



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação
em Saúde Coletiva

Brasil

Brüggemann, Odaléa Maria; Simas Ebsen, Erika; Ebele, Romana Raquel; Batista, Bruna
Daniela

Possibilidades de inserção do acompanhante no parto nas instituições públicas

Ciência & Saúde Coletiva, vol. 21, núm. 8, agosto, 2016, pp. 2555-2564

Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63046744025>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe , Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Possibilidades de inserção do acompanhante no parto nas instituições públicas

Possibilities of inclusion of the partner in deliveries in public institutions

Odaléa Maria Brüggemann¹

Erika Simas Ebsen¹

Romana Raquel Ebele¹

Bruna Daniela Batista¹

Abstract Qualitative research, with an exploratory and descriptive approach, was conducted between September 2011 and February 2012, aimed at revealing the possibility of inclusion of the partner in deliveries in institutions that currently restrict their presence. Twelve nurses responsible for obstetric centers and five technical directors of health institutions of Santa Catarina, who did not allow or infrequently allowed the presence of the partner during delivery, were interviewed. Data were analyzed using Bardin Content Analysis, with the support of ATLAS.ti software. The possibilities of including the partner are permitted in three categories: I – Labor pain process; II - Receptiveness of professionals to the partner; and III - Empowerment of patients. Although some institutions limit the presence of the partner, they describe aspects that favor their inclusion. From the results presented, it is suggested that these enabling elements could be bolstered with management strategies, ongoing learning and intersectoral actions.

Key words Humane delivery, Social support, Rights of the patient, Obstetric nursing, Women's health

Resumo Pesquisa qualitativa, exploratório-descritiva, realizada de setembro de 2011 a fevereiro de 2012, com objetivo de desvelar as possibilidades de inserção do acompanhante no parto em instituições que restringem sua presença. Entrevistou-se 12 enfermeiros responsáveis pelo centro obstétrico e cinco diretores técnicos de instituições de saúde de Santa Catarina que não permitiam ou permitiam às vezes a presença do acompanhante. Os dados foram avaliados pela Análise de Conteúdo de Bardin, com auxílio do programa ATLAS.ti. As possibilidades de inserção do acompanhante estão expressas em três categorias: I – Processo de trabalho; II – Receptividade dos profissionais ao acompanhante; e, III – Empoderamento dos usuários. Embora limitem a presença do acompanhante, as instituições descrevem aspectos que favorecem a sua inclusão. Sugere-se, a partir dos resultados apresentados, que tais elementos facilitadores sejam fortalecidos, por meio de estratégias de gestão, educação permanente e ações intersetoriais.

Palavras-chave Parto humanizado, Apoio social, Direitos do paciente, Enfermagem obstétrica, Saúde da mulher

¹ Departamento e Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina. Campus Universitário, Trindade. 88040-900 Florianópolis SC Brasil.
odalea.bruggemann@ufsc.br

Introdução

No Brasil, apesar da existência da Lei 11.108, desde 2005, que firma o direito da mulher de ter um acompanhante de sua escolha durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato¹, dados da pesquisa Nascer no Brasil revelam que numa amostra de 23.879, apenas 18,8% (33,1% em hospital privado e 15,1% em públicos) tiveram acompanhante durante toda a internação. Entre as que não tiveram acompanhante algum, a maioria relatou ser devido a não permissão do hospital, somando um total de 52%².

Dados do Departamento de Ouvidoria Geral do Sistema Único de Saúde (SUS) revelam situação semelhante, uma vez que das 83.574 mil mulheres entrevistadas em 2012/2013, apenas 34,7% relataram que tiveram acompanhante no parto, mas não há informação sobre os demais momentos da internação. Das que não tiveram acompanhante 55,2% responderam que o serviço não permitiu, ou seja, os hospitais do SUS não estão cumprindo plenamente a Lei³.

Na Região Sul do Brasil, um percentual pouco mais elevado de mulheres (22,6%) puderam permanecer acompanhadas durante toda a internação². Investigação realizada em Santa Catarina aponta que dos 135 serviços de saúde vinculados ao SUS que prestam assistência ao parto, 54,8% sempre permitem a presença do acompanhante, contudo não se pode inferir se é no trabalho de parto, parto e no pós-parto imediato⁴. Acredita-se que a publicação da Instrução Normativa nº 001/2009/SES, que estabelece diretrizes para as instituições de saúde efetivarem a inserção do acompanhante de livre escolha da mulher, visando o cumprimento da Lei em vigência, pode ter contribuído para esses resultados⁵.

Estudos com abordagem qualitativa corroboram com os dados acima, apontando que muitas parturientes ainda permanecem desacompanhadas^{4,6,7}.

Os benefícios do apoio durante o nascimento são apresentados na revisão sistemática pela *Cochrane Library* com destaque para a maior satisfação da mulher com a experiência do nascimento; aumento de partos vaginais espontâneos; redução da analgesia intraparto, da duração do trabalho de parto, da cesariana, de parto vaginal instrumental e de recém-nascidos com baixo índice de Apgar no 5º minuto de vida. Dos 22 ensaios clínicos randomizados analisados, seis deles, realizados em Botswana, Chile, Estados Unidos, Brasil, Nigéria e Tailândia, investigaram o apoio por acompanhante de escolha da mulher⁸. Portanto, é imprescindível que todas as mulheres

possam usufruir dessa prática que é segura e não gera ônus financeiro para a instituição nem para a parturiente⁹.

