



CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE  
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM  
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

ÉRICA DIONISIA DE LACERDA

**DIREITO DE ACOMPANHAMENTO AO PARTO: Conhecimento e concepção de  
gestantes**

CUITÉ  
2017

ÉRICA DIONISIA DE LACERDA

**DIREITO DE ACOMPANHAMENTO AO PARTO: Conhecimento e concepção de  
gestantes**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado à Coordenação do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande - UFCG, Campus Cuité, como exigência obrigatória para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Janaína von Söhsten Trigueiro.

CUITÉ  
2017

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE  
Responsabilidade Jesiel Ferreira Gomes - CRB 15 - 256

L131d Lacerda, Érica Dionisia de.

Direito de acompanhamento ao parto: conhecimento e concepção de gestantes. / Érica Dionisia de Lacerda. - Cuité: CES, 2017.

71 fl.

Monografia (Curso de Graduação em Enfermagem) - Centro de Educação e Saúde / UFCG, 2017.

Orientadora: Janaina von Söhsten Trigueiro.

1. Obstetrícia. 2. Gestante. 3. Lei de acompanhamento. 4. Parto. I. Título.

Biblioteca do CES - UFCG

CDU 618.2

ÉRICA DIONISIA DE LACERDA

**DIREITO DE ACOMPANHAMENTO AO PARTO: Conhecimento e concepção de gestantes**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado à Coordenação do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande - UFCG, Campus Cuité, como exigência obrigatória para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>a</sup> Dra. Janaína von Söhsten Trigueiro  
Orientadora  
UFCG/ CES/ UAENFE

---

Prof<sup>a</sup>. Msc. Amanda Haissa Barros Henriques  
Membro Examinador  
Instituto Federal de Pernambuco (IFPE) / Departamento de Enfermagem

---

Prof<sup>a</sup>. Msc. Joseane da Rocha Dantas Cavalcanti  
Membro Examinador  
UFCG/ CES/ UAENFE

Cuité-PB  
15 de agosto de 2017.

A Deus por iluminar sempre meu caminho, me amparar e me sustentar nos momentos mais difíceis.

Às pessoas que sempre estiveram ao meu lado, me acompanhando, apoiando e acreditando com fé em minha vitória: pais, irmãos, namorado, família e amigos, que nunca me permitiram desanimar e desistir. A eles, o meu amor incondicional, pois são preciosidades em minha vida. Dedico.

## AGRADECIMENTOS

Uma história não pode ser escrita em uma só linha, nem tampouco por uma única pessoa. Por isso, eu agradeço:

Primeiramente **à Deus** pela fé e por sempre está iluminando meu caminho, me dando forças para superar todas as dificuldades e obstáculos que surgiram, tornando está caminhada ainda mais árdua, contudo, com as fortalezas, amparo e sustentação do Senhor em todos os momentos da minha vida, consegui atingi esta grande vitória, de muitas outras que ainda estão por vim. A Ti honra e Glórias, Senhor!

Aos meus pais, **Joaquim Edneido e Maria Belizomar**, agradeço por tudo que fizeram por mim. Incessantemente lutaram, trabalharam incansavelmente e nunca mediram esforços, por mais difíceis que fossem, para dar o melhor para nossa família. Obrigada por sempre confiarem em meu potencial. Vocês sempre foram meus maiores exemplos de vida e de seres humanos. A vocês meu amor incondicional.

Aos meus irmãos, **Eloizia e Diogo**, por sempre estarem ao meu lado, me apoiando, apesar das brigas de vez em quando, mas, a nossa cumplicidade e o nosso amor sempre é e será mais forte e essencial.

Ao meu namorado, **Aucélio Lacerda**, por estar comigo em todos os momentos, sejam eles fáceis ou difíceis, que enfrentei para chegar onde estou hoje. Obrigada, por todo o amor, carinho, paciência, companheirismo e preocupações. Por aguentar minhas crises de ansiedade, estresse e choro quando o desespero bate. Que mesmo com toda a distância, se fez presente em minha vida, me apoiando, tranquilizando e me amando. Enfim, obrigada por acreditar sempre em mim. Amo-te.

