



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

AMANDA SOUZA DE OLIVEIRA

**ANÁLISE DA INFLUÊNCIA DO APOIO PRESTADO PELO ACOMPANHANTE EM
SALA DE PARTO NA SATISFAÇÃO E RESULTADOS MATERNOS E NEONATAIS
DE PRIMÍPARAS**

FORTALEZA

2013

AMANDA SOUZA DE OLIVEIRA

ANÁLISE DA INFLUÊNCIA DO APOIO PRESTADO PELO ACOMPANHANTE EM
SALA DE PARTO NA SATISFAÇÃO E RESULTADOS MATERNOS E NEONATAIS DE
PRIMÍPARAS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará, Departamento de Enfermagem, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Promoção da Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Ana Kelve de Castro Damasceno.

FORTALEZA

2014

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca de Ciências da Saúde

O45a

Oliveira, Amanda Souza de.

Análise da influência do apoio prestado pelo acompanhante em sala de parto na satisfação e resultados maternos e neonatais de primíparas / Amanda Souza de Oliveira. – 2014.
79 f.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fortaleza, 2014.

Área de concentração: Promoção da Saúde

Orientação: Prof. Dra. Ana Kelve de Castro Damasceno.

1. Enfermagem. 2. Parto Humanizado. 3. Acompanhantes Formais em Exames Físicos. 4. Trabalho de Parto. I. Título.

CDD 610.73

AMANDA SOUZA DE OLIVEIRA

**ANÁLISE DA INFLUÊNCIA DO APOIO PRESTADO PELO ACOMPANHANTE EM
SALA DE PARTO NA SATISFAÇÃO E RESULTADOS MATERNOS E NEONATAIS
DE PRIMÍPARAS**

Dissertação submetida à Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Departamento de Enfermagem, da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Data da Aprovação: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Ana Kelve de Castro Damasceno (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará (Presidente)

Prof.^a Dr. Paulo César de Almeida
Universidade Estadual do Ceará (1º membro)

Prof.^a Dr.^a Kaelly Virginia de Oliveira Saraiva
Faculdade Terra Nordeste (2º membro)

Prof.^a Dr.^a Francisco Herlânio Costa Carvalho
Universidade Federal do Ceará (Suplente)

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelas inúmeras bênçãos e livramentos e por me ajudar a vencer esta grande jornada.

Aos meus pais, Iolita Souza e Francisco Antônio, pelo empenho, incentivo, amor, força, dedicação, ensinamentos e serem a minha base em todos os momentos.

Às minhas irmãs, Aline Souza e Alana Souza, e ao meu cunhado, Giampaolo, pelo incentivo, cuidado e exemplo de vida, que tanto contribuíram para meu crescimento profissional e pessoal.

Aos amigos, Jamile Lopes, Diego Jorge, Ana Carolina Maria, Ana Rita e Denise Cunha que estiveram comigo ao longo destes dois anos, nos momentos difíceis e também de muita alegria e diversão.

Às enfermeiras e amigas Fernanda Câmara e Liana Mara pelo apoio, amizade, grande auxílio, e empenho para a conclusão desta dissertação.

A integrante do projeto de pesquisa, Raylla, pelo grande auxílio na coleta de dados desta pesquisa.

À orientadora, professora Ana Kelve, pela amizade, compreensão, orientação, e toda experiência transmitida nesses anos de convivência. Muito obrigada por sempre estar pronta para me ouvir, pela paciência nas horas mais difíceis e por nunca desistir de me orientar.

Aos professores e funcionários do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFC.

A todos, que de alguma forma, contribuíram para a realização deste trabalho.

*“ A vida só pode ser compreendida olhando-se para trás;
Mas só pode ser vivida, olhando-se para frente.”*

Soren Kierkgaard

RESUMO

Introdução: O cuidado prestado à mulher durante o processo de nascimento vem passando por mudanças com vistas à humanização da assistência. Neste sentido, salta aos olhos à atual assistência oferecida à mulher, marcada pela medicalização e dominação do corpo, em detrimento do respeito ao fenômeno natural e fisiológico do parto. O processo de nascimento consiste em momento frágil e vulnerável, tornando imprescindível a participação do acompanhante no processo parturitivo. **Objetivos:** Analisar a influência do apoio prestado pelo acompanhante na satisfação de primíparas e nas variáveis do processo de parto e sobre os resultados maternos e neonatais, comparar os resultados maternos e neonatais acerca dos eventos do trabalho de parto e parto entre os grupos caso (com apoio por acompanhante de sua escolha) e controle (sem acompanhante) e comparar a satisfação da parturiente com a experiência do trabalho de parto e parto entre o grupo de caso e o grupo-controle. **Metodologia:** O estudo foi do tipo caso-controle, realizado com puérperas primíparas internadas no período de maio a outubro de 2013 no alojamento conjunto da Maternidade Escola Assis Chateaubriand. O grupo caso foram puérperas primíparas internadas que receberam acompanhante durante o parto e que não receberam apoio durante o parto por doulas. O grupo controle foram puérperas primíparas que não receberam acompanhante durante a sala de parto. A coleta de dados foi realizada através de formulário estruturado e formulários organizados no método auto-relato, que foram previamente testados com parturientes, e reformulados após avaliação. Foram incluídos na amostra 50 controles e 100 casos (total de 150 puérperas). Os dados foram analisados no programa estatístico SPSS, utilizando os testes adequados. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa da Maternidade Escola Assis Chateaubriand, segundo parecer de nº 253671. **Resultados:** A amostra consta de 150 puérperas, das quais tinham uma idade média de 23 anos, a maioria estava entre 20 e 29 anos (64; 42,7%), era proveniente da capital (105; 70,0%), eram casadas/união estável (100; 66,7%), com renda familiar de 1 a 2 salários mínimos (60; 40,0%) e tinham até 8 anos de estudo (67; 44,7%). Observou-se que a maioria das parturientes respondeu que o apoio do acompanhante foi muito importante (53,0%) tanto no trabalho de parto quanto tanto durante o parto (45,0%), a ajuda do companheiro foi bastante útil tanto no trabalho de parto (65,0%) quanto no parto (66,0%). A presença do acompanhante em sala de parto foi estatisticamente significativa nas seguintes variáveis: a presença de um acompanhante durante a assistência pré-natal ($p=0,05$), a duração média do trabalho de parto das gestantes ($p=0,01$), a realização de anestesia epidural ($p=0,01$), a dor sentida durante o trabalho de parto ($p=0,001$) e parto ($p=0,01$), a confiança durante o trabalho de parto ($p=0,001$) e parto ($p=0,001$), o medo durante o trabalho de parto ($p=0,001$), as expectativas da dor durante o trabalho de parto ($p=0,01$) e parto ($p=0,02$). **Conclusão:** O apoio por acompanhante escolhido pela parturiente associou-se a maior satisfação global das parturientes com a experiência do nascimento. Verifica-se, portanto, a importância de garantir o direito de participação do acompanhante durante o trabalho de parto e parto, respeitando assim a escolha de cada mulher durante o processo parturitivo.

Palavras-chaves: Enfermagem. Parto humanizado. Acompanhantes Formais em Exames Físicos. Trabalho de parto.

ABSTRACT

Introduction: The care provided to women during the birth process has changed over time with a view to humanization. In this sense, jumps out the current care provided to women, marked by domination and medicalization of the body at the expense of respect for the natural and physiological phenomenon of childbirth. The process of birth is to fragile and vulnerable time, making it essential to participate in the accompanying parturition process.

Methodology: The study was a case- control study with primiparous women interned in the period May to October 2013 in rooming Assis Chateaubriand Maternity kind. The case group were primiparous postpartum women admitted receiving companion during childbirth and who did not receive support by doulas during labor. The control group were primiparous postpartum women who did not receive a companion during the delivery room. Data collection was conducted through structured and organized forms on self-reporting method, which were previously tested with mothers, and reworked after evaluation form. Were included in the sample 50 cases and 100 controls (total of 150 postpartum women). Data were analyzed using SPSS program, using appropriate tests. The project was approved by the Ethics in Research Assis Chateaubriand Maternity Hospital, according to opinion n°. 253671.

Results: The sample consists of 150 postpartum women, which had an average age of 23 years, most were between 20 and 29 years (64; 42,7%) were from the capital (105; 70,0%), were married (100; 66,7%), with family income 1-2 minimum wages (60; 40,0%) and had up to 8 years (67; 44,7%). It was observed that most mothers responded that the support of the companion was very important (53,0%) both in labor as much during labor (45,0%), the partner's help was very useful both at work delivery (65,0%) and at delivery (66,0%). The presence of a partner in the delivery room was statistically significant in the following variables: the presence of a companion during prenatal care($p=0,05$), the average duration of labor of pregnant women ($p=0,01$), performing epidural anesthesia ($p=0,01$), the pain felt during labor ($p= 0,001$) delivery ($p= 0,001$), confidence during labor ($p= 0,001$) and delivery ($p= 0,001$), fear during labor ($p = 0, 001$), the expectations of pain during labor ($p = 0,01$) and delivery ($p = 0,02$). **Conclusion:** The support for companion chosen by the woman was associated with greater overall satisfaction of the parturient with the birth experience. There is, therefore, the importance of ensuring the right of participation of a companion during labor and delivery, and respecting the choice of each woman during the birth process.

Keywords: Nursing. Humanizing Delivery. Medical Chaperones. Labor Obstetric.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Distribuição das características sócio-demográficas das puérperas segundo a presença de um acompanhante no trabalho de parto e parto, Maio/Outubro, Fortaleza-CE, 2013.....	34
Tabela 2. Distribuição das variáveis da assistência ao pré-natal das puérperas segundo a presença de um acompanhante no trabalho de parto e parto, Maio/Outubro, Fortaleza-CE, 2013.....	37
Tabela 3. Distribuição das características sócio-demográficas dos acompanhantes em sala de parto, Maio/Outubro, Fortaleza-CE, 2013.....	40
Tabela 4. Distribuição das características obstétricas assistência pré-natal das puérperas segundo a presença de um acompanhante no trabalho de parto e parto, Maio/Outubro, Fortaleza-CE, 2013.....	42
Tabela 5. Distribuição das variáveis dos recém-nascidos registradas no prontuário características sócio-demográficas segundo a presença de um acompanhante no trabalho de parto e parto, Maio/Outubro, MEAC/CHU/UFC, Fortaleza-CE, 2013	44
Tabela 6. Distribuição das variáveis do grau de satisfação durante o trabalho de parto e parto das puérperas segundo a presença de um acompanhante no trabalho de parto e parto, Maio/Outubro, Fortaleza-CE, 2013.....	47
Tabela 7. Distribuição das variáveis relacionadas à presença de um acompanhante no trabalho de parto e parto das puérperas, Maio/Outubro, Fortaleza-CE, 2013	55

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AME	Aleitamento Materno Exclusivo
AC	Alojamento Conjunto
CPN	Centros de Partos Normais
CHU	Complexo Hospitalar Universitário
DNCR	Departamento Nacional da Criança
MEAC	Maternidade Escola Assis Chateaubriand
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAISM	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNHAH	Programa de Humanização da Assistência Hospitalar
PHPN	Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
PNH	Política Nacional de Humanização
PSMI	Programa de Saúde Materno-Infantil
RN	Recém-nascido
ReHuNa	Rede de Humanização do Parto e Nascimento
SP	Sala de Parto
SISPRENATAL	Sistema de Informação do Pré-natal
SUS	Sistema Único de Saúde
UFC	Universidade Federal do Ceará
UBS	Unidades Básicas de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	OBJETIVOS	14
3	REVISÃO DE LITERATURA	15
3.1	A História da assistência ao parto no contexto das políticas públicas de atenção à saúde da mulher	15
3.2	O Cuidado de Enfermagem no Trabalho de Parto e parto	21
3.3	Evidências científicas sobre a presença do acompanhante como suporte no trabalho de parto e parto	24
4	METODOLOGIA	28
4.1	Tipo de estudo	28
4.2	Período e local de estudo	28
4.3	Seleção dos sujeitos	28
4.4	Variáveis do estudo	29
4.5	Coleta e análise dos dados	32
4.6	Aspectos éticos do estudo	33
5	Resultados e discussão	34
6	Conclusão	58
	REFERÊNCIAS	61
	APÊNDICES	69
	ANEXOS	75

1 INTRODUÇÃO

O cuidado prestado à mulher durante o processo de nascimento vem passando por mudanças com vistas à humanização da assistência. Neste sentido, salta aos olhos a atual assistência oferecida à mulher, marcada pela medicalização e dominação do corpo, em detrimento do respeito ao fenômeno natural e fisiológico do parto.

A maneira como se configura o nascimento trouxe maior segurança no binômio mãe-filho, no entanto acarretou uma falta de orientação e participação da mulher nesse processo, a falta de vínculo com o profissional de saúde que a assiste, a falta de apoio familiar que ela necessita contribui para uma experiência de parto insatisfatória (TELES, 2011).

Nos dias atuais, as altas taxas de cesáreas e os altos índices de mortalidade materna e perinatal despertam atenção das políticas públicas voltadas à mulher no período intraparto a fim de se reconstruir uma assistência mais humanizada. Sendo os profissionais de saúde de suma importância nesse processo da humanização do parto e nascimento.

O processo de nascimento é um período de transição fisiológica e social marcante para a mulher, porém associado a sentimentos de ansiedade, alegria, tristeza e medo. Consiste em momento frágil e vulnerável, tornando imprescindível a participação do acompanhante no processo parturitivo (PERDOMINI; BONILHA, 2011).

No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) reconhece os benefícios e a ausência de riscos associados à inserção do acompanhante, e recomenda que todos os esforços devam ser realizados para garantir que toda parturiente tenha uma pessoa de sua escolha para encorajá-la e dar-lhe conforto durante todo o processo do nascimento (BRASIL, 2005a).

Mesmo antes dessa recomendação, algumas maternidades permitiam a presença do acompanhante de escolha da parturiente durante o processo do nascimento (SANTOS; SIEBERT, 2001). Entretanto, em muitos serviços, essa prática ainda não é adotada (HODNETT *et al.*, 2011; BRUGGEMANN; OSIS; PARPINELLI, 2007).

Reconhecendo a importância do acompanhante, houve a sanção da Lei nº 11.108, em abril de 2005 (BRASIL, 2005a), resultado de vários esforços, especialmente da Rede de Humanização do Parto e Nascimento (ReHuNA). A vigência dessa lei, porém, não assegura a sua implementação nos serviços de saúde. De fato, inicia-se um processo de reorganização

dos serviços de saúde e dos profissionais de saúde para vivenciarem essa prática. A inserção do acompanhante, escolhido pela parturiente, para lhe dar apoio no processo do nascimento, é uma intervenção comportamental que mobiliza a opinião dos profissionais e das pessoas escolhidas para desempenharem esse papel.

Sua presença oportuniza apoio contínuo e contribui para amenizar a ansiedade e as sensações de angústia e medo. As parturientes que recebem apoio emocional no trabalho de parto e parto apresentam resultados perinatais mais positivos do que as que não recebem tal acompanhamento (HODNETT *et al.*, 2011).

Em estudo de meta-análise para avaliar os efeitos do apoio contínuo no parto em primíparas, analisando sete ensaios clínicos publicados entre 1965 e 1995, evidenciou-se a redução de 2,8 horas da duração do trabalho de parto (IC 95%; 2,2-3,4) nas mulheres que receberam o suporte. Esse procedimento aumentou a possibilidade do parto vaginal espontâneo (RR= 2,01; IC= 95%; 1,5-2,7), e reduziu a frequência de uso de ocitócitos (ZHANG *et al.*, 1996).

A presença de um acompanhante em sala de parto foi associada à redução da necessidade do uso de medicação para alívio da dor, da cesariana, do parto vaginal assistido e do índice de APGAR inferior a sete no quinto minuto. Estudo ainda evidencia que a sua presença aumenta a probabilidade da mulher sentir-se satisfeita com seu próprio processo de parturição, vivenciando-o satisfatoriamente (ENKIN *et al.*, 2005).

Uma das recentes evidências aponta que o apoio reduz o uso da analgesia regional/anestesia, as taxas de parto vaginal operatório e de cesarianas, já insatisfação ou percepção negativa da mulher sobre o nascimento diminui o número de partos vaginais espontâneos. Uma análise mais específica sobre as características do suporte mostra que os maiores benefícios são observados quando o provedor não faz parte do corpo de funcionários do hospital, inicia-se no começo do trabalho de parto, e a instituição não dispõe de anestesia epidural de rotina (HODNETT *et al.*, 2005).

Na América Latina, os dados sobre essa prática são escassos. Em levantamento realizado com 311 mulheres argentinas em Buenos Aires e Rosário, apenas 5,8% e 7,2% delas, tiveram apoio durante o trabalho de parto e parto, respectivamente. No Uruguai e Argentina somente três de 16 hospitais (18,5%) adotaram essa prática (BELIZÁN *et al.*, 2005).

Dados de uma pesquisa com 105 puérperas, sobre a experiência do nascimento, mostram que 100,0% delas receberam algum tipo de apoio durante o trabalho de parto e parto. Ele foi frequentemente provido pela mãe (33,4%) ou pelo marido/parceiro (19,0%). Ao averiguar o grau de importância dado pelas puérperas à presença de um acompanhante durante o processo de parto, 87 (82,8%) consideraram ser o acompanhante muito importante, 17 (16,2%) julgaram ser importante e 1 (1,0%) classificou-o como pouco importante (TELES *et al.*, 2010).

No entanto, a rotina de não permitir acompanhante durante o trabalho de parto, supostamente baseada no receio de que ele poderia introduzir infecções ou interferir nas atividades dos profissionais, é ainda amplamente praticada nos países em desenvolvimento. Diferente da introdução deliberada de intervenções médicas, políticas assistenciais que visem a permitir ou fornecer acompanhamento durante o trabalho de parto, podem ser de difícil execução (HOFMEYR, 2005). Neste sentido, a definição clara dos benefícios do apoio poderia representar um estímulo considerável para a sua efetivação.

No Brasil, a inserção do acompanhante de escolha da parturiente, além de outras recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) para a assistência ao parto, baseadas em evidências científicas, é considerada referência para a implantação do parto humanizado nos serviços de saúde (OMS, 1996; ANVISA, 2008). Elas têm sido amplamente divulgadas junto aos profissionais de saúde e maternidades. Entretanto, na prática assistencial, a implementação dessas recomendações realizam-se de forma lenta, gradativa e seletiva.

Especificamente em Fortaleza, algumas maternidades aderiram a Lei do Acompanhante. A Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC) foi a primeira maternidade cearense a receber acompanhantes em sala de parto. Em julho de 2007, a MEAC inaugurou o Centro de Parto Humanizado, o qual conta com nove apartamentos reformados e equipados para atendimento individual à parturiente e ao recém-nascido, além de sala de repouso para os profissionais, sala de observação e centro neonatal.

Embora a presença dos acompanhantes seja uma realidade no cotidiano da MEAC, instituição onde se realizou o estudo, a unidade não dispõe de registros sistemáticos relativos à prática do acompanhante no trabalho de parto e parto, não sendo possível realizar uma avaliação do serviço em relação a essa proposta.

