

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE ENFERMAGEM**

CRISTIANE DA SILVA MENDONÇA LONGO

O PARTO HUMANIZADO E A PARTICIPAÇÃO DO PAI

GOIÂNIA, 2008

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

CRISTIANE DA SILVA MENDONÇA LONGO

O PARTO HUMANIZADO E A PARTICIPAÇÃO DO PAI

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Mestrado da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Cuidado em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Lourdes Maria Silva Andraus.

GOIÂNIA, 2008

FOLHA DE APROVAÇÃO

CRISTIANE DA SILVA MENDONÇA LONGO

O PARTO HUMANIZADO E A PARTICIPAÇÃO DO PAI

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Mestrado da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em 22 de dezembro de 2008.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Lourdes Maria Silva Andraus – Presidente
Faculdade de Enfermagem – Universidade Federal de Goiás

Profa. Dra. Raquel Aparecida Marra Madeira Freitas – Membro Externo
Departamento de Enfermagem – Universidade Católica de Goiás

Profa. Dra. Cleusa Alves Martins – Membro Interno
Faculdade de Enfermagem – Universidade Federal de Goiás

Profa. Dra. Maria Aparecida Vasconcelos – Membro Suplente Externo
Escola de Enfermagem Anna Nery – Universidade Federal do Rio de Janeiro

Profa. Dra. Ana Karina Marques Salge – Membro Suplente Interno
Faculdade de Enfermagem – Universidade Federal de Goiás

DEDICATÓRIA

A João Alberto, meu filho, que um dia poderá refletir sobre paternidade.

A Adão e Divina, pela paternidade e maternidade construída e partilhada.

A Humberto, por desejar o desafio da paternidade e compartilhá-la comigo.

A meus amados Ivana, Madalena, Juliana e Gustavo pela parceria ao longo da jornada.

A Francisca e sua família e a Rosa por todo incentivo, envolvimento, suporte e apoio.

A equipe de enfermagem do pavilhão da Maternidade da instituição pesquisada e a toda Enfermagem comprometida com direitos humanos.

AGRADECIMENTOS

“Uma atenção leve, mas sem falhas. Um pouco de inteligência, de preocupação com o outro. Esquecimento de si mesmo. (...) É preciso muito amor.”

Leboyer

São tantos...

Afinal um estudo é concebido com a cooperação, com a partilha de idéias, com a gratidão, isso envolve muitas pessoas. É com profundo amor que agradeço...

A meu filho, pela compreensão e dicas para realizar o estudo.

A meu esposo pela parceria, incentivo e acalento.

A minha família, pelo colo restaurador e pela cooperação em todos os momentos.

Aos casais entrevistados, por confiar e dividir comigo parte de sua história.

Às amigas e aos amigos de jornada, pelas conversas produtivas, terapêuticas, que foram ajuda valiosa.

Às amigas e aos amigos do HGG, pela compreensão de minhas ausências e pelo apoio e incentivo.

À equipe de enfermagem do pavilhão da Maternidade e Instituição pesquisada, que me acolheu calorosamente e me auxiliou.

A minha orientadora e companheira, pelo otimismo e harmonia com que caminhamos.

Aos professores da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás, pela oportunidade de contribuir com o saber em enfermagem.

Maria, mãe de Deus que me amparou espiritualmente.

A todas e todos que colaboraram comigo e estão em minha mente e meu coração, muito obrigada!

Painel da sala de Parto

*Olhei várias estrelas, em uma percebi
Um brilho mais intenso,
Chegara a reluzir
Cintilava e muito iluminava e olhando nesta estrela
Via a vida surgir.*

*E nas estrelas eu quis pegar
Lua e estrelas juntas pareciam se amar
Era momento de grande beleza
Um painel estava a sala de parto enfeitar...
... E dava grandeza ao “nascer”
E via, através dele, o céu e a terra a brilhar.*

*Mas foi grande minha emoção
Ao tocar naquela estrela
Forte bateu meu coração e então eu descobri:
Que existe aqui dentro de mim, um painel igual aquele cor do céu,
Com lua e estrelas brilhando.*

*Imensa alegria senti.
Senti que sonhar nos faz crianças,
Querendo tocar o céu com nosso sorriso puro
Que nos faz crer parte de uma nova vida!*

*Maria José Costa
Fragmentos de minha vida
Ed. Kelps, 2002.*

RESUMO

A humanização da assistência ao parto e nascimento contempla ações nas quais a mulher exerce seu direito de escolha do acompanhante, que será mais atuante em seu parto, com suporte e apoio físico-emocional, remontando às raízes quando a mulher paria em seu ambiente familiar. A importância do acompanhante/pai no parto é reconhecida, mas sua aceitação como parte da rotina ainda vem sendo discutida. Este estudo teve como objetivos: identificar o perfil de pais que participaram do nascimento do filho, descrever como o pai vivenciou o processo de nascimento de seu filho e descrever os sentimentos da puérpera com relação à presença do pai. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, exploratória, que utilizou entrevista semi-estruturada para a coleta de dados. A população deste estudo compreendeu puérperas e seus respectivos acompanhantes/pai, totalizando 10 casais. A análise dos dados coletados possibilitou a identificação de quatro categorias temáticas: a caracterização dos participantes; a vivência do acompanhante no processo do nascimento; as percepções da puérpera; e os profissionais como indicador de qualidade na parturição. Ao identificar o perfil dos pais que compartilharam juntos o nascimento de seu filho, conhecemos suas características sociais e suas expectativas acerca do momento do parto. Ao descrever como o pai vivenciou o processo do nascimento de seu filho, constatou-se que o papel tradicional do pai está em transformação. Os pais desejaram estar presente, apoiaram verbalmente, proporcionaram contato físico e contínuo, emocionaram-se. Cada puérpera descreveu seus sentimentos com relação à participação do pai com sua particularidade, mas apontaram em direção ao reconhecimento do benefício do suporte e apoio do pai, contribuindo com elementos para concretizar a paternidade e fortalecer vínculos afetivos. Os casais avaliaram a experiência positivamente e o papel de acompanhante foi efetivo, atendendo à expectativa tanto das puérperas como dos pais. A humanização do parto encerra várias possibilidades de parir e propõe uma assistência centrada na pessoa e na família, qualificada e flexível, utilizando a tecnologia apropriada. Dentre elas uma boa relação interpessoal profissional-usuário foi destacada como indicador de qualidade da assistência na avaliação dos usuários. Durante o parto, a equipe de saúde inteirar-se do perfil e das percepções do pai e da puérpera é fundamental para a humanização da assistência e para que a experiência de ser e ter um acompanhante durante a parturição no contexto institucional seja exercida como um direito.

Descritores: Parto humanizado; Humanização da assistência no processo parturitivo; Acompanhante no parto; Enfermagem Obstétrica.

ABSTRACT

The humanization of delivery and childbirth assistance regards actions in which women put in action their right to choose a companion, who will be more active in the birth process, giving physical and emotional support, reminding the roots when women gave birth in their familiar environment. The importance of the companion/father in childbirth is recognized but his acceptance as part of the routine has been being discussed. The objectives of this study were: To identify the profile of the fathers who participated of their children birth; to describe how the father experienced his child birth, and to describe the mother's feelings related to the father's presence. It is a qualitative exploratory research, and semi-structured interviews were used to collect the data. The population of this study corresponds to the mothers and their respective companions/fathers, totalizing 10 couples. The analysis of the collected data enabled the identification of four thematic categories: participants characterization; the companion's experience in the process of birth; the mother's perceptions; the professionals as an indicator of quality in the parturition. When the parents who shared their child birth were identified, we were able to know their social characteristics and their expectations about delivery and birth moments. When we described how the father experienced the moment of their child birth we verified that the traditional father's role is changing. The fathers wanted to be present, they gave verbal support, they provided continuous visual contact, and they felt the emotion. Each mother described their perception of the father's participation in a particular way; however, they recognized the benefits of receiving the father's support, what contributed with elements to materialize the paternity and to strengthen affective ties. The couples evaluated positively the experience, and the companions' role was effective, satisfying both mothers and fathers' expectations. The birth humanization involves many possibilities of parturition, and it offers a qualified and flexible assistance centered at the person and at the family, using appropriate technology. Among these technologies, a good interpersonal relationship has been highlighted as an indicator of the assistance quality according to the users' evaluation. During the delivery, it is extremely important that the health professionals know the mother's and father's profiles in order to promote the assistance humanization, and to enable the experience of being and having a companion to be lived as a right.

Key Words: Humanized childbirth, assistance humanization in the parturition process, obstetric nursing.

RESUMEN

La humanización de la asistencia al parto y nacimiento contempla acciones en las cuales la mujer ejerce su derecho de opción del acompañante, que será más actuante en su parto, como un soporte y apoyo físico emocional, remontando a las raíces cuando la mujer daba a luz en su ambiente familiar. La importancia del acompañante/padre en el parto se ha reconocido, pero su aceptación como parte de la rutina aún está siendo discutida. Este estudio ha tenido como objetivos: identificar el perfil de los padres que participaron del nacimiento del hijo, describir como el padre ha vivido el proceso del nacimiento de su hijo y describir los sentimientos de la puérpera en relación a la presencia del padre. Se trata de una investigación cualitativa, exploratoria, hecha a través de entrevista semi estructurada con colecta de datos. La población de este estudio está constituida por puérperas y sus respectivos acompañantes/padres, totalizando 10 parejas. El análisis de los datos colectados hizo posible la identificación de cuatro categorías temáticas: la caracterización de los participantes; la experiencia vivencial del acompañante en el proceso del nacimiento; las percepciones de la puérpera; y los profesionales como indicador de calidad en el parto. Al identificar el perfil de los padres que compartieron juntos el nacimiento de su hijo, conocemos sus características sociales y sus expectativas acerca del momento del parto. Al describir como el padre tuvo su experiencia vivencial del proceso del nacimiento de su hijo, se constató que el papel tradicional del padre está en transformación. Los padres desearon estar presentes, apoyaron verbalmente, y proporcionaron contacto físico continuo, y se emocionaron. Cada puérpera relató sus sentimientos en relación a la participación del padre con su particularidad, pero apuntaron en dirección al reconocimiento del beneficio del soporte y apoyo del padre, contribuyendo con elementos para concretizar la paternidad y fortalecer vínculos afectivos. Las parejas evaluaron la experiencia positivamente y el papel del acompañante fue efectivo, atendiendo a la expectativa tanto de las puérperas como de los padres. La humanización del parto encierra varias posibilidades para el nacimiento y propone una asistencia centrada en la persona y en la familia, calificada y flexible, utilizando la tecnología apropiada. Entre ellas una buena relación interpersonal profesional usuario fue destacada como indicador de calidad de la asistencia en la evaluación de los usuarios. Durante el parto, el equipo de salud se entera del perfil y de las percepciones del padre y de la puérpera, esto es fundamental para la humanización de la asistencia y para que la experiencia de ser y tener un acompañante durante el parto en el contexto institucional sea ejercido como un derecho.

Palabras Clave: Parto humanizado; Humanización de la asistencia en el proceso de dar a luz; Acompañante durante el parto; Enfermería Obstétrica.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características das puérperas e respectivos acompanhantes66

Tabela 2 - Percepções sobre a assistência prestada pela equipe de saúde.....71

SUMÁRIO

1. Apresentação.....	12
2. Introdução.....	14
3. Referencial Teórico.....	22
3.1 O Parto Humanizado	22
3.2 Gênero e Parturição.....	30
3.3 O Acompanhante no Parto.....	38
3.4 A Equipe de Saúde e o Processo Gravídico-Puerperal	50
4. Trajetória Metodológica.....	57
4.1 Tipo de Estudo.....	57
4.2 Cenário de Pesquisa.....	58
4.3 Coleta de Dados	61
4.4 Aspectos Éticos	63
5. Apresentação e Discussão dos Dados	64
5.1 Caracterização dos Participantes	65
5.2 A Vivência do Acompanhante no Processo do Nascimento	73
5.2.1 O parto e nascimento uma vivência positiva	74
5.2.2 Participar do parto é “cair a ficha: sou pai”	79
5.2.3 Mais do que presença durante o parto.....	81
5.2.4 Emoção do pai cuidador.....	83
5.3 Percepções das Puérperas.....	86
5.3.1 A intimidade compartilhada durante o parto.....	86
5.3.2 O cuidado oferecido pelo acompanhante.....	90
5.3.3 O novo papel de paternidade	95
5.4 Os profissionais como indicador da qualidade na parturição.....	99
5.4.1 Percepções do acompanhante.....	99
5.4.2 Percepções das puérperas	102
6. Considerações Finais	109
7. Referências.....	114
APÊNDICE A - Termo de Esclarecimentos aos Participantes da Pesquisa	121
APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	122
APÊNDICE C - Instrumento de Coleta Dados da Puérpera	123
APÊNDICE D - Instrumento de Coleta Dados do Acompanhante	124
ANEXO A - Carta de Aprovação do Comitê de Ética	125

1. Apresentação

*“...Eu vi a mulher preparando outra pessoa
O tempo parou pr’eu olhar para aquela barriga...”
Caetano Veloso - música: Força Estranha*

Trabalhar com saúde da mulher sempre foi de meu interesse, desde a minha formação no curso técnico em enfermagem. Afinal, sou mulher e cresci numa família cercada em maior número por mulheres.

Na infância, atenta, ouvi sobre o parto, especialmente através de minha avó que pariu 12 filhos, dos quais a maioria por partos domiciliares, inclusive sendo o primeiro deles quase um parto vertical. O fascínio pela anatomia, fisiologia e saúde da mulher sempre foi intenso. Até que, em 1996, após terminar o curso técnico em enfermagem, conheci de perto, atuando como voluntária, um modelo de assistência à mulher no ciclo perinatal, tal como conhecemos atualmente como parto humanizado, que sintonizou com meu ideal profissional.

A partir desse momento, minha paixão profissional ficou ligada à saúde da mulher, mais especificamente no ramo da obstetrícia. Hoje, Bacharel em Enfermagem, tenho acompanhado, desde 1996, o movimento acerca do tema parto e nascimento no âmbito da assistência à saúde da mulher e na sociedade.

Durante minha trajetória de vida, experimentei a gestação e a maternidade em 2001, que confirmaram minha empatia pelo tema. Contudo, pude vivenciar o quanto a mulher gestante tem que superar obstáculos para que o momento do parto seja um evento positivo e saudável em sua vida.

Desenvolver esta pesquisa, que vislumbra contribuir para a qualidade da assistência perinatal no âmbito da enfermagem significa avançar para que a saúde

da mulher no futuro evidencie a parturição não com índices de mortalidade materna, mas como evento afetivo e seguro.

2. Introdução

O nascimento e o parto ainda são para as mulheres um momento cercado de apreensões e alegria, desejado e temido, não dissociado da dor. À medida que o fim da gestação se aproxima esse turbilhão se intensifica.

No passado, o nascimento era considerado um ato pessoal e biológico, tão antigo que não havia nada para dizer sobre ele, Sheila Kitzinger (2004) antropóloga, foi pioneira em falar do parto como uma experiência. Não importa apenas se a mulher e o recém-nascido (RN) estão vivos e com boa saúde, mas também como foi a experiência para a mãe. Isso tem implicações na forma como ela vai encarar a maternidade, sua relação com o RN e com o pai. O nascimento tem a ver com a política, a identidade das mulheres, a forma como se relacionam com os homens e com os profissionais. Quando uma mulher dá a luz, trata-se do parto dela, do RN dela, do corpo dela. Portanto, ela deveria poder escolher o que ela quer que aconteça neste momento tão especial (KITZINGER, 2004).

Parto e nascimento são distintos, o nascimento refere-se ao novo ser que vem ao mundo e o parto acontece para a mulher que dá a luz, ambos são eventos fisiológicos que devem transcorrer de forma natural com a menor intervenção possível. E, embora distintos, são interligados e envolvem três sujeitos de direito da tríade familiar: mãe-RN-pai (ALMEIDA, N. et al, 2005).

O parto é um processo biológico inerente à mulher, repleto de emoções ambivalentes para ambos os sexos, com reações biológicas, psicológicas e socioculturais. Durante o processo do parto, todos os envolvidos no evento do nascimento são contagiados pelas mais variadas emoções como alegria,

preocupação, ansiedade, medo, amor, entre outros (MALDONADO, 2002; RATTNER; TRENCH, 2005).

Todavia, no modelo de assistência intervencionista, a parturiente, ao ser internada no hospital, é automaticamente segregada da família, sendo isolada na sala de pré-parto. A equipe de saúde exerce o seu poder na determinação de procedimentos e ações intervencionistas, enquanto a parturiente torna-se objeto passivo do processo parturitivo. Assim, a possibilidade do ato fisiológico do parir repleto de calor humano é desvirtuada por aparatos tecnológicos, procedimentos e rotinas que retardam o vínculo afetivo entre mãe-filho, havendo, também, a exclusão do pai e da família (LONGO; SAUTHIER, 2007).

Embora a mãe seja a protagonista do parto, são conhecidos os benefícios do acompanhante atuante, desde o pré-natal, durante o trabalho de parto, no parto e no pós-parto. Além de ser um direito da mulher ter um acompanhante, estar presente nesses momentos é um direito a ser exercido pelo pai e/ou pelas pessoas de confiança que a mulher escolher. No Brasil, a lei nº 11.108, sancionada pelo então Ministro de Saúde Saraiva Felipe, em 07/04/05, segundo Portaria GM/MS nº 2.418 de 2005, regulamenta o direito da mulher de ter um acompanhante de sua escolha durante a parturição e pós-parto imediato nos hospitais públicos e conveniados com o Sistema Único de Saúde (SUS) (PORTARIA..., 2005).

Nesse sentido, a questão do acompanhante no processo do parto, sob a ótica da assistência de enfermagem, é um dos pontos a ser alcançado durante o processo de humanização do nascimento, para promover a saúde da mulher e de sua criança, proporcionando um nascer mais harmonioso e contribuindo para a redução das taxas de mortalidade materna e perinatal.

O termo humanizar traz consigo sentidos múltiplos. Em obstetrícia, a partir do século XX, para reduzir as elevadas taxas de mortalidade, ocorreu a institucionalização da assistência ao parto. O momento do parto foi evoluindo da narcose e uso do fórceps para os modelos que hoje vivenciamos, tais como: parto normal hospitalar, parto cesáreo e parto natural (BRÜGGEMANN; PARPINELLI; OSIS, 2005; DINIZ, 2005).

Em detrimento do parto vaginal hospitalar intervencionista, para as mulheres que recorrem aos serviços privados, a solução oferecida é a cesariana eletiva. É importante observar que não se pretende desmerecer o parto cesáreo, que tem suas indicações. No entanto, a naturalização do uso de tecnologia no parto é um fator forte que contribui para morbimortalidade materna e perinatal (DINIZ, 2005; TORNQUIST, 2003).

Nos anos 80, iniciou-se um movimento para priorizar as tecnologias apropriadas para o parto, para qualidade da assistência à parturiente e para desincorporação das tecnologias danosas. Aqui no Brasil, esse movimento recebeu o nome de humanização do parto (DINIZ, 2005; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008a). No entanto, na década de 50 do séc. XX, conforme Diniz (2005), já havia uma crítica ao modelo de assistência vigente e uma diversidade de perspectivas e termos tratando do parto humanizado, o qual foi propagando-se nos anos seguintes através dos ativistas, do movimento hippie e da contracultura, do feminismo, das ciências sociais e da saúde, além dos estudos das questões de gênero. Todos esses olhares fomentaram estudos científicos que culminaram no movimento da Medicina Baseada em Evidência (MBE) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008a).

Ressaltamos a Carta de Fortaleza, resultado da Conferência Internacional em 1985, envolvendo a Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) e a

Organização Mundial de Saúde (OMS) na Europa e na América. A carta propõe medidas para a atenção e cuidado ao parto e ao nascimento; entre elas está a presença de acompanhantes durante a parturição. Ela também apela pela defesa dos direitos das mulheres e homens levando em consideração educação, saúde, direitos sexuais e reprodutivos e meio ambiente impulsionando mudanças no cenário brasileiro (OMS, 1996; RATTNER; TRENCH, 2005).

Sobre a presença de acompanhante na parturição, Castilho e Pires (2000) constataram que as mulheres em trabalho de parto sentem necessidade de uma companhia amiga e calorosa e que as mulheres que receberam apoio e acompanhamento emocional durante o processo de parir manifestaram sua satisfação e importância desse cuidado. Para as referidas autoras, o suporte emocional é importante para diminuir o percentual de cesáreas, anestesia/analgesia e o uso de ocitócicos. Outros benefícios do suporte intraparto são os menores traumatismos perineal, redução da probabilidade de dificuldade na maternagem e de interrupção precoce da amamentação.

O guia prático de assistência ao parto normal para uma maternidade segura (OMS, 1996) apresenta aspectos gerais da assistência ao parto, dentre eles o apoio durante o parto e a escolha do acompanhante, como práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas. Esse documento foi distribuído aos obstetras do Brasil em 2000, cabendo a nós, mulheres e homens, conhecermos, utilizarmos e divulgarmos essas práticas, para que os nossos filhos venham ao mundo de uma maneira mais segura.

Ainda sobre o acompanhante no parto, estudos randomizados sobre o apoio por uma única pessoa durante o parto mostraram que tal apoio físico e empático contínuo apresenta benefícios, entre eles um trabalho de parto mais curto,

um volume menor de medicações e analgesia epidural, menos índices de Apgar abaixo de sete e menos partos operatórios (OMS, 1996).

É importante ressaltar que, durante a parturição, o suporte social e profissional configura a presença e participação de uma pessoa que realizará tanto medidas de conforto físico quanto apoio emocional. Esse suporte deve ser oferecido de acordo com as necessidades e desejos da mulher que variam de acordo com o indivíduo e com a cultura. Assim, a pessoa de escolha da gestante poderá ser o profissional que a acompanhou durante o pré-natal, o seu cônjuge ou parceiro, familiares, amigos ou doulas¹, entre outras possibilidades (ENKIN, M. et al, 2005).

Escolhido o acompanhante, ele poderá participar das atividades de manejo da dor, oferecer apoio emocional que incluem manter contato visual e físico, informações, elogios e incentivos a parturiente. A equipe de saúde deve respeitar essa escolha e complementar essas atividades se necessário (ENKIN, M. et al, 2005).

Hoje, o reconhecimento da mulher como sujeito ativo e protagonista do parto configura o direito dela a livre escolha de quem proporcionará o suporte, ou seja, quem será ou não seu acompanhante. Dentre os possíveis escolhidos, a figura do pai participativo tem surgido nas maternidades (BALASKAS, 1993; ENKIN, M. et al, 2005).

No Brasil, apesar da proposta ministerial de assistência humanizada que prevê o acompanhante sua implantação tem sido lenta, uma vez que requer

¹ Palavra grega usada desde o início da década de 90 para designar mulheres capacitadas para brindar apoio continuado a outras mulheres, (e aos seus companheiros e/ou outros familiares) proporcionando conforto físico, apoio emocional e suporte cognitivo antes, durante e após o nascimento de seus filhos. (Associação Nacional de Doulas-ANDO, <http://www.doulas.org.br/info.htm>).

adequação do espaço físico, novos equipamentos e, principalmente, a mudança de postura dos profissionais de saúde, parturientes e de seus acompanhantes.

Observar os paradigmas da assistência ao parto serem questionados leva-nos a repensar as novas formas que se apresentam para um parto mais seguro, menos doloroso e que respeite os desejos e direitos das mulheres (LUZ, 2002).

A evolução tecnológica tem tornado a sociedade funcional, tudo que nela existe só tem esse direito se tiver uma função de utilidade. Nossas identidades são geradas pelo modo e critérios que governam a sociedade e o sistema econômico de mercado; daí a vivência de um pai frente à paternidade, sem aparentemente ter uma função, poder gerar conflitos com a equipe de saúde (LUZ; ZANETTI, 2003).

No entanto, a presença do pai na maternidade pode gerar estereótipos como “desajeitado”, aquele que não sabe cuidar, que não se preocupa com o parto e que quer ouvir que seu filho homem nasceu, ou o homem ansioso, ocupado com as fotografias e filmagens do nascimento. Às vezes, isso dificulta a assistência de enfermagem, pois desconhecemos o sentido que funda tais comportamentos e ridicularizamos algumas de suas manifestações, ignorando o seu momento (ABREU; 1997).

Atualmente, a mídia tem noticiado a presença do pai com mais frequência na sala de parto. Sua participação tem ocasionado um encontro das relações socialmente construídas do mundo dos homens e do mundo das mulheres no que diz respeito à gravidez, ao parto e ao recém-nascido, buscando integrar o homem, até então excluído do evento do nascimento, bem como de outros acontecimentos da vida feminina durante o ciclo gravídico-puerperal.

Essa aproximação do acompanhante na parturição e a inserção paterna no momento do parto despertam alguns questionamentos: quais critérios são

utilizados para a permissão do acompanhante? Quantos acompanhantes são permitidos? Quais são as percepções e necessidades das usuárias quanto à presença do pai no momento do parto? O pai é um usuário que compartilha o momento do nascimento ou é responsável por dar suporte a gestante? A sua participação é de parceria ou será mais um a necessitar de apoio? Essas e outras questões devem ser refletidas pelos profissionais e usuários a fim de contribuir para a concretização do parto humanizado.

