

Lihsieh Marrero

**VIOLÊNCIA INSTITUCIONAL PERCEBIDA PELO ACOMPANHANTE EM MATERNIDADES PÚBLICAS DA REGIÃO METROPOLITANA DE FLORIANÓPOLIS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Doutor em Enfermagem – Área de Concentração: Filosofia e Cuidado em Saúde e Enfermagem.

Linha de Pesquisa: O Cuidado em Enfermagem à Saúde da Mulher e do Recém-Nascido.

Orientadora: Dra. Odaléa Maria Brüggemann

Florianópolis  
2019

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,  
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Marrero, Lihsieh  
Violência Institucional Percebida pelo  
Acompanhante em Maternidades Públicas da Região  
Metropolitana de Florianópolis / Lihsieh Marrero ;  
orientador, Odaléa Maria Brüggemann, 2019.  
241 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa  
Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de  
Pós-Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2019.

Inclui referências.

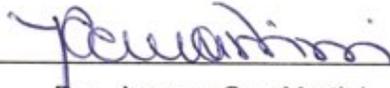
1. Enfermagem. 2. Acompanhantes de Pacientes. 3.  
Parto Humanizado. 4. Serviços de Saúde. 5.  
Violência. I. Brüggemann, Odaléa Maria . II.  
Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de  
Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

LIHSIEH MARRERO

**VIOLÊNCIA INSTITUCIONAL PERCEBIDA PELO ACOMPANHANTE EM  
MATERNIDADES PÚBLICAS DA REGIÃO METROPOLITANA DE  
FLORIANÓPOLIS**

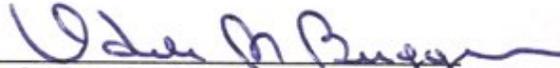
Esta Tese foi julgada adequada para a obtenção do Título de "Doutor", e aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 21 de Fevereiro de 2019.



Dra. Jussara Gue Martini  
Coordenadora do Programa

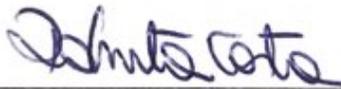
**Banca Examinadora:**



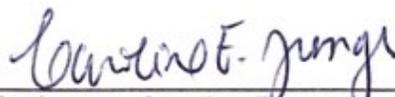
Profa. Dra. Odaléa Maria Brüggemann  
Presidente  
Universidade Federal de Santa Catarina



Profa. Dra. Camilla Alexsandra Schneck  
Membro Titular  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul



Profa. Dra. Roberta Costa  
Membro Titular  
Universidade Federal de Santa Catarina



Profa. Dra. Carolina Frescura Junges  
Membro Titular  
Universidade Federal de Santa Catarina



Dedicatória

À minha amada família,  
Jesem, Tales, Iuri

Aos meus queridos pais,  
Ana Maria e Juan Roberto.



## AGRADECIMENTOS

Nesses quatro anos de doutoramento compreendi que para se criar algo de novo é preciso primeiro lhe dar valor. E para isso são necessárias longas horas de dedicação, superar dificuldades, recomeçar muitas vezes... O desafio de construir uma tese sobre a violência institucional a partir da perspectiva do acompanhante de parto foi, sem dúvida, uma árdua jornada. A imaturidade do conceito e a escassez de literatura foram desafios que me mostraram as potencialidades desse trabalho. Dar voz ao acompanhante de parto é desvendar mais uma faceta da violência, contribuído para a consolidação do conceito ampliado de violência institucional no parto.

Manifesto nessas páginas minha gratidão aos professores e funcionários do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Agradeço também aos professores do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas, em especial ao professor Bernardo Lessa Horta, por terem me recebido durante o Estágio Sanduíche. Aos professores e técnicos da Pró-Reitoria de Pós Graduação, da Direção da Escola Superior de Ciências da Saúde, da Coordenação local do DINTER e da Coordenação do Curso de Enfermagem da Universidade do Estado do Amazonas meus sinceros agradecimentos pelo apoio, incentivo e compreensão durante esses quatro anos de aprendizado.

À querida Professora Dra. Odaléa Maria Brüggemann, não tenho palavras para descrever minha gratidão por ter aberto as portas do mundo do acompanhante da mulher no parto, por compartilhar seu conhecimento e experiências docentes e de pesquisa, por sua dedicação e paciência infindáveis.

Meus respeitosos agradecimentos aos membros da Banca Examinadora pela participação e contribuições.

Aos participantes da pesquisa, meu reconhecimento e gratidão pela coragem em dividir suas vidas e seu tempo com a ciência.

Aos membros do GRUPESMUR e aos colegas de projeto, minha gratidão pela acolhida durante o estágio doutoral na UFSC.

Aos valentes colegas e amigos do Doutorado, meu carinho e agradecimentos pelo companheirismo e por deixaram essa caminhada menos solitária.

Meus agradecimentos ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pelo financiamento concedido para a execução desta pesquisa e a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

Por fim, agradeço em especial àqueles que sempre me apoiaram incondicionalmente e que generosamente cederam muitas de suas horas em minha companhia para que essa tese fosse elaborada e que, sem dúvida, são os que mais compartilham de minha alegria: minha amada Família e meus Pais.

MARRERO, Lihsieh. **Violência institucional percebida pelo acompanhante em maternidades públicas da Região Metropolitana de Florianópolis**. 2019. 214f. Tese (Doutorado de Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Brasil, 2019.

Orientadora: Odaléa Maria Brüggemann

Linha de pesquisa: O cuidado em Enfermagem à Saúde da Mulher e do Recém-Nascido.

## RESUMO

**OBJETIVO:** Investigar a violência institucional durante na internação para o parto sob a perspectiva do acompanhante em maternidades públicas da Região Metropolitana de Florianópolis (RMF). **MÉTODO:** a pesquisa foi realizada em duas etapas. A primeira foi uma revisão integrativa de literatura sobre a violência institucional durante o atendimento ao parto. A segunda foi a condução de um estudo transversal, em três maternidades públicas da RMF, com 1.147 acompanhantes. Os dados foram obtidos por entrevista estruturada, entre março de 2015 e maio de 2016. Na análise dos dados empregou-se a regressão de Poisson para identificar os fatores associados a violência institucional contra a mulher durante a internação para o parto. O Cálculo de prevalência e o teste qui-quadrado de Pearson foram utilizados para descrever a violação de direitos do acompanhante e identificar associações. **RESULTADOS:** A literatura mostrou que a violência institucional durante a internação para o parto do tipo psicológica, física e estrutural são as mais comuns, com frequência relatada pela mulher, mas também percebida por profissionais de saúde. Os acompanhantes entendem a precariedade da infraestrutura e o autoritarismo profissional como violência institucional. Nas maternidades públicas da RMF, os acompanhantes companheiro da mulher/pai do bebê (74,7%) relataram mais a violência institucional contra a parturiente (73,5%) do que aqueles que mantinham outros vínculos com ela, sendo a violência dos tipos estrutural (59,2%) e física (31,4%) os mais prevalente. O parto normal a termo e ocorrido de terça a sextas-feiras estiveram associados ao desfecho, sendo mais relatado por acompanhantes com maior escolaridade. Os participantes do sexo feminino (92,8%), que participaram do pré-natal (93,1%), mas desconheciam a Lei do Acompanhante (92,7%), sofreram mais violação de direitos como acompanhante, associado ao nascimento

por cirurgia cesárea. Não receber orientações por escrito (93,6%), não saber a identificação do profissional que prestou assistência (65,0%) e não ser incentivado a participar do cuidado (55,9%) foram os direitos mais violados. O aspecto assistencial com maior desrespeito aos direitos do acompanhante foi o acolhimento. A falta de orientação sobre o seu papel e de estímulo para participar do cuidado, foram as principais causas de insatisfação do acompanhante com a experiência. **CONCLUSÃO:** As prevalências de relatos do acompanhante sobre a violência contra a mulher durante a internação para o parto indicam que a sua presença não foi suficiente para impedi-la. A elevada prevalência de violência do tipo estrutural revela a lacuna existente entre as políticas de saúde e a realidade vivenciada durante a internação para o parto. A falta de orientação por escrito, a dificuldade de identificar o profissional que assiste a mulher, a falta de estímulo e de acolhimento do acompanhante pela equipe de saúde violam seus direitos e favorecem a violência institucional contra a parturiente. As inadequações da estrutura física, a pouca habilidade profissional nas relações interpessoais e a manutenção de fluxos assistenciais em desacordo com a legislação foram fatores contribuintes para a violência institucional contra a mulher e a violação dos direitos do acompanhante. Recomenda-se a realização de investigações para dar voz ao acompanhante em outros contextos assistenciais.

**Palavras-chave:** Acompanhantes de Pacientes, Parto Humanizado, Trabalho de Parto, Parto, Maternidades, Serviços de Saúde, Violência.

MARRERO, Lihsieh. **Institutional violence by the companion in public maternities in the Metropolitan Area of Florianópolis**. 2019. 214f. Thesis (Doctorate in Nursing) – Post Graduation in Nursing, Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, Brazil, 2019.

Advisor: Odaléa Maria Brüggemann

Reserach Line: Women and Newborns Health Nursing Care.

## ABSTRACT

**OBJECTIVE:** To investigate institutional obstetric violence from the perspective of the birth companion in public maternities in the metropolitan area of Florianópolis (MAF). **METHOD:** the research was carried out in two stages. The first an integrative review of literature on institutional obstetric violence guided the cross-sectional study conducted in three public maternities in the MAF with 1.147 birth companions. Data were obtained through structured interviews conducted between March 2015 and May 2016. Data analysis was performed using Poisson regression to identify the factors associated with institutional obstetric violence. To describe the violation of the rights of the companions, the calculation of prevalence and the Pearson's Chi-square were used to test the associations between the variables. **RESULTS:** In the systematic review, it was observed that psychological, physical and structural institutional obstetric abuses were the most common in Brazilian maternity hospitals. These were often reported by women; however, the professionals also perceive and admit their perpetration. The birth companions perceived the poor infrastructure and the overbearing nature of the professionals as institutional violence against women. On the field study, the birth companions who were the woman's partner/the baby's father (74.7%) reported institutional violence against the parturient (73.5%), with a prevalence of physical structure (59.2%) and physical violence (31.4%). Normal full-term deliveries that occurred between Tuesday and Friday were associated with the outcome. The birth companions with higher level of education were those who most perceived institutional violence against women. The female birth companions (92.8%), who participated on prenatal care (93.1%) and were unaware of the Companion Law (92.7%) reported more violations of their rights, which were associated with C-section births. Not receiving written orientations (93.6%), not knowing the identity of the professional who provided care (65.0%) and not being encouraged to participate in care

(55.9%) were the rights of the companion with a higher prevalence of violation. The aspect related to care in which the companions reported a greater violation of their rights was reception. Lack of guidance regarding their role and lack of encouragement to participate in care were the main causes of their dissatisfaction with the experience. **CONCLUSION:** The high prevalence of birth companions reporting violence against women during childbirth indicates that their presence was not enough to prevent its occurrence. The high prevalence of structural violence reveals the gap between women's health policies and the reality they experience during hospitalization. Failure to provide written guidelines, the lack of identification of the professional assisting the woman, the lack of encouragement and reception of the companion by the health team violate their rights and favor institutional violence against the parturient. The poor physical structure, the lack of professional skills in interpersonal relations and care attitudes that did not comply with the legislation were contributing factors for institutional violence against women and violation of the rights of the companion. Other investigations should be carried out to hear the companion in other care contexts.

**Keywords:** Medical Chaperones; Humanizing Delivery; Delivery, Obstetric; Health Services, Violence.

MARRERO, Lihsieh. **Violencia institucional percibida por el acompañante en maternidades de la Región Metropolitana de Florianópolis**. 2019. 214f. Tesis (Doctorado en Enfermería) – Programa de Pós-Graduado em Enfermeria, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Brasil, 2019

Orientadora: Odaléa Maria Brüggemann

Línea de investigación: El cuidado en Enfermería a la Salud de la Mujer y del Recién Nacido.

## RESUMEN

**OBJETIVO:** Investigar la violencia institucional en el parto desde la perspectiva del acompañante en maternidades públicas de la Región Metropolitana de Florianópolis/SC. **MÉTODO:** la investigación se realizó en dos etapas. La primera fue una revisión integrativa de literatura sobre la violencia institucional en el parto orientó el estudio transversal, conducido en tres maternidades públicas de la Región Metropolitana de Florianópolis, con 1.147 acompañantes. Los datos fueron obtenidos por entrevista estructurada entre marzo de 2015 y mayo de 2016. En el análisis de los datos se empleó la regresión de Poisson simple y múltiple para identificar los factores asociados a la violencia institucional contra la mujer en el parto. Para describir la violación de derechos del acompañante se utilizó el cálculo de prevalencia y la prueba chi-cuadrada de Pearson con corrección de continuidad de Yates para probar las asociaciones entre las variables. **RESULTADOS:** En la revisión de literatura, se observó que la violencia institucional en el parto del tipo psicológico, físico y estructural son las más comunes en las maternidades brasileñas, la mayoría de las veces, relatada por la mujer, aunque profesionales también perciben y admitan su perpetración. Los acompañantes perciben la infraestructura precaria y el autoritarismo profesionales como violencia institucional contra la mujer. En el estudio de campo, los acompañantes de la mujer/padre del bebé (74,7%) relataron con más frecuencia la violencia institucional contra la parturienta (73,5%), con prevalencia de los tipos estructural (59,2%) y física (31,4%). El parto normal a término y ocurrido entre los martes y los viernes se asociaron al desenlace. Los acompañantes con mayor escolaridad fueron los que más percibieron la violencia institucional contra la mujer. Los acompañantes de sexo femenino (92,8%) que participaron del prenatal (93,1%) y desconocían la

Ley del Acompañante (92,7%) relataron más violación de sus derechos, asociado al nacimiento por cirugía cesárea. No ser orientado por escrito (93,6%), no saber la identificación del profesional que prestó asistencia (65,0%) y no ser incentivado a participar del cuidado (55,9%) fueron los derechos del acompañante con mayor prevalencia de incumplimiento. El aspecto asistencial en que el acompañante relató mayor violación de sus derechos fue la acogida. La falta de orientación sobre su papel y de estímulo para participar del cuidado con la mujer fueron las principales causas de su insatisfacción con la experiencia. **CONCLUSIÓN:** Las prevalencias de relatos del acompañante sobre la violencia contra la mujer durante el parto indican que su presencia no fue suficiente para impedir su ocurrencia. La elevada prevalencia de violencia del tipo estructural revela la brecha existente entre las políticas de salud de la mujer y la realidad vivida por ellas durante la internación en la maternidad. La no orientación por escrito, la no identificación del profesional que asiste a la mujer, la falta de estímulo y de acogida del acompañante por el equipo de salud violan sus derechos y favorecen la violencia institucional contra la parturienta. Las inadecuaciones de la estructura física, la poca habilidad profesional en las relaciones interpersonales y el mantenimiento de flujos asistenciales en desacuerdo con la legislación fueron factores contribuyentes a la violencia institucional contra la mujer y violación de los derechos del acompañante. Se recomienda realizar otras investigaciones para dar voz al acompañante en otros contextos asistenciales.

**Palabras clave:** Acompañantes de Pacientes, Parto Humanizado, Trabajo de Parto, Parto, Maternidades, Servicios de Salud, Violencia.

## LISTA DE FIGURAS

- Figura 1** - Composição da amostra do estudo . . . . . 62
- Figura 2** - Fluxograma de atividades diárias do entrevistador nas Maternidades da Região Metropolitana de Florianópolis, 2015-2016. . . . . 66



## LISTA DE QUADROS

### MANUSCRITO 1

**Tabela 1** - Variáveis sociodemográficas do acompanhante e do atendimento, segundo o relato de violência contra a mulher durante a internação para o parto em maternidades públicas, Região Metropolitana de Florianópolis-SC, 2015-2016 . . . . . 97

**Tabela 2** - Prevalência de violência institucional contra a mulher durante a internação para o parto, segundo tipo de violência referida pelo acompanhante, Região Metropolitana de Florianópolis - SC, 2015-2016 . . . . . 99

**Tabela 3** - Razão de prevalência (RP) bruta e ajustada de violência institucional contra a mulher durante a internação para o parto percebida pelo acompanhante em maternidades da Região Metropolitana de Florianópolis - SC, 2015-2016 . . . . . 100

### MANUSCRITO 2

**Tabela 1** - Variáveis sociodemográficas do acompanhante e do atendimento ao parto, segundo violação de seus direitos em maternidades públicas da Região Metropolitana de Florianópolis-SC, 2015-2016 . . . . . 125

**Tabela 2** - Prevalência de violação de direitos do acompanhante de parto em maternidades públicas da Região Metropolitana de Florianópolis - SC, 2015-2016 . . . . . 126

**Tabela 3** - Prevalência de violação de direitos do acompanhante no acolhimento, na comunicação com a equipe e na ambiência, segundo fase da internação, Região Metropolitana de Florianópolis - SC, 2015-2016 . . . . . 127

**Tabela 4** - Grau de satisfação do acompanhante segundo fase da internação, Região Metropolitana de Florianópolis - SC, 2015-2016 . . . . . 128



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- ALCON - Alojamento Conjunto  
ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar  
ANVISA - Agência Nacional de Vigilância em Saúde  
APICE ON - Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia  
BDENF - Base de dados de Enfermagem  
BHL - Banco de Leite Humano  
BEMFAM - Sociedade Civil de Bem-Estar Familiar no Brasil  
BVS - Biblioteca Virtual de Saúde  
CEDAW - Committee on The Elimination of Discrimination Against Women  
CGBP - Casa de Gestante, Bebê e Puérpera  
CONITEC - Comissão Nacional de Ciências, Tecnologias e Insumos Estratégicos  
CNPq - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico  
DeCS - Descritores em Ciências da Saúde  
GRUPESMUR - Grupo de Pesquisa em Enfermagem na Saúde da Mulher e do Recém-nascido  
IC - Intervalo de confiança  
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
INDEXPSI - Index Psi Periódicos  
LILACS - Literatura Latinoamericana y del Caribe em Ciencias de la Salud  
LUPA - Lista Única de Puérperas e Acompanhantes  
MCD - Maternidade Carmela Dutra  
MEDLINE - Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica  
MeSh - Medical SubjectHeadings  
MHRSJ - Maternidade do Hospital Regional de São José Dr. Homero de Miranda Gomes  
MHU - Maternidade do Hospital Universitário  
MS - Ministério da Saúde  
ODM - Objetivos de Desenvolvimento para o Milênio  
ODS - Objetivos de Desenvolvimento Sustentável  
OMS - Organização Mundial de Saúde  
ONU - Organização das Nações Unidas  
P - Pergunta

PAISM - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher  
PEN - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem  
PHPN - Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento  
PIBIC - Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica  
PNAISM - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher  
PNH - Política Nacional de Humanização  
PNPM - Plano Nacional de Políticas para as Mulheres  
PNRMMN - Pacto Nacional Pela Redução Da Mortalidade Materna e Neonatal  
QC - Qualitativa Contínua  
QD - Qualitativa Discreta  
RC - Rede Cegonha  
RDC - Resolução da Diretoria Colegiada  
REBEN - Revista Brasileira de Enfermagem  
ReHuNa - Rede de Humanização do Nascimento  
RMF - Região Metropolitana de Florianópolis  
SAME - Serviço de Arquivos e Estatística Médica  
SC - Santa Catarina  
SciELO - ScientificElectronic Library Online  
SES - Secretaria de Estado de Saúde  
SUS - Sistema Único de Saúde  
TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido  
UFSC - Universidade Federal de Santa Catarina

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>23</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	<b>31</b>
<b>3</b>	<b>FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....	<b>33</b>
3.1	<b>LINHA DO TEMPO: O PARTO E O NASCIMENTO NAS POLÍTICAS DE SAÚDE DO BRASIL</b> .....	<b>33</b>
3.2	O ACOMPANHANTE NO CENÁRIO DO PARTO INS- TITUCIONALIZADO: DA POLÍTICA À PRÁTICA NAS MATERNIDADES BRASILEIRAS .....	40
3.3	VIOLÊNCIA INSTITUCIONAL CONTRA A PARTURIEN- TE E A VIOLAÇÃO DE DIREITOS DO ACOMPANHAN- TE NOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO OBSTÉTRICA NO BRASIL.....	46
<b>4</b>	<b>MÉTODO</b> .....	<b>57</b>
4.1	REVISÃO INTEGRATIVA .....	57
4.2	PESQUISA DE CAMPO .....	59
4.2.1	<b>Tipo e local do estudo</b> .....	<b>59</b>
4.2.2	<b>Sujeitos do estudo</b> .....	<b>60</b>
4.2.3	<b>População e amostra do estudo</b> .....	<b>61</b>
4.2.4	<b>Coleta de dados</b> .....	<b>62</b>
4.3	VARIÁVEIS DO ESTUDO .....	67
4.4	ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS .....	71
4.5	ASPECTOS ÉTICOS E DE SUBSÍDIOS .....	76
<b>5</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	<b>79</b>
5.1	ARTIGO – VIOLÊNCIA INSTITUCIONAL DURANTE O PROCESSO PARTURITIVO NO BRASIL: REVISÃO INTEGRATIVA .....	80
5.2	MANUSCRITO 1 - VIOLÊNCIA INSTITUCIONAL CONTRA A PARTURIENTE REFERIDA PELO ACOMPAN- HANTE EM MATERNIDADES DA REGIÃO METRO- POLITANA DE FLORIANÓPOLIS .....	90
5.3	MANUSCRITO 2 - VIOLAÇÃO DOS DIREITOS DO ACOMPANHANTE EM MATERNIDADES PÚBLICAS DE FLORIANÓPOLIS, SC.....	116
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>143</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>147</b>
	<b>ANEXO A - QUESTIONÁRIO DO MACROPROJETO</b> .	
	<b>183</b>	

<b>ANEXO B – INSTRUTIVO DE CAMPO .....</b>	<b>223</b>
<b>ANEXO C – <i>CHECK LIST</i> COM CRITÉRIOS DE IN- CLUSÃO E EXCLUSÃO .....</b>	<b>233</b>
<b>ANEXO D – LISTA ÚNICA DE PUÉRPERAS E ACOM- PANHANTES .....</b>	<b>235</b>
<b>ANEXO E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....</b>	<b>237</b>
<b>ANEXO F - FORMULÁRIO DE PERGUNTAS POR TELEFONE.....</b>	<b>239</b>
<b>ANEXO G - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....</b>	<b>241</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O nascimento é um acontecimento único com representações peculiares, de acordo com o contexto cultural ao qual a mulher pertence. É a partir das experiências próprias ou adquiridas que ela elabora suas expectativas, desenvolve anseios e necessidades para o momento do parto, geralmente compartilhadas com os membros de sua rede social.

O ato de nascer, ao longo da trajetória das civilizações humanas, foi modificado quanto ao modo de ocorrer pelo momento histórico, por interesses de grupos sociais e gerações. Envolto por simbolismos morais e religiosos nas sociedades ocidentais o parto, até o século XVII, era de domínio privado e feminino, conduzido por mulheres mais experientes, detentoras de saberes populares, conhecidas como parteiras. Nos séculos XVIII e XIX, com o crescente interesse da medicina acerca da natureza feminina, alinhado a utilidade do controle da reprodução e da sexualidade para a biopolítica da época, o parto foi transformado em um fenômeno patológico, envolto em riscos, sofrimento e dor que depreendia ordenação e disciplina dos corpos gravídicos (AYRES, HENRIQUES, AMORIM, 2018; CASAL-MOROS, ALEMANY-ANCHEL, 2014; MEYER, 2011; FOUCAULT, 2010).

Na metade do século XIX, o controle médico sobre o nascimento foi concretizado com o deslocamento do parto para o hospital, a medicalização do processo de parturição, a destituição da parturiente de seu protagonismo com o distanciamento da família. No Brasil, a institucionalização do parto se intensificou no século XX, em um contexto de predomínio da lógica curativa e tecnicista da assistência à saúde (MAIA, 2010; WOLFF, MOURA, 2004; TORQUIST, 2002). Na contemporaneidade, o modelo de atenção obstétrica no país, e em várias partes do mundo, é considerado violento, caracterizado por práticas assistenciais intervencionistas, abusivas, danosas ao processo fisiológico de parturição; que desrespeitam a autonomia e os direitos reprodutivos das mulheres e de casais; tendo como pano de fundo as desigualdades de gênero e social, com impacto negativo na morbimortalidade materna e neonatal (ABUYA *et al.*, 2018; DINIZ *et al.*, 2018; KRUK *et al.*, 2018; SOUZA, RATTNER, GUBERT, 2017; DIAZ-TELLO, 2016; SADLER *et al.*, 2016; VACAFLOR, 2016; MILLER, LALONDE, 2015).

Assumida como um fenômeno complexo e multifatorial, a violência se apresenta em diferentes formas (física, moral, psicológica, sexual, patrimonial e obstétrica) (KRUG *et al.*, 2002). Quando ocorre no cenário

de uma instituição, advinda de relações desiguais de poder entre os sujeitos é reconhecida como violência institucional. Na área da saúde essa forma de violência é caracterizada pela sujeição do usuário ao controle autoritário do profissional (FOUCAULT, 2013; STARR, 2009). No contexto da atenção obstétrica a violência institucional pode ocorrer a qualquer momento durante o atendimento a mulher no ciclo gravídico-puerperal, sendo direcionada a ela ou não.

Compreendida como o atendimento em condições precárias, a baixa qualificação profissional e a violação de direitos da mulher e de seu acompanhante, a violência institucional é mais frequente durante o parto e o nascimento, ocorrendo de maneira velada, geralmente mesclada aos protocolos assistenciais (AGUIAR, D'OLIVEIRA, 2011). Situações em que a violência institucional decorre de condutas de profissionais direcionadas a parturiente, recentemente têm sido reconhecidas como violência obstétrica, um desdobramento da violência institucional (MARIANI, NASCIMENTO NETO, 2016; DINIZ *et al.* 2015). Falas grosseiras e pejorativas, ameaças de abandono e reprimendas durante o atendimento, agressões físicas contra a mulher, negligência no manejo da dor, intervenções desnecessárias e não consentidas são alguns exemplos da violência obstétrica (BOHREN *et al.*, 2017a; SAVAGE, CASTRO, 2017; CASTRILLO, 2016; SHEFERAW, MENGESHA, WASE, 2016; ASEFA, BEKELE, 2015; JEWKES, PENN-KEKANA, 2015; MILLER, LALONDE, 2015; BOWSER, HILL, 2010).

A violência institucional durante a internação para o parto também vitimiza o acompanhante da mulher ao violar seus direitos como o de permanecer de forma contínua ao lado da parturiente durante toda a internação, independente do sexo ou de procedimentos a serem realizados e em ambiente adequado; ser orientado pelos profissionais de saúde sobre as regras institucionais e seu papel; ter acesso a informação de forma clara e honesta sobre o atendimento da mulher; ser envolvido e participar ativamente do cuidado com a mulher (ALMEIDA *et al.*, 2018; BRASIL, 2017; BRÜGGEMANN *et al.*, 2015).

Embora, os termos “violência institucional” e “violência obstétrica” sejam considerados sinônimos, em certa medida, o primeiro termo é mais amplo e alcança outros atores, como o acompanhante, além da parturiente (MARIANI, NASCIMENTO NETO, 2016; DINIZ *et al.* 2015; AGUIAR, D'OLIVEIRA, 2011). Nesse estudo, optou-se por utilizar o termo violência institucional, uma vez que foram investigados aspectos

da violência institucional contra a parturiente e a violação dos direitos do acompanhante durante a internação para o parto.

Nas últimas décadas, as denúncias de violência institucional perpetrada durante a assistência ao parto, têm ganhado espaço nas agendas nacionais e internacionais, com avanços conceituais, políticos e legais para a promoção de uma maternidade livre de violência. A ampliação da discussão sobre o problema em diferentes esferas da sociedade é fruto dos esforços dos movimentos sociais de mulheres e pelos direitos humanos e reprodutivos e da produção de evidências sobre as repercussões da violência institucional nos desfechos maternos e neonatais (LEAL *et al.*, 2018; SOUZA, RATTNER, GUBERT, 2017; HUSSEIN *et al.*, 2016; PARRA, 2016; ASSARAG *et al.*, 2015; LUKASSE *et al.*, 2015; LANSKY *et al.*, 2014; SCHNECK *et al.*, 2012).

A despeito do desconhecimento de sua magnitude, estima-se que um percentual significativo de parturientes tenha sido vítima de alguma forma de violência durante a assistência em instituições brasileiras (DINIZ *et al.*, 2014; D'ORSI *et al.*, 2014; VENTURI, BOKANY, DIAS, 2010). A violência institucional durante o atendimento ao parto é atribuída, dentre outros fatores, à formação profissional tecnocrática, à organização mecanizada e a baixa qualidade dos serviços de saúde, à discriminação social e de gênero (KHANAM *et al.*, 2018; BERQUÓ, LAGO, 2016; ROJAS-GUALDRÓN, CAICEDO-VELASQUEZ, 2017; ALVES, ALVES, PADOIN, 2016; BHATTACHARYYA *et al.*, 2015; SÁNCHEZ 2015; CASTRO, ERVITI, 2014).

Na conjuntura brasileira, observa-se o convívio dos modelos tecnocrático e humanista na organização do serviço e nas práticas assistenciais, que repercutem na experiência das mulheres e suas famílias com o parto, nem sempre positivas (GUIMARÃES, JONAS, AMARAL, 2018; RODRIGUES *et al.*, 2018; PEDROSO, LÓPEZ, 2017; PEDRAZA, 2016; SENA, TESSER, 2017; CHAVES *et al.*, 2015; RIBEIRO *et al.*, 2015). Desde a década de 1980, o país ordena dispositivos políticos e jurídicos para a prevenção da violência institucional e garantir a humanização na assistência ao parto, embora no âmbito operacional suas contribuições tenham sido tímidas (THEOPHILO, RATTNER, PEREIRA, 2018; BALDISSEROTTO, THEME FILHA *et al.*, 2016; CARNEIRO, 2015; TESSER *et al.*, 2015).

No plano político, para incentivar às boas práticas, em 1999 o Ministério da Saúde criou o Prêmio Galba de Araújo, que poderia ser pleiteado por instituições que ofereciam atenção humanização ao parto

e ao nascimento (BRASIL, 1999a). No ano 2000, a atenção obstétrica foi discutida na Conferência Internacional Sobre Humanização no Parto, em Fortaleza-CE, influenciando na elaboração das diretrizes do Programa Nacional de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) lançado no ano seguinte (BRASIL, 2000). O impacto de suas ações na redução das taxas de mortalidade materna e neonatal nos anos subsequentes merece destaque (RODRIGUES *et al.*, 2016; SZWARCOWALD *et al.*, 2014a; SZWARCOWALD *et al.*, 2014b; VICTORA *et al.*, 2011).

Com caráter de controle social, como movimento de mulheres, em 2002, a Rede Feminista de Saúde apresentou o dossiê Humanização do Parto, em que denunciava o descompasso entre a produção e a disponibilidade de avançados elementos técnicos (manuais, normas) e a manutenção de práticas assistenciais ultrapassadas, sugerindo a necessidade de mudanças substanciais no cotidiano institucional, no processo formativo dos profissionais de saúde e na fiscalização do cumprimento dos direitos reprodutivos das mulheres (REDE FEMINISTA DE SAÚDE, 2002).

Em resposta as evidentes lacunas entre as políticas e as práticas obstétricas, o estado brasileiro homologou a Lei nº. 11.108, em 2005, popularmente conhecida como “Lei do acompanhante”, que garante a mulher o direito a presença de um acompanhante de sua escolha no parto e pós-parto imediato em unidades hospitalares (BRASIL, 2005a). Sua presença foi regulamentada pela Portaria Ministerial nº. 2.418 (BRASIL, 2005b) e pela Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº. 36 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), que instituem parâmetros para a adequação dos serviços para receber e incluir o acompanhante da parturiente no contexto do parto hospitalar (ANVISA, 2008). Esses mesmos atos legais e normativos outorgaram direitos ao acompanhante da mulher referente ao ambiente físico, à presença contínua, a acesso à informação sobre o atendimento prestado e o envolvimento e participação no parto e nascimento. Ainda que um direito da mulher constituído, 24,5% das parturientes atendidas em maternidades brasileiras públicas e privadas entre os anos de 2011 e 2012 não usufruíram da presença de um acompanhante durante a internação (DINIZ *et al.*, 2014). Dentre os fatores que comprometem o exercício desse direito estão o despreparo institucional para agregar o acompanhante no atendimento e o desconhecimento da legislação por usuários, profissionais de saúde e gestores (ALMEIDA *et al.*, 2018; PEREIRA *et al.*, 2018; FRUTUOSO *et al.*, 2017; SILVA L., SILVEIRA, MORAES, 2017; DINIZ *et al.*, 2016; GONÇALVES *et al.*, 2015; BRÜGGEMANN *et al.*, 2014; D’ORSI *et al.*, 2014). A clara neces-

cidade de avançar na qualidade da atenção obstétrica e neonatal e garantir os direitos de mulheres, recém-nascidos e suas famílias impulsionou o governo brasileiro a empreender medidas para a reorganização da rede de assistência e a qualificação profissional nessa área. Em 2011, a estratégia Rede Cegonha (RC) foi lançada como prioridade nas políticas de saúde, convergindo várias iniciativas ministeriais voltadas ao acolhimento, as boas práticas, a resolubilidade e a ampliação do acesso aos serviços de pré-natal, parto e puerpério (BRASIL, 2011). Após cinco anos de execução das ações da RC, os indicadores perinatais e a análise de experiências de mulheres e acompanhantes, revelavam a manutenção de uma conjuntura desafiadora. As práticas não recomendadas e sem evidências científicas cronicadas na atenção obstétrica, demonstravam a necessidade de intensificar o investimento na qualificação do profissional para mudar o modo de nascer no país (NAKANO, BONAN, TEIXEIRA, 2018; TEIXERENSE, SANTOS, 2018; ALONSO *et al.*, 2017; ALVES, ALVES, PADOIN, 2016; BALDISSEROTTO, THEME FILHA, GAMA, 2016; DORNFELD, PEDRO, 2015; AQUINO, 2014).

Nesse sentido, a Comissão Nacional de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde, publicou as “Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação Cesariana” (BRASIL, 2015) e a “Diretriz Nacional de Assistência ao Parto” (BRASIL, 2016a). Ainda na expectativa de promover mudanças estruturais, o Ministério da Saúde, em parceria com hospitais e instituições de ensino, iniciou em 2017 o projeto “Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia” (APICE ON), com o propósito de capilarizar a adesão às boas práticas (BRASIL, 2017a).

Em harmonia com a política internacional de promoção da igualdade de gêneros e de reelaboração do conceito de paternidade, bem como com as evidências que demonstraram que o companheiro da mulher/pai do bebê é o acompanhante de primeira escolha da mulher no Brasil, em 2016, teve início a estratégia “Pré-Natal do Parceiro” na rede pública de saúde, com o objetivo de envolver o homem no planejamento reprodutivo, na gestação e no parto, contribuindo para o fortalecimento do vínculo afetivo com a família (BRASIL, 2016b). A inserção do homem no pré-natal representou um avanço para a implantação das práticas humanizadas, ampliando seu potencial provedor de apoio e de agente de controle da violência institucional durante a internação para o parto (TELES *et al.*, 2018; GOMES *et al.*, 2016; BRÜGGEMANN *et al.*, 2015a).

O sucesso do trabalho de parto tem como pré-requisito o bem-estar físico e emocional da mulher, mantido por condições favoráveis ao parto, o que inclui o ambiente adequado, a privacidade, o conforto e a presença contínua de um acompanhante de sua escolha (BOHREN *et al.*, 2017b; HODNETT *et al.*, 2013). A presença e participação do acompanhante tem sido consideradas uma tecnologia do cuidado eficaz na redução de tensões, medo, dor e maus tratos durante o parto hospitalar, potencializando o poder de tomada de decisão da parturiente (JUNGES *et al.*, 2018; MONGUILHOTT *et al.*, 2018; TEIXEIRENSE, SANTOS, 2018; BATISTA *et al.*, 2017; SANTOS *et al.*, 2015; DODOU *et al.*, 2014; LACERDA, SILVA, DAVIM, 2014). Recomendada nas diretrizes nacionais de saúde e um direito da mulher, a presença do acompanhante implica em mudança de posturas profissional e institucional. Isso porque, para que o acompanhante seja capaz de prover apoio e segurança a parturiente, é preciso sentir-se acolhido no ambiente hospitalar, tenha empatia pela equipe de saúde e disponha do mínimo de informação sobre os processos assistenciais e as expectativas sobre a sua participação (SANTOS *et al.*, 2018; FRUTUOSO *et al.*, 2017; SILVA L. *et al.*, 2017; GAMA *et al.*, 2016; BRÜGGEMANN *et al.*, 2015b; VAZ, PIVATTO, 2014).

Pesquisas realizadas com puérperas reforçam a importância da presença e participação do acompanhante durante a internação para o parto para a satisfação com a experiência. Ao contrário, a ausência da pessoa de confiança, gerou sentimentos de frustração, medo, solidão e de violação de direitos na maioria das mulheres (SOUZA, GUALDA, 2016; SANTOS *et al.*, 2015; LACERDA, SILVA, DAVIM 2014). Para o acompanhante estar presente no parto e nascimento como provedor de apoio da mulher tem sido apontado como motivo de satisfação nos estudos sobre o tema. A sua percepção sobre o ambiente em que a mulher foi atendida, o acesso a informações sobre o atendimento prestado e a qualidade do atendimento à mulher e ao recém-nascido são fatores associados a satisfação do acompanhante. Por outro lado, a falta de orientações sobre o seu papel como acompanhante durante a internação para o parto e ser impedido de estar presente no nascimento são motivos de insatisfação (BATISTA *et al.*, 2017; BRÜGGEMANN *et al.*, 2015a).

Apesar da importância do acompanhante no parto institucionalizado, a maioria das pesquisas acerca da violência durante o parto tem explorado a perspectiva da parturiente. Em recente busca de literatura sobre a temática, conduzida nas principais bases eletrônicas científicas da área da saúde entre 2000 e 2017, localizou-se apenas três estudos que tiveram o

acompanhante como sujeito de pesquisa (SOUZA, GUALDA, 2016; RESENDE *et al.*, 2015; REIS, PATRÍCIO, 2005) e nenhum sobre a violação de seus direitos, seja de abordagem qualitativa ou quantitativa.

Considerando a presença do acompanhante no cenário do parto hospitalar, seu potencial para o controle da violência institucional e a necessidade de lhe dar voz, essa proposta investigativa pretendeu responder as seguintes questões de pesquisa: quais os tipos mais frequentes de violência institucional sofrida por mulheres que buscam assistência ao parto no Brasil? Quem são os sujeitos que relatam a violência institucional no parto nas investigações sobre o tema no Brasil? Qual a prevalência e os fatores associados à violência institucional contra a mulher durante o parto referida pelo acompanhante em maternidades públicas da Região Metropolitana de Florianópolis? Quais os direitos do acompanhante de parto são violados nessas maternidades?

A relevância deste estudo, portanto, se justifica pelo hiato no conhecimento sobre as facetas da violência institucional durante a internação para o parto e o ineditismo em explorar a violação de direitos do acompanhante. Os avanços dos conceitos, da identificação de fatores associados e de implementação de estratégias de prevenção dependem do reconhecimento das nuances do fenômeno além das percepções da parturiente e do profissional de saúde. Nesse sentido, o olhar do acompanhante da mulher sobre o problema pode contribuir para o debate sobre a humanização na assistência e o combate da violência institucional.



## 2 OBJETIVOS

### GERAL

Investigar a violência institucional durante a assistência ao parto sob a perspectiva do acompanhante em maternidades públicas da Região Metropolitana de Florianópolis, SC.

### ESPECÍFICOS:

- Identificar, na literatura, os tipos de violência institucional na assistência ao parto nas maternidades brasileiras relatados pela mulher, pelo acompanhante de parto e por profissionais de saúde.
- Estimar a prevalência e os fatores associados à violência institucional no parto referida pelo acompanhante em maternidades públicas da Região Metropolitana de Florianópolis.
- Descrever a violação de direitos do acompanhante durante a internação da mulher para o parto em maternidades públicas da Região Metropolitana de Florianópolis.



### 3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A construção da sustentação teórica dessa tese teve início com a revisão da literatura sobre a violência institucional no parto nas principais bases eletrônicas científicas: Literatura da América Latina e Caribe (LILACS), Base de Dados de Enfermagem (BDENF), Index Psi Periódicos (INDEXPSI), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO regional), *Scopus*, *Web of Science* e PubMed.

Para entender a incorporação do problema nas agendas da política nacional e internacional, foram revisitadas portarias ministeriais, resoluções e diretrizes referentes a assuntos pertinentes a saúde da mulher, parto e ao nascimento; manuais de programas de atenção obstétrica; normas técnicas; relatórios de entidades oficiais e do movimento social envolvidas na humanização da assistência do parto.

Este capítulo está dividido em três partes: na primeira, reconstruiu-se a ***linha do tempo: o parto e o nascimento nas políticas de saúde do Brasil***, pontuando os avanços e desafios para garantir os direitos da mulher, do recém-nascido e da família na trajetória da atenção obstétrica. A segunda parte contextualiza o processo de inserção do ***acompanhante no cenário do parto institucionalizado: da política à prática nas maternidades brasileiras*** e desejou-se confrontar as prerrogativas da humanização da assistência, previstas nas normativas vigentes, e a realidade institucional vivida por mulheres e seus acompanhantes. Na terceira e última parte, buscou-se compreender a ***violência institucional contra a parturiente e a violação de direitos do acompanhante nos serviços de atenção obstétrica no Brasil***, presente nas relações entre profissionais de saúde, mulheres e acompanhantes.

#### 3.1 LINHA DO TEMPO: O PARTO E O NASCIMENTO NAS POLÍTICAS DE SAÚDE DO BRASIL

As elevadas taxas de mortalidade geral, registradas nas décadas de 1930-1950, comprometiam a dinâmica populacional para a ocupação do território e desenvolvimento do país, o que preocupavam os governantes, que viam nas políticas pró-natalistas a solução para acelerar o ritmo do crescimento demográfico. Somadas ao moralismo religioso e a norma familiar, as ações de saúde da mulher da época valorizavam a condição feminina de mãe, que deveria ser dedicada a família e obediente as

prescrições médicas circunscritas as questões materno-infantis (CRUZ, CAMINHA, BATISTA FILHO, 2014; ALVES, 2006).

As mudanças políticas e econômicas dos anos de 1960 foram impulsionadas pela industrialização do país e pela inserção das mulheres no mercado de trabalho. A emancipação feminina trouxe consigo a discussão sobre o controle da fecundidade pelas mulheres, a partir do acesso a medidas seguras e informadas de contracepção (DIAS *et al.*, 2018; ALVES, CORRÊA, 2003).

No contexto internacional, as teorias malthusianas sobre uma explosão demográfica com consequências para o desenvolvimento social e econômico, aterrorizavam os países desenvolvidos que pressionavam os governos dos países em crescimento populacional, com intervenções de organizações internacionais ligadas à economia, a demografia e a saúde para o planejamento e a execução de ações de controle da natalidade (FERREIRA, COSTA, MELO, 2014; COSTA, 2009; VENTURA, 2009). A Sociedade Civil de Bem-Estar Familiar no Brasil (BEMFAM) era a responsável pelo planejamento familiar em território nacional nos anos de 1970. Resumidas a distribuição de contraceptivos e a esterilização de mulheres pobres e de minorias étnicas, suas ações eram o centro dos conflitos entre profissionais de saúde, religiosos, parlamentares, autoridades e movimento social (ALVES, 2002; COELHO, LUCENA, SILVA, 2000).

No processo de redemocratização do país e no contexto de efervescência dos movimentos pró-reforma sanitária, os movimentos de mulheres e feministas, ganharam espaço social e político e reivindicavam mudanças de paradigma nas ações de saúde da mulher, rompendo com o modelo tradicional de assistência (DIAS *et al.*, 2018; RATTNER, 2014; NEGRÃO, 2012). Com a perspectiva da atenção integral a saúde e dos direitos sexuais e reprodutivos, foi lançamento o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em 1984. Considerado pioneiro, o PAISM, contemplava a mulher em todo o ciclo vital, por meio de ações educativas, preventivas, diagnósticas, tratamento e recuperação da saúde (BRASIL, 1984).

As conquistas das mulheres foram legitimadas com a incorporação, em 1988, dos conceitos de integralidade e de autonomia sobre o seu corpo no texto da Nova Constituinte (ALVES, 2016; COSTA, 2009; FARAH, 2004; BRASIL, 1988). No entanto, as desigualdades regionais no acesso e na qualidade aos serviços de saúde persistiram, impondo desafios para a operacionalização dos direitos constitucionais, em especial,

os relacionados à reprodução (DINIZ, D'OLIVEIRA, LANSKY, 2017; GOES, NASCIMENTO, 2013; LEÃO *et al.*, 2013; LIMA *et al.*, 2012).

Como estratégia para garantir os direitos das mulheres e melhorar a qualidade do atendimento obstétrico, sociedade civil e governo, investiram em ações para a humanização da assistência a partir da década de 1990 (RATTNER *et al.*, 2010; TORNQUIST, 2003). A Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (REHUNA) e a Organização Mundial de Saúde (OMS) foram importantes orientadores das ações e políticas dessa época.

A REHUNA é uma rede, organizada em 1993, a partir da reunião de profissionais de saúde, entidades de classe e sociedade civil que debate sobre o modelo de assistência ao parto e nascimento brasileiro, com o propósito de divulgar e apoiar as práticas baseadas em evidências científicas e de ser um contraponto ao tecnicismo (RATTNER *et al.*, 2010).

No âmbito político a Portaria nº. 1.016 de 1993, que instituiu as Normas Básicas para Implantação do Sistema de Alojamento Conjunto (ALCON), tinha como objetivo reduzir a mortalidade materna e neonatal a partir do estímulo às práticas que fortaleciam o vínculo mãe-filho e incentivassem o aleitamento materno (BRASIL, 1993).

A OMS, em 1996, publicou o Guia de Recomendações para o Parto Normal com o objetivo de difundir e encorajar as práticas baseadas em evidências científicas, reduzindo os índices de cirurgia cesárea e de intervenções desnecessárias. O Guia classificou as condutas assistenciais ao parto normal em: a) condutas claramente úteis e que deveriam ser encorajadas; b) condutas claramente prejudiciais ou ineficazes e que deveriam ser eliminadas; c) condutas sem evidência suficiente para fomentar uma recomendação e que, deveriam ser usadas com precaução enquanto não houver evidências, e d) Condutas frequentemente utilizadas de forma inapropriadas (OMS, 1996). Entre as práticas a serem encorajadas está a presença contínua de um acompanhante de escolha da mulher durante o trabalho de parto e parto.

No contexto nacional, alinhado as recomendações internacionais, a Portaria de nº. 2.815 de 1998 incluiu o parto normal atendido por enfermeiros obstetras na tabela de cobrança de procedimentos do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1998), a Portaria de nº. 985 de 1999 instituiu as diretrizes para a criação dos Centros de Parto Normal (BRASIL, 1999a) e a Portaria nº. 1.406 do mesmo ano, instituiu o Prêmio Galba de Araújo (BRASIL, 1999b), criando condições políticas para a imple-

mentação de práticas baseadas em evidência na atenção obstétrica nas diferentes regiões do país.

A Conferência Internacional Sobre Humanização no Parto, realizada em Fortaleza-CE no ano 2000, debateu a implementação de ações que valorizassem o protagonismo da mulher no parto e que reduzissem as taxas de mortalidade materna. No mesmo ano, a Conferência do Milênio, discutiui os problemas da humanidade no século XXI e propôs ao mundo os oito objetivos para o desenvolvimento do milênio (ODM), dentre os quais a redução dos indicadores da mortalidade infantil e materna (ONU, 2015). Como signatário dos ODM, o Brasil adotou medidas políticas sequenciais nos anos seguintes, intensificando e revendo estratégias para alcançar as metas pactuadas até 2015 de reduzir a mortalidade drasticamente a materna e melhorar a qualidade de assistência à saúde da mulher.

Nessa perspectiva, o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) foi instituído pela Portaria nº. 569 em 2000 (BRASIL, 2000). Em 2003, para mediar a inclusão das diferenças nos processos de gestão e de cuidado de forma transversal, foi lançada a Política Nacional de Humanização (PNH). Sua proposta era a construção coletiva e compartilhada de mudanças na qualidade de assistência a saúde por gestores, profissionais de saúde e usuários, consolidando os princípios do SUS (BRASIL, 2003). Na saúde da mulher foram propostas ações conjuntas com outras áreas para a atenção a população feminina rural, com deficiência, negras, indígenas, presidiárias, lésbicas e a participação em discussões e atividades sobre saúde e o meio ambiente (BRASIL, 2011a).

Em sequência, o Pacto Nacional Pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal (PNRMMN) de 2004, reconheceu a desarticulação das ações nos estados e municípios e a multicausalidade da morte materna e neonatal e propôs a pactuação de metas entre as esferas de governo e a sociedade civil para a redução desses indicadores, a partir da execução de ações intersetoriais para a qualificação da atenção obstétrica e neonatal (BRASIL, 2004a).

A revisão e a elevação do PAISM a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PNAISM), estabelecendo diretrizes para a atenção à saúde da mulher, reforçando o estímulo ao protagonismo da parturiente, a presença do acompanhante de sua escolha e a intervenção mínima no parto, foram os primeiros passos (BRASIL, 2004b). O impacto de suas ações também foi perceptível na fecundidade (2,89 filhos por mulher em 1990 e 1,72 em 2015) e na redução de gestantes sem aces-

so a atenção pré-natal (10,9% em 1990 e 2,2% em 2015) (LEAL *et al.*, 2018).

Ainda como desdobramento do PNRMMN, em 2005, foi publicada a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, que estabelecia princípios e diretrizes para a promoção da saúde da gestante, puérpera e neonatos (BRASIL, 2005c). No mesmo ano, destaca-se a Lei nº. 11.108, conhecida como “Lei do acompanhante”, foi sancionada, dando a mulher o direito a presença de uma pessoa de sua escolha durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato em hospitais (BRASIL, 2005a). A Portaria Ministerial nº. 2.418 do mesmo ano autoriza a cobrança de diárias referente a acomodações e refeições básicas do acompanhante da mulher pelo prestador de serviço (BRASIL, 2005b). A Resolução Normativa 176 de 2007 da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) incluiu na referência básica para cobertura assistencial nos planos privados de assistência à saúde, as despesas com o acompanhante de livre escolha da mulher durante a internação para o parto, em atendimento a legislação vigente (ANS, 2007).

Ainda no ano de 2007, foi publicada a lei nº 11.634 que dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do SUS. A intenção era reduzir o fenômeno de “peregrinação” da gestante em busca de assistência ao parto nas maternidades das grandes cidades, contribuindo para a redução de complicações e desfechos desfavoráveis a saúde da mãe e do bebê (BRASIL, 2007).

Mas, somente em 2008, a RDC nº. 36 da ANVISA apresentou os parâmetros para o funcionamento dos serviços de atenção obstétrica e neonatal quanto as instalações físicas, protocolos e rotinas, treinamento de profissionais para o atendimento a parturiente e seu acompanhante (ANVISA, 2008). Alguns Estados, como Santa Catarina, adotaram medidas para reforçar as diretrizes e efetivar a inserção do acompanhante através de Instrução Normativa (SANTA CATARINA, 2009). Embora a presença do acompanhante no parto seja um direito constitucional, os resultados de pesquisa nacional com puérperas registraram a ausência do acompanhante em 24,5% dos partos realizados em maternidades públicas e privadas (DINIZ *et al.*, 2014).

No entanto, a redução das taxas de mortalidade materna, ainda distante do ideal, além da minimização das diferenças regionais, dependia da reorganização da atenção perinatal. Com essa finalidade, em 2011, foi publicada a Portaria nº. 1.459, sob o codinome “Rede Cegonha”, que

congregou estratégias e programas anteriores para melhorar, ampliar e integrar os serviços de atenção ao pré-natal, à assistência ao parto e pós-parto e à criança até dois anos de idade. Os direitos da mulher de acesso ao cuidado desde o planejamento familiar até o puerpério, e da criança o direito ao nascimento seguro e ao desenvolvimento saudável, eram assegurados pela orientação aos serviços quanto ao respeito a livre escolha da mulher sobre o momento para engravidar e de ser assistida de maneira humanizada no ciclo gravídico-puerperal (BRASIL, 2011b).

Sem negar as melhorias promovidas pelas ações da RC, os indicadores perinatais e as experiências relatadas por mulheres e casais atendidos nos serviços públicos e privados de saúde, mostravam que os avanços na qualidade da assistência foram menores que o esperado (RODRIGUES *et al.*, 2016; BRASIL, 2013a). A continuidade de condutas não recomendadas e sem evidências científicas na atenção ao parto e nascimento, a manutenção dos percentuais de cirurgias cesáreas (55,5%) muito superior ao aceitável (17%), demonstravam que os direitos reprodutivos e o protagonismo da mulher não estavam consolidados (LEAL *et al.*, 2018; MONGUILHOTT *et al.*, 2018; PORTELA *et al.*, 2018; PEDRAZA, 2016; RATTNER, 2014). O cenário que se mantinha sustentava a necessidade de investir na redução das desigualdades regionais, na qualificação profissional e em mudanças estruturais substanciais para modificar a forma de nascer no Brasil.

Com esse objetivo, em 2012 foi iniciado o Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais da Amazônia Legal e Nordeste, que deveria ampliar a rede de atenção perinatal, melhorar a qualidade da atenção obstétrica e neonatal nessas regiões, que registravam os piores indicadores sociais e de saúde. A análise do contexto nacional permite identificar as repercussões das ações nos indicadores, com redução significativa nas taxas de mortalidade materna e neonatal entre 1990-2015 (DOMINGUES *et al.*, 2016; CECATTI *et al.*, 2015; SZWARCOWALD *et al.*, 2014a; BRASIL, 2012a).

Ainda com o intuito de reduzir o índice de mortalidade materna, em 2013 a portaria nº 1.020, instituiu as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco, definindo critérios para a implantação e habilitação dos serviços de referência, incluída a Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), em conformidade com a RC (BRASIL, 2013b).

A discussão sobre a qualidade da assistência obstétrica mundial nessa época, passa pelo respeito a mulher durante o atendimento ao

parto, culminando na elaboração de propostas conjuntas entre governos, organizações internacionais de saúde e direitos humanos e a sociedade civil para o combate aos abusos e práticas inadequadas durante os atendimentos em serviços de saúde. No sentido de apoiar e orientar as ações de combate a violência institucional durante o atendimento a mulher no ciclo gravídico-puerperal, em 2014, a OMS publicou recomendações sobre a eliminação dos abusos durante o parto. Entre as estratégias propostas esta a reordenação das estruturas políticas voltadas à saúde da mulher e a qualificação profissional para a prática de intervenção mínima no processo fisiológico do parto, respeito aos direitos e ao protagonismo da parturiente e a inclusão do acompanhante de parto (OMS, 2014).

Nessa perspectiva, a Comissão Nacional de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (CONITEC), em 2015, publicou as “Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação Cesariana” e, em 2016, a “Diretriz Nacional de Assistência ao Parto” para fortalecer as ações em prol das boas práticas (BRASIL, 2015, 2016b). Ainda em 2016, articulando as proposta da RC, da “Lei do acompanhante” e os resultados de pesquisas que demonstraram que o parceiro da mulher é o seu acompanhante de parto em potencial (GONÇALVES *et al.*, 2015; ANTUNES *et al.*, 2014; VAZ, PIVATTO, 2014) a Secretaria de Saúde do Homem, lançou a estratégia Pré-Natal do Parceiro na rede pública de saúde. A intenção era de envolver o homem no planejamento reprodutivo, na gestação e no parto, fortalecendo o vínculo familiar e empoderando os casais para o parto (BRASIL, 2016b). Em 2017, com o propósito de promover mudanças profundas, o Ministério da Saúde, em parceria com hospitais e instituições de ensino, deu início ao projeto “Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia” (APICE ON) para capilarizar as ações de incentivo as boas práticas na atenção ao parto e nascimento (BRASIL, 2017a).

Observa-se que o Brasil avançou na qualidade da atenção obstétrica, com ações ministeriais alinhadas as políticas internacionais. Na nova recomendação da OMS para a atenção ao parto e nascimento baseada em evidências, são reforçadas medidas para garantir a experiência positiva, dentre elas está a presença de um acompanhante de escolha da mulher durante toda a internação para o parto; a garantia de cuidados respeitosos e a comunicação efetiva entre a parturiente e a equipe de saúde; a manutenção da privacidade, da confidencialidade e da autonomia das mulheres para a tomada de decisão (OMS, 2018).

Em que pese os esforços na atenção obstétrica dos últimos anos, a redução da morbimortalidade materna permanece um desafio, visto que seus determinantes estão enraizados nas desigualdades sociais, que comprometem o acesso ao serviço de saúde e a qualidade da assistência. Apesar da ampliação da rede de atenção básica e da aquisição e desenvolvimento de tecnologias assistenciais, persistem antigas dificuldades para o acompanhamento pré-natal eficaz, implementação de práticas humanizadas baseadas em evidências e a precariedade das maternidades, anulando os direitos de mulheres e acompanhantes (THEOPHILO, RATTNER, PEREIRA, 2018; FRUTUOSO *et al.*, 2017; SÁ *et al.*, 2017; LANSKY *et al.*, 2014).

### 3.2 O ACOMPANHANTE NO CENÁRIO DO PARTO INSTITUCIONALIZADO: DA POLÍTICA À PRÁTICA NAS MATERNIDADES BRASILEIRAS

A presença do acompanhante de escolha da mulher no parto institucionalizado floresce nos debates teóricos sobre a humanização da assistência à saúde como um direito humano discutido mundialmente e que, paulatinamente, tem sido incorporado nas rotinas hospitalares.