Diante do exposto algumas perguntas ainda precisavam ser respondidas: Qual é a satisfação da clientela atendida em relação a essa prática? O acompanhante de fato contribui para uma vivência mais gratificante do trabalho de parto e parto? A presença do acompanhante afetou nas variáveis do parto?

A discussão do suporte emocional se inscreve num debate mais amplo sobre os modelos de atenção ao parto existente atualmente, sobre a busca do uso apropriado de tecnologias na assistência ao parto e nascimento, e sobre a necessidade de implantação de práticas assistenciais que propiciem a satisfação da clientela com a atenção recebida.

É fundamental, portanto, ampliar a produção científica nacional nessa área temática, contribuindo para a implantação de serviços de atenção ao parto menos intervencionistas, orientados pelas evidências científicas, voltados para as necessidades da clientela, e que atuem na perspectiva de propiciar a vivência do trabalho de parto, parto e nascimento como experiências positivas e enriquecedoras.

2 OBJETIVOS

Objetivo geral

✓ Analisar a influência do apoio prestado pelo acompanhante na satisfação de primíparas e nas variáveis do processo de parto e sobre os resultados maternos e neonatais.

Objetivos específicos

✓ Comparar os resultados maternos e neonatais acerca dos eventos do trabalho de parto e parto entre os grupos caso (com apoio por acompanhante de sua escolha) e controle (sem apoio por acompanhante).

✓ Comparar a satisfação da parturiente com a experiência do trabalho de parto e parto entre o grupo de caso e o grupo-controle.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 A História da assistência ao parto no contexto das políticas públicas de atenção à saúde da mulher

As mulheres constituem a maioria da população brasileira (50,77%) e as principais usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS), frequentam os serviços de saúde não apenas para o seu próprio atendimento, mas como acompanhante de crianças, de familiares, de pessoas idosas, com deficiência, entre outros (BRASIL, 2011b).

Historicamente, as primeiras políticas públicas de atenção a saúde da mulher no Brasil tiveram como enfoque a proteção à maternidade e à infância, tendo a institucionalização da proteção de saúde materno-infantil iniciada com a reforma sanitária de Carlos Chagas, na década de 20 (TYRRELL; CARVALHO, 1995).

Historicamente a assistência ao parto consistia de práticas eminentemente femininas, onde estavam incluídas, pelo menos, a grávida e a parteira. As parteiras eram reconhecidas na sociedade como pessoas com saber importante e necessário, embora necessitassem de fundamentação científica de suas práticas assistenciais. Assim, os acontecimentos na vida da mulher sucediam-se na sua residência, onde elas trocavam conhecimentos e descobriam afinidades, sendo considerada incômoda à presença masculina durante a parturição (MARTINS, 2011).

Após a Segunda Guerra Mundial, o parto no Brasil foi tornando-se, progressivamente, institucionalizado. Neste mesmo período, a Medicina incorporou novos conhecimentos e habilidades nos campos da assepsia, cirurgia, anestesia, hemoterapia e antibioticoterapia, diminuindo de forma significativa os riscos hospitalares e ampliando as possibilidades de intervenção, o que contribuiu para o aumento progressivo de operações cesarianas (TANAKA, 1995).

A partir da segunda metade do século XX, iniciou-se a intensificação da hospitalização do parto, permitindo a medicalização e o controle do período gravídico-puerperal, onde vários atores passavam a conduzir esse momento (MOURA, 2007). Esse fato favoreceu a submissão da mulher que deixou de ser protagonista do processo parturitivo.

O primeiro órgão governamental voltado exclusivamente para o cuidado da saúde materno-infantil foi o Departamento Nacional da Criança (DNCR), criado em 1940. Suas diretrizes de trabalho visavam integrar os planos e as atividades de proteção à maternidade, à infância e à adolescência, em órgãos públicos e privados, com os programas de saúde pública em geral. O DNCR associou seu projeto educativo à puericultura, enfatizando não só os cuidados com as crianças, mas também com as mães, no que se referia à gravidez e amamentação (BRASIL, 1940c). Em 1953, foi criado o Ministério da Saúde, que coordenou, em nível nacional, a assistência materno-infantil.

Durante o período do Estado Novo, a atenção à saúde materno-infantil seguiu a tendência geral das políticas deste período: esteve inserida no modelo centralizador, concentrado nas ações de puericultura, e voltada para as camadas urbanas mais pobres. No final dos anos 50 e início da década de 60, essa proteção foi perdendo importância para a prioridade que passou a ser dada ao combate às moléstias endêmicas rurais e, em 1969, o DNCR foi extinto (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005).

Em 1971, foi elaborado o documento: Diretrizes Gerais da Política Nacional de Saúde Materno-Infantil, o qual previa programas de assistência ao parto, ao puerpério, à gravidez de alto risco, ao controle das crianças de zero a quatro anos de idade, ao estímulo ao aleitamento materno e nutrição (BRASIL, 1971d). Em 1975, surge o Programa de Saúde Materno-Infantil (PSMI), o qual retomava a ênfase com a nutrição do grupo infantil, gestantes, parturientes, puérperas e mulheres em idade fértil (BRASIL, 1975e).

É evidente a importância da hospitalização do parto para a redução da mortalidade materna e neonatal, assim como para a diminuição de riscos e complicações para o binômio mãe-filho. No entanto, a mulher teve que pagar um preço alto por isso, a desumanização. O papel da mulher como sujeito foi transformado em objeto, sendo esta um agente passivo no processo de parto.

O modelo tecnocrático foi amplamente adotado no mundo ocidental e caracterizava-se por: foco da atenção no corpo, institucionalização do parto, utilização acrítica de novas tecnologias, incorporação de grande número de intervenções, e acaba por atender, preferencialmente, à conveniência dos profissionais de saúde. Uma consequência dessa concepção são as altas taxas de cesarianas, de episiotomias, de uso de ocitocina sintética e outras intervenções desnecessárias durante esse período (CAUS *et al.*, 2012).

Diante deste cenário, a partir da década de 80, ocorreu um movimento mundial a favor da humanização do parto e nascimento, uma preocupação crescente na introdução de novos paradigmas que considerassem e valorizassem o ser humano em sua totalidade, e que estimulassem os profissionais de saúde a repensarem suas práticas (DINIZ, 2005). Assim, uma série de propostas alternativas ao modelo de atenção vigente surgiu durante esses anos.

Em 1993, nasceu a ReHuNa (Rede de Humanização do Parto e do Nascimento), enquanto rede articuladora de estudos e de propostas críticas do modelo de assistência médica ao nascimento vigente no país. De acordo com dados estatísticos, a realidade do modelo "tecnocrático-hospitalar" (DAVIS-FLOYD, 2009) não parece ter se transformado muito, porque o país ainda enfrenta o alto número de cesáreas e a polêmica ao redor de um conjunto de procedimentos médicos realizados no momento do parto, já há certo tempo questionado pela medicina baseada em evidências (Biblioteca Cochrane) (CARNEIRO, 2013).

Em 1996, a Organização Mundial de Saúde (OMS) atualizou estas recomendações através da publicação *Care in Normal Birth: a practical guide*, onde foram especialmente valorizadas as metanálises da Cochrane Collaboration e outros estudos consistentes, seguindo-se critérios da medicina baseada em evidências (OMS, 1996). Neste relatório, as práticas relacionadas ao parto normal foram classificadas em quatro categorias: as práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas, as práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser evitadas, as práticas sem evidências suficientes para apoiar uma recomendação e que devem ser utilizadas com cautela até que mais pesquisas esclareçam a questão, as práticas frequentemente utilizadas de modo inadequado.

De acordo com Jakobi (2008) há 30 anos o Brasil detém a liderança mundial dos partos cesarianos, realizando até 558 mil cirurgias desnecessárias, o que resulta num gasto de R\$ 83,4 milhões e a ocupação de, aproximadamente, 1.653 leitos a cada dia. Um gasto que poderia ser usado para melhorar outras áreas do tratamento das mães e dos bebês ou para financiar pesquisas na área obstétrica.

Dados do MS apontam para uma situação alarmante: em 2010, o Brasil registrou mais cesarianas do que partos normais. Enquanto em 2009 o país alcançava a sigla de 50,0% de partos cesáreos, em 2010, a taxa subiu para 52,0%. Na rede privada, o índice de partos cesáreos chega a 82,0%, contra 37,0% na rede pública. A OMS recomenda que essa taxa fique em torno de 15,0% (BRASIL, 2010m).

O conceito de atenção humanizada é amplo e pode contemplar vários significados, mas a partir de sua aplicação ao contexto da assistência obstétrica e neonatal, envolve um conjunto de conhecimentos, práticas e atitudes que visam à promoção do parto e do nascimento saudáveis e à prevenção da morbimortalidade materna e perinatal. Inicia-se no pré-natal e procura garantir que a equipe de saúde realize procedimentos comprovadamente benéficos para a mulher e o bebê, que evite as intervenções desnecessárias e que preserve a privacidade e a autonomia desses sujeitos (BRASIL 2010f).

Algumas políticas formuladas pelo MS foram importantes para orientar e regulamentar as transformações no cenário da atenção ao parto e nascimento. Criados pelo MS em 1998 por meio da Portaria GM 985/99, os Centros de Partos Normais (CPN) são voltados à assistência ao parto normal fora do ambiente cirúrgico e procuram valorizar a fisiologia do parto normal, a presença do acompanhante e o contato precoce da mãe com o recém-nascido (RN). Os CPN constituem-se em unidades de saúde que prestam um atendimento humanizado e de qualidade exclusivamente ao parto normal sem distócias, podendo atuar física e funcionalmente integrados a um estabelecimento assistencial de saúde, sendo uma unidade intra-hospitalar ou extra-hospitalar. O estímulo ao parto normal e a delimitação das ações assistenciais de médicos e enfermeiros estão entre os fundamentos da filosofia desses serviços (BRASIL, 1999n).

Para entender melhor os sentidos da humanização na atenção a partos e nascimentos, é importante conhecer os princípios da Política Nacional de Humanização (PNH) do MS, que orienta as ações de humanização promovidas nesse âmbito, os diferentes modelos de atenção obstétrica e algumas implicações práticas que são oriundas dessas reflexões (BRASIL, 2010f).

A PNH conceitua humanização como a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde (usuários, trabalhadores e gestores), enfatizando: a autonomia e o protagonismo desses sujeitos, a co-responsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão (BRAGA, 2012). Assim, pressupõem mudanças simultâneas no modelo de atenção e no modelo de gestão, tendo como foco as necessidades dos cidadãos e a produção de saúde.

Dando continuidade ao movimento pelo parto humanizado no Brasil, houve ainda a criação do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) e o Programa de

Humanização dos Hospitais em 2000. Em Fortaleza aconteceu, em 2000, a Conferência Internacional pela Humanização do Parto. Em 2005, no Rio de Janeiro, aconteceu a segunda edição da Conferência promovida pela ReHuNa demonstrando que o Brasil está inserido no âmbito internacional em defesa desta causa (DINIZ, 2005).

Com a implantação do PHPN, o MS buscou reduzir as altas taxas de morbidade e mortalidade materna e perinatal, procurando assegurar o acesso, a melhoria da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, puerpério e neonatal assim como potencializar e ampliar as ações já adotadas pelo governo na área de atenção à gestante, como os investimentos nas redes estaduais de assistência à gestação de alto risco, o incremento do custeio de procedimentos específicos e outras ações, como o Projeto de Capacitação de Parteiras Tradicionais, do financiamento de cursos de especialização em Enfermagem Obstétrica e a realização de investimentos nas unidades hospitalares integrantes destas redes (BRASIL, 2004i).

O Programa fundamentou-se no direito à humanização da assistência obstétrica e neonatal. A humanização aqui compreende dois aspectos fundamentais. O primeiro refere-se ao dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido, através de atitudes éticas e solidárias por parte dos profissionais de saúde e de organização da instituição de modo a criar um ambiente acolhedor. O segundo se refere à adoção de medidas e procedimentos claramente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias.

Em 2002, o MS publicou o Manual do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, dando início aos programas de humanização da assistência na rede pública de saúde, e incitou os hospitais da rede supletiva a adotarem medidas humanizadoras para a satisfação da clientela feminina, que envolvia: estimular a mulher a participar ativamente das decisões, escolherem a posição para parir, utilizar água morna como mecanismo não farmacológico de alívio à dor, ter liberdade para movimentar-se, ser massageada (se desejar), fazer exercícios e ser assistida por alguém treinado para oferecer as orientações que se fizerem necessárias (MERIGHI; GUALDA, 2009).

Ainda na perspectiva da humanização do parto e nascimento, em 7 de abril de 2005, foi aprovada pelo Congresso Nacional a Lei nº11.108, que altera a Lei nº 8.080 (Lei Orgânica do SUS), 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). Assim, os serviços da rede SUS (própria ou conveniada), ficam obrigados a permitir a presença de um acompanhante indicado pela parturiente a estar durante todo o processo de parto (BRASIL, 2005a).

Mais recentemente, em junho de 2011, o MS lançou a Portaria nº 1459, que institui no âmbito do SUS, a Rede Cegonha. A Rede Cegonha é uma estratégia inovadora que visa implementar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério e às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2011). Esta estratégia tem a finalidade de estruturar e organizar a atenção à saúde materno-infantil no país e está sendo implantada, gradativamente, em todo o território nacional, iniciando sua implantação respeitando o critério epidemiológico, taxa de mortalidade infantil e razão mortalidade materna e densidade populacional. A organização da Rede Cegonha está estruturada dentro de quatro componentes: o pré-natal, o parto e nascimento, o puerpério e a atenção integral à saúde da criança e sistema logístico (transporte sanitário e regulação). Em relação ao pré-natal o custeio é de 100,0%, garantindo-se o fornecimento de kits para as Unidades Básicas de Saúde (UBS) bem como para as gestantes, além de garantia de todos os exames indicados durante o acompanhamento da gestação (BRASIL, 2011).

Essa iniciativa está embasada na humanização e assistência às mulheres, aos recém-nascidos e às crianças, na qual se reafirmam os direitos a: ampliação do acesso, acolhimento e melhoria da qualidade do pré-natal, transporte tanto para o pré-natal quanto para o parto, vinculação da gestante à unidade de referência para assistência ao parto, realização de parto e nascimento seguros, através de boas práticas de atenção, acompanhante no parto, de livre escolha da gestante, atenção à saúde da criança de 0 a 24 meses com qualidade e resolutividade, acesso ao planejamento reprodutivo (BRASIL, 2013q).

Percebe-se assim, que as políticas de atenção à saúde da mulher adotadas no Brasil percorreram um longo caminho até compreender e atender a mulher de forma integral e humanizada, em todas as fases do seu ciclo vital. No entanto, as políticas adotadas pelo MS nem sempre estão contidas nas rotinas das instituições de saúde. Além disso, identifica-se a necessidade de novas ações que possibilitem uma atuação sobre outras áreas estratégicas da saúde da mulher, não se limitando a sua saúde reprodutiva.

A Obstetrícia no Brasil, nas últimas décadas, vem incorporando a humanização em sua prática obstétrica, conferindo à mulher o papel de sujeito durante o parto: assistindo-a de maneira holística, levando em conta as necessidades e anseios que a acompanham durante este período (TELES, 2011).

Observa-se assim, a evolução do incentivo ao parto humanizado no Brasil. É evidente que muitas dessas políticas e recomendações ainda se distanciam da realidade de algumas instituições de saúde, no entanto, cabe aos profissionais de saúde tomarem ciência das novas evidências científicas nessa área, percebendo a mulher como sujeito do processo de parto e priorizarem o natural e fisiológico ao intervencionista e invasivo.

3.2 O Cuidado de Enfermagem no trabalho de parto e parto

A assistência de Enfermagem à mulher acompanha todos os ciclos vitais, incluindo a fase reprodutiva. A enfermeira é responsável desde o acompanhamento pré-natal, passando pela assistência ao parto e, posteriormente, pela consulta puerperal. Estas atividades estão amparadas pela Lei nº7498 de 25 de julho de 1986, que dispõe sobre a regulamentação do exercício de Enfermagem: cabe à enfermeira realizar consulta de Enfermagem e prescrição da assistência de Enfermagem; como integrante da equipe de saúde: prescrever medicamentos, desde que estabelecidos em Programas de Saúde Pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde; oferecer assistência de Enfermagem à gestante, parturiente e puérpera e realizar atividades de educação em saúde (PINHO *et al.*, 2011).

O papel do enfermeiro no pré-natal é amplo, sendo este responsável por ações voltadas para prevenção e detecção precoce de complicações, de forma a manter a saúde da gestante e do conceito e por ações de cunho educativo, como os cursos de gestante, enfatizando questões como alimentação, preparo para o parto, cuidados com o recém-nascido e incentivo ao aleitamento materno. Dessa forma, o profissional de Enfermagem deve ser um instrumento para que a cliente adquira autonomia no agir, aumentando a capacidade de enfrentar situações de estresse, de crise e decida sobre a vida e a saúde.

A atenção ao parto, como citado anteriormente, também é uma das competências do enfermeiro. Nas últimas décadas, a Enfermagem Obstétrica vem buscando integrar em seu cotidiano um modelo de assistência que melhor atenda às necessidades de cuidados das

parturientes pautado nos princípios científicos, humanísticos, éticos e político-sociais em substituição ao modelo biomédico. Além disso, houve uma preocupação na prestação de cuidados de Enfermagem baseada em evidências científicas e o uso do processo de Enfermagem como metodologia para a prática e documentação em Enfermagem, permitindo uma melhora da assistência, maior segurança para identificar o estado de saúde e ou problemas, fazer o planejamento, implementar as intervenções e realizar a avaliação da assistência de Enfermagem (PROGIANTI; COSTA, 2008).

A atenção de Enfermagem ao parto deve optar pelo modelo holístico de assistência, sendo a relação cliente-profissional caracterizada pela promoção do acolhimento e do cuidado integral, utilizando não apenas métodos propedêuticos para identificação de sinais e sintomas clínicos, mas incluindo um processo dialógico em suas ações, de forma a compreender as necessidades psíquicas, culturais e sociais da mulher (GONÇALVES *et al.*, 2011).

Para o satisfatório desenvolvimento do trabalho de parto, é necessário o bem estar físico e emocional da mulher. O respeito à privacidade, à segurança e ao conforto, por meio de uma assistência humana e de qualidade, aliado ao apoio familiar durante a parturição, transforma o nascimento num momento único e especial.

As atividades de apoio durante o trabalho de parto são de suma importância para a humanização deste período e podem ser classificadas em quatro categorias: suporte emocional (encorajar, tranquilizar e estar presente continuamente); medidas de conforto físico (massagens, compressa fria, exercícios respiratórios e pélvicos); suporte de informações (orientações, instruções e conselhos) e defesa (interpretar os desejos do casal frente aos profissionais do hospital e agir em favor do mesmo) (HODNETT, 2002).