A todos os **meus familiares** (Avos, tios, primos, padrinhos e madrinhas) que acompanharam, contribuíram e torceram por esta conquista.

Aos **meus amigos**, que foram fundamentais na minha caminhada e se constituíram companheiros de noites de estudo e de descanso também. As minhas companheiras de casas, **Natália, Janaína e Eloízia**, que me aturaram por quase quatro anos e dividiram comigo muitos momentos bons e ruins, obrigada também meninas por terem aguentado meus momentos insuportáveis de chatices e estresses, que foram muitos, mas nenhum pode estragar a nossa amizade. Acredito que todos vocês sejam anjos que Deus colocou me minha vida para que eu mantivesse firme aqui longe da minha família.

À minha querida orientadora, a **Profª. Janaína von Söhsten Trigueiro**, por ter me aceitado como orientanda. A você sou eternamente grata por todo o acolhimento, paciência,

sabedoria, dedicação e competência na construção dessa nossa pesquisa. Obrigada por ter sido minha guia, me ajudado e orientando qual o melhor caminho a trilhar para chegar ao final dessa etapa. Gratidão é a palavra certa para expressar meu carinho por você.

À Banca Examinadora, **Amanda Haissa Barros Henriques e Joseane da Rocha Dantas Cavalcanti** por terem aceitado o convite para participação da minha banca avaliadora. Tenho certeza que as contribuições e considerações relevantes de vocês somaram para o enriquecimento da minha pesquisa. Obrigada!

A **Gigliola Bernardo**, por todas as orientações, incentivo e ajuda na construção do projeto inicial dessa pesquisa.

A **todos os professores** que compõem o corpo docente do Curso de Bacharelado em Enfermagem, por terem compartilhado comigo, das mais variadas formas, suas experiências e uma das maiores virtudes que se pode ter: o conhecimento. A vocês, minha gratidão.

À **minha turma 2012.2**, agradeço por termos caminhado todo essa jornada juntos, apesar da divisão de grupinhos que sempre existem decorrentes da afinidade, mas todos seguiram juntos ajudando e contribuindo para que chegássemos ao fim desta longa caminhada.

À **todas as equipes da ESF III** – Elda Maria dos Santos Rodrigues e do Hospital Universitário Alcides Carneiro por terem contribuído para meu aprendizado, me ajudando a pôr em prática todo o conhecimento teórico adquirido durante todo o curso. Vocês foram essenciais e são exemplo de que equipe unida é o ponto chave para a efetivação do trabalho.

À **todas as gestantes entrevistadas** por terem se disponibilizado a participar da minha pesquisa e pelas contribuições valiosíssimas que foram ofertadas. E a **todas as enfermeiras** das Unidades de Saúde da zona rural do Município de Cuité, por terem me ajudado durante todo o trajeto de coletas de dados. Meu muito Obrigada!

E, a todos aqueles que de alguma forma contribuíram para minha formação acadêmica, profissional e pessoal.

“Ter desafios é o que faz a vida interessante, e superá-los é o que faz a vida ter sentido.”

Josheia J. Marine

## RESUMO

LACERDA, E. D. **Direito de acompanhamento ao parto:** conhecimento e concepção de gestantes. Cuité, 2017. 69f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) – Unidade Acadêmica de Enfermagem, Centro de Educação e Saúde, Universidade Federal de Campina Grande, Cuité-PB, 2017.