Dentre as possíveis escolhas da mulher, esta pesquisa explora a participação do pai do recém-nascido (RN) e a forma como as puérperas perceberam essa participação. Pretende-se que este estudo possa contribuir para melhorar a qualidade da assistência de enfermagem durante o ciclo gravídico puerperal, tendo em vista que a legislação existe, que é direito dos cidadãos e dever dos serviços de saúde se reestruturarem para implementar o parto humanizado.

Esse direito é reconhecido como tal por diversas instâncias como: Ministério da Saúde, Rede de Humanização do Nascimento - REHUNA, Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos, OPAS e OMS (OMS, 1996; PORTELLA, A. et al, 2000).

Nesse sentido, a humanização da assistência ao parto e nascimento contempla ações que possibilitam à mulher exercer seu direito de escolha do acompanhante, sendo mais atuante no seu parto, com preparo emocional satisfatório, remontando às raízes de quando a mulher paria no seu ambiente familiar.

Conhecer as percepções do pai que participa desse momento singular do nascer do filho, bem como suas necessidades, é um desafio que também é parte do processo do cuidado no parto. Esta pesquisa poderá contribuir direta e indiretamente

para a melhoria da qualidade da assistência, corroborando com os benefícios já documentados sobre o acompanhante e o suporte que ele pode oferecer. Os resultados poderão repercutir na assistência, no ensino e pesquisa ao gerar reflexão, discussão acerca do parto motivando novas formas de incentivar, acolher e orientar os pais com foco no cuidado centrado na pessoa e sua família. Objetiva-se com este estudo:

Objetivo geral:

- ★ Discutir a opinião do pai acompanhante e da puérpera acerca de sua participação durante o processo do parto.

Objetivos específicos:

- ★ Identificar o perfil dos pais que participam do momento do nascimento de seu filho.
- ★ Descrever como o pai vivenciou o processo de nascimento de seu filho.
- ★ Descrever os sentimentos das puérperas com relação à presença do pai durante o processo do parto.

3. Referencial Teórico

A saúde reprodutiva tem avançado em proposições políticas e legais. Tais avanços tem como característica a abordagem do direito constitucional da população. Esse direito é reconhecido por diversos órgãos governamentais, tamanha a sua importância para a sociedade. Popularmente esse movimento é difundido como humanização da assistência.

Nessa perspectiva, investigou-se na assistência humanizada ao parto e nascimento aspectos do parto humanizado, das questões de gênero, da presença do acompanhante e da assistência no processo gravídico puerperal. O resultado é uma revisão teórica consistente capaz de abranger e descrever o processo histórico do parto humanizado e a participação do pai.

3.1 O Parto Humanizado

A perpetuação da espécie encerra o sentido biológico de luta da raça humana pela sobrevivência, desde a possibilidade de sua existência. No aspecto reprodutivo, os povos organizaram-se de diversos modos, reservando à mulher a sua participação como garantia da continuidade da família (MARTINS, C. et al, 2005).

Nos primórdios da civilização, o parto era um evento solitário da mulher e puramente fisiológico. O avanço da ciência da saúde trouxe mudanças na assistência ao parto, trazendo a parturiente para as instituições hospitalares, gerando um progressivo aumento da medicalização na parturição, e culminou com a fragmentação do processo de parir da mulher, que ainda hoje vivenciamos. No entanto, os seres humanos não conseguem sobreviver sem um mínimo de ligação

afetiva que se inicia no nascimento e perpetua-se por toda a vida (ALMEIDA, N. et al, 2005; EISLER, 1996).

A mulher por ser um ser biopsicosocial, sofre influências sócio culturais de seu meio e o ritual do nascimento vem cercado de simbologias culturais, constituindo assim, uma rica atmosfera para o parto. Cada cultura e a própria miscigenação atribui conotações diferentes ao corpo da mulher e faz com que ele experimente o período de gestação e parto de acordo com as prerrogativas do universo cultural em que a mulher está inserida. Também se considera o parto como pertencente ao universo do sagrado. Com a secularização da cultura ocidental e a cientificação da vida em todos os seus aspectos, essa compreensão mudou a nomenclatura, mas os comportamentos e as práticas revelam os sentidos ocultos omitidos pelas explicações racionais (CECHIN, 2002; NOGUEIRA, 2006).

Os rituais em torno do parto, fruto de séculos de civilização, seguem necessidades psicológicas e sociais profundas. Pôr em cheque o uso desnecessário de tecnologia é um passo indispensável, mas não suficiente para mudar o paradigma do parto hospitalar e incluir as necessidades psicológicas e sociais (NOGUEIRA, 2006).

Aspectos históricos do parto na ótica do relacionamento humano encontrados na síntese elaborada por Gotardo e Silva (2007), mostram que o processo da maternidade sempre foi cercado de atenção especial, incluindo tanto a assistência à mulher nesse período de sua vida, como também ao recém-nascido. A realização do parto era exercida basicamente por mulheres, que se dedicavam ao ofício por vocação e solidariedade, reconhecidas pela comunidade como “parteiras, aparadeiras, comadres” que assistiam as mulheres em seu domicílio, cercadas do apoio da família, com cuidados que zelavam pelos costumes femininos e buscavam

proteção da mãe e da criança. A parturição era vista como um “processo natural” (GOTARDO; SILVA, 2007).

Na Inglaterra, o parto no período medieval ocorria em câmaras de parto. As câmaras de parto eram um cômodo da casa preparado aonde as mulheres eram levadas para parir. Suas entradas e janelas eram vedadas da luz solar e mantidas fechadas. Esse ambiente era considerado reminiscência do útero.

Seu interior era ornamentado de acordo com as posses e status social da família, quanto mais abastada mais ornamentos eram ali colocados, como talheres de ouro entre outros. O parto e as atividades que envolviam as câmaras eram desempenhadas apenas por mulheres, após o nascimento, a nova mãe permanecia em sua câmara fechada por até um mês, recebendo por visita apenas outras mulheres e a parteira, exceções eram feitas frente a risco de morte da mulher e de sua criança (PHILLIPS, 2007).

Apesar de o parto acontecer no interior das câmaras, elas não estavam isoladas dos contextos que envolviam o nascimento, tais como interesses políticos sociais, dinásticos e fortificavam o limite de espaço entre público e privado, feminino e masculino. Os homens e maridos não entravam na cena, mas não eram totalmente excluídos, ficavam à espera do parto tratando de assuntos masculinos em companhia de outros homens. Em casos extraordinários, mediante dificuldades, eram chamados o marido, assim como o capelão.

Os homens faziam parte do pós-parto, bem como vizinhos e amigos, festejando com prendas, bebidas e brindes. E o marido atendia as necessidades da mulher que, da câmara, também participava dos brindes. Aos homens e mulheres era dada a tarefa de ser memória dos fatos acontecidos que envolviam os

nascimentos, registro do nascimento e aspectos da dinastia e condição econômica (LEE, 2002).

A partir do século XVIII, a gestação e o parto passaram a ser vistos como perigo para a mulher e sua saúde, considerada frágil. Dessa forma, emergiu um movimento de apoderamento da medicina em relação ao corpo da mulher, no sentido de dar-lhe “proteção”. Incluiu-se aqui a percepção de risco para a parturiente em ser atendida pelas parteiras, o que resultou na rejeição, pela classe médica não só às parteiras, mas também ao seu ofício e função social e ao papel que exerciam ao permitir a expressão individual da mulher e sua participação efetiva em seu processo de parturição (GOTARDO; SILVA, 2007).

Após a segunda guerra mundial, numa tentativa de reduzir a mortalidade materno-infantil, a medicalização do parto ganhou corpo como tratamento hospitalar, influenciando também no comportamento da mulher. Se houve ganhos é preciso reconhecer que também houve perdas, pois, ao se afastar a mulher de seu ambiente e a família da cena de parto, os profissionais foram introduzidos como protagonistas (GOTARDO; SILVA, 2007).

O processo de modernização do parto e formas mais seguras para a utilização de anestésicos, na metade do século XX, forçou a hospitalização da parturição, chegando a ser considerado, em alguns países, ilegal o parto não-hospitalizado, bem como a obstetrícia não-médica (parteiras). No Brasil, esse modelo hospitalar avançou, organizado por rotinas e um conjunto de intervenções entre outras condutas largamente utilizadas e naturalizadas, emergindo uma nova cultura de atendimento à mulher nos serviços de saúde (DINIZ, 2005; MARTINS, 2005; REIS; PATRÍCIO, 2005).

O saldo dessa nova cultura tem sido considerado negativo ao se avaliarem os índices de morbimortalidade materna e perinatal. A institucionalização do atendimento, por si, não tem dado conta de solucionar a inadequação ou as falhas que ainda ocorrem na assistência à mulher, que ainda não é vista de forma individual e integral (GOTARDO; SILVA, 2007).

No entanto, na assistência ao parto descrito pela Medicina Baseada em Evidências (MBE), o evento do parto redescobre o corpo feminino capaz de parir sem necessidade de intervenções ou seqüelas previsíveis na maioria das vezes. Para a MBE o parto é merecedor de respeito por ser experiência humana singular, familiar e sexual. Ao considerar essa experiência e suas dimensões, o parto vem desenhando uma nova estética, tornando o nascimento um evento fisiológico para vida fora do ventre (DINIZ, 2005).

A partir de 1980, iniciou-se um movimento global organizado para priorizar as tecnologias apropriadas ao parto, a qualidade da assistência à parturiente e a desincorporação das tecnologias danosas. No Brasil, esse movimento recebeu a denominação de humanização do parto (DINIZ, 2005). Dentre outras práticas adotadas na humanização do nascimento, está a possibilidade de a parturiente escolher a posição mais confortável e também a pessoa que a acompanhará, além de outros manejos, conforme recomendam o Ministério da Saúde e a OMS (PORTAL DA SAÚDE, 2006).

É importante ressaltar que, no parto entendido como humanizado, não se deseja abolir as tecnologias alcançadas para auxiliar a mulher nesse processo, porém, elas não devem ser usadas rotineiramente, medicalizando o parto nem o tornando estritamente cirúrgico (CECHIN, 2002; NAKANO, A. et al, 2007).

Nesse sentido, muitas mudanças no âmbito do nascimento ocorreram a partir da Carta de Fortaleza em 1985 (RATTNER; TRENCH, 2005). Antes disso, desde 1950, estudos exaustivos sobre procedimentos e revisão sistemática sobre assistência perinatal resultaram na classificação de práticas de assistência perinatal quanto a sua efetividade e segurança (OMS, 1996; TORNQUIST, 2002). A síntese desses trabalhos é conhecida como as recomendações da OMS que em 2000 foram distribuídas aos obstetras do Brasil. Há também uma versão para profissionais e usuárias, disponível desde 1995, conhecida como Guia para Atenção Efetiva na Gravidez e no Parto. Essa versão informa e aproxima, numa linguagem direta, esse público das recomendações para o parto (ENKIN, M. et al, 2005).

O movimento pelo parto humanizado no Brasil é descrito isoladamente em vários Estados a partir de 1970. Inspirados nas práticas das parteiras e índias, alguns profissionais, como Galba de Araújo no Ceará, Moisés Parcionik no Paraná e algumas instituições como Hospital São Pio X em Goiás e Instituto Aurora no Rio de Janeiro, impulsionaram esse movimento. Já na década de 80, existiam vários grupos prestando assistência e propondo mudança, a exemplo, o Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, a Associação Monte Azul em São Paulo, o Grupo Curumim e o Cais do Parto em Pernambuco. Só em 1993, com a Carta de Campinas, foi fundada a Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento (REHUNA) (DINIZ, 2005; RATTNER; TRENCH, 2005).

A REHUNA, composta por diversos profissionais e usuárias, transitando pelo espaço das organizações não-governamentais, saúde pública, obstetrícia, saúde coletiva e SUS, promoveu encontros presenciais e virtuais dos membros da rede a partir do fim da década de noventa.

Dessas interações múltiplas surgiram iniciativas diversas nas esferas pessoal, institucional e de políticas públicas convergentes e divergentes, alguns marcos são: a criação do Prêmio Galba de Araújo em 1998, a proposição das Casas de Parto, o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) e o Programa de Humanização dos Hospitais em 2000, Programa Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - PNAISM em 2005 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005). Todas essas iniciativas contemplam as necessidades da saúde da mulher de forma integral. A Conferência Internacional pela Humanização do Parto, em 2005, ocorreu no Rio de Janeiro e foi promovida pela REHUNA, o que demonstra que o Brasil está inserido no âmbito internacional (DINIZ, 2005; TORNQUIST, 2007).

Ainda do ponto de vista legal, a humanização do atendimento, prevista na Lei Orgânica da Saúde nº 8080 é entendida como responsabilização mútua entre os serviços de saúde e a comunidade. Consiste num atendimento que acolhe, escuta e dá resposta positiva na solução dos problemas de saúde, implica o envolvimento dos gestores, trabalhadores e usuários (LEI..., 1990).

Quando Diniz (2005) aborda a questão da humanização do parto quanto à legitimidade da participação da parturiente nas decisões, a ênfase é dada ao diálogo com a mulher, à inclusão do pai no parto e à presença das doulas, na busca de uma melhora na relação entre a instituição e seus consumidores. Contudo, há também uma legitimidade ético-política, dentre outras apontadas pela autora, que corrobora com Pereira et al (2007), ambos reivindicam a humanização do parto como defesa dos direitos humanos, almejando combinar direitos sociais e direitos reprodutivos e sexuais com vistas à equidade, liberdade e direito individual, a não-violência de gênero e demais violações de direitos nos serviços de saúde que abarcam a mulher, sua prole e família.

Nessa perspectiva, as ações preconizadas pelo Ministério da Saúde são descritas no Manual de Assistência ao Parto Normal: Um guia prático. Dentre as práticas consideradas úteis e que devem ser estimuladas, o item nove versa sobre o acompanhante (OMS, 1996).

Em maio de 2000, foi lançada pela REHUNA a campanha pelo direito da parturiente a um acompanhante de sua escolha, que contou com o apoio da Rede Nacional Feminista de Saúde, Direito Sexual e Direito Reprodutivo, da Associação Brasileira de Obstetizes e Enfermeiras Obstetras e da União dos Movimentos Populares de Saúde de São Paulo. Recebeu também apoio de profissionais de saúde que tinham experimentado a presença do acompanhante (BRÜGGEMANN; PARPINELLI; OSIS, 2005).

No Brasil, em abril de 2005 passou a vigorar a Lei nº 11.108, que garante 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 (PORTARIA..., 2005). Desde então, percebemos certa movimentação para reorganização dos serviços e dos profissionais para implementar e garantir a prática da participação e presença do acompanhante escolhido pela mulher durante a parturição. No mesmo ano, em dezembro, a portaria nº 2418/GM regulamentou em conformidade com o art. 1º da lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005, a presença de acompanhante para mulheres em trabalho de parto, parto e pós-parto imediato nos hospitais públicos e conveniados com o Sistema Único de Saúde – SUS (PORTARIA..., 2005).

Tais políticas e marcos acenam novas possibilidades para a assistência à saúde da mulher, especialmente no ciclo do parto. Contudo, sua implementação

plena e a ação concreta no atendimento é um longo caminho a ser percorrido por nós cidadãos.

3.2 Gênero e Parturição

Dentre as possíveis escolhas da mulher, esta pesquisa explora a escolha da mulher pelo acompanhante do sexo masculino, o pai do RN. Sabemos que as questões do feminino e masculino permeiam as relações humanas, incluindo a área da saúde. Quando voltamos a nossa atenção para a relação mulher-homem, contextualizando-a no âmbito social, histórico e cultural, podemos perceber a questão do gênero regulando e instituindo espaços (FARAH, 2004; LONGO; SAUTHIER, 2007).

A questão de gênero diz respeito, também, a uma categoria histórica, cuja investigação tem exigido muito investimento, podendo ser concebida em várias instâncias como indica Saffioti (1999):

... como aparelho semiótico; símbolos culturais evocadores de representações, conceitos normativos como grade de interpretação de significados, organizações e instituições sociais, identidade subjetiva; como divisões e atribuições assimétricas de características e potencialidades; como, numa certa instância, uma gramática sexual, regulando não apenas relações homem mulher, mas também relações homem-homem e mulher-mulher. Cada feminista enfatiza determinado aspecto do gênero, havendo um campo, ainda que limitado, de acordo: o gênero é a construção social do masculino e do feminino (SAFFIOTI, 1999, p.82).

O conceito de gênero com relação a desigualdades entre homens e mulheres, muitas vezes, presume hierarquia. Dessa forma, esse conceito pode, em certa instância, indicar desigualdades e o poder como necessários. Essa explicitação permite considerar o conceito de gênero como muito mais amplo que a noção de patriarcado. Para a discussão conceitual, este ponto é extremamente relevante, uma vez que gênero deixa aberta a possibilidade do vetor da dominação-exploração (SAFFIOTI, 1999).

Sabe-se que as desigualdades entre os sujeitos masculino e feminino são perceptíveis em nosso cotidiano, elas reforçam o sistema de dominação em que o masculino dominante e o feminino dominado são entendidos e naturalizados socialmente. Nesse contexto, a capacidade de gerar e parir são compreendidas como naturais à mulher (LONGO; SAUTHIER, 2007).

Embora usualmente interprete-se gênero também como um conjunto de normas modeladoras dos seres humanos em homens e em mulheres, que estão expressas nas relações dessas duas categorias sociais, ressalta-se a necessidade de ampliar este conceito para as relações homem-homem e mulher-mulher. Notadamente privilegia-se o primeiro tipo de relação, inerente à realidade objetiva com a qual todo ser humano se depara ao nascer. Ainda que histórica, esta realidade é previamente dada para cada ser humano, que passa a conviver socialmente no binômio masculino-feminino. A diferença nas relações entre homens e entre mulheres é que essa desigualdade de gênero não é colocada previamente, mas pode ser construída e o é com frequência (SAFFIOTI, 1999).

A partir dessa premissa, pensamos, então, que os atributos, tidos como naturais nas mulheres e nos homens, são construídos na convivência social, cultural e histórica que imprimem em seus atos, em suas posturas, em seus corpos e em suas relações a questão do gênero (LONGO; SAUTHIER, 2007).

Eisler (1996), historiadora cultural, discorre sobre como foi construído o domínio masculino ao revelar as distorções que foram sendo instituídas através do tempo até chegarmos ao estereótipo do que é o ser feminino: a mulher como um objeto a ser controlado por alguém. O que nos faz esquecer de que essa mesma mulher foi reverenciada como sagrada, não sofria coerção através do medo e da dor, mas, sim, exercia o amor, o prazer, o respeito mútuo e a liberdade de escolha.

Mulheres e homens sustentavam, então, uma estrutura social voltada para a parceria.

A autora também discorre historicamente sobre o papel da mulher organizado com suas raízes na religião e na mitologia, devidamente reforçado pelo patriarcalismo. Talvez aqui seja o ponto de partida para a segregação do homem no momento do parto, pois o processo da reprodução nesse contexto (gerar, parir, amamentar) é entendido como ideal e natural à mulher.

Pensar um conceito do universal em termos de gênero não é tarefa fácil e há muitos exemplos em suas discussões internas sobre gênero em que se sugere que exista uma maior sensibilidade das mulheres para as questões tidas como femininas como bem-estar e família, direitos reprodutivos e desemprego. No entanto, não há alegação de que as mulheres sejam uma categoria social que só possa ser representada por mulheres (SCOTT, 2001).

Para Fonseca (2008), o marco conceitual de gênero estruturado em uma matriz que dialoga com produções feministas acerca das políticas de direitos sexuais e reprodutivos organiza-se em quatro eixos: o sistema sexo/gênero; a dimensão relacional; as marcações de poder e a ruptura da tradução do modelo binário de gênero nas esferas da política, das instituições e das organizações sociais.

Em sua análise, esse autor pontua que a política pública envolvendo gênero é consolidada, pelo menos no plano da formulação, apesar de recente e com vários campos de tensão. Percebe-se uma forte presença dos movimentos feminista e de mulheres, apontados como atores (atrizes) principais no processo de consolidação da política nacional de direitos sexuais e direitos reprodutivos no Brasil. Contudo, as análises evidenciam que nessa política, em geral, a masculinidade é pensada como dispositivo de opressão e os homens como sujeitos secundários ou

estratégicos para garantia da saúde da mulher, diante da trajetória histórica ainda incipiente de reflexões sobre os homens e as masculinidades no campo dos direitos reprodutivos, a partir do enfoque feminista e de gênero (FONSECA, 2008).

Esse pensamento sobre o masculino denota os vestígios do contexto que ainda refletem as desigualdades entre homens e mulheres apesar dos avanços e esforços dos movimentos políticos no Brasil.

No contexto binário de desigualdade mulher-homem, o feminismo deve ser entendido baseado em um movimento político popular que trata de uma reivindicação por justiça social, pela redistribuição de recursos e pela reestruturação das relações de poder. Sem essa compreensão, a paridade irá promover apenas os interesses de algumas mulheres que desejam o status de poder patriarcal (SCOTT, 2001).

A demanda pela paridade entre homens e mulheres não é pela representação de um “interesse das mulheres” definido; ao contrário, pode-se esperar que as mulheres abracem a mesma variedade de pontos de vista políticos conflitantes hoje defendidos pelos homens. De fato, mandando o mesmo número de mulheres e homens para a arena do governo representativo, a lei estará declarando – simbolicamente e literalmente – que o sexo não é mais relevante para a participação na política. Assim, a radical promessa igualitária do universalismo será concretizada (SCOTT, 2001). No Brasil, ao final dos anos 70 estudos de gênero concomitantes ao movimento feminista fortaleceram o movimento no país; no entanto, é recente a incorporação das questões de gênero por políticas públicas e programas governamentais. Destaca-se a forte assimetria em nossa sociedade marcada pela construção social e histórica do feminino e pelas relações sociais entre

os sexos. Assim, em linhas gerais, o conceito de gênero remete a traços culturais construídos socialmente sobre base biológica (FARAH, 2004).

Houve mudanças na esfera de relação entre Estado e sociedade através do impacto da democratização e a crise fiscal em 1970 e 1980, que possibilitaram estabelecer os movimentos sociais urbanos. O feminismo permeia esse momento com objetivo de transformar a situação da mulher na sociedade de forma a superar as desigualdades presentes nas relações entre homens e mulheres, o que contribuiu para a inclusão do gênero na agenda pública a fim de serem suplantadas as desigualdades por meio de um regime democrático (FARAH, 2004).

Nos anos seguintes, na passagem para o século XXI, constituiu-se a agenda de reforma do Estado e nela inseriu-se a questão de gênero (agenda de gênero) e diversas diretrizes no campo das políticas públicas tais como: violência, saúde (destaque para a implantação efetiva do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher), direitos das meninas e adolescentes, geração de renda e emprego, educação, trabalho, infra-estrutura urbana e habitação, questão agrária, incorporação da perspectiva de gênero por toda política pública e acesso ao poder político. Todas essas diretrizes apontadas são focos a serem desenvolvidos para autonomia das mulheres atrelados à trajetória do movimento das mulheres no Brasil (FARAH, 2004).

Concomitante a reforma do Estado ocorreu à ampliação da agenda de gênero para os governos municipais e estaduais, o que não significou a aderência à agenda ou incorporação de gênero, as iniciativas analisadas por Farah (2004) tendem a convergências com a agenda de gênero e com as prioridades definidas pelos movimentos das mulheres e por movimentos feministas.

Essa tendência ocasiona duas vertentes tencionadas entre uma em que a mulher é vista a partir de sua função na família e seu efeito multiplicador. Geralmente, essa é a perspectiva dos programas da área de saúde com foco no segmento materno-infantil; e a outra vertente que tem por base a perspectiva de direito, hegemônica na agenda dos movimentos de mulheres no Brasil, e que busca garantir a ampliação do espaço da cidadania, extensão e inclusão dos direitos a novos segmentos da população, inclusive na esfera do atendimento estatal, com as iniciativas da área de saúde que adotam atenção integral e programas de combate à violência contra mulher, os quais parecem sintonizar com essa segunda vertente (FARAH, 2004).

Quando trazemos o acompanhante como um dos pontos para reflexão acerca do parto humanizado, temos as duas vertentes num possível diálogo, haja vista que os benefícios pretendidos abarcam mulher, RN, e incluem o homem num contexto antes dominado por mulheres e profissionais.

Hotimsky e Alvarenga (2002), sobre a definição do acompanhante no parto, desvelam a presença de concepções que conduzem as escolhas dos possíveis acompanhantes. Tais concepções envolvem gênero e sexualidade, rede de relações sociais e categorias sociais. Essa diversidade de valores e de cultura convida a uma reflexão sobre os envolvidos na cena do parto, que tem um cliente “novo” participando: o pai em transição, com significados e sentidos diversos trazidos consigo, por sua presença e/ou participação.

Estimulados pelos amplos movimentos sociais, os seres humanos estão tentando, consciente e deliberadamente, desaprender e reaprender o amor. Essa educação para o amor é a educação social para o sexo e o amor no prazer, para o pacifismo e a igualdade, reverenciando a diversidade, para nos relacionarmos com

os que são diferentes de nós com empatia e respeito, para uma moralidade afetiva não-coerciva. Nessa tentativa, as pessoas estão tentando mudar os comportamentos cotidianos e das instituições sociais para esse modelo de parceria (EISLER, 1996).

A igualdade abordada nesse estudo é um princípio absoluto e uma prática historicamente contingente, não é a ausência ou a eliminação da diferença, mas, sim, o reconhecimento da diferença e a decisão de ignorá-la ou de levá-la em consideração. Tal princípio é fundamental para que premissas do parto humanizado não sejam aplicadas sem considerar o outro igual diante do profissional e também abre espaço para o diálogo e a relação interpessoal (SCOTT, 2005).

