

MINISTÉRIO DA SAÚDE
GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO CENTRO DE EDUCAÇÃO TECNOLÓGICA E
PESQUISA EM SAÚDE – ESCOLA GHC
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ
INSTITUTO DE COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO
CIENTÍFICA E TECNOLÓGICA EM SAÚDE

**Parto humanizado: a importância da presença do acompanhante no pré-parto,
parto e pós-parto**

CRISTIANA MARIA BALDO SILVANI

Orientadora: Marciele Rodrigues de Brum

Porto Alegre, 2011

CRISTIANA MARIA BALDO SILVANI

**Parto humanizado: a importância da presença do acompanhante no pré-parto,
parto e pós-parto**

Projeto de pesquisa apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Informação Científica e Tecnológica em Saúde.

Orientadora: Marciele Rodrigues de Brum

Porto Alegre

2011

AGRADECIMENTO

Primeiramente a Deus, por vencer mais uma etapa em minha vida.

Ao meu marido Rodrigo, pelo incentivo e compreensão pelas horas que não pude estar com ele para me dedicar ao projeto.

A minha orientadora Marciele, pela ajuda e orientação que contribuíram para me ajudar na elaboração do meu projeto.

MUITO OBRIGADA A TODOS.

EPÍGRAFE

"A grandeza não consiste em receber honras, mas em merecê-las."

Aristóteles

RESUMO

Este projeto tem como objetivo verificar se os acompanhantes das gestantes recebem ou não orientações para o momento do pré-parto, parto e pós-parto, como preconiza o Ministério da Saúde, com o propósito de elaborar um manual de orientação para os acompanhantes que esclareça as principais dúvidas identificadas na pesquisa nas diferentes fases do processo, para ajudar a consolidar o parto humanizado no SUS. A metodologia empregada será uma revisão bibliográfica sobre parto humanizado, também, será elaborado um questionário por meio de perguntas semi-estruturada fechada para caracterização da amostra, direcionado aos acompanhantes da gestante. O enfoque será as principais dúvidas que eles têm em relação ao pré-parto, parto e pós-parto. A aplicação será feita na sala de espera do Hospital Universitário da Ulbra Canoas (HU). As entrevistas serão gravadas e após transcritas na íntegra.

Palavras-chaves: parto humanizado, acompanhantes e comunicação em saúde.

SUMÁRIO

1 – INTRODUÇÃO	1
2 - JUSTIFICATIVA	3
2 – OBJETIVO GERAL	4
2.1 – OBJETIVOS ESPECÍFICOS	4
3 - REFERENCIAL TEÓRICO	5
3.1 – PARTO HUMANIZADO	5
3.2 – A IMPORTÂNCIA DO ACOMPANHANTE	12
3.3 – COMUNICAÇÃO EM SAÚDE	15
4 - METODOLOGIA	16
5 - ORGANIZAÇÃO DOS RECURSOS.....	17
6 - CRONOGRAMA.....	18
7 - REFERÊNCIAS.....	19
APÊNDICE 1	21
APÊNDICE 2	22

1 – INTRODUÇÃO

Segundo Reis e Patrício (2005), promover o parto mais humanizado é um grande desafio. Isso não requer voltar “à história de como nossas avós e mães pariram”, mas buscar contribuir para que essa experiência, antes tão natural, seja no ambiente hospitalar um ritual mais próximo do "familiar", integrando nesse processo de parir e nascer os recursos tecnológicos e de competência humano-científica, aos quais a mulher e seu recém-nascido têm direito.

Com o avanço da medicina, o cenário relacionado ao parto vem sofrendo mudanças. Entre elas, destacam-se o direito ao acompanhamento durante o trabalho de parto, a inclusão de medidas não farmacológicas, dieta livre, deambulação, estímulo à micção, respiração, entre outras. Por essa razão, a equipe de saúde, que cuida da parturiente, deve estar preparada e aberta para essas novas técnicas de atendimento, contribuindo assim para que ocorra um parto mais humanizado. Essas mudanças vão ao encontro com o que preconiza as políticas governamentais.

O termo "humanizar" refere-se a uma atenção que parte do reconhecimento dos direitos fundamentais de mães e de crianças e do direito à tecnologia apropriada na assistência. Esse conjunto de demandas incluiria o direito à escolha de local, de pessoas e de formas de assistência no parto; a preservação da integridade corporal de mães e das crianças; o respeito ao parto como experiência altamente pessoal, sexual e familiar; a assistência à saúde e os apoios emocionais, sociais e materiais no ciclo gravídico-puerperal; a proteção contra abuso e negligência (QUEIROZ et al., 2003).

Conforme Reis e Patrício (2005), a humanização da assistência perpassa, seguramente, pela qualidade da assistência prestada no pré-natal: pelo envolvimento da mulher, sua família e demais acompanhantes, no processo de gestar e parir, talvez, antes mesmo da concepção, considerando suas limitações e potencialidades biológicas, socioculturais e afetivas para conceber; pela promoção de ações que aumentem a compreensão dessa população sobre esse processo, considerando a integração de seus saberes com os saberes científicos da equipe de saúde.