A gestação, o parto e nascimento são marcados por sentimentos profundos, dentro dos quais existem a criação de vínculos com a mãe-bebê-família. A lei 11.108 de 7 de abril de 2005 foi promulgada para garantir o direito à gestante de ter um acompanhante de sua escolha no processo de parturição. Diante dessa premissa, objetivou-se analisar o conhecimento da referida Lei na perspectiva de gestantes múltiparas em acompanhamento pré-natal. Trata-se de um estudo de natureza exploratório-descritiva sob a óptica de uma abordagem qualitativa, desenvolvido em Unidades Básicas de Saúde da Família da zona rural da cidade de Cuité-PB. A amostra estudada foi composta por oito (08) gestantes múltiparas em acompanhamento pré-natal. A coleta de dados ocorreu entre os meses de maio e junho do corrente ano. O material empírico foi analisado a partir do dispositivo metodológico do Discurso do Sujeito Coletivo e discutido à luz da literatura pertinente. No que diz respeito à caracterização sociodemográfica evidencia-se que a maioria das gestantes possui faixa etária média entre dezenove a trinta e oito anos, vive em união não oficializada e apresenta ensino médio completo. Quanto aos dados obstétricos, a maioria apresenta cinco ou mais gestações e todas iniciaram o pré-natal ainda no primeiro trimestre gestacional. Conformaram-se quatro quadros contendo as Ideias Centrais, as quais foram estabelecidas em consonância a análise dos discursos obtidos. Essas foram nomeadas, respectivamente, como: O sim solitário e O não plural; Tranquilidade e segurança, Fiscalização e Nervosismo; Boa experiência; Suporte emocional. Frente ao resultados constatou-se a existência de uma carência de conhecimento sobre a Lei 11.108/2005 por parte das gestantes entrevistadas. Apenas uma delas afirmou ter a experiência de um acompanhante durante o processo de parturição e ressaltou que o mesmo desempenha um papel de suma importância. Evidencia-se que para mudar a prática em relação ao nascimento é preciso humanizar a assistência desde o pré-natal. Porém, essa transformação deve começar pelos profissionais de saúde, sendo evidente a necessidade de sensibilizá-los para que possam oferecer maiores informações às parturientes e seus familiares sobre seus direitos. Recomenda-se que durante as consultas de pré-natal seja criado um espaço para promover ações educativas de maneira interativa e dinâmica, com a finalidade de proporcionar as gestantes um melhor conhecimento e aprendizado relacionados ao processo de gestar e parir. Ressalta-se, ainda, a necessidade de inserir os acompanhantes na assistência desde o pré-natal, para que os mesmos compreendam sua verdadeira função.

**Palavras-chave:** Gestante. Lei do Acompanhante. Parto.

## ABSTRACT

LACERDA, E. D. **Right of accompaniment to childbirth:** knowledge and conception of pregnant women. Cuite, 2017. 69f. Course Completion Work (Nursing Bachelor) - Academic Nursing Unit, Center for Education and Health, Federal University of Campina Grande, Cuité-PB, 2017.

Gestation, childbirth, and birth are marked by deep feelings within which bonding with the mother-baby-family exists. Law 11,108 of April 7, 2005 was promulgated to guarantee the right of the pregnant woman to have a companion of her choice in the parturition process. In view of this premise, the objective was to analyze the knowledge of this Law from the perspective of multiparous pregnant women in prenatal care. This is an exploratory-descriptive study under the perspective of a qualitative approach, developed in Basic Units of Family Health in the rural area of the city of Cuité-PB. The study sample consisted of eight (08) multiparous pregnant women in prenatal care. Data collection occurred between May and June of this year. The empirical material was analyzed from the methodological device of the Discourse of the Collective Subject and discussed in the light of the pertinent literature. With regard to the sociodemographic characterization, it is evident that the majority of pregnant women have an average age range from nineteen to thirty-eight years, live in an unorganized union and have complete secondary education. As for obstetrical data, the majority have five or more pregnancies and all started prenatal care in the first trimester of pregnancy. Four tables containing the Central Ideas were established, which were established in agreement with the analysis of the speeches obtained. These were named, respectively, as: the solitary yes and the non plural; Tranquility and security, Surveillance and Nervousness; Good experience; Emotional support. In view of the results, there was a lack of knowledge about Law 11,108 / 2005 on the part of the pregnant women interviewed. Only one of them said that they had the experience of a chaperone during the parturition process and emphasized that it plays a very important role. It is evident that to change the practice in relation to the birth it is necessary to humanize the assistance from the prenatal one. However, this transformation must begin with the health professionals, and the need to sensitize them so that they can provide more information to the parturients and their relatives about their rights is evident. It is recommended that during the prenatal consultations a space is created to promote educational actions in an interactive and dynamic way, in order to provide pregnant women with a better knowledge and learning related to the process of gestating and giving birth. It is also necessary to include the accompanying persons in the care from the prenatal period, so that they understand their true function.