A presença de um acompanhante durante o processo de parto, como citado anteriormente, é um direito garantido através da lei nº. 11.108 sancionada em abril de 2005. No entanto, a aplicabilidade desta lei requer uma reorganização das instituições e profissionais de saúde.

De maneira geral, os profissionais de saúde possuem receio e idéias pré-concebidas negativas sobre a presença do acompanhante no contexto do nascimento. Araújo (2011) lembra que normatizações bem intencionadas, se implantadas de forma descuidada e descontextualizada, acabam ferindo os próprios princípios relativos aos direitos humanos.

De forma contrária, os profissionais devem acolher e interagir com o acompanhante, fornecendo orientações necessárias para que ele desempenhe o papel de provedor de suporte e, conseqüentemente, tenha uma participação ativa e contribuição positiva durante o parto.

O processo de humanização do parto pretende estender o diálogo com os profissionais de saúde sobre a violência institucional e a realização de práticas abusivas sem evidências científicas que são aplicadas à parturiente. Dessa forma, o uso de práticas como deambulação, presença do acompanhante, restrição do uso rotineiro de ocitocina e episiotomia provocam divergências entre os membros da equipe de saúde (SILVA *et al.*, 2012). É indispensável que a equipe na atenção obstétrica seja capacitada e sensibilizada a trabalhar em conjunto e superar conflitos, a fim de que sejam respeitados os desejos das mulheres acolhidas no serviço.

A atuação do enfermeiro na assistência ao parto normal ganhou força em nosso meio a partir da discussão dos resultados do modelo médico de atenção e do exemplo da atuação das enfermeiras obstetras em países europeus, como na Holanda (DIAS; DESLANDES, 2006). Em 1996, a OMS publicou um guia prático: “Assistência ao Parto Normal”, onde conceitua o parto normal e a humanização do parto e cita o enfermeiro obstetra como um personagem de destaque, sendo esta uma profissional qualificada para assistir ao parto, contribuindo para a humanização da assistência (SILVA; SERRANO; CRISTOFELL, 2006; NONATO, 2007).

Assim a humanização no parto veio resgatar o respeito aos aspectos da fisiologia feminina, sem intervenções desnecessárias, o reconhecimento dos aspectos sociais e culturais do parto e nascimento e a oferta de suporte emocional à mulher e a sua família, garantindo os direitos de cidadania. Assim, durante o trabalho de parto, o enfermeiro deve incentivar a deambulação, realizar técnicas de massagem e relaxamento, prestar apoio emocional, acolher o acompanhante e envolvê-lo ativamente no processo de parto e entender a mulher em todos os seus aspectos, enfocando-a como protagonista deste período

3.3 Evidências científicas sobre a presença do acompanhante como suporte no trabalho de parto e parto

Historicamente, a experiência de dar a luz era compartilhada somente entre as mulheres e agregava inúmeros significados culturais, possibilitando-lhes apenas conversar livremente sobre o assunto, identificando-se umas com as outras em suas experiências e preocupações.

Nesse sentido, a gestação e o parto, como eventos naturais e fisiológicos, fazem parte da vida sexual e reprodutiva da mulher e deve ser acompanhada de maneira favorável e não invasiva, possibilitando que a parturiente tome posse do seu trabalho de parto de forma ativa (PROGIANTI; MOUTA, 2009).

Os acompanhantes são responsáveis por abordar, junto às parturientes, aspectos emocionais (encorajamento e tranquilização), físicos (medidas de conforto) e informacionais (orientações e esclarecimento de dúvidas) (TELES, 2011). Dentre as atividades observadas, o acompanhante permanece ao lado da parturiente segurando sua mão, realizando massagens, auxiliando no banho e na deambulação e encorajando-a durante todo trabalho de parto e parto desde a fase latente ao período expulsivo e posteriormente no puerpério. As atividades de suporte variam de acordo com as necessidades, desejos e cultura da mulher.

O MS do Brasil norteia-se nas recomendações de práticas relatadas em estudos baseados em evidências científicas. Tais estudos apontam que o acompanhante da parturiente favorece a redução da duração do trabalho de parto, do uso de medicações para alívio da dor, do número de cesáreas, da depressão pós-parto e se constitui em apoio para a amamentação (BRASIL, 2005b). Estudos que envolveram mais de cinco mil gestantes mostraram que quem teve a presença de acompanhantes se sentiu mais segura e confiante durante o parto, usou menos medicações para alívio da dor, teve a duração do trabalho de parto diminuído e foi o grupo em que ocorreu o menor número de cesáreas. Estas publicações referem à possibilidade de outros efeitos em médio prazo, como a redução dos casos de depressão pós-parto (BRASIL, 2006a).

No Ceará, algumas maternidades já aderiram a Lei do Acompanhante, a MEAC sendo a pioneira dessa prática. Em 2009, o Hospital Distrital Gonzaga Mota de Messejana, também adequou sua estrutura física para receber acompanhantes de parturientes. Nesta

instituição, é realizado o Projeto “Parto que te quero perto”, o qual realiza encontros mensais com gestantes, familiares e equipe multiprofissional.

O acompanhante no parto é a pessoa que a própria mulher escolhe para estar ao seu lado durante todo o processo, podendo ser o marido, o namorado, a mãe, a amiga, a irmã, a vizinha ou qualquer outra pessoa com a qual ela se sinta confiante para viver tal experiência. Ele deve ser apoiado pela equipe de cuidados, para que desenvolva o importante papel de ser quem encoraja e apoia a mulher na sua vivência da experiência do parto. Atualmente, o direito à presença de acompanhante no parto é uma conquista, razão pela qual cabe às maternidades o ajuste do olhar para esse novo integrante, redimensionando o espaço físico e a abordagem da equipe no sentido de potencializar a sua presença (BRASIL, 2007o).

O enfermeiro deve dar suporte afetivo e informar o companheiro relativamente à evolução do trabalho de parto e parto. Para além de fornecer informação e dar apoio emocional aos familiares, a presença do marido/acompanhante durante o trabalho de parto é importante para diminuir os níveis de ansiedade de muitas grávidas (RODRIGUES; CARVELA, 2006).

A participação da equipe de saúde, especialmente a de Enfermagem, é considerada fundamental na orientação dos pais, para ajudá-los a transpor esse momento, e propiciar, as informações consideradas necessárias pelo casal. O enfermeiro deve então orientar o acompanhante e incentivá-lo a promover ações de apoio como ficar ao lado, segurar na mão, acalmar, tranquilizar, encorajar, incentivar, passar confiança e segurança, na tentativa de minimizar o desconforto sentido pela parturiente.

A presença contínua do acompanhante junto à parturiente possibilitou a detecção rápida de problemas e o atendimento das demandas por cuidados com prontidão (HOGA; PINTO, 2007). Nesta situação os profissionais não vêem o acompanhante como algo estranho ao seu cuidado, mas como possibilidade de interação para o fornecimento de orientações necessárias, no momento da internação da parturiente, para que essa pessoa desempenhe o papel de provedor de suporte (BRUGGEMANN; PARPINELLI; OSIS, 2007).

Desta forma, o acompanhante auxilia na promoção da segurança da parturiente, gestante ou puérpera diminuindo a possibilidade de erros dos profissionais. Proporciona maior abrangência ao cuidado, pois amplia a observação à parturiente e à comunicação das suas necessidades. Isto contribui para que os acompanhantes sejam vistos pelos profissionais de

forma positiva (BRUGGEMANN; OSIS; PARPINELLI, 2007). No entanto, em alguns momentos, o acompanhante é descrito como pessoas de comportamentos inadequados às parturientes fazendo com que algumas fiquem mais dengosas, mimadas, e desestabilizadas. Assim se referindo, os profissionais fecham seus olhos para as necessidades das parturientes em momentos que elas necessitam de suporte individualizado (MAGALHÃES, 2010).

A inclusão do familiar e do representante no espaço do cuidado provoca uma ressignificação do “lôcus hospitalar” como difusor do cuidado público da saúde, ampliando seu papel na comunidade, na medida em que promovem mudanças na organização do processo de trabalho e de produção de saúde, numa perspectiva de solidariedade e de responsabilidade coletiva, marcas da Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2007o).

A experiência de um trabalho de parto é considerada um evento importante na vida de uma mulher, e pode ter fortes efeitos físicos, emocionais e psicológicos. A redução dos elementos negativos relacionados ao trabalho de parto e o aumento dos aspectos positivos são considerações que devem ser revistas na prática profissional (KASHANIAN; JAVADI; HAGHIGHI, 2010). Visto que uma experiência negativa pode influenciar na tomada de decisão para a escolha do tipo de parto em gestações futuras.

Uma revisão sistemática utilizando 16 estudos em todo o mundo, envolvendo 13.391 mulheres trabalhadoras para avaliar o suporte durante o trabalho de parto indicou que as mulheres que receberam apoio contínuo no parto foram susceptíveis a ter um trabalho de parto ligeiramente mais curto, foram mais propensas a ter um parto vaginal espontâneo e menos propensas a utilizar analgésicos durante o parto ou relatar a insatisfação com o trabalho de parto (HODNETT *et al.*, 2011).

As mulheres, lentamente, estão assumindo novas formas de atuação e mobilização de recursos formais e informais relativos ao parto, e as instituições raramente identificam esse apelo para abertura de caminhos para outros tipos de trabalho na sociedade. Assim, reafirma-se a necessidade das instituições de saúde modificarem suas práticas rotineiras, tradicionais, relações de poder e de trabalho, com o objetivo de facilitar e aprimorar o desenvolvimento de ações benéficas e cuidadosas com as pessoas em situação de estresse, de incertezas e com dificuldade de tomar decisões assertivas (BROWN; DOUGLAS; FLOOD, 2001; SILVA *et al.*, 2012).

Reconhecendo a importância do acompanhante junto à parturiente, consideramos relevante conhecer as evidências científicas sobre os benefícios do apoio à mulher no processo do nascimento. O respeito à escolha da mulher sobre seus acompanhantes é uma prática comprovadamente útil e que deve ser estimulada, com base nas evidências científicas sobre o apoio durante o nascimento.

Nesta perspectiva acredita-se em uma nova abordagem na assistência ao parto que valorize o suporte físico e emocional, tomando a vivência do trabalho de parto e parto em experiências de crescimento e realização para a mulher, sua família e todos os profissionais envolvidos.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

O estudo foi do tipo caso-controle, onde são úteis na descrição de variáveis e seus padrões de distribuição. Este desenho de estudo foi escolhido por ser concebido para investigar associação e/ou fatores de risco entre grupos, são de baixo custo e relativa simplicidade de execução (HULLEY *et al.*, 2008).

Os estudos caso-controle podem ser utilizados para investigar a etiologia de doenças ou de condições relacionadas à saúde, e para avaliar ações e serviços de saúde. Esse tipo de estudo parte do efeito (doença) para a investigação da causa (exposição) (POLIT; BECK, 2011). Nesse artifício, residem as forças e as fraquezas desse tipo de estudo epidemiológico. Entre as vantagens, podemos mencionar: tempo mais curto para o desenvolvimento do estudo, uma vez que a seleção de participantes é feita após o surgimento da doença; custo mais baixo da pesquisa; maior eficiência para o estudo de doenças raras; ausência de riscos para os participantes; possibilidade de investigação simultânea de diferentes hipóteses etiológicas. (LIMA-COSTA; BARRETO, 2003).

4.2 Período e local de estudo

O estudo foi realizado no período de maio a outubro de 2013 no Alojamento Conjunto (AC) da Maternidade Escola Assis Chateaubriand, maternidade de referência do Estado do Ceará, pertencente ao Complexo Hospitalar Universitário (CHU) da Universidade Federal do Ceará (UFC), instituição vinculada ao SUS, onde são desenvolvidas atividades de média e alta complexidade, na atenção hospitalar e ambulatorial à mulher e ao recém-nascido. Sua missão é promover a formação de recursos humanos em ações de aprendizagem, ensino, pesquisa e extensão, realizando um serviço de excelência à mulher e recém-nascido e, em média, atende 500 parturientes mensalmente.

4.3 Seleção dos sujeitos

A população do estudo foi composta por puérperas primíparas internadas no AC da MEAC durante o processo parturitivo no período de maio a outubro de 2013.

O grupo caso foi composto por puérperas primíparas internadas no AC da maternidade em estudo que receberam acompanhante durante o parto e que não receberam apoio durante o parto por doulas.

O grupo controle foi composto por puérperas primíparas internadas no AC da maternidade em estudo que não receberam acompanhante durante a sala de parto.

O tamanho da amostra foi calculado utilizando-se a fórmula para estudos de caso-controle (LWANGA; LEMESHOW, 2001), considerando-se um razão de chances de 1,5, uma probabilidade satisfação nas mulheres com acompanhantes em torno de 20%, uma precisão relativa de 50% e um nível de significância de 5%. Aplicando-se esses valores na fórmula a seguir, temos que $n = 91$ para cada grupo. Para eventuais perdas e/ou de informações, acrescentou-se uma margem de erro de 10% ao tamanho da amostra calculado, implicando, dessa forma, ficando com 100 pacientes para o grupo caso. De acordo com o estudo piloto realizado com 20 puérperas, observou-se uma relação de controles:casos de 1: 2. Foram incluídos, portanto, 50 controles e 100 casos (total de 150 puérperas).

O tamanho da amostra para a estimativa de uma razão de chances (RC) com precisão especificada:

$$n = \frac{z_{5\%}^2 \{1/[P_1(1 - P_1)] + 1/[P_2(1 - P_2)]\}}{e^2}$$

Onde, $RC = [P_1/(1 - P_1)]/[P_2/(1 - P_2)]$; fixadas RC e P_2 .

4.4 Variáveis do estudo

- Ter acompanhante durante o trabalho de parto e parto: pessoa significativa, possuidora ou não de laços de parentesco, escolhida pela parturiente, e que permaneceu junto a ela durante o trabalho de parto e parto.

- Satisfação da parturiente: opinião da puérpera acerca da experiência com o trabalho de parto e parto. A opinião será registrada no instrumento semi-estruturado de coleta de dados.
- Distócias funcionais: considerado para ocorrência de alterações na contratilidade uterina, tais como: oligossistolia (bradissistolia) - frequência de uma ou duas contrações em 10 minutos; hipossistolia - contrações uterinas de baixa intensidade; taquissistolia – frequência das contrações uterinas acima de cinco em 10 minutos; segundo descrito no prontuário da parturiente.
- Tipo de parto: maneira pela qual o parto foi definido, considerado via abdominal (cesariana) ou através do canal pélvico-genital (parto vaginal); segundo descrito no prontuário da parturiente.
- Tempo entre a internação e o nascimento: considerado para o intervalo de tempo transcorrido entre a internação e a expulsão do feto, segundo descrito no prontuário da parturiente.
- Contato precoce entre mãe e recém-nascido na sala de parto: colocação do recém-nascido sobre a mãe imediatamente após o nascimento, antes de prestar qualquer assistência, segundo registro e confirmação da puérpera.
- APGAR do recém-nascido: avaliação da vitalidade do RN pelo escore de APGAR no 1º e no 5º minutos de vida, segundo descrito no prontuário do recém-nascido.
- Internação do recém-nascido na Unidade de Terapia Intensiva: transferência do RN para a unidade de terapia intensiva neonatal nas primeiras 12 horas após o nascimento, segundo registro no prontuário do RN e informação da puérpera.
- Aleitamento materno nas primeiras 12 horas após o parto: ato de amamentar o recém-nascido após o nascimento, avaliado pela pesquisadora, através de entrevista com a puérpera, quanto aos aspectos relacionados à pega, sucção na sala de parto e no alojamento conjunto, número de mamadas e presença de fissuras.
- Variáveis Sócio-demográficas:

- Idade da parturiente: número de anos completos, declarado pela puérpera durante a entrevista.
 - Estado marital: situação conjugal da parturiente, segundo informação durante entrevista.
 - Escolaridade: descrita em anos de estudos, declarado pela mulher durante a entrevista.
 - Cor: cor da pele, conforme referida pela parturiente na entrevista.
 - Ocupação: tipo de atividade relatada pela puérpera. Para análise estatística, esta variável será categorizada como ocupação remunerada ou não remunerada.
 - Renda familiar: é o somatório da renda individual dos moradores do mesmo domicílio. A renda familiar per capita é calculada dividindo-se o total de renda pelo número de moradores de uma residência.
- Variáveis obstétricas e neonatais:
 - Início do pré-natal: idade gestacional em que a gestante iniciou o pré-natal, dados obtidos durante entrevista com a puérpera e confirmados no cartão de pré-natal.
 - Número de consultas pré-natal: número total de consultas de pré-natal, dados obtidos durante entrevista com a puérpera e confirmados no cartão de pré-natal.
 - Participação em grupo de gestantes: gestante ou casal que tenha participado de palestras educativas acerca do ciclo gravídico-puerperal ou participado de programas de preparação para o parto, maternidade e paternidade. Dado colhido através de entrevista com a puérpera.
 - Acompanhante no pré-natal: presença de pessoa significativa, que acompanhou a gestante nas consultas de pré-natal, informado na entrevista.
 - Idade gestacional: semanas de amenorréia no momento da internação da parturiente, calculada pela data da última menstruação. Dados coletados do cartão de pré-natal.

- Variáveis descritivas do acompanhante
 - Identificação: classificação do acompanhante quanto ao seu laço de relacionamento ou parentesco com a parturiente; obtido através de entrevista.
 - Idade: número de anos completos, declarado pelo acompanhante na entrevista.
 - Ocupação: tipo de ocupação referida pelo acompanhante no momento da entrevista, e categorizado em trabalho remunerado: sim ou não.
 - Escolaridade: anos de estudo, declarado pelo acompanhante na entrevista.

4.5 Coleta e análise dos dados

A coleta de dados foi realizada através de formulário estruturado (APÊNDICE C) e um questionário adaptado (QESP, FIGUEIREDO, PACHECO, & COSTA, 2001), autorizado pelos autores utilização de anexo, (ANEXO A), que foram previamente testados com parturientes, e reformulados após avaliação.

As informações foram coletadas por meio de entrevista à puérpera, bem como foram resgatados dados do cartão da gestante e dos prontuários da parturiente e do recém-nascido. Assim, também se utilizaram para a realização da pesquisa fontes primárias, que podem ser definidas como aquela que é constituída por estudo feito por um pesquisador e que expressa mais do que uma simples informação factual, contendo estudo, análise, reflexão e classificação ou descrição. Não se tratando apenas de mero registro ordenado (RODRIGUES, 2007).

Para as variáveis contínuas, construíram-se distribuições de frequência e calcularam-se as medidas descritivas mais adequadas, tais como média aritmética. As variáveis de categoria também foram apresentadas através de distribuições de frequência. Na análise univariada utilizaram-se, para variáveis categóricas, o teste de qui-quadrado de associação de Pearson, conforme permitiram os dados amostrais. Os resultados da pesquisa foram avaliados pelo teste t de “Student” para dados pareados. Convencionou-se o nível de significância de 5%. Esta análise foi realizada no programa estatístico SPSS-IBM versão 19.0 e será apresentado por meio de tabelas, quadros e gráficos.