Tendo em vista a importância do acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto tanto para a parturiente quanto para o bebê, serão levantadas as principais dúvidas desses acompanhantes, através de um questionário, neste momento tão importante com o objetivo de se elaborar um manual de orientação. O objetivo é ajudar a efetivar as políticas de saúde do SUS preconizadas pelo Ministério da Saúde nessa área.

2 - JUSTIFICATIVA

A participação do acompanhante da gestante no momento do parto é muito importante, mas pode gerar desconforto para a equipe de enfermagem. Assim, essa situação estimula um questionamento sobre a real importância do acompanhante, se este contribui ou dificulta o trabalho a ser prestado a parturiente.

Nesse sentido, o Ministério da Saúde (2001) pontua que a mulher e seu acompanhante devem ser preparados para o momento do parto, sendo que "(...) o objetivo principal do preparo da mulher e do seu acompanhante é favorecer que o trabalho de parto e o parto sejam vivenciados com mais tranquilidade e participação, resgatando o nascimento como um momento da família". A companhia do acompanhante (familiar ou amigo) pode não somente auxiliar a mulher a relaxar, mas também contribuir para que o serviço prestado seja mais humanizado.

Conforme Piccinini (2004), a gestação mobiliza uma explosão de sentimentos na vida das pessoas, assim como gera uma ansiedade com a espera e a preparação para o nascimento do bebê. Nesse momento, há um período de transição no qual os pais se preparam para os novos papéis diante da chegada do bebê e para tudo o que isso irá exigir deles. Dessa forma, eles se envolvem de forma física e emocional com o período gestacional.

Diante do que foi apresentado, torna-se fundamental pesquisar o tema proposto neste projeto. O Hospital da Ulbra de Canoas foi escolhido como local piloto para realizar o levantamento com os acompanhantes das gestantes durante o trabalho de parto, parto e pós-parto, pois se observou que há a necessidade de reunir as principais dúvidas dos acompanhantes para elaborar um manual de orientação nesta unidade. Dependendo dos resultados da pesquisa, o manual poderá servir de modelo para outros hospitais públicos e privados, principalmente, para os que priorizam o SUS.

2 – OBJETIVO GERAL

Verificar se os acompanhantes das gestantes recebem ou não orientações para o momento do pré-parto, parto e pós-parto, como preconiza o Ministério da Saúde, com o objetivo de elaborar um manual de orientação para os acompanhantes que esclareça as principais dúvidas identificadas na pesquisa nas diferentes fases do processo, para ajudar a consolidar o parto humanizado no SUS.

2.1 – OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Verificar se os acompanhantes recebem informações sobre o parto humanizado.

Fazer um levantamento sobre as principais dúvidas dos acompanhantes em relação ao parto humanizado.

Verificar quais as informações que os acompanhantes consideram importante ter antes do parto, parto e pós-parto para poderem ajudar a gestante.

3 - REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 – PARTO HUMANIZADO

Humanizar representa um novo modo de ver a forma de “assistir”, incluindo as relações interpessoais com a mulher, com o recém-nascido, com o acompanhante, com os colegas da equipe e com a instituição. (BASILE, 2004).

A humanização do atendimento do parto e nascimento privilegia a utilização de toda a tecnologia e técnicas obstétricas disponíveis, tornando os benefícios a serem obtidos maiores que os riscos a serem corridos (BASILE, 2004).

Entre as condutas humanizadas da assistência ao trabalho de parto, estão: (a) o banho, que traz benefícios porque favorece uma boa circulação, diminui o desconforto, regula as contrações, promove relaxamento e diminui o tempo do trabalho de parto; (b) a dieta livre é justificada pela necessidade de reposição de energia e hidratação, garantindo bem-estar materno-fetal; (c) a deambulação, que abrevia o tempo de trabalho de parto, favorecendo a descida da apresentação; (d) a massagem, que alivia pontos de tensão e promove relaxamento; (e) o estímulo à micção espontânea que no trabalho de parto diminui a retenção urinária e o desconforto nas contrações e (f) a respiração, que promove e restitui autocontrole e oxigenação materno-fetal, deverá ser espontânea durante as contrações. Se a mulher encontrar dificuldade de respirar durante as contrações, deverá ser estimulada a soprar lentamente para restabelecer a respiração normal. Uma respiração profunda após a contração deve ser estimulada para promover o relaxamento e a re-oxigenação da placenta. (BASILE, 2004).

Concordando com o autor acima, o MS (2001) também preconiza medidas não-farmacológicas e não-invasivas que devem ser utilizadas para minimizar o estresse e aliviar a dor, que podem ser realizadas por familiares e/ou profissionais.