Ao contrário, o princípio da igualdade prima reconhecer e manter uma tensão necessária entre igualdade e diferença, entre direitos individuais e identidades grupais, nos possibilitando encontrar resultados melhores e mais democráticos (SCOTT, 2005).

Ao que indica, a mobilização das mulheres foi responsável pela constituição e implementação dos programas na área da saúde, a influência veio também por agências multilaterais e organizações não-governamentais que buscam a inclusão do gênero. A efetiva democratização dos programas durante sua implementação é importante no sentido de torná-lo permeável às necessidades da comunidade a que se destina. A perspectiva de gênero e as abordagens dos movimentos e entidades de mulheres são incorporadas, gradualmente, tornando possível o surgimento de um caminho para transformações mais profundas (FARAH, 2004).

O enfoque da humanização da assistência perinatal ganhou força nesse cenário descrito e envolve o modelo de parceria entre a tríade (pai, mãe, RN), a

equipe de saúde e os gestores. Esse modelo sinaliza a relação entre os sexos através da não-violência, da proteção e procura avaliar as mulheres e homens na concepção multicultural de direitos humanos, sexuais e reprodutivos.

Nessa perspectiva, não trata a maternidade, a gravidez e o parto como fenômenos meramente naturais ou fisiológicos, mas busca visualizar a experiências socialmente construídas e compreender a complexa dinâmica de construção social da parturição, suas técnicas de assistência, seus cenários e os principais atores envolvidos (BARBOSA, G. et al, 2003).

Para as referidas autoras uma abordagem multidimensional permite, então, analisar o fenômeno da parturição como um processo fisiológico que é contextualizado socialmente por um sistema complexo de valores e que envolve interações entre indivíduos, grupos sociais e instituições (maternidades) com poder diferenciado na definição dessas relações.

Com base nessa concepção focalizar-se-á o acompanhante e a puérpera em sua experiência no modelo do parto humanizado realizado numa casa de parto, buscando descrever e conhecer as interações do acompanhante pai no contexto do parto de sua companheira.

Salienta-se que, somando a escolha de um acompanhante a um ambiente atraente, com mobília confortável e cuidadores envolvidos e capacitados, têm-se possibilidades de suporte social e profissional satisfatório para a mulher, resultando numa experiência mais prazerosa de parturição (CASTILHO; PIRES, 2000).

A Organização Mundial de Saúde, no guia “Assistência ao parto normal: um guia prático” sugere uma série de práticas úteis que devem ser estimuladas, ao mesmo tempo em que desaconselham outras. Entre as recomendadas, destacam-se: fornecer informações e explicações solicitadas; uso de métodos não

farmacológicos e não invasivos de alívio da dor, tais como massagens e técnicas de relaxamento; liberdade de posição e movimentação durante o trabalho de parto; respeito à escolha da mulher por um acompanhante de sua preferência durante o trabalho de parto e parto (OMS, 1996).

3.3 O Acompanhante no Parto

À instituição hospitalar cabe oferecer condições de acolher a mulher para parturição e as demandas geradas de acordo com suas escolhas, necessidades e desejos que variam ao longo da história de cada indivíduo e cultura. O apoio e suporte durante o parto englobam presença física, medidas de conforto durante o parto, apoio emocional/físico que pode ser oferecido por outra pessoa à mulher. A característica comum é que a mulher em trabalho de parto não ficará sem apoio em nenhum momento. Essa relação de ajuda pressupõe que a mulher deve ficar ativa durante o parto, pois auxiliar alguém passivo, neste caso, significa que as coisas seriam feitas em seu lugar ao invés de oferecer auxílio de fato (ENKIN, M. et al, 2005; LARGURA, 2000).

Quando o parto era um evento domiciliar e ofício de parteiras, essa assistência era prestada por pessoas da casa. Dar à luz em casa dá o privilégio de escolha à mãe de convidar amigos e parentes, ou, então, de preferir que o acontecimento se dê na mais estrita intimidade (LARGURA, 2000).

Como descrito anteriormente a medicalização do parto, a exclusão dos não-médicos do acompanhamento do trabalho de parto deixou um “nicho” – o de parceiros da fisiologia – que até o momento não foi plenamente ocupado pelos profissionais existentes. A consequência dessa assistência tecnocrática tem refletido negativamente na experiência da parturição para as mulheres e nos altos índices de

morbimortalidade materna e perinatal, que ainda permeiam as nossas maternidades. São mulheres jovens em plena fase reprodutiva e produtiva, que deixam seus filhos órfãos e desprotegidos. (MOURA, F. et al, 2007; OSAWA; RIESCO; TSUNECHIRO, 2006).

Durante a medicalização do parto houve um período, início do século XX, em que, em grande parte do mundo, o uso da narcose durante o parto deixava as mulheres inconscientes. Assim, as questões de suporte físico, psicológico e acompanhante eram irrelevantes (ENKIN, M. et al, 2005).

Passaram-se dois séculos de medicalização do parto. Durante esse período, a tendência, os esforços foram realizados no sentido de tornar a assistência ao parto estritamente relacionada ao biológico e à arte médica. Medidas tomadas priorizavam a higiene, pensando em favorecer o indivíduo. Ficaram esquecidos os aspectos espirituais, psicológicos e sociais (LARGURA, 2000).

Nos Estados Unidos, a partir de uma revisão da assistência perinatal e dos cuidados prestados de rotina, concluiu-se ser dispendioso o uso das muitas rotinas de intervenção, tais como a contínua monitorização fetal eletrônica, a indução do parto em mulheres de baixo risco, e a cirurgia cesariana. Essas rotinas não conseguiram melhorar os resultados para as mães e seus RN e podem causar danos permanentes (CIMS, 2007).

O modelo medicalizado de parir culminou em uso abusivo de tecnologia e intervenções no parto e pudemos ver as taxas aumentadas de morbidade materna e perinatal, tão preocupante quanto no pós-guerra. No fim do século XX, os movimentos sociais e organizações já descritas redefiniram o parto com potencial positivo, conhecido como parto humanizado, baseado em estudos com resultados quanto a efetividade e segurança, no cerne das recomendações da OMS (ENKIN, M.

et al, 2005; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008a; WEI, 2007). Nesse ambiente há espaço para o acompanhante, para a família, para os amigos e para quem mais a mulher escolher e desejar. Ao se estabelecer uma escuta ativa facilitar-se-á a compreensão dos desejos e das escolhas da mulher. Além disso, o acesso a informações sobre as possibilidades de parir permitiu à mulher fazer escolhas que viabilizem, para ela, a plenitude da experiência do nascimento, independente do local onde ele ocorra (SHAW, 2007).

Algumas mulheres escolhem partilhar esse momento precioso com alguns entes queridos, outras decidem dar à luz somente com a presença do médico ou da parteira, uma assistente e o marido. Não é o número de convidados que determina a atmosfera do ambiente, mas a atenção e a consciência de cada pessoa em relação ao nascimento. Às vezes, a atmosfera é bastante agradável e íntima embora muitas pessoas estejam presentes (LARGURA, 2000).

Segundo as recomendações da Organização Mundial de Saúde, uma parturiente deve ser acompanhada pelas pessoas em quem confia e com quem se sinta à vontade, para se efetivar o suporte à parturição (OMS,1996).

O acompanhante é descrito como aquele que provê o suporte necessário à mulher e trata-se das mais diversas pessoas com características distintas de acordo com o contexto assistencial. Dentre as possibilidades estão os profissionais (enfermeira, parteira), companheiro/familiar ou amiga da parturiente, doula e mulher leiga. Entretanto, o conceito de acompanhante apresentado pela Política Nacional de Humanização, conhecido como Humaniza SUS, aponta o acompanhante como o representante da rede social da paciente que a acompanha durante toda a permanência no ambiente hospitalar (BRASIL, 2004).

O acompanhante eleito da parturiente e/ou membros de sua rede de relações podem ser diversos e igualmente importantes para a mulher. As concepções e avaliações culturais são variáveis para cada pessoa e a cada parto e são esses valores diversos que orientam quem a gestante escolherá para acompanhá-la (HOTIMSKY; ALVARENGA 2002). Nessa diversidade, pode surgir o acompanhante masculino que interage durante o nascimento com a mulher, com o recém-nato e com os profissionais de enfermagem envolvidos.

O acompanhante é mais do que uma simples presença, ele pode participar ativamente, muito além do que ser considerado mero representante fiscalizador da assistência recebida. O status do acompanhante na rede social está em transformação, pois este participa emocionalmente no evento do nascimento, mas, por ser leigo, poderá não efetivar o apoio que a mulher necessita como medidas analgésicas. Então, cabe à equipe de saúde rever suas crenças e valoração negativa acerca do acompanhante e acolher e prover a todos (NAKANO, A. et al, 2007). Essa possibilidade de apoio profissional ao casal parece repercutir no papel do pai que, nessa circunstância, adota papel ativo (GUNGOR; BEJI, 2007).

Sobre a definição do acompanhante, Hotimsky e Alvarenga (2002), em sua análise, discutem a presença de concepções que conduzem as escolhas dos possíveis acompanhantes, tais como gênero e sexualidade, rede de relações sociais e categorias sociais. O acompanhante escolhido traz consigo significados diversos da sua participação e/ou presença, para ele, para a parturiente e para os presentes no evento da parturição.

Para a mulher grávida, o acompanhante pode ser parte do seu imaginário quando ela pensa no momento do parto, nele é depositada a confiança de ter alguém próximo e confiável, assim como é à equipe de profissionais que se atribui a

tarefa de atendimento de manejo ao parto (MALDONADO, 2000). Desse modo, o acompanhante não pode ser o único provedor do suporte, assim como a equipe de saúde não promove o cuidado que o acompanhante oferece, principalmente fortalecendo o vínculo afetivo da rede social.

É sabido que a mãe é a protagonista do parto, mas são conhecidos os benefícios do acompanhante atuante no processo do nascimento. Abordar a questão do acompanhante no ciclo do parto, na ótica da assistência da enfermagem é parte das metas a serem alcançadas durante o processo de humanização do nascimento para promover a saúde da mulher e do seu recém-nascido, proporcionando um nascer mais harmonioso e contribuindo para a redução das taxas de mortalidade materna e perinatal (REIS; PATRÍCIO, 2005).

As mulheres em trabalho de parto parecem sentir necessidade de uma companhia amiga e calorosa, percebe-se que as parturientes solicitam alguém ao lado delas, para uma orientação ou mesmo para segurar-lhes a mão. Algo que, para elas, traduz-se como apoio, mão amiga, conforto, alívio, carinho, importar-se com elas, segurança e encontro de ânimo (CARON; SILVA, 2002). A mesma constatação também foi alcançada em estudo que identificou mulheres que ao receberem apoio e acompanhamento emocional durante o processo de parir manifestaram sua satisfação e reconheceram quão importante é esse cuidado (CASTILHO; PIRES, 2000).

Já foi mencionado que o suporte emocional é importante para diminuir o percentual de anestesia/analgesia e o uso de ocitócicos. Também outros benefícios do suporte intraparto são o menor traumatismo perineal, redução da probabilidade de dificuldade na maternagem e de interrupção precoce da amamentação (ENKIN, M. et al, 2005).

Há um estudo que demonstra que, em relação à assistência recebida com tecnologia apropriada, as mulheres relatam ser uma vivência positiva ter um acompanhante que as apóie durante o trabalho de parto, alguém que, além de dar atenção apropriada, configura um suporte contínuo. Destaca-se em relação ao acompanhante:

... No que diz respeito a participação do marido/ companheiro ou de familiar durante o processo de nascimento e parto – todas as mulheres tiveram a presença de alguém de sua confiança durante o parto, sendo que a maioria contou com a presença do marido. Esta vivência, no processo de parir, foi muito bem vista pelas mulheres.... (CASTILHO; PIRES, 2000, p.280).

As mulheres relatam apreciar acompanhante(s) que as apóie, que está disponível durante o trabalho de parto, oferecendo atenção apropriada, configurando um suporte contínuo que é experimentado com satisfação (BRÜGGEMANN; OSIS; PARNELLI, 2007; CASTILHO; PIRES, 2000; LESLIE; STORTON, 2007).

Pesquisas têm mostrado que a participação do acompanhante não envolve outra questão senão o apoio emocional, para qual a equipe de saúde nem sempre tem condições, preparo e tempo. Por outro lado, temos as outras necessidades que são de responsabilidade exclusiva da referida equipe, que requer: aptidão profissional, incorporação do cuidado e seus aspectos subjetivos, revisar os conceitos incluindo a assistência humanizada ao parto (HOGA; PINTO, 2007; RIZZOTTO, 2002). Nessa perspectiva, compartilhar o momento do nascimento contando com a parceria do acompanhante pode ser um facilitador do trabalho de parto, diminuindo entraves à parturiente e seu acompanhante.

Atualmente, o mundo oferece alguns modelos de assistência ao parto, que repercutem diretamente sobre a questão do acompanhante. Primeiramente, o modelo altamente medicalizado centrado no médico, com marginalização do trabalho das parteiras, encontrado, por exemplo, nos Estados Unidos da América, Irlanda, Rússia (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008a). O Brasil encontra-se nesse

patamar, onde o acompanhante é predominantemente casual e geralmente condiciona a permissão ao acompanhante feminino, ou mediante pagamento de uma taxa de acompanhante na esfera privada. O segundo modelo traz a abordagem humanizada com trabalho mais autônomo de parteiras e taxas muito mais baixas de intervenção encontrada, por exemplo, na Holanda, Nova Zelândia e países escandinavos. O terceiro é uma mistura das duas abordagens encontrada, por exemplo, na Inglaterra, Canadá, Alemanha, Japão e Austrália (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008a).

A antropóloga Davis-Floyd (2000) considera que co-existem hoje três modelos de atendimento obstétrico: tecnocrático, humanístico e holístico. O modelo tecnocrático baseia-se na separação mente-corpo nesse modelo o parto é o momento extremo e agudo de uma máquina caótica e não confiável e que requer a intervenção hábil e rápida do profissional. O modelo humanístico surge em reação aos excessos da tecnocracia. É uma tentativa dos profissionais de reformar as instituições por dentro. Os humanistas desejam simplesmente humanizar a tecnomedicina, ou seja, torná-la mais relacional, mais recíproca, individualizada, receptiva e empática.

Dos três paradigmas, o holístico é o que combina a mais rica variedade de abordagens. O holismo pode pedir aos indivíduos que sejam mais ativos, que modifiquem seu estilo de vida, como pode também pedir que sejam passivos, que recebam uma prece ou uma transferência de energia. O conceito de holismo foi introduzido para indicar a influência do corpo, da mente, das emoções, do espírito e do ambiente no processo de cura do paciente. O princípio de conexão e de integração que dá suporte à abordagem holística vem daquela dimensão até então renegada e desvalorizada pela cultura ocidental. Trata-se de um pensar com e

através do corpo e do espírito, um pensamento holístico, portanto, fluido, que transcende a lógica linear e as classificações rígidas. Os profissionais holísticos, na verdade, não recusam a tecnologia, mas a colocam a serviço de seus clientes ao invés de deixar que ela domine suas vidas e seu tratamento. Geralmente, a tecnologia usada não é invasiva e não produz os efeitos prejudiciais da medicina convencional. Trata-se de uma tecnologia que, no caso das parturientes, trabalha em sintonia com a fisiologia de seu corpo.

Cada um dos modelos, segundo essa autora, caracteriza-se por doze diferentes crenças descritas por ela. Podemos encontrá-los ao estado puro ou mesclado, dependendo do país, do profissional e do contexto sócio-cultural. Para a autora, já foi demonstrado, nos últimos vinte anos, que as rotinas dos procedimentos obstétricos têm pouco ou nenhum embasamento científico. Entretanto, elas continuam sendo utilizadas, porque seu sentido não é médico e sim cultural.

Diante dessas possibilidades, mesmo no patamar que o Brasil ocupa, percebe-se uma certa movimentação para a reorganização dos serviços e dos profissionais, não sem resistência, para implementar e vivenciar a prática da presença e da participação do acompanhante escolhido pela mulher durante a parturição entre outras práticas fortemente recomendadas pela OMS (BRÜGGEMANN; OSIS; PARPINELLI, 2007; NAKANO, A. et al, 2007).

O acompanhante de escolha da mulher possibilita segurança emocional, trazendo benefícios a sua saúde e do RN conforme descreveu Carvalho (2003). O parto humanizado abre espaço para o resgate da referência familiar, em suas diferentes abordagens. Nesse cenário, um homem pode integrar o processo do nascimento fazendo parte do ideário casal grávido ou ser a pessoa escolhida pela mulher por outro tipo de vínculo afetivo. E, ao compartilharem esse momento,

mulheres e homens revelam grande satisfação e emoção. Para Cruz, Simões, Faisal-Cury (2005), a presença de suporte social do marido apresentou efeito protetor sobre a presença de depressão pós-parto.

Atualmente, uma nova configuração da família ratifica uma relativa redistribuição da responsabilidade inerente aos cuidados com a criança, antes centrada na mãe. As organizações familiares diversificadas e alterações de papéis dos pais favorecem situações como: da mãe como chefe de família e provedora única; com o pai em casa cuidando dos filhos; ou ainda contando com a participação de agregados dos mais diferentes tipos entre outros arranjos (ANDRAUS, 2005).

Essa configuração sintoniza com a possibilidade da aproximação de outros elementos da rede familiar no processo do parto. Destaca-se a questão do pai exercendo papéis domésticos, dividindo responsabilidades e cuidados com os demais membros da família.

Conforme Enkin et al (2005), estudos sobre a presença de homens durante o trabalho de parto é um fenômeno recente em países industrializados. Com o homem em transição desempenhando papéis até então privativos à mulher e com as mulheres considerando o parto como uma experiência positiva a ser compartilhada, assim como a responsabilidade relativa aos cuidados com a criança, a presença masculina passa a ser esperada. Nos países industrializados, como o Japão, a presença dos parceiros avançou nos últimos 20 anos de eventualmente permitida à normativa até praticamente universal.

Nos Estados Unidos, desde 1996 uma iniciativa conhecida como *Coalition for Improving Maternity Services - CIMS*, constitui uma rede de indivíduos e organizações americanas envolvidas no cuidado e no bem estar das mães, dos bebês e das famílias. Seus princípios conduzem aos 10 passos para um parto

respeitoso, com objetivo de proteção da mulher, promoção e apoio aos serviços de maternidade considerados respeitosos, que incluem centros de nascimento e serviço de parto domiciliar. Esses locais e profissionais para serem designados pela CIMS como respeitoso com a mãe devem seguir os seus princípios filosóficos e cumprir os 10 passos (CIMS, 2007).

O primeiro passo é oferecer às mães acesso do acompanhante que ela eleja para acompanhá-la durante o parto, sem restrições, incluindo pai, marido, filho, familiar ou amigo; acesso sem restrições ao apoio emocional e físico contínuo de uma mulher capacitada, como uma doula ou profissional de apoio ao parto; acesso também à atenção profissional de uma parteira (LESLIE, STORTON, 2007).

No passado, quando nascimento normalmente ocorria nos lares, familiares e amigos confiáveis prestavam apoio à mulher. Esse apoio continua a ser valorizado pelas mulheres e está associado com o aumento de satisfação no parto. Em todo tempo e culturas, as mulheres eram apoiadas durante o trabalho de parto por outras mulheres que tinham condições de fornecer suporte emocional e físico contínuo. Quando surgiu o parto hospitalar, o componente de cuidados de suporte foi em grande parte perdido. Apoio qualificado (diferenciado do apoio prestado pela família e amigos ou de apoio médico e de enfermagem) está novamente disponível para as mulheres e foi estudado extensivamente ao longo da última década (LESLIE, STORTON, 2007).

Em nosso país há indícios de transformação nas relações de gênero, na compreensão do parto e da paternidade. Ainda que incipiente, vem ocorrendo a implementação da escolha do acompanhante, e do apoio qualificado através das doulas e educadores perinatais; no entanto, no serviço público predomina ainda o pai à espera do parto, e a mulher e seu RN sozinhos durante a internação (ABREU,

1997; CARVALHO, 2003; HOTIMSKY; ALVARENGA, 2002). Na esfera privada a presença do pai ou outro familiar é condicionada ao pagamento de uma “taxa de acompanhante” em sua maioria também são apenas expectantes, não raro temos um profissional de filmagens da própria instituição que permanece na sala para eternizar o parto que o pai assistirá depois. No Estado de Goiás, a Maternidade Nascido Cidadão é o mais recente esforço para oferecer a atenção obstétrica com qualidade. Lá diferentemente do habitual, o pai tem lugar garantido, é estimulado a oferecer massagens a sua companheira, participar do parto e a cortar o cordão umbilical após o nascimento. Esta premiada instituição oferece vários atendimentos especializados à população, situa-se em Goiânia e é mantida por esfera municipal integrada ao SUS.

Sobre a inclusão do pai nos cuidados, observa-se que, tradicionalmente, os enfermeiros orientam as mães sobre os cuidados com a criança em diversos locais de atendimento, mas, diante do fenômeno da paternagem, o foco de atenção está sendo ampliado incluindo os pais, pois programas de suporte têm aumentado a quantidade de pais cuidadores de crianças nas mais diversas situações (ANDRAUS, 2005).

A paternidade está sendo vivenciada num modelo mais presente e participativo, muito além do estereótipo tradicional de pai provedor, autoridade. A paternidade envolve aspectos biológicos, legais, sociais e psicológicos que fomentam as discussões e legitimam os direitos e deveres paternos. Portanto, a formulação do homem-pai não é somente biológica, existem outras formas de paternidade, sendo o comportamento do homem conduzido pela dimensão afetiva e pelas influências sociais e culturais que implicam ser ou não ser pai (ABREU, 1997; BOTURA JR., 1999; CARVALHO, 2003;).

Durante a gestação o pai também tem direitos e, para exercê-los, os homens necessitam assumir uma postura participativa diante da reprodução e da paternidade. Não basta apenas saber sobre os métodos contraceptivos para ser responsável, faz-se necessária a participação durante a gravidez, o parto e pós-parto e ao longo da vida da criança (PORTELLA, A. et al, 2000).

Incluso nos direitos do pai estão: participar do pré-natal; ter as suas dúvidas esclarecidas; ter o direito a uma licença paternidade, logo após o nascimento do RN; ser informado sobre a evolução da gravidez e sobre qualquer problema que surgir; no parto, ser reconhecido como o pai e não como visita; se a gestante o desejar, estar presente durante o trabalho de parto e parto; ter acesso facilitado para acompanhar a mãe e o RN; e participar da consulta pós-parto (PORTELLA, A. et al, 2000). Esses e outros possíveis direitos estão em discussão na mídia, na sociedade, institutos e devem originar outras regulamentações e formas de implementação que atendam demandas do pai.

As questões da maternidade como obrigatoriedade da mulher e da paternidade num aspecto mais participativo passaram a ser refletida pelos profissionais da enfermagem a partir da década de oitenta, revelando o pai como um cliente para a assistência de enfermagem e de saúde. Na prática profissional, o pai acoberta o real sentido que funda seu comportamento através dos diversos estereótipos que naturalmente entendemos como atitudes de um pai que espera pelo parto de sua companheira (ABREU, 1997).

Nem todos os profissionais de enfermagem e da equipe de saúde participam dessa reflexão e demonstram que, na maioria das vezes, estão envolvidos com o desenvolvimento de atividades educativas, alheios ao posicionamento político-ideológico, atuando sem questionamentos, não se

apresentando como sujeitos conscientes-críticos. Também não se percebem a serviço da ideologia dominante, pactuando sem intencionalidade com a manutenção do modelo tecnocrático de parturição vigente (CADETE; VILLA, 2000).

3.4 A Equipe de Saúde e o Processo Gravídico-Puerperal

Assim como a equipe de saúde tem seu lugar delimitado no atendimento ao parto, os profissionais devem reconhecer o potencial do acompanhante e dos benefícios de seu suporte para o processo de parturição, que parecem variar de acordo com as características assistenciais das instituições hospitalares, do tipo de provedor do suporte e da duração do suporte (BRÜGGEMANN; PARPINELLI; OSIS, 2005).

Destaca-se, nesse sentido, a equipe de enfermagem que durante o processo gravídico-puerperal, pois seu campo de atuação é amplo e propicia planejar e implementar ações educativas. Nesse processo, a enfermeira e sua equipe são mediadores entre a gestante, seus acompanhantes, a instituição hospitalar e todos os profissionais que participam no atendimento, além de ser responsável por detectar necessidades de cuidado.

Durante o processo parturitivo, os profissionais de saúde devem desenvolver empatia com os clientes, efetivar o apoio emocional, criar laços afetivos oportunos para garantir a educação continuada na saúde da família, de modo que a criança tenha um nascimento mais harmonioso e a gestante um parto com fatores de estresse reduzidos.

Nesse sentido, a enfermeira tem sido reconhecida pelo Ministério da Saúde e por outros órgãos não governamentais como a profissional que possui

formação holística e procura atuar de forma humanizada no cuidado à parturiente tanto nas casas de parto, como nas maternidades (MOURA, F. et al, 2007).

As conquistas acerca do parto humanizado têm recebido incentivo governamental, embora resultados concretos na prática não avancem na mesma proporção, uma vez que nem sempre as instituições possuem adequação do espaço e recursos humanos ou mesmo conseguem implementar com eficácia as ações preconizadas nos programas, conforme o Ministério da Saúde (RIZZOTTO, 2002).