Nesse sentido, estima-se que a Rede Cegonha, lançada em 2011, contribua para a melhoria dos indicadores sobre o acompanhante, uma vez que visa assegurar o direito das mulheres ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada, durante todo ciclo gravídico e puerperal, reforçando a presença do acompanhante¹⁰. Além disso, espera-se que essa estratégia também reduza a desigualdade social revelada pela pesquisa nacional Nascer do Brasil, na qual mulheres com maior renda e escolaridade, brancas e que foram submetidas a cesarianas na rede privada tiveram maior presença do acompanhante durante o parto².

A partir desse cenário e com base nas pesquisas brasileiras percebe-se que as restrições com relação à presença do acompanhante devem-se a diferentes fatores, entre eles: a resistência da equipe de enfermagem e, principalmente, a do profissional médico; a falta de apoio das instituições na elaboração e implementação de estratégias para a inserção do acompanhante; a insuficiência de recursos humanos, materiais e espaço físico limitado, que não favorecem a inserção e a permanência do acompanhante no cenário do nascimento^{4,11,12}.

Assim, esta pesquisa objetivou desvelar as possibilidades de inserção do acompanhante no parto em instituições de saúde, da rede pública ou conveniada, que restringem sua presença.

Método

Pesquisa inserida no macroprojeto de abordagem mista, intitulado “A inserção do acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós -parto: a realidade do estado de Santa Catarina”, de caráter exploratório-descritivo e abordagem qualitativa¹³.

A primeira etapa do macroprojeto, desenvolvida em 2011, de caráter quantitativo, identificou que das 135 instituições que prestam assistência ao parto em Santa Catarina/Brasil e que estão vinculadas ao SUS, 15 nunca permitiam a presença do acompanhante de escolha da mulher durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato, e 44 permitiam somente às vezes. Isto mostra que a realização desta prática ainda sofre restrições, infringindo o direito da mulher de ter um acompanhante de sua rede social⁴.

Considerando esses achados, nesta segunda etapa realizou-se uma abordagem qualitativa en-

volvendo 12 instituições, das quais quatro não permitiam o acompanhante e oito permitiam somente às vezes. Foram então entrevistados 17 profissionais (12 enfermeiros responsáveis pelo centro obstétrico e cinco diretores técnicos). Dentre as instituições que não permitiam o acompanhante, quatro enfermeiros e um diretor técnico se recusaram a participar do estudo. A saturação teórica dos dados, que consiste no momento em que as informações obtidas não trazem mais novos elementos e ou não subsidiam a teorização pretendida em relação aos objetivos propostos, determinou o número de entrevistados¹⁴. Esta pesquisa abrangeu seis das oito regiões do estado de Santa Catarina: Vale do Itajaí, Oeste, Leste, Litoral, Sul, Norte, Planalto Serrano e Planalto Norte.

Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas, agendadas via contato telefônico e correio eletrônico, de setembro de 2011 a fevereiro de 2012. Por motivos de localização geográfica, as entrevistas foram realizadas por meio de ligações telefônicas, sendo gravadas por um microfone unidirecional e microcomputador provido de software de edição de áudio Sound Forge 9.0¹⁵. Os objetivos, a metodologia e os aspectos éticos do estudo foram informados aos participantes antecipadamente. Ao inicio das entrevistas o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi lido e seu consentimento gravado, juntamente com a verbalização do número do documento de identidade e, posteriormente, encaminhado via e-mail para cada participante.

Todas as entrevistas foram transcritas e revisadas, após escuta repetida das gravações, e analisadas de acordo com a proposta da Análise de Conteúdo de Bardin¹⁶, com auxílio do programa computacional ATLAS.ti – versão 6.0.

O ATLAS.ti é um programa CAQDAS (*computer assisted qualitative data analysis software*), que facilita a análise dos dados qualitativos, possibilitando a organização de um grande volume de dados, reduzindo o tempo de codificação e análise^{17,18}, e contribuindo para a qualidade das pesquisas qualitativas¹⁸.

A análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de avaliação das comunicações que possui como objetivo obter, através de procedimentos sistemáticos de descrição do conteúdo de textos, indicadores que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção e recepção dessas mensagens. A análise de conteúdo consiste na descoberta dos núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o

objetivo analítico visado, sendo dividida em três etapas: pré-análise; exploração do material ou codificação; e tratamento dos resultados, inferência e interpretação¹⁶.

Na etapa de *pré-análise* realizou-se a leitura exaustiva do material coletado, com a posterior formulação de hipóteses, objetivos e indicadores que vieram a fundamentar a interpretação dos dados. É a fase de organização propriamente dita, realizada através de processos concomitantes¹⁶.

A operacionalização desta etapa através do ATLAS.ti se deu com a construção de um projeto, denominado Unidade Hermenêutica (*hermenêutic unit*) pelo próprio programa¹⁷. A unidade hermenêutica pode ser entendida como equivalente ao *corpus* de análise referido por Bardin¹⁶ neste estudo composto pelo conjunto das entrevistas realizadas com os enfermeiros e médicos. Cada uma das entrevistas foi inserida no ATLAS.ti como um documento primário (*primary document*). A partir de então, realizou-se a leitura flutuante¹⁶, possibilitando a aproximação com o material e a elaboração de hipóteses sobre as possibilidades de inserção do acompanhante no parto em instituições que restringem sua presença. O recorte dos trechos relevantes das entrevistas, denominados *quotations* nas ferramentas do ATLAS.ti, foi considerada a partir os objetivos do estudo.