Algumas das práticas que inibem a "segurança e o bem-estar", desestimuladas pelo MS, ainda estão sendo praticadas rotineiramente em muitas instituições de saúde, dentre estas constam: indução à tricotomia; lavagem intestinal; exame de toque vaginal (realizado várias vezes por profissionais diferentes); imobilização; utilização do soro com o objetivo de puncionar a veia, para facilitar a posterior administração de medicamentos; administração de ocitocina para acelerar

o trabalho de parto; episiotomia e a manobra de *kristeller* (pressão no fundo do útero durante o trabalho de parto).

Também é preciso considerar as dificuldades apontadas pelos trabalhadores para justificar a limitação que têm em dar maior atenção à mulher e ao seu acompanhante. Algumas dificuldades se referem ao "tempo" maior que exige a assistência humanizada, no qual eles não dispõem, em razão do reduzido número de profissionais na equipe e também por circunstâncias de acúmulo de partos em certas ocasiões. Além do tempo, a costumeira "falta de material" é outro fator de dificuldade. Esta é uma realidade comum nos serviços de assistência hospitalar, mas entende-se que a atitude humanizada dos profissionais que assistem a parturiente não está ligada exclusivamente ao tempo e ao material disponível, mas sim em tornar o momento dos contatos diretos e indiretos com a população uma expressão de interação de humanos, que promova momentos saudáveis com a mulher, seu recém-nascido e acompanhante e, naturalmente, com os próprios integrantes da equipe de saúde. (REIS e PATRÍCIO, 2005).

Em 1984, o Ministério da Saúde (MS) instituiu o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) com a finalidade de adotar uma nova perspectiva de atendimento e oferecer às mulheres uma assistência mais humanizada em todos os níveis de atenção.

Para a melhoria da assistência obstétrica, o MS aumentou a remuneração ao parto normal e instituiu um limite percentual máximo para pagamento de cesáreas por hospital (Portaria MS/GM 2.816, de 29 de maio de 1998).

Essa corrente a favor de uma nova prática obstétrica obteve importante reforço, político e técnico, quando a Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou um guia para a assistência ao parto normal. Esse guia apresentava as recomendações, baseadas em evidências, sobre as práticas relacionadas ao parto normal, classificadas em categorias, de acordo com o nível de evidência científica disponível segundo a classificação de Mulrow (1987). As recomendações objetivavam garantir o direito das mulheres e diminuir as intervenções desnecessárias, questionando procedimentos realizados sem nenhum critério científico, apenas por hábito ou rotina (OMS, 1996). Esse guia foi a inspiração para a elaboração do respectivo manual técnico pelo MS, 2001.

Assim, no conjunto de medidas tomadas pelo MS, o lançamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento têm um papel fundamental no resgate à humanização da assistência a gestante. Segue abaixo um dos artigos deste programa:

"... Art. 2º Estabelecer os seguintes princípios e diretrizes para a estruturação do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento: a - toda gestante tem direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério; b - toda gestante tem direito de saber e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto; c - toda gestante tem direito à assistência ao parto e ao puerpério e que esta seja realizada de forma humanizada e segura." (MS, 2000).

Para o MS (2001), a grande conquista está em disseminar a prática de partos naturais em detrimento do número de cesarianas. A humanização do parto promove situações que inibem o mal-estar da mulher e também reduzem riscos para ela e para o bebê, ao mesmo tempo em que possibilita conforto e segurança para o acompanhante. De acordo com esse entendimento, o manual elaborado pela OMS estabelece ações direcionadas ao atendimento das necessidades básicas da mulher e de sua família.

A implementação ou extinção dessas ações está diretamente relacionada à conscientização dos profissionais em reconhecer que a mulher é a principal protagonista do processo de parto, devendo ter sua dignidade, individualidade e valores respeitados (MS, 2001).

Esta prática fica evidente também para QUEIROZ et al. (2003), quando os principais aspectos da humanização seriam o ato de tratar bem e atender as necessidades da puérpera, por meio da comunicação interativa.

No contexto de "transmitir conhecimento", muitas vezes a questão mais importante é a forma e não o conteúdo. A prática do parto humanizado sugere o desenvolvimento da pessoa e do profissional, implicando sensibilizar e capacitar profissionais para o atendimento de mulheres em situação de fragilidade emocional (MS, 2003).

Segundo Osava (2003), mais de 20 anos de excessiva intervenção médica no nascimento criaram representações muito fortes acerca dos sentimentos de pavor

que envolve o parto. No parto humanizado, a mulher reencontra sua autonomia, requerendo assim nova postura dos profissionais que a assistem.

O MS (2000), através da Portaria /GM n. 569, de 1/6/2000, afirma que humanização seria receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido, exercendo uma atitude ética e solidária por parte dos profissionais, de modo a criar um ambiente acolhedor e a instituir rotinas hospitalares que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher. Devem-se evitar práticas intervencionistas desnecessárias, que não beneficiam a mulher e o recém-nascido, pois estas podem acarretar, com frequência, maiores riscos para ambos.