**Keywords:** Pregnant. Accompanying Law. Childbirth.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 1</b> – Representação do anonimato da gestantes participantes atribuídas com nomes de flores. Cuité – PB, 2017 .....	35
<b>Quadro 1</b> - Caracterização dos dados sociodemograficos das gestantes entrevistadas. Cuité – PB, 2017.....	37
<b>Quadro 2</b> - Caracterização dos dados obstétricos das gestantes participantes. Cuité – PB, 2017 .....	39
<b>Quadro 3</b> – Discurso do Sujeito Coletivo em resposta à pergunta: “No (s) seu (s) parto (s) anterior (es) alguém acompanhou você? Se Sim, quem? Se não, por quê?” ...	43
<b>Quadro 4</b> - Discurso do Sujeito Coletivo em resposta à pergunta: “Para você qual o papel do acompanhante no parto?” .....	45
<b>Quadro 5</b> - Discurso do Sujeito Coletivo em resposta à pergunta: “Como foi a experiência de ter um acompanhante durante o parto? “ .....	47
<b>Quadro 6</b> - Discurso do Sujeito Coletivo em resposta à pergunta: “Como seu acompanhante lhe ajudou durante o parto?” -----	47

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AC - Ancoragem

ACS's – Agentes Comunitários de Saúde

CAAE – Certificado de Apresentação para apreciação Ética

CNS – Conselho Nacional de Saúde

COFEN – Conselho Nacional de Saúde

DSC – Discurso do Sujeito Coletivo

ECH – Expressões-Chaves

ESF – Estratégia Saúde da família

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IC – Ideia central

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial da saúde

PAISMC – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança

PB – Paraíba

PHPN – Programa de Humanização de Pré-natal e Nascimento

PIBIC – Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica

PMI – Programa Materno-Infantil

PNAISM – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

PNDS – Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher

PNH – Política Nacional de Humanização

REHUNA – Rede de Humanização do Nascimento

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBSF's – Unidades Básicas de Saúde da Família

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>12</b>
<b>1.1 Contextualização da Problemática e Justificativa .....</b>	<b>13</b>
<b>1.2 Objetivos .....</b>	<b>17</b>
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>18</b>
<b>2.1 Os avanços nas Políticas Públicas e a Saúde da Mulher .....</b>	<b>19</b>
<b>2.2 Assistência Humanizada ao Parto .....</b>	<b>23</b>
<b>2.3 Direito de Acompanhamento ao Parto e Lei do Acompanhante (Lei Nº 11.108 de 7 de abril de 2005) .....</b>	<b>26</b>
<b>3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS .....</b>	<b>29</b>
<b>3.1 Tipo de Pesquisa .....</b>	<b>30</b>
<b>3.2 Local da Pesquisa .....</b>	<b>30</b>
<b>3.3 População e Amostra .....</b>	<b>31</b>
<b>3.4 Instrumento para Coleta de Dados .....</b>	<b>31</b>
<b>3.5 Procedimentos para Coleta de Dados .....</b>	<b>32</b>
<b>3.6 Análise dos Dados .....</b>	<b>33</b>
<b>3.7 Aspectos Éticos da Pesquisa .....</b>	<b>34</b>
<b>4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....</b>	<b>36</b>
<b>4.1 Caracterização das Participantes do Estudo .....</b>	<b>37</b>
<b>4.2 Material Empírico .....</b>	<b>42</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>49</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>52</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>59</b>
<b>APÊNDICE A- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....</b>	<b>60</b>
<b>APÊNDICE B – Roteiro de Entrevista da Gestante .....</b>	<b>62</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>64</b>
<b>ANEXO I – Termo de Autorização Institucional .....</b>	<b>65</b>
<b>ANEXO II – Termo de Compromisso de Divulgação dos Resultados .....</b>	<b>66</b>
<b>ANEXO III- Declaração de Compromisso do Pesquisador Responsável .....</b>	<b>67</b>
<b>ANEXO IV – Certidão do Comitê de Ética em Pesquisa .....</b>	<b>68</b>