A etapa de *exploração do material* consistiu da análise detalhada, com a identificação das unidades de registro com a ferramenta de codificação (*code*) do programa ATLAS.ti, relacionando-as aos trechos dos depoimentos (*quotations*) com mesmo sentido. O processo de codificação gerou as subcategorias, organizadas em categorias com a ferramenta *families*.

Finalmente, na etapa de *tratamento dos resultados obtidos, inferência e interpretação* os dados foram tratados a fim de validar e tornar os resultados significativos. Aqui, o ATLAS.ti contribuiu na construção de diagramas (*networks*), auxiliando na visualização das subcategorias e categorias subordinadas e posterior reorganização segundo o objeto do estudo, destacando também as informações resultantes da análise. A sustentação teórica que subsidiou a discussão das categorias contemplou as políticas públicas que amparam a inserção do acompanhante no SUS e a literatura sobre essa prática.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina aprovou o macroprojeto, e todos os aspectos que envolveram a realização desta pesquisa estão de acordo com a Resolução nº 196/96¹⁹ e a Resolução nº

466/2012²⁰ do Conselho Nacional de Saúde. Os nomes dos participantes foram codificados alfanumericamente a fim de garantir o anonimato, utilizando-se “E” para enfermeiros e “DT” para diretores técnicos.

Resultados e discussão

Os enfermeiros entrevistados eram majoritariamente do sexo feminino, idade entre 27 e 48 anos, e tempo de formado de dois a 24 anos. Um possuía especialização em obstetrícia e três ainda a estavam cursando, enquanto o tempo de atuação nessa área variou de um a 24 anos. Os diretores técnicos eram todos do sexo masculino, idade entre 34 e 67 anos, tempo de formado variando de três a 40 anos, atuação no cargo entre três meses e 15 anos, sendo um enfermeiro, um farmacêutico e três médicos.

A partir do depoimento dos participantes, emergiram 14 subcategorias que mostram possibilidades para inserção do acompanhante de parto nas instituições de saúde que limitam sua presença, sendo agrupadas em três categorias: I – Processo de trabalho; II – Receptividade dos profissionais ao acompanhante; e III – Empoderamento dos usuários.

Categoria I – Processo de trabalho

O processo de trabalho é uma atividade humana que se expressa pela intencionalidade da ação, orientando sua força sobre um determinado objeto para transformá-lo em um produto capaz de atender determinadas necessidades²¹. No trabalho em saúde, não somente a produção e o consumo de serviços definem sua especificidade, mas também o próprio processo, que ocorre no cotidiano das instituições, intermedido pelas subjetividades das comunicações e das relações sociais²².

A Figura 1 mostra as subcategorias referentes ao processo de trabalho, que, segundo os participantes, favorecem a inserção do acompanhante no processo parturitivo. Observa-se que a maioria delas contempla aspectos relacionados à organização do trabalho em saúde, nem sempre previsíveis e controláveis pelas normas e rotinas institucionais, e que dependem da relação entre os diversos sujeitos que atuam nos serviços²³.

As subcategorias *apoio da administração do hospital, apoio da direção técnica e grupo de humanização* mostram que o apoio institucional, expresso na relação entre gestores e trabalhado-

res de saúde²⁴, é um aspecto que pode favorecer a inserção do acompanhante no cenário doascimento, uma vez que promove suporte e abertura à discussão e inclusão desta prática: *A opinião da direção clínica é exatamente essa, que é importante ter [o acompanhante] lá, por exemplo, a mãe ou a irmã segurando a cabeça da gestante, e dando força pra ela: “vamos lá, minha filha, faz força! Eu acho muito importante isso, e isso nós adotamos aqui no nosso hospital. (DT3). Nós [da administração] somos favoráveis ao acompanhante. A mãe se sente bem melhor na presença do pai, até na presença da mãe, da própria mãe da gestante, da puérpera, né? Aí tá legal. (DT4).*

Estabelecer uma relação dinâmica entre os gestores e os trabalhadores pode contribuir para a gestão e a organização de processos de trabalho, possibilitando a construção de espaços coletivos que promovam o diálogo para a reorientação do mesmo e das práticas profissionais²⁵. No entanto, adverte-se que, embora exista uma abertura da direção técnica e administrativa do hospital, é importante ponderar que esta opinião pode não ser partilhada por todos os gestores da instituição, o que favorece a adoção de múltiplas condutas assistenciais por parte dos profissionais, favoráveis ou não à presença do acompanhante: *É, assim, hoje... alguns diretores técnicos são favoráveis, mas outros também restringem, a situação deve que ter uma avaliação prévia, com relação na questão da contaminação, de mais um paciente que tá dentro do hospital. Então, em alguns casos é avaliado e autorizado. Mas em alguns casos de risco, há restrição (DT4).*

O apoio institucional, na perspectiva da Política Nacional de Humanização, empreende o diálogo a partir das experiências cotidianas, dos processos de trabalho em curso nos serviços de saúde, afirmando-se nas práticas concretas dos trabalhadores, usuários e gestores que compõem o SUS, sendo um instrumento importante na tarefa de promoção do exercício político público no âmbito do SUS. Neste sentido, o apoio viabiliza a criação de modos de trabalhar em saúde que buscam ultrapassar a separação entre quem planeja e quem executa, consistindo-se em instrumento para a democratização dos processos de trabalho e para o fortalecimento das políticas públicas de saúde²⁶.