Conforme Griboski e Guilhem (2006), para a viabilidade de implantação de um programa, ou mesmo de uma política, há necessidade dos profissionais de saúde se adequarem ao novo paradigma da assistência. Para isso, torna-se necessário promover mudanças que envolvam desde os órgãos formadores, até a melhoria da infraestrutura hospitalar e das condições de trabalho no atendimento à mulher. Nesse sentido, a humanização possibilita uma reorganização dos serviços de assistência à saúde das mulheres, resgatando e promovendo o respeito pela condição feminina e o respeito por um atendimento mais digno e de qualidade.

A humanização da assistência ao parto tem sido definida por vários autores como um resgate do acompanhamento do trabalho de parto e da assistência ao parto, respeitando a fisiologia deste momento, oferecendo o necessário suporte emocional não só para a mulher, mas também para a família ou para as pessoas que a parturiente escolheu para estarem ao seu lado. Também faz parte deste processo respeitar os desejos da mulher e o seu "plano de parto", propiciando que estes acontecimentos sejam vivenciados em sua plenitude. Apesar do fato de preconizar uma menor intervenção médica neste processo, o conceito de humanização prevê a possibilidade de que toda a tecnologia perinatal hoje existente, e que se empregada apropriadamente, garanta maior segurança não só para as mães com também para os bebês (MS, 2001).

O Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (1997) reforça que atender bem e transmitir calma são meios necessários à condução do parto humanizado. Nessa linha, o MS (2001) entende que (...) a atenção adequada à mulher no momento do parto representa um passo indispensável para garantir que ela possa exercer a maternidade com segurança e bem-estar.

Segundo Griboski e Guilhem (2006), em uma pesquisa realizada com puérperas pós-parto em uma maternidade sobre o tema parto humanizado, fica evidente a existência de uma desvinculação de sua participação no processo decisório porque desconhecem seus direitos sexuais e reprodutivos. Com isso, as mulheres contribuem passivamente para a reprodução do modelo biomédico e intervencionista, principalmente quando aceitam resignadamente a conduta imposta. As crenças sobre o seu papel no mundo e sobre o parto refletem-se nas situações sócio-culturais vivenciadas na condição de mulher e parturiente.

As mulheres condicionadas desconhecem como funcionam seus corpos, seus direitos e os limites vivenciados naquele momento, reforçando a dependência de outro indivíduo, representado, nesse caso, pelo profissional de saúde. Mas, se não está claro para as mulheres quais seriam seus direitos e como elas podem reivindicá-los, fica difícil transpor a lacuna que lhes permitiriam o exercício da autonomia e o poder de decisão. A ausência da autonomia é demonstrada por vários aspectos que perpassam o desconhecimento em relação ao atendimento que lhes seria devido e ao papel que deveria ser exercido por quem as assiste (GRIBOSKI e GUILHEM, 2006).

Conforme Griboski e Guilhem (2006) existe ainda uma resignação em função do desconhecimento sobre o processo fisiológico do parto por parte das mulheres. Esta postura dá sustentação aos mecanismos de subordinação e opressão assumidos pelas mulheres no contexto hospitalar e, conseqüentemente, as leva a uma situação de vulnerabilidade feminina, refletida na ausência de seus direitos no processo parturitivo. Esse é apenas mais um dos reflexos decorrentes das práticas sociais de gênero, amplamente questionados pela bioética feminista.

Ainda na pesquisa realizada por Griboski e Guilhem (2006), mas agora com o profissional que realiza o parto, este se coloca como ator principal. A mulher atua como coadjuvante, o seu corpo transforma-se em objeto, ao invés de sujeito principal da ação. É nitidamente uma relação assimétrica, na qual o profissional de saúde exerce este papel, centrado no procedimento técnico. Nos discursos das puérperas persiste o desejo da participação no processo, decidindo-se por ajudar no parto. Porém, na visão dos profissionais de saúde, elas ainda dependem de sua assistência e, dessa forma, permanecem reféns da técnica. A autonomia da puérpera está garantida somente até o ponto em que ajude, não lhe sendo permitido

opinar sobre seu parto ou como a assistência está sendo prestada. Silencia-se, não pode gritar, permanece isolada, o corpo não lhe pertence, mesmo que fale, parece não estar sendo escutada. Para o profissional de saúde, o corpo da mulher é sua propriedade no ambiente hospitalar.

Para que a humanização aconteça, o MS (2001) preconiza um processo que inclua desde a adequação da estrutura física e equipamentos dos hospitais, até uma mudança de postura e atitude dos profissionais de saúde e das gestantes. A adequação física da rede hospitalar, para que a mulher possa ter um acompanhante durante o trabalho de parto, requer, além de boa vontade, investimentos.

Dessa forma, o MS (2001) recomenda a adoção de um conjunto de medidas de ordem estrutural, de capacitação técnica, gerencial e financeira, e de atitude ética e humana do profissional envolvido com a atenção, propiciando às mulheres um parto humanizado sob a orientação do princípio da medicina baseada em evidências.