# 1 INTRODUÇÃO

---

## 1.1 Contextualização da Problemática e Justificativa

O ciclo gravídico-puerperal é uma fase extremamente especial na vida da mulher. É um processo delicado marcado por modificações biopsicossociais, que circunda não apenas a mulher, mas toda a família. A vivência da gestação e do parto, pode apresenta-se de forma positiva e enriquecedora para a conceptora, mas, pode trazer, por outro lado, experiências negativas, diante de um processo constrangedor e traumático, no entanto para que isso não ocorra é necessária um atenção qualificada e especializadas a fim de proporcionar um ambiente seguro durante este ciclo (PIESZAK et al., 2015; AIRES et al., 2015).

Nesse sentido, a mulher necessita de apoio e de um acompanhamento eficaz e humanizado durante toda a gestação, especialmente, no trabalho de parto e nascimento, para que as dificuldades sejam encaradas e resolvidas da melhor forma possível evitando que a gestação se torne uma situação de risco para o binômio mãe/feto (FERREIRA et al., 2013).

O período do nascimento, é um dos momento mais marcantes na vida da mulher e de todos que estão envolvidos neste ensejo, diante das expectativas e sentimentos que estão presentes, visto que é a chega de um novo membro para a família (DODOU et al., 2014).

A história do parto e nascimento vem sendo transformada de maneira progressiva ao longo do tempo. Inicialmente, a assistência ao parto fazia parte do universo feminino, e por isso, a experiência de dar à luz era compartilhada somente entre mulheres, por razões que envolviam a intimidade de expor a genitália e porque a presença masculina no parto, não significava um bom presságio. O parto era um processo totalmente familiar, que acontecia de maneira fisiológica, no domicílio da parturiente, esta era acompanhada pela família e cuidada pelas parteiras, curandeiras ou comadres que detinha de conhecimento técnico a partir das próprias experiências e assim prestavam assistência ao parto, além de fornecer apoio físico e emocional. E de acordo com a cultura dar à luz fora de casa era anormal e acontecia apenas em casos mais complicados em que necessitavam de intervenções médicas, isso ocorria pelo fato dos hospitais não constituírem um local seguro devido ao alto risco de infecções, além do fato de que o parto era desvalorizado, pois não tinham nenhuma utilidade para as atividades médicas e, assim deixado aos cuidados femininos (MALHEIROS et al., 2012; SANTOS; MELO; CRUZ, 2015).

No Brasil, as parteiras continuaram prestando assistência ao parto durante todo o século XIX. Todavia, no início do século XX, por volta da década de 1940, mais precisamente após a Segunda Guerra Mundial, com o propósito de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal, começaram a fazer uso da crescente tecnologia e do avanço da medicina

para assegurar um bom desfecho para o parto e nascimento. O parto que tinha seu desenvolvimento no ambiente familiar perde espaço e ocupa uma esfera pública, institucionalizada, tecnocrática e conseqüentemente medicalizada, deixando a mulher de ser sujeito da ação tornando-a submissa aos procedimentos e intervenções desnecessárias (SOUSA et al., 2016; LEISTER, 2011).