Estudos mostram que a falta de apoio institucional é um dos motivos que limitam a presença do acompanhante nas instituições de saúde que prestam atenção ao parto, uma vez que a ausência de diálogo entre a administração e os profissionais de saúde não fornece o apoio necessário

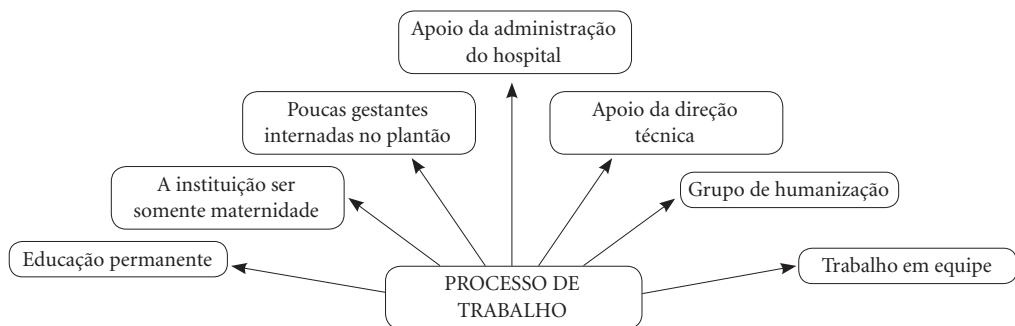


Figura 1. O processo de trabalho como possibilidades para a inserção do acompanhante no parto. Florianópolis, Santa Catarina, 2012.

para a inclusão desta prática no cenário assistencial^{4,11,27}. A inclusão do acompanhante, dentre outras práticas, muitas vezes, confronta o modelo organizacional vertical e descendente, presente ainda em muitas instituições, requerendo um novo modelo de gestão, que promova o diálogo e a participação entre seus diversos atores.

Além disso, a negação do direito ao acompanhante no parto, amparado por Lei, vai de encontro aos princípios do SUS e da humanização da assistência à saúde, uma vez que priva os usuários dos benefícios desta tecnologia. As justificativas dos profissionais de saúde e dos gestores estão pautadas em dificuldades de ordem organizacional e estrutural²⁸.

A existência de Grupos de Humanização também é trazida como um facilitador para a inserção do acompanhante no processo parturitivo, pois pode promover a discussão e a elaboração de estratégias para a adoção desta prática, medianamente a discussão entre profissionais de saúde, gestores e usuários, mesmo na presença de outros motivos que possam dificultar a adoção desta prática: *Houve discussões e um processo que o grupo da humanização se envolveu [para a inserção do acompanhante] e ainda hoje discute algumas questões de direito como a alimentação, o conforto pra esse acompanhante aqui durante o período de estadia da mulher, né? Porque tem muita dificuldade em termos de infraestrutura. Então o grupo de humanização que tá nessa discussão pra tentar dar melhores condições. E aí o grupo de humanização também tem dado uma contribuição importante nesse processo* (E12).

Neste sentido, o apoio promovido pelo Grupo de Humanização empreende um novo modelo para produção de saúde, considerando-se

a indissociabilidade entre gestão, assistência e processo de trabalho, confrontando a normatividade dos modelos gerenciais ainda vigentes em algumas instituições e o modelo biologicista de atenção à saúde²⁴. Desta forma, as estratégias de humanização preconizam que as instituições de saúde devem receber a mulher, seus familiares e o recém-nascido, considerando-se o princípio da dignidade da pessoa humana, por meio de ações que promovam o acompanhamento do parto e do nascimento, impedindo a realização de práticas intervencionistas desnecessárias²⁹.

A prestação exclusiva de assistência obstétrica e neonatal, identificada na subcategoria – *a instituição ser somente maternidade*, é um dos aspectos que contribui para a inserção do acompanhante no parto: *É, o nosso serviço é só obstetrícia. Então já vem de algum tempo o direito ao acompanhante e tá sendo garantido, tem uma divulgação bem ampla nesse sentido, com banner na frente, na própria recepção, na admissão da paciente. É, a gente sente necessidade de algumas regras nesse sentido, também tem normas onde esse acompanhante é esclarecido* (E12). Este aspecto parece sugerir que, quando a instituição fornece, exclusivamente, serviços especializados nessa área, a inclusão do acompanhante e de outras práticas implicam em mudanças culturais e o processo de trabalho nos serviços é facilitado.

A baixa demanda de trabalho devido a poucas gestantes internadas no plantão, também contribui para a presença do acompanhante: *Às vezes elas chegam aqui pedindo o acompanhante, né. Nem todas. Mas as que chegam, elas sabem e já vêm e perguntam ‘tem como meu marido assistir o parto?’, ou minha mãe, minha irmã, e tal. E a gente fala ‘se tiver tudo tranquilo’* [movimento do

serviço] a gente deixa, não tem problema nenhum (E7). Tem horas que, quando o médico não tá fazendo um determinado procedimento, ou não tem outra paciente internada, tem alguns partos que são acompanhados. Depende muito de como tá o fluxo de pacientes no Centro Obstétrico (DT2).