A humanização da assistência é um processo de mudança na compreensão da experiência por quem sofre e por quem presta o atendimento, construindo “saberes” e “fazeres” a partir do diálogo entre gestores, profissionais e usuários dos serviços, considerando as necessidades e desejos de cada ator no campo da saúde (BRASIL, 2003). A subjetividade do sofrimento e a manutenção dos projetos de vida do paciente internado são componentes valorizados nos preceitos da atenção humanizada à saúde. Assim, o suporte social e emocional são dimensões do cuidado que, quando incorporadas aos protocolos assistenciais de maneira geral, contribuem para o bem-estar e segurança do indivíduo no transcorrer da internação (SANTOS FILHO, BARROS, GOMES, 2009). A permanência de um acompanhante de escolha do paciente durante a hospitalização garante a manutenção de apoio por sua rede social e intermedia os interesses e as necessidades deste junto ao serviço de saúde (BRASIL, 2003).

Em 2003, foi lançada a Política Nacional de Humanização (PNH), com o objetivo de ativar dispositivos favoráveis a ações de humanização no âmbito da atenção e da gestão da saúde. Construída sob os princípios da transversalidade, indissociabilidade entre atenção e gestão e o protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos

a PNH pretendia orientar os arranjos de trabalho na rede de atenção à saúde a partir do diálogo entre gestores, profissionais de saúde e usuários dos serviços de forma transversal a todas as políticas de saúde (BRASIL, 2003). Na assistência obstétrica, os conceitos de humanização foram incorporados nas diretrizes nacionais desde os anos 2000, com o PHPN e as implicações de modificações de atitudes e condutas para garantir o respeito e a sensibilidade no atendimento a mulher, ao bebê e a família foram reforçados com a PNH (BATISTA *et al.*, 2016; OLIVEIRA N. *et al.*, 2017; THEME FILHA *et al.*, 2016; DORNFELD, PEDRO, 2015; PASCHE, VILELA, MARTINS, 2010).

O acompanhante da mulher para o parto, leigo ou profissional, é a pessoa que a acompanha de forma contínua, provendo-lhe apoio no trabalho de parto, no parto e no pós-parto imediato, atendendo as suas vontades e necessidades de maneira empática e solidária e contribuindo para que seja uma experiência positiva (SOSA, CROZIER, ROBINSON, 2012).

No Brasil, em geral, o acompanhante pertence à rede social da parturiente, principalmente nas maternidades públicas, onde não há contratação de acompanhante de parto treinado pelo SUS, nem há disponibilidade de profissionais da equipe para assumirem esse papel de forma individual e exclusiva. Na rede de assistência privada, observa-se a presença de doulas como acompanhante de parto em um percentual pequeno, demonstrado a preferência pelo acompanhante com vínculo social próximo a mulher (DINIZ *et al.*, 2014; LACERDA; SILVA; DAVIM, 2014). As doulas são pouco frequentes nos serviços públicos por ser um serviço, em sua maioria, com ônus para a parturiente que não dispõe de recursos para arca-lo. Além disso, as pesquisas demonstram que mulheres que receberam apoio de acompanhante leigo e pertencente a sua rede social, ficaram mais satisfeitas com a experiência do parto do que aquelas apoiadas por acompanhantes profissionais (HODNETT *et al.*, 2013).

As evidências científicas apontam a presença contínua de uma pessoa de escolha da mulher como fator associado a redução do tempo de trabalho de parto, redução da dor, diminuição da ansiedade e das inseguranças, melhor compreensão do processo de parturição e da dinâmica assistencial pela mulher e interação com a equipe de saúde, contribuindo para a satisfação com experiência do parto e nascimento, redução da carga de trabalho da equipe de saúde e de custos com a internação (BOHREN *et al.*, 2017b; SOUZA, GUALDA, 2016; DINIZ *et al.*, 2014; OLSEN, CLAUSEN, 2013; YUENYONG, O'BRIEN, JIRAPEET, 2012; BRÜGGEMANN, OSIS, PARPINELLI, 2007). As singularidades e as necessi-

dades da parturiente são atendidas a contento quando o acompanhante de sua escolha é envolvido no cuidado como provedor de apoio emocional, físico, informacional e de intermediação (DODOU *et al.*, 2014; OLIVEIRA *et al.*, 2014).

As ações de apoio emocional realizadas pelo acompanhante são aquelas que provocam sentimentos de segurança à parturiente; o apoio informacional está relacionado às orientações e explicações sobre o processo parturitivo que o acompanhante transmite a mulher de forma contínua, contribuindo para o entendimento da parturiente sobre o que esta acontecendo; o apoio físico é proporcionado por ações realizadas pelo acompanhante para o conforto da mulher, como massagens, oferta de líquidos e alimentos; e o apoio de intermediação é quando o acompanhante negocia os desejos e traduz as necessidades da parturiente juntos aos profissionais de saúde (AFULANI *et al.*, 2018; OMS, 2018; JUNGES *et al.*, 2018; OJELADE *et al.*, 2017; SOUZA, GUALDA, 2016; HODNETT *et al.*, 2013; YUENYONG, O'BRIEN, JIRAPEET, 2012). Em muitos países da África, Ásia e das Américas o acompanhante de parto leigo e com vínculo próximo da mulher tem sido introduzido no cenário hospitalar com resultados positivos para a redução das intervenções desnecessárias, aumento do atendimento respeitoso durante o parto e facilidade na amamentação (LUNDA, MINNIE, BENADÉ, 2018; TELES *et al.*, 2018; OJALEDE *et al.*, 2017)

As potencialidades da presença contínua do acompanhante de escolha da mulher foram destacadas na Conferência sobre Tecnologias Apropriadas para o Nascimento e Partode 1985 e recomendada desde então (OMS, 1985), sendo defendida em todo o mundo. No Brasil, a presença do acompanhante vem sendo incorporada nas políticas de saúde desde 2000, reforçada como direito legal da mulher (BRASIL, 2016b, 2005a, 2005b, 2000; ANVISA 2008). Apesar dos esforços políticos e das evidências sobre seus benefícios, os resultados do inquérito nacional “Nascer no Brasil”, mostrou que mais de 20% das parturientes em maternidades públicas e privadas entre 2011 e 2012, não tiveram acompanhante e apenas 18,8% tiveram sua presença contínua. A pesquisa também mostrou que o companheiro da mulher e pai do bebê é o acompanhante preferencial das mulheres (DINIZ *et al.*, 2014).

O II Relatório da Pesquisa Saúde do Homem, Paternidade e Cuidado, que investigou o acesso, o acolhimento e o envolvimento do homem no pré-natal e no nascimento, realizada com 42.972 indivíduos que assumiram a figura paterna de crianças nascidas no SUS no ano de 2014, re-

gistou a presença do pai na maioria dos partos (69%). Em 31,8% dos nascimentos o pai esteve ausente, sendo as normas institucionais a principal barreira para a sua presença (BRASIL, 2017b). Os resultados de ambos os estudos demonstram que ainda se precisa avançar muito no processo de implementação da presença do acompanhante. É importante lembrar que a presença do pai no parto e no nascimento foi discutida na Conferência Internacional de População e Desenvolvimento do Cairo, em 1994, como elemento importante para a reformulação do conceito de paternidade e de lugar do homem na família em uma sociedade com igualdade entre os gêneros. A Conferência Mundial da Mulher, ocorrida na China em 1995, reforçou as ações de valorização do acompanhante no parto (RIBEIRO, GOMES, MOREIRA, 2017; BATISTA *et al.* 2016).

Embora a presença do acompanhante de escolha da mulher durante a internação para o parto seja defendida e seus benefícios para os desfechos materno e neonatal comprovados há muitas décadas, ainda existem barreiras para sua implementação. Kabakian-Khasholian e Portela (2017), em revisão sistemática sobre a inserção do acompanhante da mulher no parto institucionalizado no mundo, elencaram os fatores que comprometem a presença do acompanhante em níveis: a) no primeiro estão os relacionados a mulher e sua família, como a cultura que limita a presença de acompanhantes leigos ou do sexo masculino; b) no segundo nível estão os fatores relacionados aos prestadores de cuidados, principalmente o desconhecimento ou a não aceitação das evidências sobre os benefícios do apoio emocional a mulher proporcionado pela presença de um acompanhante, mesmo que leigo; c) no terceiro, estão os fatores relacionados aos serviços de saúde, com destaque para a falta de informação ao acompanhante sobre os seus deveres e direitos, a comunicação precárias e ineficaz entre profissionais e acompanhante, a inadequação das instalações para receber o acompanhante e garantir a privacidade da mulher; d) e no quarto nível estão os fatores sociais e políticos, em especial a ausência ou não aplicação de políticas nacionais, estaduais e institucionais que valorizem a presença do acompanhante.

No Brasil, apesar das políticas recomendarem a presença do acompanhante de escolha da mulher no parto, os fatores relacionados aos prestadores de cuidados e aos serviço de atendimento obstétrico comprometem o desenvolvimento dessa prática de forma homogênea, em especial nas instituições públicas, entre mulheres com piores condições de vida (MESENBURG *et al.*, 2018; PORTELA *et al.*, 2018; LEAL *et al.*, 2017; SENA, TESSER, 2017; BATISTA *et al.*, 2016; BITTENCOURT *et al.*,

2016; BRÜGGEMANN, *et al.*, 2015b; D'ORSI *et al.*, 2014). O limitado investimento em melhorias macroestruturais para a ampliação do acesso dos serviços e para a qualificação profissional, agravado pela falta de fiscalização do cumprimento das normativas pelos serviços e a ausência de estruturas jurídicas para acolher as denúncias de vítima e de familiares confirmam a situação de exclusão político-social dessas mulheres (LEAL *et al.*, 2018; OLIVEIRA V., PENNA, 2017; BERQUÓ, LAGO, 2016).

Embora a lei, que garante a mulher o direito a presença contínua de um acompanhante de sua livre escolha durante o pré-natal, trabalho de parto, parto e puerpério tenha mais de uma década de vigência, ainda é desconhecida por usuários e profissionais de saúde (SANTOS *et al.*, 2018; RODRIGUES D. *et al.*, 2017; FRUTUOSO, BRÜGGEMANN, 2013). O não cumprimento institucional da legislação pelas instituições de saúde, que alija mulheres e acompanhantes de seu direito em compartilhar o momento do nascimento, tem sido sistemático em todas as regiões do país. A exclusão do acompanhante no nascimento via cesárea ou o impedimento de sua permanência por decisão do profissional que presta o atendimento ou ainda a restrição de sua presença a alguns momentos do processo de internação e a limitação de sua participação como mero expectador do cuidado, são situações frequentemente relatadas por mulheres e acompanhantes no cotidiano das maternidades brasileiras (ALMEIDA *et al.*, 2018; BRASIL, 2017b; DINIZ *et al.*, 2014).

A ausência do acompanhante no pré-natal, a pouca divulgação dos dispositivos que garantem o direito da mulher e as imposições de fluxos assistenciais em desacordo com as normativas nacionais são fatores que contribuem para que parturientes e acompanhantes tenham seus direitos violados (RODRIGUES D. *et al.*, 2017; SOUZA, GUALDA, 2016; BRÜGGEMANN *et al.*, 2015a).

A presença do acompanhante como marcador do respeito aos direitos da mulher durante o atendimento ao parto, não é homogênea em todas as regiões do país. Os estados da porção Sul têm registrado maior sucesso na implementação das normativas legais para garantir a presença e participação do acompanhante no parto institucionalizado (DINIZ *et al.*, 2014). O sucesso da região pode ser associado ao empenho dos governos estaduais em reforçar o disposto nos dispositivos legais através de portarias e instruções normativas. No Estado de Santa Catarina, a Instrução Normativa 001/2009 da Secretaria de Estado de Saúde (SES) orienta os serviços quanto as obrigatoriedades para garantir a presença contínua do acompanhante (SANTA CATARINA, 2009).

As precárias instalações das maternidades é um importante limitador para a inserção do acompanhante no parto, apesar das diretrizes que orientam a reorganização dos serviços datarem de 2008. A inadequação ou a limitação do ambiente físico para receber o acompanhante é o motivo para excluí-lo na maioria das situações. Não raro, os ambientes são de dimensões insuficientes para a permanência de pessoas além da equipe, impedindo a presença do acompanhante em algum momento da internação, como por exemplo na cirurgia cesárea (BITTENCOURT *et al.*, 2016; BRÜGGEMANN *et al.*, 2015b; DINIZ *et al.*, 2014).

As enfermarias coletivas, em geral, são a justificativa para que sejam permitidos apenas acompanhantes do sexo feminino, objetivando garantir a privacidade das outras parturientes, anulando o direito de casais (FRUTUOSO *et al.*, 2017; RODRIGUES D. *et al.*, 2017; GONÇALVES *et al.*, 2015). Na pesquisa nacional sobre paternidade, 33,6% dos pais que estiveram ausentes no nascimento dos filhos, relataram terem sido impedidos por normas institucionais que não permitiam homens como acompanhante (BRASIL, 2017b). O deslocando do homem para a cena do parto, reflete mudanças na representação desse momento, contribuindo para o fortalecimento de vínculo familiar e a igualdade entre gêneros, e traz consigo a urgência em remodelar os serviços para proporcionar privacidade das parturientes e o direito do pai em presenciar o nascimento do filho (BATISTA *et al.*, 2017; BRASIL, 2017b; DULFE *et al.*, 2016).

Em geral, a presença do acompanhante no parto é percebida pelos profissionais de saúde e gestores como um trabalho extra, por considerá-lo despreparado para participar e compreender o processo de parturição e a dinâmica assistencial, sendo dispensável ao cuidado (SILVA R. *et al.*, 2017; BRÜGGEMANN *et al.*, 2014; SANTOS *et al.*, 2012; HOLANDA *et al.*, 2011). A desvalorização institucional e profissional da presença do acompanhante no parto são resquícios de um modelo assistencial tecnocrático, centrado nas necessidades dos profissionais, que prioriza o cumprimento de rotinas e ignora as necessidades da paciente (SILVA L. *et al.*, 2017). A presença do acompanhante também é considerada como constrangedora por alguns profissionais, que o percebem como fiscais de seus atos e atitudes durante o atendimento (BRÜGGEMANN *et al.*, 2014; AGUIAR, D'OLIVEIRA, SCHRAIBER, 2013).

A preparação do acompanhante para o parto ainda no pré-natal e a oferta de orientações claras sobre o seu papel na admissão e no transcorrer da internação podem contribuir para sua desenvoltura no cuidado e melhor aceitação pela equipe (TEIXEIRA *et al.*, 2018; TELES *et al.*,

2018; RIBEIRO, GOMES, MOREIRA, 2017; CARVALHO *et al.*, 2015. Contudo, estudos demonstram que mesmo sem receber treinamento, o acompanhante é capaz de realizar com sucesso ações nas diferentes dimensões do apoio a mulher (JUNGES *et al.* 2018), cumprindo sua principal função.

Diante das evidências dos benefícios da presença do acompanhante para a parturiente, do seu potencial para o controle social e da qualidade da assistência dispensada à mulher, bem como sua legitimidade legal, transformam o impedimento, sob qualquer justificativa, de sua presença em uma clara violação de direito. Apesar disso, em raros casos, os infratores são punidos, por falta de uma estrutura jurídica eficiente, dificultando a implementação das políticas de humanização no atendimento obstétrico (ERDMAN, 2015). No entanto, os serviços de ouvidoria das maternidades e do SUS, e o Ministério Público têm aceitado averiguar denúncias de mulheres e familiares que tiveram seus direitos violados (OLIVEIRA V., PENNA, 2016).

A concretização de medidas que garantam o cumprimento do direito da mulher em ter a presença contínua de um acompanhante de sua escolha, depende de mudanças que coordenem transformações nos processos de trabalho em saúde e na gestão dos serviços, desenvolvendo dinâmicas assistenciais que valorizem sua presença e participação, compreendam suas crenças e explore suas possibilidades no cuidado com a mulher no parto.

### 3.3 VIOLÊNCIA INSTITUCIONAL CONTRA A PARTURIENTE E A VIOLAÇÃO DE DIREITOS DO ACOMPANHANTE NOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO OBSTÉTRICA NO BRASIL

Nesta seção buscou-se discutir a violência institucional contra a mulher e a violação de direitos do acompanhante, no contexto do atendimento ao parto em maternidades na contemporaneidade. A proposta foi colaborar com os debates sobre as implicações das estruturas sociais na organização dos serviços de assistência obstétrica, nos comportamento e atitudes profissionais para com a mulher e o seu acompanhante durante a internação para o parto hospitalar.

Para essa reflexão articulou-se pressupostos filosóficos sobre as desigualdades nas relações sociais com as teorias e os conceitos sobre a constituição das racionalidades biomédica e de gênero. Embora abordem aspectos diferentes, formam o arcabouço para a abordagem histórica e

cultural das representações do corpo e do poder, presentes nas relações interpessoais da sociedade moderna e na cronificação da violência institucional durante o atendimento ao parto.

A teoria comportamentalista, historicamente, limitou o seu olhar as ações e reações de organismos individuais, com o objetivo de adaptar os corpos humanos as situações específicas do contexto social e político. Chauí (1998) sublinha que o corpo humano é socialmente elaborado e apresenta as características dos fenômenos culturais, variando entre grupos e sociedades.

As diferenças entre os corpos masculinos e femininos foram percebidas e chamaram a atenção de cientistas e curiosos desde tempos remotos. Ao longo do século XVI, e ainda em parte do século XVIII, a visão de mundo predominante na Europa era verticalizada e hierarquizada, onde Deus era a perfeição; abaixo dele estava o homem, sua semelhança; abaixo do homem estava a mulher, imperfeita. Essa ordem metafísica regia o mundo e as relações sociais e de poder, difundida nas sociedades ocidentais (MARTINS, 2004).

Naquela época vigorava o modelo de ‘sexo único’, de analogias, em que homem e mulher tinham essencialmente o mesmo corpo masculino. A depender do ‘calor vital’ (grau de perfeição), adquirido ou perdido, homens e mulheres podiam ter o corpo transformado de masculino para feminino e vice-versa. Laquer (1990) salienta que, embora o sexo fosse único, os gêneros eram distintos e parte das relações sociais, ligados em um círculo de significados. Considerado uma categoria sociológica, os gêneros – masculino e feminino -, eram percebidos como a capacidade da pessoa em manter uma posição social e assumir um papel cultural.

No século XVII, com a evolução das ciências humanistas, fundamentadas na observação e no empirismo, que buscava na Natureza as explicações para as diferenças humanas, questionava a visão de mundo hierarquizada e de homologias. Simultaneamente, o conhecimento sobre o corpo, baseado no gênero, começou a ser substituído pelo sexo, um objeto institucional do saber (RODHEN, 2001).

Para Foucault (2010) o final do século XVIII e XIX - época marcada pela hipocrisia do puritanismo moderno, garantido no tríplice decreto de interdição, inexistência e mutismo, o sexo passou a ser objeto de políticas e de leis sistematizadas em instrumentos de regulação social, elaborados pelas novas instituições laicas, que se apropriaram do conhecimento e de intervenção para exercer o domínio da população.

A política, amplamente compreendida como competição de poder criou novas formas de constituir o sujeito e as realidades sociais. Considerando essa premissa Laquer (1990) argumenta que falar sobre a sexualidade era falar sobre a ordem social por ela representada e legitimada. Nessa perspectiva, o sexo era situacional, sendo explicável apenas dentro do contexto de luta sobre gênero e poder.

O gênero, compreendido como a construção social do sexo, transporta do plano real as diferenças biológicas e físicas para o plano do simbólico e imaginário das sociedades influenciando na construção da identidade sexual dos sujeitos. Portanto, o gênero, entendido como uma categoria sociológica ou ontológica é marcado pela disputa de espaço e de poder entre o masculino e o feminino. Essa disputa, e as modificações epistemológicas da época, geram novos sujeitos e representações permitindo a reordenação das relações sociais. Assim, homens e mulheres não são reflexos de uma realidade ‘natural’, mas resultado de uma produção histórica e cultural, pertencentes a uma trama de significações determinadas, que podem expressar as experiências humanas nos planos simbólico, imaginário e real (LAMAS, 2002; SCOTT, 1989).

Retornando a discussão para os séculos XVIII e XIX, Foucault (2010) argumenta que o sistema interpretativo racionalizado das diferenças de gênero diversificou a estrutura de significados sexuais na cultura, e a sua associação a sistemas de poder serviu de instrumento para as atuações disciplinadoras de várias instituições, como a ordem religiosa e a ordem médica, que buscavam o controle populacional.

Completando o argumento, Martins (2004) ressalta que os conhecimentos técnicos da época foram traduzidos para uma linguagem acessível em manuais sobre sexo, amor e casamento com a finalidade de contribuir para a educação sexual da população, inicialmente, ditando normas e classificando comportamentos em saudáveis e patológicos. As ideias científicas a respeito da natureza e das diferenças sexuais e de gênero - circunscrita em um modelo de dominação do masculino sobre o feminino - que organizava a sociedade e a moral eram reproduzidas nessas publicações.

As relações de homens e mulheres com as instituições de poder, que usavam a sexualidade como instrumento de controle nos séculos XIX e XX, foram tema de alguns estudos no Brasil (COSTA, 1999; GIFFIN; COSTA, 1999). No período colonial o casamento era feito sob a égide da razão que atendia aos interesses das famílias e a manutenção da “pureza” da raça. Foucault (2010) denominou esse sistema de matrimônio de “dis-

positivo de alianças”, caracterizado pela fixação e desenvolvimento dos parentescos, de transmissão de nomes e de bens. A segregação racial na verdade não estava relacionada aos grupos étnicos-raciais, mas com as classes sociais. Para atender a esses objetivos não eram raras as alianças conjugais endogâmicas e a acentuada disparidade de idade entre os cônjuges.

No período oitocentista, as concepções sobre as relações entre homens e mulheres foram modificadas, dado o crescimento da burguesia, e a perda de poder do patriarcado. O Estado ganhava força e a nação passou a ser valorizada. O dispositivo de alianças perdeu a importância e foi, paulatinamente, substituído pelo ‘dispositivo de sexualidade’, que articulava os parceiros sexuais, em busca de prazer e satisfação, valorizando os corpos. Seus principais elementos foram desenvolvidos nos eixos marido-mulher e pais-filhos. A família foi o permutador da sexualidade com a aliança transportando a lei e o direito para o ‘dispositivo de sexualidade’ e, a sensação e o prazer para o regime de alianças (FOUCAULT, 2010).

Ainda no século XIX e início do século XX, a instituição médica discursava sobre a saúde da criança como futuro da nação. As mulheres foram incluídas nos serviços de saúde em função das ações educativas – higiene e puericultura – visando o cuidado com as crianças e a redução da mortalidade infantil. Em meados do século XX, as ações de saúde voltadas às mulheres enfocavam o binômio mãe-filho. Villela e Doreto (2006) atribuíram às evidências das relações entre reprodução, crescimento populacional e desenvolvimento ao interesse de alguns países em regular o número de filhos por mulher.

E se até a primeira metade do século XX o olhar das práticas de saúde sobre as mulheres privilegia a concepção, a partir dos anos 50 passa a incluir também a reprodução. Durante as décadas seguintes os movimentos sociais, principalmente de mulheres, continuaram a reivindicar direitos e igualdade entre os gêneros, estendidas à saúde, especialmente a sexual e a reprodutiva, que perduram na contemporaneidade, sem desconsiderar os avanços alcançados.

As desigualdades estão presentes nas relações sociais desde o início da humanidade e se refletem na interação entre profissionais e usuários dos serviços de saúde. Nessa situação, a desigualdade se dá pelo domínio do profissional sobre o conhecimento específico do corpo e do bem-estar do paciente, impondo uma hierarquia socialmente aceita. A essencialidade do bem-estar ao ser humano torna o paciente dependente do conhecimento técnico-científico do profissional de saúde (STARR, 2009).

Portanto, para manter ou recuperar sua saúde o indivíduo, deve obediência a autoridade do profissional, legitimando-a. No caso do atendimento ao parto e nascimento, a dependência do corpo feminino para a intervenção obstétrica gera significados à experiência de sofrimento, ao mesmo tempo que garante inteligibilidade ao trabalho médico (RANGEL, CAMARGO JUNIOR, 2016).

O poder é entendido por alguns autores como um confronto contínuo, entre indivíduos e entre sociedade e indivíduo, sendo indispensável o reconhecimento dos envolvidos como sujeitos de ação, criando um campo de possibilidades para ações, respostas, reações, efeitos e intervenções. Esse conceito está presente nas interações entre prestadores e usuários de serviços de saúde, caracterizada por relações entre sujeitos “dominante” e “dominado” e o exercício da governamentalidade (FOUCAULT, 2013; OLIVEIRA, MATTOS, SOUZA, 2009).

A governamentalidade é uma das ordens do poder responsável por estruturar a ação dos outros, conduzir a conduta dos indivíduos ou grupos enquanto sujeitos de ação livres. Na relação profissional–usuário nas instituições de atenção à saúde esse é o conceito que explica a submissão voluntária do paciente às ações e às condutas impostas pelo profissional sobre seu corpo e comportamento. No entanto, seu exercício não garante harmonia nas interações entre profissional–usuário por ocasião das práticas assistenciais, o que pode resultar em situações de violência institucional (FOUCAULT, 2013). Para Chauí (1998) qualquer prática ou ideia que objetifique um sujeito, viola interna e externamente o seu ser e perpétua as desigualdades socioeconômicas e culturais nas relações humanas, expressando o autoritarismo social. Para a autora a sociedade brasileira é estruturalmente autoritária, onde as relações sociais e intersubjetivas se expressam pela superioridade de quem manda e a inferioridade de quem obedece, este sempre desprovido de direito e alteridade.

A análise dos pressupostos filosóficos e conceituais sobre poder e gênero expostos neste texto, conduz a interpretação de que a violência institucional, presente na assistência ao parto no Brasil tem suas raízes nas desigualdades de gênero, social e histórica.

O uso da força física ou do poder, sob a forma de ameaça ou na prática, contra outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade que resulte em sofrimento, morte, dano psicológico, privação ou prejuízo ao desenvolvimento é considerado como violência (KRUG *et al.*, 2002). De caráter complexo e multifatorial, a violência pode adotar diferentes formas. Quando a ação ocorre no cenário de uma instituição ou envolve seus

agentes, é chamada de violência institucional (AGUIAR, D'OLIVEIRA, SCHRAIBER, 2013). Na área da saúde, essa forma de violência esta associada a desigualdade de poder, permeadas pela cultura de discriminação sócio-racial e de gênero, que submetem os usuários ao controle do profissional (THEOPHILO, RATTNER; PEREIRA, 2018; MMUSIPHETOE, 2016; MILLER, LALONDE, 2015). Especificamente na atenção obstétrica a violência institucional é caracterizada pelo atendimento precário e de baixa qualidade em instalações inadequadas, com imposição de rotinas assistenciais que, sistematicamente, violam os direitos da mulher e de seu acompanhante, ocorrendo com maior frequência durante o atendimento ao parto e nascimento e em instituições públicas (AGUIAR, D'OLIVEIRA, 2011). Quando a ação violenta é praticada pelo profissional de saúde direcionada a gestante, parturiente ou puérpera, recebe o nome de violência obstétrica, uma variante da violência institucional e da violência contra a mulher (MORTON *et al.*, 2018; OJELADE *et al.*, 2017; HENNIG, 2016).

A violência obstétrica é reconhecida como tratamento desrespeitoso, maus-tratos e abuso de autoridade profissional, e pode ser do tipo pode ser classificada como verbal, psicológica/emocional, física e sexual (D'OLIVEIRA, DINIZ, SCHRAIBER, 2002). Situações como falas grosseiras, uso de jargões pejorativos, ameaças, reprimendas e agressões físicas contra a mulher; negligência no manejo da dor e intervenções desnecessárias e não consentidas são alguns exemplos dessa forma de violência contra a mulher (BOHREN *et al.*, 2017a; SAVAGE, CASTRO, 2017; CASTRILLO, 2016; SHEFERAW, MENGESHA, WASE, 2016; ASEFA, BEKELE, 2015; JEWKES, PENN-KEKANA, 2015; MILLER, LALONDE, 2015; BOWSER, HILL, 2010).

A Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, em 1994 na cidade de Belém do Pará, definiu a violência contra a mulher como qualquer ato ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico, seja na esfera pública ou privada (CEDAW, 1994). Nessa perspectiva a violência obstétrica, também é uma forma de violência contra a mulher, se compreendida como resultado de uma ideologia de dominação masculina, que transforma as diferenças de sexo em desigualdades hierárquicas que incidem, especificamente, sobre o corpo feminino (HENNIG, 2016). Isso porque nos discursos masculinos a feminilidade é definida pela capacidade da mulher em reproduzir, condição expressa pela maternidade, e determina a dependência e cumplicidade do ser feminino, cuja subjetivi-

vidade é convertida a instrumento da violência sofrida e praticada contra ela (CHAUÍ, 1998).

Os principais determinantes da violência institucional durante a internação para o parto, apontado na literatura é a discriminação social e de gênero. O pouco investimento do poder público em melhorias nos serviços de atenção obstétrica, na qualificação profissional, na fiscalização dos serviços e na acolhida de denúncias da vítima e de familiares, demonstram a exclusão desse grupo (LEAL *et al.*, 2018; OLIVEIRA V.; PENNA, 2018; BERQUÓ, LAGO, 2016; MOLINA *et al.*, 2016).

O acompanhante da mulher no parto, apontado como estratégia para a prevenção da violência institucional contra a parturiente (OMS, 2014; SHAHSHAHAN, MEHRABIAN, MASHOORI, 2014) também tem sido vítima de violência durante sua permanência na maternidade. A precariedade das instalações que limitam a sua presença contínua ao lado da parturiente; a imposição de acompanhante de sexo feminino em determinados momentos da internação, interferindo na vontade dos casais em compartilhar o nascimento do filho, assim como a exclusão do acompanhante por ocasião de procedimentos complexos como a cirurgia cesárea; a falta de informação clara e compreensível sobre o andamento do processo de parturição; a exclusão ou limitação da participação do acompanhante como mero espectador e a clara desvalorização de sua presença pela equipe de saúde durante a internação são comumente registradas nos relatos de experiências de acompanhantes e puérperas, em especial, nas maternidades da rede pública de saúde (ALMEIDA *et al.*, 2018; BRASIL, 2017; BRÜGGEMANN *et al.*, 2015).

Embora a magnitude do problema seja desconhecida, estima-se que 25% das parturientes tenham sido vítimas de alguma forma de violência durante a assistência em maternidades brasileiras nos últimos cinco anos (LANSKY *et al.*, 2018; D'ORSI *et al.*, 2014; VENTURI, BOKANY, DIAS, 2010). A violência no parto institucionalizado no país é denunciada há mais de 40 anos pelos movimentos feministas, impulsionando avanços nos campos jurídico e político, embora as ações para sua prevenção tenham sido discretas (LEAL *et al.*, 2018; CARNEIRO, 2015), permitindo a manutenção de rotinas hospitalares obsoletas e danosas, dificuldades de acesso e limitações do serviço para o atendimento digno e seguro as mulheres, neonatos e suas famílias. O inquérito nacional sobre a atenção obstétrica no Brasil mostrou que 65,5% das mulheres que tiveram partos em maternidades entre 2011-2012, sofreram restrição de dieta e 55% de mobilidade, a posição litotômica foi adotada em 92% dos partos

(BALDISSEROTO, THEME-FILHA, GAMA, 2016). Em estudo de base populacional realizado em um município do sul do país registrou violência verbal contra 10% das parturientes (MESENBURG *et al.*, 2018). Embora não se possa negar o empenho político no fortalecimento das boas práticas na atenção ao parto e nascimento, a frequente submissão das parturientes ao processo mecanizado de atendimento obstétrico mostra a necessidade de transformações estruturais nos processo assistencial.

Em parte, a violência institucional contra a mulher durante a assistência ao parto, ou violência obstétrica, pode ser atribuída ao modelo de formação do profissional de saúde no Brasil, marcado pelo autoritarismo e intervencionismo profissional, centrado nas rotinas assistenciais que legitima seu protagonismo e soberania na tomada de decisão para a condução do parto. Dessa forma transgressões de direitos da mulher, como o desrespeito a sua autonomia, o não compartilhamento de decisões sobre seu corpo e a exclusão do acompanhante não são consideradas violência (NAJAFI, ROUDSARI, EBRAHIMIPOUR, 2017; DIAZ-TELLO, 2016; ABUYA *et al.*, 2018; LUKASSE *et al.*, 2015).

A violência institucional contra o acompanhante de escolha da mulher durante a internação para o parto é identificada em situações em que há a violação ou anulação de seus direitos, conferidos e legitimados pelos dispositivos políticos e legais que garantem sua presença no ambiente hospitalar. As diretrizes da PNHPN, as determinações da Lei nº. 11.108, a Portaria nº. 2.418, a RDC nº. 36, conferem ao acompanhante direitos relacionados a estrutura (instalações físicas, privacidade, protocolos e rotinas) e ao processo assistencial (presença contínua ao lado da mulher, acolhimento, comunicação com equipe) (ANVISA, 2008; BRASIL, 2005a, 2005b, 2000).

O conceito de ambiência adotado pela PNH, e ampliada para a PNHPN, considera o ambiente físico como espaço social, capaz de promover o conforto e a privacidade dos sujeitos envolvidos (BRASIL, 2014). A inadequação da infraestrutura, comumente apontada como fator limitante para a presença do acompanhante em algum momento da internação da mulher, configura como uma das violações de direitos do acompanhante. Da mesma forma, rotinas assistenciais que impedem a sua permanência contínua ao lado da mulher, como durante exames e procedimentos, em particular a cirurgia cesárea, são também reconhecidas como dupla violação de direitos, do acompanhante e da mulher (ALMEIDA *et al.*, 2018). Isso porque a lei nº. 11.08 de 2005 garante a mulher o direito a presença contínua de uma pessoa de sua confiança durante toda a internação para

o parto e o direito do acompanhante em permanecer ao seu lado. Portanto o impedimento da permanência do acompanhante ao lado da mulher sob qualquer justificativa, alija seus direitos (SOUZA *et al.*, 2016; BRÜGGEMANN *et al.*, 2015; BRASIL, 2005a).

Atendendo ao previsto na lei, a RDC nº. 36 da ANVISA em 2008, estabeleceu parâmetros mínimos para a organização dos serviços de atenção obstétrica e neonatal quanto ao ambiente físico, acolhimento e atitudes profissionais, o que inclui a recepção do acompanhante da mulher. A determinação de obrigatoriedades para o serviço, também estabelece direitos ao acompanhante. Assim, o acompanhante possui a ter direitos a conhecer a estrutura da maternidade na internação ou no seu transcorrer, receber por escrito as normas gerais da instituição, ser orientado de forma clara sobre seu papel em cada etapa da internação e ser estimulado a participação no parto e nascimento (ANVISA, 2008).

O relacionamento com a equipe também repercute no desempenho do acompanhante durante a internação, na medida em que se sente aceito pelos profissionais e esteja seguro das atividades que pode desenvolver. O tratamento cordial, o fornecimento de informações sobre o atendimento, assim como o esclarecimento de dúvidas e o envolvimento do acompanhante no cuidado com a parturiente são deveres da equipe profissional, preconizado pela legislação vigente (BRASIL, 2005b, 2008, 2009).

Esse preocupante cenário no que tange ao respeito aos direitos humanos, aos direitos sexuais e reprodutivos, também tem sido apresentado e discutido nas mídias sociais, cumprindo um importante papel de socialização de experiências, compartilhamento de mecanismos de defesa e divulgação ampla dos direitos das mulheres e de seus acompanhantes, dando visibilidade a violência institucional durante a internação para o parto em diferentes segmentos sociais, contribuindo para seu combate e reformulação das políticas e ações na atenção obstétrica (SENA, TESSER, 2017).

A organização dos serviços e a qualificação profissional, fundamentadas no respeito aos direitos da mulher e de seu acompanhante, ainda precisam transpor barreiras de diferentes ordens. Embora se tenha avançado rumo ao parto e nascimento como experiência positiva no âmbito político, a realidade demonstra estar em ritmo muito mais lento, considerando que ainda são frequentes as queixas de mulheres e acompanhantes sobre o atendimento desumano nas instituições brasileiras. Conhecer a experiência do parto a partir da perspectiva do acompanhante pode contribuir para o enfrentamento da violência institucional no parto.

Apesar da relevância de sua presença no parto, o acompanhante da mulher não tem sido sujeitos de investigações sobre a assistência obstétrica. Assim se conhece pouco sobre as experiências vividas por ele e o respeito aos seus direitos durante o acompanhamento do parto



## 4 MÉTODO

A construção do método dessa tese aconteceu em duas etapas: a primeira foi a realização de uma extensa revisão de literatura sobre o tema violência institucional no parto no contexto nacional. Em seguida elaborou-se a proposta dessa tese, a partir do macroprojeto: “A participação do acompanhante de escolha da mulher no pré-natal, trabalho de parto e parto no sistema de saúde público e suplementar”. Assim, nesse capítulo, será detalhada a condução metodológica da pesquisa de campo do macroprojecto e posteriormente o da tese.

### 4.1 REVISÃO INTEGRATIVA

A revisão de literatura que embasou o estudo foi do tipo integrativa, cujo desenvolvimento seguiu as etapas propostas por Whitemore e Knalf (2005). A primeira consistiu na escolha do tema e na elaboração das questões de pesquisa: quais os tipos mais frequentes de violência institucional sofrida por mulheres que buscam assistência ao parto no Brasil? Quem são os sujeitos que relatam a violência institucional no parto nas investigações sobre o tema no Brasil?

A segunda etapa foi a definição dos critérios de inclusão e exclusão. Foram incluídas apenas publicações de pesquisas originais desenvolvidas em maternidades brasileiras que registraram em seus achados a ocorrência, o tipo e o relator da violência institucional ocorrida durante o trabalho de parto e parto; disponíveis na íntegra nas bases eletrônicas eleitas para o estudo; nos idiomas português, inglês ou espanhol publicados entre os anos de 2000 a 2016. As publicações classificadas como relato de experiência, estudo de caso, editorial, resenha e reflexão teórica foram excluídas do estudo.

A coleta de dados foi conduzida entre os meses de setembro de 2016 e fevereiro de 2017, nas bases eletrônicas Literatura da América Latina e Caribe (LILACS), Base de Dados de Enfermagem (BDENF), Index Psi Periódicos (INDEXPSI), MEDLINE, *Scientific Electronic Library Online* (SciELO regional) a partir dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) selecionados na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS): Violência Contra a Mulher, Violência (*Violencia, Violence*); Maternidade (*Maternidad, Hospital, Maternity*); Saúde da Mulher (*Women's Health*); Qualidade da Assistência à Saúde (*Quality Improvement*); Parto; Parturição (*Parturition*); Obstetrícia (*Obstetricia, Obstetric*). As palavras-chaves “Vio-

lência Institucional” (*Institutional Violence*) e “Desrespeito” (*Disrespect, Desprezio*) foram utilizadas para complementar a busca, com aplicação posterior do filtro “Brasil” (*Brazil*). Para a busca nas bases *Scopus* e *Web Of Science* foram selecionadas os descritores *Medical Subject Headings (MeSh)*: “*Violence*”, “*Hospitals*”, “*Maternity*”, “*Parturition*”, “*Obstetrics*”. As palavras-chaves “*Violence Against Women*”, “*Childbirth*”, “*Disrespect*” e “*Brazil*” complementaram as buscas.

Ao todo foram localizadas 878 publicações, das quais 34 foram excluídas por estarem duplicadas nas bases, 844 foram selecionadas para avaliação geral, 38 foram por não estarem disponíveis na íntegra ou por não serem artigos originais. Do total, 806 publicações eram elegíveis e foram lidas na íntegra, destas 773 foram excluídas por não registrarem violência institucional em seus achados. Ao final foram incluídas no estudo 33 publicações.

A terceira etapa foi a extração dos dados de interesse (título; autores; ano, periódico, idioma, base de dados, área do conhecimento e tipo de publicação; os objetivos; o tipo de abordagem e de pesquisa; o local de desenvolvimento do estudo; sujeitos e amostra; fonte e análise dos dados; o tipo, momento e relator da violência institucional) com auxílio de um instrumento previamente elaborado. Os dados foram organizados no software *Excel*®.

Na análise crítica, quarta etapa do estudo, foi empregada a metodologia “duplo cego”, que consiste na avaliação do material por dois pesquisadores, sem que um conheça o parecer do outro. Em caso de discordância entre eles, um terceiro pesquisador procedeu à revisão. Os dados foram analisados considerando as categorias de violência institucional, construídas para este estudo a partir da combinação de definições de diferentes autores sobre maus-tratos, abusos e violação de direitos das mulheres em instituições de saúde durante a assistência ao parto (OMS, 2014; BOWSER, HILL, 2010; D’OLIVEIRA, DINIZ, SCHRAIBER, 2002).

As categorias de violência institucional contra a mulher no parto utilizadas no estudo foram as descritas abaixo:

- Discriminatória – depreciação ou não atendimento pelo profissional motivado por atributos raciais, sociais ou comportamentais da vítima;
- Estrutural – não atendimento e/ou atendimento precário em decorrência da infraestrutura inadequada, falta de recursos humanos e materiais, insuficiência de leitos, imposição de rotinas institucionais que violam os direitos ou causam danos à parturiente;
- Verbal – tratamento áspero, ameaças, repreensão, gritos e xingamentos

- da mulher pelo profissional responsável pelo atendimento;
- Psicológica - ameaças, negação de assistência ou de método de alívio da dor, abandono de atendimento, humilhação intencional, constrangimento, imposição de decisões, desqualificação da opinião da parturiente, fornecimento de informações duvidosas ou não informação, banalização/negligência do sofrimento ou necessidades da mulher;
- Física - empurrar; machucar/provocar dor ao realizar exames; realizar procedimentos danosos à saúde como episiotomia, cirurgias cesáreas, administração de ocitócitos e manobra de Kristeler; restringir os movimentos e obrigar a parturiente a manter posições não desejadas por ela.

Na quinta etapa da revisão, destinada à discussão e interpretação dos dados, descreveu-se a violência institucional no parto quanto ao tipo, o momento de ocorrência e por quem foi relatada. O resumo das evidências e a apresentação dos resultados da revisão compuseram a sexta etapa da escolha metodológica para este estudo.

Os resultados da revisão integrativa foram publicados em forma de artigo na Revista Brasileira de Enfermagem (MARRERO, BRÜGGEMANN, 2018), que serão apresentados no capítulo de resultados desta tese.

## 4.2 PESQUISA DE CAMPO

Este estudo é um subprojeto da pesquisa “A participação do acompanhante de escolha da mulher no pré-natal, trabalho de parto e parto no sistema de saúde público e suplementar” executada entre 2014 e 2016 em maternidades da rede públicas da Região Metropolitana de Florianópolis-SC (RMF). Nos itens a seguir serão apresentadas as etapas da coleta de dados do macroprojeto de pesquisa.

### 4.2.1 Tipo e local do estudo

Estudo transversal, de base hospitalar, conduzido nas três maiores maternidades públicas da RMF, entre os anos de 2014 e 2016. Essas instituições são referências regionais na atenção obstétrica e declaram permitir a presença do acompanhante durante a internação da mulher para o parto, sendo esses os principais motivos de terem sido eleitas para o estudo.

Em 2014, a Lei Complementar Estadual nº. 636, instituiu a RMF, definindo-a como a conurbação dos municípios de Águas Mornas, Antônio Carlos, Biguaçu, Florianópolis, Palhoça, Santo Amaro da Imperatriz,

São José, São Pedro de Alcântara e Governador Celso Ramos (SANTA CATARINA, 2014). A população dessa região é atendida por cinco maternidades públicas e foi estimada em 1.111.702 moradores no ano de 2013 (IBGE, 2018).

As instituições incluídas no estudo foram: a Maternidade do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina (MHU/UFSC); a Maternidade Carmela Dutra (MCD) e a Maternidade do Hospital Regional de São José Dr. Homero de Miranda Gomes (MHRSJ).

A MHU esta localizada no centro do município de Florianópolis, nos limites do Campus da UFSC, é uma instituição de gestão pública federal, que atende exclusivamente usuários do SUS. Foi inaugurada em 1995, e desde o início de suas atividades permite a presença do acompanhante de escolha da mulher durante toda a internação para o parto. Dispõe de 21 leitos ativos distribuídos entre Unidade de ALCON e para partos de alto risco (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO POLYDORO ERNANI DE SÃO THIAGO, 2014).

A MCD, inaugurada em 1955, foi a primeira maternidade pública do Estado de Santa Catarina. Está localizada na região central da Ilha de Florianópolis e é uma referência estadual em saúde da mulher e para a gestação de alto risco, permitindo a presença do acompanhante no parto desde 2002. Em sua estrutura, as usuárias dispõem de 104 leitos ativos para internação obstétrica e de atendimento em banco de leite humano (BLH) (SANTA CATARINA, 2015).

A MHRSJ, inaugurada em 1987, esta localizada na cidade de São José, permite a presença do acompanhante no parto desde 2000. A instituição dispõe de 10 leitos obstétricos, 8 leitos de urgência obstétrica, 32 para ALCON e 10 leitos de UTIN e BLH (SANTA CATARINA, 2015).

#### **4.2.2 Sujeitos do estudo**

Os sujeitos da pesquisa foram os acompanhantes de mulheres durante o trabalho de parto e o parto nas três maternidades eleitas para o estudo, independente da via de nascimento, vínculo, sexo ou idade.

Foram considerados elegíveis os acompanhantes:

- a) de mulheres que tiveram o parto por via vaginal ou por cirurgia cesárea na maternidade de internação; e
- b) que permaneceram junto à parturiente durante o trabalho de parto e o parto.

Foram excluídos do estudo os acompanhantes:

- a) de mulheres submetidas à cirurgia cesárea de urgência ou eletiva; que não entraram em trabalho de parto e, portanto, o acompanhante não teve a oportunidade de realizar ações de apoio nesse período;
- b) de mulheres em que o parto tenha ocorrido fora da maternidade,
- c) de mulheres com gestação múltipla;
- d) de mulheres cujo feto ou recém-nascido foram a óbito;
- e) de mulheres que foram a óbito; e
- f) que não compreendiam o idioma português.

### 4.2.3 População e amostra do estudo

A população de estudo foram os acompanhantes que permaneceram junto à mulher na maternidade durante o trabalho de parto e o parto.

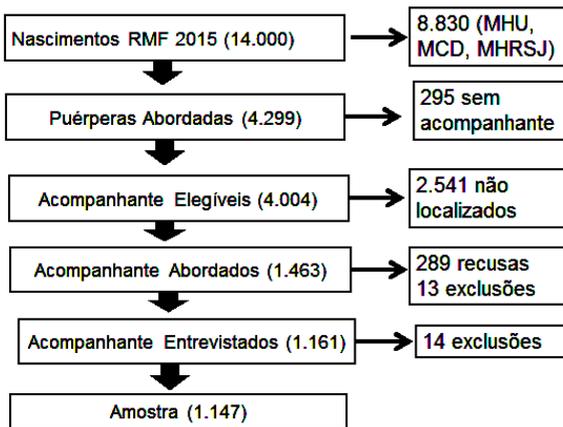
Considerando que nas maternidades selecionadas para o estudo a presença de acompanhante durante todo o processo de parturição é institucionalizada, e, admitindo-se que cada parturiente possuiu um acompanhante, a amostra do estudo foi calculada a partir do número de nascimentos registrados em 2013, ano de planejamento da pesquisa, obtidos nos Serviços de Arquivos e Estatística Médica (SAME) de cada uma das maternidades selecionadas. Em 2013, na MHU, foram registrados 1.525 nascimentos, na MCD, 3.759 e na MHRSJ 3.508.

Para o cálculo de tamanho da amostra, utilizou-se o SestatNet, um ambiente flexível de ensino-aprendizagem de Estatística por meio da internet, que disponibiliza e aplica, procedimentos de descrição, estimação, testes de hipóteses e modelos de regressão para variáveis qualitativas e quantitativas (NASSAR, *et al.*, 2013). Considerou-se como parâmetros a prevalência presumida em 50%, o nível de confiança de 95% e o erro máximo de 5% para cada maternidade. A amostra necessária foi de 307 acompanhantes na MHU, 349 acompanhantes na MCD e 346 na MHRSJ, totalizando uma amostra mínima para o estudo de 1.002 acompanhantes.

Para compor a amostra, 4.299 mulheres em pós-parto foram questionadas quanto à presença de acompanhante no trabalho de parto e parto, independente da via de nascimento, sexo do acompanhante e do seu vínculo com a parturiente, correspondendo a totalidade de internações para partos durante o período de coleta de dados do estudo. Destas, 295 relataram que não tiveram acompanhante de forma contínua durante no trabalho de parto e parto.

Dos 4.004 acompanhantes elegíveis, 2.541 não foram localizados pelos entrevistadores durante a internação, impossibilitando o seu convite para participar da pesquisa e 13 foram excluídos por não compreenderem o idioma português, inviabilizando a entrevista. Ao todo foram abordados 1.463 acompanhantes, 289 se recusaram a participar, por motivos diversos (tempo da entrevista muito longo, cansaço, vergonha, falta de interesse). A amostra final do estudo foi de 1.161 acompanhantes, sendo que 14 entrevistas foram excluídas das análises por apresentarem inconsistências ou pela desistência do participante no transcurso da entrevista. Portanto as análises foram conduzidas com dados de 1.147 entrevistas. Cabe ressaltar que no ano de 2015, ano em que foi conduzida a coleta de dados, foram registrados 14.000 nascimentos na RMF, destes 8.839 ocorreram nas maternidades selecionadas para o estudo (Figura 1).

Figura 1 – Composição da amostra do estudo.



#### 4.2.4 Coleta de dados

##### Instrumento de coleta de dados

Para a coleta de dados foi elaborado um formulário (ANEXO A) composto por 10 seções com questões objetivas. O instrumento foi construído, baseado na experiência dos pesquisadores na atenção à saúde da mulher, na literatura sobre a inserção do acompanhante de parto no ambiente hospitalar no contexto brasileiro e no inquérito nacional sobre parto e nascimento “Nascer no Brasil” (VASCONCELLOS *et al.*, 2014).

## Teste e digitalização do instrumento de coleta de dados

Entre setembro e novembro de 2014, antecedendo a coleta de dados, a etapa de teste do instrumento foi conduzida na MHU e na Clínica Ilha – Hospital e Maternidade da rede suplementar de saúde do município de Florianópolis, com o objetivo de aperfeiçoar o instrumento e avaliar a performance dos entrevistadores. Para tanto foram conduzidas 15 entrevistas utilizando a versão impressa do instrumento, que permitiu identificar dificuldades e corrigir possíveis erros, além de familiarizar os entrevistadores com o ambiente, procedimentos de coleta e padronização da técnica de entrevista.

Após a correção dos erros e minimizar as dificuldades na abordagem e preenchimento, o instrumento foi digitalizado e instalado em 12 netbooks exclusivos para a pesquisa. Foi testado novamente, para o ajuste do sistema, manejo do equipamento e aperfeiçoamento de habilidades dos entrevistadores para seu preenchimento. As entrevistas utilizadas no piloto foram descartadas.

Para iniciar o registro da entrevista no formulário o sistema solicitava o login e a senha de uso individual de cada entrevistador, previamente cadastrado. Para diminuir erros e perdas de dados, o formulário possuía filtros/travas, impedindo o progresso de seu preenchimento caso alguma questão fosse pulada. Ao final de cada entrevista, o sistema solicitava ao entrevistador a confirmação de sua conclusão. Após concluindo, o sistema não permitia alterações no arquivo pelo entrevistador, contribuindo para a fidedignidade dos dados (JUNGES, 2017). Em caso de falha no sistema, os entrevistadores dispunham do instrumento impresso, evitando a perda de dados.

Uma plataforma digital foi desenvolvida para o registro, armazenamento e sistematização dos dados, dando agilidade a coleta e reduzindo a possibilidade de erros. Após o término de cada entrevista ou ao final do dia de trabalho, o entrevistador acessava a internet e exportavam os dados para a base central do tipo nuvem, de acesso exclusivo do programador e do pesquisador responsável. As entrevistas eram salvas, automaticamente, em uma pasta exclusiva para armazenar os arquivos no formato de planilhas (CSV) do software Microsoft Office *Excel*®.

## Treinamento dos entrevistadores e logística de campo

Para minimizar erros e manter a qualidade na coleta de dados uma pesquisadora com experiência foi destacada para desenvolver a função de supervisora de campo, sendo responsável por selecionar, treinar, introdução e avaliar os entrevistadores nos campos de estudo; repor os formulários da pesquisa; organizar, sistematizar e controlar a coleta de dados.

Entre os meses de janeiro e agosto de 2015, procedeu-se a seleção e treinamento dos entrevistadores. Por meio dos líderes de turmas e no Grupo de Pesquisa em Enfermagem na Saúde da Mulher e do Recém-Nascido (GRUPESMUR) identificou-se os acadêmicos de enfermagem da UFSC interessados em pesquisa que atendessem os pré-requisitos. Para participar da equipe de pesquisa o candidato deveria ter concluído as atividades curriculares teórico-práticas na área de saúde da mulher e do recém-nascido, conhecer a estrutura física e o processo de trabalho das maternidades em que os dados seriam coletados. Foram agendadas reuniões entre os candidatos e os pesquisadores responsáveis pelo estudo na intenção de apresentar o projeto, identificar disponibilidade de horários para o treinamento e a coleta de dados. Ao final foram selecionados e treinados 25 entrevistadores, sendo que 20 deles concluíram o treinamento e participaram efetivamente da coleta de dados (JUNGES, 2017).

O treinamento foi dividido em duas etapas: teórica e prática. Na etapa teórica, o propósito foi apresentar o projeto, seus objetivos, a logística de campo, o instrumento de coleta de dado e o instrutivo de campo (ANEXO B), bem como padronizar as técnicas de abordagem dos potenciais participantes, o processo de seleção dos sujeitos com aplicação do check list (ANEXO C) e a condução da entrevista. Na etapa prática, a finalidade era treinar o entrevistador a partir de uma simulação com a supervisora de campo e, em seguida, com um acompanhante de parto na maternidade em que o entrevistador estava escalado utilizando a versão digital do instrumento. Os entrevistadores que concluíram o treinamento foram inseridos nos campos de estudo pela supervisora da pesquisa, de acordo com a demanda. Mensalmente o cronograma de coleta de dados de cada maternidade era organizado, com escala de um ou mais entrevistadores por turno, com a intenção de abordar o maior número de elegíveis. A coleta de dados era diária, de segunda a domingo, inclusive feriados.

Ao iniciar o seu turno, o entrevistador preenchia a Lista Única de Puérperas e Acompanhantes (LUPA) (ANEXO D), o que permitia identificar todas as puérperas internadas no ALCON naquele dia, anotando

o número do prontuário, data e hora do parto. Tão pronto preenchesse a LUPA, o entrevistador se dirigia até a enfermaria, apresentava-se à puérpera para confirmar a presença do acompanhante durante o trabalho de parto e o parto. Em casos afirmativos, o acompanhante era identificado e, caso atendesse os critérios de inclusão, era convidado a participar, com o registro de seu nome, aceite ou recusa ao convite, data e horário da entrevista e assinatura do entrevistador na LUPA.

Nos casos de aceite, era apresentado, lido e esclarecido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO E). Ao concordar com os termos o acompanhante era conduzido para a entrevista. Nos casos de recusa, eram reforçados os esclarecimentos sobre a importância da pesquisa e o sigilo das informações fornecidas. Em se mantendo a recusa, o entrevistador perguntava sobre o motivo da mesma para registro na LUPA. Nas situações em que o acompanhante não se encontrava junto à puérpera, identificava-se o melhor horário para retornar e abordá-lo e após duas tentativas, sem sucesso, considerou-se como perda.

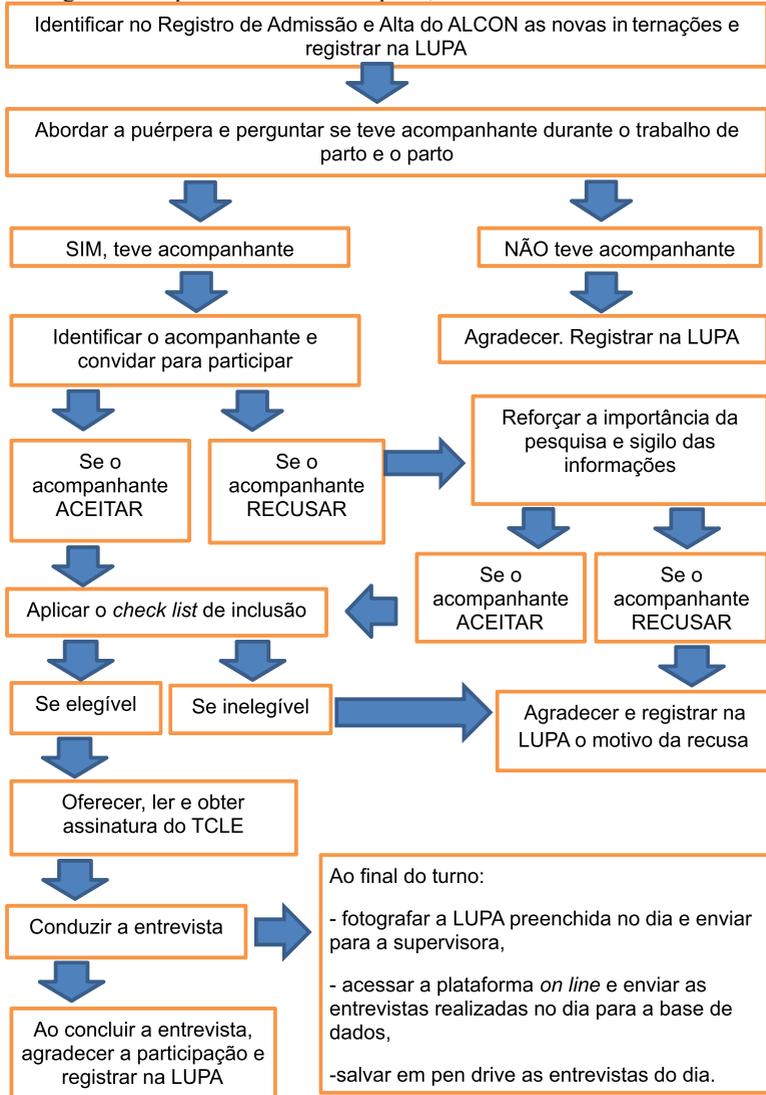
As entrevistas aconteceram em espaços reservados (salas de reuniões ou de prescrições) cedidos pela gerência dos ALCON, fora do quarto da puérpera, para evitar influências nas respostas e a interferência nas rotinas dos setores. Ao terminar seu turno de trabalho, os entrevistadores fotografavam e enviavam a LUPA preenchida para o email da supervisora de pesquisa; salvavam as entrevistas realizadas em um *pen drive* exclusivo para a pesquisa, e atualizavam o sistema de exportação *online* para a Base de Dados Central. Estes procedimentos tinham como objetivo reduzir possíveis perdas de dados, permitir a identificação e correção de inconsistências nas entrevistas. A Figura 2 descreve o fluxo das atividades diárias do entrevistador no campo de estudo.

