98167-0767, e-mail: kelsendeulelio@yahoo.com.br, e Cristiane Maria Ferraz Damasceno Moura Fé, telefone (86) 99986-1195, e-mail cristianefe.cris@bol.com.br .

Os objetivos deste estudo são: analisar a presença de acompanhante durante a internação para o parto; identificar o perfil socioeconômico das puérperas (mulheres que acabaram de ter bebê) atendidas e sua relação com a garantia do direito ao acompanhamento; analisar as condições físicas dos serviços de acordo com as normas vigentes e sua relação com a garantia do direito ao acompanhamento; identificar as principais dificuldades apresentadas pelos profissionais de saúde para implementação do direito ao acompanhante.

Os riscos prováveis de ocorrerem durante o período da entrevista com as puérperas poderão ser o cansaço e o estresse do pós-parto. Como forma de contornar, será respeitado o tempo que a entrevistada necessitar. Será esclarecido pela pesquisadora, antes do início da entrevista, que as informações terão o sigilo assegurado e ela se utilizará de uma linguagem simples, natural e espontânea além de utilizar uma linguagem de acordo com a

capacidade intelectual e emocional de cada participante. Como benefícios a pesquisa poderá contribuir para garantia do acesso integral de acompanhantes, de livre escolha da gestante, durante todo período de internação para o parto.

A pesquisa não lhe acarretará custos financeiros, sendo toda e qualquer despesa de responsabilidade da pesquisadora.

Em qualquer etapa dessa pesquisa você terá acesso ao profissional responsável pela tomada deste Termo de Consentimento, para esclarecimento de eventuais dúvidas que venha a ter. O pesquisador é Kelsen Dantas Eulálio, endereço: Instituto de Doenças Tropicais Natan Portela, Rua Governador Arthur de Vasconcelos, nº 151, Centro-Sul, Teresina Piauí. Fone: (86) 3221-3413, e-mail: kelsendeulelio@yahoo.com.br. Poderá, ainda, consultar o Comitê de ética em Pesquisa da UESPI, no endereço Rua Olavo Bilac nº 2.335, Centro/Sul, telefone (86) 3221-6658, em Teresina-PI, e-mail: comitedeeticauespi@hotmail.com para esclarecimento sobre os aspectos éticos da pesquisa.

Esclarecemos que a qualquer momento do período de realização da pesquisa você poderá retirar seu consentimento, independente de justificativa. Sua recusa não trará nenhum prejuízo na sua relação com o pesquisador ou com a instituição e não sofrerá nenhuma represália ou forma diferenciada no seu atendimento.

Você receberá uma via deste termo, onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o Projeto de Pesquisa de sua participação, agora ou a qualquer momento.

Kelsen Dantas Eulálio
Pesquisador responsável

Cristiane Maria Ferraz Damasceno Moura Fé
Mestranda do Programa Saúde da Mulher

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UESPI – Universidade Estadual do Piauí.

Local e Data

Assinatura da PARTICIPANTE



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA MULHER**



APÊNDICE B

TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pesquisa: A presença de acompanhante durante a internação para o parto: Desafio para garantia de direitos.

Você está sendo convidada para participar de uma pesquisa sobre a presença de acompanhante durante a internação para o parto.

ESCLARECIMENTO SOBRE A PESQUISA

A pesquisa será realizada pelos pesquisadores Kelsen Dantas Eulálio, telefone (86) 98167-0767, e-mail: kelsendeulelio@yahoo.com.br e Cristiane Maria Ferraz Damasceno Moura Fé, telefone (86) 99986-1195, e-mail: cristianefe.cris@bol.com.br

Os objetivos deste estudo são: analisar a presença de acompanhante durante a internação para o parto; identificar o perfil socioeconômico das puérperas (mulheres que acabaram de ter bebê) atendidas e sua relação com a garantia do direito ao acompanhamento; analisar as condições físicas dos serviços de acordo com as normas vigentes e sua relação com a garantia do direito ao acompanhamento; identificar as principais dificuldades apresentadas pelos profissionais de saúde para implementação do direito ao acompanhante.

Os riscos prováveis de ocorrerem durante o período da entrevista com as puérperas, poderão ser o cansaço e o estresse do pós-parto. Como forma de contornar, será respeitado o tempo que a entrevistada necessitar. Será esclarecido pela pesquisadora, antes do início da entrevista, que as informações terão o sigilo assegurado e ela se utilizará de uma linguagem simples, natural e espontânea além de utilizar uma linguagem de acordo com a capacidade intelectual e emocional de cada participante. Como benefícios a pesquisa

poderá contribuir para garantia do acesso integral de acompanhantes, de livre escolha da gestante, durante todo período de internação para o parto.

A pesquisa não lhe acarretará custos financeiros, sendo toda e qualquer despesa de responsabilidade da pesquisadora.