Nas instituições onde o número de profissionais é considerado determinante para a qualificação da assistência, inserir o acompanhante é percebido como um aumento da carga de trabalho³⁰. Em contrapartida, havendo poucas gestantes internadas no plantão, é reduzida a demanda de serviços no centro obstétrico, e, consequentemente, também as atividades dos profissionais, possibilitando que a assistência seja estendida ao acompanhante.

Isto nos leva refletir sobre a necessidade de aumentar os recursos humanos e de reorganizar o processo de trabalho, de modo a favorecer a permanência do acompanhante no centro obstétrico, e não somente sua inserção eventual. Pois, anteriormente, o modelo biologicista de atenção ao parto³¹ contribui para a desvalorização do acompanhante, percebido como não prioritário e, até mesmo, desnecessário no cenário da assistência.

O *trabalho em equipe* também é apontado pelos participantes como um facilitador para a inserção do acompanhante, possibilitando, além da continuidade da assistência à parturiente, sua permanência nos diferentes períodos clínicos do parto: *A gente tem uma realidade um pouco diferente, o nosso pré-parto é separado do CO [centro obstétrico]. Então quando a mulher sai do pré-parto e vai pro CO é outra equipe, e mesmo essa outra equipe tá dando continuidade na mesma lógica do pré-parto em separado, sabe? (E12).*

Sob esta ótica, o trabalho em equipe é uma dimensão do processo de trabalho que contribui para a humanização e a integralidade da assistência obstétrica à parturiente, por meio da reorientação das práticas de saúde. Para tanto, é imprescindível o diálogo entre os saberes e as áreas, de modo a reduzir o isolamento dos profissionais e incentivar o trabalho em equipe, estimulando o envolvimento e a produção de compromisso mútuo em torno das questões da gestão dos processos de trabalho, priorizando as necessidades dos usuários³².

A *educação permanente*, que acontece no cotidiano das práticas profissionais, é um dos aspectos facilitadores do processo de trabalho para a inserção do acompanhante: *Bom, como todo desafio, como toda mudança, alguns profissionais acharam muito complicado, acharam que eles [os*

acompanhantes] iam ficar avaliando eles, iam atrapalhar, mas com toda orientação, com todo o treinamento que nós fizemos, nós conseguimos colocar o acompanhante, e todos são a favor. [...] É, foi feito todo um trabalho. [...] teve treinamento em várias áreas, e a questão do acompanhante também é colocada, né (E2). A gente recebeu orientação da lei, aí a gente começou a ter essa mudança de pensamento, né (E3).

Os profissionais destacaram que a educação permanente é um processo gradual e contínuo, que age na transformação do modelo assistencial por meio das condutas e das atitudes dos profissionais e da equipe em geral. Em saúde, a educação permanente possibilita aos profissionais uma forma dinâmica de aprendizado, ao articular o conhecimento científico com as práticas no cotidiano do trabalho, gerando e sedimentando novos conhecimentos segundo as necessidades pessoais e institucionais³³.

Categoria II - Receptividade dos profissionais ao acompanhante

Nesta categoria, são trazidos os aspectos referentes à receptividade dos profissionais que contribuem para a presença do acompanhante (Figura 2).

O *apoio/aceitação das enfermeiras* é um dos facilitadores para a inserção do acompanhante, que se traduz não somente na aceitação de sua presença no centro obstétrico, mas também na elaboração de estratégias que minimizem outras dificuldades em prol de seu conforto e permanência: *Mas, assim, a minha concepção e a de muitos colegas é que nós não estamos para impedir, a gente tá pra facilitar. Então as questões específicas às vezes, mesmo a logística de acompanhantes de mulheres que são de outros municípios, que são de fora e tem dificuldades de não trazer roupa mesmo ou não tem um lugar pra tomar um banho. Porque aqui na verdade a gente não tem, né. Tem é um banheiro que seria dos funcionários, então é facilitado, é promovido esse conforto, que há o entendimento do benefício do acompanhante pra mulher (E12).*

Em conjunto, o *apoio/aceitação da equipe de enfermagem* contribui não apenas para a inserção do acompanhante, mas também para a construção de uma nova cultura assistencial, na qual as práticas humanizadas, com o tempo, são percebidas com menor estranhamento e incorporadas à rotina da instituição: *Ela [equipe de enfermagem] é um dos primeiros a colocar o acompanhante na sala. Quando vê ela já pega o familiar, e leva*