Periodicamente a supervisora monitorava a coleta de dados in locu, momento que acompanhava as entrevistas, esclarecia as dúvidas dos entrevistadores, repunha formulários da pesquisa, recolhia as LUPA preenchidas, avaliava a presença dos entrevistadores nos setores e o andamento da coleta dos dados. Ao final de cada mês era gerado um relatório com informações sobre o número de entrevistas realizadas por maternidade e por entrevistador, auxiliando no acompanhamento geral da coleta de dados.

A coleta de dados ocorreu em períodos diferentes nos três campos, em virtude do alcance da amostra estimada de cada instituição. Na MHU a coleta de dados ocorreu entre março a outubro de 2015. Na MCD, a coleta teve início em maio de 2015, encerrando em janeiro de 2016. Na MHRSJ, o período de coleta de dados foi de julho de 2015 a maio de

2016. Em alguns meses a coleta foi concomitante nas três maternidades, sendo que alguns entrevistadores atuaram em mais de uma maternidade.

Figura 2 - Fluxograma de atividades diárias do entrevistador nas Maternidades da Região Metropolitana de Florianópolis, 2015-2016.



## **Controle de qualidade**

Para assegurar a qualidade dos dados e minimizar a introdução de erros aleatórios ou sistemáticos adotou-se a aplicação de check-list com critérios de inclusão e exclusão para a seleção dos sujeitos de pesquisa (ANEXO C), monitoramento da coleta de dados durante todo o trabalho de campo e avaliação diária da qualidade dos registros dos dados.

Após o encerramento da coleta de dados e a revisão do banco de dados pelos pesquisadores responsáveis, com correção de todas as inconsistências, replicou-se, por contato telefônico, parte do formulário (ANEXO F) em uma amostra aleatória de 5% dos participantes de cada maternidade. As respostas obtidas na replicação foram comparadas com os dados obtidos nas entrevistas. Não foram encontradas incongruências.

### **4.3 VARIÁVEIS DO ESTUDO**

Para a elaboração desta tese, selecionou-se perguntas (P) do formulário do macroprojeto (ANEXO A) e informações de registros hospitalares para construir as variáveis de estudo. Todas as variáveis quantitativas foram classificadas como discreta (QD) ou contínua (QC).

#### **Variáveis relacionadas às características sociodemográficas do acompanhante**

- Idade (P1): em anos completos (QD).
- Sexo (P3): sexo (masculino e feminino).
- Cor da pele (P4): cor da pele auto-referida pelo entrevistado (branca, preta, parda, amarelo, indígena).
- Estado civil (P6): estado civil em que o participante se encontrava na data da entrevista (solteiro, casado no papel, união estável/vive com companheiro, separado/divorciado, viúvo)
- Anos de estudo (P8): anos completos que o entrevistado frequentou o ensino formal (QD).
- Vínculo com a mulher (P11): grau de proximidade com a parturiente (companheiro/pai do bebê, mãe/irmã/amiga).

#### **Variáveis relacionadas à experiência como acompanhante**

- Experiência anterior em acompanhar o parto normal (P17): experiência anterior em ter sido acompanhante em parto normal (sim, não).
- Experiência anterior em acompanhar cirurgia cesárea (P18): experiência

- anterior em ter sido acompanhante em cesariana (sim, não).
- Conhecimento sobre a Lei do acompanhante (P21): se o participante conhecia a Lei do acompanhante (sim, não).
  - Participação em curso preparatório para o parto (P23): se o entrevistado participou de algum curso sobre parto durante a gestação (sim, não).
  - Participação em palestra (P24): se o entrevistado participou de alguma palestra sobre gestação e/ou parto durante a gestação (sim, não).
  - Acompanhou o pré-natal (32): se o entrevistado acompanhou o pré-natal da mulher (sim, não).
  - Tempo de permanência ao lado da parturiente (P90): tempo, em horas, em que o acompanhante permaneceu ao lado da mulher da internação ao nascimento do bebê (QC).
  - Via do nascimento (P119): qual a via do nascimento que o participante acompanhou (parto normal, cirurgia cesária).
  - Classificação do parto quanto a idade gestacional (P120): parto classificado quanto a idade gestacional referido pelo acompanhante (a termo, prematuro).
  - Período da semana (registros hospitalares): período da semana em que ocorreu o parto (sábado, domingo e segunda-feira, terça a sexta-feira).
  - Turno de ocorrência do parto (registros hospitalares): período em que o parto aconteceu, [dia (7:00-19:00h), noite (19:01-6:59h)].

## Variáveis relacionadas à maternidade

- Instituição: identificação da maternidade em que ocorreu o parto (MHU, MDC, MHRSJ).
- Permanência ao lado da parturiente durante toda a internação (P66, 93, 129, 155): se o acompanhante permaneceu ao lado da mulher, inclusive durante a realização de procedimentos da triagem obstétrica ao parto (sim, não).
- Oferta de orientações escritas (P68, P95, 131, 157): se o participante recebeu orientações escritas dos profissionais de saúde sobre as atividades permitidas ao acompanhante durante a internação (sim, não).
- Direito a alimentação (P68, 95, 131, 151): se o acompanhante foi orientado sobre o seu direito de receber as principais refeições durante sua permanência na maternidade (sim, não).
- Ambiente adequado para o acompanhante no trabalho de parto (P112): o participante considerou a estrutura física adequada para sua permanência junto à mulher durante o trabalho de parto (sim, não).
- Ambiente adequado para o acompanhante no parto normal (P145): o participante considerou a estrutura física adequada para sua permanência junto à mulher no parto vaginal (sim, não).
- Ambiente adequado para o acompanhante na cirurgia cesárea (P170): o

- participante considerou a estrutura física adequada para sua permanência junto à mulher na cesárea (sim, não).
- Ambiente adequado do parto (P218): o participante considerou local em que a gestante vivenciou o trabalho de parto e o parto quanto a mobilidade, luminosidade, ruídos adequados (sim, não).
  - Teve a privacidade respeitada (P83, 113, 145, 170): o participante considerou que sua privacidade e da mulher foram respeitadas durante a internação (sim, não).
  - Disponibilidade de profissionais (P218): na opinião do participante havia disponibilidade de profissionais para atender as demandas da mulher durante o trabalho de parto e parto (sim, não).
  - Apresentação da área física (P95): o acompanhante foi apresentado a área física pelos profissionais de saúde no momento em que a mulher foi internada (sim, não).
  - Posição adotada para o parto (P142): qual a posição que a mulher assumiu no momento do parto vaginal (horizontal, reclinada, vertical, outras).
  - Oferta de líquido/alimentação à mulher (P109): se os profissionais ofereceram líquido/alimentos à mulher durante o trabalho de parto (sim, não).

### **Variáveis relacionadas às atitudes dos profissionais durante a internação**

- Estímulo a participar do cuidado com a mulher (P67, 71, 94, 98, 130, 134, 156, 160): se o acompanhante foi incentivado pelos profissionais de saúde a participar do cuidado com a mulher na triagem obstétrica, trabalho de parto, parto, parto normal e cirurgia cesárea (sim, não).
- Esclarecimento de dúvidas sobre o atendimento prestado (P69, 96, 132, 158): durante o atendimento os profissionais sanaram as dúvidas do acompanhante (sim, não).
- Explicação sobre o atendimento prestado (P68, 95, 131, 157): se o acompanhante recebeu explicações sobre o andamento do trabalho de parto, parto normal, cirurgia cesárea e o cuidado prestado à mulher (sim, não).
- Explicações à gestante (P218): se os profissionais explicaram para a gestante o que estava acontecendo durante o trabalho de parto de forma clara e compreensível (sim, não).
- Identificação do profissional que prestou assistência (P68, 95, 131, 157): se os profissionais que prestaram assistência a mulher durante a triagem obstétrica, o trabalho de parto, o parto normal ou a cirurgia cesárea se identificaram ao acompanhante antes de iniciar os procedimentos (sim, não).

## Variáveis de satisfação do acompanhante

- Satisfação com a recepção (P84, 113, 146, 171): satisfação do participante com a forma como foi recebido na triagem obstétrica, no trabalho de parto, no parto normal ou na cirurgia cesárea (muito insatisfeito, insatisfeito, satisfeito, bem satisfeito, muito satisfeito).
- Satisfação com as orientações sobre o papel do acompanhante (P85, 114, 147, 172): sentimento de satisfação do acompanhante em relação as orientações recebidas na triagem obstétrica, no trabalho de parto, no parto normal ou na cirurgia cesárea quanto a sua participação (muito insatisfeito, insatisfeito, satisfeito, bem satisfeito, muito satisfeito).
- Satisfação com o estímulo à participação (P88, 117, 151, 176): satisfação do participante com o estímulo dos profissionais para sua participação na triagem obstétrica, no trabalho de parto, no parto normal ou na cirurgia cesárea quanto a sua participação (muito insatisfeito, insatisfeito, satisfeito, bem satisfeito, muito satisfeito).
- Satisfação com a explicação sobre o atendimento prestado (P87, 116, 150, 176): satisfação do acompanhante com a explicação sobre o atendimento prestado a mulher na triagem obstétrica, no trabalho de parto, no parto normal ou na cirurgia cesárea (muito insatisfeito, insatisfeito, satisfeito, bem satisfeito, muito satisfeito).
- Satisfação com a experiência em geral (P89, 118, 152, 177): satisfação do participante em ter acompanhado a mulher na triagem obstétrica, no trabalho de parto, no parto normal ou na cirurgia cesárea (muito insatisfeito, insatisfeito, satisfeito, bem satisfeito, muito satisfeito).

## Variáveis acerca da violência

- Violência psicológica contra a mulher (P218): exposição da parturiente a alguma violência psicológica (humilhação, negação de atendimento ou de oferta de alívio da dor) praticada por profissionais de saúde durante o atendimento na triagem obstétrica, no trabalho de parto, no parto normal ou na cirurgia cesárea (sim, não).
- Violência verbal contra a mulher (P218): se a mulher foi exposta a violência verbal (xingamento, palavras ofensivas) por profissionais de saúde durante o atendimento na triagem obstétrica, no trabalho de parto, no parto normal ou na cirurgia cesárea (sim, não).
- Violência física contra a mulher (P218): exposição da mulher a violência física (empurrão, machucou ou examinou de forma dolorosa) durante a assistência ao na triagem obstétrica, no trabalho de parto, no parto normal ou na cirurgia cesárea (sim, não).
- Violação de direito do acompanhante quanto a ambiência (P83, 112, 145, 170): se o entrevistado considerou o ambiente em que ocorreu a triagem

obstétrica, o trabalho de parto, o parto normal e a cirurgia cesárea inadequado para lhe receber, se sua privacidade e da mulher foi desrespeitada durante a internação e se ele foi impedido de permanecer ao lado da mulher durante a realização de procedimentos em algum momentos da internação, categorizada em “triagem obstétrica”, “trabalho de parto”, “parto normal”, “cirurgia cesárea” (sim, não).

- Violação de direito do acompanhante ao acolhimento (P67, 68, 71, 94, 95, 98, 130, 131, 134, 156, 157, 160): se o acompanhante não foi apresentado a área física na internação, se não foi informado sobre o direito a receber alimentação durante sua permanência na maternidade, se não foi incentivado a acompanhar a mulher e não foi orientado sobre o que poderia fazer nos diferentes momentos do processo de parturição, extratificado nas categorias “triagem obstétrica”, “trabalho de parto”, “parto normal”, “cirurgia cesárea” (sim, não).
- Violação de direito do acompanhante à comunicação com a equipe (P68, 69, 95, 96, 131, 132, 157, 158): se os profissionais de saúde não se apresentaram ao acompanhante antes de iniciar o atendimento, se não recebeu informações sobre o atendimento prestado e se não teve as suas dúvidas esclarecidas nos diferentes momentos do processo de parturição, extratificado nas categorias “triagem obstétrica”, “trabalho de parto”, “parto normal”, “cirurgia cesárea” (sim, não).

#### 4.4 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram sistematizados e organizados no software *Excel*®. Em uma etapa preliminar de exploração dos dados conduziu-se a análise descritiva dos dados com cálculo de medidas de tendência central e de dispersão, de prevalência e intervalos de confiança. Em uma segunda etapa, aplicou-se métodos estatístico para identificar as associações entre as variáveis. O Software R Versão 3.2 foi empregado em todas as etapas da análise.

#### **Caracterização do acompanhante e da internação**

Para caracterizar o acompanhante selecionou-se as variáveis sociodemográficas: sexo (masculino, feminino); idade (em anos); cor/raça autodeclarada (branca, preta/indígena, parda/amarela); escolaridade (em anos de estudo); estado civil (casado/união estável, solteiro/divorciado/viúvo); vínculo com a mulher (companheiro e pai do bebê, mãe/irmã/amiga); experiência anterior com o parto (sim, não); participação em curso preparatório para o parto (sim, não); participação em palestra sobre gesta-

ção/parto (sim, não); participação no pré-natal (sim, não) e conhecimento da lei do acompanhante (sim, não).

As variáveis selecionadas para caracterizar a internação em que o participante foi acompanhante foram: via de nascimento (normal ou cirurgia cesárea); classificação do parto quanto a idade gestacional referida pelo acompanhante (a termo, prematuro); período da semana de ocorrência do parto (sábado, domingo e segunda-feira, terça a sexta-feira); turno do parto (dia [7:00-19:00h], noite [19:01-6:59h]) e tempo de permanência do acompanhante ao lado da parturiente da internação ao nascimento (em horas).

### **Violência institucional contra a mulher no parto**

A violência institucional contra mulher no parto foi analisada a partir da construção de um indicador baseado na proposta D'Oliveira, Diniz, Schraiber (2002) e de Tesser *et al.* (2015) para a classificação do fenômeno, em estrutural, verbal, física e psicológica e sexual. A categoria “sexual” foi excluída desse estudo, por falta de evidências de sua ocorrência. Assim, admitiu-se como caso ou desfecho de interesse o relato do acompanhante de ao menos um dos quatro tipos de violência eleitos contra a parturiente (estrutural, verbal, física e psicológica), a partir do conjunto de nove perguntas que fazem parte do instrumento do macro-projeto.

A violência estrutural foi considerada como o não atendimento e/ou atendimento precário em decorrência da infraestrutura inadequada, falta de recursos humanos e materiais, indisponibilidade de leitos, imposição de rotinas institucionais que violam os direitos ou causam danos à parturiente. Para estimar esse tipo de violência questionou-se ao acompanhante se “os profissionais de saúde ofereceram líquidos e/ou alimentos para a mulher durante o trabalho de parto?”; se “o local em que a gestante vivenciou o trabalho de parto e o parto era adequado (permitia mobilização, baixa luminosidade, redução de ruídos)?” e se “havia sempre um profissional disponível para atender as demandas da mulher?”.

Todas as perguntas tinham como opção de resposta “sim” ou “não”, sendo a negativa a pelo menos uma das perguntas, considerada como caso de violência estrutural.

A violência verbal, descrita pela literatura como o tratamento áspero, com ameaça, repreensão, gritos e xingamentos da mulher pelo profissional de saúde durante o atendimento ao parto. Foi estimada a partir

da pergunta: “a mulher foi exposta a alguma situação de violência verbal (algum profissional xingou ou usou palavras que causaram ofensa a mulher)?”, com respostas “sim” ou “não”, sendo as respostas positivas consideradas caso.

Empurrões, exames dolorosos e repetidos; procedimentos danosos à saúde (como episiotomia, cirurgias cesáreas sem indicação, administração de ocitócitos e manobra de Kristeler); restrição de movimentos e a imposição de posições não desejadas pela parturiente durante o trabalho de parto e parto são situações consideradas como violência física. Neste estudo, foi avaliada pelas perguntas: “a mulher foi exposta a alguma violência física (algum profissional a empurrou, a machucou ou fez algum exame de forma dolorosa)?” e “a mulher assumiu a posição deitada com as pernas levantadas no momento do parto normal? As alternativas de resposta eram “sim” e “não”, sendo as respostas positivas consideradas casos de violência física.

A violência psicológica é definida como ameaças, negação de atendimento ou de método de alívio da dor, abandono de atendimento, humilhação intencional, constrangimento, imposição de decisões profissionais, desqualificação da opinião da mulher, fornecimento de informações duvidosas ou não informação, banalização/negligência do sofrimento ou necessidades da mulher. Estimamos esse desfecho a partir do conjunto de três perguntas, com opção de respostas “sim” e “não”. Considerou-se como caso desse tipo de violência as respostas “sim” para a pergunta “a mulher foi exposta a alguma violência psicológica (algum profissional humilhou ou negou-se a atendê-la ou a oferecer algum tipo de alívio da dor)?” ou as respostas “não” à pergunta “os profissionais explicaram para a gestante o que estava acontecendo durante o trabalho de parto?” ou “as informações relacionadas ao andamento do trabalho de parto foram repassadas à mulher de forma clara e de fácil compreensão?”.

Para a análise dos fatores associados a violência contra a mulher no parto empregou-se regressão de Poisson simples e múltipla, com estimador de matriz de covariância consistente do tipo HC3 (CRIBARI-NETO, GALVÃO, 2000), para estimar razão de prevalência (RP) entre os acompanhantes que relataram qualquer tipo de violência institucional contra a mulher no parto, em relação aos que não relataram. Realizou-se a análise de regressão em duas etapas. Na primeira, a partir da regressão simples, avaliou-se a associação de cada covariável, separadamente, em relação ao desfecho, selecionando apenas as covariáveis com  $p$ -valor  $< 0,2$ . Na segunda etapa, os modelos de Poisson múltiplos foram testados. Após a

definição do modelo final, foram testadas possíveis interações entre: relato de qualquer tipo de violência *versus* idade do acompanhante; relato de qualquer tipo de violência *versus* escolaridade do acompanhante e relato de qualquer tipo de violência *versus* classificação do parto. Aplicou-se o teste da razão de verossimilhança como critério de seleção de variáveis e seleção dos modelos em todos os passos. Os intervalos de confiança para as RP do modelo final foram estimados ao nível de 95%.

Violação de direitos do acompanhante durante a permanência na maternidade

As diretrizes da PNHPN, as determinações da Lei nº. 11.108, a Portaria Ministerial nº. 2.418, a RDC da ANVISA nº. 36 e a Instrução Normativa 001/2009 da SES de Santa Catarina fundamentaram a construção do indicador de violação de direitos do acompanhante. Elegeu-se como dimensões de interesse dessa investigação os direitos do acompanhante relativos a ambiência, as rotinas institucionais e as atitudes de profissionais durante a internação da mulher para parto.

A definição de violação de direitos do acompanhante considerada neste estudo foi o descumprimento dos deveres institucionais, previstas na legislação e nos atos normativos citados acima no tocante ao ambiente físico, ao acolhimento e à comunicação entre a equipe e o acompanhante. Entende-se que ao impor obrigatoriedades aos serviços essas normativas instituem direitos ao acompanhante da mulher.

Para descrever a violação de direitos do acompanhante quanto aos aspectos assistenciais, construiu-se três variáveis: “violação de direitos do acompanhante quanto a ambiência”, “violação de direitos do acompanhante ao acolhimento” e “violação de direitos do acompanhante à comunicação com a equipe”. Na intenção de descrever o desfecho durante a internação essas variáveis foram categorizadas em “triagem obstétrica”, “trabalho de parto”, “parto normal” e “cirurgia cesárea”. Para isso utilizou-se 20 perguntas do questionário do macroprojeto.

A RDC nº. 36 estabelece parâmetros quanto ao ambiente físico dos serviços alinhados ao conceito de ambiência da PNH (ANVISA, 2008). Nesse conceito, o ambiente físico é compreendido como espaço social, que visa o conforto e a privacidade dos sujeitos envolvidos (BRASIL, 2003), que no atendimento ao parto, inclui o acompanhante da mulher. A variável “violação do direito quanto a ambiência” possibilitou medir o desrespeito aos direitos do acompanhante nesse aspecto. As perguntas que compuseram essa variável foram: “em sua opinião, o ambiente da triagem obstétrica/do trabalho de parto/do parto normal/da cirurgia cesárea era

adequado para te receber (espaço físico, cadeira, etc)?”; “em sua opinião, sua privacidade e da mulher na triagem obstétrica/no trabalho de parto/no parto normal/na cirurgia cesárea foi respeitada?”; “você permaneceu ao lado da mulher durante o atendimento dos profissionais e realização de procedimentos na triagem obstétrica/no trabalho de parto/no parto normal/na cirurgia cesárea?”. Todas as perguntas tiveram como opção e resposta “sim” e “não”, a resposta negativa a pelo menos uma das questões foi considerado como caso ou violação de direito do acompanhante.

Nos preceitos da PNH, o acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho atendendo aos que procuram os serviços, sendo capaz de responder as demandas apresentadas (BRASIL, 2003). Na assistência ao parto a presença do acompanhante ao lado da parturiente de forma contínua é recomendada pelas evidências científicas por ser o seu principal provedor de apoio (BOHREN *et al.*, 2017b). Para isso, o acolhimento deve familiarizar o acompanhante ao ambiente, apresentar os limites e as expectativas quanto a sua participação. Nesse sentido, a Portaria Ministerial 2.418 (BRASIL, 2005b), a RDC nº. 36 (ANVISA, 2008) e a Instrução Normativa 001/2009 da SES de Santa Catarina (SANTA CATARINA, 2009) orientam que o acolhimento do acompanhante nos serviços inclua a apresentação da área física e das rotinas institucionais antes ou no momento da internação; a oferta de orientações escritas sobre direitos e deveres, orientações sobre ao seu papel como acompanhante; estimula a sua participação no parto e nascimento e informação sobre o direito de receber as principais refeições durante sua permanência na instituição.

A variável “violação do direito ao acolhimento” mediu o respeito aos direitos do acompanhante relativos ao acolhimento a partir das perguntas: “[após a internação] algum profissional levou você para conhecer a área física da maternidade?”; “na triagem obstétrica/no trabalho de parto/no parto normal/na cirurgia cesárea os profissionais de saúde forneceram orientações sobre o seu direito a alimentação durante a internação da mulher?”; “os profissionais de saúde forneceram orientações escritas sobre o que podia fazer como acompanhante na triagem obstétrica/no trabalho de parto/no parto normal/na cirurgia cesárea?”; “você foi incentivado pelos profissionais de saúde a acompanhar a mulher na triagem obstétrica/no trabalho de parto/no parto normal/na cirurgia cesárea?”. Todas com respostas codificadas como “sim” e “não”, sendo as respostas negativas consideradas como violação de direito.

A comunicação entre profissionais e acompanhantes durante a internação, reflete a qualidade da assistência, sendo o tratamento cordial, o

fornecimento de informações sobre o atendimento, o esclarecimento de dúvidas e o envolvimento do acompanhante no cuidado com a parturiente deveres da equipe de saúde (SANTA CATARINA, 2009; ANVISA, 2008; BRASIL, 2005). A variável “violação do direito a comunicação com a equipe”, permitiu descrever a comunicação entre acompanhante e profissionais, sendo construída pelo grupo de perguntas: “na triagem obstétrica/no trabalho de parto/no parto normal/na cirurgia cesárea os profissionais se apresentaram a você antes de iniciar o atendimento?”; “os profissionais forneceram a você informações sobre a situação e o atendimento prestado durante a triagem obstétrica/o trabalho de parto/o parto normal/a cirurgia cesárea?”; “os profissionais responderam as perguntas que você fez durante a triagem obstétrica/o trabalho de parto/o parto normal/a cirurgia cesárea?” todas com respostas “sim” e “não”. A resposta negativa a pelo menos uma das questões foi considerada como caso, ou seja, violação de direito do acompanhante.

A avaliação da satisfação do acompanhante com a experiência vivida, como uma proxy das situações adversas enfrentadas durante a sua permanência na maternidade, foi estimada a partir das variáveis “recepção”, “orientação sobre o seu papel”, “explicação sobre o atendimento prestado” e “estímulo a participação no cuidado” durante o processo de parturição. As variáveis foram medidas pelas respostas as perguntas, respectivamente: “como você se sentiu recebido na triagem/admissão obstétrica/trabalho de parto/parto normal/cirurgia cesárea?”; “como você se sentiu com as orientações sobre seu papel na triagem/admissão obstétrica/trabalho de parto/parto normal/cirurgia cesárea?”; “como você se sentiu com relação à forma como lhe explicaram o que estava acontecendo triagem/admissão obstétrica/trabalho de parto/parto normal/cirurgia cesárea?” e “como você se sentiu com relação à forma com estimularam sua participação na triagem/admissão obstétrica/trabalho de parto/parto normal/cirurgia cesárea?”. Para as perguntas sobre satisfação do acompanhante utilizou-se uma tabela likert com cinco opções de resposta, codificadas como “muito insatisfeito”, “insatisfeito”, “satisfeito”, “bem satisfeito” e “muito satisfeito”. Considerou-se como indicativo de satisfação o agrupamento das respostas “satisfeito, bem satisfeito, muito satisfeito”.

#### 4.5 ASPECTOS ÉTICOS E DE SUBSÍDIOS

O macroprojeto, arcabouço dessa pesquisa, está vinculado ao GRUPESMUR da UFSC, e foi desenvolvido respeitando os aspectos éti-

cos da Resolução nº. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012b), sendo o protocolo de pesquisa submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC, via Plataforma Brasil (CAEE: 25589614.3.0000.0121), aprovada pelo parecer nº. 541.296 em 24/02/2014 (ANEXO G).

As instituições de saúde envolvidas consentiram com a condução da pesquisa em suas dependências. Todos os participantes foram esclarecidos sobre os objetivos do estudo, a importância da sua participação, a garantia do sigilo e o anonimato, bem como sobre o direito de desistir ou retirar sua participação a qualquer momento, sem prejuízo ao atendimento da mulher. A anuência dos sujeitos da pesquisa foi obtida pela concordância livre e esclarecida dos mesmos, firmada pela assinatura do TCLE.

O macroprojeto foi subsidiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), através do edital Universal 14/2013 – Faixa B, no valor de R\$ 35.938,00, contemplado com uma bolsa de Iniciação Científica com duração de 36 meses. Também estava à disposição da pesquisa, um bolsista do Programa de Institucional de Iniciação Científica (PIBIC/UFSC). A infraestrutura da UFSC foi utilizada para o desenvolvimento da pesquisa.



## 5 RESULTADOS

Os resultados desta tese estão apresentados em formato de artigo e manuscritos, atendendo a Instrução Normativa do Programa de Pós-Graduação e Enfermagem (PEN) da UFSC 01/2016, de 17 de agosto de 2016, que dispõe sobre os critérios para elaboração e o formato de apresentação dos trabalhos de conclusão dos Cursos de Mestrado e de Doutorado.

Os resultados foram organizados em um artigo e dois manuscritos. O artigo “Violência institucional durante o processo parturitivo no Brasil: revisão integrativa” apresenta o “estado da arte” da temática no contexto brasileiro e esta disponível no volume 71, número 3 de 2018 da Revista Brasileira de Enfermagem. O primeiro manuscrito, “Violência institucional contra a parturiente referida pelo acompanhante em maternidades da Região Metropolitana de Florianópolis”, descreve a violência institucional no parto contra a mulher e os fatores associados a partir dos relatos de seus acompanhantes. O segundo manuscrito intitulado “Violação dos direitos do acompanhante em maternidades públicas de Florianópolis”, descreve a violação dos direitos do acompanhante durante a sua permanência na maternidade.

## 5.1 ARTIGO – VIOLÊNCIA INSTITUCIONAL DURANTE O PROCESSO PARTURITIVO NO BRASIL: REVISÃO INTEGRATIVA



REVISÃO

### Violência institucional durante o processo parturitivo no Brasil: revisão integrativa

*Institutional violence during the parturition process in Brazil: integrative review*  
*Violencia institucional durante el proceso del parto en Brasil: revisión integradora*

Lihseh Marrero<sup>1</sup>, Odaléa Maria Brüggemann<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis-SC, Brasil.

#### Como citar este artigo:

Marrero L, Brüggemann OM. Institutional violence during the parturition process in Brazil: integrative review. Rev Bras Enferm [Internet]. 2018;71(3):1152-61. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0238>

Submissão: 03-04-2017

Aprovação: 21-05-2017

#### RESUMO

**Objetivo:** Identificar os tipos de violência institucional no parto relatados pela mulher, pelo acompanhante de parto e por profissionais de saúde. **Método:** Revisão integrativa que analisou 33 artigos nas bases LILACS, BDENF, INDEXPSI, SciELO regional, Scopus, Web Of Science e PubMed. **Resultados:** A mulher foi a principal relatora da violência, com predominância do tipo psicológica. A infraestrutura precária e a imposição das decisões profissionais foram identificadas pelo acompanhante como violência. Para os profissionais de saúde, a realização de procedimentos sem consentimento não caracteriza violência, mas garantia de segurança no parto. **Considerações finais:** Os tipos de violência mais comuns nas maternidades brasileiras são as psicológicas, as físicas e a estrutural. Na maioria das vezes, a violência é relatada pelas mulheres, embora profissionais também percebam e admitam sua perpetuação.

**Descritores:** Parto Humanizado; Trabalho de Parto; Maternidades; Serviços de Saúde; Violência.

#### ABSTRACT

**Objective:** To identify the types of institutional violence of childbirth reported by the woman, the birth companion and health professionals. **Method:** Integrative review that analyzed 33 articles in the LILACS, BDENF, INDEXPSI, regional SciELO, Scopus, Web Of Science and PubMed databases. **Results:** Women were the main violence rapporteur, with predominance of the psychological type. Precarious infrastructure and the imposition of professional decisions were identified by the companion as violence. For health professionals, performing procedures without consent does not characterize violence, but guarantees childbirth security. **Final considerations:** The most common types of violence in Brazilian maternity hospitals are psychological, physical and structural. Most of the time, violence is reported by women, although professionals also perceive and admit its perpetuation.

**Descriptors:** Humanizing Delivery; Labor, Obstetric; Hospitals, Maternity; Health Services; Violence.

#### RESUMEN

**Objetivo:** Identificar las clases de violencia institucional durante el parto reportadas por la mujer, por el acompañante del parto y por profesionales de la salud. **Método:** Revisión integradora que analizó 33 artículos en las bases LILACS, BDENF, INDEXPSI, SciELO regional, Scopus, Web Of Science y PubMed. **Resultados:** La mujer fue la principal informante de la violencia, con predominio del tipo psicológico. La infraestructura precaria y la imposición de las decisiones profesionales fueron identificadas por el acompañante como violencia. Para los profesionales de la salud, la realización de procedimientos sin consentimiento no caracteriza violencia, sino una garantía de seguridad en el parto. **Consideraciones finales:** Las clases de violencia más comunes en las maternidades brasileñas son las psicológicas, las físicas y las estructurales. La mayoría de las veces, son las mujeres quienes informan sobre la violencia, aunque los profesionales también perciban y admitan su perpetración.

**Descriptor:** Parto Humanizado; Trabajo de Parto; Maternidades; Servicios de Salud; Violencia.

AUTOR CORRESPONDIENTE Lihseh Marrero E-mail: [lihsiehm@gmail.com](mailto:lihsiehm@gmail.com)

## INTRODUÇÃO

Relatos de maus-tratos e desrespeito a mulher durante o processo parturitivo em instituições de saúde não são recentes, apesar de sua eliminação ser uma reivindicação dos movimentos sociais pelos direitos humanos que, nos últimos anos, têm ganhado visibilidade dado as evidências científicas sobre o impacto da baixa qualidade do cuidado no período gravídico-puerperal para mulheres e crianças<sup>1-2</sup>. Esses acontecimentos impulsionaram avanços conceituais sobre a violência no parto institucionalizado nos âmbitos jurídico, político e de práticas assistenciais, movimentando as agendas governamentais<sup>3-6</sup>.

Apesar dos avanços ainda não há, na literatura nacional e internacional, uma definição clara e abrangente para violência institucional no parto, que é atualmente descrita e reconhecida como maus-tratos e desrespeito, emprego de procedimento, condutas e rotinas prejudiciais ou sem evidências científicas durante o atendimento de mulheres em serviços de atenção ao parto<sup>6-9</sup>, ainda frequentes em muitas partes do mundo<sup>9-10</sup>. No Brasil, estima-se que aproximadamente 25% das mulheres que tiveram parto em maternidades sofreram alguma forma de violência<sup>11-12</sup>.

A escassez de estudos abrangentes que permitam generalizações e estimativas de magnitude, as limitações metodológicas das investigações sobre o tema, o caráter multifatorial e dimensional do fenômeno denunciam as lacunas no conhecimento e a necessidade de ampliar a discussão, incluindo diferentes olhares, para desvelar os aspectos da violência institucional no parto.

## OBJETIVO

Identificar na literatura os tipos de violência institucional na assistência ao parto nas maternidades brasileiras relatados pela mulher, pelo acompanhante de parto e por profissionais de saúde.

## MÉTODO

Estudo de revisão integrativa da literatura, cujo desenvolvimento seguiu seis etapas<sup>13</sup>. A primeira consistiu na escolha do tema e na elaboração das seguintes questões de pesquisa: quais os tipos mais frequentes de violência institucional sofrida por mulheres que buscam assistência ao parto no Brasil? Quem são os sujeitos que relatam a violência institucional no parto nas investigações sobre o tema no Brasil?

Na segunda etapa foram estabelecidos os critérios de inclusão e exclusão. Foram incluídas apenas publicações de pesquisas originais desenvolvidas em maternidades brasileiras que registraram em seus achados a ocorrência, o tipo e quem relatou a violência institucional ocorrida durante o trabalho de parto e parto; disponíveis na íntegra nas bases eletrônicas eleitas para o estudo; nos idiomas português, inglês ou espanhol publicados entre os anos de 2000 a 2016. Publicações classificadas como relato de experiência, estudo de caso, editorial, resenha e reflexão teórica foram excluídas da revisão. A coleta de dados foi conduzida entre setembro de 2016 a fevereiro de 2017, nas bases eletrônicas Literatura da

América Latina e Caribe (LILACS), Base de Dados de Enfermagem (BDENF), Index Psi Periódicos (INDEXPSI), MEDLINE, *Scientific Electronic Library Online* (SciELO regional) a partir dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) selecionados na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS): Violência Contra a Mulher (*Violence Against Women*), Violência (*Violence*, *Violencia*), Maternidade (*Hospital, Maternity, Maternidad*), Saúde da Mulher (*Women's Health*), Qualidade da Assistência à Saúde (*Quality Improvement*), Parto, Parturição (*Parturition*) e Obstetrícia (*Obstetric, Obstetricia*). As palavras-chaves "Violência Institucional" (*Institutional Violence*) e "Desrespeito" (*Disrespect, Desprecio*) foram utilizadas para complementar a busca, com aplicação posterior do filtro "Brasil" (*Brazil*). Para a busca nas bases *Scopus* e *Web Of Science* foram selecionadas na *database da National Library of Medicine* os descritores *Medical Subject Headings* (MeSh): "Violence", "Hospitals", "Maternity", "Parturition", "Obstetrics". As palavras-chaves "Violence Against Women", "Childbirth", "Disrespect" e "Brazil" complementaram as buscas. Ao todo foram localizadas 878 publicações e 33 foram elegíveis (Figura 1).

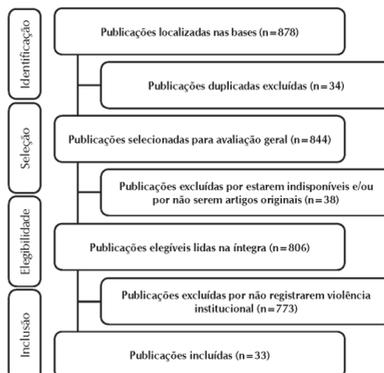


Figura 1 – Fluxograma de identificação e seleção das publicações de acordo com o PRISMA Statement

Na terceira etapa foi conduzida a extração dos dados de interesse (título; autores; ano, periódico, idioma, base de dados, área do conhecimento e tipo de publicação; os objetivos; o tipo de abordagem e de pesquisa; o local de desenvolvimento do estudo; sujeitos e amostra; fonte e análise dos dados; o tipo, momento e relator da violência institucional registrada) com auxílio de um instrumento previamente elaborado. Os dados foram organizados no software Excel<sup>®</sup>.

Na análise crítica, quarta etapa do estudo, foi empregada a metodologia "duplo cego", em que dois pesquisadores avaliaram o material sem que um conheça o parecer do outro. Nos

casos discordantes, um terceiro pesquisador procedeu à revisão. Os dados foram analisados considerando as categorias de violência institucional *discriminatória* baseado em atributos (depreciação ou não atendimento pelo profissional, baseado em atributos raciais, sociais ou comportamentais), *estrutural* (não atendimento e/ou atendimento precário em decorrência da infraestrutura inadequada, falta de recursos humanos e materiais, falta de leitos, imposição de rotinas institucionais que violam os direitos ou causam danos à parturiente); *verbal* (tratamento áspero, ameaças, repreensão, gritos e xingamentos), *psicológica* (ameaças, negação de atendimento ou de método de alívio da dor, abandono de atendimento, humilhação intencional, constrangimento, imposição de decisões, desqualificação da opinião da mulher, fornecimento de informações duvidosas ou não informação, banalização/negligência do sofrimento ou necessidades da mulher) e *física* (empurrar; machucar/provocar dor ao realizar exame; realizar procedimentos danosos à saúde como episiotomia, cirurgias cesáreas, administração de ocitócitos e manobra de Kristeler; restringir os movimentos e obrigar a parturiente a manter posições não desejadas por ela). A construção dessas categorias considerou as definições de diferentes autores sobre maus-tratos, abusos e direitos violados de mulheres em instituições de saúde durante a assistência ao parto<sup>(6,8,14)</sup>.

Na quinta etapa da revisão, destinada à discussão e interpretação dos dados, apresentou-se a descrição da tipologia, o momento de ocorrência e por quem a violência institucional no parto foi relatada. O resumo das evidências e a

apresentação dos resultados da revisão compuseram a sexta etapa da escolha metodológica para este estudo.

## RESULTADOS

Os 33 artigos incluídos nesta revisão foram publicados entre os anos de 2003 a 2016, com distribuição difusa, 66,7% tinham como idioma de publicação apenas o português e 30,3% o português e o inglês. O maior percentual de publicações ocorreu em periódicos das áreas do conhecimento em Saúde Coletiva (57,6%) e em Enfermagem (33,3%).

A abordagem qualitativa foi a mais frequente (78,8%), sendo que as publicações com abordagem quantitativa eram estudos descritivos. A maioria dos estudos (93,9%) foi conduzida em municípios específicos ou em áreas metropolitanas, comumente nas Regiões Sudeste<sup>(15-17)</sup> e Sul do país (78,7%)<sup>(18-20)</sup>, e dois tinham abrangência nacional<sup>(12,21)</sup>. O maior percentual dos estudos (74%) foi conduzido em instituições públicas.

As fontes de dados da totalidade dos estudos foram entrevistas e registros hospitalares. Em 69,8% das publicações a mulher foi o sujeito de pesquisa, vítima e relatora da violência institucional no parto; em 18,1% o profissional de saúde (médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem) ora como autor, ora como testemunhas de algum tipo de violência contra parturientes em seu ambiente de trabalho; e em 3% o acompanhante figurou como sujeito de pesquisa (Quadro 1). Em 9,1% dos estudos a violência institucional no parto foi relatada de forma conjunta pela mulher, pelo seu acompanhante e pelo profissional de saúde.

**Quadro 1** – Síntese de estudos incluídos na revisão, publicados no período de 2000 a 2016

Autor, ano e abordagem	Sujeito e amostra (n) do estudo	Objetivos do estudo	Tipo de violência relatada	Momento de ocorrência da violência
Aguiar e Tanaka <sup>(15)</sup> 2016 Qualitativa	Mulher (n = 12)	Analisar as memórias coletivas em narrativas de mulheres que vivenciaram o <i>near miss</i> materno.	Psicológica Física	Parto
Andrade et al. <sup>(22)</sup> 2016 Quantitativa	Mulher (n = 603)	Analisar os fatores associados às práticas não recomendadas na assistência obstétrica.	Física	Trabalho de parto Parto
Belfort et al. <sup>(23)</sup> 2016 Qualitativa	Mulher (n = 26)	Descrever a assistência obstétrica às mulheres negras no Maranhão.	Psicológica Estrutural	Trabalho de parto Parto
Diniz et al. <sup>(16)</sup> 2016 Quantitativa	Mulher (n = 23.940)	Analisar as desigualdades sociodemográficas na assistência em maternidades no Sudeste do Brasil.	Psicológica Estrutural Física	Trabalho de parto Parto
Biscegli et al. <sup>(24)</sup> 2015 Quantitativa	Mulher (n = 172)	Verificar a prevalência de violência obstétrica em uma maternidade-escola.	Psicológica Física	Trabalho de parto Parto
Luz et al. <sup>(25)</sup> 2015 Qualitativa	Mulher (n = 11)	Verificar a percepção das puérperas adolescentes sobre a assistência recebida durante o pré-natal e o parto.	Psicológica Física Verbal Discriminatória	Trabalho de parto Parto
Rodrigues et al. <sup>(26)</sup> 2015 Qualitativa	Mulher (n = 56)	Descrever e analisar as percepções das mulheres acerca da assistência obstétrica durante o processo de parto e nascimento.	Psicológica Estrutural Discriminatória	Admissão

Continua

Quadro 1 (cont.)

Autor, ano e abordagem	Sujeito e amostra (n) do estudo	Objetivos do estudo	Tipo de violência relacionada	Momento de ocorrência da violência
Santo et al. <sup>(17)</sup> 2015 Quantitativa	Mulher (n = 424)	Descrever o perfil sociodemográfico e obstétrico de mulheres em São Paulo.	Psicológica Física	Parto
D'Orsi et al. <sup>(21)</sup> 2014 Quantitativa	Mulher (n = 15.688)	Identificar fatores associados à satisfação das mulheres com a relação estabelecida com os profissionais de saúde no parto hospitalar e sua influência na satisfação geral das mulheres.	Psicológica Física Verbal	Trabalho de parto Parto
Leal et al. <sup>(12)</sup> 2014 Qualitativa	Mulher (n = 6.740)	Avaliar o uso de boas práticas e de intervenções obstétricas.	Física	Parto
Cardoso e Barbosa <sup>(27)</sup> 2012 Qualitativa	Mulher (n = 15)	Apreender e compreender, a partir da percepção de mulheres, o desencontro entre o desejo pelo parto vaginal e o desfecho em cesariana.	Psicológica Estrutural Discriminatória	Trabalho de parto e parto
Santos e Pereira <sup>(28)</sup> 2012 Qualitativa	Mulher (n = 19)	Compreender as vivências de puérperas sobre a atenção durante o processo parturitivo em uma maternidade pública.	Psicológica Estrutural Física	Trabalho de parto Parto
Aguiar e D'Oliveira <sup>(29)</sup> 2011 Qualitativa	Mulher (n = 21)	Apresentar e discutir experiências de partos e maus-tratos vividos por usuárias em um serviço de saúde.	Psicológica Física Verbal Discriminatória	Trabalho de parto Parto
Freire et al. <sup>(30)</sup> 2011 Quantitativa	Mulher (n = 12)	Descrever a tomada de decisão das mulheres sobre a via de parto.	Psicológica	Trabalho de parto e parto
Carvalho et al. <sup>(31)</sup> 2010 Qualitativa	Profissional de saúde (n = 23)	Identificar a utilização de práticas prejudiciais em um hospital universitário.	Física	Parto
Milbrath et al. <sup>(32)</sup> 2010 Qualitativa	Mulher (n = 6)	Conhecer vivências maternas de assistência durante o trabalho de parto e parto.	Psicológica Estrutural Verbal	Trabalho de parto Parto
Wolff e Waldow <sup>(33)</sup> 2008 Qualitativa	Mulher (n = 33)	Descrever, analisar e discutir as representações de mulheres sobre a assistência no processo parturitivo.	Psicológica Física	Parto
Carraro et al. <sup>(19)</sup> 2006 Quanti-qualitativa	Mulher (n = 84)	Avaliar a opinião das puérperas sobre o cuidado e conforto durante o trabalho de parto e parto.	Psicológica Física Verbal	Trabalho de parto Parto
Dias e Deslandes <sup>(34)</sup> 2006 Qualitativa	Mulher (n = 22)	Analisar expectativas de gestantes sobre a assistência que receberam no parto e a avaliação do atendimento em partos anteriores.	Psicológica Estrutural Física Verbal	Trabalho de parto Parto
McCallum, e Reis <sup>(35)</sup> 2006 Qualitativa	Mulher (n = 26)	Examinar o parto em uma maternidade pública baseado na perspectiva de mulheres jovens e adolescentes.	Psicológica Estrutural Física Verbal Discriminatória	Trabalho de parto Parto
Teixeira e Pereira <sup>(36)</sup> 2006 Qualitativa	Mulher (n = 10)	Analisar aspectos culturais de vivências de mulheres que tiveram parto normal hospitalar.	Psicológica Física	Trabalho de parto e parto
Leal et al. <sup>(37)</sup> 2005 Qualitativa	Mulher (n = 9.633)	Analisar as desigualdades sociais de acesso ao serviço de atenção ao parto.	Estrutural	Admissão Trabalho de parto Parto

Continua

Quadro 1 (cont.)

Autor, ano e abordagem	Sujeito e amostra (n) do estudo	Objetivos do estudo	Tipo de violência relatada	Momento de ocorrência da violência
Domingues et al. <sup>(38)</sup> 2004 Qualitativa	Mulher (n = 246)	Analisar os fatores associados à satisfação das mulheres com a atenção ao parto normal em maternidade.	Psicológica Estrutural Física Verbal	Trabalho de parto Parto
Tornquist <sup>(39)</sup> 2003 Qualitativa	Mulher (n = 27)	Investigar a assistência obstétrica quanto ao respeito aos direitos humanos, as diferenças culturais e sociais e as boas práticas.	Psicológica Física	Parto
Brüggemann et al. <sup>(40)</sup> 2016. Qualitativa	Profissional de saúde (n = 17)	Desvelar as possibilidades de inserção do acompanhante no parto em instituições públicas ou conveniadas.	Psicológica Estrutural	Trabalho de parto Parto
De Aguiar et al. <sup>(41)</sup> 2013 Qualitativa	Profissional de saúde (n = 18)	Apresentar e discutir a violência institucional sob a ótica de profissionais de saúde em maternidades públicas.	Psicológica Estrutural Verbal Discriminatória	Trabalho de parto Parto
Carvalho et al. <sup>(31)</sup> 2012 Quantitativa	Profissional de saúde (n = 23)	Conhecer as justificativas dos profissionais para a utilização de práticas prejudiciais ao parto.	Psicológica Estrutural	Trabalho de parto Parto
Busanello et al. <sup>(42)</sup> 2011 Qualitativa	Profissional de saúde (n = 23)	Analisar as concepções de profissionais sobre a assistência obstétrica às adolescentes.	Psicológica Estrutural	Parto
Ângulo-Tuesta et al. <sup>(20)</sup> 2003 Qualitativa	Profissional de saúde (n = 35)	Compreender as representações de obstetras e de enfermeiras sobre o trabalho em equipe na atenção à parturiente.	Psicológica Estrutural Física Verbal.	Parto
Resende et al. <sup>(43)</sup> 2015 Qualitativa	Acompanhante (n = 11)	Conhecer a percepção de familiares de mulheres vítimas de óbito materno e suas circunstâncias.	Psicológica Estrutural Discriminatória	Admissão Trabalho de parto Parto
Souza e Gualda <sup>(44)</sup> 2016 Qualitativa	Acompanhante (n = 11) Mulher (n = 11)	Conhecer a experiência de mulheres e de seus acompanhantes no processo de parto.	Psicológica Estrutural Física	Trabalho de parto Parto
Reis e Patrício <sup>(45)</sup> 2005 Qualitativa	Acompanhante (n = 11) Mulher (n = 11) Profissional de saúde (n = 10)	Analisar a aplicação das ações preconizadas para o parto humanizado em um Hospital-Geral de Santa Catarina.	Psicológica Estrutural Física	Trabalho de parto Parto
Lino e Diniz <sup>(46)</sup> 2015 Qualitativa	Mulher (n = 14) Profissional de saúde (n = 14)	Descrever as percepções de profissionais de saúde e usuárias do setor privado sobre o parto e fatores contribuintes.	Psicológica Estrutural Discriminatória	Parto

A caracterização do conjunto dos estudos selecionados aproxima o leitor da realidade da assistência ao parto em instituições brasileiras. A restrição metodológica dos estudos sugere a necessidade de ampliação da discussão sobre a violência institucional no parto, desvelando suas formas, agressores e percepção das vítimas e testemunhas. A síntese dos dados analisados é apresentada em duas partes para melhor compreensão dos resultados.

#### A violência institucional: tipologia e momentos de ocorrência no cotidiano das maternidades brasileiras

O conjunto de estudos selecionados mostra que no cenário do parto brasileiro a violência institucional do tipo

psicológica foi a mais frequente (84,8%), seguida do tipo estrutural (57,6%) e física (57,6%). As violências verbal (30,3%) e discriminatória (27,2%) foram referidas em menor percentual. Na maioria das publicações foram registradas as ocorrências concomitantes de mais de um tipo de violência. A violência sexual não foi registrada em nenhum dos estudos.

Em 9,1% dos estudos os resultados mostraram que a violência institucional inicia-se antes da hospitalização da mulher e prolonga-se até o parto (93,1%). O tipo de violência institucional que ocorre antes da internação da mulher para o parto é, comumente, a estrutural, relatada como peregrinação na busca por assistência em virtude da insuficiência de leito obstétrico nas instituições<sup>(26,43)</sup>. A violência discriminatória

motivada pela classe social da mulher também foi descrita, embora em menor percentual (17,2%)<sup>16,32,37</sup>.

Os estudos evidenciaram que as agressões psicológicas contra a mulher foram predominantes no trabalho de parto e parto (75,9% e 82,8% respectivamente). A ausência do acompanhante (51,7%), a negligência das necessidades da parturiente pela equipe assistente (37,9%) e a imposição das decisões da equipe sobre o cuidado foram referidas em percentual significativo das investigações (34,5%)<sup>12,28,39</sup>. O constrangimento (13,7%), provocado pela falta de privacidade durante o trabalho de parto e parto, e a coação profissional para a realização da cirurgia cesárea (10,3%), também foram identificadas<sup>24,30,39</sup>.

A violência física ocorrida no trabalho de parto e parto (62,1% e 65,5% respectivamente), identificada pelo sujeito da pesquisa, foi caracterizada como prática obstétrica não recomendada pelas evidências científicas<sup>17,21,34,36</sup>.

A violência estrutural referida no trabalho de parto e parto (55,2%) foi descrita como inadequação da estrutura física das instituições para o atendimento (17,2%), a imposição de rotinas institucionais que desconsideram as necessidades e direitos das parturientes (13,8%) e déficit de pessoal (10,3%) para prestar o atendimento digno e de qualidade no parto<sup>29,35,40</sup>. A baixa qualificação da equipe assistencial, o conflito entre classes profissionais e a insuficiência de recursos materiais para o atendimento ao parto também foram apontados como violência institucional, embora em menor número de estudos<sup>32,42,43</sup>.

#### **Interpretações de mulheres, acompanhantes e profissionais de saúde acerca da violência institucional no parto**

Nos estudos em que as mulheres foram os sujeitos de pesquisa a violência do tipo psicológica foi a mais relatada (87%), sendo a ausência do acompanhante o principal motivo do sentimento de violação. Para aquelas atendidas em maternidades públicas, o impedimento da presença do acompanhante de sua escolha durante o trabalho de parto e parto também gerou insegurança, medo e solidão, transformando a experiência em violenta, desagradável e sofrida<sup>25,38,44</sup>.

A violência institucional, sob a forma de constrangimento, decorrente da falta de privacidade em virtude da estrutura física da instituição de saúde e pela exposição para fins didáticos, emerge entre as mulheres que tiveram o parto em maternidades públicas e de ensino<sup>24,29,31</sup>. Ainda cabe destaque, aos relatos de coação profissional para o parto via cirurgia cesárea como violência psicológica, marcada pelo fornecimento de informações falsas, por ameaças e pela desqualificação das decisões da mulher, sem diferenças entre classe social ou tipo de prestador de serviço<sup>27,29,30</sup>.

Os relatos de mulheres sobre alguma forma de violência física durante o parto foram identificados em 74% dos estudos. As práticas obstétricas desaconselhadas pelas evidências científicas (episiotomia, Kristeler e uso de oclitócitos) foram, com frequência (86,9%), percebidas pelas mulheres como agressões. Também foram registrados sentimentos de violação em situações em que houve a negação do alívio da dor (26,1%) e a obrigatoriedade de adotar a posição litômica no parto (17,4%). Toques repetidos e dolorosos e a precariedade da comunicação entre profissionais e usuárias foram percebidas pelas parturientes como violência institucional.

A violência estrutural foi relatada como infraestrutura inadequada para o atendimento ao parto e o acolhimento do acompanhante (52,1%) e como rotinas institucionais (17,4%) que infringem a lei e ferem seus direitos. Esse tipo de violência foi comum em atendimentos na rede pública de saúde<sup>18,23</sup>.

No reduzido número de estudos que tiveram o acompanhante como relator da violência institucional no parto todos se referiram à violência psicológica e estrutural<sup>16,40,44,49</sup>. Em seus discursos, os acompanhantes demonstram compreenderem a imposição das decisões do profissional durante o parto como oportunista, dada a fragilidade emocional da mulher, e a utilização do bem-estar do feto como barganha. A precariedade da infraestrutura das instituições que não garantem privacidade à mulher, impõem limites à presença contínua do acompanhante e a insuficiência de leitos obstétricos foram percebidos como violência institucional, a medida que compromete o atendimento digno e seguro a mulher e ao recém-nascido.

Os estudos que tiveram o profissional de saúde como relator da violência institucional no parto (B), demonstraram que a violência dos tipos psicológica e estrutural são percebidas com maior frequência (71,4%), seguida da violência física (42,9%). Atitudes como aumento no tom de voz e rispidez, imposição de privações (de ingestão e de apoio emocional) à parturiente e ameaça de abandono do atendimento fazem parte da rotina assistencial de muitas instituições e, embora reconhecidas como violência, são tidas como necessárias para a manutenção da ordem, da autoridade profissional e do bem-estar da mulher e do conceito, principalmente em maternidades públicas<sup>18,31,41,43</sup>.

Do ponto de vista dos profissionais, nas instituições públicas a situação é agravada pela violência estrutural, que vitimiza não apenas as mulheres, mas também os trabalhadores de saúde, uma vez que impõe sobrecarga e acúmulo de jornada de trabalho, remuneração e condições trabalhistas insatisfatórias. A descontinuidade entre o acompanhamento pré-natal, o parto e o pós-parto, a dificuldade de acesso aos serviços de atenção ao parto, a falta de estrutura para acolher o acompanhante no processo de parturição e a frequente indisponibilidade de medicamentos para o adequado manejo da dor são exemplos de violência institucional estrutural, apontados por profissionais de saúde<sup>61,19,20,22</sup>.

A restrição de movimentos da parturiente no parto e a realização de procedimentos sem consentimento ou explicações, bem como o emprego de técnicas desaconselhadas pelas evidências científicas, em geral, não foram percebidas pelos profissionais como violência física, mas como garantia de segurança, chancelada pela autoridade profissional, em especial a do médico<sup>31,46</sup>.

## **DISCUSSÃO**

A diversa tipologia, momentos de ocorrência, interpretações e atores envolvidos em situações de violência no parto institucionalizado demonstram o caráter multidimensional e multifatorial do fenômeno.

As rotinas institucionais e as práticas assistenciais centradas no profissional, empregadas no atendimento às mulheres que buscam os serviços de saúde para o parto são entendidas por elas como agressões psicológicas, físicas e verbais<sup>28,44</sup>. No entanto,

profissionais e gestores compreendem essas ações/attitudes como meios de garantir a segurança e a qualidade na assistência à parturiente e ao recém-nascido, embora não neguem a necessidade de melhorias no atendimento, seja no acesso, na infraestrutura das maternidades ou na qualificação profissional<sup>(15,43)</sup>.

As diferentes interpretações sobre a violência institucional no atendimento ao parto retomam a discussão sobre a desigualdade de poder entre usuárias e profissionais de saúde<sup>(15,27,30,47)</sup>. Observamos que as interações entre prestadores e usuários de serviços de saúde brasileiros, em especial nas instituições de gestão pública, são marcadas pelo autoritarismo profissional que pode ser atribuído, em partes, a manutenção de hierarquias sociais e raciais, refletidas no processo de formação profissional vigente. Durante a aprendizagem das profissões de saúde, o estudante realiza o treinamento de habilidades técnicas em serviços de saúde, preferencialmente públicos, em que os usuários, em sua grande maioria, são pobres e de minorias étnicas, transformados em objeto de treinamento sem que abusos, como intervenções desnecessárias ou não recomendadas, maus-tratos, desrespeito e suas consequências sejam reconhecidos como violações de direitos<sup>(6)</sup>. A formação profissional autoritária e intervencionista repercute na assistência a parturiente, não raro, compreendida por elas e seus acompanhantes como negligência, violência e, muitas vezes, discriminação, seja em instituições públicas ou privadas<sup>(12,23,28)</sup>.