As enfermeiras obstétricas são reconhecidas pela Organização Mundial da Saúde como profissionais com o perfil mais apropriado para intervir no parto normal sem distócia, ou seja, sem complicações (Portaria MS/GM 2.815, de 29 de maio de 1998). A enfermeira é eleita por ser o profissional de saúde que tem maior permanência nos hospitais e maternidades, podendo acompanhar as gestantes em tempo integral. Essa interação faz com que o parto e o nascimento do bebê sejam uma experiência positiva, um milagre de vida e não um salto no escuro (BRITO e SATO, 2002).

Percebe-se que as ações preconizadas pelo MS não são aplicadas efetivamente nas instituições de saúde, seja por conta do desconhecimento da equipe acerca das diretrizes, seja por não estarem ainda sensibilizados para a importância da prática na promoção da saúde e, talvez, por não reconhecerem isso como um dever profissional e um direito das mulheres.

Apesar do incentivo para a realização do parto normal e humanizado, verifica-se por meio dos dados retirados do Datasus (MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC) em 2007, que a porcentagem de cesárea no Rio Grande do Sul é de 51,9% do total de nascidos vivos, e que a cidade de Porto Alegre acompanha esta tendência, com 52,2% de partos cesárea. Já, em 2008, o número de cesarianas, em Porto Alegre, diminuiu para 47,7%, indo ao

encontro com o que o MS busca atingir. O número de cesárea recomendado pela OMS é 15% no máximo, estimulando o parto por via vaginal.

Para que o processo de mudança ocorra, torna-se necessário que os serviços de saúde passem a ser locais, em que as mulheres possam ser orientadas e esclarecidas sobre direitos sexuais, reprodutivos, tipos de parto, políticas de saúde e sobre ações que podem ser executadas durante o pré-natal, capacitando-as, assim, como agentes ativas nas mudanças e tomadas de decisão, a fim de minimizar o viés hierárquico do modelo assistencial e de gênero, presente na assistência prestada às mulheres no processo parturitivo. No entanto, para atingir o desejado pelas mulheres, elas também precisam se apropriar do conhecimento de seus corpos, de seus direitos e assumir o controle das ações que são impostas pelas políticas públicas, por meio da participação ativa na elaboração dessas políticas (GRIBOSKI e GUILHEM, 2006).

Tendo em vista a falta de informação sobre os benefícios do parto humanizado, tanto dos profissionais da saúde, quanto das próprias gestantes e de seus acompanhantes, existe a necessidade de um resgate da humanização da assistência às gestantes. Nesse processo, o acompanhante bem informado é uma peça fundamental para o sucesso de qualquer iniciativa que vise à consolidação do parto humanizado no SUS.

3.2 – A IMPORTÂNCIA DO ACOMPANHANTE

No Brasil, a participação do pai na sala de parto é fenômeno relativamente novo. De acordo com Carvalho (2001), a participação do pai na sala de parto nas maternidades particulares iniciou-se em meados da década de 1980, com os pais da classe média intelectual, sendo essa decisão absolutamente particular, dependendo de como a família e, principalmente, o futuro pai percebia seus próprios desejos e suas necessidades. Vale salientar que tais partos eram realizados em maternidades particulares, em que os pais tinham, e têm, maior poder de escolha. Já nas maternidades públicas, a participação no trabalho de parto começou a ser permitida e encorajada, a partir da década de 1990, sobretudo, naquelas que buscam atender de acordo com a filosofia do parto humanizado.

Nos dias atuais, as parturientes de todo o Brasil têm o direito à presença de um acompanhante durante todo o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS e da rede própria ou conveniada (Brasil. Lei nº 11.108/2005). Este direito foi estimulado por diversos acontecimentos, entre eles a Conferência sobre Tecnologia Apropriada para o Nascimento e Parto (Fortaleza, 1985), na qual a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomendou o livre acesso de um acompanhante, escolhido pela parturiente, no parto e puerpério. Essa recomendação, entre outras, foi baseada na revisão do conhecimento sobre o uso de tecnologia de nascimento que indica a contribuição dessa prática para o bem-estar da parturiente (BRUGGERMANN et al., 2005).

O suporte no trabalho de parto consiste na presença de uma pessoa que oferece conselhos, medidas de conforto físico e emocional, e outras formas de ajuda para a parturiente durante o trabalho de parto e parto, conforme Bruggermann et al. (2005):

A OMS recomenda o respeito à escolha da mulher sobre seus acompanhantes durante o trabalho de parto. A parturiente deve ser acompanhada por pessoas em que confia e com quem se sinta à vontade. Na literatura, o conceito de acompanhante tem sido utilizado para descrever o suporte por diferentes pessoas que possuem características muito distintas, de acordo com o contexto assistencial envolvido, podendo ser profissionais (enfermeira, parteira), companheiro/familiar ou amiga da parturiente, *doulae* mulher leiga designada para tal função.