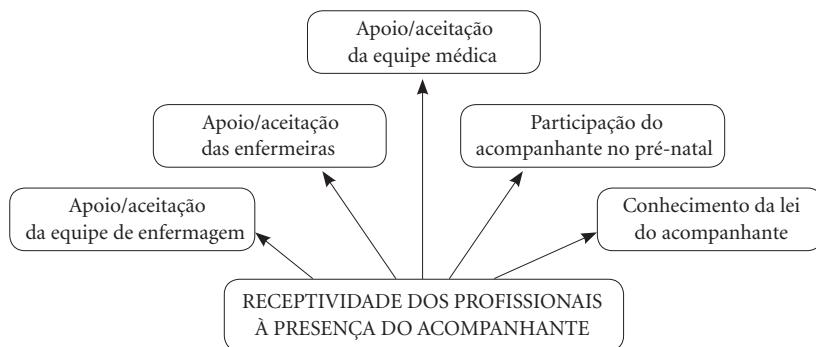


Figura 2. A receptividade dos profissionais de saúde como possibilidade de inserção do acompanhante no parto.
Florianópolis, Santa Catarina, 2012.

ela: ‘tu vai ficar assim, assim, assim, assim, aqui atrás’. Na verdade é questão de costume, né, é esse o motivo. Tudo é pra fazer a primeira, segunda, terceira, quarta vez, depois é automático, né (DT3).

Estudos mostram que apesar dos enfermeiros e da equipe de enfermagem serem favoráveis à presença do acompanhante, a decisão final, muitas vezes, ainda é do profissional médico^{7,11,34,35}. O que reflete as disputas de poder historicamente construídas na cultura organizacional do trabalho nas instituições de saúde entre a classe médica e a enfermagem³⁶.

Em contrapartida, o apoio/aceitação da equipe médica pode, também, ser um facilitador para a inserção do acompanhante⁴, apesar de que, neste estudo, os profissionais apontam que esta decisão está condicionada a fatores como a via de nascimento e a disponibilidade de materiais: *O médico sempre aceitou. É como eu te falei, só em casos de cesárea, pela falta de disponibilidade de material, que é um pouco mais... Mas no parto, sim* (E4).

A decisão favorável do profissional médico quanto à presença do acompanhante também parece depender da participação do acompanhante no pré-natal, preparando-o para acompanhar a gestante durante a parturição: *Assim, tem a questão do acompanhamento na consulta do pré-natal, se o marido tem o acompanhamento frequente nas consultas, ele vem preparado para assistir o parto, aí o obstetra libera. Mas ele já falou algumas situações em que ele não libera porque o acompanhante não tem esse acompanhamento* (E3). Entretanto, conforme Lei nº 11.108¹, não é pré-requisito que, para estar junto à mulher, o acompanhante deva participar do pré-natal. Desta forma, embora a participação no pré-natal seja um facilitador, esta não deve ser um impedimento para sua presença

durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato.

O conhecimento sobre a Lei do Acompanhante¹ também emergiu como facilitador para a inserção do acompanhamento, possibilitando o reconhecimento desta prática como um direito da mulher: *Sim, o pessoal tem conhecimento da lei do acompanhamento, né. Porque até pouco tempo atrás, dois anos, um ano e meio, mais ou menos, não era permitido. Nem o acompanhamento no pré, nem no pós-parto. Com a lei, a gente tomou conhecimento e aí começou a se abrir mais espaço para o acompanhante, né* (E3.)

III - Empoderamento dos usuários

Os aspectos referentes ao empoderamento dos usuários estão expressos nas subcategorias: *reivindicação das gestantes* e *reivindicação dos acompanhantes*. Apesar das instituições limitarem a presença do acompanhante, a solicitação deles e/ou das gestantes, mesmo quando os profissionais não orientavam quanto a este direito, demonstrou ser um fator que contribuiu para a implementação desta prática: *Se os acompanhantes pedem, eles vão. Nós não estimulamos muito ainda. Se pede pra acompanhar até o final a gente permite* (E2). *Teve duas que eu tenho certeza que solicitaram que foi permitido, que os acompanhantes entraram mesmo. [...] Se realmente solicitar, o acompanhante vai acabar mesmo participando, mas só se for solicitado, se não nem é dada a opção* (E10).

Apesar da legislação brasileira garantir à mulher a presença de um acompanhante de sua escolha, o desconhecimento deste direito pelos usuários não estimula a instituição e os profissionais a mobilizarem-se para inseri-lo no cenário

assistencial. Por outro lado, o empoderamento das gestantes e seus acompanhantes³⁷, mesmo que realizado em outros níveis de assistência, pode ser uma estratégia importante para o cumprimento da Lei¹. Para isso, é necessário que esta informação seja disponibilizada no pré-natal, ainda pouco divulgada pelos serviços de saúde³⁴, possibilitando que os usuários se instrumentalizem para exigir o cumprimento deste direito nas instituições que ainda o limitam. A Lei nº 12.895, criada em 2013, que alterou a Lei nº 8.080/1990, fortaleceu o direito à informação, “obrigando os hospitais de todo o país a manter, em local visível de suas dependências, aviso informando sobre o direito da parturiente a acompanhante”³⁸.

As práticas educativas realizadas pelos profissionais de saúde com as gestantes e seus acompanhantes precisam promover a construção de um saber próprio, por meio do diálogo, possibilitando o conhecimento dos sujeitos sobre seus direitos e estimulando o protagonismo durante todo o processo de internação hospitalar³⁹.

Conclusão

Embora as instituições estudadas limitem a presença do acompanhante, os enfermeiros e os diretores técnicos descrevem importantes aspectos

que podem favorecer a sua inclusão, contribuindo para o cumprimento da Lei e para que a mulher usufrua dos benefícios desta prática.