A naturalização da dor do parto resulta na negação ou não oferta a métodos de alívio da dor, na negligência das demandas, no abandono e a desqualificação da opinião da mulher, bem como o não compartilhamento de informações para a tomada de decisão sobre o parto, são formas sutis de violência institucional, camufladas nas rotinas assistenciais em maternidades brasileiras, aceitas por profissionais, mulheres e acompanhantes<sup>(30,36)</sup>. A submissão voluntária das parturientes às imposições profissionais sobre seus corpos e comportamentos durante o parto institucionalizado pode ser explicada pelo exercício da Governabilidade. A Governabilidade, conceitualmente, uma das ordens do poder, que estrutura a ação, conduz a conduta dos indivíduos ou grupos enquanto sujeitos de ação, muito embora não garanta harmonia nas interações interpessoais, nem impeça a ocorrência de violência nas práticas assistenciais<sup>(47)</sup>.

As diferenças étnico-sociais como motivadoras de violência contra a mulher no ciclo gravídico-puerperal remontam décadas e são reconhecidas mundialmente, figurando como tema em fóruns de negociação na política internacional (Convenção Internacional sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, 1979; Conferência Internacional sobre Maternidade Segura, 1987; Conferência Internacional Sobre Populações e Desenvolvimento, 1994; Conferência Mundial Sobre Mulheres, 1995). O acesso desigual aos serviços de atenção ao parto e a baixa qualidade da assistência também são formas de violência institucional do tipo estrutural, produzidas pela negligência do estado e traduzidas como discriminação social e de gênero<sup>(48)</sup>.

No que tange os esforços por mudanças, não se pode negar as iniciativas do governo brasileiro e dos movimentos sociais em direção à reorientação na atenção obstétrica, práticas assistenciais menos intervencionistas e habilitação de novos profissionais no

atendimento ao parto. No entanto, a revisão de práticas esbarra na resistência de profissionais médicos e suas entidades representativas, que apresentam como argumentos a baixa qualificação dos profissionais não médicos e a dúvida quanto as suas competências técnicas para a condução do parto seguro<sup>(6)</sup>, apesar das evidências científicas demonstrarem o oposto<sup>(49-50)</sup>.

A apresentação de novos atores como o acompanhante de escolha da mulher, bem como a maior exigência da parturiente pela sua autonomia e protagonismo no parto institucionalizado tem esbarrado em estruturas institucionais moralistas e centradas no profissional de saúde<sup>(12)</sup>, e resultam em formas sutis de violência durante o atendimento a mulher no processo parturitivo. Embora as recomendações ministeriais para a assistência ao parto e nascimento baseadas nas melhores evidências científicas e do apelo social em prol da maternidade segura e sem violência, observa-se a necessidade de reestruturar a rede de atenção ao parto e a formação profissional em saúde, pautada no respeito aos direitos da mulher no parto.

#### Limitações do estudo

O estudo apresenta como maior limitação à dificuldade de abordagem do tema, ainda polêmico, que resulta em um número pequeno de publicações. O nível de evidência das publicações incluídas, em sua maioria no nível 4, dificulta a conclusão sobre os tipos, o momento e os atores envolvidos em situações de violência institucional no parto. A disparidade entre investigações que tiveram como sujeito a parturiente, o acompanhante de parto e o profissional de saúde limita a compreensão do problema.

#### Contribuições para a área da Enfermagem, saúde ou política pública

Os resultados do estudo podem subsidiar propostas de reorientação de práticas e de políticas voltadas à assistência ao parto institucionalizado, chamando a atenção para problemas que remontam décadas. Isso porque a apresentação do problema a partir de diferentes perspectivas é um ponto fundamental para reflexão sobre realidade e sobre o que se pretende para o atendimento a mulher no parto. A distância entre a política, a legislação e a assistência obstétrica necessita ser reduzida, sendo essencial conhecer o problema em suas múltiplas dimensões, cenários, atores e fatores envolvidos, como apresentado neste estudo, para a elaboração e implementação de medidas e ações eficazes contra a violência institucional no parto nas maternidades brasileiras.

#### CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise do conjunto de estudos mostra que a violência institucional no parto do tipo psicológica, física e estrutural são as mais comuns nas maternidades brasileiras, na maioria das vezes, relatada pela mulher, embora profissionais também percebam e admitam sua perpetuação. O acompanhante foi sujeito de um percentual insignificante de estudos, embora seja um dos atores no cenário do parto com benefícios comprovados pelas evidências científicas, com potencial para a prevenção da violência institucional, demonstrando a

necessidade de aprofundamento e ampliação das investigações com vistas a ampliar o conhecimento sobre o problema.

Os apelos sociais e políticos, fundamentados em evidências científicas, em prol de uma maternidade segura e sem violência têm crescido no país, impondo a necessidade de discutir as diferentes formas da violência institucional no parto, os fatores relacionados e medidas eficazes para a sua prevenção.

Dada à característica multifatorial da violência institucional no parto, diferentes segmentos da sociedade (governos, sociedade civil, entidades representativas de classe de trabalhadores de saúde, institutos formadores e pesquisadores) devem discutir a construção de políticas e diretrizes eficazes no combate ao problema. Isso porque, uma das faces da violência institucional no parto, é a estrutural, que conclama o estado a atuar com mais vigor em sua prevenção, ampliando o acesso a serviços de atenção ao parto de qualidade, com infraestrutura adequada,

recursos humanos e materiais suficientes; e o poder público na criação de dispositivos legais e sociais que permitam o exercício da igualdade e da dignidade da mulher.

As investigações sobre a temática ainda são tímidas e restritas a estudos locais, sem robustez para sustentar generalizações. Além disso, os estudos não têm explorado as diferentes perspectivas da ocorrência da violência institucional no parto; exemplo disso é a ausência de estudos que tenham como sujeito o acompanhante de escolha e se percebe a ocorrência de violência institucional no parto ou a sofre.

Nesse sentido, propostas de investigações mais profundas, amplas e com diferentes métodos sobre a temática são necessárias para explorar melhor o problema, podendo assim, contribuir com a elaboração de políticas, ações e dispositivos sociais e legais para a eliminação da violência institucional na assistência ao parto.

## REFERÊNCIAS

1. Mmusi-Phetoe RMM. Social factors determining maternal and neonatal mortality in South Africa: a qualitative study. *Curationis* [Internet]. 2016 [cited 2016 Aug 24];39(1):1-8. Available from: <http://www.curationis.org.za/index.php/curationis/article/view/1571/1977>
2. Lansky S, Fricher AAL, Silva AAM, Campos D, Bittencourt DAS, Carvalho ML, et al. Pesquisa Nascir no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2014 [cited 2016 Aug 24];30(Sup):S192-207. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/en\\_0102-311X-csp-30-s1-0192.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/en_0102-311X-csp-30-s1-0192.pdf)
3. Lukasse M, Schroll AM, Karro H, Schei B, Steingrimsdottir T, Van Parys AS, et al. Prevalence of experienced abuse in healthcare and associated obstetric characteristics in six European countries. *Acta Obstet Gynecol Scand Suppl* [Internet]. 2015 [cited 2016 Sep 09]; 94:508-17. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/aogs.12593/abstract;jsessionid=8C9B49427005964EE4A3370E5AC6A3E.f02t02>
4. Vázquez-Parra JC. Abuso de la operación cesárea y el principio de beneficencia. *Rev Latinoam Bioet* [Internet]. 2016 [cited 2016 Aug 24];16(1):60-71. Available from: <https://repositorio.itesm.mx/ortec/bitstream/11285/627866/1/Latinoamericana+de+Bio%2F3%A9tica.pdf>
5. Diniz CSG, Batista LE, Kalckmann S, Schlitz AOC, Queiroz MR, Carvalho PCA. Desigualdades sociodemográficas e na assistência à maternidade entre puérperas no Sudeste do Brasil segundo cor da pele: dados do inquérito nacional Nascir no Brasil (2011-2012). *Saude Soc* [Internet]. 2016 [cited 2017 Jan 08];25(3):561-72. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v25n3/1984-0470-sausoc-25-03-00561.pdf>
6. Tesser CD, Knobel R, Andrezzo HFA, Diniz SG. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. *Rev Bras Med Fam Comunidade* [Internet]. 2015 [cited 2016 Nov 08];10(35):1-12. Available from: <https://rbmf.org.br/rbmf/article/view/1013/716>
7. Organização Mundial da Saúde. Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde [Internet]. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2014 [cited 2016 Nov 08]. Available from: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/3/WHO\\_RHR\\_14.23\\_por.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/3/WHO_RHR_14.23_por.pdf)
8. Bowser D, Hill K. Exploring Evidence for Disrespect and Abuse in Facility-based Childbirth: report of a landscape analysis [Internet]. USAID / Traction Project; 2010 [cited 2016 Nov 08]. Available from: <http://www.tractionproject.org/resources/access-skilled-care-respectful-maternal-care/exploring-evidence-disrespect-and-abuse>
9. Diaz-Tello F. Invisible wounds: obstetric violence in the United States. *Reprod Health Matters* [Internet]. 2016 [cited 2016 Oct 06];24:56-64. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1016/j.rhm.2016.04.004>
10. Okafor I, Ugwu EO, Obi SN. Disrespect and abuse during facility-based childbirth in a low-income country. *Obstet Gynecol Int J* [Internet]. 2015 [cited 2016 Sep 09];128:110-13. Available from: [http://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002\(issn\)1879-3479/call-for-papers/jigo-latin-america.html?campaign=dartwo14378545978](http://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002(issn)1879-3479/call-for-papers/jigo-latin-america.html?campaign=dartwo14378545978)
11. Venturi G, Bokany V, Dias R. Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado [Internet]. São Paulo: Fundação Perseu Abramo/Sesc, 2010. [cited 2016 Aug 21]. Available from: <http://csbh.fpabramo.org.br/sites/default/files/pesquisaintegra.pdf>
12. Leal MC, Pereira APE, Domingues RMSM, Theme Filha MM, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, et al. Obstetric interventions during labor and childbirth in Brazilian low-risk women. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2014 [cited 2016 Sep 09];30(Sup):S17-47. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/en\\_0102-311X-csp-30-s1-0017.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/en_0102-311X-csp-30-s1-0017.pdf)

13. Whittemore R, Knaf K. The integrative review: update methodology. *J Adv Nurs* [Internet]. 2005 [cited 2016 Aug 21];52(5):546-53. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x/abstract>
14. D'Oliveira AFPL, Diniz CSG, Schraiber LB. Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. *Lancet* [Internet]. 2002 [cited 2016 Aug 21];359(11):1681-5. Available from: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(02\)08592-6/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(02)08592-6/fulltext)
15. Aguiar CA, Tanaka ACA. Memórias coletivas de mulheres que vivenciaram o *near miss* materno: necessidades de saúde e direitos humanos. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2016 [cited 2016 Aug 21];32(9):e00161215. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v32n9/1678-4464-csp-32-09-e00161215.pdf>
16. Diniz SG, Niy DY, Andrezza HAA, Carvalho PCA, Salgado HO. A vagina-escola: seminário interdisciplinar sobre violência contra a mulher no ensino das profissões de saúde. *Interface* [Internet]. 2016 [cited 2016 Aug 24];20(56):253-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v20n56/1807-5762-icse-20-56-0253.pdf>
17. Santos JO, Pacheco TS, Oliveira PS, Pinto VL, Gabrielloni MC, Barbieri M. Perfil obstétrico e neonatal de puérperas atendidas em maternidades de São Paulo. *J Res Fundam Care* [Internet]. 2015 [cited 2017 Mar 08];7(1):1936-45. Available from: <http://www.redalyc.org/pdf/5057/505750945018.pdf>
18. Carvalho VF, Kerber NPC, Busanello J, Gonçalves BG, Rodrigues EF, Azambuja EP. Como os trabalhadores de um Centro Obstétrico justificam a utilização de práticas prejudiciais ao parto normal. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2012 [cited 2017 Mar 01];46(1):30-7. Available from: <https://www.revistas.usp.br/reuesp/article/viewFile/40914/44395>
19. Carraro TE, Knobel R, Radünz V, Meincke SMK, Fiewski MFC, Meincke SMK, Frello AT, Martins MS, Lopes CV, Berton A. Cuidado e conforto durante o trabalho de parto e parto: na busca pela opinião das mulheres. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2006 [cited 2016 Dec 01];15(esp):97-104. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15nspe/v15nspea11>
20. Ângulo-Tuesta A, Giffin K, Gama AS, D'orsi E, Barbosa G. Saberes e práticas de enfermeiros e obstetras: cooperação e conflito na assistência ao parto. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2003 [cited 2016 Dec 01];19(5):1425-36. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n5/17815.pdf>
21. D'orsi E, Brüggemann OM, Diniz CSG, Aguiar JM, Gusman CR, Torres JA, et al. Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2014 [cited 2016 Dec 01];30(Supl.):S154-68. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/en\\_0102-311X-csp-30-s1-0154.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/en_0102-311X-csp-30-s1-0154.pdf)
22. Andrade PON, Silva JQP, Diniz CMM, Caminha MFC. Fatores associados à violência obstétrica na assistência ao parto vaginal em uma maternidade de alta complexidade em Recife, Pernambuco. *Rev Bras Saude Matern Infant* [Internet]. 2016 [cited 2017 Feb 02];16(1):29-37. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v16n1/1519-3829-rbsmi-16-01-0029.pdf>
23. Belfort IKP, Kalkmann S, Batista LE. Assistência ao parto de mulheres negras em um hospital do interior do Maranhão, Brasil. *Saude Soc* [Internet]. 2016 [cited 2016 Sep 18];25(3):631-40. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v25n3/1984-0470-sausoc-25-03-00631.pdf>
24. Biscegli TS, Grio JM, Melles LC, Ribeiro SRMI, Gonsaga RAT. Violência obstétrica: perfil assistencial de uma maternidade-escola do interior do Estado de São Paulo. *Cuidarte Enferm* [Internet]. 2015 [cited 2016 Sep 05];9(1):18-25. Available from: <http://fundacaoprealbino.org.br/facpina/ner/pdf/Revistacuidarteenfermagem%20v.%209%20n.1%20%20jan.%20jun%202015.pdf>
25. Luz NF, Assis TR, Rezende FR. Puérperas adolescentes: percepções relacionadas ao pré-natal e ao parto. *ABCS Health Sci* [Internet]. 2015 [cited 2017 Feb 02];40(2):80-4. Available from: <https://www.portalnepas.org.br/abcshs/article/view/735>
26. Rodrigues DP, Alves VH, Penna LHG, Pereira AV, Branco MBLR, Silva LA. A peregrinação no período reprodutivo: uma violência no campo obstétrico. *Esc Anna Nery Rev Enferm* [Internet]. 2015 [cited 2016 Aug 24];19(4):614-20. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n4/1414-8145-ean-19-04-0614.pdf>
27. Cardoso JE, Barbosa RHS. O desencontro entre desejo e realidade: a "indústria" da cesariana entre mulheres de camadas médias no Rio de Janeiro, Brasil. *Physis* [Internet]. 2012 [cited 2016 Aug 28];22(1):35-52. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v22n1/v22n1a03.pdf>
28. Santos LM, Pereira SSC. Vivências de mulheres sobre a Assistência recebida no processo parturitivo. *Physis* [Internet]. 2012 [cited 2016 Oct 17];22(1):77-97. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v22n1/v22n1a05.pdf>
29. Aguiar JM, D'Oliveira AFPL. Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. *Interface* [Internet]. 2011 [cited 2016 Aug 21];15(36):79-91. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/icse/2010nahead/aop4010>
30. Freire NC, Nunes IM, Almeida MS, Gramacho RCCV. Parto normal ou cesárea? a decisão na voz das mulheres. *RBE* [Internet]. 2011 [cited 2016 Oct 15];25(3):237-47. Available from: <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/6027>
31. Carvalho VF, Kerber NPC, Busanello J, Costa MMG, Gonçalves BG, Quadros VF. Práticas prejudiciais ao parto: relato dos trabalhadores de sul do Brasil. *Rev Rene* [Internet]. 2010 [cited 2017 Jan 03];11:92-8. Available from: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/466>
32. Milbrath VM, Amestoy SC, Soares DC, Siqueira HCH. Vivências maternas sobre a assistência recebida no processo de parturição. *Esc Anna Nery Rev Enferm* [Internet]. 2010 [cited 2017 Jan 03];14(3):462-7. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n3/v14n3a05.pdf>
33. Wolff LR, Waldow VR. Violência Consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. *Saude Soc*. 2008 [cited 2016 Aug

- 24];17(3):138-51. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v17n3/14.pdf>
34. Dias MAB, Deslandes SF. Expectativas sobre a assistência ao parto de mulheres usuárias de uma maternidade pública do Rio de Janeiro, Brasil: os desafios de uma política pública de humanização da assistência. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2006[cited 2016 Aug 24];22(12):2647-55. Available from: [https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/ficct/347/1/Expectativas%20sobre%20a%20assistencia\\_2006.pdf](https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/ficct/347/1/Expectativas%20sobre%20a%20assistencia_2006.pdf)
  35. McCallum C, Reis AP. Re-significando a dor e superando a solidão: experiências do parto entre adolescentes de classes populares atendidas em uma maternidade pública de Salvador, Bahia, Brasil. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2006[cited 2016 Aug 24];22(7):1483-91. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n7/12.pdf>
  36. Teixeira NZF, Pereira WR. Parto hospitalar: experiências de mulheres da periferia de Cuiabá-MT. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2006[cited 2016 Aug 24];59(6):740-4. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n6/a04.pdf>
  37. Leal MC, Gama SGN, Cunha CB. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. *Rev Saude Publica* [Internet]. 2005[cited 2016 Aug 24];39(1):100-7. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n1/en\\_13.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n1/en_13.pdf)
  38. Domingues RMSM, Santos EM, Leal MC. Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2004[cited 2016 Aug 24];20(Supl1):552-62. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20s1/06.pdf>
  39. Tornquist C. Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2003[cited 2016 Aug 24];19(Sup.2):S419-27. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v19s2/a23v19s2.pdf>
  40. Brüggemann MO, Ebsen ES, Ebele RR, Batista BD. Possibilidades de inserção do acompanhante no parto nas instituições públicas. *Cienc Saude Colet* [Internet]. 2016[cited 2016 Aug 24];21(8):2555-64. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n8/1413-8123-csc-21-08-2555.pdf>
  41. De Aguiar JM, D'oliveira AFPL, Schraiber LB. Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. *Cad Saude Publica*[Internet]. 2013[cited 2016 Aug 24];29(1):2287-96. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n1/15.pdf>
  42. Busanello J, Kerber NPC, Lunardi Filho WD, Lunardi VL, Mendoza-Sassi RA, Azambuja EP, et al. Parto humanizado de adolescentes: concepção dos trabalhadores de saúde. *Rev Enferm UERJ*[Internet]. 2011 [cited 2017 Jan 03]; 19(2):218-23. Available from: <http://www.facen.uerj.br/v19n2/v19n2a08.pdf>
  43. Resende LV, Rodrigues RN, Fonseca MC. Mortes maternas em Belo Horizonte, Brasil: percepções sobre qualidade da assistência e evitabilidade. *Rev Panam Salud Publica*[Internet]. 2015[cited 2016 Aug 24];37(4/5):218–24. Available from: <https://pdfs.semanticscholar.org/4f54/0d85d475d0badf96a8d227f5eb82e2e518b0.pdf>
  44. Souza SRRK, Gualda DMR. A experiência da mulher e seu acompanhante no parto em uma maternidade pública. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2016 [cited 2017 Jan 03]; 25(1):e4080014. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n1/en\\_0104-0707-tce-25-01-4080014.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n1/en_0104-0707-tce-25-01-4080014.pdf)
  45. Reis AE, Patrício ZM. Aplicação das ações preconizadas pelo Ministério da Saúde para o parto humanizado em um hospital de Santa Catarina. *Cien Saude Colet*[Internet]. 2005[cited 2016 Aug 24];10(Supl):221-30. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10s0/a23v10s0.pdf>
  46. Lino HC, Diniz SG. "You take care of the baby's clothes and i take care of the delivery" communication between professionals and patients and decisions about the mode of delivery in the private sector in São Paulo, Brazil. *Rev Bras Crescimento Desenvol Hum*[Internet]. 2015 [cited 2016 Sep 05];25(1):117-24. Available from: <https://www.revistas.usp.br/jhgd/article/view/96825>
  47. Dreyfus HL, Rabinow P. Michael Foucault: uma trajetória filosófica para além do estruturalismo e da hermenêutica. Chigago: The University of Chicago, 1995.
  48. Comitê Sobre A Eliminação Da Discriminação Contra As Mulheres (CEDAW). Comentários finais do Comitê sobre a Eliminação da Discriminação contra as Mulheres[Internet]. Brasil, 10 de agosto de 2007. [cited 2016 Sep 2]. Available from: <http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001393/139389por.pdf>
  49. Pitter CP. Midwives' knowledge and attitudes when encountering Gender-Based Violence in their practice at a maternity hospital in Kingston, Jamaica. *Int J Qual Stud Health Well-being*[Internet]. 2016 [cited 2016 Sep 2];11:1-8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4759831/>
  50. Narchi NZ. Análise do Exercício de Competências dos não Médicos para Atenção à Maternidade. *Saude Soc*[Internet]. 2010 [2016 Oct 07];19(1):147-58. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v19n1/12.pdf>
-

## 5.2 MANUSCRITO 1 - VIOLÊNCIA INSTITUCIONAL CONTRA A PARTURIENTE REFERIDA PELO ACOMPANHANTE EM MATERNIDADES DA REGIÃO METROPOLITANA DE FLORIANÓPOLIS

### VIOLÊNCIA INSTITUCIONAL CONTRA A PARTURIENTE REFERIDA PELO ACOMPANHANTE EM MATERNIDADES DA REGIÃO METROPOLITANA DE FLORIANÓPOLIS

Lihsieh Marrero  
Odaléa Maria Brüggemann

#### RESUMO

**Objetivo:** estimar a prevalência e os fatores associados à violência institucional contra a mulher durante o parto referida pelo acompanhante. **Método:** estudo transversal, realizado em três maternidades públicas da Região Metropolitana de Florianópolis, Santa Catarina, com 1.147 acompanhantes de parto. Os dados foram obtidos por entrevista estruturada no período de março de 2015 a maio de 2016. Na análise dos dados empregou-se regressão de Poisson simples e múltipla. **Resultados:** os relatos de violência institucional contra a mulher no parto foram mais frequentes entre os acompanhantes companheiro e pai do bebê (74,7%), que relataram pelo menos um tipo de violência (73,5%), sendo os tipos estrutural (59,2%) e física (31,4%) os mais prevalentes. Os fatores associados ao desfecho foram o parto normal, a termo, ocorrido entre terça e sextas-feiras e o nível de escolaridade do acompanhante. **Conclusão:** Os resultados desse estudo mostram que a presença do acompanhante no parto, embora seja capaz de reduzir a violência institucional contra a mulher, mas não a impede. As prevalências de violência estrutural, física, psicológica e verbal contra a mulher durante o parto, relatadas pelo acompanhante, apontam para a necessidade de mudanças macroestruturais, que garantam o atendimento ao parto livre de violências, com respeito ao protagonismo e aos direitos da mulher.

**Descritores:** Acompanhantes de Pacientes, Maternidades, Serviços de Saúde, Violência, Violência contra a mulher, Obstetrícia.

## INTRODUÇÃO

A violência é um fenômeno complexo e multifatorial, que quando ocorre no cenário de uma instituição, advinda de relações desiguais de poder entre os sujeitos é reconhecida como violência institucional (STARR, 2009; KURG *et al.*, 2002). No contexto da atenção obstétrica a violência institucional pode ocorrer a qualquer momento durante o atendimento a mulher no ciclo gravídico-puerperal, sendo direcionada a ela ou não. Situações em que a violência institucional decorre de condutas de profissionais ou de rotinas assistenciais direcionadas a parturiente, recentemente têm sido denominada de violência obstétrica, um desdobramento da violência institucional e da violência contra a mulher (MARIANI, NASCIMENTO NETO, 2016; DINIZ *et al.* 2015; AGUIAR, D'OLIVEIRA, 2011). Nesse estudo, optou-se por utilizar o termo mais amplo, violência institucional contra a mulher durante a internação para o parto.

A violência institucional contra a mulher durante a internação para o parto, ou violência obstétrica, é uma violação grave da dignidade e dos direitos humanos, configurando um problema de saúde pública que, apesar de denunciada a mais de três décadas, permanece atual em todo o mundo (KRUK *et al.*, 2018; MESENBURG *et al.*, 2018; MILLER, LALONDE, 2015; OKAFOR, UGWU, OBI, 2015). Trata-se de um fenômeno complexo, ainda sem definição clara e abrangente, atualmente, reconhecido como abusos, maus-tratos e desrespeito contra a parturiente; emprego de práticas e rotinas prejudiciais e sem evidências científicas durante o atendimento ao parto (BOHREN *et al.*, 2017a; SAVAGE, CASTRO, 2017; CASTRILLO, 2016; SACKS, KINNEY, 2015).

Em que pese os progressos observados em termos de políticas públicas de saúde e de proteção a mulher, seja no âmbito dos serviços ou fora deles, a violência institucional contra a mulher durante a internação para o parto, permanece invisível, ocorrendo de forma velada nos fluxos assistenciais e com magnitude desconhecida (MONGUILHOTT *et al.*, 2018; CHATTOPADHYAY, MISHRA, JACOB, 2018; BALDISSEROTTO, THEME FILHA, GAMA, 2016). Estima-se que, aproximadamente, 25% das mulheres que tiveram partos em maternidades em instituições brasileiras nos últimos anos, sofreram alguma forma de violência, com maior prevalência entre as negras, de menor escolaridade, atendidas no setor público e sem acompanhante (LEAL *et al.*, 2018; BATISTA *et al.*, 2016; BERQUÓ, LAGO, 2016; D'ORSI *et al.*, 2014; VENTURI, BOKANY, DIAS, 2010).

No Brasil, a presença do acompanhante durante a internação para o parto é um direito previsto em lei e favorece as práticas humanizadas na atenção obstétricas. No entanto, entre 2011 e 2012, menos de 30% das parturientes usufruíram desse direito (DINIZ *et al.*, 2014; BRASIL, 2013, 2005). Em geral, o acompanhante pertence à rede social da parturiente e provê a ela conforto e segurança, contribuindo para o sucesso do desenvolvimento fisiológico do parto e a satisfação da mulher (JUNGES *et al.*, 2018; TEIXERENSE, SANTOS, 2018; BOHREN *et al.*, 2017b; BRÜGGEMANN *et al.*, 2015).

No cenário institucional, o acompanhante, também representa um avaliador externo sobre os cuidados prestados a mulher pela equipe de saúde. Por observar os acontecimentos de uma perspectiva diferente da parturiente e dos prestadores de cuidado, o acompanhante tem potencial para diferenciar comportamentos e atitudes assistenciais convergentes com as necessidades da mulher, da mera reprodução de cuidado em linha de produção (BATISTA *et al.*, 2017; DULFE *et al.*, 2016; SOUZA, GUALDA, 2016; DODOU *et al.*, 2014).

Considerando os benefícios do apoio à mulher por uma pessoa de sua escolha e da necessidade de coibir a violência durante a assistência obstétrica, o acompanhante tornou-se um importante personagem na cena do parto hospitalar. A investigação da violência institucional contra a mulher durante a internação para o parto, a partir do olhar do acompanhante de parto, pode apresentar o fenômeno de um novo prisma, o olhar inédito de um agente externo a ação, contribuindo para a elaboração de estratégias de combate e prevenção. Nesse sentido, o objetivo do estudo foi estimar a prevalência e os fatores associados à violência institucional contra a mulher durante a internação para o parto referida pelo acompanhante em maternidades públicas da Região Metropolitana de Florianópolis (RMF), SC.

## MÉTODO

Pesquisa transversal, de base hospitalar, inserido no macroprojeto “A participação do acompanhante de escolha da mulher no pré-natal, trabalho de parto e parto no sistema de saúde público e suplementar”, financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq através do Edital Universal 14/2013. A pesquisa maior foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) (parecer nº. 541.296), atendeu todas as exigências

da Resolução nº. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012) (CAEE 25589614.3.0000.0121) e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

No presente estudo, foram analisados os dados coletados em três maternidades da RMF, que é composta por nove municípios (SANTA CATARINA, 2014), com população estimada em 1.111.702 moradores (IBGE, 2018), que dispõe de cinco maternidades públicas. Dessas, foram incluídas no estudo as três maiores: maternidade do Hospital Regional de São José Dr. Homero de Miranda Gomes (MHRDJ), maternidade do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago (MHU) e maternidade Carmela Dutra (MCD), por serem referências para o atendimento ao parto e permitirem a presença do acompanhante da mulher durante toda a internação. Destaca-se que no ano de 2015, quando ocorreu a coleta de dados, foram registrados cerca de 14.000 nascimentos na RMF, destes 8.830 ocorreram nas instituições em que a investigação foi conduzida (IBGE, 2018).

A população de estudo foram os acompanhantes das parturientes, sendo elegíveis aqueles que permaneceram ao seu lado durante o trabalho de parto e parto, independente de sexo, idade e grau de parentesco. Foram excluídos do estudo, acompanhantes de mulheres que não falassem/compreendessem o idioma português, com gestação múltipla, submetidas à cesariana de urgência ou eletiva, situações em que a mulher não entrou em trabalho de parto ou quando ela ou o feto/recém-nascido evoluíram para o óbito.

O tamanho da amostra, foi calculado com auxílio do SEstatNet (NASSAR *et al.*, 2014), e considerou-se como parâmetros o número de nascimentos no ano anterior ao planejamento da pesquisa (2013) em cada uma delas e um acompanhante por nascimento. Para o cálculo amostral de cada maternidade, estimou-se a prevalência presumida em 50%, o nível de confiança de 95% e o erro máximo de 5%. O tamanho de amostra calculado foi de 307 acompanhantes na MHU, 349 na MCD e 346 na MHRDJ, totalizando uma amostra mínima de 1.002 acompanhantes (JUNGES *et al.*, 2018). Não foram utilizados métodos probabilísticos específicos para a seleção dos sujeitos da pesquisa, por se tratar de uma amostra de caráter intencional.

Do total de parto, ocorridos nas maternidades estudadas durante a coleta de dados, conduzida de março de 2015 e maio de 2016, foram identificados 4.299 acompanhantes, sendo que 4.004 foram considerados elegíveis. Do total de elegíveis, 2.541 não puderam ser abordados por

motivos diversos, sendo o mais frequente a ausência na maternidade. Ao todo, 1.463 acompanhantes puderam ser convidados a participar, dentre os quais 289 (20,1%) recusaram o convite, por diversas ordens, sendo o tempo de duração da entrevista o mais comum. Portanto, nossa amostra final de participantes foi de 1.147, representando 28,7% dos elegíveis.

A principal fonte de dados foi a entrevista estruturada, realizada face-a-face e individualmente com o acompanhante de parto, em local reservado e de conveniência do participante. Para a entrevista utilizou-se um formulário eletrônico, com perguntas fechadas, agrupadas em seções sobre as características sociodemográficas; experiência anterior em ser acompanhante de gestante/parturiente; participação do acompanhante no pré-natal, parto e pós-parto e satisfação com a experiência atual. Complementarmente, foram consultados os registros hospitalares como livros de internação e de alta, bem como prontuários.

Os entrevistadores foram treinados para a aplicação do questionário e um instrutivo de campo, com detalhamento de cada questão e orientações quanto ao seu preenchimento, foi especificamente elaborado. Ademais, um check-list com critérios de inclusão e exclusão dos sujeitos foi utilizado. Os dados coletados foram diariamente revisados pela supervisora da pesquisa, possibilitando a identificação e correção de eventuais inconsistências (JUNGES *et al.*, 2018). Após o encerramento da coleta de dados, replicou-se, por telefônico, parte do formulário em uma amostra aleatória de 5% dos participantes de cada maternidade. As respostas obtidas foram comparadas com os dados das entrevistas.

Neste estudo, para a construção do indicador de violência institucional contra a mulher no parto, elegeu-se quatro das cinco categorias, originalmente propostas por D'Oliveira, Diniz, Schraiber (2002) e por Tesser *et al.* (2015) quais sejam: estrutural, verbal, física e psicológica. Portanto, caso o acompanhante relatasse que a parturiente foi vítima de ao menos um dos quatro tipos de violência, considerou-se como caso ou desfecho de interesse. Para isso, utilizou-se um conjunto de nove perguntas que fazem parte do questionário do macroprojeto citado anteriormente.

A violência estrutural foi considerada como o não atendimento e/ou atendimento precário em decorrência da infraestrutura inadequada, falta de recursos humanos e materiais, falta de leitos, imposição de rotinas institucionais que violam os direitos ou causam danos à parturiente. Para estimar esse tipo de violência perguntou-se ao acompanhante se “os profissionais de saúde ofereceram líquidos e/ou alimentos para a mulher durante o trabalho de parto?”, “o local em que a gestante vivenciou o tra-

balho de parto e o parto era adequado (permitia mobilização, baixa luminosidade, redução de ruídos)?”, “havia sempre um profissional disponível para atender as demandas da mulher?”, todas com respostas codificadas como “sim” ou “não”. A resposta negativa a pelo menos uma dessas perguntas foi considerada como caso de violência estrutural.

A violência verbal, descrita como tratamento áspero, ameaças, repressão, gritos e xingamentos por profissionais de saúde durante o atendimento ao parto, foi estimada a partir da pergunta “a mulher foi exposta a alguma situação de violência verbal (algum profissional xingou ou usou palavras que causaram ofensa a mulher)?”, com respostas codificadas como “sim” ou “não”, sendo as respostas positivas consideradas como caso de violência verbal.

Empurrões, exames dolorosos e repetidos; procedimentos danosos à saúde (como episiotomia, cirurgias cesáreas sem indicação, administração de ocitócitos e manobra de Kristeller), restrição de movimentos e obrigar a parturiente a manter posições não desejadas por ela são situações consideradas violência física. Neste estudo, foi avaliada pelas perguntas: “a mulher foi exposta a alguma violência física (algum profissional a empurrou, a machucou ou fez algum exame de forma dolorosa)?” e “a mulher assumiu a posição deitada com as pernas levantadas no momento do parto normal?”, com alternativas de resposta “sim” ou “não”. As respostas positivas foram consideradas casos de violência física.

A violência psicológica é caracterizada por ameaças, negação de atendimento ou de método de alívio da dor, abandono de atendimento, humilhação intencional, constrangimento, imposição de decisões profissionais, desqualificação da opinião da mulher, fornecimento de informações duvidosas ou não informação, banalização/negligência do sofrimento ou necessidades da mulher, sendo estimada pelo conjunto de três perguntas, com respostas codificadas como “sim” e “não”. Considerou-se como desfecho para esse tipo de violência quando o acompanhante respondeu “sim” para a pergunta “a mulher foi exposta a alguma violência psicológica (algum profissional humilhou ou negou-se a atendê-la ou a oferecer algum tipo de alívio da dor)?” ou para os que responderam “não” às perguntas “os profissionais explicaram para a gestante o que estava acontecendo durante o trabalho de parto?” e “as informações relacionadas ao andamento do trabalho de parto foram repassadas à mulher de forma clara e de fácil compreensão?”.

As variáveis selecionadas para caracterizar o parto em que o acompanhante esteve presente foram: via de nascimento (normal ou cirurgia

cesárea); classificação do parto quanto a idade gestacional referida pelo acompanhante (a termo, prematuro), período da semana de ocorrência do parto (sábado, domingo e segunda-feira, terça a sexta-feira); turno do parto (dia [7:00-19:00h], noite [19:01-6:59h]) e tempo de permanência do acompanhante ao lado da parturiente da internação ao nascimento (em horas).

Para a caracterização sociodemográfica dos acompanhantes utilizou-se as variáveis sexo (masculino, feminino), idade (em anos), cor/raça autodeclarada (branca, preta/indígena, parda/amarela), escolaridade (em anos de estudo), estado civil (casado/união estável, solteiro/divorciado/viúvo), vínculo com a mulher (companheiro e pai do bebê, mãe/irmã/amiga), experiência anterior com o parto (sim, não), participação em curso de parto (sim, não), participação em palestra sobre gestação/parto (sim, não).

Para a análise dos dados empregou-se regressão de Poisson simples e múltipla, com estimador de matriz de covariância consistente (CRIBARI-NETO, GALVÃO, 2000) do tipo HC3, para estimar a razão de prevalência (RP) entre os acompanhantes que relataram qualquer tipo de violência institucional contra a mulher no parto, em relação aos que não relataram. A análise de regressão foi efetuada em duas etapas. Na primeira, mediante regressão simples, a associação de cada covariável foi avaliada separadamente em relação ao desfecho, selecionando-se somente as covariáveis com  $p$ -valor $<0,2$ . Na segunda etapa, modelos de Poisson múltiplos foram testados. Após a obtenção do modelo final, foram testadas possíveis interações entre: relato de qualquer tipo de violência *versus* idade do acompanhante; relato de qualquer tipo de violência *versus* escolaridade do acompanhante e relato de qualquer tipo de violência *versus* classificação do parto.

Em todos os passos, o teste da razão de verossimilhança foi utilizado como critério de seleção de variáveis e seleção dos modelos. Os intervalos de confiança para as RP do modelo final foram estimados ao nível de 95%. Os dados foram analisados com auxílio do programa estatístico R, versão 3.3.2 (*The R Project for Statistical Computing*).

## RESULTADOS

A maioria dos entrevistados era do sexo masculino (76,9%), autodeclarados de cor/raça branca (53,8%); com mediana de idade de 30 anos (Intervalo interquartilico=24-37); com tempo mediano de estudo de

10 anos (Intervalo interquartilico=7-11) (dados não apresentados); casados/união consensual (79,7%); companheiro e pai do bebê (76,7%), que permaneceram ao lado da parturiente por tempo mediano de oito horas (Intervalo interquartilico=4-13) e sem experiência anterior em acompanhar parto (76,0%) (Tabela 1). Além disso, a maioria dos entrevistados não havia participado de curso de parto (96,9%) e nem de palestras sobre gestação/parto (92,1%) (Tabela 1). Predominaram acompanhantes de mulheres que tiveram parto normal (75,1%), a termo (91,3%) ocorridos entre terça a sexta-feira (60,6%) durante o dia (54,6%) (Tabela 1).

Os relatos de violência institucional contra a mulher no parto foram mais frequentes entre os acompanhantes homens (74,8%), companheiro e pai do bebê (74,7%), que participaram de cursos de parto (73,2%) e de palestras sobre gestação/parto (73,5%), que acompanharam partos normais (77,6%), a termo (73,5%), ocorridos de terça à sexta-feira (75,9%) e durante o dia (74,3%) (Tabela 1).

Tabela 1 - Variáveis sociodemográficas do acompanhante e do atendimento, segundo o relato de violência contra a mulher durante a internação para o parto em maternidades públicas, Região Metropolitana de Florianópolis-SC, 2015-2016.

	<b>Relato de violência institucional contra mulher no parto</b>		
	<b>Sim (%)</b>	<b>Não (%)</b>	<b>Total</b>
<b>Sexo</b>			
Masculino	658 (74,8)	222 (25,2)	880 (76,9)
Feminino	183 (69,3)	81 (30,7)	264 (23,1)
<b>Cor/Raça autodeclarada</b>			
Branca	458 (74,5)	157 (25,5)	615 (53,8)
Preta/Parda	312 (72,9)	116 (27,1)	428 (37,4)
Amarela/Indígena	71 (70,3)	30 (29,7)	101 (8,8)
<b>Estado civil</b>			
Casado/União consensual	673 (73,8)	239 (26,2)	912 (79,7)
Solteiro/Divorciado/Viúvo	168 (72,4)	64 (27,6)	232 (20,3)
<b>Vínculo com a mulher</b>			

Companheiro e pai do bebê	655 (74,7)	222 (25,3)	877 (76,7)
Mãe/Irmã/Amiga	186 (69,7)	81 (30,3)	267 (23,3)
Experiência anterior em acompanhar parto			
Não	645 (74,1)	225 (25,9)	870 (76,0)
Sim	196 (71,5)	78 (28,5)	274 (24,0)
Participação em curso de parto			
Não	812 (73,2)	287 (26,8)	1109(96,9)
Sim	29 (82,9)	6(17,1)	35 (3,1)
Participação em palestra sobre gestação/parto			
Não	775 (73,5)	279 (26,5)	1054 (92,1)
Sim	66 (73,3)	24 (26, 7)	90 (7,9)
Via de nascimento			
Parto Normal	667 (77,6)	192 (22,4)	859 (75,1)
Cirurgia Cesárea	174 (61,1)	111(38,9)	285 (24,9)
Classificação do parto			
Á termo	767 (73,5)	277 (66,5)	1044 (91,3)
Prematuro	74 (74,0)	26 (26,0)	100(8,7)
Período da semana			
Terça a sexta-feira	526 (75,9)	167 (24,1)	693 (60,6)
Sábado a segunda-feira	315 (69,8)	136 (30,2)	451 (39,4)
Turno do Parto			
Dia	463 (74,3)	160 (25,9)	623 (54,6)
Noite	376 (72,6)	142 (27,4)	518 (45,4)

O percentual de relato de pelo menos um tipo de violência institucional contra a mulher durante o parto foi 73,5% (IC: 71,0-76,1). A violência estrutural foi relatada por 59,2% (IC: 56,3-62,0) dos acompanhantes. A violência física contra a mulher foi relatada em 31,4% (IC:

28,7-34,1) das entrevistas. O relato de ocorrência de violência psicológica foi registrado em 15,9% (IC: 13,8-18,0) dos relatos dos acompanhantes e a violência verbal em 3,5 % (IC: 2,4-4,6) deles.

Tabela 2 - Prevalência de violência institucional contra a mulher durante a internação para o parto, segundo tipo de violência referida pelo acompanhante, Região Metropolitana de Florianópolis - SC, 2015-2016. (N=889)

<b>Tipos de Violência</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>IC<sub>95%</sub></b>
Estrutural	634	59,2	56,3-62,0
Física	359	31,4	28,7-34,1
Psicológica	182	15,9	13,8-18,0
Verbal	40	3,5	2,4-4,6

Na análise de regressão simples as covariáveis período da semana, turno, sexo, cor/raça, estado civil, experiência anterior em ser acompanhante de parto, participação em curso de parto e em palestras sobre gestação e parto apresentaram valores de  $p > 0,20$ . Já as covariáveis vínculo com a mulher mostrou-se associada ao desfecho, mas durante a seleção dos modelos foi removida. Embora a covariável tempo de permanência ao lado da mulher (em horas) não tenha sido associada ao desfecho, optou-se por sua manutenção no modelo final para controle de confusão.

Na análise de regressão múltipla foram excluídos três casos que apresentaram dados faltantes nas variáveis consideradas para esta etapa da modelagem (N=1.144). No modelo final ajustado, os acompanhantes de parturientes que tiveram filhos por parto normal perceberam, em média, 1,48 (IC: 1,26-1,73) vezes mais violência institucional contra a mulher. O período da semana de ocorrência do parto, entre sábado e segunda-feira foi o momento em que o acompanhante percebeu, em média, 17% (IC: 0,74-0,94) menos violência institucional contra a mulher, em relação aos demais dias da semana. A cada acréscimo unitário de escolaridade do acompanhante, a percepção de violência institucional contra a mulher aumentou, em média, 2% (IC: 1,01-1,03). Os acompanhantes de partos prematuros relataram, em média, 30% (IC: 0,55-0,91) menos violência institucional contra a mulher, em relação aos acompanhantes de parto a termo (Tabela 2).

Por fim, no modelo final, testou-se a interação entre as covariáveis percepção de qualquer tipo de violência *versus* idade do acompanhante; percepção de qualquer tipo de violência *versus* escolaridade do acompa-

nhante e percepção de qualquer tipo de violência *versus* classificação do parto, todas com valor de  $p > 0,10$  (dados não apresentados em tabela).

Tabela 3 – Razão de prevalência (RP) bruta e ajustada de violência institucional contra a mulher durante a internação para o parto percebida pelo acompanhante em maternidades da Região Metropolitana de Florianópolis - SC, 2015-2016.

(N=1.144)

Variáveis	RP <sup>a</sup> (IC80%) <sup>b</sup>	Valor -p (LR-test) <sup>c</sup>	RP <sup>a</sup> (IC95%) <sup>d</sup>	Valor -p (LR-test) <sup>c</sup>
Via de nascimento				
Cirurgia cesárea	1	<0,001	1	0,001
Normal	1,47 (1,32- 1,63)		1,48 (1,26- 1,73)	
Período da semana				
Terça a sexta-feira	1	0,001	1	0,001
Sábado a segunda-feira	0,82 (0,76- 0,89)		0,83 (0,74- 0,94)	
Escolaridade (em anos de estudo)				
	1,02 (1,01 - 1,03)	0,005	1,02 (1,01- 1,03)	0,012
Classificação do parto				
Á termo	1	0,009	1	0,008
Prematuro	0,71 (0,60 - 0,84)		0,70 (0,55- 0,91)	
Tempo de permanência do acompanhante ao lado da mulher (horas)				
	1,00 (0,99 - 1,00)	0,491	1,00 (0,99- 1,01)	0,977

<sup>a</sup> Razão de prevalência bruta

<sup>b</sup> Intervalo de confiança de 80%

<sup>c</sup> Teste de razão de verossimilhança

<sup>d</sup> Razão de prevalência conforme modelo final ajustado.

## DISCUSSÃO

O estudo com acompanhantes na RMF mostrou que a violência institucional contra a mulher durante a internação para o parto em maternidades públicas tem como fatores associados o parto normal, à termo, ocorrido entre terça e sexta-feira e é percebida com mais frequência por acompanhantes com maior nível de escolaridade. A violência do tipo estrutural foi a predominante, mas violências física, psicológica e verbal também foram presenciadas.

O percentual de relato de acompanhante de pelo menos um tipo de violência contra a mulher durante o atendimento ao parto encontrado nesse estudo (73,5%) se aproxima do relatado por puérperas (70%) em diferentes estados do país (LANSKY *et al.*, 2018). A discriminação social é apontada como um dos determinantes da violência institucional no parto, sendo mais frequente em serviços públicos, onde a maior parcela das usuárias é oriunda de classes sociais menos favorecidas. O pouco investimento dos governos em melhorias da estrutura, na qualificação profissional, na fiscalização de serviços e na acolhida de denúncias da vítima e de familiares, caracteriza a exclusão político-social dessas mulheres (LEAL *et al.*, 2018; OLIVEIRA, PENNA, 2017; BERQUÓ, LAGO, 2016).

O tipo de parto também é um fator de risco para a ocorrência da violência institucional contra a mulher, comumente associado ao comportamento da parturiente considerado inadequado pela equipe (choro, grito, questionamentos e insubordinação), ao maior tempo de contato com a equipe de saúde e a construção sociocultural do parto como evento de dor e sofrimento feminino (CASTRILLO, 2016; SADLER *et al.*, 2016). Portanto, o aumento na chance de relatos de violência institucional por acompanhantes de parto normal nas maternidades públicas da RMF, é semelhante ao encontrado em outros estudos (BOHREN *et al.*, 2017a; D'ORSI *et al.*, 2014).

O fato de acompanhantes de parto prematuro na RMF terem percebido menos violência institucional contra a mulher, mostrando-se um fator de proteção, pode ser explicado pela necessidade de maior atenção da equipe de saúde, para evitar o pior desfecho. Nessa perspectiva, os profissionais de saúde estão mais disponíveis para atender as demandas da parturiente e o tempo de parto é menor. Por outro lado, a percepção da gravidade da situação, aumenta a ansiedade da parturiente e de seu acompanhante, que tendem a confiar e a aceitar as decisões do profissional.

Em geral a literatura registra queixas de pior atendimento em instituições hospitalares nos finais de semana comparados aos dias úteis (ABUYA *et al.*, 2015). Em discordância, em nosso estudo, os acompanhantes perceberam 17% menos violência durante o período de sábado a segunda-feira. O achado pode ser explicado pelo fato dessas maternidades serem instituições-escolas com um número significativo de alunos de diferentes cursos de graduação e pós-graduação na área da saúde durante os dias úteis da semana, influenciando na dinâmica assistencial. O aumento no volume de pessoas que interagem com a parturiente e seu acompanhante (profissionais, estudantes e professores) provoca desgaste físico e emocional que podem ser considerados pelo acompanhante como violência. Em contrapartida, nos finais de semana, a equipe assistencial é composta apenas pelos profissionais e estudantes que estão de plantão, minimizando possíveis situações de estresses entre usuários e equipe de saúde.

O aumento na escolaridade do indivíduo permite maior acesso a informação, contribuindo para que ele esteja mais atento às situações de violação de direitos e tenham maiores condições para reivindicá-los, como sugerem nosso achado. O acesso a informações sobre o processo de gestação, parto e nascimento, bem como orientações sobre comportamentos, condutas e direitos durante a internação para o parto ainda no pré-natal, também auxiliam no empoderamento do acompanhante para identificar e combater a violência institucional contra a mulher (BATISTA *et al.*, 2017; TELES *et al.*, 2017; BRÜGGEMANN *et al.*, 2015).

Além disso, a escolha do companheiro da mulher e pai do bebê como acompanhante do parto, também observada em outros estudos (MONGUILHOT *et al.*, 2018; 2014; BRASIL, 2013), reflete os resultados da política de inserção do homem no parto e nascimento, contribuindo para o fortalecimento de vínculo familiar da tríade mãe-pai-filho (BATISTA *et al.*, 2017; DULFE *et al.*, 2016). Diniz *et al.* (2014), em estudo nacional sobre a implementação de acompanhantes entre os anos de 2011 e 2012, demonstraram que as maternidades das regiões Sul e Sudeste (22,6% e 23,1%) tiveram melhores resultados. No entanto, apenas inserir o acompanhante e não abolir atitudes e práticas desumanizadas na atenção às mulheres durante o trabalho de parto e parto é inaceitável.

A elevada prevalência de violência institucional do tipo estrutural contra a parturiente (59,2%), estimada a partir de relatos de acompanhantes nas maternidades estudadas, nos obriga a refletir sobre a organização do serviço, no que se refere ao dimensionamento quali e quantitativo de

recursos humanos, manutenção de rotinas assistenciais prejudiciais e adequação da infraestrutura para o parto. Com o objetivo de regulamentar o funcionamento dos serviços de atenção obstétrica e neonatal no país, em 2008, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, apresentou a Resolução n°. 36 da Diretoria Colegiada (RDC), que definiu o mínimo necessário para garantir o atendimento de qualidade e digno à mulher durante o parto (ANVISA, 2008). No entanto, uma década depois, persistem os registros de atendimentos que incorrem em graves violações dos direitos humanos, como a perda de autonomia da mulher no parto, práticas prejudiciais a integridade física e emocional da parturiente (PORTELA *et al.*, 2018; SANTOS *et al.*, 2017; BITTENCOURT *et al.*, 2016).

Ademais, a manutenção de práticas violentas no atendimento ao parto é legitimada por sociedades ocidentais modernas, em que a percepção cultural do parto é baseada no uso excessivo de tecnologia e medicalização, no controle profissional e no intenso sofrimento da mulher para virar mãe (SAIUIA, SERRA, 2017; NAJAFI, ROUDSARI, EBRAHIMIPOUR, 2017; ABUYA *et al.*, 2015). Exemplo disso é a submissão das gestantes ao processo mecanizado de atendimento obstétrico, como a restrição de mobilidade, de ingestão alimentar e líquida de forma irracional, que podem prejudicar o processo de parturição. Inquérito nacional sobre a atenção obstétrica no Brasil mostrou que 65,5% das mulheres que tiveram partos em maternidades entre 2011-2012, sofreram restrição de dieta e 55% de mobilidade (BALDISSEROTO, THEME FILHA, GAMA, 2016).

Os acompanhantes de parto em maternidades públicas da RMF, também relataram a violência institucional física contra a parturiente com prevalência (30%) próxima em estudo com puérperas no Quênia (38%) (ABUYA *et al.*, 2015) e na Etiópia (38,6%) (ASEFA, BEKELE, 2015). A semelhança desse resultado com os achados em países de baixa renda, com enorme desigualdade social e pouca garantia de direito, fortalece a discriminação social como fator determinante da violência institucional no parto.

No entanto, estudos realizados com puérperas no Brasil, registraram prevalências menores de violência física (LANSKY *et al.*, 2018; MESENBURG *et al.*, 2018). A discrepância entre as prevalências relatada pelo acompanhante e pelas mulheres vítimas pode ser atribuída ao receio da vítima em denunciar a violência sofrida, por desconhecer seus direitos, e pela tendência da mulher em minimizar as situações desagradáveis que antecederam ao nascimento, quando o recém-nascido está bem (PORTE-

LA *et al.*, 2018; OLIVEIRA, PENNA, 2017; SAIUIA, SERRA, 2016). Embora o acompanhante da mulher, também esteja envolvido emocionalmente e muitas vezes fragilizado, ainda assim é um agente externo, sendo capaz de relatar, de forma mais crítica os acontecimentos vivenciados no atendimento.

Também é possível que, diferenças metodológicas para mensurar a violência física, tenham influenciado as estimativas de prevalências nos diferentes estudos. Nesse estudo optou-se por incluir a condução do parto com a mulher na posição “deitada de costas com as pernas levantadas” como forma de violência física, por ser contraindicada pelas evidências científicas e pelo seu potencial de comprometer o processo fisiológico do parto, gerando prejuízos físicos à parturiente. Apesar disso, a posição é adotada massivamente nas maternidades brasileiras (92%-97%) e demonstra a centralidade da assistência no profissional (GAMA *et al.*, 2016).

A violência psicológica, relatada pelos acompanhantes na RMF (4,7%, IC: 3,5-5,9), é uma das formas mais sutis e complicadas de identificar, por estar camuflada nas relações sociais e nos significados simbólicos do parto, com repercussões sérias na vida da mulher e de sua família (BOHREN *et al.*, 2017a; SOUZA, RATTNER, GUBERT, 2017). O abandono e a negligência das necessidades da parturiente pela equipe assistente são as situações mais frequentes nesse tipo de violência, também associadas a discriminação social, étnico-racial e de gênero (ASEFA, BEKELE, 2015; D’ORSI *et al.*, 2014).

A prevalência da violência do tipo verbal relatada pelos acompanhantes nesse estudo foi inferior ao encontrado por Mesenburg e colaboradores (2018) em estudo de base populacional em Pelotas-RS (10%) e por Lansky e colaboradores (2018) (33%). A diferença entre os achados dos estudos sugere que a presença do acompanhante pode reduzir esse tipo de violência institucional contra a mulher no parto, muito embora não seja o suficiente para impedir sua ocorrência (BATISTA *et al.*, 2017; DODOU *et al.*, 2014; DINIZ *et al.*, 2014).

Aponta-se como limitação do estudo, o fato de não ter sido planejado para investigar especificamente a violência institucional contra a mulher no parto. Também o percentual de elevado de acompanhantes elegíveis que não se encontravam na instituição, uma vez que após o parto eram substituídos por outra pessoa da rede social da mulher para que pudessem descansar, cuidar dos filhos ou mesmo trabalhar. Porém, a superação da amostra mínima necessária, suplantou essa limitação, embora

não se possa descartar a hipótese de que dentre os motivos de recusa esteja a experiência ruim com o parto.

Os achados do estudo com acompanhantes na RMF mostraram que, apesar das estratégias e políticas públicas para melhorar a qualidade da assistência obstétrica e reduzir a mortalidade materna, no que tange a atenção ao parto, ainda são necessárias mudanças para garantir um parto seguro e livre de violências, em que o protagonismo e os direitos da mulher sejam respeitados no cenário do parto institucionalizado.

## CONCLUSÕES

As prevalências de relatos de violência institucional contra a mulher durante a internação para o parto e de violação de direitos do acompanhante durante a sua permanência na maternidade, demonstram que ainda é preciso avançar no cumprimento da legislação e na implementação de ações para a consolidação do protagonismo da mulher no parto e as práticas baseadas em evidência. A inauguração de um novo olhar proposto por esse estudo, o do acompanhante da mulher, sobre o atendimento ao parto hospitalar contribui para a ampliação dos debates conceituais e jurídicos sobre a violência institucional.

Os resultados sugerem que barreiras como a discriminação social e a supremacia do tecnicismo, incutidas nas rotinas e atitudes profissionais, precisam ser transpostas, promovendo uma assistência ao parto centrada na mulher, atenta às suas necessidades e respeitando seus direitos. Para isso a revisão do processo formativo em saúde é essencial, dado que atitudes simples, como o tratamento cordial, fornecimento de orientação e informação, repercutem na satisfação da mulher e do acompanhante com o atendimento.

A elevada prevalência de violência do tipo estrutural revela a lacuna existente entre a política de saúde da mulher e a realidade vivenciada por elas nas maternidades brasileiras. Apesar da normatização do funcionamento dos serviços de atenção ao parto e nascimento, persistem inadequações de infraestrutura física, insuficiência de recursos humanos qualificados, manutenção de fluxos de atendimento que violam direitos, representam riscos para a saúde da mulher e comprometem a satisfação com a experiência do parto.

A presença do acompanhante da mulher no parto tem sido apontada como uma estratégia capaz de reduzir a violência institucional, em especial os tipos psicológica e verbal, mas esse estudo mostra que essa

prática não foi suficiente para impedir sua ocorrência. Nesse sentido, ações que visem garantir sua presença de forma contínua e valorizem sua participação devem ser reforçadas.