4.6 Aspectos éticos do estudo

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa da Maternidade Escola Assis Chateaubriand via Plataforma Brasil, segundo parecer de nº 253671. Os participantes assinaram um termo de Consentimento Livre e Esclarecido e foi garantido sigilo sobre todas as informações coletadas, sendo assegurado o anonimato dos participantes, segundo as normas da Resolução nº196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde para pesquisa com seres humanos (BRASIL, 1996).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados do estudo serão apresentados comparando-se as mulheres que tiveram acompanhante (grupo caso) e as que não tiveram acompanhante (grupo controle) durante o trabalho de parto e parto.

A amostra consta de 150 puérperas, das quais tinham uma idade média de 23 anos, em um intervalo de 14 a 44 anos, sendo 38,7% adolescentes. Na tabela 1 observa-se que a maioria era proveniente da capital (105; 70,0%), eram casadas/união estável (100; 66,7%), com renda familiar de 1 a 2 salários mínimos (60; 40,0%) e tinham até 8 anos de estudo (67; 44,7%).

Tabela 1. Distribuição das características sócio-demográficas das puérperas segundo a presença de um acompanhante no trabalho de parto e parto, Maio/Outubro, MEAC/CHU/UFC, Fortaleza-CE, 2013.

Características sócio-demográficas	Casos n=100		Controles n=50		Total em % n=150	Valor de p
	n	%	n	%		
Faixa etária (anos)						0,1
14-19	37	37,0	21	42,0	38,7	
20-29	48	48,0	16	32,0	42,7	
30-44	15	15,0	13	26,0	18,6	
Procedência						0,06
Capital	75	75,0	30	60,0	70,0	
Interior	25	25,0	20	40,0	30,0	
Estado civil						0,01
Casada	76	76,0	24	48,0	66,7	
Solteira	24	24,0	26	52,0	33,3	
Escolaridade (em anos)						0,01
Até 8	40	40,0	27	54,0	44,7	
9 e 12	41	41,0	18	36,0	39,3	
>12	19	19,0	4	8,0	16,0	
Trabalho remunerado						
Não	74	74,0	39	78,0	75,3	
Sim	26	26,0	11	22,0	24,7	
Renda familiar (em salários mínimos)						0,5
Até 1	36	36,0	18	36,0	36,0	
>1 até 2	42	42,0	18	36,0	40,0	
>2 até 3	21	21,0	14	28,0	23,3	
>3	1	1,0	0	-	0,7	

Comparando-se os grupos casos e os controles, observa-se que a idade média das mulheres do grupo caso foi de 22,23 anos, enquanto a idade média das do grupo controle foi de 24,47 anos. De acordo com o teste t-Student de Welch, as diferenças observadas entre as idades médias nos dois grupos, contudo, não foram estatisticamente significativas ($t = 1,492$; $gl = 143$; e $p = 0,141$). Assim, a idade das participantes do estudo independe da presença do acompanhante em sala de parto.

Verifica-se ainda um percentual mais elevado de gravidez na adolescência, 37,0% no grupo caso e 42,0% no grupo controle, totalizando 38,7% da amostra. Resultado semelhante ao observado no estudo realizado em Teresina, cujo objetivo foi caracterizar o perfil dos partos ocorridos em uma maternidade, levando-se em consideração as variáveis obstétricas e sócio-demográficas das parturientes no ano de 2011, ocorrendo uma taxa de 32,3% de adolescentes que pariram na maternidade em foco (BARBOSA *et al.*, 2013).

Relatórios da OMS sobre saúde materna afirmam que a questão dos partos na adolescência já é considerada uma tendência mundial. Nessa perspectiva, cerca de 16 milhões de mulheres de 10 a 18 anos engravidam a cada ano. Dessas, 95,0% ocorrem em países de baixo ou médio desenvolvimento, sendo que metade dos partos em adolescentes do mundo inteiro ocorre basicamente em sete países: Bangladesh, Brasil, República do Congo, Etiópia, Índia e Nigéria (WHO, 2010a). Já nos países desenvolvidos, a ocorrência de gravidez na adolescência é significativamente menor, a taxa de gravidez nessa faixa etária não chega a 10,0%. Enquanto no Brasil, a OMS estima a ocorrência de 71 nascimentos por 1000 jovens, a cada ano, no grupo que abrange as adolescentes (WHO, 2006b).

Contudo, segundo dados do MS (BRASIL, 2010f), o ritmo de queda no número de partos na adolescência acelerou nos últimos cinco anos na rede pública. Dados mais recentes mostram que a quantidade desses procedimentos em adolescentes de 10 a 19 anos caiu 22,4% de 2005 a 2009. Na região Nordeste houve uma variação entre 2000 e 2009, resultando em uma redução de 36,10% nos partos em adolescentes.

A amostra consta de 150 puérperas, das quais tinham uma idade média de 23 anos, em um intervalo de 14 a 44 anos, sendo 38,7% adolescentes. Na tabela 1 observa-se que a maioria era proveniente da capital (105; 70,0%), eram casadas/união estável (100; 66,7%), com renda familiar de 1 a 2 salários mínimos (60; 40,0%) e tinham até 8 anos de estudo (67; 44,7%).

E conforme o IC a 95% [-1,792; -,0210], as parturientes com acompanhamento tiveram, em média, entre 0,021 e 1,8 anos de estudo a mais do que as sem acompanhamento.

A escolaridade dessas mulheres influenciou na presença do acompanhante em sala de parto, mas essa variável também pode ser vista como indicador de condição social, e o maior grau de instrução facilita o acesso ao emprego e a melhoria da posição sócio-demográfica da família. O percentual de 15,3% da amostra com igual ou maior a 12 anos de estudo está acima do encontrado para o Estado do Paraná, que foi de 9,4%. A concentração da pouca escolaridade das parturientes da amostra apresenta a população esperada do SUS, portanto sem opções de busca de atendimento e convivendo com a realidade de filas de espera (SILVA; PELLOSO, 2009).

A baixa escolaridade, o maior número de filhos e as precárias condições sócio-econômicas destas mulheres podem justificar o menor suporte social e a ausência do acompanhante. A influência de fatores individuais também pode interferir na qualidade da atenção ao parto (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2011).

Destaca-se ainda, a expressiva proporção de mães sem trabalho remunerado tanto entre os casos (74; 74,0%) quanto nos controles (39; 78,4%). Contudo, a análise estatística inferencial permitiu afirmar que a presença do acompanhamento em sala de parto é independente da ocupação das participantes do estudo ($\chi^2(3) = 1,429$; $p = 0,719$; e $n = 150$). Assim o baixo percentual de ocupação remunerada complementa os dados anteriores, pouca escolaridade e conseqüentemente, pouca opção sócio-econômica. Não ter trabalho remunerado mostrou maior proporção de pré-natal insatisfatório. No geral, as mulheres sem vínculo empregatício iniciam mais tardiamente o pré-natal (CORREA *et al.*, 2011).

A renda familiar média das parturientes do grupo 1 (com acompanhante) foi de R\$ 1.231,08, enquanto a renda familiar média do grupo 2 (sem acompanhante) foi de R\$1.156,84. De acordo com o teste t-Student, as diferenças observadas entre a renda familiar nos dois grupos não foram estatisticamente significativas ($t = -0,682$; $gl = 143$; e $p = 0,496$). Sendo assim a presença do acompanhante independente da renda familiar média. No entanto, sabe-se que a estabilidade da situação conjugal da gestante é reconhecidamente um componente que deve ser valorizado, sobretudo no período gravídico-puerperal. A presença do companheiro tem sido interpretada como a possibilidade de maior suporte emocional e apoio material no período da gravidez (BRASIL, 2010f).

A tabela 2 mostra os dados relacionados à assistência pré-natal, sendo a idade gestacional (IG) média do início do pré-natal das mulheres do grupo 1 foi de 17,98 semanas, enquanto o IG médio das do grupo 2 foi de 18,80 semanas.

Tabela 2. Distribuição das variáveis da assistência ao pré-natal das puérperas segundo a presença de um acompanhante no trabalho de parto e parto, Maio/Outubro, MEAC/CHU/UFC, Fortaleza-CE, 2013.

Variáveis da assistência ao pré-natal	Casos n=100		Controles n=50		Total em % n=150	Valor de p
	n	%	n	%		
Início do pré-natal						0,2
1º trimestre	85	85,0	37	74,0	81,3	
2º trimestre	15	15,0	11	22,0	17,3	
3º trimestre	-	-	2	4,0	1,4	
Nº de consultas						0,1
Até 5	23	46,0	33	33,0	37,3	
6 ou mais	27	54,0	67	67,0	62,7	
Presença de acompanhante durante o pré-natal						0,05
Não	30	30,0	23	46,0	35,3	
Sim	70	70,0	27	54,0	64,7	
Conhecimento da lei						0,06
Não	48	48,0	32	64,0	53,3	
Sim	52	52,0	18	36,0	46,7	

A tabela 2 mostra que a maioria delas, do grupo controle (37; 74,0%) e do grupo caso (85; 85,0%), iniciou o pré-natal no 1º trimestre, totalizando um percentual de 81,3%. De acordo com o teste t-Student, as diferenças observadas entre o início do pré-natal nos dois grupos não foram estatisticamente significativas ($t = 1,176$; $gl = 143$; e $p = 0,2$). Embora não se observou no estudo associação estatística entre o trimestre de início do pré-natal e a presença do acompanhante em sala de parto, estudo realizado em São Paulo, cujo objetivo foi avaliar a assistência pré-natal, mostra resultados melhores, onde a média da IG do início do pré-natal foi de 20,7 semanas; 19,7% das grávidas começando o pré-natal no 1º trimestre de gestação; 57,2%, no 2º trimestre e 23,1%, no 3º trimestre (CORREA; BONADIO; TSUNECHIRO, 2011).

O número médio de consulta de pré-natal do grupo caso foi de 6,24 consultas, enquanto o número de consulta médio do grupo controle foi de 5,71. De acordo com o teste t-Student, as diferenças observadas entre o número de consultas nos dois grupos não foram estatisticamente significativas ($t = -1,120$; $gl = 189$; e $p = 0,1$), não tendo relação estatística entre a presença do acompanhante e o número de consultas durante o pré-natal.

Nesse estudo observa-se que 37,3% do total da amostra não realizaram pelo menos 6 consultas de pré-natal, conforme preconizado pelo MS (BRASIL, 2012b). O número de consultas de pré-natal pode subsidiar a qualidade da assistência pré-natal, visto que, dentre os vários fatores que levam à prematuridade, ao número de nascidos vivos com baixo peso e óbitos, e as afecções do período perinatal, poderiam ter sido evitados com o acompanhamento satisfatório (SILVA; PELLOSO, 2009). Teoricamente, um número maior de consultas pode significar mais oportunidades de receber cuidados preventivos e de promoção de saúde, especialmente em gestações de maior risco, com maior probabilidade de afetar os desfechos perinatais (WEHBY *et al.*, 2009). No entanto, a discussão mais relevante é sobre a qualidade dessas consultas e a utilização desses contatos com os serviços para a realização de cuidados efetivos em saúde.

A acessibilidade constitui um dos requisitos para a realização do cuidado pré-natal e interfere na adesão da gestante ao programa, bem como sua qualidade. O acompanhamento pré-natal deve ter início precoce e cobertura universal, ser realizado de forma periódica e por meio de contato frequente e planejado da gestante com os serviços de saúde. A época de início e término do acompanhamento pré-natal é um marcador importante de sua qualidade que, idealmente, deve se iniciar no 1º trimestre de gestação e prolongar-se até o 4º trimestre, com a realização da consulta puerperal até o 42º dia após o parto (BRASIL, 2012o).

Quanto à presença de um acompanhante durante a assistência pré-natal, 70 (70,0%) parturientes do grupo caso e 27 (54,0%) do grupo controle afirmaram a presença do mesmo no pré-natal, totalizando 97 (64,7%) mulheres do total da amostra. De acordo com o teste t-Student, as diferenças observadas entre a presença do acompanhante durante o pré-natal nos dois grupos foram estatisticamente significativas ($t = -1,520$; $gl = 139$; e $p = 0,05$). Infere-se que as gestantes que já se preocupam em ter um acompanhante durante o pré-natal também serão as que mais terão a presença do acompanhante durante o trabalho de parto e parto, demonstrando assim, a importância do enfermeiro estimular a presença do acompanhante desde o pré-natal.

A associação estatística entre a presença do acompanhante em sala de parto e a participação do mesmo durante as consultas de pré-natal reforça ainda mais seu papel dentro desse cenário. O acompanhante é a pessoa de referência da gestante, que faz parte de sua rede de apoio, pode fornecer suporte emocional, educacional e social, além de mais segurança, atenção e carinho em todo o processo de nascimento. Dado confirmado em estudo realizado em São Paulo onde indicou 73,7% de adequação ao pré-natal para as gestantes com acompanhante às consultas e 26,3% às sem a presença de um acompanhante ($p < 0,0001$) (CORREA; BONADIO; TSUNECHIRO, 2011). Estudos destacam ainda que a participação dos pais às consultas de pré-natal ainda é baixa, pois 17 das 20 entrevistadas estavam sozinhas ou acompanhadas de outras pessoas da família, dentre elas, irmã, filha, avó e mãe (PESAMOSCA; FONSECA; GOMES, 2006; NAGAHAMA; SANTIAGO, 2008)

Em relação ao conhecimento da lei do acompanhante, 52 (52,0%) mulheres do grupo 1 afirmaram conhecer a respeito dessa lei enquanto que 18 (36,0%) do grupo 2 confirmaram esse conhecimento. Pela análise estatística, utilizando o teste t-Student, as diferenças observadas entre o conhecimento da lei do acompanhante nos dois grupos foram estatisticamente significativas ($t = -1,458$; $gl = 142$; e $p = 0,06$). Assim o conhecimento do dispositivo legal irá influenciar na presença do acompanhante durante o parto, cabendo assim ao enfermeiro se voltar para as práticas educativas durante o pré-natal, na compreensão de que formação, informação e orientação são aspectos inerentes ao cuidado em saúde. Na atenção humanizada à gestação, parto e nascimento, o enfermeiro deve exercer seu papel de educador. É o profissional de saúde que, desde o início do pré-natal até o pós-parto, tem maior contato com a futura mãe e, portanto, deve reunir esforços no sentido de estimular o parto acompanhado e garantir à gestante sua autonomia no processo da parturição (SANTANA *et al.*, 2012).

A presença de um acompanhante da escolha da mulher é a melhor "tecnologia" disponível para um parto bem-sucedido, segundo estudos baseados em evidências (RATTNER, 2009). Os principais resultados de ensaios clínicos randomizados realizados no Brasil apontaram que o apoio do acompanhante de escolha da mulher influenciou positivamente na sua satisfação com o trabalho de parto e parto (BRÜGGEMANN *et al.*, 2007).

A tabela 3 destaca as características sócio-demográficas dos acompanhantes em sala de parto, a maioria tinha entre 30 a 44 anos (57; 57,0%), sendo 5 (5,0%) adolescentes

(idade < 20 anos). Tinham até 8 anos de estudo (46; 46,0%), referiam ter trabalho remunerado (56; 56,0%), não foram escolhidos previamente para acompanhar a gestante (59; 59,0%).

Tabela 3. Distribuição das características sócio-demográficas dos acompanhantes em sala de parto, Maio/Outubro, MEAC/CHU/UFC, Fortaleza-CE, 2013.

	n	%
Características sócio-demográficas (n=100)		
Faixa etária (anos)		
14-19	5	5,0
20-29	38	38,0
30-44	57	57,0
Escolaridade (anos)		
Até 8	46	46,0
9 e 12	43	43,0
>12	12	12,0
Ocupação		
Trabalho remunerado	56	56,0
Não trabalha	44	44,0
Grau de parentesco		
Mãe	38	38,0
Esposo	28	28,0
Irmã	16	16,0
Cunhada	11	11,0
Outros	7	7,0
Escolha prévia do acompanhante		
Não	59	59,0
Sim	41	41,0
Recebeu orientação		
Não	93	93,0
Sim	7	7,0

A escolha da mãe pela maioria das participantes revela que o momento de apoio é marcado pela troca de informações sobre experiências como o nascimento de um filho. Percebe-se que escolher o acompanhante para vivenciar o nascimento do filho ultrapassa o significado de companhia, pois o que se verifica é a importância que as participantes deste estudo atribuíram ao vínculo com a pessoa escolhida. A confiança apresenta-se como fator indispensável, pois o nascimento deve ser compartilhado com alguém que perceba a singularidade desse momento tão especial. A escolha de familiares para vivenciar esse momento se deve, em parte, à existência de uma convenção social de que, em situações como o parto e o nascimento, o esperado é que se escolha alguém da família (ALEXANDRE; MARTINS, 2009; OLIVEIRA *et al.*, 2011).

Ao analisar os acompanhantes quanto ao sexo, verificou-se que 68 (68,0%) eram do sexo feminino. Um estudo sobre a análise do perfil de acompanhantes verificou que 75 (75,0%) deles correspondiam ao sexo feminino e concluiu que isso se deve à condição de origem do evento que é essencialmente feminino. Na tradição, a gravidez, o parto e a maternidade são atributos de exclusividade da mulher, não sendo permitida a participação de homens (NAKANO *et al.*, 2007).

Observamos ainda que a grande maioria (93; 93,0%) não recebeu orientação durante o pré-natal ou emergência obstétrica acerca da importância de seu apoio durante o trabalho de parto e parto. Esses achados são semelhantes aos registrados em outro estudo que confirma que as informações recebidas no trabalho de parto são insuficientes. Autores descrevem um atendimento marcado pela repetição automática de procedimentos técnicos e, somente quando indicado o parto cesáreo, o nível de informação torna-se mais completo. Essa característica no atendimento foi observada tanto para mulheres atendidas em maternidades públicas quanto nas conveniadas ao SUS (DIAS; DESLANDES, 2006).

Estudo encontrou que os acompanhantes entrevistados que participaram do curso demonstraram que as orientações recebidas foram fundamentais para diminuir a ansiedade e proporcionar segurança tanto para a mulher, quanto para seu acompanhante. Os demais participantes informaram que não fizeram cursos preparatórios, porém buscaram informações através da internet (GONZALEZ *et al.*, 2012). Percebe-se, portanto, que ainda faltam orientações dos profissionais para que o acompanhante sinta-se incluído no processo parturitivo. Prepará-lo para um evento desconhecido envolto por mitos e crenças, é proporcionar aos envolvidos no processo a chance de vivenciar experiências positivas, pois sua presença fará deste um momento de integração familiar e contribui ainda para desmitificar e compreender as reais dimensões acerca do nascimento.