Os aspectos facilitadores referentes ao processo de trabalho, em especial a educação permanente, o apoio da administração do hospital e da direção técnica, a criação de grupos de humanização e o trabalho em equipe; e os relacionados à aceitação dos profissionais, como o apoio/aceitação da equipe de enfermagem e médica e o conhecimento da Lei, podem ser fortalecidos por estratégias de gestão que promovam a reorganização do processo de trabalho, através da discussão entre os diversos setores das instituições de saúde e entre os profissionais. Na dimensão micropolítica, é fundamental que as instituições de saúde invistam em estratégias que promovam o diálogo sobre as práticas assistenciais e gerenciais, por meio da educação permanente e do planejamento participativo.

O empoderamento das gestantes e de seus acompanhantes também deve ser pauta de estratégias que articulem os diversos níveis de atenção do Sistema Único de Saúde, sobretudo nas ações de educação e promoção em saúde durante o pré-natal, para que os usuários possam não só conhecer, mas também serem orientados na reivindicação dos seus direitos, no caso do não cumprimento da Lei.

Colaboradores

OM Bruggemann contribuiu na concepção do manuscrito desde o seu projeto até a análise e interpretação dos dados e revisão final; ES Ebsen participou da coleta, análise, interpretação dos dados e elaboração do manuscrito; RR Ebele e BD Batista participaram da interpretação dos dados e revisão final do manuscrito.

Referências

1. Brasil. Lei nº 11.108 de 7 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, para garantir as parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. *Diário Oficial da União*, 2005; 8 abr.
2. Diniz CSG, d'Orsi E, Domingues RMSM, Torres JA, Dias MAB, Schneck CA, Lansky A, Teixeira NZF, Rance F, Sandall J. Implantação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional Naser no Brasil. Brasil. *Cad Saude Publica* [periódico na Internet]. 2014; [acessado 2014 Nov 20]; 30 Supl.:S140-S153; [cerca de 3 p.]. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0140.pdf>
3. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Ouvidoria Geral do SUS. *Resultados preliminares da pesquisa de satisfação com mulheres puérperas atendidas no Sistema Único de Saúde – SUS. Maio de 2012 a Fevereiro de 2013*. Brasília: MS; 2013.
4. Brüggemann OM , Oliveira ME, Martins HEL, Alves MC, Gayeski ME. A inserção do acompanhante de parto nos serviços públicos de Santa Catarina. *Esc Anna Nery* 2005; 17(1):432-439.
5. Santa Catarina. Secretaria Estadual de Saúde. Instrução Normativa nº 001/2009. *Diário Oficial do Estado* 2009; 18 ago.
6. Dos Santos Moreira V, Barbosa NR, Mota RS, de Jesus Parcerio SM. Lei do acompanhante no trabalho de parto: algumas reflexões. Brasil. *C&D-Revista Eletrônica da FAJNOR*. [periódico na Internet]. 2013 Jul-Dec [acessado 2014 out 13]; 6(2):[cerca de 8 p.]. Disponível em: <http://200.223.150.195/revista/index.php/memorias/article/view/236/164>
7. Dos Santos LM, Carneiro CDS, Carvalho ESDS, Paiva MS. Percepção da equipe de saúde sobre a presença do acompanhante no processo parturitivo. *Rev Rene* [periódico na Internet]. 2012 [acessado 2014 out 12]; 13(5):[cerca de 9 p.]. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1157/pdf>
8. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [serial on the Internet]. 2013 Jul [cited 2014 Oct 12]; 7: [about 22 p.]. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003766.pub5/pdf>
9. Brüggemann OM. *O apoio a mulher no nascimento por acompanhante de sua escolha: abordagem quantitativa e qualitativa* [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2005.
10. Brasil. Portaria nº 1.459 de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. *Diário Oficial da União* 2011; 26 jun.
11. Brüggemann OM, Ebsen ES, Oliveira ME, Gorayeb MK, Ebele RR. Motivos que levam os serviços de saúde a não permitirem acompanhante de parto: discursos de enfermeiros. *Texto Contexto - Enferm* [periódico na Internet]. 2014 abr/Jun [acessado 2014 out 26]; 23.(2):[cerca de 7 p.]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072014000200270&script=sci_arttext&tlang=pt
12. Carvalho IS, Costa Júnior PB, Nunes VMA, Macedo JBTO. Dificuldades relacionadas à presença do acompanhante durante o processo parturitivo da mulher: percepção dos enfermeiros. *R Pesq.: cuid. Fundam. Online* [periódico na Internet] 2011 [acessado 2014 out 10]; 3(5):Esp; [cerca de 8 p.]. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1941/pdf_520
13. Creswell JW. *Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto*. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2010.
14. Fontanella BJB, Luchesi BM, Saidel MGB, Ricas J, Turato ER, Melo DG. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cad Saude Publica* [periódico na Internet] 2011 [acessado 2014 out 20]; 27(2):[cerca de 5 p.]. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v27n2/20.pdf>
15. Sony. Sony Sound Forge version 9.0 [CD-ROM]. Sony, 2008.
16. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2011.
17. Friese S. *Qualitative data analysis with ATLAS.ti*. London: Sage; 2012.
18. Lage MC. Os softwares tipo CAQDAS e a sua contribuição para a pesquisa qualitativa em educação. *Educ. Tem. Dig.* [periódico na Internet] 2011 Jan/Jun [acessado 2014 out 25]; 12(2):[cerca de 16 p.]. Disponível em: <http://www.fe.unicamp.br/revistas/ged/etd/article/view/2302/pdf>
19. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas em seres humanos. *Diário Oficial da União* 1996; 10 out.
20. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466 de 12 dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em seres humanos. *Diário Oficial da União* 2013; 13 jun.
21. Marx K. *O capital: crítica da economia política*. 14ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand; 1994.
22. Carvalho BG, Peduzzi M, Mandú ENT, Ayres JRCM. Trabalho e intersubjetividade: reflexão teórica sobre sua dialética no campo da saúde e enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [periódico na Internet] 2012 Jan/Fev [acessado 2014 out 25]; 20(1):[cerca de 7 p.]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692012000100004&script=sci_arttext&tlang=pt
23. Scherer MDA, Pires D, Schwartz Y. Trabalho coletivo: um desafio para a gestão em saúde. *Rev. Saúde Pública* [periódico na Internet] 2009 ago; [acessado 2015 ago 17]; 43(4):[cerca de 5 telas]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n4/90.pdf>
24. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política de Humanização. *Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. 4ª Edição. Brasília: MS; 2010.
25. Santos Filho SF, Barros MEB, Gomes RS. A política nacional de humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde. *Interface (Botucatu)* [periódico na Internet]. 2009; [acessado 2014 out 19]; 13(1):Supl. [cerca de 10 p.]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500012