Atualmente identificam-se algumas fragilidades do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN): a falta de integração funcional efetiva entre o pré-natal e o parto; a reduzida realização da segunda bateria de exames complementares no terceiro trimestre de gravidez; e a escassa realização da consulta de puerpério. Em outras palavras, a diretriz da humanização do parto não vem sendo cumprida. As visitas aos hospitais preconizadas pelo Programa não ocorrem, provavelmente pela não concretização das referências específicas. Isso pode ser em razão da valorização do conhecimento prévio da referência hospitalar pelas gestantes, que representa importante fator de segurança e confiança (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008b).

Mesmo com tais fragilidades, o sistema Sis prenatal é acessível; possui coerência interna; tem potencial de instrumentalizar o gerenciamento do PHPN a partir dos relatórios gerenciais que emite, quando alimentado com as informações corretamente. Assim, toda recomendação para potencializar o PHPN é importante para sua concretização (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008b).

Sobre a implementação das ações preconizadas pelo Ministério da Saúde e o parto humanizado, um estudo avaliou que a participação do acompanhante no processo de parir faz parte da caracterização desse tipo de parto. Contudo, a

aceitação desse acompanhante é condicionada à decisão dos profissionais de saúde de aceitá-lo ou não. Na concepção das parturientes, o parto humanizado implica também o envolvimento da família, que é representada pelo acompanhante (REIS; PATRÍCIO, 2005).

Diante de tal situação, o quadro atual em nosso país é de que a gestante, quando vai parir e escolhe ter um acompanhante, fica a mercê da instituição, mesmo com uma lei que regulamenta esse direito. Os possíveis acompanhantes, por sua vez, ficam submissos à decisão dos profissionais que estabelecem uma relação de poder sobre o parto.

O domínio da situação é da equipe de saúde, que pode excluir o acompanhante para que ele não possa permanecer junto à gestante sem uma justificativa e sustentar uma relação de poder, como descrita por Caron e Silva (2002), acerca do corpo, do toque instrumental, do comportamento modulado de uma mulher subjugada. Dessa forma, a autoridade dos profissionais reforça a medicalização.

Com relação à importância da repercussão dessa relação de poder e autoridade no psicológico e no emocional das mulheres durante o parto e nascimento Baker et al (2005) constataram que essas atitudes, além de outros comportamentos dos profissionais resultam em impacto individual negativo nas mulheres, foram muitas vezes ligados a sentimentos, tais como medo, raiva, decepção, angústia, culpa e inadequação. Esse estudo envolveu primíparas e múltiparas, avaliando suas experiências e sentimentos relativos ao processo do nascimento, e convida a discutir as questões de autoridade e poder nesta relação para se reverter tais associações.

Em estudo recente sobre a visão do acompanhante sobre sua atuação durante o processo de parturição mostrou que é preciso dar espaço aos agentes envolvidos diretamente nesse processo, pois eles às vezes sentem-se intimidados pelos profissionais de saúde, desestimulados de participar, sendo apenas fiscalizadores da assistência recebida. A participação limitada do acompanhante é, portanto, decorrente do modelo de assistência intervencionista ao parto e dos preconceitos frente à possibilidade de um acompanhante ativo. Esses dois pontos influenciam também na falta de compromisso dos profissionais em acolher e inserir o acompanhante no processo do nascimento (NAKANO, A. et al, 2007).

Apesar de os profissionais demonstrarem uma abertura para aceitar a presença do acompanhante, essa prática ainda é envolvida por sentimentos de apreensão. Porém, mesmo envoltos por esses sentimentos, os profissionais que atuam na assistência ao parto podem avaliar positivamente a presença do acompanhante, reconhecer os benefícios da sua atuação junto à mãe-filho no estabelecimento do vínculo familiar, sua contribuição na fisiologia do parto e melhora na qualidade da assistência como demonstrado por Hoga e Pinto (2007), que também identificaram que os pais acompanhantes parecem se tornar mais comprometidos com as questões familiares (HOGA; PINTO, 2007). A presença do acompanhante no momento do parto e sua participação provocam, também, mudanças na postura dos profissionais diante da parturiente e da assistência dispensada (HOGA; PINTO, 2007).

A atuação dos membros da equipe de enfermagem é fundamental para que tal mudança seja positiva e para que ocorra a implementação de projeto de inserção de acompanhante na assistência ao parto. Isto devido ao seu trabalho de incentivar os acompanhantes a serem participantes ativos. Também é importante

ressaltar que a implementação de projetos com a inserção de acompanhante requer uma preparação prévia dos profissionais, bem como conexão com uma proposta mais ampla de assistência humanizada do parto e nascimento e integralidade do cuidado, incluindo a direção das instituições hospitalares e as instituições de ensino para que efetivamente as concepções e práticas beneficiem os cidadãos atendendo suas necessidades individuais e coletivas (HOGA; PINTO, 2007; SANTANA, F. et al, 2007).

O processo de humanização do parto promove o envolvimento efetivo da parturiente como sujeito ativo capaz de fazer escolhas, contribuindo para que ela tenha consciência dos seus direitos, da sua autonomia. Para o profissional que vislumbra uma atuação humanista, respeitar, conhecer os direitos, as necessidades e os limites do ser humano é condição indispensável para uma assistência humanizada e de qualidade (MARTINS, C. et al, 2005).

O suporte dado à mulher durante o parto por profissionais de saúde, doulas e mulheres leigas tem sido estudado em ensaios clínicos randomizados e revisões sistemáticas, tornando-os uma prática embasada nas evidências científicas. No entanto, estudos sobre o suporte realizado por um acompanhante escolhido pela parturiente e seus resultados são insipientes (BRÜGGEMANN; PARPINELLI; OSIS, 2005).

Apesar da proposta ministerial de assistência humanizada no Brasil, a implantação tem avançado de forma lenta, uma vez que inclui desde a adequação do espaço físico e equipamentos até a mudança de postura dos profissionais de saúde, gestantes e de seus acompanhantes (LUZ, 2002). O limite entre a prática e o que é preconizado pela OMS precisam ser discutidos, reformulados, reavaliados

pela equipe de saúde, pois são relevantes para reflexões na assistência prestada ao parto e nascimento.

As possibilidades de práticas humanas e seguras já implementadas têm alcançado resultados positivos na assistência. As mudanças necessárias à melhoria da qualidade da assistência ao binômio mãe-filho perpassam por um diálogo com as próprias mulheres, sujeitos do processo de assistência (SIMÕES; JESUS; BOECHAT, 2007).

Construir e garantir a saúde de cada indivíduo, na ótica de direito, num processo de trocas e ações educativas, torna-se componente fundamental para o exercício da cidadania e pode ser visto como um lócus possível da reconstrução da autonomia dos indivíduos e da coletividade sobre o corpo e a saúde no modelo de parceria, diferente daquele da medicalização (PEREIRA, 2000).

Incluir o pai nesse processo implica um posicionamento do educador, no caso o profissional de enfermagem, consciente da realidade em que está inserido. O que implica não endossar um sistema que nega ao cidadão o direito de ser mais. É entender o direito da presença do pai, o direito da mulher ao acompanhante, o direito de a criança se desenvolver num ambiente harmonizado, entendendo os direitos humanos como parte da cidadania que, para ser exercida, necessita que se esteja atento às questões que permeiam a sociedade (CADETE; VILLA, 2000).

O cuidado no processo de parir nessa abordagem requer muita sensibilidade e percepção dos profissionais envolvidos, conforme explicita Santos, Prado, Boehs (2000), evidenciando a importância do respeito pela cultura do cliente, suas crenças, valores, estilos de vida, padrões, ações, acerca do mundo e de suas vidas. Para tal, é necessário despir do saber excessivamente tecnológico e intervencionista para que as pessoas envolvidas possam ser protagonistas e é

nessa situação de troca mútua que ocorre a repadronização da prática. Na possibilidade de repadronizar a prática, a equipe de enfermagem poderá contribuir com ações educativas em saúde, esclarecendo as pessoas sobre esse resgate do nascer e da assistência humanizada ao parto e ao nascimento (CASTILHO; PIRES, 2000).

Diante desse cenário desafiador, contribuir para a mudança de um modelo dominador para um de parceria significa sermos capazes de utilizar plenamente nossos sentidos e capacidades para criar novas formas institucionais e novos mitos e rituais que expressarão o sagrado através do amor, do afeto e do prazer. Reformulando os conceitos de maternidade, experimentando o enorme prazer no cuidar, buscando novas maneiras de viver o momento do parir (EISLER, 1996).

O processo histórico do parto humanizado, o ciclo gravídico puerperal são questões a serem exploradas que são de grande valia para os profissionais da área obstétrica e para a sociedade. No enfoque da assistência humanizada ao parto e nascimento, uma das prerrogativas do Ministério da Saúde é efetivar a presença do acompanhante. O direito ao acompanhante é respaldado, como citado anteriormente, por lei. Ao ser divulgado, implementado, avaliado, discutido contempla não só a mulher, mas toda a tríade pai-mãe-RN. Nesse contexto, os profissionais têm subsídios para orientar o cuidado centrado na pessoa e sua família.

4. Trajetória Metodológica

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de uma pesquisa exploratória com abordagem qualitativa, tendo em vista que essa abordagem responde a questões particulares, aprofunda-se no subjetivo dentro do mundo de significados das ações e relações humanas. Significa mergulhar num universo de motivos, crenças, valores, atitudes, aspirações que não são quantificáveis. Numa perspectiva dialética, Minayo (2007) afirma: busca-se encontrar, na parte, a compreensão e a relação com o todo e a interioridade e a exterioridade são vistas como constitutivas dos fenômenos. Todos esses quesitos sintonizam com os objetivos que se pretende alcançar.

Essa pesquisa representa a aplicação do método científico a um assunto de interesse, com raízes na realidade objetiva, com o propósito de observar, descrever e explorar aspectos de uma situação. Desenvolvendo conhecimentos gerais acerca de fenômenos sócio-culturais. Entende-se que, para abordar o tema proposto no estudo, a escolha desse método é adequada, pois ele procura descrever os fatos e fenômenos de uma realidade e esse aspecto nos permitirá conhecer a realidade dos envolvidos no processo parturitivo.

A pesquisa qualitativa nos possibilita explorar os dados e o contexto usando a descrição e interpretação dos dados obtidos para compreender os fenômenos observados.

4.2 Cenário de Pesquisa

O estudo foi realizado em uma Casa de Parto agregada a um hospital filantrópico de pequeno porte no Estado de Goiás, a cerca de 190 km da capital, a qual já recebeu os prêmios nacionais Galba de Araújo e Hospital Amigo da Criança e Maternidade Segura, os quais lhe asseguram o engajamento no processo de humanização do parto e nascimento. Receber tais prêmios significa estar em sintonia com as propostas do Ministério da Saúde e da Organização Mundial de Saúde.

O hospital possui um pavilhão térreo que abriga uma sala de parto com cadeira de parto apropriada e uma outra que oferece a possibilidade de parto na água, integrando banheiro privativo, cama com tremço de rede e bola suíça. Também possui um centro cirúrgico acoplado, além de quartos privativos com suítes que permitem a realização do parto. Conta ainda com uma varanda à frente da unidade com cadeiras para as puérperas amamentarem seus RN e receberem visitas. Tem enfermaria coletiva com oito leitos disponíveis, três leitos em quartos privativos, três ambientes de pré-parto, cinco leitos disponíveis para intercorrências como aborto espontâneo, falso trabalho de parto e outros.

As instalações são adequadas para receber também o acompanhante que recebe refeições como a parturiente, tem local de descanso e revezamento flexibilizado.

No primeiro semestre de 2008 foram realizados duzentos e trinta e oito partos, desses, o percentual de partos normais corresponde a 65,5%, conforme estatística interna do próprio hospital. São atendidas mulheres encaminhadas de toda a região, pelo Sistema Único de Saúde (SUS), convênios e particulares.

Embora essa estatística esteja abaixo do preconizado pela OMS, ela é a

realidade da região centro-oeste que tem 44,2% de parto hospitalar césareo (RIPSA-2007). Mesmo essa instituição, que pressupõem uma taxa de parto normal maior, com local apropriado e profissionais treinados, guarda traços do modelo intervencionista como podemos verificar na estatística. As demais instituições do país que não possuem incentivos, instalações apropriadas poderão apresentar um número de cesariana ainda maior.

O grupo de participantes do estudo constituiu-se pelas puérperas e acompanhantes atendidos via SUS, que foram regulados via pactuação do município com a instituição, os quais chegaram ao hospital com encaminhamento de referência e contra referência trazidos pelo Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU), quando de outra localidade, ou aqueles que residiam na própria cidade. A cobertura do pré-natal aconteceu pelo intermédio das estratégias de saúde da família da própria cidade ou da região de procedência. Quando a gestante apresenta riscos, o pré-natal é oferecido no hospital, caso haja complicações a gestante poderá ser transferida para Goiânia, para ser atendida na unidade de referência *Hospital Materno Infantil*. O tempo de internação previsto é de 24h para parto vaginal e curetagem, 48h para cesário, e estendido caso o RN seja prematuro.

A equipe que assiste na instituição é composta por médicos obstetras, enfermeiras, técnicas e auxiliares de enfermagem. A escala de serviço obedece a sistema de plantão de 12h, com rodízio de dois funcionários dividido em serviço diurno e serviço noturno. São fixos os funcionários do pavilhão da maternidade, gerando familiaridade entre eles e a clientela. Durante o período de coleta de dados o hospital contava com uma parteira formal, proveniente da Itália que estava em intercambio, 6 obstetras para revezar cobertura do plantão.

A equipe de saúde e funcionários administrativos participaram do treinamento e capacitação em parto humanizado oferecido pelo Ministério da Saúde e também receberam informação sobre o método Rességuier.

Esse método, criado nos anos 80, pelo fisioterapeuta Jean Paul Rességuier, tinha como um de seus princípios mais destacados a possibilidade de permitir que os profissionais atuassem segundo suas práticas habituais, mas que pudessem reelaborar algumas condutas. Consiste em linhas gerais a harmonização do corpo sensível que tem como ponto forte à relação consigo e com o ambiente. O método tem como objetivo a elaboração de uma “postura terapêutica”, cuja propriedade fundamental seria a de aliar um manuseio que o terapeuta deve ter de seu próprio corpo com uma técnica de intervenção sobre o corpo do outro. No Brasil existe em São Paulo o Instituto Brasileiro de Estudo e Pesquisa em Reabilitação segundo o Método Rességuier (SILVA, 2006).

Optou-se por essa instituição por ser pioneira em Goiás e por desenvolver ações na perspectiva de garantir uma assistência humanizada. A inserção da pesquisadora na instituição ocorreu facilmente em função de ter sido voluntária nessa unidade anteriormente. O ambiente familiar propiciou acolhimento favorável e a integração na equipe.

Os entrevistados foram os pais que acompanharam o nascimento do filho e respectivas puérperas atendidas nessa instituição, que vivenciaram o processo de parturição com acompanhante nos moldes do parto humanizado.

Durante a coleta de dados, a instituição passava por um período de transição de gestores, além dos problemas comuns a toda rede de hospital público como: insumos; baixa remuneração; baixa qualidade nos registros, dentre outros.

4.3 Coleta de Dados

A coleta de dados ocorreu de janeiro a setembro de 2008, por meio de entrevistas semi-estruturadas gravadas (apêndices C e D) com os pais e puérperas que participaram do estudo. Foram entrevistados aqueles que aceitaram participar da pesquisa após ler e assinar o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE). Todos os dados foram coletados pela pesquisadora por meio de entrevistas que foram realizadas na instituição e em domicílio dos entrevistados após contato prévio por telefone ou pessoalmente. As entrevistas ocorreram de forma individual em dias e horários compatíveis para pesquisadora e entrevistados.

Os critérios de inclusão quanto às puérperas foram aquelas que apresentaram o pai do RN como acompanhante e que, após o parto, estavam em condições de serem entrevistadas e assinaram o TCLE (apêndices A e B). Quanto aos pais, foram àqueles identificados pelas mulheres como pai do RN no momento da admissão, que participaram do parto e se dispuseram a participar do estudo assinando o TCLE.

Foram excluídos aqueles que, no momento da entrevista, não estavam em condições físicas e/ou psicológicas para serem entrevistados. O número de depoentes foi definido quando ocorreu a saturação das respostas como prevê a abordagem qualitativa.

Foram entrevistadas 10 puérperas que tiveram o pai do seu filho como acompanhante durante a parturição e 10 acompanhantes (pais). No total, foram contactados 17 casais, destes, 2 se recusaram a participar do estudo alegando que não queriam falar sobre o parto e 4 casais não foram localizados por estarem passando o período do pós-parto na casa de familiares segundo informações de

vizinhos. Para um dos casais, o trabalho de parto não progrediu, evoluindo para parto cirúrgico.

Os entrevistados foram selecionados através do manuseio diário de prontuários e do livro de registro de partos de 2008. Após identificação no prontuário, do tipo de parto, do acompanhante pai do RN, confirmação com a equipe de enfermagem do plantão e atendidos os critérios de inclusão, o casal foi contactado e convidado a participar da pesquisa. Quando o casal já havia recebido alta, localizou-se o endereço no prontuário para busca ativa daqueles que residiam no perímetro urbano. De posse do endereço e telefone, o casal foi consultado e visitado pela pesquisadora que explicou sobre a pesquisa e entrevistou aqueles casais que aceitaram participar.

No caso das entrevistas realizadas na unidade, a pesquisadora foi apresentada ao casal por uma das funcionárias, quando esclareceu os objetivos da pesquisa, apresentou o TCLE e agendou a entrevista com aqueles que aceitaram participar da pesquisa.

Para auxiliar na entrevista utilizaram-se dois formulários (apêndice C e D), onde se registrou os perfis do acompanhante e da puérpera, seus conhecimentos sobre a participação no parto e impressões sobre a unidade. Na segunda parte, levantaram-se questões norteadoras sobre o parto, o acompanhante e a assistência recebida. As entrevistas foram realizadas individualmente e tiveram duração de uma hora em média. Ao término, as mesmas foram transcritas para garantir a integralidade das informações.

4.4 Aspectos Éticos

O projeto foi aprovado pelo comitê de ética do Hospital Materno Infantil de Goiânia–GO, sob o protocolo n. 051/07 e segue os princípios éticos preconizados pela Resolução 196/1996 para a realização de pesquisa com seres humanos, cumprindo todos os passos com o rigor necessário.

A participação no estudo não implicou risco, não havendo nenhuma possibilidade de ressarcimento para o entrevistado. Foi mantida em sigilo sua identidade; entretanto, mesmo após assinar o consentimento, o informante poderia afastar-se da pesquisa, se assim o desejasse, a qualquer momento.

As entrevistas serão arquivadas pela pesquisadora por cinco anos como prevê a resolução supracitada. A pesquisadora também comprometeu-se a devolver os resultados obtidos à instituição pesquisada, além de encaminhá-los para publicação.

5. Apresentação e Discussão dos Dados

Os dados foram apresentados e organizados em categorias temáticas, refletindo, assim, a percepção dos usuários sobre a participação do pai no processo de parto. Ao analisar as falas, obtiveram-se as categorias temáticas formuladas a partir dos dados coletados, conforme apresenta Minayo (2007), percorrendo as etapas de pré-análise, exploração do material, tratamento dos dados obtidos e interpretação.

Na análise de dados, trabalhou-se com dois focos, sendo o primeiro os perfis dos entrevistados. Na segunda etapa, a análise foi elaborada a partir do conteúdo das falas dos entrevistados.

Após a organização das transcrições por depoimentos, referentes a cada item do instrumento e a separação dos dados das puérperas e acompanhantes, realizou-se uma primeira leitura para familiarização com os dados, em seguida, foram feitas releituras com o objetivo de identificar e caracterizar as semelhanças e/ou divergências nas falas. Esse movimento indicou quais os núcleos do sentido e temas, que serão discutidos de maneira articulada ao referencial teórico, à vivência da pesquisadora e ao contexto estudado.

A interpretação e discussão dos dados foram realizadas como segue: caracterização dos sujeitos; temas sobre a percepção das puérperas tendo como acompanhante o pai do RN; percepção dos pais como acompanhante e avaliação de ambos acerca da assistência durante a parturição. Foram obtidos, assim, quatro categorias, dessas surgiram subcategorias sendo cinco percepções do acompanhante e quatro das puérperas.

5.1 Caracterização dos Participantes

Para assegurar que a população atinja bom nível de saúde, há necessidade, primeiramente, de se conhecer sua realidade, tanto do ponto de vista socioeconômico quanto sanitário para, em seguida, planejar, atuar e, posteriormente, reavaliar a situação, permitindo detectar se as mudanças almeçadas foram alcançadas. Nesse processo, utilizam-se indicadores demográficos, epidemiológicos, político-sociais e econômicos, entre outros, a fim de permitir uma descrição mais próxima da situação real. Alguns desses indicadores são relativos a eventos vitais à composição da estrutura populacional, à morbidade, a serviços e a ações de saúde. No ano de 2007, o tema escolhido entre os indicadores e dados básicos para a saúde foi: nascimentos no Brasil (RIPSA, 2007).

O perfil dos participantes possibilitou um recorte do grupo pesquisado, destacando-se características sobre o aspecto social que podem ser aprofundadas em outros estudos sobre o assunto. Foram descritas separadamente puérperas e acompanhantes em função da especificidade de cada um e por se tratar de entrevistados distintos.

Foram entrevistadas 20 pessoas, sendo 10 puérperas e seus respectivos acompanhantes (vide Tabelas 1 e 2), com faixa etária das puérperas variando de 16 e 37 anos e dos acompanhantes de 22 a 36 anos. Desses, apenas um casal afirmou não conviver em união estável. Há uma tendência atual no sentido da coabitação, que pode ser entendida como uma forma de compromisso, de resposta à ordem social (TOMELERI, K. et al, 2007).

Tabela 1: Características das puérperas e respectivos acompanhantes.

Característica		Puérpera		Acompanhante	
		Qtde	%	Qtde	%
Idade	16	1	10		
	17	1	10		
	21	1	10		
	22	1	10	3	30
	23	1	10	2	20
	24	2	20		
	25	1	10	1	10
	28	1	10		
	29			1	10
	30			1	10
	31			1	10
	36			1	10
	37	1	10		
Estado Civil	Casado(a)	4	40	4	40
	Solteiro(a)	1	10	1	10
	União Estável	5	50	5	50
Nr. de Filhos	1	3	30	5	50
	2	5	50	3	30
	3	1	10	2	20
	4	1	10		
Escolaridade	Ens. Fund. Inc.	1	10		
	1 ^o Grau Incomp.	2	20	2	20
	1 ^o Grau	3	30	2	20
	2 ^o Grau Incomp.			1	10
	2 ^o Grau	3	30	3	30
	Nível Sup. Inc.			1	10
	Nível Sup.	1	10		
	Pós-Graduação			1	10
Religião	Adventista	1	10		
	Católico	6	60	5	50
	Evangélico	1	10	2	20
	Nenhuma	2	20	3	30
Profissão	Do lar	4	40		
	Diarista	3	30		
	Vendedora	2	20		
	Professora	1	10		
	Entregador			2	20
	Metalúrgico			1	10
	Trabalhador Rural			1	10
	Auxiliar Administrativo			1	10
	Pedreiro/Pintor			2	20
	Micro-Empresário			1	10
	Administrador			1	10
	Não Declarada			1	10

Neste estudo opta-se pela tríade familiar composta de pai-mãe-filho, ou família nuclear, mas, na sociedade moderna, o conceito de família não se limita mais àqueles casais tradicionais, a família tem arranjos diversificados com sistema de várias formas incluindo filhos de outro casamento, união estável ao invés do

casamento formal, membros morando em domicílios separados, entre outros. As famílias brasileiras, ainda que nucleares, mantêm fortes vínculos com a família extensa. Muitas vezes dependem dessa rede de parentesco, tanto em termos econômicos quanto no que diz respeito aos arranjos cotidianos de cuidado dos filhos (DINIZ, G., 2006).

É importante enfatizar que o nascimento é uma experiência familiar, é necessário se pensar em termos de família grávida, e essa família pode ser considerada como um sistema composto por uma série de subsistemas que interagem continuamente entre si. Assim, a gravidez de um membro da família é uma experiência que pertence à família como um todo (MALDONADO, 2002).

Quanto à escolaridade, predominou o nível primeiro grau completo ou a concluir, sendo que entre as puérperas apenas uma tinha nível superior completo e entre os pais, um possuía pós-graduação e outro cursando nível superior.

O ideal social de pai envolvido atencioso, carinhoso com os filhos, parece mais receptivo para pessoas com níveis mais altos de educação como concluiu Craig (2006). No entanto, este estudo revela que os pais com baixa escolaridade também apresentam esse ideal.

Analisando a escolaridade dos entrevistados, observou-se que ela tem repercussão direta no tipo de profissão e/ou de inserção (precária) no mercado de trabalho, pois tivemos um pai desempregado e a maioria deles desenvolve atividades características do mercado informal. Esse achado corrobora com Tomeleri et al (2007).

Entre os homens, 90% informou uma profissão. Sobre a situação familiar e trabalho remunerado, percebe-se que os processos de organização da estrutura econômica e social têm impacto sobre as organizações familiares, gerando

diferentes expectativas sobre os papéis e as funções de homens e mulheres nas famílias e na sociedade (DINIZ, G., 2006).

Quanto à profissão, 60% das mulheres referiram ter trabalho remunerado, com atividades com as mesmas características de trabalho informal que os pais (vide Tabela 1).