Quanto a duração média do trabalho de parto das gestantes do grupo 1 foi de 417,13 minutos, enquanto a duração média do trabalho de parto das gestantes do grupo 2 foi de 501,47 minutos. De acordo com o teste t-Student, as diferenças observadas entre as durações médias dos trabalhos de parto nos dois grupos foram estatisticamente significativas ($t = 4,319$; $gl = 143$; e $p < 0,001$). E conforme o IC a 95% [45,738; 122,935], das parturientes com acompanhante durante trabalho de parto, em média, entre 45,74 e 122,94 minutos mais rápido do que às sem acompanhamento. Logo a presença do acompanhante durante o parto diminui sua duração, comprovando assim seu benefício decorrente do apoio à mulher no

momento do parto. O acompanhante proporciona encorajamento e segurança à mulher, com isso há a redução do tempo de trabalho de parto pela produção hormonal fisiológica do parto, indo influenciar nos sentimentos de satisfação, tranquilidade e felicidade.

Tabela 4. Distribuição das características obstétricas assistência pré-natal das puérperas segundo a presença de um acompanhante no trabalho de parto e parto, MEAC/CHU/UFC, Maio/Outubro, Fortaleza-CE, 2013.

Características obstétricas	Casos n=100		Controles n=50		Valor total n=150	Valor de p
	n	%	n	%		
Duração do trabalho de parto (em horas)						0,010
Até 8,6	77	77,0	29	58,0	70,7	
>8,6	23	23,0	21	42,0	29,3	
Analgesia do parto						0,900
Não	75	75,0	37	74,0	74,7	
Sim	25	25,0	13	26,0	25,3	
Presença de distócias no parto						0,090
Ausente	97	97,0	45	90,0	94,7	
Taquissistolia	3	3,0	2	4,0	3,3	
Hipossistolia	-	-	3	6,0	2,0	
Tipo de parto						0,001
Vaginal	99	99,0	42	84,0	94,0	
Fórceps	1	1,0	8	16,0	6,0	
Episiotomia						0,100
Não	64	64,0	28	56,0	61,3	
Sim	31	31,0	22	44,0	38,7	

Em outro estudo verificou que a duração do trabalho de parto foi igual nas parturientes com e sem acompanhante devido ao protocolo da instituição, de manejo ativo do trabalho de parto. No entanto, destacaram que os efeitos positivos da presença do acompanhante sobre a participação das parturientes contribuíram para a boa evolução do trabalho de parto e parto (BRUGGMANN; OSIS; P ARPINELLI, 2007).

O acompanhante proporciona à mulher maior segurança e conforto durante o trabalho de parto e parto. Também tem contribuído para a redução de taxas de cesariana, duração do trabalho de parto, incentivo ao aleitamento materno, além de desenvolver na parturiente uma percepção positiva desse processo (NASCIMENTO *et al.*, 2010).

Moura *et al.* (2007) enfatizam que durante o percurso do trabalho de parto, o acompanhante passa segurança, o que pode intervir na diminuição das complicações do parto

e puerpério imediato, a não utilização de analgesia, parto cesárea e a redução do tempo de internação.

Observou-se ainda uma maior proporção de parturientes sem acompanhante em sala de parto submetida à analgesia do parto (13; 26,0%), comparativamente às parturientes com acompanhamento (25; 25,0%). Contudo, a análise estatística inferencial permitiu afirmar que a incidência de analgesia é independente da presença do acompanhante em sala de parto ($\chi^2(1) = 0,005$; $p = 0,900$; e $n = 150$). Resultado este convergente com estudo que identificou que a analgesia de parto também é um aspecto bastante relevante da humanização, e independe da presença do acompanhante. O amplo uso da analgesia, na visão de alguns profissionais, é um marcador da assistência humanizada, em contraposição ao modelo de atenção ao parto proposto pela OMS, que não recomenda a sua prática rotineira (BRÜGGEMANN *et al.*, 2007).

A taquisistolia uterina foi a distócia mais frequente na amostra total (5; 3,3%), sendo frequentemente causada pelo seu uso sem controle adequado e pela falta do acompanhamento rigoroso do bem-estar materno e fetal durante o trabalho de parto (SIMPSON, 2011). Pela análise estatística, utilizando o teste t-Student, as diferenças observadas entre a presença de distócia no parto nos dois grupos não foram estatisticamente significativas ($t = -1,098$; $gl = 156$; e $p = 0,09$). Assim a presença do acompanhante não influencia na presença de distócias no parto, e talvez a existência dessas baixas taxas de intercorrências encontradas com os neonatos pode refletir dos critérios restritos de admissão das mulheres na maternidade em estudo, onde o desejável seria admitir a gestante durante a fase ativa do trabalho de parto para partos sem intercorrências clínicas e obstétricas, considerados de baixo risco. A admissão precoce (dilatação menor do que 5cm) deve ser evitada por constituir um fator predisponente para a realização de intervenções desnecessárias (SAKAE; FREITAS; D'ORSI, 2009).

Observou-se também uma maior proporção de mulheres sem acompanhante em sala de parto submetidas à episiotomia (22; 44,0%), comparativamente às com acompanhamento (31; 31,0%). Contudo, a análise estatística inferencial permitiu afirmar que a realização de episiotomia é independente da presença do acompanhamento em sala de parto ($\chi^2(1) = 2,460$; $p = 0,100$; e $n = 150$). A episiotomia é o procedimento mais utilizado em maternidades, principalmente em primíparas, e, na maioria das vezes, sem indicação, pois os partos normais de baixo risco tendem a evoluir sem necessidade de intervenção (MOURA *et*

al., 2012). Portanto é uma intervenção com recomendação para que não seja realizada de rotina (CARROLI; MIGNINI, 2009). Nos sistemas de dados nacionais, não há qualquer informação sobre a taxa de episiotomia apesar de ser um indicador importante da qualidade assistencial (DINIZ, 2009).

Estudo mostra associação entre a assistência ao parto por enfermeira obstetra e baixas taxas de episiotomia e altas taxas de integridade perineal. De modo geral, a não realização rotineira da episiotomia é relacionada ao modelo assistencial humanizado e de baixa intervenção (HATEM *et al.*, 2008). Reforçando a importância da enfermeira obstetra, pois busca soluções mais eficientes e não intervencionistas antes de acessar a tecnologia e presta assistência segura.

Tabela 5. Distribuição das variáveis dos recém-nascidos registradas no prontuário características sócio-demográficas segundo a presença de um acompanhante no trabalho de parto e parto, Maio/Outubro, MEAC/CHU/UFC, Fortaleza-CE, 2013.

Variáveis	Casos n=100		Controles n=50		Valor total n=150	Valor de p
	n	%	n	%		
APGAR 1º minuto						0,2
Até 6	14	14,0	12	24,0	17,3	
7 ou mais	84	84,0	38	76,0	82,7	
Contato precoce com a mãe						0,5
Não	30	30,0	19	38,0	32,7	
Sim	70	70,0	31	62,0	67,3	
Amamentação em SP						0,3
Não	71	71,0	38	76,0	72,7	
Sim	29	29,0	12	24,0	27,3	
RN encaminhado com a mãe ao AC						0,06
Não	10	10,0	15	30,0	16,6	
Sim	90	90,0	35	70,0	83,4	
RN em AME no AC						0,02
Não	9	9,0	7	14,0	10,7	
Sim	91	91,0	43	86,0	89,3	

Observou-se um maior número de recém-nascidos filhos de mulheres com acompanhante em sala de parto com valores altos de APGAR no 1º minuto de vida (84; 84,0%), comparativamente às sem acompanhamento (38; 76,0%). Contudo, a análise

estatística inferencial permitiu afirmar que os valores de APGAR são independentes da presença do acompanhamento em sala de parto ($\chi^2(1) = 1,391$; $p = 0,2$; e $n = 150$). O escore de APGAR descreve as condições de nascimento e quando indispensável à reanimação, descreve também a recuperação do RN. É verificada no 1º e 5º minuto de vida, e quando necessário no 10º, 15º e 20º minutos (BRASIL, 2012o). Assim a presença do acompanhante não irá interferir nos padrões de nascimento, sendo influenciados por condições presentes no nascimento do recém-nascido que serão considerados fatores de risco para o mesmo.

O respeito à escolha da mulher sobre seu acompanhante é classificado como uma prática comprovadamente útil e que deve ser estimulada. A viabilização desse direito da mulher reduz a necessidade de analgesia, a incidência de cesáreas e a depressão do recém-nascido no 5º minuto de vida. Além disso, essa experiência de apoio é um elemento importante na parturição, pois remete à mulher a sensação de tranquilidade, confiança e segurança (ROSA *et al.*, 2010).

Embora a parturiente seja a protagonista do parto, são reconhecidos os benefícios da participação do acompanhante no processo de parturição. Abordar a participação do acompanhante no processo de parturição, na ótica da assistência obstétrica é parte das metas a ser alcançadas durante o processo de humanização do parto e nascimento, tanto para promoção da saúde da mulher e do seu recém-nascido, com vistas a um nascer mais harmonioso, quanto para a redução das taxas de mortalidade materna e perinatal (LONGO; ANDRAUS; BARBOSA, 2010).

Observou-se um maior número de mães que tiveram contato precoce com os seus filhos logo após o parto entre as mulheres com acompanhamento (70; 70,0%), comparativamente às sem acompanhamento em sala de parto (31; 62,0%). Contudo, a análise estatística inferencial permitiu afirmar que o contato precoce é independente da presença do acompanhante durante o trabalho de parto e parto ($\chi^2(1) = 0,442$; $p = 0,50$; e $n = 150$). Apesar de não haver essa associação estatística entre o contato precoce do RN e a presença do acompanhante, as práticas relativas ao contato da mãe com seu bebê e ao aleitamento materno na sala de parto são indicadores reveladores da qualidade da atenção no parto humanizado. (OMS, 1996). O passo quatro da Iniciativa Hospital Amigo da Criança preconiza que o início do aleitamento materno deve ocorrer na primeira meia hora após o nascimento, e que os bebês devem permanecer por pelo menos trinta minutos junto à sua pele. (WHO, 1989c).

Estudo realizado no Paraná registrou que a maioria (80,8%) dos recém-nascidos teve contato pele a pele com sua mãe, mas com tempo inferior a 30 minutos. Somente 40 crianças (7,0%) permaneceram por trinta minutos ou mais em contato com sua mãe e 69(12,2%) não tiveram contato em sala de parto. A modalidade mais frequente de contato foi o rosto (78,6%), seio (38,0%), sucção (6,9%) e abdômen materno (6,7%), todos com tempo de contato inferior a 30 minutos (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2008).

O adiamento dos cuidados realizados com o RN poderia ser uma solução para evitar a separação entre mãe e filho após o parto. Entretanto em nosso entendimento, é necessário ir além. Em vez de remover a criança e o acompanhante, é imperativo que os profissionais e o "ambiente" neonatal sejam trazidos para o "ambiente" da mãe (ROSA *et al.*, 2010).

A maioria dos recém-nascidos não iniciou o aleitamento materno em sala de parto, totalizando 71 (71,0%) do grupo caso e 38 (76,0%) do grupo controle. Não foram encaminhados junto à mãe ao alojamento conjunto, 10 (10,0%) do grupo caso e 15 (30,0%) do grupo controle. E verificamos ainda que 9 (9,0%) dos filhos das mulheres do grupo 1 e 7 (14,0%) das do grupo 2 não estavam em aleitamento materno exclusivo no alojamento conjunto. É durante o período do puerpério que devem ser reforçadas as orientações recebidas relacionados aos cuidados com o RN, a prática do aleitamento materno e o envolvimento do acompanhante nos cuidados.

Estudo caso-controle verificou que mulheres acompanhadas durante o parto amamentaram por mais tempo e com intervalos mais flexíveis. Tal achado pode estar associado à promoção precoce do aleitamento materno pelo acompanhante e favorecimento do vínculo mãe-filho (HOFMEYER; NIKODEM; WOLMAN, 1991).

Segundo Rosa *et al.* (2010), para a maioria das mulheres, o acompanhante era a pessoa que realmente fornecia o apoio que elas necessitavam, e acreditavam que eles eram importantes para iniciar o estabelecimento dos primeiros laços com o bebê, promovendo assim a saúde da família, como um dos pré-requisitos para seu desenvolvimento feliz.

O fato de a mãe não ter contato com o RN na sala de parto reduz a prevalência de aleitamento materno na primeira hora. Esse contato muitas vezes é adiado ou minimizado em favor das diversas rotinas, cuidados e práticas determinadas pela equipe assistencial e as instituições, muitas delas possivelmente ineficientes (MERCER; ERICKSON-OWENS;

GRAVES, 2007). As práticas relativas ao contato da mãe com seu bebê ao nascer e do aleitamento materno na sala de parto, aliadas à ausência do acompanhante da parturiente, traduzem a idéia de que a sala de parto constitui lócus onde o modelo tecnocrático se impõe com maior força (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2008).

Durante o trabalho de parto e parto a mulher percebe o ambiente, as pessoas, suas atitudes, vivenciando um processo intenso de sensações físicas, emocionais e psíquicas. A tabela 6 mostra as variáveis relacionadas à percepção dessas mulheres durante o processo parturitivo. Podemos observar na tabela que a maioria das mulheres (93; 62,0%) se sentia bem durante a entrevista realizada, e tanto o trabalho de parto (69; 52,6%), quanto o parto (104; 69,3%) decorreu dentro das expectativas. Resultado discordante de estudo cujo objetivo foi analisar a forma como as mulheres por um lado antecipam e, por outro lado, experienciam emocionalmente o parto do seu primeiro filho, concluíram que o trabalho de parto e parto decorre de forma pior do que o esperado para a maioria das mulheres, particularmente no que respeita à dor sentida (COSTA; PACHECO; FIGUEIREDO, 2012).

Estudos demonstram que a presença e participação do acompanhante produzem reflexos positivos em várias esferas da assistência ao nascimento e parto. O acompanhante mostra-se como uma tecnologia não invasiva durante o trabalho de parto, e seu efeito favorece os potenciais internos da mulher para a tomada de decisões. Os principais resultados de ensaios clínicos randomizados realizados no Brasil apontaram que o apoio do acompanhante de escolha da mulher influenciou positivamente na sua satisfação com o trabalho de parto e parto (BRÜGGEMANN *et al.*, 2010).

Tabela 6. Distribuição das variáveis do grau de satisfação durante o trabalho de parto e parto das puérperas segundo a presença de um acompanhante no trabalho de parto e parto, Maio/Outubro, MEAC/CHU/UFC, Fortaleza-CE, 2013.

Variáveis do grau de satisfação durante o trabalho de parto e parto	Casos n=100		Controles n=50		Valor de p
	n	%	n	%	
Como se sente hoje					0,200
Muito mal	-	-	-	-	
Mal	1	1,0	-	-	
Bem	58	58,0	35	70,0	
Muito bem	41	41,0	15	30,0	
O trabalho de parto decorreu de encontro às suas expectativas?					0,009
Não	39	39,0	32	64,0	

Sim	61	61,0	18	36,0	
O parto decorreu de encontro às suas expectativas?					0,100
Não	34	34,0	12	24,0	
Sim	66	66,0	38	76,0	
O parto decorreu com a anestesia epidural?					
Não	91	91,0	50	100,0	0,030
Sim	9	9,0	-	-	
A dor que sentiu foi de acordo com as suas expectativas durante o trabalho de parto?					0,010
Não	39	39,0	30	60,0	
Sim	61	61,0	20	40,0	
Se respondeu não a pergunta acima					0,001
Foi muito pior	2	2,0	15	50,0	
Foi pior	8	8,0	12	40,0	
Foi melhor	29	29,0	3	10,0	
Foi muito melhor	-	-	-	-	
A dor que sentiu foi de acordo com as suas expectativas durante o parto?					0,020
Não	27	27,0	23	46,0	
Sim	73	73,0	27	54,0	
Se respondeu não a pergunta acima					0,001
Foi muito pior	4	4,0	4	17,4	
Foi pior	-	-	19	82,6	
Foi melhor	23	23,0	0		
Foi muito melhor	-	-	-	-	
O tempo do trabalho de parto foi de acordo com suas expectativas?					0,100
Não	55	55,0	33	66,0	
Sim	45	45,0	17	34,0	
Se respondeu não a pergunta acima					0,001
Foi muito pior	2	2,0	15	45,5	
Foi pior	16	16,0	18	54,5	
Foi melhor	39	39,0	-	-	
Foi muito melhor	-	-	-	-	
O tempo do parto foi de acordo com suas expectativas?					0,200
Não	52	52,0	21	42,0	
Sim	48	48,0	29	58,0	
Se respondeu não a pergunta acima					0,001
Foi muito pior	22	22,0	21	100,0	
Foi pior	39	39,0	-	-	
Foi melhor	-	-	-	-	
Foi muito melhor	-	-	-	-	
Sentiu confiante durante o trabalho de parto?					0,001
Nada	-	-	9	18,0	
Um pouco	4	4,0	23	46,0	
Muito	46	46,0	18	36,0	
Bastante	50	50,0	-	-	
Sentiu confiante durante o parto?					0,001
Nada	-	-	2	4,0	

Um pouco	8	8,0	10	20,0	
Muito	53	53,0	28	56,0	
Bastante	39	39,0	10	20,0	
Sentiu medo durante o trabalho de parto?					0,001
Nada	14	14,0	-		
Um pouco	53	53,0	20	40,0	
Muito	27	27,0	16	32,0	
Bastante	6	6,0	14	28,0	
Sentiu medo durante o parto?					0,100
Nada	17	17,0	4	8,0	
Um pouco	41	41,0	17	34,0	
Muito	33	33,0	25	50,0	
Bastante	9	9,0	4	8,0	
Está satisfeita com a qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais de saúde durante o trabalho de parto?					0,060
Nada	-	-	-	-	
Um pouco	-	-	-	-	
Muito	38	38,0	28	56,0	
Bastante	62	62,0	22	44,0	
Está satisfeita com a qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais de saúde durante o parto?					0,100
Nada	-	-	-	-	
Um pouco	-	-	-	-	
Muito	38	38,0	26	52,0	
Bastante	62	62,0	24	48,0	

A grande maioria de ambos os grupos (141; 94,0%) não recebeu anestesia epidural, e pela análise estatística inferencial permitiu afirmar ainda que a anestesia epidural e a ausência do acompanhante foram estatisticamente significantes ($\chi^2(1) = 1,382$; $p = 0,02$; e $n = 150$). Assim a presença do acompanhante em sala de parto reduz a necessidade da realização na anestesia epidural, influenciando assim nas sensações dolorosas durante o trabalho de parto e parto.

A dor sentida durante o trabalho de parto foi de acordo com suas expectativas em 60 (61,0%) das mulheres do grupo caso, porém 30 (60,0%) das do grupo controle a dor não foi de acordo com suas expectativas, sendo considerada uma experiência muito pior. A dor sentida durante o parto foi de acordo com suas expectativas em 73 (73,0%) das do grupo caso e 27 (54,0%) das do grupo controle. Sendo ainda estatisticamente significativa essa questão tanto no trabalho de parto ($\chi^2(1) = 1,641$; $p = 0,001$; e $n = 150$) e parto ($\chi^2(1) = 1,301$; $p = 0,02$; e $n = 150$). Nos confirma que as mulheres que tem a presença do acompanhante tem

uma percepção da dor dentro de sua expectativa denotando que o acompanhante é fator importante para o enfrentamento da dor.