26. Guedes CR, Roza MMR, Barros MEB. O apoio institucional na Política Nacional de Humanização: uma experiência de transformação das práticas de produção de saúde na rede de atenção básica. *Cad. Saúde Colet.* [periódico na Internet]. 2012; [acessado 2015 ago 17]; 20(1):93-101. Disponível em: http://www.cadernos.iesc.ufrrj.br/cadernos/images/csc/2012_1/artigos/CSC_v20n1_93-101.pdf
27. Júnior PB, Carvalho IS, Macedo JBPO. Condições institucionais desfavoráveis à presença do acompanhante: a visão dos enfermeiros. *R Pesq.: Cuid. Fundam. Online* [periódico na Internet] 2013 out/Dez; [acessado 2014 out 19]; 5(4):[cerca de 9 p.]. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2354/pdf_945
28. Pasche DF, Vilela MEA, Martins CP. Humanização da atenção ao parto e nascimento no Brasil: pressupostos para uma nova ética na gestão e no cuidado. *Tempus, Actas de Saúde Colet.* [periódico na Internet] 2010 Dez; [acessado 2015 ago 17]; 4(4):[cerca de 13 telas]. Disponível em: <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/838/801>
29. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Programa humanização do parto: humanização do pré-natal e nascimento.* Brasília: MS; 2002.
30. Laurell AC, Noriega M. *Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário.* São Paulo: Hucitec; 1989.
31. McCourt C. *Childbirth, midwifery and concepts of time.* New York: Berghahn Books; 2009.
32. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Universidade Estadual do Ceará. *Cadernos HumanizaSUS: Humanização do parto e do nascimento.* Brasília: MS; 2014.
33. Silva LAA, Bonacina DM, Andrade A, Oliveira TC. Desafios na construção de um projeto de educação permanente em saúde. *Rev Enferm UFSM* [periódico na Internet] 2012 Set/Dez; [acessado 2014 out 19]; 2(3):[cerca de 10 p.]. Disponível em: <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/5364/pdf>
34. 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* [periódico na Internet] 2013; [acessado 2014 out 27]; 22(4):[cerca de 8 p.]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-0707201300040006&script=sci_abstract&tlang=pt
35. Soares RKC, Silva SF, Lessa PRA, Moura ERF, Pinheiro PNC, Damasceno AKC. Acompanhante da parturiente e sua relação com equipe de enfermagem: um estudo qualitativo. *Online Braz J Nurs* [periodic na Internet] 2010 Abr; [acessado 2014 out 22]; 9(1):[cerca de 8 p.]. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2010.2867/644>
36. Vagheti HH, Padilha MICS, Lunardi Filho D, Lunardi VL, Costa CFS. Significados das hierarquias no trabalho em hospitais públicos brasileiros a partir de estudos empíricos. *Acta Paul Enferm* [periódico na Internet] 2011; [acessado 2014 out 22]; 24(1):[cerca de 6 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n1/v24n1a13>
37. Taddeo PS, Gomes KWL, Caprara A, Gomes AMA, Oliveira GC, Moreira TMM. Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas. *Cien Saude Colet* [periódico na Internet] 2012 Nov; [acessado 2014 out 22]; 17(11):[cerca de 7 p.]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001100009
38. Brasil. Lei nº 12.895 de 18 de dezembro de 2013. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, obrigando os hospitais de todo país a manter, em local visível de suas dependências, aviso informando sobre o direito da parturiente a acompanhante. *Diário Oficial da União* 2012; 19 dez.
39. Basso JF, Monticelli M. Expectativas de participação de gestantes e acompanhantes para o parto humanizado. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [periódico na Internet] 2010 Maio/Jun; [acessado 2015 ago 17]; 18(3):[09 telas]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/pt_14.pdf

Artigo apresentado em 20/04/2015

Aprovado em 03/09/2015

Versão final apresentada em 05/09/2015