No aspecto religioso, o catolicismo foi o mais citado. E, posteriormente, expressões de gratidão após o parto bem sucedido, invocando o aspecto religioso, foram mencionados pelos entrevistados.

Na cultura ocidental cristã, o sagrado é visto como algo distante da esfera da vida cotidiana e da experiência das pessoas “comuns”: por um lado, há os profissionais do sagrado e, por outro, as pessoas ordinárias. Essa antiga dicotomia está passando por mudanças: o sincretismo cultural e religioso que caracteriza países como o Brasil possibilita que cada um busque e produza sua própria rede de símbolos e sentidos espirituais de forma autônoma. O parto ainda é esperado e cercado de temor, símbolos e tabus vinculados ao sagrado (NOGUEIRA, 2006).

As incertezas que circundam o parto são produto do silenciamento sistemático e crônico pelo qual passou a voz do feminino e das mulheres a respeito de seu corpo e seu conhecimento interior. Calada essa fonte de informação, só resta um mero processo fisiológico e médico (NOGUEIRA, 2006).

A humanização do parto deve promover a transição para um novo paradigma do sagrado. A visão que humaniza reconhece a dimensão simbólica e espiritual do parto, bem como seus aspectos fisiológicos e materiais e sabe inserir-se na individualidade única de cada mulher. Dessa forma é possível promover a transição para a experiência do sagrado no parto como fonte de força ordenadora,

de poder vital, interior e propulsor, que se expressa em auto-estima, saúde mental e social, integridade, dignidade e responsabilidade (NOGUEIRA, 2006).

Quanto ao número de filhos por casal, três mulheres eram primigestas e a maioria tinha dois filhos, o que ratifica as projeções do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2007) de 2,0 filhos por mulher. Entre as puérperas, 40% possuíam crianças de união anteriores com outros parceiros, compatível com os arranjos atuais de família, o que causou divergência quanto ao número informado pela puérpera e pelo seu acompanhante (DINIZ, G., 2006).

Com relação ao número de internações para parir na unidade, 50% das entrevistadas estava ali pela primeira vez e desconheciam a rotina para o parto e o funcionamento da unidade e que era permitido o acompanhante. Dessas, 40% afirmaram não terem escolhido quem seria seu acompanhante, mas todas as puérperas entrevistadas contaram com a presença do pai da criança. Esse dado sugere que a flexibilização da unidade quanto ao acompanhante e a incorporação dele na rotina permitiu que, mesmo aquelas que não haviam escolhido acompanhantes, contassem com alguém de sua família que estivesse disponível. O pai participou mesmo quando não foi explicitamente escolhido, por ser o único familiar acompanhando.

Dentre as entrevistadas, 40% optaram por mais de um acompanhante por desejarem seu apoio tanto quanto o de seu companheiro, por ter fortes laços de afinidade e pelo que representa essa pessoa em sua rede social (HOTIMSKY; ALVARENGA, 2002). Dentre elas houve uma mulher que pertence a uma família cigana e que escolheu cinco acompanhantes além do pai. Na cultura cigana, os valores culturais diferem para a parturição o que parece ter influenciado na escolha numerosa.

Os ciganos são nômades e aos poucos foram sedentarizando-se nas periferias urbanas. Entre seus costumes, as crianças, sobretudo do sexo feminino, continuam a não freqüentar as escolas. A escola continua a ser vista como uma ameaça à própria sobrevivência das tradições e unidade da comunidade cigana. No Brasil os ciganos somam 678.000. Constatou-se que essa puérpera informou como nível escolaridade ensino fundamental incompleto e inferior a de seu parceiro.

Em Mirandela, Portugal existem cerca de 30 a 50 mil ciganos, a família para eles é sagrada, considera-se a família extensa, que compreende os parentes com os quais sempre são mantidas relações de convivência no mesmo grupo. Uma criança sempre é bem vinda entre os ciganos. É claro que sua preferência é para os filhos homens, para dar continuidade ao nome da família. O nascimento é festejado com a participação de todos e a mulher cigana é considerada impura durante os quarenta dias de resguardo após o parto. Em Portugal e em outros países europeus, os ciganos espalharam-se vindos do norte da Índia. A comunidade cigana, em Portugal, que resistiu enfrenta o desafio da integração social em prol do progresso e dos direitos humanos (PORTAL DA CÂMARA MUNICIPAL DE MIRANDELA, 2008).

A OMS (1996) reconhece os benefícios do acompanhante e a legislação em vigor garante um acompanhante como direito da mulher. A OMS reconhece ainda que as formas de apoio à mulher sejam socialmente e culturalmente construídas, assim elas variam e são moduladas a partir de diversos contextos e valores sociais e culturais (HOTIMSKY; ALVARENGA, 2002).

A questão de desejar ou não o acompanhante, quantos e quem escolher bem como seu vínculo familiar está relacionada aos valores que a mulher carrega consigo para o parto. No entanto, no Brasil, essa demanda esbarra na lei que garante apenas um acompanhante de escolha da mulher, delegando a cada

instituição a responsabilidade de como acolher mais de um acompanhante, ou aquela mulher que está só por não ter acompanhante ou por opção. Nos Estados Unidos, a proposta da CIMS indica acesso irrestrito aos membros da rede social da mulher conforme sua escolha, o que parece ser uma tendência na proposta do parto domiciliar em nosso país.

Tabela 2: Percepções sobre a assistência prestada pela equipe de saúde.

Percepções sobre a assistência		Casal Puérpera/ Acompanhante	
		Qtde	%
A Sra. (O Sr.) foi informada(o) que o pai poderia participar do parto?	S	20	100
	N		
Quem informou sobre a participação do pai?	Médico	6	30
	Enfermeira	8	40
	Outros	6	30
A Sra. (O Sr.) foi orientada(o) sobre as rotinas da unidade?	S	16	80
	N	4	20
A Sra. (O Sr.) recebeu alguma informação ou treinamento para participar do parto?	S	2	10
	N	18	90

Entre os pais, para 70% era a primeira experiência como acompanhante durante o parto. Todos foram informados pelos profissionais da unidade que poderiam participar, mas não receberam orientações prévias sobre o suporte que poderiam oferecer à parturiente durante o nascimento e foram orientados somente durante o trabalho de parto. Apenas um pai relatou ter feito curso preparatório para participar do processo do parto. Para Maldonado (2000), a preparação para viver o momento do parto propõe oferecer mais alternativas de ação que ampliam os recursos interiores como intuição, sensibilidade e ligação amorosa com o filho. Para Tomeleri et al (2007) o fato de prepara-se para o parto, tem o objetivo dar ao acompanhante maior compreensão do processo do parto e por consequência, segurança. Não deve, portanto, ser utilizado como instrumento de controle de seus comportamentos.

O fato de os casais não terem se preparado com um curso formal que orientasse sobre os acontecimentos no parto e sobre as formas de suporte físico e emocional à gestante não representou para as puérperas impacto negativo no momento do parto. Para os casais, ao avaliarem sua experiência no parto, predominou a avaliação da experiência como positiva a ponto de recomendar a oportunidade de ter um acompanhante a outras pessoas.

Em nenhum momento os entrevistados relataram que estariam exercendo um direito, o que denota que ainda não se reconhece a participação do acompanhante como tal. Esse resultado é similar no estudo de Tomeleri et al (2007). Eles também não estabelecem em suas falas a permanência do acompanhante como um dos direitos dos usuários, como preconiza a carta dos direitos do usuário (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

Sobre a rotina da unidade, apenas dois entrevistados não a conheciam e relataram que não receberam orientações. Todos receberam informação que o pai poderia participar do parto. Essa informação foi divulgada em maior parte pela equipe de enfermagem (vide Tabela 2). Quanto ao serviço oferecido ao usuário, o que norteia sua implementação é a carta dos seus direitos de saúde. Seu primeiro princípio versa sobre as informações acerca dos serviços, sendo que as mesmas devem estar disponíveis aos cidadãos nos locais onde a assistência é prestada e nos espaços de controle social, conforme ocorreu no local pesquisado.

É direito dos cidadãos terem atendimento resolutivo com qualidade, em função da natureza do agravo, com garantia de continuidade da atenção, sempre que necessário, tendo garantido o atendimento e as informações, de maneira clara, objetiva, compreensível, adaptada à condição cultural e respeitados os limites éticos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

O perfil dos participantes permite conhecer a realidade do grupo pesquisado para planejar a otimização e implementação da assistência, pois, conforme versa a carta dos direitos dos usuários de saúde, é direito de todos os cidadãos terem atendimento acolhedor na rede de serviços de saúde de forma humanizada, livre de qualquer discriminação, restrição ou negação em função de idade, raça, cor, etnia, orientação sexual, identidade de gênero, características genéticas, condições econômicas ou sociais, estado de saúde, ser portador de patologia ou pessoa vivendo com deficiência (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

Os pais exerceram a função de acompanhante de escolha da mulher e atenderam às prerrogativas de dar apoio a ela, de ser alguém de confiança e que confere segurança. Participar nesse momento e emocionar-se é concretizar o filho e a paternidade, é sentir-se pai e ser reconhecido, é efetivar todas as prerrogativas citadas e sentir-se envolto em uma dimensão positiva, devido ao bom desfecho do parto. O acompanhante também se relaciona, interage com os profissionais ao longo do processo do parto e nascimento, o que, para esses pais, constituiu acolhimento e valorizou seu suporte à puérpera e RN.

5.2 A Vivência do Acompanhante no Processo do Nascimento

Quando se optou por voltar a atenção para o pai e a puérpera, procurando compreender o que eles sentem, o que esperam e como vivenciam o processo de parto e nascimento do seu RN, constatou-se o desejo do pai de estar presente em todos os momentos e participar de tudo junto com sua mulher. E as puérperas, por sua vez, também desejaram receber o suporte do companheiro.

Uma mescla de sentimentos envolve sua participação, a ansiedade pelo parto, experiência que eles aguardaram, ansiosamente, por toda a gestação. O

acompanhante parece trazer consigo a segurança e calma necessárias ao parto. Quando o RN vem ao mundo a alegria e a emoção ao vê-lo, tocá-lo, conhecê-lo é compartilhada entres todos. Essa atmosfera também foi detectada por Espírito Santo e Bonilha (2000).

Sobre as experiências vivenciadas, como no estudo de Tomeleri et al (2007), detectou-se que as mesmas foram percebidas como positivas por ambos os sexos, o acompanhante atuando como suporte para as mulheres, pois a sua simples presença é entendida como medida de suporte, uma vez que conforta, tranqüiliza e acalma a mulher. Além disso, evidenciou-se que, para os participantes, que a experiência contribuiu para desmistificar o momento do parto e, ao mesmo tempo, proporcionar a vivência de sentimentos e emoções singulares inesquecíveis, os quais parecem favorecer uma maior aproximação afetiva entre pais e filhos.

Desse modo, a forma como a paternidade é vivida está em transformação e a participação do pai na sala de parto está em construção. Contudo, o mais importante a considerar é que o pai está envolvido emocionalmente no parto e, simbolicamente, parindo junto com a mulher (TOMELERI, K. et al, 2007).

Essa vivência do processo do nascimento com acompanhante parece corroborar com os benefícios já documentados pela OMS e CIMS. E poderá resultar em pais mais comprometidos com a saúde e a qualidade de vida da família. Essa experiência provoca reflexões sobre assistência, e indica o diálogo e a flexibilização do atendimento como pontos a serem aprofundados na prática e no ensino e pesquisa.

5.2.1 O parto e nascimento uma vivência positiva

Muitos homens expressam o desejo de se envolver nos acontecimentos da gravidez, parto e puerpério; no entanto, ainda predominam as experiências dos

homens como expectantes. A seguir, serão pontuados os momentos daqueles pais que puderam realizar seu desejo de participar do parto e nascimento de seu filho, compartilhando esse evento, o que culminou em uma vivência positiva.

Os pais expressaram emoções ambivalentes experimentadas durante o parto como medo, nervosismo que aumenta na proporção da dor expressada pela companheira, preocupação, apreensão, angústia, o choro expresso e aquele contido. Ao mesmo tempo, relatam sua empolgação, sua preparação inata, seu autocontrole, seu alívio, sua tranqüilidade que, ao final, sobrepõem-se caracterizando o momento como uma experiência boa, ótima, marcante, feliz e de aprendizagem, de cumplicidade, de intimidade que proporciona liberdade para a mulher se expressar, uma experiência para ser recomendada e revivida na memória dos pais, dos filhos e em outro parto de sua parceira.

Os pais referiram-se ao parto como evento sofrido, doloroso, que os deixam impotentes diante de suas parceiras, que requer coragem, força, fé para ser enfrentado. A perturbadora presença do sangue da parceira, os sons que ela emite fazem o pai recuar ou ausentar-se para se refazer, mas ele volta e retoma seu papel de acompanhante, o que só é possível dada a flexibilidade da instituição em acolher o acompanhante. Também se referiram a sentimentos de compaixão pela mulher em trabalho de parto. Durante o parto estar com a puérpera para eles é representar o vínculo familiar apoiando-a, eles reconheceram como positivo o apoio por eles prestado. Ter seu suporte reconhecido pela parceira traz satisfação para o pai, assim como ser informado pela equipe de saúde sobre o que está acontecendo é reconfortante para ele, e a chegada do RN é momento inesquecível, de muita emoção e que não pode ser descrito em palavras.

P1: "Ai demorou um pouco, ela sofreu um pouco... Foi ruim, o bebê foi nascer no outro dia , dia dois ,ao meio dia e oito. Aí a experiência de acompanha

o parto pra mim foi muito ótima porque nunca tinha visto. Vê aquela, a presença da gente lá ... vê o bebê nascer, tudo e... (fica sem fala, com os olhos cheios de lágrimas)”

- P1: *“Eu acho que os dois precisa de força... da gente. As vezes a mulher entra ali, só tem estranho, não conhece ninguém fica... agora a gente estando ali, dando força para esposa, vendo o bebê nascer. Pegar nele, sentir o calorzinho dele na hora que ele nasceu, é muito bom”*
- P2: *“Você se sente um herói (...) você fica todo empolgado sabe como é que é ... (risos) bom é isso”*
- P4: *“Ah! Porque eu queria vê, eu pensava assim, pensava que queria vê como que é na hora lá. Mais deu uma tristeza (...) Não porque, assim coitadinha, é sabe... é porque... mulher sofre demais né”*
- P4: *“Foi muito bom demais, uai foi uma maravilha assim, poder estar junto assim, acho bom.”*
- P5: *“Foi um coisa assim que eu nunca tinha esperado, nunca imaginei passar por isso, sabe assim... quando a gente... a gente fica com medo, não sei se é porque fui pai de primeira viagem mas a gente fica com medo de que dê uma coisa errada, de que aconteça alguma coisa. Eu acho que não só eu. Acho que todo mundo. Mas foi assim uma coisa maravilhosa, foi muito bom mesmo!*
- P1: *“Essa experiência foi ótima é... aprendi tudo, que eu não tinha antes”*

A presença de alguém familiar durante o parto e nascimento contribui para afastar a sensação de isolamento das puérperas e reduz o estresse como documentado pela OMS (1996). No entanto, o pai que é parte da família tem sido considerado uma ausência ou um figurante que não é digno de nota ou, no estereótipo do senso comum, de familiar nervoso, que foge do parto, que não é necessário, pois se trata de assunto de mulher.

A partir de 1980, sua presença passou a ser aceitável em alguns serviços privados, desde que pagassem uma taxa referente ao vestuário ou possível socorro caso o pai passasse mal. As taxas continuam sendo cobradas e mesmo assim alguns serviços não admitem a sua entrada na sala de parto. Nas instituições públicas não é muito diferente. A mídia tem estimulado a presença do pai, mas se refere ao parto cesáreo e, quando menciona-se o parto normal, a recomendação é

não assistir a expulsão pois pode prejudicar o interesse sexual pela esposa (DINIZ, 2001).

Atualmente, o Ministério da Saúde tem lançado campanhas a favor do parto humanizado, com uma roupagem de dimensão familiar, natural, de afeto e encontro. Essa iniciativa abre espaço para o pai participar se o casal assim o desejar.

Conforme Enkin et al (2005), estudos sobre a presença de homens durante o trabalho de parto é um fenômeno recente em países industrializados. Com o homem em transição, desempenhando papéis até então privativos à mulher e com as mulheres considerando o parto como uma experiência positiva a ser compartilhada, a presença masculina passa a ser esperada.

Nessa perspectiva, o homem pode integrar o processo do nascimento fazendo parte do ideário casal grávido ou ser a pessoa escolhida pela mulher por outro tipo de vínculo afetivo.

Em seu estudo, Carvalho (2003) detectou que ao compartilharem esse momento, os pais (mulheres e homens) revelam grande satisfação e emoção. Para Cruz, Simões, Faisal-Cury (2005) a presença de suporte social do marido apresentou efeito protetor sobre a presença de depressão pós-parto.

O pai interage com a mulher e seu bebê partilhando o momento do parto, experimenta essa transição do nascimento com medo e ansiedade, assim como as mulheres quando se aproxima do parto e precisam enfrentar esse momento que é cercado de mitos (MALDONADO, 2000).

Para a referida autora, o parto é um momento que encerra surpresa e risco. Em termos emocionais, é um momento marcante que foi idealizado por ambos durante a gestação, mas no parto não há garantias de que tudo sairá como

idealizado. O inesperado pode acentuar as emoções ambivalentes que são previstas para essa etapa do ciclo vital.

A apreensão e temor frente ao parto não podem ser eliminados totalmente devido aos seus profundos significados emocionais como sua imprevisibilidade diante de como ocorrerá o processo parturitivo e do corte do cordão marcando o encontro com o bebê real, os cuidados e responsabilidades que serão exigidos. No entanto, um acolhimento afetuoso é um suporte valioso para o bem estar da mulher, num momento de enfrentamento como esse. Conforme surge na fala dos entrevistados, indica ser extensivo ao pai que participa do momento do parto, que relata sua experiência ao participar do parto como positiva (MALDONADO, 2000; MALDONADO; CANELLA, 2003).

Na gestação de um filho, homens e mulheres com novas demandas estão sendo construídos como apresentam Maldonado e Canella (2003). Esse processo forma bases das vivências da gravidez como os temores, ansiedades e expectativas. O bom atendimento tem como efeito aliviar a ansiedade, superar temores e dúvidas, aumentar a segurança e autoconfiança em relação ao parto e ao bebê. Isso permitirá ao casal acolher da melhor maneira seu RN, sem perder o contato com a realidade. Assim, a preparação para viver o momento do parto é uma proposta para oferecer mais alternativas de ação que ampliam os recursos interiores como intuição, sensibilidade, ligação amorosa com o RN (MALDONADO, 2000).

O fato de a maioria dos entrevistados não ter participado de um curso preparatório não foi impeditivo para que apoiassem sua companheira e experimentassem o momento do parto com emoção, reconhecendo-se como pai.

O enfrentamento do parto com sua parceira proporcionou emoções ambivalentes, e o nascimento do filho foi entendido como de um ser humano preparado pelo homem e pela mulher, como uma experiência de memórias positivas.

5.2.2 Participar do parto é “cair a ficha: sou pai”

A paternidade está sendo vivenciada num modelo mais presente e participativo, muito além do estereótipo tradicional de pai provedor, autoridade. A paternidade envolve aspectos biológicos, legais, sociais e psicológicos que fomentam as discussões e legitimam os direitos e deveres paternos. Portanto, a formulação do homem-pai não é somente biológica, existem outras formas de construir a paternidade, sendo o comportamento do homem conduzido pela dimensão afetiva e pelas influências sociais, culturais que implicam ser pai (ABREU; 1997; CARVALHO, 2003; PORTELLA, A. et al, 2000).

Para os pais, participar do parto foi concretizar a paternidade que eles mencionaram acompanhar desde a gravidez. Participar do parto também representou ato de coragem, que requer força, autocontrole, ser pai de verdade com sua presença e expressão de seus sentimentos, participação do início ao fim. É garantia de que a mulher não será tratada de qualquer jeito, garantir privacidade no momento do parto, saciar a curiosidade. É ser defensor da mulher, contribuir para diminuir o medo da parceira e para o nascimento seguro, saudável. Sugerem ser uma obrigação de pai, é ser um incentivador que funciona, é se reconhecer pai nesse momento. Seu feito dará orgulho aos filhos quando estiverem adultos e o respeitarão por isso. Também se sentem importantes, responsáveis, é demonstração de amor pela família, de que se importa com os filhos momento para os vínculos afetivos. É acompanhar de pertinho e selar o amor paterno, é a sensação de que o carinho aumenta, é o desejo de ver o filho nascer e a vontade de

permanecer junto para acompanhar o crescimento. Tudo experimentado por eles durante o trabalho de parto e concretizado em paternidade quando eles olham o nascimento do RN, como referido, “saiu a cabecinha ‘caiu a ficha’: sou pai”.

P4: “Eu queria ver como é que é na hora lá”...

P5: “Eu nem tava preparado pra isso, mas eu falei: vamos, eu quero ver é minha filha. Eu preciso ver.”

P3: “Eu sou o pai, eu vou mais ela”.

P5: “É importante, funciona muito. Incentiva muito, dá muita força (...) mais importante é estar o marido dela, o pai da criança dela.”

P2: “Eu acho que todo homem tem obrigação de acompanhar o parto da sua mulher porque ela sofre menos, ela sente mais segura com o homem ali do lado dela...”

P2: “Agora uma mulher se tiver com o marido a coisa já muda, já é diferente muda até o tom de voz”

P2: “Primeiro a minha preocupação maior é tratar ela de qualquer jeito, segundo lugar ciúme, terceiro (...) pra mostrar pra família que sou machão.”

Nos depoimentos, os pais acompanhantes revelaram elementos do universo masculino para a parturição. Ao participar do parto, durante o processo, remeteram aos valores sócio-culturais e morais, além de comportamentos estereotipados. O suporte oferecido às parturientes pelos acompanhantes contempla aspectos emocionais, mas também tem características que denotam controle e fiscalização da assistência prestada.

Nakano et al (2007) em seu estudo verificaram que é preciso dar espaço aos agentes envolvidos na parturição, que se sentem intimidados, desestimulados para participar sendo apenas fiscalizadores da assistência recebida.

A paternidade envolve aspectos biológicos, legais, sociais e psicológicos que fomentam as discussões e legitimam os direitos e deveres paternos (ABREU,

1997). Os relatos dos entrevistados sintonizam com essa reformulação da paternidade que transpõe o papel tradicional do pai.

A participação, para esses homens, concretizou sua paternidade, mas não significa que só é pai de verdade aquele que participa. A passagem do homem para homem-pai envolve outras participações que, durante a gravidez, influenciam na escolha da mulher e no desejo de participar do pai. É importante ressaltar que dada a variedade de arranjos familiares, muitas também são as possibilidades de considerar-se pai, que não a possibilidade biológica, algumas são a adoção, assumir filhos de outras uniões, assumir cuidados com as crianças (DINIZ, G., 2006; ANDRAUS, 2005).

A presença do acompanhante no momento do parto e sua participação provocam mudanças na postura dos profissionais diante da parturiente e da assistência dispensada. A atuação dos membros da equipe de enfermagem é fundamental na implementação de projeto de inserção de acompanhante na assistência ao parto devido ao seu trabalho de incentivar os acompanhantes para que sejam participantes ativos (HOGA; PINTO, 2007).

A paternidade no evento do parto está sendo construída, ressignificada no contexto de direitos sexuais e reprodutivos e na sociedade. Isso provocou uma aproximação entre homens e mulheres com a possibilidade de benefícios para a tríade familiar, e individualmente para puérpera, pai e RN.

5.2.3 Mais do que presença durante o parto

O acompanhante é mais do que simples presença, ele pode participar ativamente, muito além do que ser considerado mero representante fiscalizador da assistência recebida. Pode promover os benefícios descritos pela OMS, que em nosso país é endossado pelo Ministério da Saúde. Durante o parto, a participação

dos entrevistados foi mais que presença ofereceu suporte a puérpera, de várias formas, com o objetivo de ajudá-la a enfrentar o parto. Ele foi designado representante da rede social da mulher como alguém que lhe é familiar e que a apoiaria. O acompanhante permaneceu continuamente com a mulher, em atitude de disponibilidade para buscar ajuda, informações, para atender ao chamado de sua parceira, acompanhá-la no banho e caminhada durante o trabalho de parto. Também ofereceu apoio durante o parto ao conversar, dar a mão, fazer carinho, abraçar, beijar, passar a mão onde havia dor buscando confortá-la, acalmá-la, tranquilizá-la, segundo suas falas. Demonstrar que acredita que a companheira vai conseguir, incentivá-la e dar força, foram recursos descritos pelos pais como fonte de ajuda às mulheres.

P5: “Eu dei um apoio pra ela”

P5: “Ajudando ela, incentivando, conversando com ela pra ela conseguir...”

P2: “A única coisa... a única ajuda que eu posso... que um homem tem que dar pra mulher quando acontece tipo de coisa aí, é concordar com tudo que ela fala (risos).”

“Um homem cuidando da mulher no trabalho de parto é como se ele cuidasse de um bebê...”

P3: “Achei esquisito mas depois eu conformei (...) O jeito dela ficar...”

P1: “Eu acho que os dois precisam de força... pra gente. Às vezes a mulher entra ali, só tem estranho, não conhece ninguém fica... agora a gente estando ali, dando força para esposa, vendo o bebê nascer”.