Os achados desse estudo apontam para o descumprimento sistemático dos dispositivos normativos e legais que garantem a presença e a participação do acompanhante no cuidado com a parturiente durante a internação em maternidades públicas da RMF. A elevada prevalência de violação de direitos do acompanhante durante a internação da mulher para o parto, em especial os relacionados ao ambiente físico e a oferta de refeições, em partes, pode ser atribuída ao sucateamento do serviço público de saúde, caracterizado pela restrição orçamentária que compromete a adequação da infraestrutura e a disponibilidade de insumos para receber o acompanhante.

No entanto, a elevada frequência de insatisfação do acompanhante quanto aos aspectos assistenciais associados às atitudes pessoais, como o profissional que atende a parturiente se apresentar, a oferta de orientação durante a internação e de informação sobre o atendimento prestado, denunciam a manutenção de comportamentos que supervalorizam a técnica e ignoram o componente humano envolvido no processo, desrespeitando direitos de mulheres e de acompanhantes. Atitudes simples e de baixo custo como a cordialidade e o acesso a informação poderiam ampliar a satisfação do acompanhante com o atendimento, além de promover segurança e conforto a mulher. O acompanhante é um formador de opinião, e sua satisfação com a experiência irá repercutir na expectativa das mulheres sobre o parto que compõem sua rede social.

A inovação deste estudo foi explorar a perspectiva do acompanhante sobre a violência institucional, seja contra si mesmo ou contra a parturiente, sustentando a necessidade de investigações mais amplas e com diferentes metodologias. Assim, dando voz ao acompanhante, como personagem da cena do parto institucional, será possível desvelar suas potencialidades como agente de controle social da violência institucional contribuindo para a maternidade segura e livre de violência e o cumprimento da legislação.

## REFERÊNCIAS

ABUYA, Timothy *et al.* The effect of a multi-component intervention on disrespect and abuse during childbirth in Kenya. **BMC Pregnancy and Childbirth**, London, v.15, n.1, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4580125/>. Acesso em: 01 mar. 2017.

ALMEIDA, Adaiana F. *et al.* Separação da mulher e seu acompanhante no nascimento por cesárea: uma violação de direito. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v.2, n.23, p.e53108, 2018. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/53108/pdf>. Acesso em: 21 jul. 2018.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Diretoria Colegiada. Resolução nº. 36 de 3, de junho de 2008. Dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. **Diário Oficial da União**: seção 1: Poder Executivo, Brasília, DF, p. 50. 2008. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/rdc-n-36-de-03-de-junho-de-2008>. Acesso em: 01 mar. 2017.

ASEFA, Anteneh; BEKELE, Delayehu. Status of respectful and non-abusive care during facility-based childbirth in a hospital and health centers in Addis Ababa, Ethiopia. **Reproductive Health**, London, v.12, n.1, p.1–9, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4403719/>. Acesso em: 01 mar. 2017.

BALDISSEROTO, Márcia L.; THEME-FILHA, Mariza M.; GAMA, Silvana G. N. Good practices according to WHO's recommendation for normal labor and birth and women's assessment of the care received: the "birth in Brazil" national research study, 2011/2012. **Reproductive Health**, London, v.13, Suppl 3, p.200-6, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5073993/>. Acesso em: 15 jul. 2018.

BATISTA, Bruna D. *et al.* Factors Associated With the Birth Companion'S Satisfaction With the Care Provided To the Parturient Woman. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 22, n.3, p.45–53, 2017. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=124494253&lang=pt-br&site=ehost-live>. Acesso em: 15 jul. 2018.

BATISTA, Luís E. *et al.* Humanization in health care and racial inequalities: an intervention proposal. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.25, n.3, p.689-702, 2016. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902016000300689-&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902016000300689-&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 15 jul. 2018.

BERQUÓ, Elza; LAGO, Tania D. G. Atenção em saúde reprodutiva no Brasil: Eventuais diferenciais étnico-raciais. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.25, n.3, p.550–60, 2016. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010412902016000300550&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902016000300550&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 29 dez. 2018.

BOHREN, Meghan A. *et al.* Mistreatment of women during childbirth in Abuja, Nigeria: A qualitative study on perceptions and experiences of women and healthcare providers. **Reproductive Health**, London, v.14, n.1, p.1–13, 2017a. Disponível em: <https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12978-016-0265-2>. Acesso em: 29 jan. 2018.

BOHREN, Meghan A. *et al.* Continuous support for women during childbirth. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, 2017b, v.7, n.CD003766. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/es/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003766.pub6/information/es#CD003766-sec1-0016>. Acesso em: 14 nov. 2018.

BITTENCOURT, Sônia D. A. *et al.* Adequacy of public maternal care services in Brazil. **Reproductive Health**, London, v.13, Supl. 1, p.257-66, 2016. Disponível em: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5073989/pdf/12978\\_2016\\_Article\\_229.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5073989/pdf/12978_2016_Article_229.pdf). Acesso em: 29 dez. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Ouvidoria Geral do SUS. **Resultados preliminares da pesquisa de satisfação com mulheres puérperas atendidas no Sistema Único de Saúde – SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 54 p. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2014/julho/16/relatorio-ouvidoria-2012.pdf>. Acesso em: 2 dez. 2016.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 59, 12 dez. 2012. Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html). Acesso em: 12 ago. 2015.

BRASIL. Lei nº. 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 1, 8 abr. 2005. Disponível em: [http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/grupo-tecnico-de-aco-es-estrategicas-gtae/saude-da-mulher/legislacao/lei\\_n\\_11.180\\_-\\_acompanhante.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/grupo-tecnico-de-aco-es-estrategicas-gtae/saude-da-mulher/legislacao/lei_n_11.180_-_acompanhante.pdf). Acesso em: 12 ago. 2015.

BRÜGGEMANN, Odaléa M. *et al.* Satisfaction of companions with the experience of supporting the parturient at a university hospital. **Texto e Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v.24, n.3, p.686-96, 2015. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010407072015000300686&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072015000300686&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 13 dez. 2016.

CASTRILLO, Belén. Dime quién lo define y te diré si es violento. Reflexiones sobre la violencia obstétrica. **Sexualidad, Salud y Sociedad**, Rio de Janeiro, n.24, p.43-68, 2016. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1984-64872016000300043-&lng=es&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-64872016000300043-&lng=es&nrm=iso&tlng=en). Acesso em: 10 jan. 2017.

CHATTOPADHYAY, Sreeparna; MISHRA, Arima; JACOB, Suraj. ‘Safe’, yet violent? Women’s experiences with obstetric violence during hospital births in rural Northeast India. **Culture, Health e Sexuality**, Sidney, v.20, n.7, p.815-29, 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29096592>. Acesso em: 13 dez. 2018.

COMITÊ SOBRE A ELIMINAÇÃO DA DISCRIMINAÇÃO CONTRA AS MULHERES (CEDAW). **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde**. Genebra: Organização Mundial de Saúde, 2014. 4p. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO\\_RHR\\_14.23\\_por.pdf?sequence=3](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_por.pdf?sequence=3). Acesso em: 11 dez. 2017.

CRIBARI–NETO, Francisco; GALVÃO, Nila M. S. A Class of Improved Heteroskedasticity-Consistent Covariance Matrix Estimators. **Communications in Statistics - Theory and Methods**, Ontario, 32:10, 1951-1980. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/action/showCitFormats?doi=10.1081%2FSTA-120023261>. Acesso em: 11 dez. 2017.

DINIZ, Carmem S. G. *et al.* Implementation of the presence of companions during hospital admission for childbirth: data from the Birth in Brazil national survey. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.30, n.Supl, p.140–53, 2014. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2014001300020&script=sci\\_abstract](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2014001300020&script=sci_abstract). Acesso em: 5 set. 2016.

DODOU, Hilana D. *et al.* The contribution of the companion to the humanization of delivery and birth: perceptions of puerperal women. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.18, n.2, p.262–69, 2014. Disponível em: <http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/1414-8145.20140038>. Acesso em: 5 set. 2016.

D’OLIVEIRA, Ana F. P. L.; DINIZ, Simone G.; SCHRAIBER, Lilia B. Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. **The Lancet**, London, v.359, p.1681–85, 2002. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736-\(02\)08592-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736-(02)08592-6/fulltext). Acesso em: 02 mai. 2016.

D'ORSI, Eleonora *et al.* Social inequalities and women's satisfaction with childbirth care in Brazil: a national hospital-based survey. **Cardernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.30, Supl, p.154–68, 2014. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/273937942\\_Desigualdades\\_sociais\\_e\\_satisfacao\\_das\\_mulheres\\_com\\_o\\_atendimento\\_ao\\_parto\\_no\\_Brasil\\_estudo\\_nacional\\_de\\_base\\_hospitalar](https://www.researchgate.net/publication/273937942_Desigualdades_sociais_e_satisfacao_das_mulheres_com_o_atendimento_ao_parto_no_Brasil_estudo_nacional_de_base_hospitalar). Acesso em: 02 mai. 2016.

DULFE, Paolla M. A. *et al.* Presence of a companion of the woman's choice in the process of parturition: repercussions on obstetric care. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba v.21, n.4, p.1–8, 2016. Disponível em: [https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/download/37651/pdf\\_en](https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/download/37651/pdf_en). Acesso em: 22 set. 2017.

GAMA, Silvana G. N. *et al.* Labor and birth care by nurse with midwifery skills in Brazil. **Reproductive Health**, London, v.13, n.Supl 1, p.123-32. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27766971>. Acesso em: 17 nov. 2016.

INSTITUTO BASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Estatísticas Populacionais**: Região Metropolitana de Florianópolis. Brasília: IBGE, 2018. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/populacao.html>. Acesso em: 25 out. 2018.

JUNGES, Carolina F. *et al.* Support actions undertaken for the woman by companions in public maternity hospitals. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.26, n.0, p.e2994, 2018. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692018000100309&lng=en&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692018000100309&lng=en&tlng=en). Acesso em: 23 out. 2018.

KRUK, Margaret *et al.* Disrespectful and abusive treatment during facility delivery in Tanzania: a facility and community survey. **Health Policy and Planning**, London, v.33, p.e26–e33, 2018. Disponível em: doi:10.1093/heapol/czu079. Acesso em: 26 out. 2018.

LANSKY, Sônia *et al.* Violência obstétrica: influência da Exposição Sentidos do Nascer na vivência das gestantes. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.1, 2018. Disponível em: <http://www.cienciasaudecoletiva.com.br/artigos/violencia-obstetrica-influencia-da-exposicao-sentidos-do-nascer-na-vivencia-das-gestantes/16640?id=16640>. Acesso em: 23 out. 2018.

LEAL, Maria do C. *et al.* Reproductive, maternal, neonatal and child health in the 30 years since the creation of the Unified Health System (SUS). **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.23, n.6, p.1915–28, 2018. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232018000601915&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601915&lng=pt&tlng=pt). Acesso em: 29 dez. 2018.

MESENBURG, Marília A. *et al.* Disrespect and abuse of women during the process of childbirth in the 2015 Pelotas birth cohort. **Reproductive Health**, London, v.15, n.1, p.54, 2018. Disponível em: <http://www.reproductive-health-journal.com/home/%0Ahttp://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=emexb&NEWS=N&AN=621399508>. Acesso em: 18 mai. 2018.

MILLER, Suellen; LALONDE, Andre. The global epidemic of abuse and disrespect during childbirth: History, evidence, interventions, and FIGO's mother baby friendly birthing facilities initiative. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**, Irland, v.131, p.S49–52, 2015. Disponível em: [https://ac.els-cdn.com/S0020729215000843/1-s2.0-S0020729215000843-main.pdf?\\_tid=56eb1f3a-a2a8-4d08-b3d7-01e843a6e873&acdnat=1546561528\\_8904d82cf876b9222c1daac09d64803f](https://ac.els-cdn.com/S0020729215000843/1-s2.0-S0020729215000843-main.pdf?_tid=56eb1f3a-a2a8-4d08-b3d7-01e843a6e873&acdnat=1546561528_8904d82cf876b9222c1daac09d64803f). Acesso em: 01 mar. 2017.

MONGUILHOTT, Juliana J. C. *et al.* Nascer no Brasil: a presença do acompanhante favorece a aplicação das boas práticas na atenção ao parto na região Sul. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.52, p.1–11, 2018. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/142381>. Acesso em: 02 mai. 2018.

NAJAFI, Tahereh F.; ROUDSARI, Robab L.; EBRAHIMIPOUR, Hossein. A historical review of the concept of labor support in technocratic, humanistic and holistic paradigms of childbirth. **Electronic Physician** [internet], Mashhad, v.9, n.10, p.5446-51, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5718846/pdf/epj-09-5446.pdf>. Acesso em: 02 mai. 2018.

NASSAR, Silvia M. *et al.* **SEstatNet**- Sistema Especialista para o Ensino de Estatística na Web. Disponível em: <http://www.sestat.net>. Acesso em: 10 mai. 2017.

OKAFOR, Innocent; UGWU, Emmanuel O.; OBI, Samuel N. Disrespect and abuse during facility-based childbirth in a low-income country. **Obstetrics and Gynecology International Journal**, London, v.128, p.110–13, 2015. Disponível em: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1016/j.ijgo.2014.08.015>. Acesso em: 03 jan. 2018.

OLIVEIRA, Virginia J.; PENNA, Claudia M. M. Discussing obstetric violence through the voices of women and health professionals. **Texto e Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v.26, n.2, p.e06500015, 2017. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072017000200331](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072017000200331). Acesso em: 15 mar. 2018.

PORTELA, Margareth C. *et al.* challenges for quality Improvement. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.34, n.5, p.e00072818, 2018. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/csp/v34n5/en\\_1678-4464-csp-34-05-e00072818.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csp/v34n5/en_1678-4464-csp-34-05-e00072818.pdf). Acesso em: 1 dez. 2018.

SACKS, Emma; KINNEY, Mary V. Respectful maternal and newborn care: building a common agenda. **Reproductive Health**, London, v.12, n.46, p.1-3, 2015. Disponível em: <https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-015-0042-7>. Acesso em: 1 mar. 2017.

SADLER, Michelle. Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence. **Reproductive Health Matters**, London, v.24, n.47, p.47-55, 2016. Disponível em: <http://www.tandfonline.com/loi/zrhm20>. Acesso em: 28 fev. 2107.

SANTA CATARINA (Estado). Número de partos realizados em 2014. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br>. Acesso em: 21 fev. 2015.

SANTA CATARINA (Estado). Assembléia Legislativa do Estado de Santa Catarina. Lei Complementar nº 636, de 9 de setembro de 2014. Institui, na forma do § 3º do art. 25 da Constituição da República e do art. 114 da Constituição do Estado, a Região Metropolitana da Grande Florianópolis (RMF), como unidade regional do Território estadual. **Diário Oficial do Estado de Santa Catarina**: Florianópolis, n.19.898, 10 set. 2014. Disponível em: <http://www.spg.sc.gov.br/sudarf>. Acesso em: 28 fev. 2107

SANTOS, Ana C. L. *et al.* Preferência pelo tipo de parto, fatores associados a expectativa e satisfação com o parto. **Revista Eletrônica de Enfermagem** [on line], Goiânia, v. 19, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v19.44139>. Acesso em: 08 jan. 2108.

SAIUIA, Artenira S.S.; SERRA, Maiane C.M. A pain beyond childbirth: obstetrical violence in focus. **Revista de Direitos Humanos e Efetividade**, Brasília, v.2, n.1, p.128 – 47, 2016. Disponível em: [10.26668/IndexLawJournals/2526-0022/2016.v2i1.1076](https://doi.org/10.26668/IndexLawJournals/2526-0022/2016.v2i1.1076). Acesso em: 08 jan. 2018.

SAVAGE, Virginia; CASTRO, Arachu. Measuring mistreatment of women during childbirth: a review of terminology and methodological approaches, **Reproductive Health**, London, v.14, n.138, p.1-7, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29073914>. Acesso em: 10 out. 2018.

SOUZA, Karina J.; RATTNER, Daphne; GUBERT, Muriel B. Institutional violence and quality of service in obstetrics are associated with postpartum depression. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.51, n.69, p.1-11, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5510781/pdf/0034-8910-rsp-S1518-51-87872017051006549.pdf>. Acesso em: 08 jan. 2018.

SOUZA, Silvana R.; GUALDA, Dulce M. A experiência da mulher e de seu acompanhante no parto em the experience of women and their coaches with childbirth. **Texto e Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v.25, n.1, p.1-9, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n1/0104-0707-tce-25-01-4080014.pdf>. Acesso em: 07 set. 2017.

SOUZA, Tânia A. *et al.* Feelings experienced by parturients in reason the inclusion of the partner in the parturition process. **Revista Enfermagem UFPE** [on line], Recife, v.10, Supl.6, p.4735-40, 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/11251/12867>. Acesso em: 24 set. 2017.

TELES, Liana M. R. *et al.* Eficácia de manual educativo para acompanhantes de parto: estudo piloto de ensaio clínico randomizado. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.25, p.e2996, 2017. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v26/pt\\_0104-1169-rlae-26-e2996.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v26/pt_0104-1169-rlae-26-e2996.pdf). Acesso em: 14 dez. 2017.

TESSER, Charles D. *et al.* Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. **Revista Brasileira de Medicina da Família e da Comunidade**, São Paulo, v.10, n.35, p.1-12, 2015. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmf10\(35\)1013](http://dx.doi.org/10.5712/rbmf10(35)1013). Acesso em: 17 out. 2016

TEIXEIRENSE, Marília M. S.; SANTOS, Sara L. S. From expectation to experience: humanizing childbirth in the Brazilian National Health System. **Interface, Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v.22, n.65, p. 399-410, 2018. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832018000200399&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832018000200399&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 11 out. 2018

VENTURI, Gustavo; BOKANY, Vilma; DIAS, Rita. **Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo/Sesc, 2010.

### 5.3 MANUSCRITO 2 - VIOLAÇÃO DOS DIREITOS DO ACOMPANHANTE EM MATERNIDADES PÚBLICAS DE FLORIANÓPOLIS, SC

#### VIOLAÇÃO DOS DIREITOS DO ACOMPANHANTE EM MATERNIDADES PÚBLICAS DE FLORIANÓPOLIS, SC

Lihsieh Marrero  
Odaléa Maria Brüggemann

#### RESUMO

**Objetivo:** Descrever a violação de direitos do acompanhante em maternidades públicas da Região Metropolitana de Florianópolis. **Método:** estudo transversal, conduzido em três maternidades públicas, com 1.145 acompanhantes, entre março de 2015 e maio de 2016. Na análise dos dados utilizou-se o cálculo de prevalência e o teste qui-quadrado de Pearson com correção de continuidade de Yates para testar as associações. **Resultados:** A violação de direitos do acompanhante foi mais frequente entre os participantes do sexo feminino (92,8%), que acompanharam o pré-natal (93,1%) e desconheciam a lei do acompanhante (92,7%). O nascimento por cirurgia cesárea esteve associado ao desfecho. Não ter sido orientado por escrito sobre seu papel foi o direito mais violado (93,6%) (IC: 92,2-95), seguido da não identificação do profissional que prestou assistência (65,0%) e de não ter sido estimulado a participar do cuidado (55,9%). O acolhimento e a comunicação com a equipe foram os aspectos assistenciais menos respeitados. A insatisfação do acompanhante com a experiência foi maior na triagem obstétrica (11,8%) e no nascimento por cirurgia cesárea (8,4%) e teve como causa a não orientação sobre o seu papel. **Conclusão:** As elevadas prevalências de violação de direitos do acompanhante demonstram o descumprimento da legislação. A insatisfação do acompanhante com o acolhimento e a comunicação com a equipe, suscita a necessidade de ações para a valorização de sua presença.

**Descritores:** Acompanhantes de Pacientes, Maternidades, Serviços de Saúde, Violência, Parto.

## INTRODUÇÃO

O envolvimento do acompanhante de escolha da mulher no parto tem sido apontado como uma tecnologia do cuidado que favorece o processo fisiológico e contribui para uma experiência positiva e segura, sendo recomendada pelas evidências científicas e reforçada pela legislação nacional (WHO, 2018; BOHREN *et al.*; DINIZ *et al.*, 2014; BRASIL, 2005a).

A legitimidade da presença do acompanhante no contexto do parto hospitalar, pelo reconhecimento de sua importância pelas evidências científicas e como direito da parturiente, o torna sujeito de direitos na perspectiva legal durante sua permanência na maternidade. A Lei nº. 11.108 de 2005 instituiu a presença do acompanhante de escolha da mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto como um direito (BRASIL, 2005a), a Portaria Ministerial nº. 2.418 do mesmo ano e a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº. 36 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) de 2008 estabelecem obrigatoriedades aos serviços de saúde para garantir a presença e o bem-estar do acompanhante durante a internação da mulher para o parto.

A Portaria nº.2.428 autoriza a cobrança de diárias referente a acomodações e refeições básicas do acompanhante pelo prestador de serviço (BRASIL, 2005b). A RDC nº. 36 estabelece os parâmetros para a adequação dos serviços quanto ao ambiente físico, processos assistenciais e protocolos de atendimento que incluem o acompanhante (ANVISA, 2008). Na medida em que os dispositivos legais e atos normativos determinam os deveres dos serviços para garantir a presença do acompanhante, o institui de direitos.

A partir do disposto nas normativas vigentes, são direitos do acompanhante durante a internação da mulher para o parto: estar presente em todos os momentos do atendimento; ser recebido em ambiente físico adequado, que permita a sua permanência contínua ao lado da parturiente; ser apresentado a estrutura física da instituição no momento da admissão da mulher; receber por escrito orientações gerais e sobre os seus direitos e deveres durante a internação; ter sua privacidade e da mulher respeitada; receber as principais refeições durante a sua permanência na maternidade; saber quem é o profissional que presta assistência a mulher; ter acesso a informação sobre o atendimento e a evolução do processo parturitivo de forma clara e compreensível, assim como ter suas dúvidas esclarecidas; receber do profissional de saúde orientações sobre sua participação na

triagem obstétrica, trabalho de parto, parto normal e cirurgia cesárea e ser envolvido pela equipe de saúde no processo de parto e nascimento (ANVISA, 2008; BRASIL, 2005a, 2005b).

No entanto, os resultados de pesquisa com acompanhantes e parurientes, sugerem que seus direitos são violados ou anulados sistematicamente, à medida que se verifica o descumprimento das normativas que instruem a organização do serviço para receber o acompanhante e incluí-lo nas rotinas assistenciais (RODRIGUES *et al.*, 2017; BITTENCOURT *et al.*, 2016). O relatório da Pesquisa Nacional de Saúde do Homem, Paternidade e Cuidado, realizada pela ouvidoria do Sistema Único de Saúde (SUS) em 2014, com homens que assumiram a figura paterna durante parto em hospitais públicos ou conveniados ao SUS, mostrou que em 31,8% dos nascimentos o pai esteve ausente, sendo as normas institucionais as principais barreiras para a sua presença (BRASIL, 2017). O inquérito nacional sobre atenção obstétrica, realizado com puérpera em maternidades públicas e privadas, entre 2011 e 2012, registrou a ausência do acompanhante em 24,5% dos partos e presença parcial em 81,2% (DINIZ *et al.*, 2014).

Apesar do reconhecimento de sua importância e de ser um direito da mulher, a presença do acompanhante no ambiente do parto hospitalar ainda não está consolidada e ocorre de maneira heterogênea nas diferentes regiões do país (DINIZ *et al.*, 2014). As investigações sobre a experiência do acompanhante, ainda são tímidas e com metodologias que não permitem generalizações, mas que tem registrado uma mescla de sentimentos como a satisfação e o medo, associados ao desconhecimento e a hostilidade do processo de parturição e do contexto institucional (ALMEIDA *et al.*, 2018; BATISTA *et al.*, 2017; BRASIL, 2017; RODRIGUES *et al.*, 2017; ANTUNES *et al.*, 2014).

O descompasso entre a legislação e as práticas institucionais em relação a presença do acompanhante no parto, tem sido associado ao desconhecimento de seus direitos, a precariedade da estrutura física, a manutenção de fluxos assistenciais e atitudes profissionais tecnicistas (PORTELA *et al.*, 2018; SILVA L., SILVEIRA, MORAES, 2017; BITTENCOURT *et al.*, 2016; MOTTA *et al.*, 2016; SOUZA T. *et al.*, 2016).

Em que pese os investimentos aportados para a valorização do acompanhante de parto de livre escolha da mulher no cenário hospitalar, sua perspectiva sobre a experiência tem sido pouco explorada pelas pesquisas, e não há registro de estudos sobre a violação de seus direitos na literatura nacional. Assim, considerando a legitimidade da presença do

acompanhante, sua aquisição de direitos e a inexistência de estudos sobre os direitos do acompanhante no cenário do parto hospitalar, emerge a necessidade de investigar suas vivências. Este estudo teve como objetivo descrever a violação de direitos do acompanhante durante a internação da mulher para o parto em maternidades públicas da Região Metropolitana de Florianópolis (RMF).

## MÉTODOS

Estudo transversal, de base hospitalar, realizado em maternidades de referência para a RMF, subprojeto do macroprojeto “A participação do acompanhante de escolha da mulher no pré-natal, trabalho de parto e parto no sistema de saúde público e suplementar”, subsidiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq (Edital Universal 14/2013).

A população dos municípios que compõem a RMF (SANTA CATARINA, 2014) foi estimada em 1.111.702 de pessoas no ano de 2015, quando foram registrados cerca de 14.000 nascimentos na região e, cerca de 8.792 destes nascimentos ocorreram em três das cinco maternidades públicas: maternidade do Hospital Regional de São José Dr. Homero de Miranda Gomes (MHR SJ), a maternidade do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago (MHU) e a maternidade Carmela Dutra (MCD) (IBGE, 2018).

A população de estudo foi constituída pelos acompanhantes de parturientes. Foram considerados elegíveis os acompanhantes que permaneceram ao lado da mulher durante o trabalho de parto e parto normal ou cirurgia cesárea independente de sexo, idade e grau de parentesco. Não foram incluídos no estudo aqueles que não falavam/compreendiam o idioma português, que acompanharam nascimento de gestação múltipla, de gestantes submetidas à cesariana de urgência ou eletiva, situações em que a mulher não entrou em trabalho de parto ou quando ela ou o feto/recém-nascido evoluíram para o óbito (JUNGES *et al.*, 2018).

O tamanho de amostra, foi calculado no aplicativo SEstatNet (NASSAR *et al.*, 2014), considerando como parâmetros o total de nascimentos em cada instituição no ano 2013, ano anterior ao planejamento da pesquisa; a prevalência presumida de satisfação em ser acompanhante de parto em 50%, o nível de confiança de 95% e o erro máximo de 5% para cada maternidade. Estimou-se a amostra de 307 acompanhantes para o MHU; 349 para a MCD e 346 para a MHR SJ. A amostra mínima total

para o estudo foi de 1.002 acompanhantes. Por se tratar de uma amostra de caráter intencional, não foram utilizados métodos probabilísticos específicos para a seleção dos sujeitos.

A coleta de dados ocorreu entre março de 2015 a maio de 2016, período em que foram identificados 4.299 acompanhantes de parto nas instituições. Desses 4.004 foram considerados elegíveis. No entanto, dos elegíveis, 2.541 não puderam ser abordados por motivos diversos, sendo a ausência durante a visita do entrevistador o mais recorrente. Dos 1.463 acompanhantes abordados, 289 (20,1%) recusaram o convite, frequentemente em virtude do tempo de duração da entrevista. Na amostra final, foram incluídos 1.145 (28,7%) dos acompanhantes elegíveis.

A principal fonte de dados foi a entrevista estruturada, realizada face-a-face e individualmente, em local reservado. A entrevista era composta por perguntas fechadas, agrupadas em 10 seções (características sociodemográficas; experiência anterior em ser acompanhante de gestante/parturiente; participação no pré-natal, triagem obstétrica, parto normal, cirurgia cesárea, pós-parto e cuidados com o bebê; dados sobre o parto e satisfação com a experiência atual). Também foram coletados dados secundários de prontuários, livros de internação e alta para complementar as informações.

Com a intenção de padronizar os procedimentos de entrevista e coleta de dados foi elaborado um instrutivo de campo, com o detalhamento de cada questão e orientações para o seu preenchimento. Igualmente foi utilizado um *check-list* com critérios de inclusão e exclusão dos sujeitos. Os entrevistadores foram treinados para a aplicação do formulário eletrônico. Os dados coletados eram revisados e checados pela supervisora da pesquisa diariamente, possibilitando a identificação e correção de possíveis inconsistências. Precedendo o início da etapa de coleta de dados, o questionário foi pré-testado, com o objetivo de ajustar o instrumento e avaliar a performance dos entrevistadores (JUNGES *et al.*, 2017).

Para definir os casos de violação de direitos do acompanhante, este estudo considerou os deveres institucionais quanto a ambiência, ao acolhimento e a comunicação, dispostos nos dispositivos legais nacionais e estaduais vigentes, que regulamentam a inserção do acompanhante no parto hospitalar, sendo elas a Lei nº. 11.108, a Portaria Ministerial nº. 2.418, a RDC nº. 36 e a Instrução Normativa (IN) 001/2009 da Secretaria de Estado de Saúde de Santa Catarina (SES/SC). Ao dispor sobre as obrigações dos serviços, esse conjunto de normativas instituiu direitos ao acompanhante.

Para descrever a violação de direitos do acompanhante quanto aos aspectos assistenciais (ambiência, acolhimento e comunicação com a equipe), procedeu-se a construção de três variáveis: “violação de direitos do acompanhante quanto a ambiência”, “violação de direitos do acompanhante ao acolhimento” e “violação de direitos do acompanhante à comunicação com a equipe” categorizadas em “triagem obstétrica”, “trabalho de parto”, “parto normal” e “cirurgia cesárea”. As categorias correspondem ao fluxo de atendimento ao parto para permitir identificar o desfecho de interesse no transcorrer da internação. Um conjunto de 10 perguntas do questionário do macroprojeto permitiu a construção das variáveis.

A RDC nº. 36 dispõe sobre o regulamento técnico para funcionamento dos serviços de atenção obstétrica e neonatal, considerando as diretrizes da Política Nacional de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) e da Política Nacional de Humanização (PNH) da Atenção e Gestão da Saúde. A RDC nº. 36, considerando o conceito de ambiência da PNH, estabelece parâmetros para a adequação do ambiente físico para receber e garantir a presença contínua do acompanhante ao lado da parturiente durante toda a internação. A PNH entende o ambiente físico como espaço social, que visa o conforto e a privacidade dos sujeitos envolvidos (BRASIL, 2003).

A variável “violação do direito quanto a ambiência” permitiu investigar o desrespeito aos direitos do acompanhante nesse aspecto. A variável foi construída por três perguntas repetidas para cada etapa do fluxo da internação: “em sua opinião, o ambiente da triagem obstétrica/do trabalho de parto/do parto normal/da cirurgia cesárea era adequado para te receber (espaço físico, cadeira, etc)?”; “em sua opinião, sua privacidade e da mulher na triagem obstétrica/no trabalho de parto/no parto normal/na cirurgia cesárea foi respeitada?”; “você permaneceu ao lado da mulher durante o atendimento dos profissionais e realização de procedimentos na triagem obstétrica/no trabalho de parto/no parto normal/na cirurgia cesárea?”. Todas as perguntas tinham como opção de resposta “sim” e “não”. A resposta negativa a pelo menos uma das questões foi considerado como caso.

O acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho atendendo aos que procuram os serviços, com capacidade de responder as suas demandas (BRASIL, 2003). Para que o acompanhante possa oferecer apoio a parturiente, é necessário que seja inserido no processo assistencial, que esteja familiarizado ao ambiente, conheça os limites e as expectativas quanto a sua participação. A Portaria Ministerial nº. 2.418, a

RDC n°. 36 e a Instrução Normativa (IN) 001/2009 da SES/SC orientam aos serviços a incluir no acolhimento a apresentação da área física e das rotinas institucionais a parturiente e ao seu acompanhante antes ou no momento da internação; a oferta de orientações escritas sobre direitos e deveres do acompanhante; informar o acompanhante sobre o direito as principais refeições durante sua permanência na instituição; estimular a participação do acompanhante no parto e nascimento.

A variável “violação do direito ao acolhimento”, foi construída para avaliar o respeito aos direitos do acompanhante relativos ao acolhimento, a partir das perguntas: “[após a internação] algum profissional levou você para conhecer a área física da maternidade?”; “na triagem obstétrica/no trabalho de parto/no parto normal/na cirurgia cesárea os profissionais de saúde forneceram orientações sobre o seu direito a alimentação durante a internação da mulher?”; “os profissionais de saúde forneceram orientações escritas sobre o que podia fazer como acompanhante “na triagem obstétrica/no trabalho de parto/no parto normal/na cirurgia cesárea?”; “você foi incentivado pelos profissionais de saúde a acompanhar a mulher na triagem obstétrica/no trabalho de parto/no parto normal/na cirurgia cesárea?”. Todas com respostas foram codificadas como “sim” e “não”, sendo as respostas negativas consideradas como violação de direito.

A comunicação efetiva entre profissionais e acompanhantes durante a internação, é uma ferramenta para garantir segurança à mulher. Se identificar antes de iniciar o atendimento, o tratamento cordial, o fornecimento de informações claras sobre o atendimento, o esclarecimento de dúvidas e o envolvimento do acompanhante no cuidado com a parturiente são deveres da equipe profissional (SANTA CATARINA, 2009; ANVISA, 2008; BRASIL, 2005b).

A variável “violação do direito a comunicação com a equipe”, permitiu descrever a comunicação entre acompanhante e profissionais e foi construída pelo grupo perguntas: “na triagem obstétrica/no trabalho de parto/no parto normal/na cirurgia cesárea os profissionais se apresentaram a você antes de iniciar o atendimento?”; “os profissionais forneceram a você informações sobre a situação e o atendimento prestado durante a triagem obstétrica/o trabalho de parto/o parto normal/a cirurgia cesárea?”; “os profissionais responderam as perguntas que você fez durante a triagem obstétrica/o trabalho de parto/o parto normal/a cirurgia cesárea?”, todas com respostas “sim” e “não”. A resposta negativa a pelo menos uma das questões, foi considerada como caso.

Considerando a necessidade de avaliar a experiência do acompanhante como proxy de situações adversas enfrentadas durante a sua permanência na maternidade, foi analisado o desfecho “satisfação do acompanhante”, medido pelas respostas as perguntas: “como você se sentiu recebido na triagem obstétrica/no trabalho de parto/no parto normal/na cirurgia cesárea?”; “como você se sentiu com as orientações sobre seu papel na triagem obstétrica/no trabalho de parto/no parto normal/na cirurgia cesárea?”; “como você se sentiu com relação à forma como lhe explicaram o que estava acontecendo na triagem obstétrica/no trabalho de parto/no parto normal/na cirurgia cesárea?”; “como você se sentiu com relação à forma com estimularam sua participação na triagem obstétrica/no trabalho de parto/no parto normal/na cirurgia cesárea?”; “de modo geral, como você se sentiu com a experiência de ser acompanhante da mulher na triagem obstétrica/no trabalho de parto/no parto normal/na cirurgia cesárea?”. Para as perguntas sobre satisfação utilizou-se uma tabela likert com cinco opções de resposta, codificadas como “muito insatisfeito”, “insatisfeito”, “satisfeito”, “bem satisfeito” e “muito satisfeito”. Considerou-se como indicativo de satisfação o agrupamento das respostas “satisfeito e muito satisfeito”.

As variáveis via de nascimento (normal ou cirurgia cesárea); período da semana de ocorrência do parto (segunda e terça-feiras; quarta e quinta-feira; sexta-feira, sábado e domingo); turno do parto (dia [7:00-19:00h], noite [19:01-6:59h]) e tempo de permanência do acompanhante ao lado da parturiente do início do trabalho de parto ao nascimento (em horas) para caracterizar o parto acompanhado pelo participante.

Para a caracterização sociodemográfica dos participantes utilizou-se as variáveis sexo (masculino, feminino); idade (em anos); cor/raça (branca, preta/indígena, parda/amarela); escolaridade (em anos de estudo); situação conjugal (casado/união estável, divorciado/viúvo, solteiro); vínculo com a mulher (companheiro/pai do bebê, mãe/irmã/amiga); acompanhou o pré-natal (sim, não); conhecimento da lei do acompanhante (sim, não); experiência anterior com o parto (sim, não), participação em curso de parto (sim, não); participação em palestra sobre gestação/parto (sim, não).

Para a análise dos dados empregou-se o teste qui-quadrado de Pearson com correção de continuidade de Yates para testar as associações entre as variáveis. Os intervalos de confiança para o cálculo de razão de prevalência (RP) foram estimados ao nível de 95%. Os dados foram ana-

lisados com auxílio do programa estatístico R, versão 3.3.2 (*The R Project for Statistical Computing*).

O macroprojeto de pesquisa foi cadastrado na Plataforma Brasil sob o CAEE 25589614.3.0000.0121 e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC (parecer nº. 541.296). Todas as exigências da Resolução nº. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012b) foram respeitadas e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A execução do projeto foi subsidiada por recursos do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), através do edital Universal 14/2013

## RESULTADOS

Entre os sujeitos do estudo prevaleceu a presença de acompanhantes do sexo masculino (76,9%), autodeclarados de raça/cor branca (53,8%); com mediana de idade de 30 anos (Intervalo interquartilico = 24-37); casados/união consensual (79,7%) e com tempo mediano de estudo de 10 anos (Intervalo interquartilico = 7-11) (dados não apresentados em tabela). A maioria deles era o companheiro/pai do bebê da mulher (76,7%), sem experiência anterior em acompanhar parto (80,7%), não participou de curso preparatório para o parto (97%) e nem de palestras sobre gestação/parto (92,1%), acompanhou o pré-natal da mulher (64,7%) e desconhecia a lei do acompanhante (76,3%) (Tabela 1).

Predominaram acompanhantes de mulheres que tiveram parto normal (75,1%), ocorridos entre sexta-feira a domingo (38,7%) e durante o dia (54,5%) (Tabela 1), que permaneceram ao lado da parturiente durante toda a internação (92,3%), com tempo mediano de oito horas (Intervalo interquartilico = 4-13) (dados não apresentados em tabela).

O percentual de violação de pelo menos um direito do acompanhante durante sua permanência na maternidade foi de 92,6% (IC: 91,1-94,1), com associação estatisticamente significativa com o nascimento por cirurgia cesárea ( $p < 0,000$ ). A violação de direitos foi mais frequente entre os acompanhantes de sexo feminino (92,8%), que acompanharam o pré-natal (93,1%) e que desconheciam a lei do acompanhante (92,7%). Não ter participado de curso preparatório, nem de palestras sobre gestação e parto não esteve associado a violação de direito do acompanhante ( $p$ -valor = 1) (Tabela 1).

Tabela 1 - Variáveis sociodemográficas do acompanhante e do atendimento ao parto, segundo violação de seus direitos em maternidades públicas da Região Metropolitana de Florianópolis-SC, 2015-2016. (N=1.145)

<b>Violação de um ou mais direitos do acompanhante</b>				
<b>Variável</b>	<b>Sim (%)</b>	<b>Não (%)</b>	<b>Total (%)</b>	<b>p-valor</b>
Sexo				0,872
Masculino	815 (92,5)	66 (7,5)	881 (76,9)	
Feminino	245 (92,8)	19 (7,2)	264 (23,1)	
Cor/raça autodeclarada				0,324
Branca	570 (92,5)	46 (7,5)	616 (53,8)	
Preta/Pardo	400 (93,5)	28 (6,5)	428 (37,4)	
Amarelo/indígena	90 (89,1)	11 (10,9)	101 (8,8)	
Situação conjugal				0,07
Casado/União consensual	847 (92,8)	66 (7,2)	913 (79,7)	
Solteiro	169 (93,9)	11 (6,1)	180 (15,8)	
Divorciado/Viúvo	44 (84,6)	8 (15,4)	52 (4,5)	
Vínculo com a mulher				0,475
Companheiro e pai do bebê	816 (92,9)	62 (7,1)	878 (76,7)	
Mãe/Irmã/Amiga	244 (91,4)	23 (8,6)	267 (23,3)	

Dentre os direitos do acompanhante instituído pelas determinações legais a oferta de orientações escritas sobre o que fazer como acompanhante da parturiente foi o mais violado nas maternidades da RMF, sendo registrado em 93,6% (IC: 92,2-95) das entrevistas. Em 65,0% (IC: 62,2-67,7) dos relatos o profissional que prestou assistência a mulher não se identificou ao acompanhante e 55,9% (IC: 53-58,8) dos participantes não foi incentivado pelo profissional a participar do cuidado com a parturiente, nem informado sobre o direito de receber alimentação durante sua permanência na maternidade (37,6%, IC: 34,8-40,4) (Tabela 2).

Em 26,9% (IC: 24,4-29,5) dos relatos o ambiente físico foi considerado inadequado para receber o acompanhante e em 14,1% (IC: 12,0-16,1) a privacidade foi desrespeitada. Dos 663 participantes que relataram terem manifestado dúvidas durante o atendimento, 10,1% (IC: 7,8-12,4) afirmaram terem sido esclarecidos pelo profissional (Tabela 2).

Tabela 2 - Prevalência de violação de direitos do acompanhante de parto em maternidades públicas da Região Metropolitana de Florianópolis - SC, 2015-2016 (N=1.145).

Direitos do acompanhante	Violação de direitos		
	n	%	IC <sub>95%</sub>
Ser orientado, por escrito, sobre o que fazer como acompanhante	1072	93,6	92,2-95
O profissional que prestou assistência se identificou	744	65	62,2-67,7
Ser estimulado a participar do cuidado da mulher	640	55,9	53-58,8
Ser informado sobre o direito de receber alimentação durante a permanência na maternidade	431	37,6	34,8-40,4
Ser recebido em ambiente físico adequado	308	26,9	24,4-29,5
Ter sua privacidade e da mulher respeitada	161	14,1	12,0-16,1
Ter suas dúvidas sobre o atendimento esclarecidas	67 <sup>a</sup>	10,1	7,8-12,4
Permanecer ao lado da parturiente durante toda a internação	88	7,7	6,1-9,2
Ser informado sobre o andamento do atendimento	64	5,6	4,3-6,9

<sup>a</sup> Prevalência, percentual e IC foram calculados considerando o N=663 que representa o total de participantes que solicitaram esclarecimento de dúvidas sobre o atendimento prestado ao profissional assistente,

A análise dos dados quanto aos aspectos do processo assistencial, a maior prevalência de violação de direitos do acompanhante em todos os momentos da internação foi relacionada com o acolhimento. A triagem obstétrica, onde ocorre o primeiro contato do acompanhante com o serviço, a prevalência de direitos violados foi de 71,5% (IC: 66,2-76,7). O nascimento foi o momento em que o acompanhante foi menos respeitado em seus direitos, sendo a cirurgia cesárea (98,9%, IC: 97,8-100,1) menos acolhedora do que o parto normal (98,1%, IC: 97,5-99) (Tabela 3).

A comunicação com a equipe de saúde durante toda a internação foi responsável por mais de 30% das violações de direitos do acompanhante, sendo menor na triagem obstétrica (33,7%, IC: 28,2-39,2) e maior no momento do nascimento, sendo que na cirurgia cesárea (60%, IC:

54,3-65,7) o desrespeito foi ainda maior do que no parto normal (49,4, IC: 46,1 – 52,8). Observa-se que a prevalência de violação dos direitos do acompanhante aumenta a medida que o processo de parturição evolui (Tabela 3).

A ambiência foi o aspecto com menor prevalência de violação de direitos do acompanhante, mas todas superior a 10%. Contraditoriamente ao acolhimento e a comunicação com a equipe, a triagem foi o momento da internação em que a prevalência de violação de direitos foi maior (18,3%, IC: 16,0-20,5). Novamente, na cirurgia cesárea, foi registrada mais violação de direitos do acompanhante (17,2%, IC: 12,8-21,6) em comparação com o parto normal (13,1%, IC: 10,9-15,4) (Tabela 3).

Tabela 3 - Prevalência de violação de direitos do acompanhante no acolhimento, na comunicação com a equipe e na ambiência, segundo fase da internação, Região Metropolitana de Florianópolis - SC, 2015-2016 (N=1.145).

Aspectos do processo assistencial	Violação de direito		
	n	%	IC <sub>95%</sub>
<b>Acolhimento</b>			
Triagem obstétrica	819	71,5	66,2-76,7
Trabalho de Parto	1100	96,1	94,9-97,2
Parto normal <sup>b</sup>	845	98,1	97,5-99
Cirurgia cesárea <sup>c</sup>	282	98,9	97,8-100,1
<b>Comunicação com a equipe</b>			
Triagem obstétrica	386	33,7	28,2-39,2
Trabalho de parto	402	35,1	32,3-37,8
Parto normal <sup>b</sup>	425	49,4	46,1-52,8
Cirurgia cesárea <sup>c</sup>	171	60	54,3-65,7
<b>Ambiência</b>			
Triagem obstétrica	209	18,3	16,0-20,5
Trabalho de parto	191	16,7	14,5-18,8
Parto normal <sup>b</sup>	113	13,1	10,9-15,4
Cirurgia cesárea <sup>c</sup>	49	17,2	12,8-21,6

<sup>b</sup> NParto normal = 860

<sup>c</sup> NCirurgia cesárea = 285

O grau de insatisfação do acompanhante com a experiência variou de 4,5% no nascimento via parto normal a 11,8% na triagem obstétrica. A orientação sobre o seu papel nos setores de atendimento a parturiente foi o que mais desagradou aos acompanhantes, com exceção do nascimento por cirurgia cesárea que foi pior avaliada nas explicações sobre o atendimento prestado (Tabela 4).

A triagem obstétrica foi a fase da internação que menos agradou aos acompanhantes quanto a orientação sobre o seu papel como acompanhante da mulher (41,2%) e quanto ao estímulo para participação no cuidado (36%). No trabalho de parto a insatisfação com as explicações sobre o atendimento prestado foi menor (25,9%) que nas outras etapas da internação (Tabela 4).

No nascimento, entre os participantes que acompanharam parto normal (N = 860) 31,9% se declararam insatisfeito com as orientações recebidas sobre o seu papel durante o parto, 28% com o estímulo a participação no cuidado e 26,5% com as explicações recebidas sobre o atendimento prestado. Entre os que acompanharam o nascimento via cirurgia cesárea (N = 265) 36,2% ficaram insatisfeitos com as explicações sobre o atendimento prestado, 35,5% com as orientações sobre o seu papel no nascimento e 33,6% com o estímulo recebido para participar do cuidado (Tabela 4).

Tabela 4 – Grau de satisfação do acompanhante segundo fase da internação, Região Metropolitana de Florianópolis - SC, 2015-2016 (N=1.145).

Fase da internação	Grau de satisfação	
	Satisfeito n (%)	Insatisfeito n (%)
Triagem Obstétrica		
Com a experiência em geral	898 (88,2)	120 (11,8)
Recepção	791 (77,7)	227 (22,3)
Orientações sobre seu papel	599 (58,8)	419 (41,2)
Explicação sobre o atendimento prestado	703 (69,1)	315 (30,9)
Estímulo para participação no cuidado	652 (64)	366 (36)
Trabalho de Parto		
Com a experiência em geral	1067 (93,2)	78 (6,8)
Recepção	988 (86,3)	157 (13,7)

Orientações sobre seu papel	757 (66,1)	388 (33,9)
Explicação sobre o atendimento prestado	849 (74,1)	296 (25,9)
Estímulo para participação no cuidado	801 (70)	344 (30)
Parto Normal (N=860)		
Com a experiência em geral	821 (95,5)	39 (4,5)
Recepção	767 (89,2)	93 (10,8)
Orientações sobre seu papel	585 (68,1)	275 (31,9)
Explicação sobre o atendimento prestado	632 (73,5)	228 (26,5)
Estímulo a participação no cuidado	619 (72)	241 (28)
Cirurgia Cesárea (N=285)		
Com a experiência em geral	261 (91,6)	24 (8,4)
Recepção	226 (79,2)	59 (20,8)
Orientações sobre seu papel	184 (64,5)	101 (35,5)
Explicação sobre o atendimento prestado	182 (63,8)	103 (36,2)
Estímulo à participação no cuidado	189 (66,4)	96 (33,6)

## DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo mostraram que as maternidades públicas da RMF necessitam de ajustes na infraestrutura e nos processos assistenciais para garantir os direitos do acompanhante da mulher. O descumprimento das determinações legais violam os direitos do acompanhante, associados ao nascimento por cirurgia cesárea. Chama a atenção as prevalências de violação do direito à “orientações escritas sobre o que poderia fazer como acompanhante” e a do “profissional que atendeu a mulher ter se identificado” dado que são medidas que não envolvem planejamento extenso, nem custos elevados para a sua implementação e que impactam na desenvoltura e na satisfação do acompanhante com o atendimento prestado (TELES *et al.*, 2017; SOUZA, GUALDA, 2016). Observa-se que, apesar da região Sul do país, ter se destacado no contexto nacional quanto a implementação de ações de inserção do acompanhante no parto, ainda existem grandes desafios a serem vencidos (DINIZ *et al.*, 2014).

Em que pesem as disposições políticas e legais para garantir a presença do acompanhante no parto, o elevado percentual de violação a

pelo menos um de seus direitos durante a permanência na maternidade (92,6%, IC: 91,1-94,1), sugere o descumprimento institucional sistemático das normativas, o que compromete a satisfação com o atendimento e a segurança da mulher e do bebê. Embora não se disponha de dados específicos a respeito da violação de direitos do acompanhante de parto, a sua semelhança social com a parturiente, permitem supor que situações de desrespeito aos seus direitos sejam mais frequentes nos serviços públicos do que no privado (LEAL *et al.*, 2017; SILVA, SILVEIRA, MORAES, 2017; D'ORSI *et al.*, 2014; VOGT, SILVA, DIAS, 2014).

As principais barreiras enfrentadas para garantir os direitos do acompanhante durante a internação da mulher para o parto são a inadequação das instalações, o desconhecimento sobre seus direitos, a desvalorização institucional de sua presença, a discriminação sócio-racial e a exclusão dos homens dos serviços de saúde (AYRES, HENRIQUES, AMORIM, 2018; FRUTUOSO *et al.*, 2017; RODRIGUES *et al.*, 2017; SILVA L., SILVEIRA, MORAES, 2017; BITTENCOURT *et al.*, 2016).

A preferência da mulher pelo companheiro e pai do bebê como acompanhante no parto tem sido registrada em vários estudos (JUNGES, *et al.*, 2018; MONGUILHOT *et al.*, 2018; DINIZ *et al.*, 2014). A inclusão do parceiro no pré-natal e as ações dos movimentos sociais pelo direito do pai têm contribuído para aumentar a participação do homem na gestação e no parto, embora o exercício da paternidade ainda tenha enfrentado desafios no serviço de saúde (RIBEIRO, GOMES, MOREIRA, 2017; BATISTA *et al.* 2016).

A frequente presença do pai no nascimento suscita a discussão sobre a organização do serviço público de atenção obstétrica e atitudes profissionais sexistas. A estrutura física das instalações com enfermarias coletivas não proporcionam conforto nem privacidade ao casal e, geralmente, resulta na restrição a presença de acompanhantes de sexo feminino para evitar o constrangimento das outras mulheres, anulando o direito de casais que desejam compartilhar o momento (GONÇALVES *et al.*, 2017; RODRIGUES *et al.*, 2017; SOUZA, GUALDA, 2016; BRÜGGEMANN *et al.*, 2016).

Entre os participantes deste estudo, mais de um terço considerou o ambiente inadequado para sua permanência e não foram informados sobre o direito a alimentação. As normativas instituem como dever dos serviços a oferta de condições de acomodações mínimas e de alimentação ao acompanhante durante a internação da mulher (SANTA CATARINA, 2009; ANVISA, 2008; BRASIL, 2005). A falta de clareza quanto a ofer-

ta de refeições ao acompanhante e a precariedade das acomodações são descritas na literatura, com maior frequência nos serviços da rede pública, sendo uma das causas da descontinuidade da presença do acompanhante (FRUTUOSO *et al.*, 2017; RODRIGUES *et al.*, 2017; GONÇALVES, *et al.*, 2015). Em partes, a violação desses direitos, pode ser atribuída ao orçamento restrito disponível para as instituições públicas. A administração de recursos limitados é um desafio cotidiano imposto aos gestores.

Além das limitações orçamentárias, a representação do parto e o abuso de poder profissional também contribuem para a violação de direitos do acompanhante. A representação do parto como um momento de perigo, dor e sofrimento; assim como a indisposição dos homens para experiências dolorosas, são justificativas para a exclusão dos pais na cena do parto (SILVA L., SILVEIRA, MORAES *et al.*, 2017; BRÜGGEMANN *et al.*, 2015). Somada a questão cultural, a manutenção de rotinas assistenciais que valorizam a intervenção também é um fator de violação do direito do acompanhante, quando este é excluído da realização de procedimentos complexos, como a cirurgia cesárea, representado o uso abusivo de poder do profissional, em especial a do médico (ALMEIDA *et al.*, 2018; SOUZA, GUALDA, 2016; AGUIAR, D'OLIVEIRA, SCHRAIBER, 2013).

O desconhecimento da legislação e de seus direitos como acompanhante também é um fator de risco para a violação de direitos. A participação do acompanhante no pré-natal pode empoderá-lo para parto a medida que fornece a ele informações sobre seus direitos e sua participação (RIBEIRO, GOMES, MOREIRA, 2017; DULFE *et al.*, 2016). Apesar de ter sido sancionado a mais de uma década, o dispositivo que garante a presença do acompanhante de escolha da parturiente ainda é desconhecido, contribuindo para a violação sistemática de direitos do acompanhante (FRUTUOSO *et al.*, 2017; RODRIGUES *et al.* 2017; BRÜGGEMANN *et al.*, 2015).

A inexperiência do acompanhante é um fator de risco para a violação de seus direitos durante sua permanência na maternidade. Neste estudo, a maioria dos acompanhantes sem experiência tiveram seus direitos violados. A preparação para o parto, no pré-natal e no início da internação, pode contribuir para que o acompanhante sinta-se mais a vontade no contexto hospitalar e facilite sua interação com a equipe (TEIXEIRA *et al.*, 2018; TELES *et al.*, 2018). Contudo, Junges *et al.* (2018), em investigação sobre as ações de apoio promovidas por acompanhantes a parturiente em maternidades de Florianópolis-SC, observaram que um percen-

tual pequeno (19,3%) de seus participantes era experiente e/ou recebeu preparação para o parto (8,6%) e mais da metade deles forneceu apoio a mulher em todas as dimensões, demonstrando que o acompanhante é capaz prover apoio a mulher independente de seus conhecimentos prévios.

A oferta de orientações escritas sobre as regras institucionais, os deveres do acompanhante e o seu papel durante a internação são obrigações legais da instituição que facilitam a inclusão do acompanhante no cuidado e contribuem para a experiência positiva (SOUZA, GUALDA, 2016). No entanto, a maioria dos acompanhantes de parto em maternidades da RMF relatou o descumprimento da legislação. Frutuoso e colaboradores (2017), em estudo com acompanhantes em um centro obstétrico de Santa Catarina, mostraram que as informações fornecidas verbalmente se resumiam a questões administrativas, sem acréscimo de orientações específicas sobre o seu papel em nenhum momento da internação. A orientação do acompanhante na admissão hospitalar e no transcorrer da internação, são essenciais para que ele possa compreender o processo de nascimento e a dinâmica assistencial e apoiar a mulher (TELES *et al.*, 2017; BATISTA *et al.*, 2016).

A comunicação é uma ferramenta que garantir a segurança do paciente, reduzindo o risco de intervenções desnecessárias e não consentidas (DULFE *et al.*, 2016). Saber quem é o profissional que esta assistindo a mulher; ser informado e ter suas perguntas/dúvidas sobre o atendimento esclarecidas de forma clara e compreensível são direitos do acompanhante e deveres da equipe de saúde previstos nas normativas nacionais. No entanto, chama a atenção o elevado percentual de acompanhantes, neste estudo, que relatou que o profissional não se identificou ao atender a mulher, não esclareceu suas dúvidas e não informou sobre o andamento do atendimento. Como provedor de apoio à mulher o acompanhante precisa de um canal de comunicação com a equipe de saúde aberto, para intermediar as necessidades e vontades da parturiente, sendo a empatia do profissional o único requisito para seu estabelecimento e manutenção (MOTTA *et al.*, 2016).

A participação do acompanhante no parto tem sido considerada uma tecnologia do cuidado, com êxito na redução de intervenções no processo parturitivo (JUNGES *et al.*, 2018; MONGUILHOTT *et al.*, 2018). Apesar disso, os resultados desse estudo, mostram que o incentivo a participação do acompanhante no parto ainda é tímido. Isso porque o envolvimento do acompanhante no parto depende de transformações coordenadas nas atitudes profissionais e institucionais. Os profissionais

precisam conhecer as representações do parto para o acompanhante, suas possibilidades de ação e reação frente as situações (BATISTA *et al.*, 2016; ANTUNES *et al.*, 2014; DINIZ *et al.*, 2014).

Para que o acompanhante seja capaz de contribuir no bem-estar e no cuidado da parturiente, dentre outras coisas, é preciso ser acolhido com dignidade e respeito (LACERDA, SILVA, DAVIM, 2014). Nesse estudo, o acolhimento foi o aspecto do processo assistencial que registrou a maior prevalência de violação de direitos do acompanhante, com destaque para o momento do nascimento com pior indicador. A implementação de ações de acolhimento em saúde requer mudança nas perspectivas profissionais para aceitar o protagonismo dos sujeitos envolvidos, que na assistência obstétrica inclui o acompanhante (BRÜGGEMANN *et al.*, 2015; GONÇALVES *et al.*, 2015). A reorganização do serviço contemplando as demandas de profissionais e de acompanhantes é necessária para criar fluxos assistenciais que respeitem os direitos e contribuam para a satisfação de todos os envolvidos (TELES *et al.*, 2017; SOUZA S., GUALDA, 2016).