Em qualquer etapa dessa pesquisa você terá acesso ao profissional responsável pela tomada deste Termo de Consentimento, para esclarecimento de eventuais dúvidas que venha a ter. O pesquisador é Kelsen Dantas Eulálio, endereço: Instituto de Doenças Tropicais Natan Portela, Rua Governador Arthur de Vasconcelos, 151 Centro- Sul, Teresina Piauí. Fone: (86) 3221-3413, e-mail: kelsendeulelio@yahoo.com.br. Poderá, ainda, consultar o Comitê de ética em Pesquisa da UESPI, no endereço Rua Olavo Bilac, nº 2.335, Centro/Sul, telefone (86) 3221-6658, em Teresina-PI, e-mail: comitedeeticauespi@hotmail.com para esclarecimento sobre os aspectos éticos da pesquisa.

Esclarecemos que a qualquer momento do período de realização da pesquisa você poderá retirar seu consentimento, independente de justificativa. Sua recusa não trará nenhum prejuízo na sua relação com o pesquisador ou com a instituição e não sofrerá nenhuma represália ou forma diferenciada no seu atendimento.

Você receberá uma via deste termo, onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o Projeto de Pesquisa de sua participação, agora ou a qualquer momento.

Kelsen Dantas Eulálio
Pesquisador responsável

Cristiane Maria Ferraz Damasceno Moura Fé
Mestranda do Programa Saúde da Mulher

Considerando as informações contidas neste Termo, considero-me devidamente esclarecida. Por ser: () menor de idade; () considerada incapaz, dou meu assentimento para que meu/minha _____ assinasse este Termo por mim em duas vias na condição de PARTICIPANTE desta pesquisa, sendo uma via minha e a outra para a pesquisadora.

Local e Data

Assinatura da PARTICIPANTE

APÊNDICE C

FORMULÁRIO PUÉRPERA

ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS E OBSTÉTRICOS

**TÍTULO: A presença de acompanhante durante a internação para o parto: Desafio
para garantia de direitos**

IDADE:

COR DA PELE: **BRANCA** **NEGRA** **PARDA**
OUTRA

ESCOLARIDADE:

1º GRAU COMPLETO **2º GRAU COMPLETO**

1º GRAU INCOMPLETO **2º GRAU INCOMPLETO**

SUPERIOR COMPLETO **SUPERIOR INCOMPLETO**

ESTADO CIVIL:

SOLTEIRA COM PARCEIRO **SEM PARCEIRO** **CASADA**
COM PARCEIRO **SEM PARCEIRO**

RENDA FAMILIAR:

VALOR DA RENDA FAMILIAR MENSAL

LOCAL DE RESIDÊNCIA:

CAPITAL **INTERIOR DO PIAUÍ**

OUTRO ESTADO _____

ZONA DE RESIDÊNCIA: URBANA RURAL

TIPO DE PARTO: VAGINAL CESÁREO

NÚMERO DE PARTOS: PRIMÍPARA MULTÍPERA

PROFISSIONAL QUE ATENDEU O PARTO:

MÉDICO ENFERMEIRO ENFERMEIRO OBSTETRA

OUTRO

1 ABORDAGENS DA PRESENÇA DO ACOMPANHANTE:

1.1 VOCE TEVE UM ACOMPANHANTE DURANTE A INTERNAÇÃO PARA O PARTO?

SIM NÃO

1.2 QUEM FOI O ACOMPANHANTE?

PARCEIRO DA CRIANÇA MÃE

IRMÃO (Ã) AMIGO (A) OUTRA PESSOA

1.3 O ACOMPANHANTE FOI ESCOLHIDO POR VOCÊ?

SIM NÃO

1.4 O ACOMPANHANTE ESTEVE PRESENTE EM TODAS AS FASES DA PERMANENCIA HOSPITALAR?

a) - ADMISSÃO: SIM NÃO

b) - TRABALHO DE PARTO: SIM NÃO

c) PARTO: SIM NÃO

d) PÓS- PARTO: SIM NÃO

e) ALOJAMENTO CONJUNTO: SIM NÃO

f) SE EM ALGUMAS DAS FASES A RESPOSTA FOR NÃO, INFORMAR O MOTIVO:

2 A PRESENÇA DO ACOMPANHANTE CONTRIBUIU PARA TER UM PARTO MELHOR?

AJUDOU MUITO AJUDOU POUCO

FOI INDIFERENTE NÃO AJUDOU

2.1 VOCÊ TINHA CONHECIMENTO DO DIREITO AO ACOMPANHAMENTO?

SIM

NÃO

2.2 SE SIM, QUAL A FONTE DA INFORMAÇÃO?

2.3 VOCÊ FOI ESCLARECIDA POR ALGUÉM DO SERVIÇO SOBRE ESSE DIREITO?

SIM **NÃO**

SE SIM, QUAL SETOR?