Como expõem Klaus; Kennell e Klaus (2000) para a gestante ser deixada sozinha, durante este momento, não é apenas assustador, mas representa uma severa ameaça ao auto-conceito da mulher. Ser protegida é ser valorizada, em um momento de intenso egocentrismo e temor, pois o tipo de atendimento que uma mulher recebe, neste período de vulnerabilidade, é muito importante para a sua avaliação subsequente da experiência, para seu comportamento maternal posterior e para seu autoconceito.

Para Caron e Silva (2002), somente o fato de a mulher sentir-se cuidada e confortada, a sua experiência do parto poderá ser menos traumática, até porque, as mulheres não temem apenas a dor no parto, mas sentem medo em relação aos cuidados que receberão, uma vez que as experiências estão repletas de atendimento impessoal e distante.

Para Maldonado (1997), a paternidade constitui um momento de transição e de possibilidade de crescimento emocional. Quer-se evidenciar aqui que o homem está de algum modo, tomado pela experiência da gravidez e a forma como ele vivenciou esse período influencia a forma como ele lidará com a situação, durante o trabalho de parto.

Vale apontar que o trabalho de parto, de acordo com Soifer (1980), envolve todos os que o acompanham, num processo de intensidade emocional. Dessa forma, o homem, como genitor e parceiro da mulher, vive esse momento com toda a carga emocional. Este mesmo autor refere que a ansiedade e a experiência da dor provocam, no companheiro, vivências ansiogênicas que levam à sensação de angústia.

Lef (1997) complementa que o homem, ao acompanhar o trabalho de parto, pode experimentar sensação de impotência diante da dor.

Já Videla (1997) refere que, culturalmente, ao homem não é permitida a expressão de sentimentos, restando-lhe somente a possibilidade do silêncio. Dessa forma, não há espaço para as manifestações do homem, nesse momento, seja por negação cultural da expressão dos sentimentos, seja porque toda a atenção está voltada para a mulher.

Em uma pesquisa realizada por Motta (2005) observou-se que a orientação e o estímulo da equipe de enfermagem são fundamentais para ajudar o

acompanhante a interagir, pois proporcionam à parturiente, apoio emocional e físico e podem propiciar ao acompanhante sentir-se mais ativo e útil no trabalho de parto.

Klaus, Kennell e Klaus (2000) reconhecem a importância da presença do pai para a mulher, como uma figura que oferece conforto e carinho, compartilhando com ela a experiência íntima do nascimento do filho. A pesquisa de Carvalho (2001) demonstra, a partir de entrevistas com 11 mulheres, que a presença do pai traz satisfação e segurança à vivência do trabalho de parto. Essa autora aponta, ainda, a crença da parturiente de que o pai do bebê vai apoiá-la para que ela possa ultrapassar esse momento.

De maneira geral, a participação de um acompanhante escolhido pela parturiente é reconhecida pela Organização Mundial de Saúde (1996) e pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2001) como fator que promove saúde física e psíquica à parturiente. No entanto, a participação do pai ainda sofre limitações institucionais (Carvalho, 2001; Souza Pinto, 2001), não sendo fenômeno comum a todas as maternidades brasileiras.

3.3 – COMUNICAÇÃO EM SAÚDE

A comunicação entre as pessoas é algo fundamental para se buscar um parto mais humanizado. Todos têm de reivindicar seus direitos, sendo que um deles é o de acompanhar a gestante no momento do pré-parto, parto e pós-parto. Essa afirmação vai ao encontro do que diz Araújo e Cardoso (2007). Segundo elas, as pessoas não devem ser apenas destinatários de uma comunicação, mas interlocutores, serem levados em conta como quem tem o que dizer e quer ser escutado e considerado. Para que isso se torne realidade, porém, há a necessidade de pessoas que falem e busquem seus direitos e do outro lado pessoas que sejam canais e espaços de escuta.

Segundo essas autoras, o acesso às informações está cada vez mais informatizado e menos pessoal, não sendo muitas vezes adequada à maioria da população que usa o sistema de saúde público.

A comunicação funciona em forma de rede, o conhecimento é passado de uma pessoa a outra, formando assim uma rede de informação, que é multidirecional, multipolar e descentrada (ARAÚJO e CARDOSO, 2007).

O conhecimento é centrado na maioria das vezes em algumas pessoas que praticam de forma autoritária o seu poder científico, esquecendo que do outro lado há pessoas com sentimentos aflorados pelo momento que estão passando, seja ele de alegria, medo, dor, angústia, etc.

Quem tem o poder da fala são os profissionais da saúde restando a população ouvir quieta sem poder falar nada, apenas aceitar, pois lhe passa pela cabeça o medo que algo possa acontecer a gestante ou até mesmo ao bebê se esse for reivindicar seus direitos.