Escolhido o acompanhante, ele poderá participar das atividades de manejo da dor, oferecer apoio emocional que incluem manter contato visual e físico, informações, elogios e incentivos. A equipe de saúde deve respeitar essa escolha e complementar essas atividades se necessário (ENKIN, M. et al, 2005).

O status do acompanhante na rede social está em transformação, não é ocupado apenas por mulheres, esse papel pode ser ocupado por homens e

profissionais capacitados para esse momento, dependendo da escolha da mulher (LESLIE; STORTON, 2007). Cabe à equipe de saúde rever suas crenças e valoração negativa acerca do acompanhante para, então, acolher e prover a todos (NAKANO, A. et al, 2007). Essa possibilidade de apoio profissional ao casal parece repercutir no papel do pai, que nessa circunstância adota papel ativo (GUNGOR; BEJI, 2007).

Um dos pais entrevistados relatou estranheza quanto à posição de cócoras para o parto. A possibilidade do parto vertical é pouco difundida, o fato de não estar familiarizado com essa possibilidade causou estranheza ao entrevistado. Ele relata ter sido esclarecido ao ser informado que esta é uma posição mais favorável ao parto, conforme descrito por Balaska (1993).

O acompanhante reconhece ter participado ativamente do parto na medida em que oferece suporte e cuida da puérpera, ambos reconhecem como importante e indispensável tal apoio. O contato físico entre o casal parece ser diferenciado quando são analisadas as suas falas, e confere satisfação a ambos. Durante o suporte ele participa e aguarda momento de ver o nascimento, a emoção toma conta, e o desejo de cuidar é ampliado da mulher para o RN.

5.2.4 Emoção do pai cuidador

O afeto e a emoção mobilizam as decisões das pessoas, pois são características humanas; portanto, independem de sexo. O afeto é muito importante na formação da personalidade porque é base da segurança e da auto-estima. A paternidade experimentada como um momento cercado de emoção é espaço para trocas afetivas, promovendo vínculo afetivo precoce (BOTURA JR., 1999).

No relato dos acompanhantes com relação ao momento mais marcante, cada um deles se referiu a momentos distintos como os cuidados com o bebê, o

contato estabelecido através do toque, do contato visual, a saída do bebê no momento do parto, e todos esses momentos foram permeados de emoção. Relatam com emoção, satisfação e sensibilidade terem ajudado no aleitamento, na troca de roupas do RN, terem acompanhado a primeira mamada ainda na sala de parto, terem dado o primeiro banho, terem buscado informações para os cuidados após a alta. Sentiram-se amados, acariciados e identificados como pai ao serem observados pelos RN e relatam que, ao participar, foi possível retribuir ao RN quando puderam tocá-lo logo após o nascimento e ao observar suas características. Permanecer no pós-parto deu aos pais a oportunidade de desempenhar esses cuidados e “mimar” o RN, e eles relatam o desejo de não sair de perto, quando, por algum motivo isso tem que acontecer é dito com pesar.

Um dos entrevistados fez menção à tradição conhecida como “beber o mijo” ou comemoração feita entre amigos após providenciar todo o aparato para a mulher e a criança, que inclui a rodada de bebida paga pelo mais novo pai em comemoração ao bom desfecho do parto, no resgate histórico do parto medieval segundo Lee (2002).

As falas abaixo ilustram:

P5: “É o primeiro contato que ela vai ter, tanto com a mãe dela como com o pai.” “Até hoje é maravilhoso (...) é muito bom cuidar dela. Dela saindo, nascendo . Nossa, foi tudo de bom, foi lindo!”

P1: “Pegar nele, sentir o calorzinho dele na hora que ele nasceu, é muito bom”.

P4: “Fiquei mais alegre na hora que eu vi a menina”.

P3: “Pegar ele nos meus braços, por ele em cima da minha camisa, isso é bom!”.

“A coisa mais marcante foi quando eu troquei ela pela primeira vez (...) Foi muito marcante”.

O período do puerpério exerce um grande impacto no homem que poderá assumir duas posições descritas por Maldonado (2002): participar de forma ativa, dividindo com a mulher a responsabilidade de cuidar do bebê, apoiando e encorajando, ou sentir-se marginalizado, rejeitado.

O ambiente que envolve a relação mãe-filho contribui para a qualidade da reatividade de ambos. A mãe, quando cercada de pessoas que proporcionam apoio, tende a aumentar a autoconfiança e a satisfação emocional que reflete na disposição em dar afeto ao bebê (MALDONADO, 2002). A entrada do pai no ambiente do parto suscita uma mudança nas concepções de gênero, de parto e família e parece proporcionar a formação de vínculo pai-RN (CARVALHO, 2003).

Um estudo randomizado controlado, em Stocolm, sobre o contato pele a pele, nas primeiras duas horas após nascimento que analisou esse tipo de contato entre o pai e o RN, que foi separado de sua mãe dada a sua limitação pós-parto cesário, sugere que o pai pode facilitar o desenvolvimento do comportamento do RN; portanto, ele deve ser considerado o principal cuidador do RN caso haja necessidade de separação mãe-RN. Ele parece favorecer o comportamento do bebe de forma positiva para conforto e amamentação, pois os RN do estudo evoluíram para um estado calmo e cessaram o choro rapidamente (ERLANDSSON, K. et al, 2007). O pai cuidador parece ser estimulado ao participar ativamente do parto, mas esse modelo tem surgido também em outros cenários que não o parto como detectou Andraus (2005).

A emoção que o nascimento desperta nos pais parece favorecer uma maior aproximação afetiva entre ele e a companheira e o RN. Também detectou-se essa aproximação afetiva no pós-parto, participar dessa emoção do nascimento

poderá resultar em pais mais comprometidos com a saúde e com a família, corroborando com Tomeleri et al (2007).

Podemos perceber que a fala dos entrevistados contradiz o papel socialmente construído que aponta como natural e feminino gerar, parir e cuidar da prole. No entanto, não é universal o pai cuidador, os profissionais devem, então, ser flexíveis e compreender aquele pai que não compartilha desse ideário de cuidados, sem contudo excluí-lo, pois sua companheira pode esperar dele apenas sua presença para compartilhar o momento.

5.3 Percepções das Puérperas

As puérperas vivenciaram seu parto como evento positivo e relatam seu parto como história revivida, repleta de emoções, reconhecendo o suporte do acompanhante, diferenciando o suporte do pai daquele de outros provedores de suporte com elementos que sintonizam com a nova paternidade. Além disso, elas destacaram a relação interpessoal entre profissionais e usuários como indicador de elevada qualidade de assistência.

5.3.1 A intimidade compartilhada durante o parto

A experiência da parturição com o acompanhante sendo o pai da criança para as entrevistadas foi vivenciada com emoções ambivalentes alternando alegria, sensação boa, alívio, conforto, segurança e apoio, fortalecimento pelo apoio recebido, mas também medo, choque, susto, preocupação, enfrentamento da dor, estranheza com relação a cadeira de parto.

Foi descrita a intimidade compartilhada com o acompanhante como liberdade para expressar seus sentimentos, sua nudez, o amor incondicional pelo

filho. Para elas, foi momento de repartir a responsabilidade de cuidar da criança com o companheiro, pois ele vai proteger, cuidar, amparar se algo der errado com a mãe ou com o RN. Representou oportunidade para reforçar o vínculo afetivo marital, coragem e valorização da mulher pelo seu esforço e enfrentamento do parto. A experiência do parto com a presença do pai da criança participando foi descrita como positiva com projeção futura para outros filhos e partos nos mesmos moldes.

M1: “Eu me senti segura...(sorriso) que é bom ter uma pessoa sempre perto de você , que você conheça, que te dá força, segura sua mão, é muito bom!)(...)Uma experiência que eu não vou esquecer de jeito nenhum.

M2: “A gente sente mais segura, sente mais assim... tem uma força maior”

M5: “ Dá um conforto melhor pra gente porque a gente vai com aquele medinho, medinho não medão. Fica muito insegura, vai com medo.Tendo alguém do lado a gente fica mais confortável, mais confiante.”

M4: “ Muito preocupada. Ah! Essa aqui é uma dor, tanta dor que . Pensei que deus me livre. Ah! Foi bom!(...) Ver o nenê quando nasce, bom que você passa a dor também. É um alívio.”

M3: “ A experiência foi ótima.”

M1: “A gente sente à vontade , pode se abrir, pra falar o que tá sentindo agente fica à vontade.Com o marido da gente(...) agora com outro a gente tem que guardar pra si mesmo(...) com os outros não, você tem ficar ali... na linha”

As mulheres que receberam apoio e acompanhamento emocional durante o processo de parir manifestaram sua satisfação em relação à importância desse cuidado corroborando com Castilho e Pires (2000).

O parto constitui-se em momento crítico, é uma situação de enfrentamento não reversível que contribui para gerar ansiedade e insegurança, juntamente com a imprevisibilidade do controle do processo do parto. No momento do parto, ainda ocorre a separação física e emocional. O homem, segundo Maldonado (2002), também vivencia essa ansiedade e os componentes do medo do desconhecido, da imprevisibilidade, do risco.

O parto é idealizado por ambos durante a gestação, mas, no parto, não há garantias de que tudo sairá como idealizado. O inesperado pode acentuar as emoções ambivalentes que são previstas para essa etapa do ciclo da vida (MALDONADO, 2000).

Embora a mãe seja a protagonista do parto, são conhecidos os benefícios do acompanhante atuante, desde o pré-natal, durante o trabalho de parto, no parto e no pós-parto, além de ser um direito da mulher ter um acompanhante (PORTAL DA SAÚDE, 2006). No entanto, as entrevistadas não mencionaram em nenhum momento que estão exercendo um direito ou que conheciam a lei que regulamenta seu direito de escolher alguém para acompanhá-la, mas sentiram-se beneficiadas com o acompanhante.

Durante a parturição, o suporte social e profissional configuram a presença e participação de uma pessoa que realizará tanto medidas de conforto físico quanto apoio emocional. Esse suporte deve ser oferecido de acordo com as necessidades e desejos da mulher que variam conforme o indivíduo e a cultura (ENKIN, M. et al, 2005).

Dentre as puérperas um depoimento chama atenção, pois ela relatou que não queria ninguém para acompanhá-la devido à posição do parto conforme ela havia visto num filme e a vergonha de sua nudez, timidez, constrangimento diante das pessoas, especialmente de seu esposo. Escolheu então sua sobrinha nulípara de 17 anos. Ao dirigir-se para o hospital, vários membros da família a acompanharam, ela não queria que o marido entrasse para o parto, mas a equipe de saúde o convidou a permanecer no hospital. Na medida em que o trabalho de parto avançou, com o aumento das dores e da intensidade ela relatou que não tinha mais vergonha e solicitou a presença do companheiro no pré-parto e reconheceu o apoio

prestado por ele durante o trabalho de parto e parto como diferente em relação aos outros 5 acompanhantes. Esse depoimento mostra a necessidade de pensar o acompanhante e os cuidados e práticas humanizadoras numa dimensão mais ampla e flexível que a normativa, que contemple ao máximo a dimensão física, emocional, psíquica e intelectual do ser mãe e pai (HENNINGTON, 2008).

Rotineiramente, o comportamento considerado ideal, pela equipe e pela mulher durante o parto, consiste em não gritar, não entrar em desespero, não reclamar da dor, obedecer às ordens médicas, acatar os conselhos da equipe. No entanto, nem sempre as mulheres se comportam dessa maneira. As dores do parto merecem ser discutidas, fazem parte do imaginário coletivo, reforçado pelo aspecto religioso. Especialmente nos grupos católicos, que predominou neste estudo, referem ser as dores do parto intrínsecas da identidade de gênero e o enfrentamento resignado, naturalizado como parte das atribuições femininas (TORNQUIST, 2003).

No entanto, se a dor é legitimada e há escuta dessa dor, estabelece-se uma negociação em torno do seu sentido. Isso constitui o respeito a suas expressões, que é parte da proposta de humanização do nascimento. Nesse sentido, entra em cena o repertório de técnicas de alívio da dor menos invasivas (mecânicas, psicológicas, espirituais) que indicam que essa dor é parte inerente ao processo fisiológico e a necessidade de a mulher enfrentá-la. O acompanhante, o suporte e apoio oferecidos não são suficientes para eliminar a experiência da dor, pois essa se relaciona com a subjetividade de cada mulher e ainda com a forma como essa dor é construída pela cultura (BALASKAS, 1993; TORNQUIST, 2003).

A dor foi citada por todos os entrevistados, que ainda disseram que ela aliviou com o nascimento do RN. O bom desfecho do parto tem o caráter de recompensa ao enfrentamento da dor. Para as mulheres do estudo, a resignação e o

acompanhante contribuíram para o manejo da dor durante a parturição, ela não foi sanada completamente, mas esses elementos propiciaram um enfrentamento e elas puderam considerar o parto como um evento positivo e usufruíram os benefícios proporcionados pelo parto humanizado.

5.3.2 O cuidado oferecido pelo acompanhante

A presença e participação do pai no parto são coisas distintas; porém, ambas são descritas como suporte pelas entrevistadas. O suporte promovido pelo pai é descrito como: o pai com comportamento calmo, mas preocupado, presença contínua que inspira confiança e faz diminuir a solidão, traz segurança e tranqüiliza, aquele que proporciona conforto, um incentivador, um vínculo familiar para partilhar a experiência, garantia de ajuda para a criança caso ocorra algo com a mãe, a certeza de que terá um tratamento melhor.

O contato físico com o pai nos abraços, beijos, massagens, pegar e apertar a mão do pai, ouvir palavras no ouvido de encorajamento e conversas conferem a liberdade de expressão e intimidade compartilhada. Para o enfrentamento do parto, as puérperas consideraram importante o cuidado diferenciado. O pai também é fonte de auxílio para as caminhadas, para os banhos, seja durante o trabalho de parto seja no pós-parto, durante o parto pode sustentar a mulher em diferentes posições para parir. Pode ainda auxiliar o médico quando há sobrecarga de profissionais conforme relato de entrevistados e ser o primeiro a pegar o RN. Não houve nenhum casal que relatasse o corte do cordão umbilical pelo pai. Uma puérpera manifestou esse desejo que não foi realizado. O corte do cordão pelo pai simboliza a separação da RN da mãe e tem sido divulgado como parte dos rituais do nascimento.

Para as puérperas o suporte persiste após o parto quando o pai fica com o RN no alojamento conjunto, pois ele ajuda permanecendo com o RN no colo após as mamadas, durante o repouso da mãe, ajudam no banho do RN, nas trocas de fralda. Para aquelas já no segundo filho, elas relatam a participação dos pais também nos cuidados das crianças desenvolvendo o apego entre ambos.

M5: “ele me apoiou, me deu conforto o tempo todinho, pra mim isto foi muito importante. (...) Me ajudou a tomar meu banho (...) nos primeiros momentos ele cuidou da G. pra mim. Então assim foi muito bom.”

M4: “É difícil cuidar da criança sozinha. Senti mais apoiada. (...) Ele me apoiou do começo ao fim. (...) É mais pacífico.”

M3: “Ele falava que tava quase vindo (...) ele ficou beirando a mim, pegou na minha mão, ficou conversando. Ele arrumou ela (...) para ajudar mama, depois trocou ela. Bom.”

M2: “Só a presença dele, só de está presente já é uma ajuda”. A gente sente mais segura, sente mais assim... uma força maior. (...) Ele por ser calmo.”

“As pessoas tratam a gente melhor (...) a gente sozinha num tem com quem apoiar, não tem com quem conversar, a gente tendo uma companhia já distrai mais não fica tão preocupada”.

O acompanhante no parto é descrito como aquele que provê o suporte necessário à mulher. Trata-se das mais diversas pessoas com características distintas, de acordo com o contexto assistencial. São pessoas designadas para desenvolver atividades de apoio que contemplam os aspectos emocionais, medidas de conforto e orientações. Os efeitos do suporte à parturiente vem sendo estudados mais associados aos resultados maternos, destacando-se a redução de cesarianas. Os resultados neonatais também passaram a ser investigados. Os estudos e revisões sobre suporte durante o parto apresentam resultados benéficos para as mulheres, não sendo apontado nenhum risco ou prejuízo associado à prática do suporte. Boa parte dos estudos tem sido realizada com o suporte sendo oferecido por mulheres leigas, parteiras, doulas e outros profissionais, já sobre suporte

prestado por companheiro, familiar, amiga ainda parece ser pouco estudado (BRÜGGEMANN; PARPINELLI; OSIS, 2005). Entretanto, o conceito de acompanhante apresentado pela Política Nacional de Humanização, conhecido como Humaniza SUS, aponta o acompanhante como o representante da rede social da paciente que a acompanha durante toda a permanência no ambiente hospitalar e não menciona profissionais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Durante a parturição, o suporte para a parturiente configura a presença e participação contínua de uma pessoa que realizará medidas tanto de conforto físico quanto apoio emocional. Tal suporte deve ser implementado de acordo com as necessidades e desejos da mulher que variam de acordo com o indivíduo e a cultura (ENKIN, M. et al, 2005).

Um ambiente atraente, cuidadores envolvidos e capacitados também são aspectos que implicam as possibilidades do suporte social e profissional satisfatório para a mulher, resultando numa experiência mais prazerosa de parturição (CASTILHO; PIRES, 2000).

Ao avaliar a aplicação das ações preconizadas pelo Ministério da Saúde sobre o parto humanizado, constatou-se que a participação do acompanhante no processo de parir faz parte da caracterização desse tipo de parto. Contudo, a aceitação desse acompanhante é condicionada à decisão dos profissionais de saúde de aceitá-lo ou não. Na concepção das parturientes, o parto humanizado implica também no envolvimento da família, que é representada pelo acompanhante (REIS; PATRÍCIO, 2005).

Ao ser escolhido um acompanhante, ele poderá proporcionar apoio emocional que inclui manter contato visual e físico, informações, elogios e incentivos e, conforme as puérperas entrevistadas, todas contaram com esse suporte. A equipe

de saúde deve respeitar essa escolha do acompanhante e auxiliar no suporte quando necessário (ENKIN, M. et al, 2005).

Os casais entrevistados, embora sem preparação prévia e experimentando o parto humanizado, reconheceram e descreveram o suporte por eles proporcionado como positivo e fonte de ajuda indispensável, para conseguir enfrentar o trabalho de parto e estabelecer e fortalecer vínculos.

Estudo recente sobre a visão do acompanhante sobre sua atuação durante o processo de parturição mostrou que é preciso dar espaço aos agentes envolvidos diretamente nesse processo, pois esses, às vezes, sentem-se intimidados pelos profissionais de saúde, desestimulados a participar, sendo apenas fiscalizadores da assistência recebida. A participação limitada do acompanhante é decorrente do modelo de assistência intervencionista ao parto e dos preconceitos frente à possibilidade de um acompanhante ativo. Esses dois pontos influenciam também na falta de compromisso dos profissionais em acolher e inserir o acompanhante no processo do nascimento (NAKANO, A. et al, 2007).

O cotidiano brasileiro contrasta com a fala das puérperas, são poucas as mulheres que escolhem e usufruem o acompanhante como suporte para o parto, os acompanhantes permanecem excluídos do parto sob justificativas diversas como, espaço físico, fornecimento de alimentação e roupas, seu comportamento e tantas outras. Na situação específica do pai, muitas das razões apresentadas pelos profissionais para não permitirem sua participação estão relacionadas à “performance” que se espera dele, sem levar em consideração que ele está vivenciando uma crise existencial profunda, que é a proximidade do nascimento de seu filho. No entender do profissional, parece que qualquer atitude do homem que seja diferente daquela que se considera adequada é justificativa para que ele não

possa permanecer junto da esposa, supondo-se que coloque em risco o bom andamento do parto e prejudique o desempenho da esposa e dos profissionais (ESPÍRITO SANTO; BONILHA, 2000).

Quando permitida a permanência do pai no parto, é determinado pelos profissionais o local para o homem permanecer na sala de parto e o papel que ele deve desempenhar junto à esposa, durante o trabalho de parto e o parto. Ao descumprir tais determinações, entende-se que ele não está colaborando adequadamente. Autoritariamente, não se pergunta para o pai se era isso que ele desejava ou esperava, sua presença se restringe à de um convidado, ou um estorvo, um figurante. Determina-se, em geral, ao pai que ele permaneça junto à cabeceira da mesa de parto, ao lado da mulher, de maneira que ele não enxergue o períneo e a expulsão do bebê. Existe a idéia de que não é conveniente que o homem veja os genitais da esposa durante o período expulsivo, pois isto poderia interferir no relacionamento sexual do casal (ESPÍRITO SANTO; BONILHA, 2000).

Entre os entrevistados, e pela característica da instituição pesquisada, diferem do estudo citado nesse aspecto da figura do pai. Nas falas, o acompanhante participa como alguém íntimo para compartilhar a nudez, e é encorajado pela equipe a permanecer, é flexibilizada a troca de acompanhante durante o processo e o acompanhante tem livre movimentação em torno da mulher que pode se posicionar de várias formas na cadeira da sala de parto ou no leito. Corroboramos com esses autores quando propõem que se realmente o pai fosse entendido como um dos três atores principais do parto, caberia a ele e à mulher decidirem em qual local e de que maneira se daria a sua participação no parto (ESPÍRITO SANTO; BONILHA, 2000).

A presença do acompanhante no momento do parto e sua participação provocam mudanças na postura dos profissionais diante da parturiente e da

assistência dispensada. Nesse sentido, a atuação dos membros da equipe de enfermagem é fundamental na implementação de projeto de inserção de acompanhante na assistência ao parto devido a seu trabalho de incentivar os acompanhantes para que sejam participantes ativos. Também é importante ressaltar que a implementação de projetos com a inserção de acompanhante requer uma preparação prévia dos profissionais, bem como conexão com uma proposta mais ampla de assistência humanizada do parto e nascimento, incluindo os gestores das instituições (HOGA; PINTO, 2007).

O acompanhante é mais do que uma simples presença pode participar ativamente exercendo papéis diferentes, sendo considerado além de mero representante fiscalizador que garante para a mulher uma melhor assistência, como afirma uma das entrevistadas. O status do acompanhante dentro da rede social está em processo de transformação, pois ele agora tem o direito de participar. Ele está emocionalmente envolvido no evento do nascimento e, como leigo, poderá não efetivar todo apoio que a mulher necessita cabendo à equipe de saúde então prover a todos os recursos para uma participação efetiva.

5.3.3 O novo papel de paternidade

Para as puérperas do estudo, a participação paterna parece garantir um cuidador para a criança caso algo ocorra, uma oportunidade para o pai reconhecer-se como tal e de sensibilizá-lo a sustentar os cuidados com a criança no pós-parto. Sua participação no parto para elas representa momento de estreitar o vínculo familiar e assumir sua responsabilidade pela criança. Elas afirmam que será um pai que dá importância aos filhos, que participa e está mais presente que é diferente daquele que não participa e isso a mulher reforçará para os filhos quando esses forem crescidos. É momento de expressar o amor paterno, o apego, de estar junto

ao RN, prediz que será um ótimo pai, que assumirá o RN publicamente providenciando seu registro de nascimento. Descreveram pais que, de alguma maneira, desde o início da gestação manifestaram envolvimento. Seja no pré-natal, com alimentação, com a saúde de ambos, puderam demonstrar amor e carinho ao RN ainda no ventre, que choraram e se emocionaram durante a gravidez e parto e ao se relacionarem com o RN.

M2: “Se precisar alguma coisa, de pegar o neném, de ir com neném pra algum lugar o pai acompanhar é melhor...”

M4: “Quando ele crescer ele vai saber que o pai tava lá, que o pai dele acompanhou ele, que ele não abandonou a mulher dele”

M5: “...muitas pessoas também ficam cadê o pai da criança? Ele estar perto já influencia . Ele é o pai , já é aquela coisa com o bebê, quando nasce.(...) E aquele momento do pai e da mãe juntos, unidos.”

“Ele como pai tem que estar participando, tem que ta vendo como que foi, o que a gente passa naquele momento que não é muito bom, não é fácil de jeito nenhum. Então é importante pra que eles ajudem um pouquinho mais a gente”.

Durante a gestação, o pai também tem direitos e, para exercê-los, os homens necessitam assumir uma postura participativa diante da reprodução e da paternidade (PORTELLA *et al*, 2000). Na fala das entrevistadas, elas revelaram essa expectativa.

Quando o homem consegue olhar para a paternidade de modo mais responsável, valorizando sua importância na vida dos filhos, poderá redimensionar a questão do trabalho e do seu papel na família. Assim, diante do compromisso de cuidar dos filhos, os vínculos poderão ser solidários independente da situação de seu vínculo amoroso. As responsabilidades e tarefas poderão ser compartilhadas por ambos, alternando-se ou complementando-se no cuidado com os filhos (MALDONADO, 2000).

Maldonado (2002) afirma que a interação entre mãe e bebê é extremamente próxima e que o marido-pai participa ativamente, formando de fato uma tríade familiar. Assim, o homem pode assumir um papel protetor e compartilhar com ela a tarefa de cuidar do bebê, vivenciar os temores e ansiedades e, dessa forma, elaborar dentro de si a relação com a criança.

No estudo de Hoga e Pinto (2007) sobre a experiência de profissionais com relação à presença do acompanhante, constatou-se que o comportamento dos pais que acompanharam partos difere, pois se apresentam mais comprometidos com as questões familiares.