A dor, principal queixa referida pelas mulheres durante o trabalho de parto, pode associar-se a fatores emocionais, sócio-culturais, biológicos e econômicos. Para o bom desenvolvimento do trabalho de parto, é necessário o bem-estar físico e emocional da mulher, o que favorece a redução dos riscos e complicações. O respeito ao direito da privacidade, a segurança e o conforto, a assistência humanizada e de qualidade, aliado ao apoio familiar durante a parturição, transformam o nascimento em um momento único e especial (GALLO *et al.*, 2012; MOURA *et al.*, 2007).

Souza *et al.* (2010) consideram a raquianestesia com injeção única de anestésico local, como técnica mais aceita para aplicação no período expulsivo e, em relação à analgesia peridural dizem que trata-se de um técnica bastante difundida na condução do trabalho de parto, independente do grau de dilatação do colo uterino. A inserção do cateter no espaço peridural permite a realização de uma analgesia prolongada e limitada aos segmentos correspondentes à dor de cada estágio do trabalho de parto, evitando-se o relaxamento precoce do períneo, que poderia interferir com a rotação interna do feto e constituir-se fator de distócia (COELHO, 2012).

Observa-se na tabela 6 que o tempo do trabalho de parto não foi de encontro com as expectativas de ambos os grupos, 55 (55,0%) parturientes do grupo caso e 33 (66,0%) das do controle. Entretanto considerado pior em 18 (54,5%) das do grupo 2. Já o tempo de duração do parto não foi de encontro com as expectativas em 52 (52,0%) parturientes do grupo caso, sendo consideradas pior. Este fato pode estar relacionado à falta de informação prévia das futuras mães de quanto realmente dura em média o trabalho de parto e parto de uma primípara, denotando um educação perinatal deficiente, que deveria discutir com a paciente sobre as questões relacionadas ao trabalho de parto e parto.

Em relação à confiança durante o trabalho de parto, 50 (50,0%) mulheres do grupo caso sentiram-se bastante confiante, enquanto que 23 (46,0%) das do grupo controle sentiram-se um pouco confiante. Em relação à confiança durante o parto, 53 (53,0%) mulheres do grupo caso sentiram-se bastante confiante e 23 (56,0%) das do grupo controle sentiram-se confiantes. Sendo ainda estatisticamente significativa essa questão tanto no trabalho de parto ($\chi^2(1) = 1,382$; $p = 0,001$; e $n = 150$) e parto ($\chi^2(1) = 1,382$; $p = 0,001$; e $n =$

150). Assim a presença do acompanhante irá oferecer um suporte emocional que proporcionará mais confiança durante o período parturitivo.

Percebe-se que escolher o acompanhante para vivenciar o nascimento do filho ultrapassa o significado de companhia, pois o que se verifica é a importância que as participantes deste estudo atribuíram ao vínculo com a pessoa escolhida. A confiança se apresenta como pré-requisito, pois, para elas, o nascimento deve ser compartilhado com alguém que perceba a singularidade desse momento tão especial (OLIVEIRA *et al.*, 2011).

Os entrevistados destacam que a presença do acompanhante contribui com apoio emocional e social para a parturiente. Esta percepção da participação do acompanhante se ancora no apoio emocional e tem sua maior expressão na transmissão de maior segurança e conforto para a parturiente, em um momento em que a solidão e o medo se fazem presentes (SANTOS *et al.*, 2012). Estar rodeada de pessoas de confiança, sejam acompanhantes ou profissionais dispostos a favorecer o decorrer do processo do parto, influencia na percepção a respeito do ambiente, tornando-o mais íntimo. Essa proximidade, aliada a um ambiente calmo, proporciona segurança e bem-estar à mulher parturiente. Apesar de muitas vezes esses fatores passarem despercebidos, são integrantes do cuidado e conforto indispensáveis no decorrer do trabalho de parto e parto.

Em relação ao medo durante o trabalho de parto e parto, 53 (53,0%) mulheres do grupo 1 e 20 (40,0%) das do grupo 2 sentiram um pouco de medo durante o trabalho de parto. Enquanto que 41 (41,0%) das do grupo 1 sentiram um pouco de medo e 25 (50,0%) das do grupo 2 sentiram muito medo. Sendo ainda estatisticamente significativa essa questão durante o trabalho de parto ($\chi^2(1) = 1,541$; $p = 0,001$; e $n = 150$). Assim, observa-se que o medo das parturientes só sofreu interferência com a presença do acompanhante durante o trabalho de parto, logo a sensação de solidão devido ao medo estão presentes na sala de parto ainda se mostra evidente.

A solidão e o medo presentes na sala de parto representam momentos de dor intensa, insegurança para as parturientes e de insatisfação com os trabalhadores da saúde, já que, para elas, ficar sozinha durante o processo parturitivo parece assustador e ameaçador, tendo em vista a possibilidade do nascimento de seu filho ocorrer sem a presença dos profissionais da saúde (SANTOS; PEREIRA, 2012).

Permanecer ao lado de pessoas desconhecidas durante o trabalho de parto e o parto desperta, em algumas mulheres, sentimentos negativos. Por isso, a presença de alguém conhecido, nesses momentos, se mostra como uma alternativa segura para o estabelecimento de comunicação e vínculo com os demais. Pessoas conhecidas proporcionam às parturientes oportunidades de expressão sem ameaças, pois o sentimento de solidão as torna vulneráveis, enquanto a presença do outro lhes dá suporte para a liberdade de expressão (OLIVEIRA *et al.*, 2011).

Em relação às expectativas da dor durante o trabalho de parto, observou-se que 30 (60,0%) mulheres do grupo controle não estavam dentro das suas expectativas, dessas 15 (50,0%) foi uma experiência muito pior vivenciada. Já em relação às expectativas da dor durante o parto, observou-se que 23 (46,0%) das mulheres do grupo controle não estavam dentro das suas expectativas, dessas 19 (82,6%) foi uma experiência pior vivenciada. Sendo ainda estatisticamente significativa essa questão tanto no trabalho de parto ($\chi^2(1) = 1,302$; $p = 0,01$; e $n = 150$) e parto ($\chi^2(1) = 1,382$; $p = 0,02$; e $n = 150$). Assim, a presença do acompanhante em sala de parto influencia positivamente na dor sentida pelas parturientes durante o trabalho de parto e parto.

Muitos acompanhantes também transmitiram apoio físico, por meio de medidas de conforto como massagens, minimização do calor e auxílio nos exercícios pélvicos. Tal achado ratifica o relato das puérperas que afirmaram ter a presença do acompanhante contribuído para o alívio das dores durante o parto (TELES *et al.*, 2010).

Sabemos que a dor é uma experiência vivenciada em um determinado contexto, influenciada por fatores psicológicos, biológicos, socioeconômicos e culturais, onde uma abordagem clínica multidisciplinar pode funcionar melhor na avaliação das pessoas acometidas de dor (NILSEN; SABATINO; LOPES, 2011). De certa forma, para as parturientes, a dor durante o trabalho de parto é tida como a pior experiência de suas vidas, a qual é intermitente, variando de intensidade, de mulher para mulher, constituindo o amálgama que é revestido pela hora da expulsão fetal (DAVIM; TORRES; DANTAS, 2008).

A maioria das mulheres da amostra (56,0%; 57,3%) afirmou que a qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais da saúde durante o trabalho de parto e parto, respectivamente, foram de acordo com as suas expectativas, contudo a análise estatística inferencial permitiu afirmar que a qualidade dos cuidados é independente da presença do

acompanhamento em sala de parto ($\chi^2(1) = 0,101$; $p = 0,06$; e $n = 150$; $\chi^2(1) = 0,122$; $p = 0,1$; e $n = 150$). A atuação dos membros da equipe de saúde é de extrema importância, para a inserção, interação e orientação do acompanhante, fazendo com que este saiba desempenhar seu papel, bem como os benefícios da sua presença.

A vivência que a mulher tem da parturição pode ser prazerosa ou traumática, dependendo de sua maturidade e de experiências pessoais ou familiares anteriores, e até daquelas diretamente relacionadas ao sistema de saúde, como a assistência recebida no pré-natal e durante o parto. Estudos sobre o apoio por uma única pessoa durante o parto mostraram que o suporte físico e empático contínuo durante o trabalho de parto resulta em benefícios, como a diminuição de sua duração, no uso de medicações e analgesia, de partos operatórios e depressão neonatal (NASCIMENTO *et al.*, 2010).

Assim, a experiência da parturiente é acompanhada de um sentimento de desamparo e solidão em meio à dinâmica de um processo vital delicado em que ela se vê deslocada do ambiente natural e seguro da sua casa e sua família para o ambiente artificial do hospital cercado de pessoas que lhes são estranhas, daí a importância da presença do acompanhante como um “paliativo” para a melhoria deste desconforto psicológico (SANTOS *et al.*, 2011).

O período grávido e puerperal traz diversas modificações no estado emocional e social da mulher, causando-lhe a sensação de insegurança e de ansiedade, diante da nova realidade que lhe espera. O processo parturitivo fragiliza a mulher, colocando-a em situação de vulnerabilidade emocional, fato que intensifica a necessidade de companheirismo, atenção e afetividade (SANTOS *et al.*, 2011).

Para vencer esta etapa, a parturiente necessita de um suporte especial que vai além da equipe de profissionais de saúde, o que destaca a figura do acompanhante como uma ferramenta importante no processo parturitivo. A presença do acompanhante pode não somente auxiliar a mulher a relaxar, mas também contribuir para que a atenção oferecida seja mais humanizada (SANTOS *et al.*, 2011).

Pesquisa identificou que as enfermeiras realizam cuidados que promovem conforto e relaxamento, fazendo com que as mulheres vivenciem o trabalho de parto com liberdade de posição e de movimentos (PEREIRA *et al.*, 2012). Esses cuidados são classificados pela OMS como métodos não farmacológicos para alívio da dor, que objetivam

reduzir a percepção dolorosa por meio de métodos não invasivos que diminuem a necessidade de analgesia medicamentosa e melhoram a vivência do parto.

O apoio empático do profissional e do acompanhante à mulher é considerado o fator mais importante para essa abordagem não farmacológica, que significa dar informações e explicações segundo o desejo e as necessidades desta mulher e respeitar sua privacidade no ambiente do parto (OMS, 1996).

Muitas são as dificuldades que a mulher enfrenta em relação ao ambiente: a pouca familiaridade com o local em que está sendo cuidada, onde os profissionais são desconhecidos e ainda lhe é impedida a presença de um acompanhante de sua preferência, para lhe dar suporte nesse momento. Muitos esforços estão sendo empreendidos com o objetivo de tornar esse ambiente físico mais confortável, através de mudanças na estrutura e rotinas (FRELLO; CARRARO, 2010). Porém faz-se necessária a sensibilização dos profissionais para compreender que o ambiente não se limita apenas ao físico, mas inclui também o ambiente interno das mulheres, o qual abrange seus sentimentos, emoções e percepções. Desse modo poderá se dedicar um cuidado que abranja o ser humano em sua totalidade.

Vale salientar a importância da vinculação da gestante com o local de nascimento do seu filho por meio da realização da visita a maternidade/Centro de Parto Normal ou Casa de Parto, oferecendo a oportunidade de apresentar a esta mulher o ambiente em que o seu parto irá acontecer, reforçando a ideia de vínculo com o local do parto. Este fato passa para ela a segurança necessária e quebrar o clima de local e medo com os espaços hospitalares.

Os aspectos negativos percebidos pelos profissionais de saúde quanto à presença do acompanhante referiram-se a um possível comportamento inadequado das parturientes: algumas ficaram mais dengosas, mimadas, e desestabilizadas por acharem que o acompanhante era a "salvação", quando estavam cansadas e pensavam que não agüentariam até o final do trabalho de parto (BRÜGGEMANN *et al.*, 2007). Essa opinião reflete que os profissionais, em geral, esperam da parturiente um comportamento adequado, de passividade, resignação e aceitação das circunstâncias, inerente ao modelo de assistência centrado na conveniência do profissional de saúde e da instituição, e não nas necessidades da mulher (SEIDEL, 1998).

Ressalta-se que, mesmo sem qualquer sensibilização dos profissionais para receber esse "novo personagem" no cotidiano do atendimento ao processo de nascimento, os

profissionais podem aceitar a proposta e incorporá-la de forma positiva no desenvolvimento de suas atividades assistenciais. Essa receptividade, entretanto, não garante que as maternidades passem a inserir o acompanhante, pois a efetivação dessa medida requer diretrizes institucionais.

Em relação às variáveis da presença do acompanhante em sala de parto, na tabela 7 identifica-se que a maioria das parturientes responderam que o apoio do acompanhante foi muito importante (53,0%) tanto no trabalho de parto quanto durante o parto (45,0%), a ajuda do companheiro foi bastante útil tanto no trabalho de parto (65,0%) quanto no parto (66,0%).

Acredita-se que as vivências de trabalho de parto e parto de mulheres que tiveram a oportunidade de ter alguém de sua escolha durante esses momentos são diferentes das que vivenciaram essas experiências sozinhas, mesmo que os profissionais envolvidos no processo ofereçam o cuidado e conforto necessários (OLIVEIRA *et al.*, 2011).

Tabela 7. Distribuição das variáveis relacionadas à presença de um acompanhante no trabalho de parto e parto das puérperas, Maio/Outubro, MEAC/CHU/UFC, Fortaleza-CE, 2013.

	n	%
Perguntas (n=100)		
Contou com o apoio do companheiro durante o trabalho de parto?		
Nada	-	-
Um pouco	11	11,0
Muito	53	53,0
Bastante	16	16,0
Contou com o apoio do companheiro durante o parto?		
Nada	-	-
Um pouco	13	13,0
Muito	45	45,0
Bastante	43	43,0
A ajuda do companheiro foi útil durante o trabalho de parto?		
Nada	-	-
Um pouco	-	-
Muito	35	35,0
Bastante	65	65,0
A ajuda do companheiro foi útil durante o parto?		
Nada	-	-
Um pouco	6	6,0
Muito	28	28,0

Bastante

66 66,0

Em estudo identificou-se que gestantes e acompanhantes desejam se preparar para os cuidados e modalidades de parto sem se sentir intimidados pelo conhecimento do profissional (BASSO; MONTICELLI, 2010). Assim, é importante que este preparo já ocorra no pré-natal, momento em que a gestante identifica seu acompanhante e este pode ser informado a cerca do processo de parto.

Sabe-se que a somente a presença do acompanhante não representa, em si, uma forma de suporte. Contudo, o fato de ter alguém para compartilhar o momento de dificuldade vivenciado foi considerado importante para essas mulheres. Elas mencionaram, em algumas falas, a necessidade de dividir a experiência, que descrevem como de dor e de sofrimento, como se o fato de ter alguém ao lado contribuísse pelo menos para amenizar a sensação de solidão (OLIVEIRA *et al.*, 2011).

A permanência de um acompanhante contribuirá para que este momento seja menos estressante, uma oportunidade de promoção de um estado de calma. O sentimento de segurança está associado à necessidade de compartilhar seus medos e anseios com alguém de presença constante, durante todo o processo do parto e nascimento, sendo este alguém de seu convívio familiar. Sendo assim, o conforto, devido a esta presença, poderia facilitar a fisiologia deste momento, não necessitando da impactante medicalização do corpo feminino (SANTOS *et al.*, 2012).

As parturientes que receberam apoio por acompanhante de sua escolha tiveram maior satisfação global com a experiência do trabalho de parto e parto do que as do grupo-controle (sem apoio). Ter o acompanhante no trabalho de parto e parto foi forte preditor de satisfação (BRÜGGEMANN *et al.*, 2010). Corroborando os achados o estudo em questão.

O acompanhante contribui, ainda, com a mudança da concepção do parto, tanto para as mulheres que o vivenciam, como para os profissionais, que têm a possibilidade de encará-lo de forma mais humana e menos técnica (OLIVEIRA *et al.*, 2011).

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 (TELES *et al.*, 2010).

A presença e a participação do acompanhante no processo de parturição provocam mudanças na postura dos profissionais diante da parturiente e da assistência dispensada (LONGO; ANDRAUS; BARBOSA, 2010). A atuação dos membros da equipe de Enfermagem é fundamental para que tal mudança seja positiva na implementação de projeto de inserção de acompanhante na assistência ao parto. Isto devido ao seu trabalho de incentivar os acompanhantes para que sejam participativos.

Assim, os estudos evidenciam que a participação do acompanhante torna o processo do nascimento mais tranquilo, pois o apoio proporcionado permite que a parturiente se sinta mais segura pela presença de outra pessoa que colabora ativamente com suas necessidades de cuidado.

6 CONCLUSÃO

A amostra consta de 150 puérperas, das quais tinham uma idade média de 23 anos, a maioria estava entre 20 e 29 anos (64; 42,7%), era proveniente da capital (105; 70,0%), eram casadas/união estável (100; 66,7%), com renda familiar de 1 a 2 salários mínimos (60; 40,0%) e tinham até 8 anos de estudo (67; 44,7%).

Quanto à presença de um acompanhante durante a assistência pré-natal, 70 (70,0%) parturientes do grupo caso e 27 (54,0%) do grupo controle afirmaram a presença do mesmo no pré-natal, totalizando 97 (64,7%) mulheres do total da amostra. Demonstrando que as gestantes que já se preocupam em ter um acompanhante durante o pré-natal também serão as que mais terão a presença do acompanhante durante o trabalho de parto e parto, demonstrando assim, a importância do enfermeiro estimular a presença do acompanhante durante o pré-natal.

No nosso estudo observamos que a presença do acompanhante em sala de parto foi estatisticamente significativa nas seguintes variáveis: a presença de um acompanhante durante a assistência pré-natal ($p=0,05$), a duração média do trabalho de parto das gestantes ($p=0,01$), a realização de anestesia epidural ($p=0,01$), a dor sentida durante o trabalho de parto ($p=0,001$) e parto ($p=0,01$), a confiança durante o trabalho de parto ($p=0,001$) e parto ($p=0,001$), o medo durante o trabalho de parto ($p=0,001$), as expectativas da dor durante o trabalho de parto ($p=0,01$) e parto ($p=0,02$). Reforçando cada vez mais a importância da presença do acompanhante e do seu papel de contribuição no processo fisiológico do parto e enfrentamento da dor.

Observou-se que a maioria das parturientes respondeu que o apoio do acompanhante foi muito importante (53,0%) tanto no trabalho de parto quanto durante o parto (45,0%), a ajuda do companheiro foi bastante útil tanto no trabalho de parto (65,0%) quanto no parto (66,0%). Podemos concluir também que o acompanhante proporciona à mulher maior segurança e conforto durante o trabalho de parto e parto, reduzindo a duração do trabalho de parto e promovendo o aleitamento materno exclusivo. E no nosso estudo trazemos a importância do adiamento dos cuidados realizados com o RN, caso esteja tudo bem com o mesmo, visto que aleitamento materno deve ocorrer na primeira meia hora após o nascimento, então para evitar a separação entre mãe e filho após o parto, uma solução seria essa.