Essa é uma das razões para desenvolver este projeto, porque o acompanhante tem de perguntar, se fazer ouvir, tirar suas dúvidas com a equipe de saúde, e não ser um mero acompanhante, mas sim uma pessoa que vai poder interagir com a gestante e com a equipe de saúde, mas para isso esse acompanhante precisa ser orientado, através de materiais de comunicação claros e objetivos sobre seus direitos, deveres e obrigações neste momento tão especial para ele e para a gestante.

4 - METODOLOGIA

Tendo como base uma revisão bibliográfica sobre parto humanizado, será elaborado um questionário por meio de perguntas semi-estruturadas fechadas para caracterização da amostra, direcionado aos acompanhantes da gestante. O enfoque será as principais dúvidas que eles têm em relação ao pré-parto, parto e pós-parto. A aplicação será feita na sala de espera do Hospital Universitário da Ulbra Canoas (HU). As entrevistas serão gravadas e após transcritas na íntegra.

Atualmente, o HU atende aos pacientes do SUS (Sistema Único de Saúde) e iniciou recentemente o atendimento a alguns convênios. A estimativa é que 70% dos atendimentos sejam aos pacientes do SUS e 30% a pacientes particulares e convênios. O HU presta atendimento à população de Canoas e recebe muitos pacientes transferidos de outros hospitais públicos e postos de saúde, atendendo assim, até 176 municípios próximos, regulados pelo município. Por essa razão, esse trabalho será essencial para ajudar a fortalecer o SUS.

Após análise do questionário, serão criadas categorias relacionadas às perguntas.

Este trabalho será baseado na Resolução 196/96 que regulamenta questões éticas de pesquisa com seres humanos.

Todos os entrevistados receberão o termo de consentimento livre e esclarecido (apêndice 2) que trará as intenções do trabalho, assim como sua garantia de desistência em qualquer uma das etapas da pesquisa. Este projeto será apresentado ao Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Mãe de Deus o qual administra atualmente o Hospital da Ulbra em Canoas.

Para esse efeito, foi elaborado um questionário (apêndice 1), que será administrado ao acompanhante da gestante na sala de espera do hospital. O público alvo será escolhido aleatoriamente e o questionário será aplicado um dia por semana durante quatro meses.

5 - ORGANIZAÇÃO DOS RECURSOS

Os recursos materiais necessários ao desenvolvimento do projeto serão os seguintes:

MATERIAL	QUANTIDADE	VALOR
Pacote de folhas tamanho e modelo A4	01	R\$ 15,00
Caneta esferográfica azul	02	R\$ 3,00
Cartuchos pretos para impressora jato de tinta	01	R\$ 35,00
Passagem para deslocamento	64	R\$ 320,00
Encadernações	03	R\$ 36,00
VALOR TOTAL		R\$ 409,00

6 - CRONOGRAMA

	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6	Mês 7	Mês 8	Mês 9
Apresentação do Projeto a banca de avaliação	X								
Avaliação do Comitê de Ética		X	X						
Entrevista com os acompanhantes				X	X	X	X		
Análise das entrevistas								X	X
Escrita do relatório de pesquisa								X	X

7 - REFERÊNCIAS

BASILE, A. L. O & PINHEIRO, M. S. B. **Centro de Parto Normal: O Futuro no Presente.** São Paulo. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.816, de 29 de maio de 1998. Brasília.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei Nº 11.108 de abril de 2005. Brasília.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.815, de 29 de maio de 1998. Brasília.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 569, de 1º de Junho de 2000. Brasília.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher.** Brasília. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégias para redução de partos cirúrgicos. Brasília. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução RDC 36, de 03 de junho de 2008, a qual dispõe sobre o **Regulamento Técnico para Funcionários dos Serviços de Atenção Obstétrica Neonatal.** Diário Oficial da União, Brasília. 2008.

BRENES, A. C. **História da parturição no Brasil, século XIX.** Rio de Janeiro: Cad. Saúde Pública, v. 7, n. 2, abr./jun. 1991.

BRITO, I. P. M & SATO, R. **Parto Humanizado.** Rev. Coren. Paraná, n.1. 2002. Disponível em:< <http://www.corenpr.org.br/revista/.html>>. Acesso: 10 de out. 2009.

BRUGGERMANN, O. M.; PARPINELLI, M. A.; OSIS, M. J. D. **Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão da literatura.** Rio de Janeiro: Cad. Saúde Pública, v.5, n.21, p.1316-1327, set./out. 2005.

CARON, O.A.F.; SILVA, I.A. **Parturiente e equipe obstétrica: a difícil arte da comunicação.** Rev. Latino-Americana de Enfermagem, v.4 n.10, p. 485-92, jul./ago. 2002.

CARVALHO, M. L. M. **A participação do pai no nascimento da criança.** Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2001.

FAÚNDES, A.; CECATTI, J.G. **A operação Cesárea no Brasil: Incidência, Tendências, Causas, Consequências e Propostas de Ação.** Rio de Janeiro: Cad. Saúde Pública, v.7, n.2, abr./jun. 1991.