Ratnaike (2007) aborda as expectativas colocadas sobre os pais com relação ao apoio e preparação para o nascimento. O autor as reconhece e aponta o defasamento na prática dos pais e sugere possibilidades para um pré-natal de homens com foco sobre a família e membros envolvidos ao invés dos assuntos rotineiros com foco na mulher e RN. Destaca a gestão da adrenalina para que o pai tenha condição de ser apoio, sugere exercícios de como eles gostariam de ser lembrados por seus filhos como pai quando eles tiverem adultos, entre outras técnicas para que o pai seja presença ativa na sala e não apenas mais um na sala de parto.

Não há dúvida de que há esforços para fornecer às mulheres e seu RN atendimento integral, mas também urge reconhecer que o envolvimento dos pais no processo de decisão, de seu papel e de suas necessidades pode ser algo que requer maior atenção em torno de um dos mais importantes eventos da vida (RATNAIKE, 2007).

Numa perspectiva de gênero, Craig (2006) percebe que a desigualdade de atenção dispensada e o tempo de envolvimento com os cuidados com a criança

persistem, mas os pais com maior escolaridade, de acordo com seu estudo, contribuem mais para cuidar das crianças, incluindo um tempo sozinho com elas, quando comparado a outros pais. Esse estudo difere desta pesquisa somente no fato de que os pais que participaram do estudo são de baixa escolaridade e, segundo a fala de suas parceiras, também envolveram-se com os cuidados com a criança. A desigualdade mencionada por Craig aparece nos depoimentos mesmo diante do novo papel de paternidade.

Uma pesquisa tipo *survey*, realizada em El Salvador sobre a mudança do comportamento masculino, analisou pais que participaram dos cuidados no pré-natal, parto e pós-parto. Eles participaram também das atividades durante o parto e o resultado da pesquisa sugere que tiveram um papel positivo na saúde da mãe e da criança (CARTER; SPEIZER, 2005).

O novo papel paterno contribui para mudanças no âmbito do parto e nascimento e parece ecoar na tríade familiar em diversos aspectos como apresentado ao longo da pesquisa. Gera também novas demandas masculinas e expectativas que não devem ser ignoradas ou limitadas aos estereótipos, mas discutidas à luz do humanismo, procurando compreender como o pai vivencia esse processo que aguardou durante a gestação. À medida que se analisa a paternidade, na perspectiva de gênero, surgirão novas formas de contribuir para equilibrar as desigualdades entre os papéis familiares, masculinos e femininos, que já está em transformação.

5.4 Os profissionais como indicador da qualidade na parturição

5.4.1 Percepções do acompanhante

A atuação do acompanhante precisa de um espaço no contexto institucional que ofereça a possibilidade de ser acolhido, de receber informações para que se sinta confiante e que seja reconhecido seu papel no suporte à parturiente (NAKANO, A. et al, 2007). Neste estudo, os entrevistados sentiram-se reconhecidos como pai, fortalecidos para participar, foram acolhidos pelos profissionais. Sendo considerada a relação com a equipe do hospital, houve uma referência positiva.

P4: “Tratou a gente muito bem, foi muito bom, ótimo. Nada maltratou a gente. Todo mundo carinhoso.”

O acompanhante refere-se à assistência recebida, com elogios à atuação dos profissionais que atenderam suas necessidades de forma prestativa, atenciosa, educada, perfeito, excelente, ótimo, calmo, carinhoso. Um dos pais compara a estrutura para o acompanhante como a de um hotel, por ter sido bem tratado por todos, mencionando funcionários da limpeza, e copa. Apontou também que o cuidado parece ser igual à todos sem distinção entre pobres e ricos. Os relatos conferem uma qualidade da assistência que exalta as relações interpessoais, pois elas estas também fazem parte do universo do parto humanizado.

Quando se considera a humanização do parto sobre as representações sociais apreendidas por Parada e Tonete (2008), destaca-se a importância de se transformarem as práticas, já que nem toda assistência se pauta da forma descrita neste estudo. Sobretudo no que diz respeito às relações interpessoais, mas também incluindo o acompanhante, o acolhimento, apoio efetivo e extensivo a todas as

mulheres e familiares, não apenas durante o pré-natal, o trabalho de parto e o parto, mas também para o estabelecimento do vínculo da tríade familiar após o nascimento. Ao mesmo tempo, confirma a essencialidade da qualidade técnica do atendimento e a propriedade da percepção de que é a mulher o sujeito da atenção e, como tal, dela deve participar efetivamente (PARADA; TONETE, 2008).

Os benefícios da presença do acompanhante descritos pela OMS estão relacionados a fatores como a característica assistencial do hospital, tipo de provedor do suporte e duração do suporte (NAKANO, A. et al, 2007). Esse acompanhante pai também pode necessitar de apoio além de ser ele também um usuário que deve ser acolhido e atendido em suas necessidades. Os depoimentos refletem que o acolhimento foi efetivo.

O acolhimento oferece condição para o acompanhante participar como descrito nos estudos das atividades de manejo da dor, oferecer apoio emocional que incluem manter contato visual e físico, informações, elogios e incentivos. A equipe de saúde deve respeitar essa escolha e complementar essas atividades se necessário (ENKIN, M. et al, 2005). Logo, o acompanhante não é o único responsável pelo apoio e isso não minimiza sua importância como representante social da mulher, nem o que significa para a mulher e para ele próprio estar ali, no parto de sua parceira e no nascimento de seu filho.

As questões da maternidade como obrigatoriedade da mulher e da paternidade num aspecto mais participativo, passaram a ser refletidas por profissionais da enfermagem a partir da década de oitenta, revelando o pai como um cliente para a assistência de enfermagem e de saúde. Foram identificados no comportamento paterno diversos estereótipos que no senso comum entendemos como atitudes de um pai que espera pelo parto de sua companheira (ABREU, 1997).

Também foram descritos pelos entrevistados esses estereótipos ao referir-se “comportar bem”, que muitas vezes consiste em esconder as emoções ambivalentes que afloram no momento do parto tão esperado. Para eles comportar-se bem implica manter uma relação cordial com a equipe de saúde.

O cuidado em saúde, em parte, ancora-se na perspectiva de um atendimento humanizado que se dá mediante uma boa relação entre os profissionais e os clientes, proporcionando segurança às mulheres e considerando-as sujeitos do cuidado. Ao serem perguntados sobre sugestões para melhoria do atendimento, os participantes sugeriram:

- Garantir o retorno da puérpera para casa através do SAMU. Essa solicitação surge do contexto das mulheres que lá são atendidas que, em sua maioria, tem condições financeiras desfavoráveis e moram distantes, até mesmo em outra cidade.
- Um profissional que se ocupasse do pai durante o parto como medida de redução da insegurança e do medo, favorecendo um bom comportamento do pai durante o parto.
- Realização do pré-natal baixo risco na instituição, como estratégia para valorizar a presença do pai devido às reuniões de grupo de gestantes que eram realizadas na instituição com convite estendido ao pai.
- Ampliar a assistência do hospital para todos os pacientes a fim de evitar transferências para a capital.
- Aumentar o número de quartos privativos, para a permanência do pai no pós-parto para não causar constrangimentos para os pais e as outras puérperas.

- Aumentar o número de médicos para que eles permaneçam no pavilhão, alcançáveis, diminuindo assim a ansiedade do pai e garantir ajuda caso complique o parto.

Diversas reivindicações são passíveis de solução por meio de medidas administrativas internas e/ou políticas. Pelos relatos dos pais acerca do atendimento, percebe-se que os profissionais de modo geral ofereceram atendimento de qualidade exceto alguns casos de demora do médico para atender intercorrências. Um dado interessante para a equipe é o fato de solicitarem um profissional para cuidar do pai/acompanhante, revelando o lado frágil, sensível e vulnerável daquele que foi eleito como suporte pela parturiente. A qualidade da assistência determina também se o parto será lembrado como evento positivo. E para estabelecê-la o parto humanizado almeja articular a medicina tradicional com a medicina acadêmica para contribuir com a assistência perinatal.

Conclui-se que há mudanças a serem realizadas na instituição estudada para atender os direitos dos usuários, desde de medidas administrativas, até a ampliação do espaço físico/estrutural e também de recursos humanos.

5.4.2 Percepções das puérperas

A qualidade da assistência é vista diferentemente por cada um que é atendido, pois cada um tem objetivo e expectativas diversas (RATTNER; TRENCH, 2005). No universo das usuárias estudadas, a assistência oferecida durante a parturição parece ter contemplado suas expectativas. A assistência à saúde da mulher no âmbito do parto e nascimento vem avançando com a proposta de Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), com instrumentos normativos como os programas e recomendações do Ministério da Saúde, OMS, através do movimento social e no cuidado.

A formação dos profissionais manifesta transformações de ordem técnica e ético-política, conforme apontam as pesquisas brasileiras sobre humanização do parto e nascimento (PEREIRA, A. et al, 2007).

As usuárias perceberam a atuação dos profissionais, com destaque na fala para os profissionais de enfermagem, como uma atenção contínua, de forma educada, recebendo ajuda sempre que solicitada, descrita como ótima, excelente, maravilhosa. Atendimento que demonstra afeto, presteza, inspira confiança, segurança e respeito.

No entanto, uma entrevistada queixou-se do atendimento com relação ao toque vaginal como algo triste e ruim e, com relação ao primeiro atendimento, solicitou mais atenção por parte da equipe, pois foi atendida e encaminhada para casa, tendo que retornar posteriormente. Outra entrevistada apontou a qualidade das orientações quanto ao puerpério tardio como insuficientes. Houve ainda uma das entrevistadas que se sentiu desrespeitada por um profissional na admissão e relacionou o fato à falta de educação da pessoa e à possibilidade dela não gostar da profissão.

Ao serem perguntadas sobre sugestões para melhorar o atendimento no hospital, elas pontuaram:

- Retorno da realização do pré-natal de baixo risco para o hospital porque perceberam a diferença na forma de abordar o parto e as orientações relativas à gestação. Afirmaram que a realização do pré-natal no hospital com os grupos de gestantes era melhor do que no serviço do ESF ou no serviço particular;

-
- Solicitaram maior incentivo do governo para ampliar a boa assistência também para todos os pacientes, no sentido de evitar transferências para a capital;
 - Ampliação do número de médicos e seu acompanhamento mais próximo no pavilhão para os casos de complicações e para sentirem-se assistidas.

Percebe-se que as queixas são semelhantes às dos acompanhantes e de cunho político-administrativo. Quanto à qualidade do atendimento de pré-natal realizado pela equipe de Estratégia de Saúde da Família – ESF referido pelas entrevistadas, infere-se que algo está em desacordo, pois a preferência é realizá-lo no hospital.

A equipe de enfermagem representou fonte de ajuda, atenção, ensinamento, o que indica seu importante papel de educador e mediador na cena do parto.

M2: " Os profissionais são muito bons,muito educado, ajuda muito. Eu acho que o encaminhamento, o hospital, as enfermeiras, os médicos são muito bons."

M4: " Eles dá muita atenção pra gente pra ganhar. No dia que eu cheguei eles me acompanharam até... a noite toda. O atendimento aqui é ótimo."

M5: "Foram muito atenciosos comigo(...) A única coisa que eu achei ruim, muito triste, foi o tal do toque....". "Mas tirando isso, fui muito bem tratada pelos funcionários, pela médica, as enfermeiras deu uma atenção muito boa, tinha muito bebê, muita mulher passando mal, mas todo mudo estava sendo bem tratado."

A produção de cuidados e práticas humanizadoras, levando-se em conta as especificidades desse labor, envolve a utilização intensiva de capacidades físicas e psíquicas, intelectual e emocional, incluindo troca de afetos e de saberes. O trabalho em saúde demanda necessariamente a socialização, a cooperação e a conformação de grupos e redes (HENNINGTON, 2008).

Agrega ainda as exigências contemporâneas de uma incessante e rápida incorporação de novos conhecimentos e tecnologias e do desenvolvimento contínuo de habilidades comunicacionais e de manejo de informações. Isso sem contar a convivência diária com toda forma de sofrimento e a profunda e irremediável implicação com o universo da saúde e da doença, da vida e da morte e as inevitáveis repercussões no corpo e na mente (HENNINGTON, 2008).

O cuidado no processo de parir requer muita sensibilidade e percepção dos profissionais envolvidos, conforme explicita Santos, Prado e Boehs (2000), evidenciando a importância do respeito pela cultura do cliente, suas crenças, valores, estilos de vida, padrões, ações, acerca do mundo e de suas vidas. Para tal, é necessário despir do saber excessivamente tecnológico e intervencionista para que as pessoas envolvidas possam se sentir protagonistas e é nessa situação de troca mútua que ocorre a repadronização da prática.

Alcançar uma assistência de qualidade que seja universal é um caminho a ser percorrido, que envolve adequação técnica, relação interpessoal e direito de cidadania dos usuários dos serviços. Também as instituições formadoras precisam incluir os valores humanistas, bem como gestores e órgãos responsáveis necessitam somar as propostas de humanização ao profissional e suas condições de trabalho para atingir uma assistência de qualidade. Essa projeção ainda difere da realidade que se vive no Brasil (RATTNER; TRENCH, 2005).

No que diz respeito às condições estruturais de trabalho do profissional de saúde, quase sempre é mal remunerado, muitas vezes pouco incentivado e sujeito a uma carga considerável de trabalho. Humanizar a assistência é humanizar a produção dessa assistência. Positivamente, as idéias de humanização como antítese da violência e da incomunicabilidade reforçam a posição estratégica das

ações centradas na ética, no diálogo e na negociação dos sentidos e rumos da produção de cuidados em saúde (DESLANDES, 2005).

Não se trata aqui de inadvertidamente produzir o cuidados de saúde apenas na dimensão interacional, onde apenas dependeria da vontade e consciência aderir a projetos de humanização. Leva-nos ainda a pensar a postura dos gestores e a escolha de processos gerenciais que podem adotar o modelo de humanização da assistência de forma a potencializar a adoção de uma lógica de atenção centrada na qualidade das relações humanas, na satisfação e responsividade de usuários e profissionais, no uso racional e compartilhado das tecnologias e na abertura de espaços para um verdadeiro exercício dos direitos dos pacientes (DESLANDES, 2005; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

Apesar de as entrevistadas relatarem elementos da relação interpessoal como indicadores da qualidade da assistência como ótima, humanizar não se resume a atender com educação, a dispensar tratamento carinhoso, humanizar requer envolver-se com a outra pessoa para melhor compreendê-la e relacionar-se com o outro afetivamente (RATTNER; TRENCH, 2005).

Humanizar o parto é promover a autonomia da mulher e do pai respeitando o tempo da busca de soluções próprias. Eles precisam de tempo e de apoio para construir a maternidade e a paternidade. Não desassistí-los é função de quem os acompanham. Acompanhá-los exige disposição para sentir e elaborar os elementos que o nascimento evoca (RATTNER; TRENCH, 2005).

Com relação ao toque vaginal e à atenção recebida durante o parto, Oliveira e Madeira (2002) sugerem que ocorra numa relação de distanciamento entre o profissional e parturiente, pois o corpo é visto naquele momento como algo que deve estar eficiente e resolutivo, os sentimentos da parturiente não são avaliados

pelo profissional. Em especial o toque vaginal, que é percebido como algo triste, ruim, não como algo compreensível à mulher. O profissional sente-se no direito de manipulá-la quantas vezes forem necessárias para garantir o bom andamento, sem se preocupar com a sexualidade, com os sentimentos que envolvem o corpo da mulher que está sendo tocada.

Para que o profissional de saúde possa interagir com o outro com respeito e dignidade numa postura mais humana, é preciso focar na compreensão do sujeito, para tentar estabelecer uma relação de empatia, de ajuda, que pode amenizar a situação vivenciada por ele. Tal interação é uma das formas de evitar que a assistência se converta puramente em normas e rotinas agressoras, ainda que inseridas numa proposta humanizadora (OLIVEIRA; MADEIRA, 2002). Essa interação se aplicou com relação a outros manejos na instituição como a cadeira de parto, posição de cócoras ou vertical para o parto citadas nas entrevistas porque causaram estranheza.

Enfim, são muitos os sentidos dados à humanização, em geral, ela aparece como a necessária redefinição das relações humanas na assistência e mesmo da compreensão da condição humana e dos direitos humanos, segundo o entendimento de que os usuários têm o direito de conhecer e decidir sobre os seus diagnósticos e tratamentos (FERREIRA, 2005). O estudo trouxe alguns caminhos, mas também desafios, paradoxos e limites para impulsionar outras discussões e novas pesquisas.

As mulheres, sem dúvida, foram expropriadas de seus saberes, de seu trabalho como parteiras e dos poderes no campo da parturição – e recuperá-los é uma questão política fundamental. Mas cabe ponderar acerca dos limites e dos desdobramentos do discurso da humanização do parto, na medida em que reproduz

categorias como as de instinto materno e de natureza, ainda que ressignificadas em novo contexto (TORNQUIST, 2002).

Embora as mulheres possam ser reconhecidas agora como sujeito de suas escolhas – inclusive a maternidade –, elas novamente se veem diante de prescrições ditadas por saberes científicos, que as farão escolher o que é o melhor para o RN, e de uma celebração do parto ideal, este não raro muito distante do campo de escolha e de possibilidades de boa parte das mulheres que dão à luz. Apesar dessas armadilhas, como considerou Tornquist (2002), as reivindicações em torno dos direitos reprodutivos e sexuais para aquelas mulheres que escolheram ser mães apontam para mudanças substanciais em suas vidas que não podem ser ignoradas, sobretudo em um contexto no qual o tratamento desigual, a desinformação, os maus tratos e as formas sutis de tortura e mutilação sexual involuntária são comuns, como é o caso brasileiro.

6. Considerações Finais

As propostas governamentais para assistência à mulher em processo de ser mãe apontam para a necessidade uma mudança significativa. Essa mudança almeja melhorar a qualidade das relações humanas e, conseqüentemente, os aspectos da humanização, em relação ao cuidado com os fenômenos físicos e emocionais da mulher no processo parturição.

Ao identificar o perfil dos pais que compartilharam juntos o nascimento de seu filho, aproximou-se de suas características sociais, conseqüentemente, de suas expectativas acerca do momento do parto.

No grupo estudado, constatou-se união estável predominantemente, idade média para as puérperas de 23,7 anos e para os pais de 26,3 anos, a pouca escolaridade repercutiu no tipo de atividade remunerada que tem características do mercado informal, religião católica foi mais citada, com dois filhos em média por família contando com filhos de outras uniões. Os pais, em sua maioria, participaram pela primeira vez da experiência do parto humanizado. Apenas um casal relatou ter feito curso preparatório para o parto. Entre as puérperas contou-se com 30% de primigesta que relataram o parto como experiência positiva. A informação de que o pai poderia participar do parto foi mais divulgada pela equipe de enfermagem em comparação a outros profissionais.

Alguns resultados do perfil surpreendem, a exemplo da preparação para o parto confrontado com a experiência positiva do parto. O predomínio da união estável entre os pais, estabelecendo a mudança na configuração familiar. Essa configuração reporta também ao ideário de casal grávido que deseja estar junto em todas as etapas da parturição. Observou-se que apenas o casal em que ambos

tinham curso superior preparou-se para o momento do parto, corroborando com pesquisas recentes indicando que o investimento em condições de saúde são diretamente relacionadas com os anos de escolaridade.

As tendências apontam para a necessidade de preparo do acompanhante e sugerem que ocorra já no pré-natal, com orientações para parto. É interessante que os casais sejam orientados previamente para a participação do processo, porém isso não deve limitar ou modular a participação do acompanhante, pois o estudo revela que, apesar de não terem feito preparo prévio, os casais avaliaram a experiência positivamente e efetivaram o papel de acompanhante atendendo à expectativa tanto das puérperas como dos pais.

Diante dessas características, é preciso desenvolver a capacidade de perceber o humano da pessoa e criar um novo modelo de assistir, não mais baseado na primazia da técnica ou no modo massificado de cuidar de pessoas. Esse novo modelo, de disponibilidade humana, deverá ser interiorizado, alimentado e fortalecido, em cada profissional da saúde, em cada instituição e em cada cidadão.

Essa abordagem provoca reflexões nas concepções e práticas do cuidado, na perspectiva da integralidade que é um encontro com o outro, com mudanças na relação dos profissionais de saúde e usuários. É nesse espaço dialético e dinâmico que poderão surgir práticas inovadoras que atendam às demandas de saúde da sociedade.

Nessa nova relação com o contexto social e suas dimensões biopsicosociais, o cuidado integral busca atender à individualidade e tem foco de atenção nos aspectos subjetivos. A integralidade é um convite à parceria entre o ensino, o serviço e a comunidade e deve se concentrar no diálogo. Para o processo de formação, fica o desafio de capacitar indivíduos para as mudanças dos materiais

de trabalho e do conhecimento e de fornecer ferramentas para os enfrentamentos das novas demandas da sociedade, para aprender a aprender, fazer, ser e viver juntos. Para a implementação do parto humanizado como uma experiência da família com a participação do pai e outros acompanhantes possíveis esta parece ser uma das prerrogativas.

Ao descrever como o pai vivenciou o processo do nascimento do seu filho, constatou-se que o papel tradicional do pai está em transformação. E, com frequência, a nova paternidade vem sendo veiculada pela mídia. O estereótipo de pai que fica à espera do parto, ou que não consegue permanecer para o evento do nascimento, ou mesmo a ausência de um pai não são os únicos modelos, temos também pais que desejam participar, que apóiam verbalmente, proporcionam contato físico e contínuo, que se emocionam, que fazem força juntos, que incentivam, que estabelecem contato com seu filho logo que nasce, que cuidam de sua companheira e cuidam do RN e vislumbram, além da dor, o parto como uma experiência positiva. Esse modelo de pai cuidador predominou na população estudada, ao se referirem como o momento mais marcante o primeiro contato com seu bebê e na forma como interagiram com o RN e a puérpera após o parto.

Cada puérpera descreveu seus sentimentos com relação à participação do pai com sua particularidade, mas apontam em direção ao reconhecimento do benefício que o suporte e apoio do pai proporcionam. Numa relação de confiança, intimidade e liberdade um com o outro que resulta numa experiência percebida como positiva e parece também ser o diferencial em comparação ao acompanhante do sexo feminino e manejo pelos profissionais. No estudo, a presença do pai foi percebida pelas mulheres como fonte de apoio, segurança e conforto. Sua participação para elas propicia elementos para concretizar a paternidade e fortalecer

vínculos afetivos. Para as puérperas, o suporte que o pai presta ao participar do parto e seu envolvimento conferem a ele características especiais: as de um pai cuidador da família que perdura mesmo após o parto.

A vivência do parto humanizado como uma experiência positiva foi experimentada pela tríade familiar. Nesta pesquisa percebe-se que a mulher necessita e deseja que o pai participe mais e nem por isso diminuiu seu protagonismo. O pai rompeu velhos tabus e se envolveu no processo do nascimento guiado pela espontaneidade, sentiu-se ativo, importante. Ambos sentiram-se cidadãos, mesmo desconhecendo seus direitos regulamentados, e contribuíram para um parto com bom desfecho.

Para a mulher, é muito importante ter acesso às informações e às possibilidades para parir, pois assim poderá partilhar a plenitude da experiência do nascimento ocorrendo em casa, no hospital ou centro de nascimento, e também permitirá que ela faça escolhas, exerça seus direitos.

A humanização do parto encerra várias possibilidades de parir (vertical, cócoras, parto na água, domiciliar), propõe uma assistência atenta, centrada na pessoa e na família, qualificada e flexível, utilizando a tecnologia apropriada, dentre elas, a relação interpessoal destacada na avaliação dos usuários quanto à assistência e atuação profissional.

O processo de escolha dos entrevistados revelou com clareza a importância de se investir em pesquisas que facilitem a quebra de tabus acerca do perfil do homem e da mulher, dos papéis estereotipados, que já não são cabíveis, nem desejados no contexto social do século XXI.

É urgente reescrever a história, incluir o homem no aconchego da família, como ser que sofre, chora, emociona-se, deseja participar dos momentos do ciclo da vida, dentre eles o processo de gravidez/parto/puerpério.

Os papéis masculinos e femininos são construídos socialmente pelos cidadãos. Homens e mulheres necessitam apoderar-se de cidadania, que resgata a individualidade, assim a pessoa conhece e escolhe usufruir ou não dos seus direitos, dentre eles o direito de a mulher escolher um acompanhante se assim o desejar, de o pai participar do parto e de ser reconhecido como pai e não visita, direito do RN à vida e à saúde que permita um nascimento e desenvolvimento sadio e harmonioso.

Conhecer a trajetória da parturição ao longo dos tempos, articular as questões de gênero que envolve a tríade e os profissionais de saúde com a implementação políticas para saúde da mulher compôs uma rede frágil. Para seu fortalecimento, são necessários investimentos simultâneos em ensino e pesquisa, nos serviços e na comunidade com foco nas necessidades da saúde da mulher, mas sem isolar o contexto em que está inserida. A cultura que prevalece em torno do parto, do acompanhante não pode ser relegada a segundo plano, pois ela é fundamental para a transformação proposta para parturição.

Estamos diante de três sujeitos de direito, para contemplá-los em suas necessidades de suporte social e emocional, é preciso acelerar a implantação do acompanhante e do parto num molde mais flexível, como já ocorre em outras partes do mundo.

7. Referências

Abreu ASGT. O significado da espera do parto – o vivido do pai na ótica compreensiva da enfermagem [dissertation]. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ; 1997. 160 p.