Nesse estudo, o grau de insatisfação dos acompanhantes com a experiência vivida foi de 11,8%, sendo incoerente com o elevado percentual de violação de direitos no transcorrer da internação. Essa incoerência pode ser atribuída ao desconhecimento do acompanhante sobre seus direitos e a baixa expectativa quanto a sua recepção no ambiente hospitalar, influenciando em sua satisfação. O fato de poder estar próximo da mulher no parto e compartilhar o momento especial do nascimento, é considerado pelo acompanhante como suficiente para reduzir sua avaliação negativa (GONÇALVES *et al.*, 2015; DINIZ *et al.*, 2014).

Apesar disso, destaca-se a insatisfação do acompanhante com as orientações sobre o seu papel em todas as fases do processo de parturição e os possíveis impactos, como a desmotivação para acompanhar o parto em experiências posteriores. Embora não se disponha de muitos estudos sobre a satisfação do acompanhante, podemos atribuir esse resultado a desvalorização da presença do acompanhante e ao desconhecimento de seu potencial como provedor de apoio à parturiente pelo profissional de saúde (ALMEIDA *et al.*, 2018; BATISTA *et al.*, 2017; BRÜGGEMANN *et al.*, 2015).

## CONCLUSÕES

A descrição de violação de direitos do acompanhante (ser orientado por escritos sobre seu papel, permanecer ao lado da mulher e ser esti-

mulado a participar do seu cuidado em todos os momentos do processo de internação, ser recebido em ambiente físico adequado, ter privacidade, saber quem é o profissional que atende a mulher, ser informado por ele sobre o andamento do atendimento e ter suas dúvidas esclarecidas) durante a internação da mulher para o parto revela os desafios a serem enfrentados para a consolidação dessa prática.

A elevada prevalência de violação de direitos do acompanhante no tocante a oferta de informações escritas sobre o seu papel, a apresentação do profissional que assiste a mulher e ao estímulo a sua participação no cuidado, assim como a insatisfação com o seu colhimento, demonstram o abismo entre a política e a legislação voltadas a humanização do parto e a realidade adversa que os acompanhantes experimentam nas maternidades brasileiras. O investimento em ações voltadas ao profissional de saúde para a adoção de uma postura mais receptiva e para o desenvolvimento de habilidades para o envolvimento e a valorização da presença do acompanhante nos processos assistenciais do parto impactaria na qualidade da interação entre profissional-acompanhante-parturiente, proporcionando uma experiência positiva com o parto para todos os envolvidos.

Apesar da disposição de atos normativos que garantem direitos ao acompanhante no parto, persistem inadequações nas estruturas físicas, na qualificação profissional e nos fluxos de atendimento que comprometem sua satisfação com a experiência do parto. A fiscalização dos serviços de saúde no que tange ao cumprimento das normativas e o envolvimento dos governos na priorização da adequação das maternidades públicas às normativas vigentes são necessárias para a garantia dos direitos de acompanhantes.

A superação dos obstáculos para o exercício dos direitos do acompanhante durante a internação da mulher para o parto necessita de um novo fôlego para transformar as atitudes profissionais na gestão dos processos assistenciais, suplantando instituições arcaicas que ainda influencia a atenção obstétrica. A reinvidicação das reformas estruturais das maternidades para atenderem a legislação precisa ser fortalecida pelos diferentes segmentos da sociedade, incluído mulheres e trabalhadores da saúde. Também é necessário revisar os dispositivos legais e políticos que orientam a inserção do acompanhante no parto, de forma a garantir a inclusão do pai do bebê, respeitando seu protagonismo e necessidades.

Este estudo apresenta como inovação a exploração de uma face da violência institucional ainda inexplorada pela literatura que é a violação dos seus direitos do acompanhante da mulher durante a internação para o

parto. Os achados sustentam a necessidade de investigações, mais amplas e com metodologias diversas para dar voz ao acompanhante como parte do cenário do parto institucional. Dessa maneira, será possível desvelar suas potencialidades como agente de controle social da violência institucional, contribuindo para a maternidade segura e livre de violência e o cumprimento da legislação.

## REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Diretoria Colegiada. Resolução nº. 36 de 3, de junho de 2008. Dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. **Diário Oficial da União**: seção 1: Poder Executivo, Brasília, DF, p.50. 2008. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/rdc-n-36-de-03-de-junho-de-2008>. Acesso em: 01 mar. 2017.

AGUIAR, Janaina M.; D'OLIVEIRA, Ana F. P. L.; SCHRAIBER, Lilia B. Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.29, n. 11, p. 2287–96, nov. 2013. Disponível em: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X201301600015&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X201301600015&lng=en&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 5 set. 2016.

ALMEIDA, Aداiana F. *et al.* Separação da mulher e seu acompanhante no nascimento por cesárea: uma violação de direito. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v.2, n.23, p.e53108, 2018. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/53108/pdf>. Acesso em: 21 jul. 2018.

ANTUNES, Juliana T. *et al.* Presença paterna na sala de parto: expectativas, sentimentos e significados durante o nascimento. **Revista de Enfermagem UFSM**, Santa Maria, v.4, n.3, p.536–45, 2014. Disponível em: <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs2.2.2/index.php/reufsm/article/view/12515>. Acesso em: 12 mai. 2016.

AYRES, Lilian F. A.; HENRIQUES, Bruno D.; AMORIM, Wellington M. The cultural representation of “natural childbirth”: the outlook on the pregnant body in the mid-twentieth century. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.23, n.11, p.3525–3534, 2018. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n11/1413-8123-csc-23-11-3525.pdf>. Acesso em: 29 dez. 2018.

BATISTA, Bruna D. *et al.* factors associated with the birth companion’s satisfaction with the care provided to the parturient woman. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v.22, n.3, p.1–9, 2017. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/51355/pdf>. Acesso em: 4 jan. 2019.

BATISTA, Luís E. *et al.* Humanization in health care and racial inequalities: an intervention proposal. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.25, n.3, p.689–702, set. 2016. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902016000300689-&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902016000300689-&lng=pt&tlng=pt). Acesso em: 31 dez. 2018.

BITTENCOURT, Sônia D. A. *et al.* Adequacy of public maternal care services in Brazil. **Reproductive Health**, London, v.13, Suppl 1, p.257-66, 2016. Disponível em: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5073989/pdf/12978\\_2016\\_Article\\_229.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5073989/pdf/12978_2016_Article_229.pdf). Acesso em: 29 dez. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Nacional de Saúde do Homem. **II Relatório da pesquisa Saúde do Homem, Paternidade e Cuidado Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 63 p. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/agosto/22/ETAPA-II/RJ.pdf>. Acesso em: 21 dez. 2018.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução n° 466 de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 59, 12 dez. 2012b. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html). Acesso em: 12 ago. 2015.

BRASIL. Lei nº. 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p.1, 8 abr. 2005a. Disponível em: [http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/grupo-tecnico-de-aco-es-estrategicas-gtae/saude-da-mulher/legislacao/lei\\_n\\_11.180\\_-\\_acompanhante.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/grupo-tecnico-de-aco-es-estrategicas-gtae/saude-da-mulher/legislacao/lei_n_11.180_-_acompanhante.pdf). Acesso em: 12 ago. 2015.

BRASIL. Portaria nº. 2.418, de 02 de dezembro de 2005. Regulamenta, 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. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p.32, 6 dez. 2005b. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saude-legis/gm/2005/prt2418\\_02\\_12\\_2005.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saude-legis/gm/2005/prt2418_02_12_2005.html). Acesso em: 12 ago. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico Da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 20p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizaSus.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2015.

BRÜGGEMANN, Odaléa M. *et al.* No parto vaginal e na cesariana acompanhante não entra: discursos de enfermeiras e diretores técnicos. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.36, n.SPE, p.152–8, 2015. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472015000500152&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472015000500152&lng=pt&tlng=pt). Acesso em: 21 fev. 2016.

BRÜGGEMANN, Odaléa M. *et al.* Reasons which lead the health services not to allow the presence of the birth companion: nurses' discourses. **Texto e Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v.23, n.2, p.270–277, 2014. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072014000200270&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072014000200270&lng=en&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 25 mai. 2016.

BOHREN, Meghan A. *et al.* Continuous support for women during childbirth. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n.7, 6 jul. 2017. Disponível em: <<http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD003766.pub6>>. Acesso em: 29 jan. 2018.

DINIZ, Carmem S. G. *et al.* Implementation of the presence of companions during hospital admission for childbirth: data from the Birth in Brazil national survey. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.30, n.Supl, p.140–53, 2014. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2014001300020&script=sci\\_abstract](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2014001300020&script=sci_abstract). Acesso em: 5 set. 2016.

DODOU, Hilana D. *et al.* The contribution of the companion to the humanization of delivery and birth: perceptions of puerperal women. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.18, n.2, p.262–9, 2014. Disponível em: <http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/1414-8145.20140038>. Acesso em: 5 set. 2016.

D'ORSI, Eleonora *et al.* Social inequalities and women's satisfaction with childbirth care in Brazil: a national hospital-based survey. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.30, Sup, p.154–68, 2014. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/273937942\\_Desigualdades\\_sociais\\_e\\_satisfacao\\_das\\_mulheres\\_com\\_o\\_atendimento\\_ao\\_parto\\_no\\_Brasil\\_estudo\\_nacional\\_de\\_base\\_hospitalar](https://www.researchgate.net/publication/273937942_Desigualdades_sociais_e_satisfacao_das_mulheres_com_o_atendimento_ao_parto_no_Brasil_estudo_nacional_de_base_hospitalar). Acesso em: 02 mai. 2016.

DULFE, Paolla M. A. *et al.* Presence of a companion of the woman's choice in the process of parturition: repercussions on obstetric care. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v.21, n.4, p.1–8, 2016. Disponível em: [https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/download/37651/pdf\\_en](https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/download/37651/pdf_en). Acesso em: 22 set. 2017.

FRUTUOSO, Leticia *et al.* Percepções do acompanhante de escolha da mulher acerca da organização e ambiência do centro obstétrico. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v.9, n.2, p.363-70, 2017. Disponível em: <http://seer.unirio.br/index.php/cuidado-fundamental/article/view/4928>. Acesso em: 31 nov. 2018.

GONÇALVES, Annelise de C. *et al.* The companion in the obstetrics centre of a university hospital in southern Brazil. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.36, n.1, p.1–21, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rngenf/v36nspe/0102-6933-rngenf-36-spe-0159.pdf>. Acesso em: 21 jul. 2018.

INSTITUTO BASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Estatísticas Populacionais**: Região Metropolitana de Florianópolis. Brasília: IBGE, 2018. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/populacao.html>. Acesso em: 25 out. 2018.

JUNGES, Carolina F. *et al.* Support actions undertaken for the woman by companions in public maternity hospitals. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.26, n.0, p.e2994, 2018. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692018000100309&lng=en&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692018000100309&lng=en&tlng=en). Acesso em: 23 out. 2018.

LACERDA, Andressa C. B.; SILVA, Richardson A. R.; DAVIM, Rejane M. B. Percepção de mulheres quanto ao acompanhante durante o trabalho de parto. **Revista de Enfermagem UFPE** [on line], Recife, v.8, n.8, p.2710-15, 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/9975/10314>. Acesso em: 10 ago. 2016.

LEAL, Maria do C. *et al.* The color of pain: racial iniquities in prenatal care and childbirth in Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.33, Sup, p.e00078816, 2017. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2017001305004](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017001305004). Acesso em: 11 jan. 2018.

NASSAR, Silvia M. *et al.* **SEstatNet**- Sistema Especialista para o Ensino de Estatística na Web. Disponível em: <http://www.sestat.net>. Acesso em: 10 mai. 2017.

MONGUILHOTT, Juliana J. C. *et al.* Nascer no Brasil: a presença do acompanhante favorece a aplicação das boas práticas na atenção ao parto na região Sul. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.52, p.1–11, 2018. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/142381>. Acesso em: 02 mai.2018.

MOTTA, Silvia A. M. F. *et al.* Implementação Da Humanização Da Assistência Ao Parto Natural. **Revista de Enfermagem UFPE** [online], Recife, v.10, n.2, p. 593–9, 2016. Disponível em: [http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/10539/pdf\\_2097](http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/10539/pdf_2097). Acesso em: 15 fev. 2017.

OLIVEIRA, Amanda S. *et al.* Technology used by companions in labor and childbirth: a descriptive study. **Online Brazilian Journal Nurse** [online], Rio de Janeiro, v.13, n.1, p.36-45, 2014. Disponível em: [http://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/8530/1/2014\\_art\\_asoliveira.pdf](http://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/8530/1/2014_art_asoliveira.pdf). Acesso em: 2 ago. 2016.

PORTELA, Margareth C. *et al.* Challenges for quality Improvement. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.34, n.5, p.e00072818, 2018. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/csp/v34n5/en\\_1678-4464-csp-34-05-e00072818.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csp/v34n5/en_1678-4464-csp-34-05-e00072818.pdf). Acesso em: 1 dez. 2018.

RIBEIRO, Cláudia R.; GOMES, Romeu; MOREIRA, Martha C. N. Encontros e desencontros entre a saúde do homem, a promoção da paternidade participativa e a saúde sexual e reprodutiva na atenção básica. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.27, n.1, p.41–60, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312017000100003>. Acesso em: 21 fev. 2018.

RODRIGUES, Diego P. *et al.* O descumprimento da lei do acompanhante como agravo à saúde obstétrica. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.26, n.3, p.1–10, 2017. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0104-07072017000300319-&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-07072017000300319-&lng=en&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 31 ago. 2018.

SANTA CATARINA (Estado). **Número de parto realizados em 2014**. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br>. Acesso em: 21 fev. 2015.

SANTA CATARINA (Estado). Assembléia Legislativa do Estado de Santa Catarina. Lei Complementar nº 636, de 9 de setembro de 2014. Institui, na forma do § 3º do art. 25 da Constituição da República e do art. 114 da Constituição do Estado, a Região Metropolitana da Grande Florianópolis (RMF), como unidade regional do Território estadual. **Diário Oficial do Estado de Santa Catarina**: Florianópolis, n.19.898, 10 set. 2014. Disponível em: <http://www.spg.sc.gov.br/suderf>. Acesso em: 28 fev. 2107.

SANTA, CATARINA (ESTADO). Secretaria de Estado de Saúde de Santa Catarina. Instrução Normativa 001 de 12 de agosto de 2009. Estabelece diretrizes para os serviços efetivarem a inserção do acompanhante de livre escolha da mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. **Diário Oficial do Estado de Santa Catarina**. n.19.898, Florianópolis, 08 ago. 2009. Disponível em: <http://www.spg.sc.gov.br/suderf>. Acesso em: 14 fev. 2016.

SILVA, Renato D. M. *et al.* Inserção do pai nas maternidades municipais do Recife: opinião dos técnicos e auxiliares de enfermagem. **Enfermagem em Foco**, Brasília, v.8, n.4, p.54–8, 2017. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1029>. Acesso em 31 jul. 2018.

SILVA, Livia N. M.; SILVEIRA, Ana P. K. F.; MORAIS, Fátima R. R. Humanization of labor and birth program: institutional aspects in the quality of assistance. **Revista de Enfermagem UFPE** [on line], Recife, v.11, Supl.8, p.3290-4, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/110195/22085>. Acesso em: 07 set. 2017.

SOUZA, Tânia A. *et al.* Feelings experienced by parturients in reason the inclusion of the partner in the parturition process. **Revista Enfermagem UFPE** [on line], Recife, v.10, Supl.6, p.4735-40, 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/11251/12867>. Acesso em: 24 set. 2017.

SOUZA, Silvana R.; GUALDA, Dulce M. A experiência da mulher e de seu acompanhante no parto em the experience of women and their coaches with childbirth. **Texto e Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v.25, n.1, p.1–9, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n1/0104-0707-tce-25-01-4080014.pdf>. Acesso em: 07 set. 2017.

TELES, Liana M. R. *et al.* Eficácia de manual educativo para acompanhantes de parto: estudo piloto de ensaio clínico randomizado. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.25, p.e2996, 2017. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v26/pt\\_0104-1169-rlae-26-e2996.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v26/pt_0104-1169-rlae-26-e2996.pdf). Acesso em: 14 dez. 2017.

TEIXEIRA, Selma V. B. *et al.* Experiences on the childbirth process: antagonism between desire and fear. **Revista de Pesquisa: Cuidado e Fundamental**, Rio de Janeiro, v.10, n.4, p.1103–10, 2018. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=132244790&site=ehost-live>. Acesso em: 12 dez. 2018.

VOGT, Sibylle E.; SILVA, Kátia S.; DIAS, Marcos A. B. Comparison of childbirth care models in public hospitals , Brazil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.48, n.2, p.304–13, 2014. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/269628156\\_Comparacao\\_de\\_modelos\\_de\\_assistencia\\_ao\\_parto\\_em\\_hospitais\\_publicos](https://www.researchgate.net/publication/269628156_Comparacao_de_modelos_de_assistencia_ao_parto_em_hospitais_publicos). Acesso em: 23 fev. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience**. Geneva: World Health Organization, 2018. Disponível em: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>. Acesso em: 5 jan. 2019.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As dinâmicas transformações pelas quais a assistência obstétrica tem passado desde 1980, promovidas pelas discussões mais amplas sobre direitos humanos e qualidade da assistência, trouxeram a tona a violência institucional durante o parto. Um fenômeno complexo e multifatorial, que tem suas raízes na perda da autonomia da mulher e no excesso de intervenções, assume várias formas e repercute na vida de mulheres e casais. As propostas de humanização na assistência ao parto institucionalizado têm ganhado espaço e a adesão de diferentes segmentos da sociedade civil, impulsionando avanços políticos e jurídicos que têm interferido na remodelação dos serviços e na interação de profissionais e usuários, como a garantia da presença de um acompanhante de escolha da parturiente durante a internação.

A presença do acompanhante da mulher no cenário do parto institucionalizado é apontada como uma estratégia eficaz no controle e combate da violência contra a parturiente durante o parto. A imposição de normativas que garantem a presença do acompanhante no parto também lhe institui direitos, que ao serem desrespeitados também configuram violência institucional.

A análise do conjunto de estudos disponíveis nas bases eletrônicas sobre a violência institucional durante a internação da mulher para o parto mostra que, nas maternidades brasileiras, seus tipos mais frequentes são psicológica, física e estrutural. Na maioria das vezes, a própria vítima é a relatora da agressão, embora profissionais também testemunhem e admitam sua ocorrência.

Embora, no Brasil, a presença do acompanhante no parto seja recomendada desde a década de 1990, um percentual insignificante de estudos o tem como sujeito de pesquisa, mantendo sua perspectiva e experiência no parto institucionalizado desconhecidas, não sustentando generalizações.

As prevalências de relatos de violência institucional contra a mulher durante a internação para o parto e de violação de direitos do acompanhante durante a sua permanência em maternidades públicas da RMF, registradas nos achados deste estudo demonstram que ainda é preciso avançar no cumprimento da legislação e na implementação de ações para a consolidação do protagonismo da mulher no parto e as práticas baseadas em evidência. A inauguração de um novo olhar proposto por esse estudo, o do acompanhante da mulher, sobre o atendimento ao parto hospitalar

contribui para a ampliação dos debates conceituais e jurídicos sobre a violência institucional.

A elevada prevalência de violência do tipo estrutural revela a lacuna existente entre a política de saúde da mulher e a realidade vivenciada por elas nas maternidades brasileiras. Apesar da normatização do funcionamento dos serviços de atenção ao parto e nascimento, persistem inadequações de infraestrutura física, insuficiência de recursos humanos qualificados, manutenção de fluxos de atendimento que violam direitos, representam riscos para a saúde da mulher e comprometem a satisfação com a experiência do parto.

A presença do acompanhante da mulher no parto tem sido apontada como uma estratégia capaz de reduzir a violência institucional, em especial os tipos psicológica e verbal, mas esse estudo mostra que essa prática não foi suficiente para impedir sua ocorrência. Entre outros fatores, destaca-se a violação dos direitos do acompanhante que comprometem seu envolvimento e participação no cuidado. A descrição de violação de seus direitos durante a internação da mulher para o parto expõe as dificuldades enfrentadas para a concretização de sua inserção no parto institucionalizado, como direito da mulher e prática humanizada.

Os resultados desse estudo apontam para o descumprimento sistemático dos dispositivos normativos e legais que garantem a presença e a participação do acompanhante no cuidado com a parturiente durante a internação em maternidades públicas da RMF. A elevada prevalência de violação de direitos do acompanhante durante sua permanência na maternidade, no que concerne ao acesso à informações e ao estímulo a sua participação no cuidado, assim como sua insatisfação com o seu colhimento, demonstram que os pressupostos políticos e legais para a humanização do parto não encontram correspondência nos mecanismos assistenciais operantes nas instituições.

Em partes, a violação de direitos do acompanhante, em especial os relacionados ao ambiente físico e a oferta de refeições, pode ser atribuída ao sucateamento do serviço público de saúde, caracterizado pela restrição orçamentária que compromete a adequação da infraestrutura e a disponibilidade de insumos para receber o acompanhante.

No entanto, a elevada frequência de insatisfação do acompanhante quanto aos aspectos assistenciais associados às atitudes pessoais, como o profissional que atende a parturiente se apresentar, a oferta de orientação durante a internação e de informação sobre o atendimento prestado, denunciam a manutenção de comportamentos que supervalorizam a técnica

e ignoram o componente humano envolvido no processo, desrespeitando direitos de mulheres e de acompanhantes. Atitudes simples e de baixo custo como a cordialidade e o acesso a informação poderiam ampliar a satisfação do acompanhante com o atendimento, além de promover segurança e conforto a mulher. O acompanhante é um formador de opinião, e sua satisfação com a experiência irá repercutir na expectativa das mulheres sobre o parto que compõem sua rede social.

Os resultados sugerem que barreiras como a discriminação social e a supremacia do tecnicismo, incutidas nas rotinas e atitudes profissionais, precisam ser transpostas, promovendo uma assistência ao parto centrada na mulher, atenta às suas necessidades e respeitando seus direitos. Para isso a revisão do processo formativo em saúde é essencial, dado que atitudes simples, como o tratamento cordial, fornecimento de orientação e informação, repercutem na satisfação da mulher e do acompanhante com o atendimento.

As reivindicações sociais por uma assistência obstétrica, pautada em evidência científica, têm crescido no país, impondo a necessidade de discutir as formas da violência institucional na assistência ao parto e os fatores relacionados, permitindo a projeção de ações eficazes para a prevenção. A inovação deste estudo foi explorar a perspectiva do acompanhante sobre a violência institucional, contra a parturiente e a violação dos seus direitos, sustentando a necessidade de investigações, mais amplas e com diferentes metodologias. Assim, dando voz ao acompanhante como personagem da cena do parto institucional, será possível desvelar suas potencialidades como agente de controle social da violência institucional, contribuindo para a maternidade segura e livre de violência e o cumprimento da legislação.



## REFERÊNCIAS

- ABUYA, Timothy *et al.* Measuring mistreatment of women throughout the birthing process: implications for quality of care assessments. **Reproductive Health Matters**, London, v.26, n.53, p.48–61, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/09688080.2018.1502018>. Acesso em: 10 out. 2018.
- ABUYA, Timothy *et al.* The effect of a multi-component intervention on disrespect and abuse during childbirth in Kenya. **BMC Pregnancy and Childbirth**, London, v.15, n.1, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4580125/>. Acesso em: 01 mar. 2017.
- AFULANI, Patience *et al.* Companionship during facility-based childbirth: results from a mixed-methods study with recently delivered women and providers in Kenya. **BMC Pregnancy and Childbirth**, London, v.18, n.1, p.150, 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5946503/>. Acesso em: 02 jan. 2019.
- AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Resolução Normativa nº. 167, de 9, de janeiro de 2007. Atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura assistencial nos planos privados de assistência à saúde. **Diário Oficial da União**: seção 2: Poder Executivo, Brasília, DF, p. 23. 2008. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=105064>. Acesso em: 01 mar. 2017.
- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Diretoria Colegiada. Resolução nº. 36 de 3, de junho de 2008. Dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. **Diário Oficial da União**: seção 1: Poder Executivo, Brasília, DF, p. 50. 2008. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/rdc-n-36-de-03-de-junho-de-2008>. Acesso em: 01 mar. 2017.

AGUIAR, Janaina M.; D'OLIVEIRA, Ana F. P. L.; SCHRAIBER, Lilia B. Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.29, n.11, p.2287–96, 2013. Disponível em: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2013001600015&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013001600015&lng=en&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 5 set. 2016.

ALMEIDA, Adaiana F. *et al.* Separação da mulher e seu acompanhante no nascimento por cesárea: uma violação de direito. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v.2, n.23, p.e53108, 2018. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/53108/pdf>. Acesso em: 21 jul. 2018.

ALONSO, Bruna D. *et al.* Caesarean birth rates in public and privately funded hospitals: a cross-sectional study. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.51, p.101, 2017. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/140990>. Acesso em: 24 dez. 2018.

ALVES, José Eustáquio Diniz. **As políticas populacionais e o planejamento familiar na América Latina e no Brasil**. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Ciências Estatísticas, 2006. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv31808.pdf>. Acesso em: 12 mai. 2016.

ALVES, José E. D.; CORRÊA, Sônia. Demografia e ideologia: trajetos históricos e os desafios do Cairo + 10. **Revista Brasileira de Estudos Populacionais**, Campinas, v.20, n.2, p.129-56, 2003. Disponível em: [www.faed.udesc.br/arquivos/id./alvesecorreavol20\\_n2\\_2003\\_3artigo\\_p129a156.pdf](http://www.faed.udesc.br/arquivos/id./alvesecorreavol20_n2_2003_3artigo_p129a156.pdf). Acesso em: 12 mai. 2016.

ALVES, José E. D. **A Polêmica Malthus versus Condorcet reavaliada à luz da transição demográfica**. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Ciências Estatísticas, 2002. Disponível em: <http://sociales.cchs.csic.es/jperez/pags/Teorias/Textos/Diniz2002.pdf>. Acesso em: 12 mai. 2016.

ALVES, Valdecyr H.; ALVES, Pedro M. S.; PADOIN, Stela M. M. The technicalization and practice of labor care: a phenomenological approach based on Husserl. **Texto e Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v.25, n.3, p.e1750015, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016001750015>. Acesso em: 30 out. 2017.

ANTUNES, Juliana T *et al.* Father's presence in the delivery room: expectations, feelings and meanings during the birth. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v.4, n.3, p.536–45, 2014. Disponível em: <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/12515>. Acesso em: 22 jul. 2018.

AQUINO, Estela. Reinventing delivery and childbirth in Brazil: back to the future. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.30, Sup, p.S8-10, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0008.pdf>. Acesso em: 22 jul. 2018.

ASEFA, Anteneh; BEKELE, Delayehu. Status of respectful and non-abusive care during facility-based childbirth in a hospital and health centers in Addis Ababa, Ethiopia. **Reproductive Health**, London, v.12, n.1, p.1–9, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4403719/>. Acesso em: 01 mar. 2017.

AYRES, Lilian F. A.; HENRIQUES, Bruno D.; AMORIM, Wellington M. The cultural representation of “natural childbirth”: the outlook on the pregnant body in the mid-twentieth century. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.23, n.11, p.3525–34, 2018. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n11/1413-8123-csc-23-11-3525.pdf>. Acesso em: 29 dez. 2018.

BALDISSEROTO, Márcia L.; THEME-FILHA, Mariza M.; GAMA, Silvana G. N. Good practices according to WHO's recommendation for normal labor and birth and women's assessment of the care received: the “birth in Brazil” national research study, 2011/2012. **Reproductive Health**, London, v.13, Supl. 3, p.200-6, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5073993/>. Acesso em: 15 jul. 2018.

BATISTA, Bruna D. *et al.* factors associated with the birth companion's satisfaction with the care provided to the parturient woman. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v.22, n.3, p.1–9, 2017. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/51355/pdf>. Acesso em: 4 jan. 2019.

BATISTA, Luís E. *et al.* Humanization in health care and racial inequalities: an intervention proposal. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.25, n.3, p.689-702, 2016. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902016000300689-&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902016000300689-&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 15 jul. 2018.

BERQUÓ, Elza; LAGO, Tania G. Atenção em saúde reprodutiva no Brasil: Eventuais diferenciais étnico-raciais. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.25, n.3, p.550–60, 2016. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010412902016000300550&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902016000300550&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 29 dez. 2018.

BHATTACHARYYA, Sanghita *et al.* “Neither we are satisfied nor they”- users and provider’s perspective: A qualitative study of maternity care in secondary level public health facilities, Uttar Pradesh, **India**. **BMC Health Services Research**, London, v.15, n.1, p.1–13, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-015-1077-8>. Acesso em: 29 dez. 2018.

BITTENCOURT, Sônia D. A. *et al.* Adequacy of public maternal care services in Brazil. **Reproductive Health**, London, v.13, Supl. 1, p.257-66, 2016. Disponível em: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5073989/pdf/12978\\_2016\\_Article\\_229.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5073989/pdf/12978_2016_Article_229.pdf). Acesso em: 29 dez. 2018.

BOHREN, Meghan A. *et al.* Mistreatment of women during childbirth in Abuja, Nigeria: A qualitative study on perceptions and experiences of women and healthcare providers. **Reproductive Health**, London, v.14, n.1, p.1–13, 2017a. Disponível em: <https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12978-016-0265-2>. Acesso em: 14 nov. 2018.

BOHREN, Meghan A. *et al.* Continuous support for women during childbirth. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, London, v.7, n.CD003766, 2017b. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/es/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003766.pub6/information/es#CD003766-sec1-0016>. Acesso em: 14 nov. 2018.

BOWSER, Diana; HILL, Kathleen. **Exploring Evidence for Disrespect and Abuse in Facility-Based Childbirth**: Report of a Landscape Analysis. Massachusetts: Harvard School of Public Health University, 2010. Disponível em: [https://cdn2.sph.harvard.edu/wpcontent/uploads/sites/32/2014/05/Exploring-Evidence RMC\\_Bowser\\_rep\\_2010.pdf](https://cdn2.sph.harvard.edu/wpcontent/uploads/sites/32/2014/05/Exploring-Evidence-RMC-Bowser_rep_2010.pdf). Acesso em: 21 ago. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Coordenação Geral de Saúde das Mulheres. **Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia**. 1ª. Edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a. 35 p. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/29345-projeto-para-qualificar-a-atencao-obstetrica-e-neonatal-e-lancado-pelo-ministerio-da-saude>. Acesso em: 21 dez. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Nacional de Saúde do Homem. **II Relatório da pesquisa Saúde do Homem, Paternidade e Cuidado Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b. 63 p. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/agosto/22/ETAPA-II/RJ.pdf>. Acesso em: 21 dez. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Diretriz Nacional de Assistência ao Parto**: relatório de recomendação. 1ª. Edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2016a. 101 p. Disponível em: [http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio\\_DiretrizPartoNormal\\_CP.pdf](http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio_DiretrizPartoNormal_CP.pdf). Acesso em: 2 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Nacional de Saúde do Homem. **Guia do Pré-Natal do Parceiro para Profissionais de Saúde**. 1ª. Edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2016b. 58 p. Disponível em: [http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2016/agosto/11/guia\\_PreNatal.pdf](http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2016/agosto/11/guia_PreNatal.pdf). Acesso em: 2 dez. 2016.

BRASIL. Lei nº. 13.257, de 8 de março de 2016. Dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância. **Diário Oficial da União**: seção 9, Brasília, DF, p. 3, 8 abr. 2016c. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2015-2018/2016/Lei/L13257.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2016/Lei/L13257.htm). Acesso em: 12 ago. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Diretrizes de Atenção à Gestante**: a operação Cesariana. 1ª. Edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 101 p. Disponível em: [http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2015/Relatorio\\_PCDDTCesariana\\_CP.pdf](http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2015/Relatorio_PCDDTCesariana_CP.pdf). Acesso em: 2 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Ouvidoria Geral do SUS. **Resultados preliminares da pesquisa de satisfação com mulheres puérperas atendidas no Sistema Único de Saúde – SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. 54 p. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2014/julho/16/relatorio-ouvidoria-2012.pdf>. Acesso em: 2 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 1.020, de 29 de maio de 2013. Institui as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco e define os critérios para a implantação e habilitação dos serviços de referência à Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco, incluída a Casa de Gestante, Bebê e Puérpera, em conformidade com a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**: n. 37, seção 1, Brasília, DF, p. 43, 31 dez. 2013b. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1020\\_29\\_05\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1020_29_05_2013.html). Acesso em: 2 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais da Amazônia Legal e Nordeste**: relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. 181 p. Disponível em: <http://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/relatorio-final-pqm/>. Acesso em: 12 ago. 2015.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução nº. 466 de 12 de dezembro de 2012b. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 59, 12 dez. 2012. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html). Acesso em: 12 ago. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**: princípios e Diretrizes. Série C. Projetos, Programas e Relatórios. 2ª. Reimpressão. 84 p. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_mulher\\_principios\\_diretrizes.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_mulher_principios_diretrizes.pdf). Acesso em: 12 ago. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 1, 27 jun. 2011b. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html). Acesso em: 12 ago. 2015.

BRASIL. Lei nº. 11.634 de 27 de dezembro de 2007. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**: Edição Extra, Brasília, DF, p. 1, 28 dez. 2007. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2007-2010/2007/Lei/L11634.html](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Lei/L11634.html). Acesso em: 12 ago. 2015.

BRASIL. Lei nº. 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 1, 8 abr. 2005a. Disponível em: [http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/grupo-tecnico-de-acoes-estrategicas-gtae/saude-da-mulher/legislacao/lei\\_n\\_11.180\\_-\\_acompanhante.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/grupo-tecnico-de-acoes-estrategicas-gtae/saude-da-mulher/legislacao/lei_n_11.180_-_acompanhante.pdf). Acesso em: 12 ago. 2015.

BRASIL. Portaria nº 2.418, de 02 de dezembro de 2005. Regulamenta, 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. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 32, 6 dez. 2005b. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/sau-delegis/gm/2005/prt2418\\_02\\_12\\_2005.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/sau-delegis/gm/2005/prt2418_02_12_2005.html). Acesso em: 12 ago. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 1.067, de 4 de julho de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 1, 8 abr. 2005c. Disponível em: [http://www.lex.com.br/doc\\_395287\\_PORTARIA\\_N\\_1067\\_DE\\_4\\_DE\\_JULHO\\_DE\\_2005.aspx](http://www.lex.com.br/doc_395287_PORTARIA_N_1067_DE_4_DE_JULHO_DE_2005.aspx). Acesso em: 12 ago. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Pacto Nacional Pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. 12 p. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/junho/20/2.a%20Pacto%20redu%C3%A7%C3%A3o%20mortalidade.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher**: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. 84 p. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nac\\_atencao\\_mulher.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf). Acesso em: 12 ago. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico Da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 20 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizaSus.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº 569, de 1º de junho de 2000. Instituir o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 4-6, 8 jun. 2000. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569\\_01\\_06\\_2000\\_rep.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html). Acesso em: 12 ago. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº 985, de 5 de agosto de 1999. Resolve Criar o Centro de Parto Normal-CPN, no âmbito do Sistema Único de Saúde/SUS. **Diário Oficial da União**: Seção 1, Brasília, DF, n. 150, p. 51, 5 ago. 1999a. Disponível em: [http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/biblioteca/leis/parto-e-nascimento/portaria\\_985\\_1999\\_cpn.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/biblioteca/leis/parto-e-nascimento/portaria_985_1999_cpn.pdf). Acesso em: 12 ago. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº 1.406, de 15 de dezembro de 1999a. Aprovar o regulamento do Prêmio Nacional Prof. Galba de Araújo. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, n. 240-E, 16 dez. 1999b. Disponível em: [sna.saude.gov.br/legisla/legisla/obst/GM\\_P2.883\\_98obst.doc](http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/obst/GM_P2.883_98obst.doc). Acesso em: 12 ago. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº 2.815, de 29 de maio de 1998. Resolve incluir na Tabela do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) o Grupo de Procedimento para assistência ao parto normal sem distócia realizado por enfermeiro obstetra. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, n. 103, p. 13.066-13.067, 2 jun. 1998. Disponível em: [sna.saude.gov.br/legisla/legisla/obst/GM\\_P2.815\\_98obst.doc](http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/obst/GM_P2.815_98obst.doc). Acesso em: 12 ago. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº 1.106, de 26 de agosto de 1993. Aprova as Normas Básicas para a implantação do sistema “Alojamento Conjunto”. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 13.066-13.067, 26 ago. 1993. Disponível em: [http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria\\_GM\\_MS\\_1016.pdf](http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_GM_MS_1016.pdf). Acesso em: 12 ago. 2015.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. 30 p. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm). Acesso em: 12 ago. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária Nacional de Programas Especiais de Saúde. Diretora da Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil. **Assistência integral à saúde da mulher**: bases de ação programática. Série B: livros básicos de saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1984. 30 p. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia\\_integral\\_saude\\_mulher.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia_integral_saude_mulher.pdf). Acesso em: 12 ago. 2015.

BRÜGGEMANN, Odaléa M. *et al.* Satisfaction of companions with the experience of supporting the parturient at a university hospital. **Texto e Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v.24, n.3, p.686-96, 2015a. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010407072015000300686&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072015000300686&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 13 dez. 2016.

BRÜGGEMANN, Odaléa M. *et al.* No parto vaginal e na cesariana acompanhante não entra: discursos de enfermeiras e diretores técnicos. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.36, n.Esp, p.152-8, 2015b. Disponível em: [www.seer.ufrgs.br/revistagauchadeenfermagem](http://www.seer.ufrgs.br/revistagauchadeenfermagem). Acesso em: 25 mai. 2016.

BRÜGGEMANN, Odaléa M. *et al.* Reasons which lead the health services not to allow the presence of the birth companion: nurses' discourses. **Texto e Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v.23, n.2, p.270-7, 2014. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072014000200270&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072014000200270&lng=en&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 25 mai. 2016.

BRÜGGEMANN, Odaléa M.; OSIS, Maria J. D.; PARPINELLI, Mary A. Apoio no nascimento: percepções de profissionais e acompanhantes escolhidos pela mulher. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.41, n.1, p.44-52, 2007. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102007000100007-&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000100007-&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 19 jan. 2019.

CARNEIRO, Rosamaria. “Para chegar ao Bojador, é preciso ir além da dor”: sofrimento no parto e suas potencialidades. **Sexualidad, Salud y Sociedad**, Rio de Janeiro, v.20, n.1984, p.91–112, 2015. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1984-64872015000200091&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-64872015000200091&lng=en&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 31 ago. 2016.

CARVALHO, Isaiane S. *et al.* O pré-natal e o acompanhante no processo parturitivo: percepção de enfermeiros. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, Vitória, v.17, n.2, p.70–7, 2015. Disponível em: <http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/viewFile/13190/9240>. Acesso em: 13 jan. 2017.

CASAL-MOROS, Norma; ALEMANY-ANCHEL, Maria J. Violencia simbólica en la atención al parto, un acercamiento desde la perspectiva de Bourdieu. **Index de Enfermería**, Andalucía, v.23, n.1, p.61–64, 2014. Disponível em: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962014000100013&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962014000100013&lng=en&nrm=iso&tlng=en). Acesso em: 21 dez. 2018.

CASTRILLO, Belén. Dime quién lo define y te diré si es violento. Reflexiones sobre la violencia obstétrica. **Sexualidad, Salud y Sociedad**, Rio de Janeiro, n.24, p.43–68, 2016. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1984-64872016000300043-&lng=es&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-64872016000300043-&lng=es&nrm=iso&tlng=en). Acesso em: 23 set. 2017.

CASTRO, Roberto; ERVITI, Joaquina. 25 years of research on obstetric violence in Mexico. **Revista CONAMED**, México, v.19, n.1, p.37-42, 2014. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4730781.pdf>. Acesso em: 21 dez. 2018.

CECATTI, Jorge G. *et al.* Maternal near miss among women using the public health system in the Amazon and Northeast regions of Brazil. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington, v.37, n.4, p.232–238, 2015. Disponível em: <http://repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/243836>. Acesso em: 31 ago. 2016.

CHAUÍ, Marilena. Ética y violência. **Teoría e Debate**, São Paulo, n.39, p.10-12, 1998. Disponível em: <https://teoriaedebate.org.br/1998/10/01/etica-e-violencia/>. Acesso em: 12 jul. 2016.

CHAVES, Solange C.*et al.* Obstetric transition in the World Health Organization Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health: exploring pathways for maternal mortality reduction. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington, v.37, n.4, p.203–10, 2015. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26208186>. Acesso em: 31 ago. 2016.

COELHO, Edméia A. C.; LUCENA, Maria de F.G; SILVA, Ana T. M. O planejamento familiar no Brasil contexto das políticas de saúde: determinantes históricos. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v.34, n.1, p.26-36, 2000. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0080-62342000000100005&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0080-62342000000100005&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 31 ago. 2016.

COMMITTEE ON THE ELIMINATION OF DISCRIMINATION AGAINST WOMEN (CEDAW). **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde**. Genebra: Organização Mundial de Saúde, 1994. 4p. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO\\_RHR\\_14.23\\_por.pdf?sequence=3](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_por.pdf?sequence=3). Acesso em: 11 dez. 2017.

COSTA, Ana M. Social participation in the achievement of health policies to women in Brazil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.4, p.1073-83, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n4/a09v14n4.pdf>. Acesso em: 31 ago. 2016.

COSTA, Ana M. Desenvolvimento e implantação do PAISM no Brasil. In: GIFFIN, Karen; COSTA, Simone H. (org). **Questões de saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

CRIBARI-NETO, Francisco; GALVÃO, Nila M. S. A Class proved Heteroskedasticity – Consistent Covariance Matrix Estimators. **Communications in Statistics - Theory and Methods**, Ontario, v.32, n.10, p.1951-80, 2000. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/action/showCitFormats?doi=10.1081%2FSTA-120023261>. Acesso em: 11 dez. 2017.

CRUZ, Rachel S. B. L. C.; CAMINHA, Maria F. C., BATISTA FILHO, Malaquias. Aspectos históricos, conceituais e organizativos do pré-natal. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, João Pessoa, v.18, n.1, p.87-94, 2014. Disponível em: <http://www.periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/rbcs/article/view/15780>. Acesso em: 31 ago. 2016.

DAVIS, Dána-Ain. Obstetric Racism: The Racial Politics of Pregnancy, Labor, and Birthing. **Medical Anthropology**, Stanford, v.6, n.12, 2018. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/01459740.2018.1549389?scroll=top&needAccess=true>. Acesso em: 13 dez. 2018.

DIAS, Tânia M. *et al.* “Estará nas pílulas anticoncepcionais a solução?” Debate na mídia entre 1960-1970. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v.26, n.3, p.e46020, 2018. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-026-X2018000300203&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026-X2018000300203&lng=pt&tlng=pt). Acesso em: 27 dez. 2018.

DIAZ-TELLO, Farah. Invisible wounds: obstetric violence in the United States. **Reproductive Health Matters**, London, v.24, p.56–64, 2016. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1016/j.rhm.2016.04.004>. Acesso em: 7 jan. 2017.

DINIZ, Carmem S. G. *et al.* Disrespect and abuse in childbirth in Brazil: social activism, public policies and providers ‘training public policies and providers’ training. **Reproductive Health Matters**, London, v.00, n.0, p.1–17, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/09688080.2018.1502019>. Acesso em: 21 dez. 2018.

DINIZ, Carmem S. G.; D'OLIVEIRA, Ana F. P. L.; LANSKY, Sônia. Equity and women's health services for contraception, abortion and childbirth in Brazil. **Reproductive Health Matters**, London, v.20, n.40, p.94-101, 2017. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/citedby/10.1016/S0968-8080%2812%2940657-7?scroll=top&needAccess=true>. Acesso em: 28 set. 2018.

DINIZ, Carmem S. G. *et al.* Desigualdades sociodemográficas e na assistência à maternidade entre puérperas no Sudeste do Brasil segundo cor da pele: dados do inquérito nacional Nascer no Brasil (2011-2012). **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.25, n.3, p.561-72, 2016. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902016000300561-&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902016000300561-&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 5 dez. 2016.

DINIZ, Carmem S. G. *et al.* Abuse and disrespect in childbirth care as a public health issue in Brazil: origins, definitions, impacts on maternal health, and proposals for its prevention. **Journal of Human Growth and Development**, São Paulo, v.25, n.3, p.377, 2015. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12822015000300019&lng=pt&nrm=iso&tlng=en](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822015000300019&lng=pt&nrm=iso&tlng=en). Acesso em: 5 set. 2016.

DINIZ, Carmem S. G. *et al.* Implementation of the presence of companions during hospital admission for childbirth: data from the Birth in Brazil national survey. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.30, supl, p.140-53, 2014. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2014001300020&script=sci\\_abstract](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2014001300020&script=sci_abstract). Acesso em: 5 set. 2016.

DODOU, Hilana D. *et al.* The contribution of the companion to the humanization of delivery and birth: perceptions of puerperal women. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.18, n.2, p.262-69, 2014. Disponível em: <http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/1414-8145.20140038>. Acesso em: 5 set. 2016.

DOMINGUES, Rosa M. S. M. *et al.* Factors associated with maternal near miss in childbirth and the postpartum period: findings from the birth in Brazil National Survey, 2011–2012. **Reproductive Health**, London, v.13, Supl 3, p.115, 2016. Disponível em: <https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-016-0232-y>. Acesso em: 5 set. 2016.

D'OLIVEIRA, Ana F. P. L.; DINIZ, Simone G.; SCHRAIBER, Lilia B. Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. **The Lancet**, London, v.359, p.1681–5, 2002. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736-\(02\)08592-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736-(02)08592-6/fulltext). Acesso em: 02 mai. 2016.

DORNFELD, Dinara; PEDRO, Eva N. R. The health team and the safety of the mother-baby binomial during labor and birth. **Investigación y Educación en Enfermería**, Antioquia, v.33, n.1, p.44-52, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26148155>. Acesso em: 11 nov. 2016.

D'ORSI, Eleonora *et al.* Social inequalities and women's satisfaction with childbirth care in Brazil: a national hospital-based survey. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.30, Supl, p.154–68, 2014. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/273937942\\_Desigualdades\\_sociais\\_e\\_satisfacao\\_das\\_mulheres\\_com\\_o\\_atendimento\\_ao\\_parto\\_no\\_Brasil\\_estudo\\_nacional\\_de\\_base\\_hospitalar](https://www.researchgate.net/publication/273937942_Desigualdades_sociais_e_satisfacao_das_mulheres_com_o_atendimento_ao_parto_no_Brasil_estudo_nacional_de_base_hospitalar). Acesso em: 02 mai. 2016.

DULFE, Paolla M. A. *et al.* Presence of a companion of the woman's choice in the process of parturition: repercussions on obstetric care. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba v.21, n.4, p.1–8, 2016. Disponível em: [https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/download/37651/pdf\\_en](https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/download/37651/pdf_en). Acesso em: 22 set. 2017.

ERDMAN, Joanna N. Commentary: Bioethics, human rights and childbirth. **Health and Human Rights Journal**, v.17, n.1, p.43–50, 2015. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/4507/f79ad72b3691b4-c93d2c34ccd486ecb4c20b.pdf>. Acesso em: 17 nov. 2016.

FARAH, Marta F. S. Gênero e políticas públicas. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v.12, n.1, p.47-71, 2004. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/S0104-026-X2004000100004/7943>. Acesso em: 17 nov. 2016.

FERREIRA, Rebeca V.; COSTA, Mônica R.; MELO, Delaine C.S. Family Planning: gender and significance. **Textos e Contextos**, Porto Alegre, v.13, n.2, p.387-97, 2014. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/17277/12520>. Acesso em: 21 dez. 2018.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. 8ª. Edição. Rio de Janeiro: Editora Graal, 2013.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade**: a vontade de saber. Volume 1. 1ª. Edição. Rio de Janeiro: Editora Graal, 2010.

FRUTUOSO, Leticia *et al.* Perceptions from the delivering women's chosen companion concerning the obstetrics ward organization and ambience. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental [online]**, Rio de Janeiro, v.9, n.2, p.363, 2017. Disponível em: <http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4928>. Acesso em: 21 jul. 2018.

FRUTUOSO, Leticia D.; BRÜGGEMANN, Odaléa M. Conhecimento sobre a Lei 11.108/2005 e a experiência dos acompanhantes junto à mulher no centro obstétrico. **Texto contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v.22, n.4, p.909-17, 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072013000400006-&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000400006-&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 13 jan. 2019.

GAMA, Silvana G. N. *et al.* Labor and birth care by nurse with midwifery skills in Brazil. **Reproductive Health**, London, v.13, n.Supl 1, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27766971>. Acesso em: 06 nov. 2017.

GIFFIN, Karen; COSTA, Simone. **Questões da Saúde Reprodutiva**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999.

GOES, Emanuelle F.; NASCIMENTO, Enilda R. Mulheres negras e brancas e os níveis de acesso aos serviços preventivos de saúde: uma análise sobre as desigualdades. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.37, n.99, p.571-79, 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042013000400004&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042013000400004&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 12 jan. 2017.

GONÇALVES, Annelise C. *et al.* The companion in the obstetrics centre of a university hospital in southern Brazil. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.36, n.1, p.1-21, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v36nspe/0102-6933-rgenf-36-spe-0159.pdf>. Acesso em: 21 jul. 2018.

GUIMARÃES, Liana B. E.; JONAS, Eline; AMARAL, Leila R. O. G. Violência obstétrica em maternidades públicas do estado do Tocantins. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v.26, n.1, p.1-11, 2018. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-026X2018000100205&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2018000100205&lng=pt&tlng=pt). Acesso em: 22 dez. 2018.

HENNIG, Shannon. “Shut Up... and Push!”. Obstetrical Violence, Dignified Health Care and the Intersection with Human Rights. **Journal of Integrated Studies**, Athabasca, v.8, n.1, 2016. Disponível em: <http://jis.athabascau.ca/index.php/jis/article/view/216/329>. Acesso em: 10 out. 2018.

HODNETT, E. D. *et al.* Continuous support for women during childbirth. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, issue 10, 2013. Disponível em: [https://www.cochrane.org/CD003766/PREG\\_continuous-support-women-during-childbirth](https://www.cochrane.org/CD003766/PREG_continuous-support-women-during-childbirth). Acesso em: 1 mar. 2015.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO POLYDORO ERNANI DE SÃO THIAGO. **Número de partos realizados na Maternidade em 2014**. Disponível em: <http://www.hu.ufsc.br/>. Acesso em: 1 mar. 2015.

HUSSEIN, Julia *et al.* Maternal death and obstetric care audits in Nigeria: A systematic review of barriers and enabling factors in the provision of emergency care. **Reproductive Health**, London, v.13, n.1, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4840864/>. Acesso em: 01 mar. 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Estatísticas Populacionais**: Região Metropolitana de Florianópolis. Brasília: IBGE, 2018. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/populacao.html>. Acesso em: 25 out. 2018.

JEWKES, Rachel; PENN-KEKANA, Loveday. Mistreatment of Women in Childbirth: Time for Action on This Important Dimension of Violence against Women. **PLoS Medicine**, London, v.12, n.6, p.6–9, 2015. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosmedicine/article/file?id=10.1371/journal.pmed.1001849&type=printable>. Acesso em: 25 mar. 2016.

JUNGES, Carolina F.*et al.* Support actions undertaken for the woman by companions in public maternity hospitals. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.26, n.0, p.e2994, 2018. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692018000100309&lng=en&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692018000100309&lng=en&tlng=en). Acesso em: 23 out. 2018.

JUNGES, Carolina F. **Apoio prestado pelo acompanhante à mulher nas maternidades públicas da Grande Florianópolis-SC**. 2017. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós - Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2017. Disponível em: <https://repositório.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/178304>. Acesso em: 23 abr. 2018.

KHANAM, Rasheda *et al.* Can facility delivery reduce the risk of intrapartum complications-related perinatal mortality? Findings from a cohort study. **Journal of Global Health, London**, v.8, n.1, 2018. Disponível em: <http://jogh.org/documents/issue201801/jogh-08-010408.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2018.

KRUG, Ethiene G. *et al.* **World report on violence and health**. Geneva: World Health Organization, 2002. Disponível em: <https://www.opas.org.br/wp-content/uploads/2015/09/relatorio-mundial-violencia-saude.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2016.

KRUK, Margaret E. *et al.* Disrespectful and abusive treatment during facility delivery in Tanzania: A facility and community survey. **Health Policy and Planning**, London, v.33, n.1, p.e26–e33, 2018. Disponível em: <https://academic.oup.com/heapol/article/33/1/e26/2907853>. Acesso em: 11 nov. 2018.

LACERDA, Andressa C. B.; SILVA, Richardson A. R.; DAVIM, Rejane M. B. Percepção de mulheres quanto ao acompanhante durante o trabalho de parto. **Revista de Enfermagem UFPE [online]**, Recife, v.8, n.8, p.2710-15, 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/9975/10314>. Acesso em: 10 ago. 2016.

LAMAS, Martha. **Cuerpo: diferencia sexual y género**. 1ª. Edição. México: Tauros, 2002.

LAQUEUR, Thomas. **Making sex: body and gender from greeks to Freud**. Cambridge: Harvard University Press, 1990.

LANSKY, Sônia *et al.* Birth in Brazil survey: neonatal mortality profile, and maternal and child care. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.30, Supl., p.S192-207, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0192.pdf>. Acesso em: 1 mar. 2017.

LAWRENCE, Angus *et al.* Maternal positions and mobility during first stage labour. **Cochrane Database Systematic Review**, London, v.8, n.CD003934, 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19370591>. Acesso em: 29 dez. 2018.

LEAL, Maria C. *et al.* Reproductive, maternal, neonatal and child health in the 30 years since the creation of the Unified Health System (SUS). **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.23, n.6, p.1915–28, 2018. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232018000601915&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601915&lng=pt&tlng=pt). Acesso em: 29 dez. 2018.

LEAL, Maria do C. *et al.* A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.33, n.supl 1, p.1–17, 2017. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311-X2017001305004&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311-X2017001305004&lng=pt&tlng=pt). Acesso em: 14 mai. 2018.

LEÃO, Míriam R. C. *et al.* Reflexões sobre o excesso de cesarianas no Brasil e a autonomia das mulheres. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n.8, p.2395–400, 2013. Disponível em: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232013001600024&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013001600024&lng=en&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 5 set. 2016.

LEAP, Nick; HUNTER, Billie. **Supporting women for labour and birth: a thoughtful guide**. Routledge: New York, 2016.

LIMA, Luciana D. *et al.* Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais. **Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.11, p. 2881–92, 2012. Disponível em: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232012001100005](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001100005). Acesso em: 13 fev. 2017.

LUKASSE, Mirjan *et al.* Prevalence of experienced abuse in healthcare and associated obstetric characteristics in six European countries. **Acta Obstetricia Gynecologica Scandinavica**, Scandinavi, v.94, p.508–17, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25627169>. Acesso em: Acesso em: 5 set. 2016.

LUNDA, Petronellah; MINNIE, Catharina S.; BENADÉ, Petronella. Women's experiences of continuous support during childbirth: a meta-synthesis. **Pregnancy and Childbirth**, London, v.18, n.167, 2018. Disponível em: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-018-1755-8>. Acesso em: 12 jan. 2019.

MAIA, Mônica B. Assistência à saúde e ao parto no Brasil. In: LIMA, Nísia T.; SANTOS, Ricardo V. (Org). **Humanização do parto política pública, comportamento organizacional e ethos profissional**. 1ª. Edição. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010. p. 19–49.

MARIANI, Adriana ; NASCIMENTO NETO, José O. Violência obstétrica como violência de gênero e violência institucionalizada: breves considerações a partir dos direitos humanos e do respeito às mulheres. **Cadernos da Escola de Direito e Relações Internacionais**, São Paulo, v.2, n.25, p.48-60, 2016. Disponível em: <http://portaldeperiodicos.unibrasil.com.br/index.php/cadernosdireito/article/view/3060>. Acesso em: 29 mai. 2018.

MARRERO, Lihsieh; BRÜGGEMANN, Odaléa M. Institutional violence during the parturition process in Brazil: integrative review. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília - DF, v.71, n.3, p.1152–61, 2018. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672018000301152&lng=en&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000301152&lng=en&tlng=en). Acesso em: 29 mai. 2018.

MARTINS, Ana. P. V. **Visões do feminismo**: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2004.

MESENBURG, Marília A. *et al.* Disrespect and abuse of women during the process of childbirth in the 2015 Pelotas birth cohort. **Reproductive Health**, London, v.15, n.1, p.54, 2018. Disponível em: <http://www.reproductive-health-journal.com/home/%0Ahttp://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=emexb&NEWS=N&AN=621399508>. Acesso em: 18 mai. 2018.

MEYER, Dagmar E. E. Corpo, gênero e maternidade: algumas relações e implicações no cuidado em saúde. **Enfermagem em Foco**, Brasília, DF, v.2, n.57, p.18–22, 2011. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/68/55>. Acesso em: 5 set. 2016.

MILLER, Suellen; LALONDE, Andre. The global epidemic of abuse and disrespect during childbirth: History, evidence, interventions, and FIGO's mother baby friendly birthing facilities initiative. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**, Irland, v.131, p.S49–52, 2015. Disponível em: [https://ac.els-cdn.com/S0020729215000843/1-s2.0-S0020729215000843-main.pdf?\\_tid=56eb1f3a-a2a8-4d08-b3d7-01e843a6e873&acdnat=1546561528\\_8904d82cf876b9222c1daac09d64803f](https://ac.els-cdn.com/S0020729215000843/1-s2.0-S0020729215000843-main.pdf?_tid=56eb1f3a-a2a8-4d08-b3d7-01e843a6e873&acdnat=1546561528_8904d82cf876b9222c1daac09d64803f). Acesso em: 01 mar. 2017.

MONGUILHOTT, Juliana J. C. *et al.* Nascer no Brasil: a presença do acompanhante favorece a aplicação das boas práticas na atenção ao parto na região Sul. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.52, p.1–11, 2018. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/142381>. Acesso em: 02 mai.2018.

MORTON, Christine H. *et al.* Bearing witness: United States and Canadian maternity support workers' observations of disrespectful care in childbirth. **Birth**, Malden, v.45, n.3, p.263-74, 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30058157>. Acesso em: 01 mar. 2017.