GRIBOSKI, R. A; GUILHEM, D. **Mulheres e profissionais de saúde: o imaginário cultural na humanização ao parto e nascimento.** Florianópolis: Texto & Contexto – Enfermagem, v.15, n.1, jan./mar. 2006.

KLAUS, M. H.; KENNEL, J. H. & KLAUS, P. H. **Vínculo: construindo as bases para um apego seguro e para a independência.** Porto Alegre: Artes Médicas. 2000.

LEF, J. R. **Gravidez: a história Interior.** Porto Alegre: Artes Médicas. 1997.

MALDONADO, M.T. **Psicologia da gravidez: parto e puerpério.** São Paulo: Saraiva. 1997.

MOTTA, C, C, L. **O pai no parto e apoio emocional: a perspectiva da parturiente.** Paidéia. Santa Catarina. 2005.

Organização Mundial da Saúde. Maternidade Segura, **Assistência ao parto normal: um guia prático, OMS/SRF/MSM.** 1996.

OSAVA, R. H. **Parto Humanizado: Importante mudança para a saúde.** São Paulo: Rev. Técnica de Enfermagem: Nursing, n.6, fev. 2003.

PICCININI, C. A, et al. **O envolvimento paternodurante a gestação.** Psicol. Reflex. Crit. 2004.

QUEIROZ, M. V. O, et al. **Cuidado de Enfermagem à puérpera em uma unidade de internação obstétrica: Perspectiva de humanização.** São Paulo: Rev. Baiana de Enfermagem, n.18. 2003.

REIS, A. E., PATRICIO, A. M. **Aplicação das ações preconizadas pelo Ministério da Saúde para o parto humanizado em um hospital de Santa Catarina.** Ciências da Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v. 10, set./dez. 2005.

SOIFER, R. **Psicologia da gravidez, parto e puerpério.** Porto Alegre: Artes Médicas. 1980.

SOUZA, P. C. M. **Parto com acompanhante: a experiência dos profissionais.** Dissertação de Mestrado. Universidade de São Paulo, São Paulo. 2001.

VIDELA, M. **Maternidade mito e realidade.** Buenos Aires: Nueva Vision. 1997.

Mulrow C.D. **The medical review article: state of the science.** Ann InternMed; 106: 185-8, 1987.

APÊNDICE 1

Questionário:

1 - Data:

2 –Nome do entrevistado:

3 –Idade do entrevistado:

4 - Estado civil:

5 - Grau de escolaridade do acompanhante:

6 – Qual o grau de parentesco com a gestante:

7 - A gestação foi planejada Sim () Não ()

8 – Qual a sua participação durante o pré-natal?

9– Você ou a gestante receberam alguma informação sobre como proceder na sala de parto de algum profissional da saúde?

10–Quais as principais dúvidas que você tem deste momento?

11–Você recebeu alguma informação sobre o parto humanizado?

12 – Você sabe quais são seus direitos em relação ao acompanhamento durante o trabalho de parto, parto e pós-parto, lei do acompanhante?

13 - Quais as informações que você acha importante ter antes do parto, parto e pós-parto para poder ajudar a gestante.

14 – O que essa experiência significou para você?

APÊNDICE2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convido você a participar do estudo intitulado:Parto humanizado: a importância da presença do acompanhante no pré-parto, parto e pós-parto.

Este projeto tem como objetivo conhecer a participação do acompanhante da parturiente no trabalho de parto, parto e pós-parto. Os resultados desse estudo serão úteis para ações de saúde quanto à inserção do acompanhante no processo de nascimento.

Sua participação neste projeto será através de entrevista gravada em MP3 pela autora do projeto num local reservado no hospital. As gravações serão transcritas e depois mantidas em posse do entrevistador durante 5 anos, e após este período serão destruídas. A não aceitação em participar do projeto de pesquisa não acarretará nenhum prejuízo ao atendimento da gestante e nem do recém-nascido neste hospital.

Ao assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido você terá garantido:

- o direito a receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento e a qualquer dúvida acerca dos assuntos relacionados com a pesquisa;
- liberdade de retirar seu consentimento e, a qualquer momento deixar de participar da pesquisa;
- garantia de que não será identificado quando da divulgação dos resultados e que os dados obtidos serão utilizados apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa;
- garantia da preservação do anonimato dos participantes, bem como, da confidencialidade dos dados.

Estando ciente de todos os procedimentos, concordo em participar da pesquisa.

Nome de identificação escolhida pela participante:

Porto Alegre, ____ de _____ de _____.

Em caso de dúvidas, esclarecimento e sugestões entrar em contato com:

Pesquisadora: CRISTIANA MARIA BALDO SILVANI – telefone (51) 84783324

Orientadora: MARCIELI RODRIGUES DE BRUM – telefone (51) 3377-6550

Comitê de ética Mãe de Deus – telefone (51) 3230-6087