Então se conclui que a presença do acompanhante deve ser iniciada desde o início do pré-natal, pois ele irá contribuir diretamente com a diminuição do tempo de trabalho de parto, bem como necessitarão de menos intervenção como a anestesia epidural. O nível de dor durante o trabalho de parto e parto de quem tem a presença do acompanhante é bem menor, com isso o poder de enfrentamento da dor é maior, diminuindo o medo e as expectativas em torno desta. Em suma a presença o acompanhante deve ser levada em conta pelos profissionais de saúde como parte deste evento fisiológico e familiar que é o parto, extrapolando a somente ao cumprimento de uma lei, mas sim de um suporte que é primordial também terapêuticamente de forma natural.

O nosso estudo também mostrou a força da presença do acompanhante, este fato se torna mais importante quando as parturientes têm como seus acompanhantes a ajuda do companheiro tanto no trabalho de parto quanto no parto. Reforçando a necessidade de uma adequação urgente das nossas maternidades do Estado do Ceará no que diz respeito à ambiência com a criação dos leitos PPP, que irão prover privacidade, conforto e liberdade ampla na escolha de seu acompanhante, principalmente do sexo masculino, no caso dos companheiros, que tem muitas vezes a sua presença negada neste momento tão singular de formação de uma família. O que nós enquanto profissionais e instituições provedores de cuidados com a saúde estamos deixando de fortalecer em termos de vínculos entre os diversos elos de uma futura família, só o tempo nos responderá.

O cenário eleito para o estudo compõe os hospitais universitários da Universidade Federal do Ceará, tendo como funções primordiais o ensino, a pesquisa e a assistência médico-hospitalar, sendo ainda reconhecida pelo Ministério da Saúde como maternidade de excelência em atendimento as gestantes de alto risco. Há a prática da política de humanização de saúde no cotidiano de trabalho dos profissionais com os usuários do sistema de saúde, no entanto, a humanização da assistência implica no desenvolvimento de alguns atributos essenciais ao ser humano, dentre eles, a sensibilidade, o respeito e a solidariedade, que precisam ser sempre renovados a cada dia. A redução das desigualdades, o respeito ao ser humano e a melhor igualdade na relação profissional-paciente é passo fundamental para a melhoria da atenção em todos os aspectos da saúde reprodutiva e que esta instituição vem em uma crescente na sua assistência.

As mudanças costumam ocorrer de maneira lenta, mas a favor da humanização e em benefício de um atendimento a mulher e a criança têm se mantido firme e atuante essa

corrente, com conquistas significativas. Isso tem contribuído positivamente no nascimento de muitas crianças sob a perspectiva de um novo paradigma de uma nova conduta por parte destes profissionais que assistem essa clientela tão especial e que merece fazer parte de uma saúde com responsabilidade.

Partindo dos achados, considera-se que a existência de evidências científicas que comprovam a efetividade da prática humanizada, é essencial que a formação acadêmica incorpore as mudanças no paradigma de atenção à saúde da mulher, para o enfoque da atenção integral e dos direitos sexuais e reprodutivos; o entrosamento das diversas disciplinas profissionais, com vistas ao trabalho em equipe que garanta a saúde e os direitos das mulheres e de seus recém-nascidos; o preparo da gestante para o parto e nascimento desde o pré-natal; a ampla divulgação dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres na mídia e nos serviços de saúde; a efetiva incorporação do modelo humanizado da atenção como diretriz e filosofia institucional; e, sobretudo, a incorporação de novas atitudes por parte dos profissionais.

A produção científica nacional necessita ser ampliada nessa área temática, contribuindo para a implantação de serviços de atenção ao parto menos intervencionistas, que atuem na perspectiva de propiciar a vivência do trabalho de parto, parto e nascimento como experiências positivas e enriquecedoras.

REFERÊNCIAS

ALEXANDRE, A.M.C.; MARTINS, M. A vivência do pai em relação ao trabalho de parto e parto. **Cogitare Enferm.**, v. 14, n. 2, p. 324-331, 2009.

AMORIM, M.M.R.; PORTO, A.M.F.; SOUZA, A.S.R. Assistência ao segundo e terceiro períodos do trabalho de parto baseada em evidências. **FEMINA**, v.38, n.11. 2010.

ANVISA. Resolução – RDC nº 36, de 3 de junho de 2008 . Dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 3 jun. 2008.

ARAÚJO, L. P. **Humanização do parto**: significado e prática para profissionais de saúde. Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação – Curso de Enfermagem, Universidade Estadual da Paraíba, João Pessoa, 2011.

BELIZÁN, J. M.; CAFFERATA, M. L.; BELIZÁN, M.; TOMASSO, G.; CHALMERS, B. Goals in maternal and perinatal care in Latin American and the Caribbean. **Birth**, v. 32, n.3, p. 210-282, 2005.

BRAGA, G. A. R. A Política Nacional de Humanização (PNH) e a psicanálise: Convergência no Centro de Atenção Psicossocial – CAPS. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, São João del-Rei, v. 7, n. 2, jul./dez. 2012.

BRASIL. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 8 abr. 2005a.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**: Princípios e Diretrizes. 1. ed. Brasília, 2011b.

_____. Ministério da Saúde. Atos do Poder Executivo. Decreto-lei nº 2.024 de 17/02/40. Fixa as bases da organização da proteção à maternidade, à infância e à adolescência em todo o país. Rio de Janeiro, 1940c.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes gerais da política nacional de saúde materno-infantil**. Rio de Janeiro, 1971d.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência Médica. Coordenação de **Proteção Materno-Infantil. Programa de Saúde Materno-Infantil – bases programáticas**. Rio de Janeiro, 1975e.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco**: manual técnico. 5. ed. Brasília, 2012f.

_____. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher**: bases de ação programática. Brasília, 1984g.

_____. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher**: bases de ação programática. Brasília, 1984g.

_____. Ministério da Saúde. **Lei do Exercício Profissional da Enfermagem pelo Decreto nº 94.406/8**. Brasília, 2008h.

_____. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: plano de ação 2004-2007**. Brasília, 2004i.

_____. Ministério da Saúde. **Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – a Rede Cegonha**. 2011l.

_____. Ministério da Saúde. **Brasil registra aumento no número de cesáreas**. 2010m. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/3349/162/brasil-registra-aumentono-numero-de-cesareas.html>>. Acesso em: 13 out. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 985/GM, de 5 de agosto de 1999. Cria o Centro de Parto Normal-CPN, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 1999n.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: visita aberta e direito a acompanhante**. 2. ed. Brasília, DF, 2007o.

_____. Ministério da Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília, 2012p. (Caderno, n. 32).

_____. Ministério da Saúde. **Rede Cegonha: diretrizes gerais e operacionais da rede cegonha**. Brasília, 2013q.

BROWN, S.; DOUGLAS, C.; FLOOD, L. Women's evaluation of intrapartum nonpharmacological pain relief methods used during labor. **J. Perinat. Educ.**, v.10, p.1-8, 2001.

BRÜGGEMANN, O. M.; OSIS, M. J. D.; PARPINELLI, M. A. Apoio no nascimento: percepções de profissionais e acompanhantes escolhidos pela mulher. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 4, 2007.

BARBOSA, C.N.S.; GONÇALVES, L.R.R.; SILVA, G.R.F.; BRANDÃO, E.C.; RÊGO, E.S.; FERREIRA, M.M. Caracterização dos partos segundo aspectos obstétricos e sócio-demográficos das parturientes de Teresina-PI, 2011. **Rev. Enferm. UFPI**, v. 2, n. 2, p. 40-47, 2013.

BRÜGGEMANN, O.; PARPINELLI, M.A.; OSIS, M.J.D.; CECATTI, J.G.; CARVALHINHO NETO, A.S. Apoio à parturiente por acompanhante de sua escolha em maternidade brasileira: ensaio clínico controlado randomizado. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 4, n. 4, p. 155-159, dez. 2010.

BRÜGGEMANN, O.M.; PARPINELLI, M.A.; OSIS, M.J.D.; CECATTI, J.G.; CARVALHINHO, N.A.S. Support to woman by a companion of her choice during childbirth: A randomized controlled trial. **Reprod. Health**, v. 4, p. 5, 2007.

BRÜGGEMANN, O.M.; OSIS, M.J.D.; PARPINELLI, M.A. Apoio no nascimento: percepções de profissionais e acompanhantes escolhidos pela mulher. **Rev. Saúde Pública**, v. 41, n. 1, p. 44-52, 2007.

CARNEIRO, R.G. Dilemas antropológicos de uma agenda de saúde pública: Programa Rede Cegonha, pessoalidade e pluralidade. **Interface Comunic. Saúde Educ.**, v. 17, n. 44, p. 49-59, 2013.

CARROLI, G.; MIGNINI, L. Episiotomy for vaginal birth. **Cochrane Database Syst. Rev.**, n. 1, p. CD000081, 2009.

CARVALHO, M.M.M.J. **Dor**: um estudo multidisciplinar. São Paulo: Summus, 1999.

CAUS, E.C.M.; SANTOS, E.K.A.; NASSIF, A.A.; MONTICELLI, M. O processo de parir assistido pela enfermeira obstétrica. **Esc. Anna Nery**, v. 16, n.1, p.34-40, 2012.

COELHO, M.M. **Métodos de alívio da dor no trabalho de parto e repercussões na saúde materno-fetal**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

CORREA, C.R.H.; BONADIO, I.C.; TSUNECHIRO, M.A. Avaliação normativa do pré-natal em uma maternidade filantrópica de São Paulo. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 6, dez. 2011.

COSTA, R.; PACHECO, A.; FIGUEIREDO, B. Antecipação e experiência emocional do parto. **Psicol. Saúde & Doenças**, Lisboa, v. 13, n. 1, 2012 .

COSTA, R.; FIGUEIREDO, B.; PACHECO, A.; MARQUES, A; PAIS, A.. Questionário de experiência e satisfação com o parto (QESP). **Psicologia: Saúde & Doenças**, v. 5 , n.2. p. 159-187. 2004.

DAVIM, R.M.B.; TORRES, G.V.; DANTAS, J.C. Representação de parturientes acerca da dor de parto. **Rev. Eletr. Enferm.**, v. 10, n. 1, p. 100-109, 2008.

DAVIS-FLOYD, R. **Perspectivas antropológicas del parto y el nacimiento humano**. Buenos Aires: Editorial Creavida, 2009.

DESLANDES, S. F. (Org.). **Humanização dos cuidados em saúde**: conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

DIAS, M.A.B.; DESLANDES, S.F. Expectativas sobre a assistência ao parto de mulheres usuárias de uma maternidade pública do Rio de Janeiro, Brasil: os desafios de uma política pública de humanização da assistência. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, p. 2647-2655, 2006.

DIAS, M.A.B.; DESLANDES, S.F. Expectativas sobre a assistência ao parto de mulheres usuárias de uma maternidade pública do Rio de Janeiro, Brasil: os desafios de uma política pública de humanização da assistência. **Cad Saúde Pública**, v.22, p. 2647-55, 2006.

DIAS, M.A.B.; DOMINGUES, R.M.S.M. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.3, p. 699-705, jul./set. 2005.

DINIZ, C. S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 627-637, 2005.

DINIZ, S.G. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. **Rev. Bras. Crescimento Desenvolv. Hum.**, v. 19, p. 313-326, 2009.

ENKIN, M.; KEIRSE, M.J.N.C.; NEILSON, J.; CROWTHER, C.; DULEY, L.; HODNETT, E. *et al.* **Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

FRELLO, A.T.; CARRARO, T.E. Componentes do cuidado de Enfermagem no processo de parto. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 12, n. 4, p. 660-668, 2010.

GONZALEZ, A.D.; FERNANDES, E.S.; SILVA, E.F.; RABELO, M.; SOUZA, S.R.R.K. A percepção do acompanhante no processo do nascimento. **Cogitare Enferm.**, v. 17, n. 2, p. 310-314, 2012.

GONÇALVES, R.; AGUIAR, C.A.; MERIGHI, M.A.B.; JESUS, M.C.P.. Vivenciando o cuidado no contexto de uma casa de parto: o olhar das usuárias. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 45, n. 1, p. 62-70, 2011.

HATEM, M.; SANDALL, J.; DEVANE, D.; SOLTANI, H.; GATES, S. Midwife-led versus other models of care for childbearingwomen. **Cochrane Database Syst. Rev.**, n. 04, CD004667, 2008.

HODNETT, E.D.; GATES, S.; HOFMEYR, G.J.; SAKALA, C. Continuous support for women during childbirth. **Cochrane Database Syst. Rev.**, v.16, n. 2, 2011.

HODNETT, E.D.; GATES, S.; HOFMEYR, G.J.; SAKALA, C. Continuous support for women during childbirth (Cochrane Review). **The Cochrane Library**, n. 2, 2005.

HODNETT, E.D.; LOWE, N.K.; HANNAH, M.E.; WILLAN, A.R.; STEVENS, B.; WESTON, J.A., et al. Effectiveness of nurses as providers of birth labor support in North American hospitals: a randomized controlled trial. **J. Am. Med. Assoc.**, v. 288, p. 1373-1381, 2002.

HOGA, L.A.K.; PINTO, C.M.S. Assistência ao parto com a presença do acompanhante: Experiências de profissionais. **Investigación y Educación en Enfermería**, Medellín, v. 25, n. 1, 2007.

HOFMEYR, G. J. Evidense-based intrapartum care. **Best Pract. Res. Clin. Obstet. Gynaecol.**, v.19, n.1, p. 10-15, 2005.

HOFMEYER, G.; NIKODEM, V.C.; WOLMAN, W.L. Companionship to modify the clinical birth environment: effects on progress and perceptions of labour and breast feeding. **Br. J. Obstet. Gynaecol.**, v. 98, n. 8, p. 756-764, 1991.

HOFFMANN I.C. **A percepção e o percurso das mulheres nos cenários públicos de atenção pré-natal.** Dissertação (mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2008.

HULLEY, S.B.; CUMMINGS, S.R.; BROWNER, W.S.; GRADY, D. G.; NEWMAN, T.B. **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica.** 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

JAKOBI, H. R. **Fenômeno cultural da cesárea no Brasil.** Disponível em:< <http://www.amigasdoparto.com.br/ac012.html>>. Acesso em: 27 abr. 2008.

KASHANIAN, M.; JAVADI, F.; HAGHIGHI, M. M. Effect of continuous support during labor on duration of labor and rate of cesarean delivery. **Int. J. Gynaecol. Obstet.**, v.109, n.3, p. 198-200, 2010.

LIMA, A.L.A. **A política de regulação da assistência e a integralidade à saúde da mulher: uma análise da situação do Distrito Sanitário III da cidade do Recife.** Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Ageu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

LIMA-COSTA, M.F.; BARRETO, S.M. Types of epidemiologic studies: basic concepts and uses in the area of aging. **Epidemiol. Serv. Saúde.**, v.12, n. 4, p.189-201, 2003.

LONGO, C.S.M.; ANDRAUS, L.M.S.; BARBOSA, M.A. Participação do acompanhante na humanização do parto e sua relação com a equipe de saúde. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 12, n. 2, p. 386-391, 2010.

LWANGA, S.K.; LEMESHOW, S. **Sample size determination in health studies: a practical manual.** Geneva, 2001.

MAGALHÃES, M.F. **Um acontecimento chamado acompanhante de parto: opinião dos profissionais da saúde.** Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

MARTINS, M.F.S.V. **Educação para a Saúde e Vigilância Pré-Natal: Inter-confluências profissionais e familiares.** Tese (Doutorado) - Universidade do Minho, Minho, 2011.

MERCER, J.S.; ERICKSON-OWENS, D.A.; GRAVES, B.; HALEY, M.M. Evidence-based practices for the fetal to newborn transition. **J. Midwifery Womens Health**, v. 52, n. 3, p. 262-272, 2007.

MERIGHI, M.A.B.; GUALDA, D.M.R. O cuidado à saúde materna no Brasil e o resgate do ensino de obstetrias para assistência ao parto. **Rev. Latinoam. Enferm.**, v.17, n.2, p.265-270, 2009.

MOURA, F.M.J.S.P.; CARNEIRO, A.M.M.; JULCIELE, C.S.; DANTAS, L.S.; MOURA, L.J.S.P.; CASTRO, A.E.D. Perception of parturients about the normal delivery in a maternity. **Rev. Enferm. UFPI**, v. 1, n. 3, p. 194-200, 2012.

MOURA, F.M.J.S.P.; CRIZOSTOMO, C.D.; NERY, I.S.; MENDONÇA, R.C.M.; ARAÚJO, O.D.; ROCHA, S.S. A humanização e a assistência de Enfermagem ao parto normal. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 60, n. 4, p. 452-455, 2007.

NAGAHAMA, E.E.I.; SANTIAGO, S.M. A institucionalização médica do parto no Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, jul./set. 2005.

NAGAHAMA, E.E.I.; SANTIAGO, S.M. Práticas de atenção ao parto e os desafios para humanização do cuidado em dois hospitais vinculados ao Sistema Único de Saúde em município da Região Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, ago. 2008.

NASCIMENTO, N.M.; PROGIANTI, J.M.; NOVOA, R.I.; OLIVEIRA, T.R.; VARGENS, O.M.C. Tecnologias não invasivas de cuidado no parto realizadas por enfermeiras: a percepção de mulheres. **Esc. Anna Nery**, v. 14, n. 3, p. 456-461, 2010.

NAKANO, M.A.S.; SILVA, L.A.; BELEZA, A.C.S.; STEFANELLO, J.; GOMES, F.A. O suporte durante o processo de parturição: a visão do acompanhante. **Acta Paul. Enferm.**, v. 20, n. 2, p. 131-137, 2007.

NILSEN, E.; SABATINO, H.; LOPES, M.H.B.M. Dor e comportamento de mulheres durante o trabalho de parto e parto em diferentes posições. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 3, jun. 2011.

NONATO, T.R. **Humanização do parto nos contextos público e privado no distrito federal**. Dissertação (Mestrado) - Departamento de Sociologia, Universidade de Brasília, Brasília, 2007.

OLIVEIRA, A.S.S.; RODRIGUES, D.P.; GUEDES, M.V.C.; FELIPE, G.F.; GALIZA, F.T.; MONTEIRO, L.C. O acompanhante no momento do trabalho de parto e parto: percepção de puérperas. **Cogitare Enferm.**, v. 16, n. 2, p. 247-253, abr./jun. 2011.

OMS. **Assistência ao parto normal**: um guia prático. Genebra, 1996.

PERDOMINI, F.R.I.; BONILHA, A.L.L. A participação do pai como acompanhante da mulher no parto. **Texto Contexto Enferm.**, v. 20, n. 3, p. 245-252, 2011

PEREIRA, A.L.F.; NAGIPE, S.F.S.A.; LIMA, G.P.V.; NASCIMENTO, S.D.; GOUVEIA, M.S.F. Cuidados e resultados da assistência na sala de relaxamento de uma maternidade pública, Rio de Janeiro, Brasil. **Texto Contexto Enferm.**, v. 21, n. 3, p. 566-573, 2012.