MMUSI-PHETOE, Rosen M. M. Social factors determining maternal and neonatal mortality in South Africa: A qualitative study. **Curationis**, South Africa, v.39, n.1, p.1-8, 2016. Disponível em: <https://curationis.org.za/index.php/curationis/article/view/1571/1966>. Acesso em: 01 mar. 2017.

NAJAFI, Tahereh F.; ROUDSARI, Robat L. ; EBRAHIMIPOUR, Hossein. A historical review of the concept of labor support in technocratic, humanistic and holistic paradigms of childbirth. **Electronic Physician** [on line], Mashhad, v.9, n.10, p.5446-51, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5718846/pdf/epj-09-5446.pdf>. Acesso em:02 mai.2018.

NAKANO, Andreza R.; BONAN, Claudia; TEIXEIRA, Luiz A. O trabalho de parto do obstetra: estilo de pensamento e normalização do “parto cesáreo” entre obstetras. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.27, n.3, p.415–32, jul. 2017. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312017000300415-&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312017000300415-&lng=pt&tlng=pt). Acesso em: 21 dez. 2018.

NASSAR, Silvia M. *et al.* **SEstatNet**- Sistema Especialista para o Ensino de Estatística na Web. Disponível em: <http://www.sestat.net>. Acesso em: 10 mai. 2017.

NEGRÃO, Télia. Uma ação sinérgica por direitos reprodutivos: uma história sem fim. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v.21, p.164-76, 2012. Disponível em: [https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource\\_ssm\\_path=/media/assets/sausoc/v21s1/14.pdf](https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/sausoc/v21s1/14.pdf). Acesso em: 14 jul. 2015.

OJELADE, Olubunmi A. *et al.* The communication and emotional support needs to improve women’s experience of childbirth care in health facilities in Southwest Nigeria: a qualitative study. *International Journal Gynecology and Obstetric*, London, v.139, n.Supl.1, p.27–37, 2017. Disponível em: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/ijgo.12380>. Acesso em: 10 out. 2018.

OLIVEIRA, Nayara R. G. *et al.* Assistance to normal delivery in two public maternities: perception of the health professionals. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, São Paulo, v.39, p.202–8, 2017. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-72032017000500202](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032017000500202). Acesso em: 15 mar. 2018.

OLIVEIRA, Virginia J.; PENNA, Claudia M. M. Discussing obstetric violence through the voices of women and health professionals. *Texto e Contexto - Enfermagem*, Florianópolis, v.26, n.2, p.e06500015, 2017. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072017000200331](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072017000200331). Acesso em: 15 mar. 2018.

OLIVEIRA, Amanda S.*et al.* Technology used by companions in labor and childbirth: a descriptive study. **Online Brazilian Journal Nurse** [online], Rio de Janeiro, v.13, n.1, p.36-45, 2014. Disponível em: [http://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/8530/1/2014\\_art\\_asoliveira.pdf](http://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/8530/1/2014_art_asoliveira.pdf). Acesso em: 2 ago. 2016.

OLIVEIRA, Lúcio H.; MATTOS, Ruben A.; SOUZA, Auta S. S. Cidadãos peregrinos: os “usuários” do SUS e os significados de sua demanda a prontos-socorros e hospitais no contexto de um processo de reorientação do modelo assistencial. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.5, p.1929-1938, 2009. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232009000500035-&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000500035-&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 19 jan. 2018.

OLSEN, Ole; CLAUSEN, Jette A. Planned hospital birth *versus* planned home birth. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, London, v.11, n.CD000352, 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4238062/>. Acesso em: 2 ago. 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Reproductive Health Library. **Recommendation on companionship during labour and childbirth**. Geneva: World Health Organization. Disponível em: <https://extranet.who.int/rhl/topics/preconception-pregnancy-childbirth-and-postpartum-care/care-during-childbirth/who-recommendation-companionship-during-labour-and-childbirth>. Acesso em: 5 jan. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Human Reproduction Programme. **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde**. Geneva: Organização Mundial da saúde, 2014. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/3/WHO\\_RHR\\_14.23\\_por.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/3/WHO_RHR_14.23_por.pdf). Acesso em: 01 jan. 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Assistência ao parto normal**: um guia prático. Relatório de Grupo Técnico. Geneva: Organização Mundial de Saúde, 1996. 96 p. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/bvsmis/resource/pt/mis-9570>. Acesso em: 11 dez. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Conferência sobre Tecnologias Apropriadas para o Parto**. Genebra: Organização Mundial de Saúde, 1985. 96 p. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/bvsmis/resource/pt/mis-9570>. Acesso em: 11 dez. 2017.

PARRA, José V. C. Abuso de la operación cesárea y el principio de beneficencia. **Revista Latinoamericana de Bioética**, Nueva Granada, v.16, n.1, p.60-71, 2016. Disponível em: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-47022016000100004](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-47022016000100004). Acesso em: 13 set. 2017.

PASCHE, Dário F.; VILELA, Maria E. A.; MARTINS, Cátia P. Humanização da atenção ao parto e nascimento no Brasil: pressupostos para uma nova ética na gestão e no cuidado. **Revista Tempus Actas Saúde Coletiva**, Brasília, v.4, n.4, p.106-18, 2010. Disponível em: <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/838>. Acesso em: 13 set. 2017.

PEDRAZA, Dixis F. Assistência ao pré-natal, parto e pós-parto no município de Campina Grande, Paraíba. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.24, n.4, p. 460–7, 2016. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-462-X2016000400460&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462-X2016000400460&lng=pt&tlng=pt). Acesso em: 28 out. 2017.

PEDROSO, Clarissa N. L. S.; LÓPEZ, Laura C. À margem da humanização? Experiências de parto de usuárias de uma maternidade pública de Porto Alegre-RS. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.27, n.4, p.1163–84, 2017. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312017000401163&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312017000401163&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 13 nov. 2018.

PEREIRA, Simone B. *et al.* Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento na perspectiva de profissionais de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.71, n.supl 3, p.1393–9, 2018. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_issuetoc&pid=0034-716720180009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=0034-716720180009&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 22 dez. 2018.

PORTELA, Margareth C. *et al.* Challenges for quality Improvement. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.34, n.5, p.e00072818, 2018. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/csp/v34n5/en\\_1678-4464-csp-34-05-e00072818.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csp/v34n5/en_1678-4464-csp-34-05-e00072818.pdf). Acesso em: 1 dez. 2018.

RANGEL, Vanessa M.; CAMARGO JUNIOR, Kenneth R. A negociação de um corpo com dor: racionalidade biomédica na dinâmica ritualizada do trabalho de parto hospitalar. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.26, n.44, p.1293-1311, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v26n4/1809-4481-physis-26-04-01293.pdf>. Acesso em: 24 out. 2017.

RATTNER, Daphne. Da Saúde Materno Infantil ao PAISM. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, Brasília - DF, v.8, n.2, p.103–8, 2014. Disponível em: <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1460>. Acesso em: 17 nov. 2016.

RATTNER, Daphne *et al.* ReHuNa - The Brazilian Network for the Humanization of Childbirth. **Revista Tempus Actas Saúde Coletiva**, Brasília, v.1, n.4, p. 215–28, 2010. Disponível em: <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/849>. Acesso em: 1 mar. 2017.

REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE E DIREITOS REPRODUTIVOS (RNFSDR). **Dossiê Humanização do parto**. São Paulo: RNFSDR, 2002. Disponível em: <http://www.redesaude.org.br/dossies/html/dossiehumanizacaooparto.html>. Acesso em: 21 dez. 2018.

REIS, Adriana E.; PATRICIO, Zuleica M. Aplicação das ações preconizadas pelo Ministério da Saúde para o parto humanizado em um hospital de Santa Catarina. **Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, Supl., p.221-30, 2005. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232005000500023-&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000500023-&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 19 dez. 2016.

RESENDE, Lilian V.; RODRIGUES, Roberto N.; FONSECA, Maria C. Mortes maternas em Belo Horizonte, Brasil: percepções sobre qualidade da assistência e evitabilidade. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington, v.37, n.4, p.218–24, 2015. Disponível em: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/9043/v37n4-5a05.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 21 fev. 2018.

RIBEIRO, Cláudia R.; GOMES, Romeu; MOREIRA, Martha C. N. Encontros e desencontros entre a saúde do homem, a promoção da paternidade participativa e a saúde sexual e reprodutiva na atenção básica. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.27, n.1, p.41–60, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312017000100003>. Acesso em: 21 fev. 2018.

RIBEIRO, José F. *et al.* Percepção das puérperas sobre a assistência à saúde em um centro de parto normal. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v.5, n.3, p.521–530, 2015. Disponível em: <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/14471>. Acesso em: 5 mar. 2017.

ROHDEN, Fabíola. **Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2001.

RODRIGUES, Diego Pereira *et al.* Obstetric violence in the context of labor and childbirth. **Revista de Enfermagem UFPE [online]**, Recife, v.12, n.1, p.236–46, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/23523/26086>. Acesso em: 1 dez. 2018.

RODRIGUES, Diego P. *et al.* O descumprimento da lei do acompanhante como agravo à saúde obstétrica. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.26, n.3, p.1–10, 2017. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0104-07072017000300319-&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-07072017000300319-&lng=en&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 31 ago. 2018.

RODRIGUES, Francisca A. C. *et al.* Violência obstétrica no processo de parturição em maternidades vinculadas à Rede Cegonha. **Reprodução e Climatério**, v.32, n.2, p.78–84, 2017. Disponível em: <https://multimedia.elsevier.es/PublicationsMultimediaV1/item/pdf/S1413208716300723?idApp=UINPBA00004K>. Acesso em: 3 ago. 2017.

RODRIGUES, Nadia C. *et al.* Temporal and spatial evolution of maternal and neonatal mortality rates in Brazil, 1997-2012. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v.92, p.567-73, 2016. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0021-75572016000700567&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572016000700567&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 31 ago. 2018.

ROJAS-GUALDRÓN, Diego F.; CAICEDO-VELÁSQUEZ, Beatriz. Geographical Accessibility to Obstetric and Neonatal Care and its Effect on Early Neonatal Mortality in Colombia , 2012-2014. **MedUnab**, Bucaramanga, v.20, n.1, p.7–18, 2017. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/321509165\\_Geographical\\_Accessibility\\_to\\_Obstetric\\_and\\_Neonatal\\_Care\\_and\\_its\\_Effect\\_on\\_Early\\_Neonatal\\_Mortality\\_in\\_Colombia\\_2012-2014](https://www.researchgate.net/publication/321509165_Geographical_Accessibility_to_Obstetric_and_Neonatal_Care_and_its_Effect_on_Early_Neonatal_Mortality_in_Colombia_2012-2014). Acesso em: 1 nov.2017.

SÁ, Angela M. P. *et al.* The right to access and accompanying of labor and childbirth: women’s point of view. **Revista de Enfermagem UFPE [online.]**, Recife, v.11, n.7, p.2683-90, 2017. Disponível em:<https://www.researchgate.net/publication/321194724>. Acesso em: 01 nov. 2017.

SADLER, Michelle *et al.* Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence. **Reproductive Health Matters**, London, v.24, n.47, p.47-55, 2016. Disponível em: <http://www.tandfonline.com/loi/zrhm20>. Acesso em: 28 fev. 2107.

SAFFIOTI, Heleieth I. B. **Contribuições para os Estudos da Violência de Gênero**. [paper não publicado], 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cpa/n16/n16a07.pdf>. Acesso em: 28 fev. 2107.

SÁNCHEZ, Silvia B. La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica. **Dilemata**, Madri, v.7, n.18, p.93–111, 2015. Disponível em: <https://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/374>. Acesso em: 28 fev. 2107.

SANTA CATARINA (Estado). **Número de parto realizados em 2014**. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br>. Acesso em: 21 fev. 2015.

SANTA CATARINA (Estado). Assembléia Legislativa do Estado de Santa Catarina. Lei Complementar nº 636, de 9 de setembro de 2014. Institui, na forma do § 3º do art. 25 da Constituição da República e do art. 114 da Constituição do Estado, a Região Metropolitana da Grande Florianópolis (RMF), como unidade regional do Território estadual. **Diário Oficial do Estado de Santa Catarina**: Florianópolis, n. 19.898, 10 set. 2014. Disponível em: <http://www.spg.sc.gov.br/suderf>. Acesso em: 28 fev. 2107.

SANTA, CATARINA (ESTADO). Secretaria de Estado de Saúde de Santa Catarina. Instrução Normativa 001 de 12 de agosto de 2009. Estabelece diretrizes para os serviços efetivarem a inserção do acompanhante de livre escolha da mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. **Diário Oficial do Estado de Santa Catarina**. n. 19.898, Florianópolis, 08 ago. 2009. Disponível em: <http://www.spg.sc.gov.br/suderf>. Acesso em: 14 fev. 2016.

SANTOS, Jaqueline A. *et al.* Perception of the companion in relation their welcoming during childbirth. **Revista de Enfermagem UFPE** [online], Recife, v.12, n.10, p.2535–45, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i10a235934p2535-2545-2018>. Acesso em: 02 nov. 2018.

SANTOS FILHO, Serafim B.; BARROS, Maria E. B.; GOMES, Rafael S. A Política Nacional de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde. **Interface, Comunicação, Educação e Saúde**, Botucatu, v.13, supl.1, p.603-13, 2009. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832009000500012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500012&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 19 jan. 2018.

SANTOS, Ana L. S. *et al.* O acompanhante no trabalho de parto sob a perspectiva da puérpera. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v.5, n.3, p.531–40, 2015. Disponível em: <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/17337>. Acesso em: 11 out. 2016.

SAIUIA, Artenira S.S.; SERRA, Mariane C.M. A pain beyond childbirth: obstetrical violence in focus. **Revista de Direitos Humanos e Efetividade**, Brasília, v. 2, n. 1, p.128 – 47, 2016. Disponível em: 10.26668/IndexLawJournals/2526-0022/2016.v2i1.1076. Acesso em: 08 jan. 2108.

SAVAGE, Virginia; CASTRO, Arachu. Measuring mistreatment of women during childbirth: A review of terminology and methodological approaches Prof. Suellen Miller. **Reproductive Health**, London, v.14, n.1, p.1–27, 2017. Disponível em: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-016-0848-5>. Acesso em: 12 dez. 2018.

SCHNECK, Camilla A. *et al.* Resultados maternos e neonatais em centro de parto normal peri-hospitalar e hospital. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.46, n.1, p.77–86, 2012. Disponível em: [http://bdpi.usp.br/bitstream/handle/BDPI/36388/wos2012-4529\\_pt.pdf?sequence=6&isAllowed=y](http://bdpi.usp.br/bitstream/handle/BDPI/36388/wos2012-4529_pt.pdf?sequence=6&isAllowed=y). Acesso em: 28 fev. 2107.

SCOTT, Joan. El problema de la invisibilidad. In: ESCANDÓN, Carlos R. (Org.) **Gênero e História**. México: Instituto Mora/UAM, 1989.

SENNA, Ligia M.; TESSER, Charles D. Violência obstétrica no Brasil e o ciberativismo de mulheres mães: relato de duas experiências. **Interface, Comunicação, Educação e Saúde**, Botucatu, v.21, n.60, p.209-20, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v21n60/1807-5762-icse-1807-576220150896.pdf>. Acesso em: 27 fev. 2017.

SHAHSHAHAN, Zahra; MEHRABIAN, Ferdose; MASHOORI, Sheffield. Effect of the presence of support person and routine intervention for women during childbirth in Isfahan, Iran: A randomized controlled trial. **Advanced Biomedical Research**, Isfahan, v.31, n.3, p.155-61, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25221758>. Acesso em: 17 out. 2016.

SHEFERAW, Ephrem D.; MENGESHA, Teka Z.; WASE, Solomon B. Development of a tool to measure women's perception of respectful maternity care in public health facilities. **BMC Pregnancy and Childbirth**, London, v.16, n.1, p.1–8, 2016. Disponível em: <https://bmc-pregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-016-0848-5>. Acesso em: 07 set. 2017.

SILVA, Livia N. M.; SILVEIRA, Ana P. K. F.; MORAIS, Fátima R. R. Humanization of labor and birth program: institutional aspects in the quality of assistance. **Revista de Enfermagem UFPE [online]**, Recife, v.11, Supl.8, p.3290-4, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/110195/22085>. Acesso em: 07 set. 2017.

SILVA, Renato D. M. *et al.* Inserção do pai nas maternidades municipais do Recife: opinião dos técnicos e auxiliares de enfermagem. **Enfermagem em Foco**, Brasília - DF, v.8, n.4, p. 54–8, 2017. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1029>. Acesso em 31 jul. 2018.

SOSA, Georgina; CROZIER, Kenda; ROBINSON Joyce L. What is meant one-to-one support in labour: analyzing the concept. **Midwifery**, London, v.28, n.4, p.451-7, 2012. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21908082>. Acesso em: 24 dez. 2018.

SOUZA, Karina J.; RATTNER, Daphne; GUBERT, Muriel B. Institutional violence and quality of service in obstetrics are associated with postpartum depression. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.51, n.20, p.17-23, 2017. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102017000100259-&lng=en&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102017000100259-&lng=en&tlng=en). Acesso em: 24 dez. 2018.

SOUZA, Silvana Regina; GUALDA, Dulce Maria. A experiência da mulher e de seu acompanhante no parto em the experience of women and their coaches with childbirth. **Texto e Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v.25, n.1, p.1–9, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n1/0104-0707-tce-25-01-4080014.pdf>. Acesso em: 07 set. 2017.

SOUZA, Tânia A. *et al.* Feelings experienced by parturients in reason the inclusion of the partner in the parturition process. **Revista Enfermagem UFPE [online]**, Recife, v.10, Supl.6, p.4735-40, 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/11251/12867>. Acesso em: 24 set. 2017.

STARR, Paul. Professionalization and Public Health: Historical Legacies, Continuing Dilemmas. **Jornal Public Health Management Practice**, Princeton, v. Suppl, p. S26–S30, 2009. Disponível em: [https://www.princeton.edu/~starr/articles/articles09/Starr\\_ProfPublicHealth\\_09.pdf](https://www.princeton.edu/~starr/articles/articles09/Starr_ProfPublicHealth_09.pdf). Acesso em: 07 set. 2017.

SZWARCWALD, Célia L. *et al.* Correction of vital statistics based on a proactive search of deaths and live births: evidence from a study of the North and Northeast regions of Brazil. **Population Health Metrics**, Melbourne, v.12, n.16, p.2-10, 2014a. Disponível em: <https://pophealthmetrics.biomedcentral.com/articles/10.1186/1478-7954-12-16>. Acesso em: 24 dez. 2018.

SZWARCWALD, Célia L. *et al.* Estimation of maternal mortality rates in Brazil, 2008-2011. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.30, n.Supl.1, p.S1-12, 2014b. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2014001300015&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300015&lng=en&nrm=iso&tlng=en). Acesso em: 24 dez. 2018.

TEIXEIRA, Selma V. B. *et al.* Experiences on the childbirth process: antagonism between desire and fear. **Revista de Pesquisa: Cuidado e Fundamental**, Rio de Janeiro, v.10, n.4, p.1103–10, 2018. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=132244790&site=ehost-live>. Acesso em: 12 dez. 2018.

TEIXEIRENSE, Marília M. S.; SANTOS, Sara L. S. From expectation to experience: humanizing childbirth in the Brazilian National Health System. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.22, n.65, p.399–410, abr. 2018. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832018000200399-&lng=en&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000200399-&lng=en&tlng=en). Acesso em: 4 jan. 2019.

TELES, Liana M. R. *et al.* Eficácia de manual educativo para acompanhantes de parto: estudo piloto de ensaio clínico randomizado. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.25, p.e2996, 2017. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v26/pt\\_0104-1169-rlae-26-e2996.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v26/pt_0104-1169-rlae-26-e2996.pdf). Acesso em: 14 dez. 2017.

TESSER, Charles D. *et al.* Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. **Revista Brasileira de Medicina da Família e da Comunidade**, São Paulo, v.10, n.35, p.1-12, 2015. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10\(35\)1013](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10(35)1013). Acesso em: 17 out. 2016.

THEME-FILHA, Mariza M. *et al.* Factors associated with unintended pregnancy in Brazil: Cross-sectional results from the Birth in Brazil National Survey, 2011/2012. **Reproductive Health**, London, v.13, Supl.1, p. 235–65, 2016. Disponível em: <https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12978-016-0227-8>. Acesso em: 17 nov. 2016.

THEOPHILO, Rebecca L.; RATTNER, Daphne; PEREIRA, Éverton L. The vulnerability of Afro-Brazilian women in perinatal care in the Unified Health System: analysis of the Active Ombudsman survey. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.23, n.11, p.3505-3516, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n11/1413-8123-csc-23-11-3505.pdf>. Acesso em: 21 dez. 2018.

TORNQUIST, Carmen S. Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, Supl.2, p.S419–27, 2003. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2003000800023>. Acesso em: 13 mar. 2016.

TORNQUIST, Carmen S. Armadilhas da Nova Era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v.10, n.2, p.483-92, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ref/v10n2/14972.pdf>. Acesso em: 29 jul. 2015.

UNITED NATIONS (ONU). **Relatório Sobre os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio**. 76 p. New York: ONU; 2015. Disponível em [https://www.unric.org/pt/images/stories/2015/PDF/MDG2015\\_PT.pdf](https://www.unric.org/pt/images/stories/2015/PDF/MDG2015_PT.pdf). Acesso em: 1 mar. 2017.

VACAFLOR, Carlos H. Obstetric violence: a new framework for identifying challenges to maternal healthcare in Argentina. **Reproductive Health Matters**, London, v.24, n.47, p.65–73, 2016. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1016/j.rhm.2016.05.001>. Acesso em: 28 fev. 2017.

VASCONCELLOS, Maurício T. L. *et al.* Desenho da amostra Nascer no Brasil: Pesquisa Nacional sobre Parto e Nascimento. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.30, Supl.1, p.S49-58, 2014. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2014001300013&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2014001300013&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 12 nov. 2016.

VAZ, Thabita H.; PIVATTO, Liane F. Avaliação da presença do acompanhante no parto e puerpério em maternidade pública. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 19, n. 3, p. 545–52, 2014. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/32046>. Acesso em: 17 out. 2016.

VENTURA, Miriam. **Direitos Reprodutivos no Brasil**. 3ª. Edição. Brasília: Fundo de População das Nações Unidas, 2009. Disponível em: [http://www.unfpa.org.br/Arquivos/direitos\\_reprodutivos3.pdf](http://www.unfpa.org.br/Arquivos/direitos_reprodutivos3.pdf). Acesso em: 13 set. 2017.

VENTURI, Gustavo; BOKANY, Vilma; DIAS, Rita. **Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo/Sesc, 2010.

VICTORA, Cesár G. *et al.* Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. **The Lancet**, London, v.377, n.9780, p.1863-76, 2011. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21561656>. Acesso em: 13 set. 2017.

VILLELA, Wilza V.; DORETO, Daniella T. Sobre a experiência sexual dos jovens. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.11, p.2467-72, 2006. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2006001100021](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006001100021). Acesso em: 13 set. 2017.

WHITTEMORE, Robin; KNAFL, Kethleen. The integrative review: update methodology. **Journal of Advanced Nursing**, London, v.52, n.5, p.546-53, 2005. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x/abstract>. Acesso em: 21 ago. 2016.

WOLFF, Leila R.; MOURA, Maria A. V. The institucionalization of the delivery and the humanizing of the care: literary revision. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.8, n.2, p.279-85, 2004. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127717713016>. Acesso em: 21 ago. 2016.

YUENYONG, Siriwan; O'BRIEN, Beverley; JIRAPEET, Veena. Effects of Labor Support from Close Female Relative on Labor and Maternal Satisfaction in a Thai Setting. **Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing**, London, v.41, n.1, p.45-56, 2012. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22834721>. Acesso em: 31 ago. 2017.



## ANEXO A - QUESTIONÁRIO DO MACROPROJETO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

### APRESENTAÇÃO

**PESQUISA:** A participação do acompanhante de escolha da mulher no pré-natal, trabalho de parto e parto no sistema de saúde público e suplementar da Grande Florianópolis

Olá, eu me chamo <nome do entrevistador> e estou aqui para entrevistá-lo. As perguntas que irei fazer são integrantes de um projeto chamado “A participação do acompanhante de escolha da mulher no pré-natal, trabalho de parto e parto no sistema de saúde público e suplementar da Grande Florianópolis”. Um dos principais objetivos desse estudo é identificar como o acompanhante participa do trabalho de parto e parto e quais as ações de apoio à mulher são realizadas. A partir das respostas encontradas nessas entrevistas poderemos contribuir com o desenvolvimento de ações direcionadas ao acompanhante e à mulher, auxiliando no processo de parto e nascimento humanizados.

Conto com a sua colaboração para responder as respostas de acordo com a sua experiência. Peço que interrompa a entrevista sempre que necessário e faça perguntas no caso de dúvidas ou se desejar outros esclarecimentos.

**Critérios de inclusão:** ser acompanhante de mulher com gestação única que teve parto vaginal ou cesariana e permaneceu junto à ela durante o trabalho de parto e parto normal ou operação cesariana.

**[ATENÇÃO: realizar a entrevista somente quatro horas ou mais após o parto]**

-----  
Nome do acompanhante:

Nome da mulher que acompanhou:

Número do prontuário:

Telefone para contato:

Endereço para contato

MATERNIDADE: \_\_\_\_\_ N° questionário: [ ] [ ] [ ] [ ]

### SEÇÃO 1 – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

**Entrevistador:** <Nome do acompanhante> agora vou fazer perguntas sobre algumas características suas.

1. Qual é a data do seu nascimento? (DN)  
[ ] / [ ] / [ ]
2. Qual a sua idade? (IDADE)  
[ ] anos
3. Qual o seu sexo? (SEXO)  
[ 1 ] masculino [ 2 ] feminino
4. Qual a cor da sua pele? [LER AS OPÇÕES, SE NECESSÁRIO, E MARCAR SOMENTE UMA] (COR)  
[ 1 ] branca [ 2 ] preta [ 3 ] pardo/moreno/mulato  
[ 3 ] amarelo/oriental [ 4 ] indígena
5. Entrevistador: Sob o seu ponto de vista qual a cor da pele, raça ou etnia do acompanhante? (CORENTR)  
[ 1 ] branca [ 2 ] preto [ 3 ] pardo/moreno/mulato  
[ 4 ] amarelo/oriental [ 5 ] indígena
6. Qual o seu estado civil? [LER AS OPÇÕES, SE NECESSÁRIO, E MARCAR SOMENTE UMA] (ECIVIL)  
[ 1 ] solteiro (a) [ 2 ] casado no papel [ 3 ] união estável/vive com o companheiro  
[ 4 ] separado/divorciado [ 5 ] viúvo
7. Em relação a sua situação de trabalho, você: [LER AS OPÇÕES E MARCAR SOMENTE UMA] (TRABAL)  
[ 1 ] trabalha com carteira assinada  
[ 2 ] trabalha sem carteira assinada  
[ 3 ] servidor (a) público (municipal, estadual, federal ou militar)  
[ 4 ] empregador (a)  
[ 5 ] autônomo (a)  
[ 6 ] não exerce atividade que ganhe dinheiro  
[ 7 ] outro. Qual? \_\_\_\_\_
8. Você estudou em escola? (ESCOLA)  
[ 1 ] sim [ 2 ] não

9. Quantos anos você estudou? [NÃO CONTAR OS ANOS REPETIDOS] (ANOS)[\_] anos

10. Qual foi o último grau de escolaridade que você cursou? [LER AS OPÇÕES, SE NECESSÁRIO, E MARCAR SOMENTE UMA] (GRAUES)

Ensino Fundamental (1º grau)

Ensino Fundamental (1º grau) Incompleto

Ensino Médio (2º grau)

Ensino Médio (2º grau) Incompleto

Ensino Superior (3º grau)

Ensino Superior (3º grau) Incompleto

11. Qual o seu parentesco/vínculo com a <nome da mulher>? [NÃO LER AS OPÇÕES E MARCAR SOMENTE UMA] (VINCUL)

Companheiro       pai do bebê       mãe

Amiga

irmã       tia  Cunhada       Sogra

Doula       Outro. Qual?-----

12. Você mora com a <nome da mulher>? (MORACOM)

sim       não

13. Quantos filhos você tem? (FILHOS)

0     1     2     3     4 ou mais

## SEÇÃO 2 – DADOS SOBRE A EXPERIÊNCIA DE SER ACOMPANHANTE

**Entrevistador:** <Nome do acompanhante> agora vou fazer perguntas sobre a sua experiência em ser acompanhante.

14. Você possui **experiência anterior** em acompanhar alguma mulher durante as consultas pré-natal? (EXANT)

sim       não

15. Você possui **experiência anterior** em acompanhar alguma mulher na triagem/admissão obstétrica (antes da internação)? (EXANTR)

sim       não

16. Você possui **experiência anterior** em acompanhar alguma mulher durante o trabalho de parto (antes de o bebê nascer)? (EXANTP)

sim       não



25. Você acompanhou a realização de algum exame de ultrassom? (ULTRAS)

sim

não

26. A <nome da mulher> precisou ser internada no hospital/maternidade alguma vez durante a gestação? (INTERN)

sim

não

não sabe

[se a resposta for não ou não sabe **PASSE PARA 28**]

27. Você foi acompanhante da <nome da mulher>em alguma internação hospitalar durante a gestação? (INTACOM)

sim

não

28. A <nome da mulher>que você acompanhou realizou pré-natal? (FEZPN)

sim

não

não sabe

[se a resposta for não ou não sabe **PASSE PARA 61**]

29. Em qual(is) serviço(s) foram realizadas a maioria das consultas do pré-natal da <nome da mulher>? [LER AS OPÇÕES E MARCAR SOMENTE UMA] (SERVPN)

no serviço público

no serviço particular ou de plano de saúde

nos dois

não sabe

30. Em que local foram feitas as consultas de pré-natal da <nome da mulher>?[LER AS ALTERNATIVAS, MARCAR MAIS DE UMA SE FOR O CASO] (LOCALPN)

na unidade básica de saúde ou policlínica

PSF ou ESF (estratégia de saúde da família)

no consultório médico particular ou clínica particular (saúde suplementar)

na maternidade ou hospital público (saúde pública)

não sabe

outro. Qual? \_\_\_\_\_

31. Durante o pré-natal, a gestação da <nome da mulher> foi considerada de alto risco? (ALTORIS)

sim

não

não sabe

32. Você acompanhou a <nome da mulher> nas consultas de pré-natal? (ACOMP)

sim **PASSE PARA 34**       não

33. Qual o motivo para você não ter acompanhado a <nome da mulher> nas consultas de pré-natal? [NÃO LER AS ALTERNATIVAS, MARCAR MAIS DE UMA SE FOR O CASO] (NAOPN)

você não quis

não foi convidado pelos profissionais de saúde do pré-natal

o profissional não permitiu sua entrada

a mulher não convidou

a mulher não quis

não liberaram você do trabalho

Outro. Qual? \_\_\_\_\_

**PASSE PARA 61**

34. Quantas consultas de pré-natal você acompanhou? (NCONSPN)

consultas

35. Quem lhe convidou para participar das consultas de pré-natal? [NÃO LER AS ALTERNATIVAS, MARCAR MAIS DE UMA SE FOR O CASO] (CONVPN)

a mulher     enfermeira       médico

ninguém **[PASSE PARA 37]**       outro. Qual? \_\_\_\_\_

36. Em que momento você foi convidado para ser acompanhante da <nome da mulher> nas consultas de pré-natal? [NÃO LER AS ALTERNATIVAS, MARCAR MAIS DE UMA SE FOR O CASO] (MOMCONPN)

quando a gestação estava sendo planejada

quando soube que a mulher estava grávida

quando foi à unidade de saúde para acompanhar a mulher

no final da gestação, próximo ao parto

outro. Qual? \_\_\_\_\_

37. Você permaneceu ao lado da <nome da mulher> durante a realização de procedimentos (exame especular, toque vaginal, coleta de preventivo)? (LADOPN)

sim       não

38. Você foi incentivado pelo profissional que realizava o pré-natal para participar das consultas? (INCENPN)

sim       não

39. Quais das ações foram realizadas pelos profissionais de saúde durante as consultas de pré-natal? [LER AS ALTERNATIVAS, MARCAR MAIS



após o parto normal ou cesárea)? (ORIPPPN)

[ 1 ] sim [ 2 ] não

48. No pré-natal você recebeu orientações sobre cuidados com o bebê? (ORIRNPN)

[ 1 ] sim [ 2 ] não

49. Quais os profissionais orientaram você sobre o papel do acompanhante no pré-natal? [NÃO LER AS ALTERNATIVAS, MARCAR MAIS DE UMA SE FOR O CASO] (PRORIEPN)

[ 1 ] não recebeu nenhuma orientação

[ 2 ] o profissional não se identificou

[ 3 ] enfermeiro [ 4 ] médico

[ 5 ] estudante de enfermagem [ 6 ] estudante de medicina

[ 7 ] técnicos e auxiliares de enfermagem

[ 8 ] outros. Quem? \_\_\_\_\_

50. Você encorajou a <nome da mulher> nas consultas de pré-natal? (ENCORPN)

[ 1 ] sim [ 2 ] não

51. Você tranquilizou a <nome da mulher> nas consultas de pré-natal? (TRANQPN)

[ 1 ] sim [ 2 ] não

52. Você considera que apoiou a <nome da mulher> nas consultas de pré-natal? (APOIOPN)

[ 1 ] sim [ 2 ] não

53. Você realizou alguma atividade de apoio/orientação à <nome da mulher> durante a gestação? [LER AS ALTERNATIVAS, MARCAR MAIS DE UMA SE FOR O CASO] (PNORIAPO)

[ 1 ] acompanhou a realização dos exames do pré-natal

[ 2 ] falou para ela não se incomodar (evitar preocupação/stress)

[ 3 ] incentivou atividades físicas (caminhada)

[ 4 ] realizou massagem

[ 5 ] orientou para reduzir esforço físico (não carregar peso, evitar atividades cansativas)

[ 6 ] orientou sobre cuidados com as mamas

[ 7 ] orientou sobre alimentação

[ 8 ] orientou para não consumir bebidas alcóolicas

[ 9 ] orientou para não fumar

[ 10 ] orientou para não usar drogas (maconha, cocaína...)

[ 11 ] orientou para não usar produtos tóxicos (produtos de limpeza)

[ 12 ] não realizou nenhuma atividade de apoio/orientação

[ 13 ] realizou outra atividade. Qual? \_\_\_\_\_

54. Qual opinião/sentimento você relaciona com a sua experiência de ter acompanhado a <nome da mulher> no pré-natal? [LER AS ALTERNATIVAS, MARCAR MAIS DE UMA SE FOR O CASO] (OPISEPN)

[ 1 ] te ajudou a ficar tranqüilo

[ 2 ] ajudou a tirar as dúvidas sobre a gestação

[ 3 ] ajudou a tirar as dúvidas sobre o parto

[ 4 ] te deixou ansioso/nervoso

[ 5 ] ficou seguro com o cuidado prestado

[ 6 ] sentiu-se envolvido na gravidez

[ 7 ] teve sentimento de obrigação em ser acompanhante

[ 8 ] achou o ambiente adequado para te receber (espaço físico, cadeira para sentar, etc)

[ 9 ] a privacidade da mulher foi respeitada

[ 10 ] foi uma experiência que não quer viver novamente

[ 11 ] nenhuma

**Entrevistador diga:** <Nome do acompanhante> agora vou lhe fazer algumas perguntas sobre como você se sentiu em acompanhar a <nome da mulher> no pré-natal. Para cada pergunta vou lhe mostrar um papel com algumas carinhas e você irá apontar qual delas representa a forma como se sentiu.

**Entrevistador:** faça o registro conforme a classificação abaixo.



1



2



3



4



5

	Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Satisfeito	Bem Satisfeito	Muito Satisfeito
55. Como você se sentiu recebido? (RECEBPN)	[ 1 ]	[ 2 ]	[ 3 ]	[ 4 ]	[ 5 ]

56. Como você se sentiu com as orientações sobre seu papel? (PAPELPN)	[ 1 ]	[ 2 ]	[ 3 ]	[ 4 ]	[ 5 ]
57. Como você se sentiu com relação à forma como cuidaram da mulher? (CUIDARPN)	[ 1 ]	[ 2 ]	[ 3 ]	[ 4 ]	[ 5 ]
58. Como você se sentiu com relação à forma como lhe explicaram o que estava acontecendo? (EXPLICPN)	[ 1 ]	[ 2 ]	[ 3 ]	[ 4 ]	[ 5 ]
59. Como você se sentiu com relação à forma como estimularam sua participação? (ESTPARPN)	[ 1 ]	[ 2 ]	[ 3 ]	[ 4 ]	[ 5 ]
60. De modo geral, como você se sentiu com a experiência de ser acompanhante da mulher no pré-natal? (GERALPN)	[ 1 ]	[ 2 ]	[ 3 ]	[ 4 ]	[ 5 ]

**SEÇÃO 4 – DADOS SOBRE A PARTICIPAÇÃO DO  
ACOMPANHANTE NA SALA DE TRIAGEM OBSTÉTRICA  
OU INTERNAÇÃO**

**Entrevistador:** <Nome do acompanhante> agora vou fazer algumas perguntas sobre a sua participação como acompanhante na sala de triagem.

61. Você já conhecia a maternidade antes de vir acompanhar a <nome da mulher>? (CONHMAT)

[ 1 ] sim      [ 2 ] não

62. Esta maternidade foi escolhida por quê? [**NÃO LER AS ALTERNATIVAS, MARCAR MAIS DE UMA SE FOR O CASO**] (PQMATER)

[ 1 ] é próximo da casa da mulher

\_2\_ ] foi indicado pelo profissional que realizou o pré-natal

\_3\_ ] tem boas referências

\_4\_ ] a mulher já teve outros filhos aqui

\_5\_ ] pode ter acompanhante no parto

\_6\_ ] não pode escolher

\_7\_ ] outro. Qual? \_\_\_\_\_

63. Você ajudou a <nome da mulher> a reconhecer os sinais de trabalho de parto para vir até a maternidade? (RECOFINA)

\_1\_ ] sim            \_2\_ ] não

64. Você acompanhou a <nome da mulher> na triagem/admissão obstétrica (antes de internar)? (ACONATRI)

\_1\_ ] sim **PASSE PARA 66**      \_2\_ ] não

65. Qual o motivo para você não ter acompanhado a <nome da mulher> na triagem obstétrica (antes de internar)? [**NÃO LER AS ALTERNATIVAS, MARCAR MAIS DE UMA SE FOR O CASO**] (NAOTRI)

\_1\_ ] não foi convidado pelos profissionais de saúde

\_2\_ ] o profissional não permitiu a sua entrada

\_3\_ ] a mulher não lhe convidou

\_4\_ ] a mulher não quis

\_5\_ ] liberaram somente a entrada de outro acompanhante

\_6\_ ] Outro. Qual? \_\_\_\_\_

### **PASSE PARA 90**

66. Você permaneceu ao lado da <nome da mulher> durante o atendimento dos profissionais e realização de procedimentos na triagem/admissão obstétrica (antes de internar)? (LADOTRI)

\_1\_ ] sim            \_2\_ ] não

67. Você foi estimulado/incentivado pelo profissional de saúde da triagem/admissão obstétrica (antes de internar) para acompanhá-la? (ESTIMTRI)

\_1\_ ] sim            \_2\_ ] não

68. Quais das ações foram realizadas pelos profissionais de saúde na triagem obstétrica (antes de internar)? [**LER AS ALTERNATIVAS, MARCAR MAIS DE UMA SE FOR O CASO**] (PROFITRI)

\_1\_ ] os profissionais se apresentaram para você

\_2\_ ] chamaram você pelo nome

\_3\_ ] forneceram informações sobre a situação e o atendimento prestado

\_4\_ ] perguntaram se você tinha alguma dúvida ou precisava de alguma

orientação

[ 5 ] forneceram orientações escritas sobre o que você podia fazer como acompanhante

[ 6 ] orientaram sobre o seu direito à alimentação durante a sua permanência na maternidade

[ 7 ] nenhuma

69. Os profissionais responderam as perguntas que você fez na triagem/admissão obstétrica (antes de internar)? (PERGTRI)

[ 1 ] sim            [ 2 ] não            [ 3 ] não realizou perguntas

70. Você percebeu que os profissionais estavam interessados em sua participação nos cuidados com a <nome da mulher> na triagem/admissão obstétrica (antes de internar)? (INTERTRI)

[ 1 ] sim            [ 2 ] não

71. Na triagem/admissão obstétrica você recebeu orientações sobre atividades que poderia fazer como acompanhante naquele momento (antes de internar)? (ATIVITRI)

[ 1 ] sim            [ 2 ] não

72. Na triagem obstétrica você recebeu orientações sobre atividades que poderia fazer como acompanhante durante o trabalho de parto (antes de o bebê nascer)? (ACOTPTRI)

[ 1 ] sim            [ 2 ] não

73. Na triagem obstétrica você recebeu orientações sobre atividades que poderia fazer como acompanhante no parto (na hora de nascer mesmo)? (ACOPATRI)

[ 1 ] sim            [ 2 ] não

74. Na triagem obstétrica você recebeu orientações sobre atividades que você poderia fazer como acompanhante depois que o bebê nascesse (no momento imediato após o parto)? (ACOPPTRI)

[ 1 ] sim            [ 2 ] não

75. Na triagem obstétrica você recebeu orientações sobre atividades que poderia fazer como acompanhante na sala de cuidados com o bebê? (ACORNTRI)

[ 1 ] sim            [ 2 ] não

76. Quais os profissionais da triagem obstétrica que orientaram você sobre o papel do acompanhante? [**NÃO LER AS ALTERNATIVAS, MARCAR MAIS DE UMA SE FOR O CASO**] (PRONATRI)

não recebeu nenhuma orientação  
 o profissional não se identificou  
 enfermeiro                     médico  
 estudante de enfermagem     estudante de medicina  
 técnicos e auxiliares de enfermagem    outros. Quem? \_\_\_\_\_

77. Você encorajou a <nome da mulher> na triagem/admissão obstétrica (antes de internar)? (ENCOTRI)

sim                     não

78. Você tranquilizou a <nome da mulher> na triagem/admissão obstétrica (antes de internar)? (TRANQTRI)

sim                     não

79. Você elogiou a <nome da mulher> na triagem/admissão obstétrica (antes de internar)? (ELOGTRI)

sim                     não

80. Você considera que apoiou a <nome da mulher> na triagem/admissão obstétrica (antes de internar)? (APOIOTRI)

sim                     não

81. Você realizou alguma atividade de apoio/orientação à <nome da mulher>? [LER AS ALTERNATIVAS, MARCAR MAIS DE UMA SE FOR O CASO] (ATIVITRI)

falou para ela se acalmar/tranquilizar

falou para ela não gritar

fez carinho

ficou ao lado dela

segurou a mão

auxiliou a caminhar

fez massagem

acompanhou a realização de exames (cardiotoco, exames de sangue, etc)

não realizou nenhuma atividade de apoio/orientação

realizou outra atividade. Qual? \_\_\_\_\_

82. Você considera que conseguiu negociar as vontades da <nome da mulher> junto aos profissionais de saúde na triagem/admissão obstétrica (antes de internar)? (NEGTRI)

sim                     não                     a mulher não expressou vontades

83. Qual opinião/sentimento você relaciona com a sua experiência de

ter acompanhado a <nome da mulher>na triagem obstétrica? [LER AS ALTERNATIVAS, MARCAR MAIS DE UMA SE FOR O CASO] (OP-SENTRI)

- [ 1 ] ajudou a ficar tranquilo  
 [ 2 ] ajudou a tirar as dúvidas sobre a internação  
 [ 3 ] ajudou a saber o que podia ou não fazer como acompanhante  
 [ 4 ] deixou ansioso/nervoso  
 [ 5 ] ficou seguro com o cuidado prestado  
 [ 6 ] sentiu-se envolvido com a situação  
 [ 7 ] teve sentimento de obrigação em ser acompanhante  
 [ 8 ] achou o ambiente adequado para te receber (espaço físico, cadeira para sentar, etc)  
 [ 9 ] os seus pertences e os da mulher foram guardados em local adequado  
 [ 10 ] a privacidade da mulher foi respeitada  
 [ 11 ] foi uma experiência que não quer viver novamente  
 [ 12 ] nenhum

**Entrevistador diga:**<Nome do acompanhante> agora vou lhe fazer algumas perguntas sobre como você se sentiu em acompanhar a <nome da mulher>durante a triagem (na hora da internação). Para cada pergunta vou lhe mostrar um papel com algumas carinhas e você irá apontar qual delas representa a forma como se sentiu.

**Entrevistador:** faça o registro conforme a classificação abaixo.



1



2



3



4



5

	Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Satisfeito	Bem Satisfeito	Muito Satisfeito
84. Como você se sentiu recebido? (TRIRECEB)	[ 1 ]	[ 2 ]	[ 3 ]	[ 4 ]	[ 5 ]
85. Como você se sentiu com as orientações sobre seu papel? (TRIPAPPEL)	[ 1 ]	[ 2 ]	[ 3 ]	[ 4 ]	[ 5 ]

86. Como você se sentiu com relação à forma como cuidaram mulher? (TRICUIDA)	[ _ ]	[ _ ]	[ _ ]	[ _ ]	[ _ ]
87. Como você se sentiu com relação à forma como lhe explicaram o que estava acontecendo? (TRIEXP)	[ _ ]	[ _ ]	[ _ ]	[ _ ]	[ _ ]
88. Como você se sentiu com relação à forma como estimularam sua participação? (TRIESTIM)	[ _ ]	[ _ ]	[ _ ]	[ _ ]	[ _ ]
89. De modo geral, como você se sentiu com a experiência de ser acompanhante da mulher na triagem obstétrica? (TRIGERAL)	[ _ ]	[ _ ]	[ _ ]	[ _ ]	[ _ ]

### SEÇÃO 5 – DADOS SOBRE A PARTICIPAÇÃO DO ACOMPANHANTE DURANTE O TRABALHO DE PARTO

**Entrevistador:** <Nome do acompanhante> agora vou fazer algumas perguntas sobre a sua participação como acompanhante durante o trabalho de parto.

90. Quanto tempo você acompanhou a <nome da mulher> entre o trabalho de parto até o nascimento do bebê, aproximadamente? (TEMPOTP)  
[ ] horas [ ] min

91. Quem lhe convidou para participar do trabalho de parto (antes do bebê nascer)? [NÃO LER AS ALTERNATIVAS, MARCAR MAIS DE UMA SE FOR O CASO] (QUEMTP)

[ \_ ] a mulher [ \_ ] enfermeira [ \_ ] médico  
[ \_ ] ninguém [PASSE PARA 93] [ \_ ] outro. Qual? \_\_\_\_\_

92. Em que momento você foi convidado para ser acompanhante da <nome da mulher> no trabalho de parto? [NÃO LER AS ALTERNATI-

VAS, MARCAR MAIS DE UMA SE FOR O CASO] (MOMACOTP)

[ 1 ] quando soube que a mulher estava grávida

[ 2 ] durante a gestação

[ 3 ] semanas antes do nascimento

[ 4 ] na hora de ir para a maternidade

[ 5 ] no momento da internação

[ 6 ] outra. Qual? \_\_\_\_\_

93. Você permaneceu ao lado da <nome da mulher> durante o atendimento dos profissionais e realização de procedimentos durante (toque vaginal, avaliação dos batimentos cardíacos do bebê) o trabalho de parto (antes do bebê nascer)? (LADOTP)

[ 1 ] sim

[ 2 ] não

94. Você foi incentivado pelo profissional de saúde a acompanhar o trabalho de parto (antes do bebê nascer)? (TPINCENT)

[ 1 ] sim

[ 2 ] não

95. Quais das ações foram realizadas pelos profissionais de saúde durante o trabalho de parto (antes do bebê nascer)? [LER AS ALTERNATIVAS, MARCAR MAIS DE UMA SE FOR O CASO] (PROFTP)

[ 1 ] os profissionais se apresentaram para você

[ 2 ] chamaram você pelo nome

[ 3 ] forneceram informações sobre a situação e o atendimento prestado

[ 4 ] perguntaram se você tinha alguma dúvida ou precisava de alguma orientação

[ 5 ] levaram você para conhecer a área física

[ 6 ] forneceram orientações escritas sobre o que podia fazer como acompanhante

[ 7 ] orientaram sobre o seu direito à alimentação durante a sua permanência na maternidade

[ 8 ] nenhuma

96. Os profissionais responderam as perguntas que você fez durante o trabalho de parto (antes de o bebê nascer)? (PERGUTP)

[ 1 ] sim

[ 2 ] não

[ 3 ] não realizou perguntas

97. Você percebeu que os profissionais estavam interessados em sua participação nos cuidados com a <nome da mulher> durante o trabalho de parto (antes de o bebê nascer)? (INTERTP)

[ 1 ] sim

[ 2 ] não

98. Você recebeu orientações dos profissionais sobre atividades que você

poderia fazer como acompanhante durante o trabalho de parto (antes de o bebê nascer)? (TPORITP)

sim  não

99. Você recebeu orientações dos profissionais sobre atividades que você poderia fazer como acompanhante durante o parto (na hora de nascer mesmo)? (TPORIPA)

sim  não

100. Você recebeu orientações dos profissionais sobre atividades que você poderia fazer como acompanhante após o parto? (TPORIPP)

sim  não

101. Quais os profissionais que orientaram você sobre o papel do acompanhante durante o trabalho de parto (antes do bebê nascer)? [NÃO LER AS ALTERNATIVAS, MARCAR MAIS DE UMA SE FOR O CASO] (QUAPROTP)

não recebi nenhuma orientação

o profissional não se identificou

enfermeiro  médico

estudante de enfermagem  estudante de medicina

técnicos e auxiliares de enfermagem  outros. Quem? \_\_\_\_\_

102. Você encorajou a <nome da mulher> durante o trabalho de parto (antes do bebê nascer)? (TPENCO)

sim  não

103. Você tranquilizou a <nome da mulher> durante o trabalho de parto (antes do bebê nascer)? (TPTRAN)

sim  não

104. Você elogiou a <nome da mulher> durante o trabalho de parto (antes do bebê nascer)? (TPELOG)

sim  não

105. Você considera que apoiou a <nome da mulher> durante o trabalho de parto (antes do bebê nascer)? (TPAPOIO)

sim  não

106. Durante o trabalho de parto você ajudou a <nome da mulher> em alguma atividade? [LER AS ALTERNATIVAS, MARCAR MAIS DE UMA SE FOR O CASO] (ATIVNOTP)

A caminhar

A mudar de posição (sentar, deitar, andar, ficar de cócoras, posição

na cama)

[ 3 ] A usar o cavalinho

[ 4 ] A usar a bola

[ 5 ] A tomar banho

[ 6 ] Realizou massagem

[ 7 ] Nenhuma

107. Você realizou alguma atividade de apoio ou orientação à <nome da mulher>? [LER AS ALTERNATIVAS, MARCAR MAIS DE UMA SE FOR O CASO] (APORIETP)

[ 1 ] falou para ela se acalmar/tranquilizar

[ 2 ] falou para ela não gritar

[ 3 ] falou que o trabalho de parto é assim mesmo

[ 4 ] fez carinho

[ 5 ] solicitou analgesia para a equipe de saúde

[ 6 ] ficou ao lado dela

[ 7 ] segurou a mão

[ 8 ] acompanhou a realização de exames (cardiotoco, exames de sangue, etc)

[ 9 ] não realizou nenhuma atividade de apoio/orientação

[ 10 ] realizou outra atividade. Qual? \_\_\_\_\_

108. Você considera que conseguiu negociar as vontades da <nome da mulher> junto aos profissionais de saúde durante o trabalho de parto (antes do bebê nascer)? (NEGTP)

[ 1 ] sim       [ 2 ] não       [ 3 ] a mulher não expressou vontades

109. Os profissionais de saúde ofereceram líquidos e/ou alimentos para a <nome da mulher> durante o trabalho de parto? (PRALIMTP)

[ 1 ] sim       [ 2 ] não

110. Você ofereceu líquidos e/ou alimentos para a <nome da mulher> durante o trabalho de parto (antes do bebê nascer)? (ACALIMTP)

[ 1 ] sim       [ 2 ] não

111. Você considera que deu informações a <nome da mulher> sobre o que estava acontecendo durante o trabalho de parto (antes do bebê nascer)? (INFOTP)

[ 1 ] sim       [ 2 ] não

112. Qual opinião/sentimento você relaciona com a sua experiência de ter acompanhado a <nome da mulher> no trabalho de parto? [LER AS ALTERNATIVAS, MARCAR MAIS DE UMA SE FOR O CASO] (OPI-

SENTP)

[ \_1\_ ] ajudou a ficar tranquilo

[ \_2\_ ] ajudou a tirar as dúvidas sobre o trabalho de parto e parto

[ \_3\_ ] ajudou a saber o que podia ou não fazer como acompanhante

[ \_4\_ ] deixou ansioso/nervoso

[ \_5\_ ] ficou seguro com o cuidado prestado

[ \_6\_ ] sentiu-se envolvido com a situação

[ \_7\_ ] ficou preocupado com a dor que a mulher sentiu

[ \_8\_ ] sentiu-se impotente em não poder diminuir o desconforto da mulher

[ \_9\_ ] teve sentimento de obrigação em ser acompanhante

[ \_10\_ ] achou o ambiente adequado para te receber (espaço físico, cadeira para sentar, etc)

[ \_11\_ ] a privacidade da mulher foi respeitada

[ \_12\_ ] teve dificuldades de entrar e sair do centro obstétrico quando solicitou

[ \_13\_ ] foi uma experiência que não quer viver novamente

[ \_14\_ ] nenhum

**Entrevistador diga:** <Nome do acompanhante> agora vou lhe fazer algumas perguntas sobre como você se sentiu em acompanhar a <nome da mulher> durante o trabalho de parto. Para cada pergunta vou lhe mostrar um papel com algumas carinhas e você irá apontar qual delas representa a forma como se sentiu.

**Entrevistador:** faça o registro conforme a classificação abaixo.



1



2



3



4



5

	Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Satisfeito	Bem Satisfeito	Muito Satisfeito
113. Como você se sentiu recebido? (TPRECEB)	[ _1_ ]	[ _2_ ]	[ _3_ ]	[ _4_ ]	[ _5_ ]
114. Como você se sentiu com as orientações sobre seu papel? (TPPAPEL)	[ _1_ ]	[ _2_ ]	[ _3_ ]	[ _4_ ]	[ _5_ ]

115. Como você se sentiu com relação à forma como cuidaram da mulher? (TPCUIDA)	[ 1 ]	[ 2 ]	[ 3 ]	[ 4 ]	[ 5 ]
116. Como você se sentiu com relação à forma como lhe explicaram o que estava acontecendo? (TPEXPLI)	[ 1 ]	[ 2 ]	[ 3 ]	[ 4 ]	[ 5 ]
117. Como você se sentiu com relação à forma como estimularam sua participação? (TPESTIM)	[ 1 ]	[ 2 ]	[ 3 ]	[ 4 ]	[ 5 ]
118. De modo geral, como você se sentiu com a experiência de ser acompanhante da mulher o trabalho de parto? (TPGERAL)	[ 1 ]	[ 2 ]	[ 3 ]	[ 4 ]	[ 5 ]

### SEÇÃO 6 – ALGUNS DADOS SOBRE O PARTO

**Entrevistador:** <Nome do acompanhante> agora vou fazer algumas perguntas sobre o parto.

119. Qual o tipo de parto você acompanhou? (TIPOPAR)

[ 1 ] parto normal      [ 2 ] cesariana

120. O parto foi prematuro? (PREMAT)

[ 1 ] sim      [ 2 ] não      [ 3 ] não sabe

121. Você tinha alguma preferência pelo tipo de parto antes de acompanhar a <nome da mulher>? (PREFPAR)

[ 1 ] sim, parto normal    [ 2 ] sim, cesariana    [ 3 ] não

122. A <nome da mulher> tinha alguma preferência pelo tipo de parto? (PREPAMUL)

[ 1 ] sim, parto normal    [ 2 ] sim, cesariana

[ 3 ] não **PASSE PARA 124**

123. A preferência da <nome da mulher> foi atendida? (PREFDAMU)

sim       não

124. O profissional que atendeu o parto foi o mesmo que acompanhou o pré-natal? (MESMOPN)

sim       não       não sabe

125. Quem assistiu (prestou assistência) ao parto? [NÃO LER AS ALTERNATIVAS, MARCAR MAIS DE UMA SE FOR O CASO] (ATEN-DPAR)

a mulher pariu sozinha       o profissional não se identificou

enfermeiro       médico

estudante de enfermagem       estudante de medicina

técnicos e auxiliares de enfermagem       outros. Quem? \_\_\_\_\_

126. Em que local aconteceu o parto? [NÃO LER AS ALTERNATIVAS, MARCAR SOMENTE UMA] (LOCALPA)

na sala de parto normal       no centro cirúrgico

no quarto de PPP (pré-parto, parto e pós-parto)

no leito do pré-parto

no leito (cama)       na triagem obstétrica

outro. Qual? \_\_\_\_\_

**SEÇÃO 7 – DADOS SOBRE A PARTICIPAÇÃO DO ACOMPANHANTE DURANTE O PARTO NORMAL (NA SALA DE PARTO NORMAL OU OUTRO LOCAL QUE TENHA OCORRIDO)**

**Entrevistador:** <Nome do acompanhante> agora vou fazer algumas perguntas sobre a sua participação como acompanhante da <nome da mulher> durante o parto.