Almeida NAM, Martins CA, Vasconcelos KL, Rios CHA, Lucas EA, Machado EA et al. A humanização no cuidado à parturição. Rev. Eletr. Enf. [internet]. 2005 [cited 2008 ago 2];7(3):355-59. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista7-3/revisão-02.htm>.

Andraus LMS. A assistência prestada à criança e ao adolescente em unidade de internação pediátrica: incidentes críticos positivos e negativos segundo os familiares acompanhantes [thesis]. UnB-UFG-UFMS; 2005. 207 p.

Baker SR, Choi PY L, Henshaw CA, Tree J.I felt as though I'd been in jail: women's experiences of maternity care during labour, delivery and the immediate postpartum. *Feminism & Psychology*. 2005;15(3):315-42. Available from: <http://fap.sagepub.com/cgi/content/abstract/15/3/315>.

Balaskas J. Parto ativo - guia prático para o parto natural. São Paulo: Ground Ltda; 1993.

Barbosa GP, Giffin K, Angulo-Tuesta A, Gama AS, Chor D; D'orsi E, Reis A CGV. Parto Cesário: Quem o deseja? Em que circunstâncias? *Cad. Saúde Pública*. 2003;19(6):1611-20.

Botura Jr. W. A paternidade faz diferença. 4 ed. São Paulo: República Literária; 1999.

Brüggemann OM, Osis MJD, Parpinelli MÂ. Apoio no nascimento: percepção de profissionais e acompanhantes escolhidos pela mulher. *Rev. Saúde Públ.* 2007 [cited 2007 mar 30];41(1):1-9. Available from: <http://www.scielo.com.br>.

Brüggemann OM, Parpinelli M Â, Osis MJD. Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão da literatura. *Cad. Saúde Pública*. 2005;21(5):1316-27.

Cadete MMM, Villa EA. A concretude da atividade educativa do enfermeiro. *O mundo da Saúde*. 2000;24(5):380-86.

Caron OAF, Silva IA. Parturiente e equipe obstétrica: a difícil arte da comunicação. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2002;10(4):485-92.

Carter MW, Speizer I. Salvadoran fathers' attendance at prenatal care, delivery, and postpartum care. *Rev Panam Salud Publica*. 2005;18(3):149-56.

Carvalho MLM. A participação dos pais no nascimento em maternidade pública: dificuldades institucionais e motivações dos casais. *Cad. Saúde Pública*. 2003;19 Suppl 2:S389-98.

Castilho SA, Pires DEP. As Contribuições de uma tecnologia apropriada. *Texto Contexto Enferm*. 2000;9(2):274-87.

Cechin PL. Reflexões sobre o resgate do parto natural na era da tecnologia. *Rev Bras Enferm*. 2002;55(4):444-48.

CIMS-Coalition for Improving Maternity Services [Internet].Florida: CIMS (USA)[update 2007 mar 01, cited 2008 nov 17]. Care supporting normal birth is best for mothers and babies. Available from: www.motherfriendly.org.

Craig,L. Parental education, time in paid work and time with children: an Australian time-diary analysis. *The British Journal of Sociology*. 2006;57(4): 553-75.

Cruz EBS, Simões GL, Faisal-Cury A. Rastreamento da depressão pós-parto em mulheres atendidas pelo Programa de Saúde da Família. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet*. 2005;27(4): 181-88.

Davis-Floyd, R. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. *Proceedings of the International Conference on Humanization of Childbirth*. Resumo e tradução por Nogueira AT.; 2000, Nov 2-4; Fortaleza, Brasil; 2000. Available from: www.amigasdoparto.com.

Deslandes SF. A ótica de gestores sobre a humanização da assistência nas maternidades municipais do Rio de Janeiro. *Ciênc. saúde coletiva*. 2005;10(3):615-26.

Diniz, CSG. Entre a técnica e os direitos humanos: as possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto [thesis]. São Paulo: USP; 2001. 264 p.

Diniz, CSG. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciênc. saúde coletiva*. 2005;10(3): 627-37. Available from: www.scielo.com.br

Diniz, GRS. Gênero, casamento e família: interações entre novos modelos e papéis. *Anais do Seminário Internacional Fazendo Gênero 7*; 2006 ago 28-30; Florianópolis, Brasil. p.1-7.

Eisler, R. O prazer sagrado: sexo, mito, política do corpo. Tradução de Ana Luiza Dantas Borges. Rio de Janeiro: Rocco; 1996. 636 p.

Enkin M, Kierse MJNC, Nielson J, Crowther C, Duley L, Hodnett E et al. Suporte social e profissional no parto. In: *Guia para atuação efetiva na gravidez e no parto*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. p.133-36

Erlandsson K, Dsilna A, Fagerberg I, Christensson K. Skin-to-skin care with the father after cesarean birth and its effect on newborn crying and prefeeding behavior. *Birth*. 2007;34(2):105-14.

Espírito Santo LC, Bonilha ALL. Expectativas, sentimentos e vivências do pai durante o parto e nascimento de seu filho. *Rev. Gaúcha Enferm.* 2000;21(2):87-109.

Farah MFS. Gênero e políticas públicas. *Rev. Estud. Fem.* 2004;12(1):47-71.

Ferreira J. O programa de humanização da saúde: dilemas entre o relacional e o técnico. *Saude soc.* 2005;14(3):111-18.

Fonseca, JLCL. Homens, feminismo e direitos reprodutivos no Brasil: uma análise de gênero no campo das políticas públicas (2003-2006) [thesis]. Recife: Fundação Oswaldo Cruz / Centro de Pesquisas Ageu Magalhães; 2008. 262 p.

Gotardo GIB, Silva IA. Refletindo sobre a prática obstétrica á luz de um modelo de relacionamento humano. *Cienc Cuid Saúde.* 2007;6(2):245-51.

Gungor I, Beji, NK. Effects of fathers' attendance to labor and delivery on the experience of childbirth in Turkey. *West J Nurs Res.* 2007;29(2):213-31. Available from: <http://wjn.sagepub.com/cgi/content/abstract/29/2/213>.

Hennington EA. Gestão dos processos de trabalho e humanização em saúde: reflexões a partir da ergologia. *Rev. Saúde Públ.* 2008;42(3):555-61.

Hoga L, Pinto CMS. Assistência ao parto com a presença do acompanhante: experiências de profissionais. *Invest. Educ. Enferm.* 2007; 25(1):74-81.

Hotimsky SN, Alvarenga AT. A definição do acompanhante no parto: uma questão ideológica? *Rev. Estud. Fem.* 2002;10(2):461-481. Available from: www.scielo.com.br

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. Rio de Janeiro: Ministério do planejamento, orçamento e gestão(BR) [cited 2008 set 15]. Indicadores demográficos-2007. Available from: www.ibge.gov.br.

Kitzinger, Sheila. Em Portugal os partos são torturas. *Rev. Visão.* 2004;(588). Available from: www.coisas de mãe.eu.

Largura M. Assistência ao parto no Brasil: aspectos espirituais psicológicos, biológicos e sociais. São Paulo; 2000. Versão eletrônica disponível em: <http://www.partohumanizado.com.br/biblio.html>.

Lee BR. A company of women and men: men's recollections of childbirth in medieval England. *Journal of Family History.* 2002;27(2):92-100. Available from: <http://jfh.sagepub.com/cgi/content/abstract/27/2/92>.

Lei N. 8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, a proteção e recuperação da Saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União (Brasília).* 1990 Set 19.

Leslie MS, Storton S. The Coalition for Improving Maternity Services: evidence basis for the ten steps of mother-friendly care. *The Journal of Perinatal Education*. 2007;16(1):Suppl winter:S10-20.

Longo CSM, Sauthier M. A presença do pai no processo do parto: a percepção da enfermagem. *Anais do 10º Congresso Brasileiro dos Conselhos de Enfermagem*; 2007 set 3-6; Curitiba, Brasil, 2007.

Luz AMH. Assistência humanizada à mulher no parto: uma proposta de resgate de sua singularidade. *Rev Bras Enferm*. 2002;55(2):226-229.

Luz, AMH, Zanetti L. O conto de fada e de paternidade moderna. *Rev Bras Enferm*. 2003;56(3):292-297.

Maldonado MT. *Psicologia da gravidez: parto e puerpério*. 16 ed. São Paulo: Saraiva; 2002.

Maldonado MT, Canella P. Recursos de relacionamento para profissionais de saúde: a boa comunicação com clientes e seus familiares em consultórios, ambulatórios e hospitais. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores; 2003.

Maldonado MT, Dickstein J. *Nós estamos grávidos*. 11 ed. São Paulo: Saraiva; 2000.

Martins APV. A ciência dos partos: visões do corpo feminino na constituição da obstetrícia científica no século XIX. *Rev. Estud. Fem*. 2005;13(3):645-65.

Martins CA; Almeida NAM; Barbosa MA; Siqueira KMS; Vasconcelos KL; Souza MA et al. Casas de parto: sua importância na humanização da assistência ao parto e nascimento. *Rev. Eletr. Enf.* [internet]. 2005 [cited 2007 out 21];7(3):360-365. Available from: http://www.fen.ufg.br/Revista/revista7_3/revisao_03.htm

Minayo MCS, editor. *Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade*. 26a ed. Petrópolis, RJ: Vozes; 2007.

Ministério da Saúde. *Carta dos direitos dos usuários da saúde / Ministério da Saúde*. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2007.

Ministério da Saúde; Agência Nacional de Saúde Suplementar. *O modelo de atenção obstétrica no setor de Saúde Suplementar no Brasil: cenários e perspectivas*. Rio de Janeiro (Brasil): Agência Nacional de Saúde Suplementar; 2008a.

Ministério da Saúde; Informes técnicos institucionais. Departamento de Ciência e Tecnologia, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Ministério da Saúde. *Avaliação nacional do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento*. *Rev. Saúde Públ*. 2008b;42(2): 383-87.

Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de ações Programáticas Estratégicas. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes (Série C. Projetos, Programas e Relatórios)*. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2005.

Ministério da Saúde; Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: Visita aberta e direito ao acompanhante. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2004.

Moura FMJSP, Crizostomo CD, Nery IS, Mendonça RCM, Araújo OD, Rocha SS. A humanização e a assistência de enfermagem ao parto normal. Rev Bras Enferm. 2007;60(4):452-55.

Nakano AMS, Silva LAS, Beleza ACS, Stefanello J, Gomes FA. O suporte durante o processo de parturição: a visão do acompanhante. Acta paul. enferm.. 2007;20(2):131-37. Available from: www.scielo.com.br.

Nogueira AT. O parto: encontro com o sagrado. Texto Contexto Enferm. 2006;15(1):122-30.

Oliveira ZMLP, Madeira AMF. Vivenciando o parto humanizado: um estudo fenomenológico sob a ótica de adolescente. Rev. esc. enferm. USP. 2002; 36(2):133-40.

OMS - Organização Mundial de Saúde. Ministério da Saúde.SRF - MSM / 96.24. Maternidade segura assistência ao parto normal: um guia prático. Brasília (Brasil):OMS; 1996.

Osawa RH, Riesco MLG, Tsunehiro MA. Parteiras-enfermeiras e enfermeiras-parteiras: a interface de profissões afins, porém distintas. Rev Bras Enferm. 2006;59(5):699-702.

Parada CMGL, Tonete VLP. O cuidado em saúde no ciclo gravídico-puerperal sob a perspectiva de usuárias de serviços públicos. Interface (Botucatu). 2008;12(24):35-46. Available from: www.scielo.com.br

Pereira ALF, Moura MAV, Souza IEO, Tyrrel MAR, Moreira MC. Pesquisa acadêmica sobre humanização do parto no Brasil: tendências e contribuições. Acta paul. enferm.. 2007;20(2):205-15.

Pereira WR. O Processo de medicalização do corpo feminino. In: Scavone L, Batista LE, editors. Pesquisa de Gênero: entre o público e o privado. Araraquara: Faculdade de Ciências e Letras; 2000. p.127-54

Phillips K. Capturing the wandering wob: childbirth in medieval art. The Haverford Journal. 2007;3(1):40-55. Available from: <http://www.haverford.edu/library/special/archives/haverfordjournal/HJvol3issue1.pdf>.

Portal da Câmara Municipal de Mirandela [Internet]. Mirandela: Câmara Municipal de Mirandela (POR) [update 2008 nov 18, cited 2008 nov 18]. A cultura cigana. Available from: <http://www.cm-mirandela.pt/index.php?oid=3907>.

Portal da Saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde (BR) [update 2006 set 29, cited 2006 set 29]. Parto natural e presença de acompanhante. Available from: <http://www.saude.gov.br>.

Portaria N.2.418 de 2 de dezembro de 2005. Regulamenta a presença de acompanhante para mulheres em trabalho de parto, parto e pós-parto imediato nos hospitais públicos e conveniados com o Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União (Brasília). 2005 Dez 02.

Portella AP, Reis D, Aguiar R, Diniz SG. Gravidez Saudável e Parto seguro: são direitos da mulher. Informativo da Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos reprodutivos. São Paulo; 2000.

Ratnaike D. Fathers: present, or just in the room?. RCM Midwives Journal. 2007;10(3):106.

Rattner D, Trench B, editors. Humanizando nascimentos e partos. São Paulo: Editora Senac São Paulo; 2005.

Reis AE, Patrício ZMP. Aplicação das ações preconizadas pelo Ministério da Saúde para o parto humanizado em um hospital de Santa Catarina. Ciênc. saúde coletiva. 2005;10 Suppl:S221-30.

RIPSA - Rede Interagencial de Informação para Saúde [Internet]. Brasília: Ministério da saúde (BR) [cited 2008 out 16]. Indicadores e dados básicos para a saúde - 2007. Available from: <http://www.datasus.gov.br/idb>.

Rizzotto MLF. As políticas de saúde e a humanização da assistência. Rev Bras Enferm. 2002;55(2):196-199.

Saffioti HIB. Já se mete a colher em briga de marido e mulher. Sao Paulo Perspec. 1999;13(4):82-91. Available from: www.scielo.com.

Santana FR, Nakatani AYK, Freitas RAMM, Souza ACS, Bachion MM. Integralidade do cuidado: concepções e práticas de docentes de graduação em enfermagem do estado de Goiás. Ciênc. saúde coletiva. 2007; 0599 (no prelo). Disponível em: http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/lista_artigos.php.

Santos VSC, Prado ML, Boehs AE. Atuação da enfermeira junto ao casal/RN no processo de parir, embasada na teoria de Madeleine Leininger. Texto Contexto Enferm. 2000;9(2):375-87.

Scott JW. “La Querelle des Femmes” no final do século XX. Título original “‘La Querelle des Femmes’ in the late Twentieth Century”. New left review (Scott, 1997). Tradução Ana Cecília Acioli Lima. Revisão técnica Claudia de Lima Costa. Rev. Estud. Fem. 2001;9(2):367-388.

Scott JW. O enigma da igualdade. Título original “The conundrum of equality”. Princeton, (mar 1999). Tradução de Jó Klanovicz e Susana Bornéo Funck. Rev. Estud. Fem.. 2005;13(1):11-30. Disponível em: <http://www.scielo.com>.

Shaw R. ‘It’s your body, your baby, your birth’: Planning and achieving a home birth. Feminism & Psychology. 2007;17(4):565-70. Available from: <http://fap.sagepub.com>.

Silva CD. "Viver em primeira pessoa": uma proposta de humanização como técnica corporal [dissertation]. Brasília: Instituto de Ciências Sociais/UnB; 2006. 96 p.

Simões SMF, Jesus DV, Boeachat JS. Assistência ao parto e nascimento: um estudo quantitativo. Online Brazilian Journal of Nursing [internet]. 2007 [cited 2008 ago 30];6(2). Available from: <http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing>.

Tomeleri KR, Pieri FM, Violin MR, Serafim D, Marcon SS. "Eu vi meu filho nascer": vivência dos pais na sala de parto. Rev Gaúcha Enferm. 2007;28(4):497-504.

Tornquist CS. Armadilhas da nova era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. Rev. Estud. Fem. 2002;10(2):483-92.

Tornquist CS. Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil. Cad. Saúde Pública. 2003;19 Suppl 2:S419-27.

Tornquist CS. O Parto Humanizado e a REHUNA. Anais do II Seminário Nacional Movimentos Sociais, Participação e Democracia; 2007 abr 25-27; UFSC, Florianópolis, Brasil, 2007.

Wei CY. Ações humanizadoras na assistência ao parto: experiência e percepção de um grupo de mulheres em um hospital escola [dissertation] São Paulo: Escola de Enfermagem/ USP; 2007. 191 p.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO**

PESQUISA: O PARTO HUMANIZADO E A PARTICIPAÇÃO DO PAI

TERMO DE ESCLARECIMENTOS AOS PARTICIPANTES DA PESQUISA:

Meu nome é Cristiane da Silva Mendonça Longo, sou enfermeira (Coren nº 127061-GO), aluna da pós-graduação e responsável pelo projeto de pesquisa com título inicial Parto Humanizado - Percepção de Usuários (as). Necessito da sua colaboração para participar desta pesquisa, que será meu trabalho de conclusão do curso de Pós-Graduação – Mestrado em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. Comprometo-me em informar-lhe a respeito do projeto e de seus direitos e, em caso de aceitação, solicito sua assinatura no local determinado ao final do termo. A orientadora do projeto é a Profa. Dra. Lourdes Maria Silva Andraus, enfermeira (Coren nº 16.387-GO), professora colaboradora do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. Em caso de dúvida, você pode procurar o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Materno Infantil de Goiânia, na pessoa do Coordenador Dr. Marco Aurélio Albernaz, através do contato (62) 3201-3314.

1. **Justificativa:** Contribuir para melhorar a assistência, de forma que atenda às reais necessidades da família (mãe, pai e filho) e subsidiar a pesquisa e o ensino.
2. **Objetivos:** Conhecer os pais que participam do nascimento de seu filho, e os sentimentos dos mesmos após esta experiência.
3. **Procedimentos:** Não haverá procedimentos experimentais. A coleta de dados será feita através de entrevista com os pais, a qual, após autorização prévia, será gravada.
4. **Riscos e desconfortos:** Não estão previstos desconfortos ou riscos físicos. Não será utilizado nenhum procedimento experimental e as informações serão mantidas em sigilo.
5. **Benefícios:** Não haverá nenhum benefício direto a vocês, mas, colaborar com o estudo é oferecer informações para melhorar a assistência de enfermagem no processo de parto, buscando contribuir para implementação do parto humanizado e resguardar os direitos dos cidadãos.

Cristiane da Silva Mendonça Longo
Pós-Graduanda

Contatos: dudalongo@hotmail.com
(62) 9966-0723, (62) 3205-7589.

Profa. Dra. Lourdes Maria Silva Andraus
Orientadora

Contatos: lourdes@fen.ufg.br
(62) 3281-2167.

APÊNDICE B

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS FACULDADE DE ENFERMAGEM PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO

PESQUISA: O PARTO HUMANIZADO E A PARTICIPAÇÃO DO PAI

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____
aceito participar deste estudo, ciente de que minha participação é voluntária e estou livre para em qualquer momento, desistir de colaborar com a pesquisa, sem nenhuma espécie de prejuízo; também concordo que a entrevista seja gravada. Declaro estar ciente de que:

- 1) A minha colaboração é voluntária, que não serei ressarcido e não receberei benefício ou vantagem de qualquer espécie;
- 2) Minha recusa em participar do estudo não implicará em prejuízos na assistência que necessitamos;
- 3) As informações que eu fornecer poderão ser utilizadas em trabalhos científicos, mas minha identidade será sempre preservada;
- 4) Caso eu aceite, será realizada uma entrevista, isto é, conversarei um pouco em uma sala reservada, sobre algumas questões relativas à minha experiência no processo de nascimento de meu filho;
- 5) Durante a entrevista, será necessária a utilização de um gravador, caso eu não me oponha, para que nada do que eu disser seja “esquecido”;
- 6) Os possíveis riscos em participar deste estudo são mínimos. Contudo, algumas questões podem trazer certo desconforto ou incômodo;
- 7) Eu sou livre para desistir da participação no trabalho em qualquer momento;
- 8) Caso queira falar com a pesquisadora, posso encontrá-la nos telefones (62) 9966-0723 ou (62) 3205-7589.

Após ter tomado conhecimento destes fatos, aceito participar da pesquisa, assumindo não ter sofrido nenhuma pressão para tanto. Declaro, ainda, ter recebido uma cópia deste termo após lê-lo e assinar.

Local:	Colaborador
Data:	Pesquisador

APÊNDICE C



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO



O Parto Humanizado e a Participação do Pai

Entrevistador	Data	Nº Ficha
---------------	------	----------

1 – Dados de Identificação da Depoente Puérpera		
Iniciais do Nome	Nº do Prontuário	Idade
Estado Civil	Naturalidade	Procedência
Escolaridade	Religião	Profissão
Tem outros filhos? N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/>	Hospitalizações na unidade para parir 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/>	Você escolheu o acompanhante? N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/>

2 – Percepções da Puérpera Sobre a Assistência Dada Pela Equipe de Saúde		
A Sra. foi informada que o pai poderia participar do parto? Por quem? N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/>	A Sra. foi orientada sobre as rotinas da unidade (local de dormir, refeições, guarda dos pertences, visitas)? N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/>	A Sra. recebeu alguma informação ou treinamento para participar do parto? N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/>

3 – Questões relativas à participação dos usuários durante o processo parturitivo

Puérpera: pense em tudo que aconteceu com você desde o momento em que foi internada neste pavilhão, durante o parto, até chegar em nossa conversa.

1 – Gostaria que a Sra. pensasse e descrevesse como foi a sua experiência no processo de nascimento do seu filho com a participação do pai. Como você reagiu e o que resultou após.

2 – A Sra. já pariu recebendo o apoio de um acompanhante?

3 – Por que a Sra. escolheu seu companheiro lhe acompanhar durante o parto?

4 – Como foi para a Sra. ter seu companheiro ao seu lado durante o processo de parto?

5 – A Sra. recomenda a presença de acompanhante durante o parto? Por quê?

6 – A Sra. acha que a presença do pai durante o nascimento pode influenciar o bebê?

7 – Como a Sra. percebeu a atuação dos profissionais (médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem) durante o seu parto?

8 – A Sra. pode dar sugestões para melhorar o atendimento neste hospital?

9 – A Sra. tem alguma dúvida? Quer perguntar alguma coisa?

APÊNDICE D



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO



O Parto Humanizado e a Participação do Pai

Entrevistador	Data	Nº Ficha
---------------	------	----------

1 – Dados de Identificação do Acompanhante		
Iniciais do Nome	Parentesco com a puérpera	Idade
Estado Civil	Naturalidade	Procedência
Escolaridade	Religião	Profissão
Está trabalhando no momento? <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S	Tem outros filhos? <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S	Já acompanhou parto? <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S

2 – Percepções do Acompanhante Sobre a Assistência Dada Pela Equipe de Saúde		
O Sr. foi informado que o pai poderia participar do parto? Por quem? <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S	O Sr. foi orientado sobre as rotinas da unidade (local de dormir, refeições, guarda dos pertences, visitas)? <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S	O Sr. recebeu alguma informação ou treinamento para participar do parto? <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S

3 – Questões relativas à participação dos usuários durante o processo parturitivo
Pai: pense em tudo que aconteceu desde o momento em que o Sr. chegou aqui no pavilhão até agora.
1 – Gostaria que o Sr. pensasse e descrevesse como foi a sua experiência de participar do processo de nascimento do seu filho. Como você reagiu e o que resultou após.
2 – Por que o Sr. quis participar do parto?
3 – Como foi estar presente durante o nascimento do seu filho?
4 – Como foi para o Sr. estar com sua companheira durante o nascimento do seu filho?
5 – O Sr. Recomenda a presença de acompanhante durante o parto? Por quê?
6 – O Sr. acha que sua presença na sala de parto tem influência sobre o bebê?
7 – Como o Sr. percebeu a atuação dos profissionais (médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem) durante o parto?
8 – O Sr. pode dar sugestões para melhorar o atendimento neste hospital?
9 – O Sr. tem alguma dúvida? Quer perguntar alguma coisa?

ANEXO A



SES
SECRETARIA
DA SAÚDE



Hospital Materno Infantil



CARTA DE APROVAÇÃO

Goiânia, 19 de dezembro de 2007.

Protocolo CEP-HMI Nº 051/07

**Titulo do Projeto: Parto humanizado – Percepções de
graduados(as).(Versão 2)**

Sr.(a):Investigador(a) Responsável:Cristiane da Silva Mendonça Longo.

Comunicamos-lhe que na reunião mensal do **Comitê de Ética em Pesquisa Humana do Hospital Materno Infantil CEPHMI**, foi analisado e aprovado o Projeto de Pesquisa acima referido bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Versão 2), e estes considerados conformes com os princípios éticos vigentes.

Lembramos, ainda, ao investigador responsável, a necessidade de encaminhar ao CEP-HMI relatórios trimestrais do andamento, encerramento, conclusão e publicação da pesquisa.

Atenciosamente,

Dr. Marco Aurélio Albernaz
Coordenador do Comitê de Ética em
Pesquisa - HMI

Dr. Marco Aurélio Albernaz
Coordenador do CEP-HMI

Missão:
Promover a saúde da mulher e da criança por meio das ações socio-educativas e assistência médico-hospitalar, no contexto da saúde pública do Estado de Goiás e contribuir para o desenvolvimento científico através do ensino e pesquisa.

Visão:
Ser referência em serviços especializados nas áreas da saúde da mulher e da criança, com enfoque na humanização da assistência integral aos seus clientes.

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)