PESAMOSCA, L.G.; FONSECA, A.D.; GOMES, V.L.O. Percepção de gestantes acerca da importância do envolvimento paterno nas consultas pré-natal: um olhar de gênero. **REME Rev. Min. Enferm.**, v. 12, n. 2, p. 182-188, 2008.

PINHO, S.; COLARES, C.P.; AMARAL, E.O.; PINHO, L. Sistematização da assistência de enfermagem: percepção dos técnicos de enfermagem do centro de terapia intensiva sobre a sua aplicabilidade. **Cad. Ciênc. Saúde**, v.1, n.1, jan/jun. 2011.

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

PROGIANTI, J.M.; MOUTA, R.J.O. A enfermeira obstétrica: agente estratégico na implantação de práticas do modelo humanizado em maternidades. **Rev. Enferm. UERJ.**, v.17, n.2, p. 165-169, 2009.

RODRIGUES, A. E.; CARVELA, E. A experiência de ser cuidada na sala de partos. **Revista Sinais Vitais**, v. 67, p 39-44, 2006.

RODRIGUES, R.M. **Pesquisa acadêmica**: como facilitar o processo de preparação de suas etapas. São Paulo: Atlas, 2007.

ROSA, R.; MARTINS, F.E.; GASPERI, B.L.; MONTICELLI, M.; SIEBERT, E.R.C.; MARTINS, N. Mãe e filho: os primeiros laços de aproximação. **Esc. Anna Nery**, v. 14, n. 1, p. 105-112, 2010.

SAKAE, T. M.; FREITAS, P. F.; D'ORSI, E. Fatores associados a taxas de cesárea em hospital universitário. **Rev. Saúde Pública**, v. 43, p. 472-480, 2009.

SANTANA, M.; SOUZA, S.; GUALDA, D.; WALL, M. Perfil de gestantes e acompanhantes das oficinas para o parto acompanhado. **Cogitare Enferm.**, v. 17, n. 1, mar. 2012.

SANTOS, L.M.; CARNEIRO, C.S.; CARVALHO, E.S.S.; PAIVA, M.S. percepção da equipe de saúde sobre a presença do acompanhante no processo parturitivo. **Rev. Rene**, v. 13, n. 5, p. 994-1003, 2012.

SANTOS, L.M.; PEREIRA, S.S.C. Vivências de mulheres sobre a assistência recebida no processo parturitivo. **Physis**, v. 22, n. 1, p. 77-97, 2012.

SANTOS, M. L. **Humanização da Assistência ao Parto e Nascimento**: um modelo teórico. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

SANTOS, O.M.B.; SIEBERT, E.R.C. The humanization of birth experience at the University of Santa Catarina maternity hospital. **Int. J. Gynecol. Obstet.**, v. 75, p. S73-S79, 2001.

SILVA, G.F.; PELLOSO, S.M. Perfil das parturientes e seus recém-nascidos atendidos em um hospital-escola do Noroeste do Estado do Paraná. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. 1, mar. 2009 .

SEIDEL J. **The ethnograph v5.0**: a users guide. London: Scolari, 1998.

SESCATO, A.C.; SOUZA, S.R.R.K.; WALL, M.L. Os cuidados não-farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: orientações da equipe de Enfermagem. **Cogitare Enferm.**, v.13, n. 4, p. 585-590, 2008.

SILVA, L. R.; SERRANO, N. S.; CHRISTOFFEL, M. M. A enfermeira obstetra e a política de humanização do parto: em busca de mudança no modelo assistencial. **Rev. Eletr. Enferm. Global**, n. 9, nov. 2006.

SILVA, R.M.; BARROS, N.F.; JORGE, H.M.F.; MELO, L.P.T.; FERREIRA JUNIOR, A.R. Evidências qualitativas sobre o acompanhamento por doulas no trabalho de parto e no parto. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 17, n. 10, p. 2783-2794, 2012.

TANAKA, A.C. **Maternidade**: dilema entre nascimento e morte. São Paulo: Hucitec, 1995.

TELES, L.M.R. **Construção e validação de tecnologia educativa para acompanhantes durante o trabalho de parto e parto**. 2011. 110 f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2011.

TELES, L.M.R.; PITOMBEIRA, H.C.S.; OLIVEIRA, A.S.; FREITAS, L.V.; MOURA, E.R.F.; DAMASCENO, A.K.C. Parto com acompanhante e sem acompanhante: a opinião das puérperas. **Cogitare Enferm.**, v.15, n.4, p.688-694, 2010.

TYRRELL, M.A.R.; CARVALHO, V. Programas nacionais de saúde materno-infantil: impacto político-social e inserção da Enfermagem. **Esc. Anna Nery R. Enferm.**, Rio de Janeiro, 1995.

ZAMPIERI, M. F. M. et al. O processo de viver e ser saudável das mulheres no climatério. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.13, n.2, jun. 2009.

ZHANG, J.; BERNASKO, J.W.; LEYBOVICH, E.; FAHS, M.; HATCH, M.C. Continuous labour support from attendant for primiparous women: a meta-analysis. **Obstet. Gynecol.**, v.88, n.4, p. 739-744, 1996.

WEHBY, G.L.; MURRAY, J.C.; CASTILLA, E.E.; LOPEZ-CAMELO, J.S.; OHSFELDT, R.L. Prenatal care effectiveness and utilization in Brazil. **Health Policy Plan.**, v. 24, p.175-188, 2009.

WHO. **Pregnant adolescents**: delivering on global promises of hope. Geneva, 2006b.

_____. **Adolescent pregnancy**: unmet needs and undone deeds: a review of the literature and programmes. Geneva, 2010a.

_____. Protecting, promoting and supporting breast-feeding. Geneva, 1989c.

**APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(PUÉRPERAS)**

Prezada senhora,

Estou convidando a senhora a participar de um estudo que está sob minha responsabilidade. Nesse estudo pretendo analisar a influência do apoio prestado pelo acompanhante na satisfação de primíparas e nas variáveis do processo de parto e sobre os resultados maternos e perinatais, na sua satisfação e sobre os resultados maternos, perinatais e aleitamento materno; bem como conhecer a percepção dos acompanhantes sobre essa experiência.

Caso a senhora concorde em participar do estudo, realizarei algumas perguntas por meio de um formulário semi-estruturado relacionadas a assistência pré-natal e obstétrica, bem como serão coletadas informações no prontuário. Sua participação neste estudo é livre e deve durar em média 15 minutos.

Dou-lhe a garantia de que as informações obtidas serão utilizadas apenas para a realização deste estudo. A senhora tem o direito de sair do estudo a qualquer momento, se assim desejar, sem que sua desistência possa prejudicar seu atendimento na rede pública ou privada de saúde. Finalmente informo que sua identidade será preservada tanto durante a condução do estudo como quando publicado em periódicos científicos. A participação no estudo não trará nenhum custo à senhora. A senhora poderá fazer qualquer pergunta durante a leitura desse termo.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será impresso em duas vias, sendo que uma ficará comigo (pesquisadora) e a outra, com você (entrevistada).

Em caso de dúvidas e/ou desistência da entrevista, pode-se entrar em contato com o Comitê de Ética da MEAC / UFC por meio do telefone (85) 3366-8569. Caso precise entrar em contato comigo, informo-lhe meu nome e endereço:

Amanda Souza de Oliveira

Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará

Rua Alexandre Baraúna, 1115. Fone: (85) 3366-8448

E-mail: aso.enfa@gmail.com

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIMENTO

Eu, _____ RG nº _____, declaro que tomei conhecimento do estudo citado acima, compreendi seus objetivos e concordo em participar da pesquisa.

Fortaleza, ____ de _____ de 2013.

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador

Testemunha

Assinatura de quem coletou os dados

APÊNDICE B - TERMO DE AUTORIZAÇÃO DO FIEL DEPOSITÁRIO

Titulo: ANÁLISE DA INFLUÊNCIA DO APOIO PRESTADO PELO ACOMPANHANTE EM SALA DE PARTO NA SATISFAÇÃO E RESULTADOS MATERNOS DE PRIMÍPARAS. Objetivos: analisar a influência do apoio prestado pelo acompanhante na satisfação de primíparas e nas variáveis do processo de parto e sobre os resultados maternos e perinatais, na sua satisfação e sobre os resultados maternos, perinatais e aleitamento materno; bem como conhecer a percepção dos acompanhantes sobre essa experiência. Autorizo a pesquisadora Amanda Souza de Oliveira a ter acesso aos prontuários das pacientes para a realização do presente projeto sob a orientação da pesquisadora Prof. Dra. Ana Kelve Castro Damasceno. O instrumento para coleta de dados serão os formulários (APÊNDICE D, E, F, G) do referido projeto.

_____, ____ de _____ de 2013.

Dr. Carlos Augusto Alencar Júnior

Diretor assistencial da MEAC

APÊNDICE C

FORMULÁRIO SEMI-ESTRUTURADO PARA COLETA DE DADOS COM AS PUÉRPERAS NO ALOJAMENTO CONJUNTO.		
GRUPO: (1) Sem acompanhante (2) Com acompanhante		Data: ___/___/___. Prontuário: _____.
PERGUNTAS	CODIFICAÇÃO	RESPOSTA
	Dados de identificação	
1.	Idade	_____ anos
2.	Estado civil	1= Casada/união estável 2= Solteira 3= Separada/divorciada
3.	Escolaridade	_____ anos
4.	Cor/raça	1=Branca 2= Não branca
5.	Ocupação	1= Estudante 2= Do lar 3= Sem ocupação 4= Trabalho remunerado
6.	Nº moradores em residência	_____
7.	Renda familiar em reais	_____
8.	Teve antecipadamente conhecimento da existência de legislação que prevê a possibilidade da presença da pessoa significativa durante o trabalho de parto e parto (Lei 14/85 de 6 de Julho).	1= Não 2= Sim
9.	Foi a primeira vez que teve acompanhante? (Somente para as que tiveram acompanhante).	1= Não 2= Sim
10.	Nome do acompanhante	
11.	Grau de parentesco	1= Mãe 2= Esposo 3= Irmã 4= Cunhada 5= Tia 6= Outros: _____
12.	Idade do acompanhante	_____ anos
13.	Escolaridade do acompanhante	_____ anos de estudo
14.	Ocupação	1= Trabalho remunerado 2= Trabalho não-remunerado
15.	Escolheu previamente o	1= Não 2= Sim

	acompanhante?		
16.	O acompanhante recebeu algum tipo de orientação?	1= Não 2=Sim	
17.	Contato do acompanhante, caso não esteja junto a puérpera.	Telefone: E-mail:	
	Dados da internação		
18.	Dias de internação hospitalar		
19.	Idade gestacional em semanas	_____semanas	
20.	Deu entrada com dilatação do colo uterino	_____cm	
21.	Membranas	1= Íntegras 2= Rotas <2 horas 3= Rotas >2 horas	
22.	Aspecto do líquido amniótico no momento da internação hospitalar	1=Claro 2= Claro com grumos 3= Amarelo 4= Tinto de mecônio 5= Meconial 6= Outros:_____. 99=Ignorado	
23.	Ritmo das contrações	_____	
24.	Altura da apresentação segundo plano de De Hodge, no momento da internação	1= 1º plano 2= 2º plano 3= 3º plano 4= 4º plano 99= Ignorado	
25.	Nº Gestações	_____	
26.	Nº Partos	_____	
27.	Nº Abortos	_____	
28.	Idade gestacional do início do pré-natal	_____	
29.	Nº de consultas pré-natais	_____	
30.	Teve acompanhante durante as consultas de pré-natal?	1=Não 2= Sim Quem? _____	
	Dados do trabalho de parto		
31.	Início das contrações (de acordo com a parturiente)	___/___/___. __h__min	
32.	Término das contrações(de acordo com a parturiente)	___/___/___. __h__min	
33.	Uso de ocitocina na 1ª fase ou 2º fase	1= Não 2=Sim	
34.	Rotura das membranas	1= Não 2= Espontânea	

		3= Artificial	
35.	Aspecto do líquido amniótico no parto	1=Claro 2= Claro com grumos 3= Amarelo 4= Tinto de mecônio	
36.	Uso de analgesia	1= Não 2=Sim Qual medicamento?	
37.	Quantas doses de anestésicos foram necessárias	_____	
38.	Utilizou-se outro analgésico	1=Não 2= Sim Qual medicamento?	
	Dados do parto		
39.	Distócias funcionais na fase ativa do trabalho de parto	1= Ausentes 2=Taquissistolia (frequência das contrações uterinas acima de 5 em 10 minutos) 3= Hipotonia uterina (contrações uterinas de baixa intensidade) 4= Hipertonía (tono excessivo das fibras uterinas) 5= Oligossistolia (frequência de uma ou duas contrações em 10 minutos)	
40.	Nascimento	__/__/__. __h__min	
41.	Tipo de parto	1= vaginal espontâneo 2= fórceps 3= cesárea	
42.	Episiotomia	1= Não 2=Sim	
43.	Apgar do RN no 1º min	1= 0-3 2=4-6 3= 7 ou mais	
44.	Apgar do RN no 5º min	1= 0-3 2=4-6 3= 7 ou mais	
45.	Peso do RN em gramas	_____	
46.	Realizado contato precoce mãe/bebê na sala de parto	1= Não 2=Sim	
47.	Pega e sucção na sala de parto	1= Não 2=Sim	
	Dados após a internação no Alojamento conjunto (AC)		
48.	Recém-nascido encaminhado com	1= Não	

	a puérpera para AC	2=Sim	
49.	Recém-nascido está sendo amamentado no AC	1= Não 2=Sim	
50.	RN apresenta pega e sucção no AC	1= Não 2=Sim	
51.	Número de mamadas nas primeiras 12 horas	—	
52.	Fissuras	1= Não 2=Sim	
53.	Ingurgitamento	1= Não 2=Sim	

ANEXO A

QESP – Questionário de Experiência e Satisfação com o Parto Costa,R., Figueiredo,B., Pacheco, A., Marques,A., & Pais, A. (2004). In Psicologia, Saúde & Doenças. 5 (2), 159-187

QUESTIONÁRIO ADAPTADO - SATISFAÇÃO DAS PUÉRPERAS NO ALOJAMENTO CONJUNTO

1. Como se sente hoje.	1. Muito mal 2. Mal 3. Bem 4. Muito bem	
2. O parto decorreu com anestesia epidural?	1. Não 2. Sim	
3. O trabalho de parto decorreu de encontro às suas expectativas?	1. Sim 2. Não	3.1 Se respondeu NÃO: 1. Foi muito pior 2. Foi pior 3. Foi melhor 4. Foi muito melhor
4. O parto decorreu de encontro às suas expectativas?	1. Sim 2. Não	4.1 Se respondeu NÃO: 1. Foi muito pior 2. Foi pior 3. Foi melhor 4. Foi muito melhor
5. A dor sentida foi de acordo com as suas expectativas durante o trabalho de parto?	1. Sim 2. Não	5.1 Se respondeu NÃO: 1. Foi muito pior 2. Foi pior 3. Foi melhor 4. Foi muito melhor
6. A dor sentida foi de acordo com as suas expectativas durante o parto?	1. Sim 2. Não	6.1 Se respondeu NÃO: 1. Foi muito pior 2. Foi pior 3. Foi melhor 4. Foi muito melhor
7. A qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais da saúde foi de acordo com as suas expectativas?	1. Sim 2. Não	7.1 Se respondeu NÃO: 1. Foi muito pior 2. Foi pior 3. Foi melhor 4. Foi muito melhor
8. O tempo do trabalho de parto foi de acordo com as suas expectativas?	1. Sim 2. Não	8.1 Se respondeu NÃO: 1. Foi muito pior 2. Foi pior 3. Foi melhor 4. Foi muito melhor
9. O tempo do parto foi de acordo com as	1. Sim	9.1 Se respondeu NÃO:

suas expectativas?	2. Não	1. Foi muito pior 2. Foi pior 3. Foi melhor 4. Foi muito melhor	
10. Sentiu-se confiante durante o trabalho de parto?	1. Nada 2. Um pouco 3. Muito 4. Bastante		
11. Sentiu-se confiante durante o parto?	1. Nada 2. Um pouco 3. Muito 4. Bastante		
12. Contou com o apoio do companheiro durante o trabalho de parto?	1. Nada 2. Um pouco 3. Muito 4. Bastante		
13. Contou com o apoio do companheiro durante o parto?	1. Nada 2. Um pouco 3. Muito 4. Bastante		
14. A ajuda do companheiro foi útil durante o trabalho de parto?	1. Nada 2. Um pouco 3. Muito 4. Bastante		
15. A ajuda do companheiro foi útil durante o parto?	1. Nada 2. Um pouco 3. Muito 4. Bastante		
16. Sentiu medo durante o trabalho de parto?	1. Nada 2. Um pouco 3. Muito 4. Bastante		
17. Sentiu medo durante o trabalho de parto?	1. Nada 2. Um pouco 3. Muito 4. Bastante		
18. Está satisfeita com a forma como decorreu o trabalho de parto?	1. Nada 2. Um pouco 3. Muito 4. Bastante		
19. Está satisfeita com a forma como decorreu o parto?	1. Nada 2. Um pouco 3. Muito 4. Bastante		
20. Está satisfeita com a qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais da saúde durante o trabalho de parto?	1. Nada 2. Um pouco 3. Muito 4. Bastante		
21. Está satisfeita com a qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais da	1. Nada 2. Um pouco		

saúde durante o trabalho de parto?	3. Muito 4. Bastante	
------------------------------------	-------------------------	--

ANEXO B – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

MATERNIDADE ESCOLA ASSIS
CHATEAUBRIAND/ MEAC/ UFC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ANÁLISE DA INFLUÊNCIA DO APOIO PRESTADO PELO ACOMPANHANTE EM SALA DE PARTO NA SATISFAÇÃO E RESULTADOS MATERNOS DE PRIMÍPARAS

Pesquisador: Amanda Souza de Oliveira

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 12485513.3.0000.5050

Instituição Proponente: Maternidade Escola Assis Chateaubriand / MEAC/ UFC

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 253.671

Data da Relatoria: 24/04/2013

Apresentação do Projeto:

O Projeto corresponde as normas técnicas e legais da pesquisa.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar a influência do apoio prestado pelo acompanhante na satisfação de primíparas e nas variáveis do processo de parto e sobre os resultados maternos e perinatais.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não há.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é de relevância científica e encontra-se coerente às exigências normativas e éticas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

OK

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto aprovado.

Endereço: Rua Cel Nunes de Melo, s/n

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-270

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8569

Fax: (85)3366-8528

E-mail: meloventura@uol.com.br

MATERNIDADE ESCOLA ASSIS
CHATEAUBRIAND/ MEAC/ UFC



Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O colegiado acata o parecer do relator

FORTALEZA, 24 de Abril de 2013

Assinador por:

**Maria Sidneuma Melo Ventura
(Coordenador)**

Endereço: Rua Cel Nunes de Melo, s/n

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-270

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8569

Fax: (85)3366-8528

E-mail: meloventura@uol.com.br