127. Quem lhe convidou para participar parto (na hora de nascer mesmo)? [NÃO LER AS ALTERNATIVAS, MARCAR MAIS DE UMA SE FOR O CASO] (QUEMPART)

a mulher       enfermeira       médico

ninguém [PASSE PARA 129]       outro. Qual? \_\_\_\_\_

128. Em que momento você foi convidado para ser acompanhante da <nome da mulher> no parto (na hora de nascer mesmo)? [NÃO LER AS ALTERNATIVAS, MARCAR MAIS DE UMA SE FOR O CASO] (MOMCONPA)

quando soube que a <nome da mulher> estava grávida

durante a gestação

semanas antes do nascimento

[ 4 ] na hora de ir para a maternidade

[ 5 ] no momento da internação

[ 6 ] outra. Qual? \_\_\_\_\_

129. Você permaneceu ao lado da <nome da mulher> durante o atendimento dos profissionais e realização de procedimentos (episiotomia, uso de fórceps) durante o parto (na hora de nascer mesmo)? (LADOPAR)

[ 1 ] sim

[ 2 ] não

130. Você foi incentivado pelo profissional de saúde a acompanhar a <nome da mulher> durante o parto (na hora de nascer mesmo)? (INCPROPA)

[ 1 ] sim

[ 2 ] não

131. Quais das ações foram realizadas pelos profissionais de saúde no momento do parto? [LER AS ALTERNATIVAS, MARCAR MAIS DE UMA SE FOR O CASO] (PREALPA)

[ 1 ] os profissionais se apresentaram para você

[ 2 ] os profissionais chamaram você pelo nome

[ 3 ] forneceram informações sobre a situação e o atendimento prestado

[ 4 ] perguntaram se você tinha alguma dúvida ou precisava de alguma orientação

[ 5 ] forneceram orientações escritas sobre o que podia fazer como acompanhante

[ 6 ] orientaram sobre o seu direito à alimentação durante a sua permanência na maternidade

[ 7 ] nenhuma

132. Os profissionais responderam as perguntas que você fez durante o parto (na hora de nascer mesmo)? (PERGPART)

[ 1 ] sim

[ 2 ] não

[ 3 ] não realizou perguntas

133. Você percebeu que os profissionais estavam interessados em sua participação nos cuidados com a <nome da mulher> durante o parto (na hora de nascer mesmo)? (PROINTPA)

[ 1 ] sim

[ 2 ] não

134. Você recebeu orientações dos profissionais sobre o que você poderia fazer como acompanhante naquele momento (na hora nascer mesmo)? (ORIEACPA)

[ 1 ] sim

[ 2 ] não

135. Quais os profissionais que orientaram você sobre o papel do acom-

panhante durante o parto (na hora de nascer mesmo)? [NÃO LER AS ALTERNATIVAS, MARCAR MAIS DE UMA SE FOR O CASO] (QUA-PROPA)

não recebeu nenhuma orientação

o profissional não se identificou

enfermeiro

médico

estudante de enfermagem

estudante de medicina

técnicos e auxiliares de enfermagem  outros. Quem? \_\_\_\_\_

136. Você encorajou a <nome da mulher>no momento do parto (na hora de nascer mesmo)? (PAENCOR)

sim

não

137. Você tranquilizou a <nome da mulher>no momento do parto (na hora de nascer mesmo)? (PATRANQ)

sim

não

138. Você elogiou a <nome da mulher>no momento do parto (na hora de nascer mesmo)? (PAELOG)

sim

não

139. Você considera que apoiou a <nome da mulher>no momento do parto (na hora de nascer mesmo)? (APOIPA)

sim

não

140. Você realizou alguma atividade de apoio ou orientação à <nome da mulher>? [LER AS ALTERNATIVAS, MARCAR MAIS DE UMA SE FOR O CASO] (PAPOIORI)

falou para ela se acalmar/tranquilizar

falou para ela não gritar

falou para ela sobre o que estava acontecendo

disse para ela fazer força

orientou sobre a respiração

orientou sobre as contrações

falou que o parto é assim mesmo

fez carinho

solicitou analgesia para a equipe de saúde

ficou ao lado dela

segurou a mão

não realizou nenhuma atividade de apoio/orientação

realizou outra atividade. Qual? \_\_\_\_\_

141. Você considera que conseguiu negociar as vontades da <nome da

mulher>junto aos profissionais de saúde durante o parto (no momento de nascer mesmo)? (PARTNEG)

[ 1 ] sim      [ 2 ] não      [ 3 ] a mulher não expressou vontades

142. Qual posição a <nome da mulher>assumiu no momento do parto normal (na hora de nascer mesmo)? [LER AS ALTERNATIVAS E MARCAR SOMENTE UMA] (POSIPART)

[ 1 ] deitada de costas com as pernas levantadas

[ 2 ] deitada de lado

[ 3 ] sentada/reclinada

[ 4 ] na banheira

[ 5 ] de quatro apoios

[ 6 ] de cócoras

[ 7 ] de pé

143. Você auxiliou a <nome da mulher>a se posicionar para o parto (na hora de nascer mesmo)? (AUXPOSI)

[ 1 ] sim

[ 2 ] não

144. Você considera que explicou e informou a <nome da mulher>sobre o que estava acontecendo durante o parto (na hora de nascer mesmo)? (EXPLPAR)

[ 1 ] sim

[ 2 ] não

145. Qual opinião/sentimento você relaciona com a sua experiência de ter acompanhado a <nome da mulher> no parto (na hora de nascer mesmo)? [LER AS ALTERNATIVAS, MARCAR MAIS DE UMA SE FOR O CASO] (OPISENPA)

[ 1 ] ajudou ficar tranquilo

[ 2 ] deixou ansioso/nervoso

[ 3 ] ficou seguro com o cuidado prestado

[ 4 ] sentiu-se envolvido com o nascimento

[ 5 ] ajudou a tirar as dúvidas sobre o parto

[ 6 ] teve sentimento de obrigação em ser acompanhante

[ 7 ] foi gratificante

[ 8 ] ficou preocupado com a dor que a mulher sentiu

[ 9 ] sentiu-se impotente em não poder diminuir o desconforto da mulher

[ 10 ] achou o ambiente adequado para te receber

[ 11 ] a privacidade da mulher foi respeitada

[ 12 ] foi uma experiência que não quer viver novamente

[ \_ 13 \_ ] nenhuma

**Entrevistador diga:** <Nome do acompanhante> agora vou lhe fazer algumas perguntas sobre como você se sentiu em acompanhar a <nome da mulher> na sala de parto normal. Para cada pergunta vou lhe mostrar um papel com algumas carinhas e você irá apontar qual delas representa a forma como se sentiu.

**Entrevistador:** faça o registro conforme a classificação abaixo.



	Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Satisfeito	Bem Satisfeito	Muito Satisfeito
146. Como você se sentiu recebido? (PARECEBI)	[ _ 1 _ ]	[ _ 2 _ ]	[ _ 3 _ ]	[ _ 4 _ ]	[ _ 5 _ ]
147. Como você se sentiu com as orientações sobre seu papel? (PAPAPEL)	[ _ 1 _ ]	[ _ 2 _ ]	[ _ 3 _ ]	[ _ 4 _ ]	[ _ 5 _ ]
148. Como você se sentiu com relação à forma como cuidaram da mulher? (PACUID)	[ _ 1 _ ]	[ _ 2 _ ]	[ _ 3 _ ]	[ _ 4 _ ]	[ _ 5 _ ]
149. Como você se sentiu com relação à forma como cuidaram do bebê? (PARN)	[ _ 1 _ ]	[ _ 2 _ ]	[ _ 3 _ ]	[ _ 4 _ ]	[ _ 5 _ ]
150. Como você se sentiu com relação à forma como lhe explicaram o que estava acontecendo? (PAEXPL)	[ _ 1 _ ]	[ _ 2 _ ]	[ _ 3 _ ]	[ _ 4 _ ]	[ _ 5 _ ]

151. Como você se sentiu com relação à forma como estimularam sua participação? (PAESTIM)	[ 1 _ ]	[ 2 _ ]	[ 3 _ ]	[ 4 _ ]	[ 5 _ ]
152. De modo geral, como você se sentiu com a experiência de ser acompanhante da mulher durante o parto? (PAGERAL)	[ 1 _ ]	[ 2 _ ]	[ 3 _ ]	[ 4 _ ]	[ 5 _ ]

**SEÇÃO 8 – DADOS SOBRE A PARTICIPAÇÃO DO  
ACOMPANHANTE DURANTE O NASCIMENTO NA SALA DE  
CESARIANA**

**Entrevistador:** <Nome do acompanhante> agora vou fazer algumas perguntas sobre a sua participação como acompanhante durante o nascimento na sala de cesariana.

153. Quem lhe convidou para participar da cesariana? [**NÃO LER AS ALTERNATIVAS, MARCAR MAIS DE UMA SE FOR O CASO**] (CONVCES)

[ 1 \_ ] a mulher    [ 2 \_ ] enfermeira                    [ 3 \_ ] médico  
[ 4 \_ ] ninguém [**PASSE PARA 155**]            [ 5 \_ ] outro. Qual? \_\_\_\_\_

154. Em que momento você foi convidado para ser acompanhante da <nome da mulher>na cesariana? [**NÃO LER AS ALTERNATIVAS, MARCAR MAIS DE UMA SE FOR O CASO**] (MOMCES)

[ 1 \_ ] quando soube que a mulher estava grávida  
[ 2 \_ ] durante a gestação  
[ 3 \_ ] semanas antes do nascimento  
[ 4 \_ ] na hora de ir para a maternidade  
[ 5 \_ ] no momento da internação  
[ 6 \_ ] outra. Qual? \_\_\_\_\_

155. Você permaneceu ao lado da <nome da mulher>durante o procedimento cirúrgico (cesariana)? (LADO CES)

[ 1 \_ ] sim            [ 2 \_ ] não

156. Você foi incentivado pelo profissional de saúde a acompanhar a <nome da mulher>durante a cesariana? (INCENCES)

[ 1 \_ ] sim            [ 2 \_ ] não

157. Quais das ações foram realizadas pelos profissionais de saúde no momento da cesariana? [LER AS ALTERNATIVAS, MARCAR MAIS DE UMA SE FOR O CASO] (PROFCES)

os profissionais se apresentaram antes de conversar com você

os profissionais chamaram você pelo nome

forneceram informações sobre a situação e o atendimento prestado

perguntaram se você tinha alguma dúvida ou precisava de alguma orientação

forneceram orientações escritas sobre o que podia fazer como acompanhante

orientaram sobre o seu direito à alimentação durante a sua permanência na maternidade

nenhuma

158. Os profissionais responderam as perguntas que você fez durante a cesariana? (PERGCES)

sim

não

não realizou perguntas

159. Você percebeu que os profissionais estavam interessados em sua participação como acompanhante da <nome da mulher>durante a cesariana? (INTERCES)

sim

não

160. Você recebeu orientações dos profissionais que atenderam a <nome da mulher>sobre atividades que você poderia fazer como acompanhante durante a cesariana? (ATIVCES)

sim

não

161. Na sala de cesariana você recebeu orientações sobre atividades que poderia fazer como acompanhante depois que o bebê nascesse (no momento imediato após o parto)? (ATIPPCES)

sim

não

162. Quais os profissionais que orientaram você sobre o papel do acompanhante na sala de cirurgia durante a cesariana? [NÃO LER AS ALTERNATIVAS, MARCAR MAIS DE UMA SE FOR O CASO](QUAISCES)

não recebeu nenhuma orientação

o profissional não se identificou

enfermeiro

médico

estudante de enfermagem

estudante de medicina

técnicos e auxiliares de enfermagem  outros. Quem? \_\_\_\_\_

163. Você encorajou a <nome da mulher>durante a cesariana (na hora de nascer mesmo)? (CESENCO)

sim                       não

164. Você tranquilizou a <nome da mulher>durante a cesariana (na hora de nascer mesmo)? (CESTRANQ)

sim                       não

165. Você elogiou a <nome da mulher>durante a cesariana (na hora de nascer mesmo)? (CESELOG)

sim                       não

166. Você considera que apoiou a <nome da mulher>durante a cesariana (na hora de nascer mesmo)? (CESAPO)

sim                       não

167. Você realizou algum apoio ou orientação à <nome da mulher>? [LER AS ALTERNATIVAS, MARCAR MAIS DE UMA SE FOR O CASO] (APOICES)

falou para ela se acalmar/tranquilizar

falou para ela sobre o que estava acontecendo

falou que a cesárea é assim mesmo

fez carinho

solicitou analgesia para a equipe de saúde

ficou ao lado dela

segurou a mão

não realizou nenhuma atividade de apoio/orientação

realizou outra atividade. Qual? \_\_\_\_\_

168. Você considera que conseguiu negociar as vontades da <nome da mulher> mulher junto aos profissionais de saúde durante a cesariana? (NEGOCES)

sim             não             a mulher não expressou vontades

169. Você considera que explicou e informou a <nome da mulher>sobre o que estava acontecendo durante a cesariana? (ACONTCES)

sim             não

170. Qual opinião/sentimento você relaciona com a sua experiência de ter acompanhado a <nome da mulher> na cesariana? [LER AS ALTERNATIVAS, MARCAR MAIS DE UMA SE FOR O CASO] (OPINCES)

ajudou você a ficar tranquilo

ajudou você a tirar as dúvidas sobre o parto

- [ 3 ] deixou você ansioso/nervoso  
 [ 4 ] ficou seguro com o cuidado prestado  
 [ 5 ] teve sentimento de obrigação em ser acompanhante  
 [ 6 ] sentiu-se envolvido com o nascimento  
 [ 7 ] achou o ambiente adequado para te receber  
 [ 8 ] sentiu-se impotente  
 [ 9 ] ficou preocupado com a cirurgia  
 [ 10 ] foi gratificante  
 [ 11 ] a privacidade da mulher foi respeitada  
 [ 12 ] foi uma experiência que não quer viver novamente  
 [ 13 ] nenhum

**Entrevistador diga:** <Nome do acompanhante> agora vou lhe fazer algumas perguntas sobre como você se sentiu em acompanhar a <nome da mulher> durante a cesariana. Para cada pergunta vou lhe mostrar um papel com algumas carinhas e você irá apontar qual delas representa a forma como se sentiu.

**Entrevistador:** faça o registro conforme a classificação abaixo.



	Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Satisfeito	Bem Satisfeito	Muito Satisfeito
171. Como você se sentiu recebido? (CESRECE)	[ 1 ]	[ 2 ]	[ 3 ]	[ 4 ]	[ 5 ]
172. Como você se sentiu com as orientações sobre seu papel? (CESPAPEL)	[ 1 ]	[ 2 ]	[ 3 ]	[ 4 ]	[ 5 ]
173. Como você se sentiu com relação à forma como cuidaram da mulher? (CESCUIDA)	[ 1 ]	[ 2 ]	[ 3 ]	[ 4 ]	[ 5 ]

174. Como você se sentiu com relação à forma como cuidaram do bebê? (CESCUIRN)	[ 1 ]	[ 2 ]	[ 3 ]	[ 4 ]	[ 5 ]
175. Como você se sentiu com relação à forma como lhe explicaram o que estava acontecendo? (CESEXPLI)	[ 1 ]	[ 2 ]	[ 3 ]	[ 4 ]	[ 5 ]
176. Como você se sentiu com relação à forma como estimularam sua participação? (CESESTIM)	[ 1 ]	[ 2 ]	[ 3 ]	[ 4 ]	[ 5 ]
177. De modo geral, como você se sentiu com a experiência de ser acompanhante da mulher na cesariana? (CESGERAL)	[ 1 ]	[ 2 ]	[ 3 ]	[ 4 ]	[ 5 ]

**SEÇÃO 9 – DADOS SOBRE A PARTICIPAÇÃO DO  
ACOMPANHANTE NA SALA DE CUIDADOS COM O BEBÊ**

**Entrevistador:** <Nome do acompanhante> agora vou fazer perguntas sobre a sua participação nos cuidados com o bebê.

178. Após os cuidados imediatos, o bebê foi encaminhado para a UTI neonatal? (UTINEO)

[ 1 ] sim      [ 2 ] não

179. Você acompanhou o bebê durante os cuidados prestados após o nascimento? (ACOMRN)

[ 1 ] sim **PASSE PARA 181**      [ 2 ] não

180. Qual o motivo para você não ter acompanhado o bebê na sala de cuidados? [NÃO LER AS ALTERNATIVAS, MARCAR MAIS DE UMA SE FOR O CASO] (PQNAORN)

[ 1 ] a maternidade não permitiu [ 2 ] você não quis

[ 3 ] a mulher não quis [ 4 ] os profissionais de saúde não permitiram

[ 5 ] você não chegou a tempo [ 6 ] outro. Qual? \_\_\_\_\_



- [ 1 ] não recebeu nenhuma orientação  
 [ 2 ] o profissional não se identificou  
 [ 3 ] enfermeiro [ 4 ] médico  
 [ 5 ] estudante de enfermagem [ 6 ] estudante de medicina  
 [ 7 ] técnicos e auxiliares de enfermagem [ 8 ] outros. Quem? \_\_\_\_\_

188. Você realizou alguma atividade relacionada ao bebê? [LER AS ALTERNATIVAS, MARCAR MAIS DE UMA SE FOR O CASO] (ATIVIRN)

- [ 1 ] cortou o cordão umbilical  
 [ 2 ] deu o primeiro banho  
 [ 3 ] acalmou o bebê quando estava chorando  
 [ 4 ] fez carinho  
 [ 5 ] colocou a fralda  
 [ 6 ] ajudou a pesar  
 [ 7 ] pegou o bebê no colo  
 [ 8 ] conversou com o bebê  
 [ 9 ] levou o bebê para a mulher depois dos cuidados  
 [ 10 ] ajudou na primeira mamada  
 [ 11 ] não realizou nenhuma atividade relacionada ao bebê  
 [ 12 ] realizou outra atividade. Qual? \_\_\_\_\_

189. Qual opinião ou sentimento você relaciona com a sua experiência de ter acompanhado o bebê na sala de cuidados? [LER AS ALTERNATIVAS, MARCAR MAIS DE UMA SE FOR O CASO] (OPISENRN)

- [ 1 ] ajudou a ficar tranquilo  
 [ 2 ] ajudou a tirar as dúvidas sobre os cuidados com o bebê  
 [ 3 ] deixou ansioso/nervoso  
 [ 4 ] ficou seguro com o cuidado prestado  
 [ 5 ] teve sentimento de obrigação em ser acompanhante  
 [ 6 ] foi gratificante  
 [ 7 ] achou o ambiente adequado para te receber  
 [ 8 ] a privacidade do bebê foi respeitada  
 [ 9 ] foi uma experiência que não quer viver novamente  
 [ 10 ] nenhuma

**Entrevistador diga:** <Nome do acompanhante> agora vou lhe fazer algumas perguntas sobre como você se sentiu em acompanhar os cuidados com o bebê. Para cada pergunta vou lhe mostrar um papel com algumas carinhas e você irá apontar qual delas representa a forma como se sentiu.

**Entrevistador:** faça o registro conforme a classificação abaixo.



	Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Satisfeito	Bem Satisfeito	Muito Satisfeito
190. Como você se sentiu recebido? (RNRECEB)	[ 1 ]	[ 2 ]	[ 3 ]	[ 4 ]	[ 5 ]
191. Como você se sentiu com as orientações sobre seu papel? (RNPAPPEL)	[ 1 ]	[ 2 ]	[ 3 ]	[ 4 ]	[ 5 ]
192. Como você se sentiu com relação à forma como cuidaram do bebê? (RNCUIDA)	[ 1 ]	[ 2 ]	[ 3 ]	[ 4 ]	[ 5 ]
193. Como você se sentiu com relação à forma como lhe explicaram o que estava acontecendo? (RNEXPL)	[ 1 ]	[ 2 ]	[ 3 ]	[ 4 ]	[ 5 ]
194. Como você se sentiu com relação à forma como estimularam sua participação? (RNESTIM)	[ 1 ]	[ 2 ]	[ 3 ]	[ 4 ]	[ 5 ]

195. De modo geral, como você se sentiu com a experiência de acompanhar o bebê na sala de cuidados? (RNGERAL)	[ 1 ]	[ 2 ]	[ 3 ]	[ 4 ]	[ 5 ]
---	-------	-------	-------	-------	-------

**SEÇÃO 10 – DADOS SOBRE A PARTICIPAÇÃO DO ACOMPANHANTE NA SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-PARTO/PÓS-CESÁREA**

**Entrevistador:** <Nome do acompanhante> agora vou fazer perguntas sobre a sua participação nos cuidados com a <nome da mulher> na sala de recuperação pós-parto/pós-cesárea.

196. Você acompanhou a <nome da mulher> na sala de recuperação após o parto/pós-cesárea? (PPACOM)

[ 1 ] sim **PASSE PARA 198** [ 2 ] não

197. Qual o motivo para você não ter acompanhado a <nome da mulher> no pós-parto? [NÃO LER AS ALTERNATIVAS, MARCAR MAIS DE UMA SE FOR O CASO] (MOTIVOPP)

[ 1 ] a maternidade não permite [ 2 ] você não quis

[ 3 ] os profissionais de saúde não permitiram

[ 4 ] a mulher não quis

[ 5 ] outro \_\_\_\_\_ **PASSE PARA A PERGUNTA 218**

198. Quem lhe convidou para acompanhar a <nome da mulher> no período pós-parto/pós-cesárea? (QUEMPP)

[ 1 ] ninguém [ 2 ] enfermeira [ 3 ] médico

[ 4 ] amulher [ 5 ] outro. Qual? \_\_\_\_\_

199. Você permaneceu ao lado da <nome da mulher> durante a realização de procedimentos (banho, curativo, medicação)? (LADOPP)

[ 1 ] sim [ 2 ] não

200. Quais das ações foram realizadas pelos profissionais de saúde no pós-parto? [LER AS ALTERNATIVAS, MARCAR MAIS DE UMA SE FOR O CASO] (PROFPP)

[ 1 ] os profissionais se apresentaram antes de conversar com você

[ 2 ] os profissionais chamaram você pelo nome

[ 3 ] forneceram informações sobre a situação e o atendimento prestado

[ 4 ] perguntaram se você tinha alguma dúvida ou precisava de alguma

orientação

\_5\_ forneceram orientações escritas sobre o que podia fazer como acompanhante

\_6\_ orientaram sobre o seu direito à alimentação durante a sua permanência na maternidade

\_7\_ nenhuma

201. Os profissionais responderam as perguntas que você fez durante os cuidados prestados à <nome da mulher>no período pós-parto/pós-cesárea? (PERGPP)

\_1\_ sim            \_2\_ não            \_3\_ não realizou perguntas

202. Você percebeu que os profissionais estavam interessados em sua participação nos cuidados prestados à <nome da mulher>no período pós-parto? (INTERPP)

\_1\_ sim            \_2\_ não

203. Quais os profissionais que orientaram você sobre o papel do acompanhante nos cuidados prestados à <nome da mulher>no período pós-parto? [NÃO LER AS ALTERNATIVAS, MARCAR MAIS DE UMA SE FOR O CASO] (QUAISPP)

\_1\_ não recebeu nenhuma orientação

\_2\_ o profissional não se identificou

\_3\_ enfermeiro

\_4\_ médico

\_5\_ estudante de enfermagem

\_6\_ estudante de medicina

\_7\_ técnicos e auxiliares de enfermagem \_8\_ outros. Quem? \_\_\_\_\_

204. Você encorajou a <nome da mulher>no período pós-parto? (PPENCOR)

\_1\_ sim            \_2\_ não

205. Você tranquilizou a <nome da mulher>no período pós-parto? (PPTRANQ)

\_1\_ sim            \_2\_ não

206. Você elogiou a <nome da mulher>no período pós-parto? (PPELOG)

\_1\_ sim            \_2\_ não

207. Você considera que apoiou a <nome da mulher>no período pós-parto? (PPAPOI)

\_1\_ sim            \_2\_ não

208. Você considera que conseguiu negociar as vontades da <nome da

mulher>junto aos profissionais de saúde durante os cuidados prestados no pós-parto? (PPNEG)

\_1\_ sim      \_2\_ não      \_3\_ a mulher não expressou vontades

209. Você realizou alguma atividade de apoio/orientação à <nome da mulher>? [LER AS ALTERNATIVAS, MARCAR MAIS DE UMA SE FOR O CASO] (ATIVIDPP)

\_1\_ falou para ela se acalmar/tranquilizar

\_2\_ falou para ela sobre o que estava acontecendo

\_3\_ falou que o pós-parto é assim mesmo

\_4\_ fez carinho

\_5\_ perguntou a mulher se ela tinha dor ou outro desconforto

\_6\_ auxiliou nos cuidados com o bebê

\_7\_ auxiliou na amamentação

\_8\_ auxiliou na movimentação na maca/leito

\_9\_ orientou que descansasse

\_10\_ ficou ao lado dela

\_11\_ auxiliou a mulher no banho

\_12\_ auxiliou a mulher na alimentação ou ingestão hídrica

\_13\_ auxiliou a mulher a ir até o banheiro

\_14\_ segurou o bebê no colo

\_15\_ não realizou nenhuma atividade de apoio/orientação

\_16\_ realizou outra atividade. Qual? \_\_\_\_\_

210. Qual opinião/sentimento você relaciona com a sua experiência de ter acompanhado a <nome da mulher> no pós-parto? [LER AS ALTERNATIVAS, MARCAR MAIS DE UMA SE FOR O CASO] (OPISENPP)

\_1\_ ajudou a ficar tranquilo

\_2\_ ajudou a tirar as dúvidas sobre os cuidados com a mulher

\_3\_ ajudou a tirar as dúvidas sobre os cuidados com o bebê

\_4\_ deixou ansioso/nervoso

\_5\_ ficou seguro com o cuidado prestado

\_6\_ teve sentimento de obrigação em ser acompanhante

\_7\_ foi gratificante

\_8\_ achou o ambiente adequado para receber o acompanhante (espaço físico, cadeira, etc)

\_9\_ a privacidade da mulher foi respeitada

\_10\_ foi uma experiência que você não quer viver novamente

\_11\_ nenhuma

**Entrevistador diga:** <Nome do acompanhante> agora vou lhe fazer algumas perguntas sobre como você se sentiu em acompanhar a <nome da mulher> durante o período pós-parto/pós-cesárea. Para cada pergunta vou lhe mostrar um papel com algumas carinhas e você irá apontar qual delas representa a forma como se sentiu.

**Entrevistador:** faça o registro conforme a classificação abaixo.



1



2



3



4



5

	Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Satisfeito	Bem Satisfeito	Muito Satisfeito
211. Como você se sentiu recebido? (PPRECEB)	[ 1 ]	[ 2 ]	[ 3 ]	[ 4 ]	[ 5 ]
212. Como você se sentiu com as orientações sobre seu papel? (PPPAPEL)	[ 1 ]	[ 2 ]	[ 3 ]	[ 4 ]	[ 5 ]
213. Como você se sentiu com relação à forma como cuidaram da mulher? (PPCUIDA)	[ 1 ]	[ 2 ]	[ 3 ]	[ 4 ]	[ 5 ]
214. Como você se sentiu com relação à forma como cuidaram do bebê? (PPRN)	[ 1 ]	[ 2 ]	[ 3 ]	[ 4 ]	[ 5 ]
215. Como você se sentiu com relação à forma como lhe explicaram o que estava acontecendo? (PPACON)	[ 1 ]	[ 2 ]	[ 3 ]	[ 4 ]	[ 5 ]

216. Como você se sentiu com relação à forma como estimularam sua participação? (PPPART)	[_1_]	[_2_]	[_3_]	[_4_]	[_5_]
217. De modo geral, como você se sentiu com a experiência de acompanhar a mulher na sala de recuperação pós-parto? (PPGERAL)	[_1_]	[_2_]	[_3_]	[_4_]	[_5_]

**<Nome do acompanhante> agora farei uma pergunta relacionada ao atendimento prestado à <nome da mulher> durante o trabalho de parto e o parto.**

218. Gostaria que você respondesse se presenciou durante o atendimento no trabalho de parto e parto alguma das situações que irei ler [LER AS ALTERNATIVAS, MARCAR MAIS DE UMA SE FOR O CASO] (VIOLENC)

- os profissionais respeitaram as vontades da mulher
- os profissionais mostraram-se receptivos para solucionar as queixas da mulher
- as queixas da mulher foram tratadas com indiferença
- havia sempre um profissional disponível para atender as demandas da mulher
- os profissionais explicaram para a gestante o que estava acontecendo durante o trabalho de parto
- as informações relacionadas ao andamento do trabalho de parto foram repassadas à mulher de forma clara e de fácil compreensão
- os profissionais ofereceram alternativas para amenizar a dor e o desconforto da mulher durante o trabalho de parto
- o local em que a gestante vivenciou o trabalho de parto e o parto era adequado (permitia mobilização, baixa luminosidade, redução de ruídos)
- a mulher foi exposta a alguma situação de violência verbal (algum profissional xingou ou usou palavras que causaram ofensa a mulher)
- a mulher foi exposta a alguma violência física (algum profissional a empurrou, machucou ou fez algum exame de forma dolorosa)
- a mulher foi exposta a alguma violência psicológica (algum profis-

sional humilhou ou negou-se a atendê-la ou oferecer algum tipo de alívio da dor).



## **ANEXO B – INSTRUTIVO DE CAMPO**

### **UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

#### **INSTRUTIVO**

#### **PESQUISA “A PARTICIPAÇÃO DO ACOMPANHANTE DE ESCOLHA DA MULHER DURANTE O PRÉ-NATAL, TRABALHO DE PARTO, PARTO E PUERPÉRIO IMEDIATO”**

#### **QUESTIONÁRIO**

##### **Orientações ao entrevistador:**

Este guia apresenta as orientações para o entrevistador que irá realizar a coleta de dados da pesquisa “A participação do acompanhante de escolha da mulher no pré-natal, trabalho de parto e parto no sistema de saúde público e suplementar”. Aqui você encontrará os procedimentos padronizados que deverão ser seguidos e as alternativas para lidar com diferentes situações. É de extrema importância a consulta frequente deste material, visando a minimização de erros que possam interferir nos resultados da pesquisa.

**LEIA ATENTAMENTE AS ORIENTAÇÕES E ESCLAREÇA AS DÚVIDAS DURANTE O TREINAMENTO OU DIRETAMENTE COM A SUPERVISORA DE CAMPO (Carolina, pelo telefone 048 9118-2018).**

#### **SUMÁRIO**

1. O entrevistador	03
2. A conduta do supervisor e entrevistador	03
3. Recebimento e devolução dos questionários	03
4. Início do trabalho de campo	04
5. Seleção dos acompanhantes e a lista única de puérperas e acompanhantes	04
6. Etapas da entrevista	06

### 1. O entrevistador

Você, entrevistador, tem um papel essencial para a pesquisa, porém, para que contribua de forma efetiva é necessário que os dados coletados por você sejam válidos. Espera-se, portanto, que os dados correspondam ao mais próximo possível da realidade.

O sucesso da pesquisa depende da qualidade do trabalho de cada entrevistador.

### 2. A conduta do supervisor e entrevistador

O uso de roupas discretas e adequadas é de grande importância: não devem ser usadas roupas com cores chamativas, muito justas ou muito curtas, para que você fique à vontade para a tarefa que irá realizar. Não masque chicletes ou fume durante a entrevista. Sempre que estiver nas dependências da maternidade, utilize o crachá que será fornecido pelas pesquisadoras e porte a carta de autorização da instituição. Quando for levantada alguma dúvida quanto à sua relação com a pesquisa, apresente-os.

O material que sempre deverá estar com você: bolsa verde contendo o *netbook*, adaptador de tomada, extensão, instrumento impresso para coleta de dados (caso seja necessário o preenchimento manual), o instrutivo de campo, cópias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, cópias da Lista Única de Puérperas e Acompanhantes, régua com escala de satisfação, 2 canetas azuis, lápis, apontador, borracha, bloco de notas e lista com critérios de inclusão para participação dos acompanhantes.

A *pen drive*, para salvar cópia dos questionários, deverá ser guardada junto ao entrevistador em local diferente do *netbook*.

As dúvidas que surjam no decorrer da coleta de dados devem ser levadas ao supervisor, o mais rápido possível.

### 3. Recebimento e devolução dos questionários

Antes de iniciar a coleta de dados, você receberá do supervisor de campo um *netbook* contendo o questionário de forma digitalizada. Em cada unidade de saúde você deverá aplicar os seguintes instrumentos:

- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (impresso em duas vias);
- Questionário de entrevista com o acompanhante.

Ao final do dia você deverá exportar os questionários. Basta conectar a *Pen Drive* e clicar duas vezes no aplicativo CopiarPendrive.sh, localizado na Área de Trabalho. Após a transferência de dados, você deverá confirmar se as entrevistas foram exportadas para a *Pen Drive*. Para que os dados estejam acessíveis à toda rede de *netbooks* e supervisor, basta acessar a internet e aguardar a atualização. Caso haja necessidade de preencher os questionários manualmente, estes deverão ser entregues ao supervisor, de modo que este prazo não exceda uma semana.

**ATENÇÃO: NÃO ABRA OS ARQUIVOS DA PASTA “EXPORTADOS” DO SEU NETBOOK.**

#### **4. Início do trabalho de campo**

No primeiro dia de trabalho de campo no estabelecimento de saúde, os entrevistadores deverão ser apresentados pelo supervisor ao profissional de referência e aos profissionais envolvidos diretamente com a pesquisa. O entrevistador junto com o supervisor, acompanhando ou não pelo profissional de referência, deve visitar as dependências da unidade de saúde, identificar os locais de registro das puérperas internadas e localizar os acompanhantes elegíveis para a aplicação do Questionário.

#### **5. A Lista Única de Puérperas e Acompanhantes e a Seleção dos Acompanhantes**

Diariamente, o entrevistador deve elaborar a Lista Única de Puérperas e Acompanhantes. A lista consiste no registro de cada puérpera, que realizou o parto no estabelecimento de saúde, ordenada pelo dia e horário do parto. As fontes de informação para montagem da Lista Única de Puérperas e Acompanhantes serão: Livro de Admissão no Alojamento Conjunto e/ou Livro de Ocorrências da Enfermagem. Em cada unidade, caberá ao supervisor identificar as fontes de informação que você deverá utilizar para elaborar a Lista Única de Puérperas e Acompanhantes.

Serão incluídas na Lista todas as puérperas em que o parto tenha ocorrido no mínimo seis horas antes do início da entrevista, tenha sido gestação única, com nascimento de recém-nascido vivo. Não deverão ser incluídos casos de aborto (menos de 22 semanas de gestação ou peso inferior a 500 gramas) ou feto morto. Não deverão ser incluídas as puérperas cujo parto tenha ocorrido no domicílio, no transporte para a maternidade ou em outra unidade de saúde que não seja a maternidade selecionada (por exemplo: se o parto ocorreu na emergência da instituição essa puérpera não deverá ser incluída no estudo).

Os acompanhantes que deverão ser incluídos na Lista serão aqueles que acompanharam o trabalho de parto e parto. Os acompanhantes que acompanharam somente o trabalho de parto OU somente o parto não deverão ser incluídos.

A Lista Única de Puérperas e Acompanhantes consta de: Nome da puérpera, número do prontuário, nome do acompanhante, data do parto, horário do parto, data da entrevista, horário da entrevista, aceite de participação.

Após a montagem da Lista de puérperas (**1ª, 2ª, 3ª e 4ª colunas da tabela**), você deverá se dirigir até o quarto ou enfermaria de internação, apresentar-se à puérpera e perguntar sobre a presença do acompanhante no trabalho de parto e parto. Caso a puérpera relate que não houve acompanhante, você deverá agradecer pela informação e registrar no quadro da tabela “ **m m h** ” (ao invés do nome do acompanhante). Caso a puérpera indique a presença do acompanhante no trabalho de parto e parto, e este não estiver presente no quarto ou enfermaria o entrevistador deverá colocar no quadro da tabela a palavra “ ” (ao invés do nome do acompanhante). Se o acompanhante estiver presente naquele momento, ele deverá ser convidado a participar da pesquisa e, após autorização, seu nome deverá ser colocado na Lista. Registrar também data e horário da entrevista.

**ATENÇÃO:** todas as puérperas internadas deverão ser perguntadas sobre a presença ou não do acompanhante.

Assim, a Lista Única de Puérperas e Acompanhantes tem como objetivo conhecer o número de puérperas e garantir que todos os acompanhantes que estejam na maternidade sejam convidados a participar da entrevista.

**IMPORTANTE:** a Lista Única de Puérperas e Acompanhantes deverá ser fotografada no final do dia e enviada diariamente ao supervisor.

## 6. Etapas da entrevista

A realização das entrevistas deve ser no horário que melhor se adapte à rotina das enfermarias. Portanto, será priorizado o horário das 13:00 h às 18:00 e os dias da semana serão de segunda à domingo (inclusive feriados). O período contempla os sete dias da semana visando minimizar a perda de participantes. Excepcionalmente, poderão ser agendados outros horários, conforme agendamentos solicitados pelos acompanhantes. É importante estar atento ao horário agendado para alta da puérpera e recém-nascido, prevenindo, desta forma, a perda de entrevistados.

- a. A entrevista deverá ocorrer após seis horas do nascimento. Ex.: se o parto aconteceu às 4:00 h, o acompanhante da puérpera só poderá ser convidado a participar a partir das 10:00 h.
- b. Cabe ao entrevistador do acompanhante se informar sobre o quadro clínico da puérpera, bem como a situação do bebê (encaminhado à UTI neo, transferências, etc), antes de dirigir-se para o quarto ou enfermaria. Essas informações deverão ser obtidas com algum profissional de saúde (por exemplo: enfermeira). Nos casos em que a saúde da puérpera ou do bebê esteja debilitada aguardar momento oportuno.
- c. Cada entrevistador deverá realizar no **máximo 4 entrevistas por turno**, sempre iniciando com o acompanhante de puérpera com o parto mais antigo. Esta conduta visa minimizar perdas. Ex.: caso tenham dois acompanhantes de duas puérperas elegíveis, sendo que um dos partos ocorreu às 6:30 h e o outro às 10:00 h, o entrevistador deverá convidar primeiramente o acompanhante do parto que ocorreu às 6:30.
- d. As entrevistas que não puderem ser realizadas serão transferidas para o dia seguinte (podendo ser agendadas ou não pelo acompanhante).

### **Apresentação do entrevistador**

Quando for abordar a puérpera e o acompanhante, diga seu nome e apresente-se como auxiliar de pesquisa desenvolvida por pesquisadoras da Universidade Federal de Santa Catarina do Curso de Pós-graduação em Enfermagem. Pergunte o nome do acompanhante e anote no termo de consentimento à caneta, com letra legível.

### **Apresentação dos objetivos da pesquisa e de sua importância**

- a. Explique que se trata de uma pesquisa denominada “A participação do acompanhante de escolha da mulher no pré-natal, trabalho de parto e parto no sistema de saúde público e suplementar da Grande Florianópolis” e um dos principais objetivos desse estudo é identificar como o acompanhante participa do trabalho de parto e parto e quais as ações de apoio à mulher são realizadas. A partir das respostas encontradas será possível contribuir com o desenvolvimento de ações direcionadas ao acompanhante e à mulher, auxiliando no processo de parto e nascimento humanizados.
- b. Antes de iniciar a entrevista, apresente o “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido”, que é uma exigência do Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos. Entregue-o para o acompanhante ler. Oriente o acompanhante para uma leitura completa do termo e, se necessário, leia-o em voz alta de forma pausada e clara. É importante que você esclareça que

todas as informações serão mantidas em sigilo, procurando deixar o entrevistado seguro quanto à utilização e divulgação das respostas fornecidas. Ao final da apresentação entregue uma das vias do termo devidamente assinado para o entrevistado. **ATENÇÃO:** não esqueça de preencher o local reservado para o número do documento de Registro Geral (RG) do acompanhante.

c. Caso o entrevistado pergunte sobre o que foi relatado nas entrevistas anteriores, afirme que, da mesma forma que as informações dele serão mantidas em segredo, as demais pessoas também têm esse direito garantido e, desta forma, você (entrevistador) não poderá fornecer tais informações.

d. Se o acompanhante perguntar “por que” ele está sendo abordado e não outro acompanhante, explique que ele foi escolhido por critérios que foram verificados antes de convidá-lo (como por exemplo o horário do nascimento).

e. O entrevistador deve colocar-se à disposição para quaisquer esclarecimentos que estejam ao seu alcance e mostrar ao entrevistado que, com a cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ele poderá entrar em contato com as pesquisadoras responsáveis pelo estudo, bem como com o Comitê de Ética.

f. Seja flexível com o entrevistado e lembre-se que ele poderá desistir da entrevista em qualquer das etapas, conforme consta no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

### **Procedimentos no caso de recusa em participar da pesquisa**

- no caso do acompanhante se recusar em participar da entrevista, escute com atenção e tente esclarecer os objetivos e a importância da pesquisa. Caso o acompanhante, ainda assim, não queira participar, procure saber os motivos e peça autorização para registrar essa justificativa na Lista única de Puérperas e Acompanhantes (na 7ª coluna).

### **Procedimentos a serem seguidos para que a entrevista siga satisfatoriamente**

- toda informação que está entre colchetes [ ] é uma orientação que deverá ser seguida pelo entrevistador. Tenha muita atenção, pois cada orientação é de extrema importância para a qualidade dos dados que estão sendo coletados.

Por exemplo: 4. Qual a cor da sua pele? [LER AS OPÇÕES, E MARCAR SOMENTE UMA]

- toda informação que está entre parênteses ( ) nas perguntas deverá ser lida pelo entrevistador para o entrevistado somente se for necessário. Por exemplo: 17. Você possui experiência anterior em acompanhar alguma mulher durante o parto normal (na hora de nascer mesmo)?
- toda informação que está entre parênteses ( ) nas respostas deverá ser lida pelo entrevistador para o entrevistado somente se for necessário. Por exemplo. Resposta da questão 106: a mudar de posição (sentar, deitar, andar, ficar de cócoras, posição na cama).
- sempre chamar o entrevistado pelo nome, principalmente no início de cada sessão, conforme o enunciado informatizado indica;
- ter o cuidado de reforçar para o entrevistado em qual etapa estão sendo realizadas as perguntas, ou seja, o momento em que o acompanhante deverá lembrar para que possa responder as perguntas (pré-natal, trabalho de parto, parto, pós-parto, cuidados com o bebê);
- toda vez que o entrevistador clicar na opção de resposta “outra” abrirá um espaço para que seja digitada a informação. Caso não seja digitado a entrevista não terá continuidade, pois o programa ficará travado até se seja preenchida a informação ou selecionada outra opção de resposta;
- você irá notar no decorrer da entrevista que, de acordo com as respostas dos acompanhantes, haverá PASSES que o levarão para outras perguntas; Por exemplo: na questão 21, se o acompanhante responder que “sim”, você será direcionado para a pergunta 22. Caso o acompanhante responda “não”, você será direcionado para a pergunta 23.
- a **seção 1** se refere aos **dados de identificação**, fique atento às informações registradas e, se necessário, peça que o acompanhante repita a resposta;
- a **seção 2** se refere aos dados sobre a **experiência de ser acompanhante**, fique atento, pois a maioria das respostas dessa seção se refere à experiência pregressa, ou seja, experiências anteriores à atual. Esclareça sempre essa informação ao acompanhante;
- a **seção 3** se refere aos dados sobre a participação do acompanhante na **gestação e pré-natal**. Fique atento e sempre lembre o acompanhante sobre qual etapa você está perguntando;
- a **seção 4** se refere aos dados sobre a participação do acompanhante na **sala de triagem obstétrica ou internação**, ou seja, no momento em que o acompanhante esteve com a gestante para realizar a internação. Fique atento e explique para o acompanhante qual é o momento que ele deverá lembrar para responder as perguntas;
- a **seção 5** se refere aos dados sobre a participação do acompanhante

durante o **trabalho de parto**. Lembre-se que o trabalho de parto pode ter iniciado ainda na sala de triagem obstétrica, no momento da interação. Dessa forma, muitas das ações do acompanhante podem ter sido realizadas ainda na sala da triagem (por exemplo: massagem, banho, etc). Em algumas maternidades, o local da triagem obstétrica disponibiliza ao acompanhante e à gestante o início das ações para estimular e auxiliar a mulher no trabalho de parto (por exemplo: caminhar).

- a **seção 6** está relacionada aos dados sobre o **parto**. Aqui o entrevistador deve situar o acompanhante, informando o que serão solicitados alguns dados do parto, como por exemplo o tipo de parto que ele acompanhou.

- a **seção 7** trará perguntas relacionadas aos dados sobre a participação do acompanhante durante o **parto normal**. Fique atento pois esta seção trará perguntas sobre o momento do parto propriamente dito, ou seja, o momento do nascimento do bebê, quando a dilatação uterina está completa e a mulher se posiciona para a saída do bebê. Vale ressaltar, que nem sempre o parto normal acontece na sala de parto.

- a **seção 8** se refere aos dados sobre a participação do acompanhante durante o nascimento na sala de **cesariana**. Nos casos em que foi realizado intervenção cirúrgica, ou seja, cesariana, o acompanhante responderá a seção 8. É importante prestar atenção à este momento, pois na maioria dos casos a mulher estará vivenciando o trabalho de parto ainda na sala de cesariana. Portanto, serão consideradas as ações que o acompanhante realizou a partir do momento que entrou na sala de cesariana, independente de já ter sido iniciado ou não o procedimento cirúrgico.

- a **seção 9** se refere aos dados sobre a participação do acompanhante na sala de **cuidados com o recém-nascido**. Explique para o acompanhante que este é o momento que o bebê foi examinado e realizado procedimentos de rotina (como pesar, medir, etc), estes cuidados podem ser realizados em sala de cuidados para o recém-nascido ou na própria sala de parto ou de cesariana (antes do bebê ser encaminhado para a UTINEONATAL, por exemplo).

- a **seção 10** se refere aos dados sobre a participação do acompanhante na sala de **recuperação pós-parto/pós-cesariana**. Esta é a última seção, explique isto para o acompanhante. Esta é o momento que será resgatado ações que o acompanhante realizou no pós-parto e pós-cesariana. Fique atento, pois dependendo da maternidade o pós-parto/cesariana poderá acontecer em locais diferentes. Em alguns casos, poderá acontecer na Sala de Recuperação Pós-anestésica ou no próprio quarto da gestante. Dessa forma, valorize o que foi realizado pelo acompanhante e não o lo-

cal e o período exato do pós-parto/cesariana que foram realizadas.

- a pergunta **218** foi acrescentada para verificarmos como o acompanhante percebeu o **atendimento realizado à mulher**, além disso, será analisado a ocorrência de situações de violência obstétrica. É importante que o entrevistador mantenha-se neutro e não interfira nas respostas.

- ao final de cada seção haverá uma tela com perguntas relacionadas com a satisfação do acompanhante, fique atento! O acompanhante deverá indicar qual a “carinha” que mais se aproxima com a sua satisfação. Proceda da seguinte forma: faça a pergunta e peça para o entrevistado olhar a régua que você terá em mãos e indicar qual a “carinha” que ele mais se identificou para a situação questionada.

### **Preenchimento do questionário**

a. Não deixe de assinalar nenhuma questão! Se isso acontecer, automaticamente o sistema digital irá acusar a falta de preenchimento de determinadas questões e isso impedirá o avanço da entrevista. No caso da utilização de questionário impresso, a falta de preenchimento de alguma questão poderá gerar dúvidas se tal questão foi ou não respondida. Fique atento e evite perda de dados.

b. É importante registrar as respostas no questionário sem omitir, nem acrescentar dados e não influenciar nas respostas. Escreva a forma exata como o entrevistado respondeu, principalmente quando for preenchido o campo “outros. \_\_\_\_\_”

c. Valorize tudo que o entrevistado disser que tenha relação com a pesquisa. Ao final do questionário haverá um campo para registro das observações.

d. Se for necessário aplicar o questionário impresso SEMPRE fazer uma revisão rápida antes de finalizar a entrevista, para verificar se todos os itens foram preenchidos.

### **Etapa final**

Ao final da entrevista, coloque-se, mais uma vez, à disposição do entrevistado e agradeça a sua colaboração.

### **7. Orientações sobre itens específicos do questionário**

a) A questão 5 **NÃO** deverá ser lida para o acompanhante. Esta questão é uma pergunta direcionada para o entrevistador e deverá ser respondida imediatamente após o acompanhante responder a questão 4.

b) Caso o acompanhante responda “sim” na questão 8, o entrevistador

deverá ficara tento para responder a questão 9. Registrar somente os anos que o entrevistado estudou e não contar os anos repetidos. Ajudar o acompanhante na contagem de anos, se necessário.

c) A resposta da questão 11 deverá ser assinalada conforme a primeira indicação do acompanhante. Por exemplo: se a acompanhante for sogra e doula deverá ser assinalado o parentesco/vínculo que primeiro for dito.

d) Na questão 23 somente marcar a resposta “sim” se o acompanhante participou de 3 ou mais encontros em algum curso sobre gestação/parto. Nessa opção vamos considerar que ele tenha participado de cursos de parto e/ou gestação.

e) Na questão 26, caso o acompanhante pergunte, as razões para a interação não precisam estar relacionadas somente à gestação.

f) Atenção na questão 30. A resposta que o acompanhante irá indicar deverá estar de acordo com a resposta da questão 29. Por exemplo: se o acompanhante respondeu que a mulher que ele acompanhou realizou pré-natal no serviço público não está de acordo marcar na questão 30 “no consultório médico particular ou clínica particular”.

g) Na questão 34 o entrevistado poderá referir que não lembra exatamente o número de consultas que acompanhou. Caso isso ocorra, peça para lembrar o número aproximado e registre.

h) Na questão 90 os dois quadros para preenchimento devem ser registrados, ou seja, deverá ser colocado horas e minutos (de 0 à 59). Não esqueça de preencher!

i) A questão 120 se refere à ocorrência de parto prematuro. Caso o acompanhante não saiba o que é o trabalho de parto prematuro explique de maneira clara: o nascimento de um bebê antes de ter completado 37 semanas de gestação.

j) A questão 123 é auto respondida, ou seja, você não precisa marcar nenhuma alternativa na resposta. Fique atento! Ela está relacionada com a preferência de parto da mulher, respondida na questão 122.

k) A questão 218 se refere à violência obstétrica. Tenha muito cuidado para não influenciar essas respostas. Somente leia a pergunta, conforme está no questionário. Se o entrevistado solicitar maiores esclarecimentos leia as frases contidas nos parênteses.

l) O quadro final do questionário está disponível para o entrevistador acrescentar dados que o acompanhante queira relatar, que podem ser referentes à questão 218 ou não. Coloque neste espaço somente o que o entrevistado relatar.

## ANEXO C – *CHECK LIST* COM CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

### CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- acompanhante de mulher cuja gestação foi **única**;
- acompanhante deverá ter participado do trabalho de parto e parto;
- a entrevista deverá ser realizada **somente 6 horas ou mais após o parto**;
- somente serão incluídos acompanhantes de trabalho de parto e parto que ocorreram nas **dependências da maternidade**.

**Atenção:** serão incluídos acompanhantes menores de idade, desde que seja autorizado por responsável legal no TCLE.

### CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- ser acompanhante de mulher submetida à cesariana eletiva, uma vez que não entrou em trabalho de parto, e o acompanhante não teve a oportunidade de realizar ações de apoio nesse período.
- serão excluídos os acompanhantes de mulheres que foram a óbito, mulheres cujo feto ou recém-nascido foram a óbito.







## ANEXO E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO ACOMPANHANTE DE PARTO NA MATERNIDADE

Título do Projeto: A participação do acompanhante de escolha da mulher no pré-natal, trabalho de parto e parto no sistema de saúde público e suplementar da Grande Florianópolis.

Eu \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_, residente à \_\_\_\_\_ abaixo assinado(a), fui informado(a) que está sendo realizada uma pesquisa com os objetivos de: avaliar como o acompanhante de escolha da mulher tem participado durante o pré-natal, assim como no trabalho de parto, parto e pós-parto imediato nas maternidades públicas e privadas; saber como está sendo a experiência do acompanhante; e como o acompanhante tem apoiado a mulher. A minha participação consistirá em aceitar ser entrevistado(a), para que eu fale sobre o que eu vivenciei, como foi a experiência de ser acompanhante no pré-natal da mulher que estou acompanhando e também na maternidade. Para tanto, permitirei que os dados sejam registrados em um formulário e também que parte da entrevista seja gravada. Foi-me garantido que: a gravação será destruída, assim que terminar a pesquisa; todas as informações coletadas serão confidenciais e meu nome será mantido em sigilo. Minha participação na pesquisa não me trará benefícios diretos, embora os resultados desta pesquisa poderão contribuir para a melhoria da assistência no pré-natal, trabalho de parto, parto e pós-parto. Recebi orientação de que corro o risco de me sentir constrangido(a) em fornecer algumas informações. No entanto, também fui informado(a) e estou ciente que tenho o direito de não responder a qualquer pergunta, que posso falar o que realmente penso, em qualquer momento posso desistir de participar desta pesquisa, sem penalização ou prejuízo algum para mim e para a assistência da mulher que estou acompanhando. Assim, aceito voluntariamente participar da pesquisa. Para qualquer esclarecimento, poderei procurar a Prof. Dra. Odaléa Maria Brüggemann no Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) ou pelos telefones (48) 37219480 ou (48) 96161337, das 9 às 18 horas, ou contatar o Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC pelo telefone (48) 3721-9206 das 7.00 às 19.00 horas.

Florianópolis, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201 \_\_\_\_ .

Assinatura do acompanhante: \_\_\_\_\_

Assinatura do responsável: \_\_\_\_\_

RG do responsável: \_\_\_\_\_

Assinatura da pesquisadora: \_\_\_\_\_

## ANEXO F - FORMULÁRIO DE PERGUNTAS POR TELEFONE

### FORMULÁRIO DE PERGUNTAS POR TELEFONE

#### SESSÃO 1

- Qual a data do seu nascimento? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (questão 1)
- Qual foi o último grau de escolaridade que você cursou? (questão 10)
  - [ 1 ] Ensino Fundamental (1º grau)
  - [ 2 ] Ensino Fundamental (1º grau) Incompleto
  - [ 3 ] Ensino Médio (2º grau)
  - [ 4 ] Ensino Médio (2º grau) Incompleto
  - [ 5 ] Ensino Superior (3º grau)
  - [ 6 ] Ensino Superior (3º grau) Incompleto
- Qual o seu parentesco/vínculo com a nome da mulher que vc acompanhou? (questão 11)
 

<input type="checkbox"/> [ 1 ] Companheiro	<input type="checkbox"/> [ 2 ] pai do bebê	<input type="checkbox"/> [ 3 ] mãe
<input type="checkbox"/> [ 4 ] Amiga	<input type="checkbox"/> [ 5 ] irmã	<input type="checkbox"/> [ 6 ] tia
<input type="checkbox"/> [ 7 ] Cunhada	<input type="checkbox"/> [ 8 ] Sogra	<input type="checkbox"/> [ 9 ] Doula
<input type="checkbox"/> [ 10 ] Outro. Qual? _____		

#### SESSÃO 2

- Na experiência atual, como soube da possibilidade de acompanhar a mulher no trabalho de parto, parto e pós-parto? [**não ler as alternativas, marcar mais de uma se for o caso**] (questão 20)
 

<input type="checkbox"/> [ 1 ] pela mulher	<input type="checkbox"/> [ 2 ] informações de amigos/ conhecidos
<input type="checkbox"/> [ 3 ] pela mídia (TV, rádio, jornal...)	
<input type="checkbox"/> [ 4 ] curso de gestantes/palestras	
<input type="checkbox"/> [ 5 ] já foi acompanhante anteriormente	<input type="checkbox"/> [ 6 ] no pré-natal
<input type="checkbox"/> [ 7 ] na maternidade/ hospital	<input type="checkbox"/> [ 8 ] outro. Qual? _____

#### SESSÃO 3

- Você acompanhou a mulher nas consultas de pré-natal? (questão 28)
 

<input type="checkbox"/> [ 1 ] sim	<input type="checkbox"/> [ 2 ] não
------------------------------------	------------------------------------

#### SESSÃO 4

- Você conhecia a maternidade antes de vir acompanhar a mulher? (questão 61)
 

<input type="checkbox"/> [ 1 ] sim	<input type="checkbox"/> [ 2 ] não
------------------------------------	------------------------------------



## ANEXO G - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** A PARTICIPAÇÃO DO ACOMPANHANTE DE ESCOLHA DA MULHER NO PRÉ-NATAL, TRABALHO DE PARTO E PARTO NO SISTEMA DE SAÚDE PÚBLICO E SUPLEMENTAR

**Pesquisador:** Odaléa Maria Bruggemann

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 25589614.3.0000.0121

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

**Patrocinador Principal:** MINISTERIO DA CIENCIA, TECNOLOGIA E INOVACAO

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 541.296

**Data da Relatoria:** 24/02/2014

#### Apresentação do Projeto:

" A PARTICIPAÇÃO DO ACOMPANHANTE DE ESCOLHA DA MULHER NO PRÉ-NATAL, TRABALHO DE PARTO E PARTO NO SISTEMA DE SAÚDE PÚBLICO E SUPLEMENTAR".

#### Objetivo da Pesquisa:

O objetivo primário é avaliar a participação do acompanhante de escolha da mulher durante a assistência pré-natal, no trabalho de parto, parto e pós-parto imediato no sistema de saúde público e suplementar; conhecer a percepção dos profissionais de saúde sobre a sua participação no pré-natal e desvelar a experiência do acompanhante como provedor de apoio à mulher do pré-natal ao pós-parto nos serviços de saúde e no domicílio.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo as pesquisadoras os possíveis riscos dos acompanhantes é o constrangimento em fornecer algumas informações. Como benefícios este estudo possibilitará a obtenção de indicadores sobre como o acompanhante tem sido inserido nas maternidades que estão cumprido a legislação vigente. Isso é de extrema relevância, uma vez que não basta apenas permitir a presença do acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, é necessário que a sua participação seja planejada e estimulada já durante o pré-natal, que ele receba

**Endereço:** Campus Universitário Rector João David Ferreira Lima  
**Bairro:** Trindade **CEP:** 88.040-900  
**UF:** SC **Município:** FLORIANÓPOLIS  
**Telefone:** (48)3721-9206 **Fax:** (48)3721-9696 **E-mail:** cep@reitoria.ufsc.br