De acordo com Prata et al. (2011) o processo hospitalocêntrico do parto foi um fator determinante para afastar a família e a sociedade do processo de parto e nascimento, uma vez que a estrutura física e as rotinas hospitalares foram planejadas para atender as necessidades dos profissionais de saúde, e não das parturientes. Com isso, ao mesmo tempo que a tecnologia para a assistência ao parto foi sendo aprimorada, perdia-se o calor humano e o apoio emocional dos familiares, fatores extremamente significativo nesse momento.

Diante dessas realidades citadas anteriormente, o cenário relacionado ao ciclo gravídico-puerperal começou a ser modificado em decorrência da insatisfação das mulheres diante da falta de respeito da assistência durante um processo tão enriquecedor. Esta realidade começou a mudar a partir dos movimentos feministas que tinham como principal finalidade o cuidado à saúde da mulher de forma integral. Desta forma, a evolução das políticas públicas de atenção à saúde da mulher, foram ferramentas essenciais para a reflexão e quebra do modelo biomédico no cenário do parto, contribuindo para a humanização da assistência ao parto (PIO; OLIVEIRA, 2014).

A assistência humanizada à saúde e a atenção adequada à mulher no parto representa um ponto indispensável para garantir que ela possa exercer a maternidade com segurança e bem estar. A humanização do parto e nascimento significa preservar o caráter fisiológico do parto sem a realização de condutas invasivas desnecessárias, tendo a mulher como centro desse evento, porém para que isso ocorra é necessário que a equipe de saúde esteja preparada para acolher a gestante, seu companheiro e família, respeitando todo significado desse momento (PEREIRA, 2016). Contudo, mesmo diante dos movimentos feministas, a humanização do parto só começou a se efetivar quando a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde (MS) lançaram propostas para a mudança na assistência, incluindo o resgate ao parto natural (MENEZES; DIAS, 2012)

Diante desta premissa, no ano de 2000, ocorreu a criação e implementação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), com a finalidade de garantir a integralidade da assistência obstétrica durante o acompanhamento pré-natal, parto e puerpério e assegurar os direitos da mulher sobre este processo (ANTUNES et al., 2014). Com isso, começa a surgir inúmeras lei estaduais a fim de proteger a humanização do parto e estimular a

presença do acompanhante neste evento. Inicialmente, como pioneiro das leis estaduais, encontra-se o Rio de Janeiro, com a publicação da Resolução Nº 667, de 20 de outubro de 1998, garantindo a presença do acompanhante de escolha da parturiente durante o trabalho de parto e parto, em seguida, o estado de São Paulo promulga a Lei Nº 10.241 em 17 de março de 1999 que garantia a presença somente dos pais nos exames de pré-natal e no momento do parto. Posteriormente, os estados do Mato Grosso do Sul em 21 de dezembro de 2001 com a Lei Nº 2.376, Santa Catarina em 12 de março de 2002 com a Lei Nº 12.133 e o Rio Grande do Sul em 27 de outubro de 2004 com a Lei Nº 12.157, também aderiram a iniciativa, permitindo a presença de um acompanhante em todos os períodos do parto (CARVALHO et al., 2013).

Como resultado da ampla mobilização política anteriormente descrita foi aprovada pelo Congresso Nacional e sancionada pelo então Presidente da República a Lei Nº 11.108, de 7 de abril de 2005, que alterou a Lei Nº 8.080/1990, a fim de 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). Segundo a referida Lei, os serviços do SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de um acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. Este acompanhante deve ser indicado pela própria parturiente (BRASIL, 2005).

Foi observado por Francisco et al. (2015) que muitos pais desconhecem o direito legal que lhes é atribuído de participar do parto de seu filho, impedindo que os mesmos possam se preparar emocional e psicologicamente para esse momento. Essa informação se perde e, muitas vezes, não é devidamente divulgada para as gestantes e seus possíveis acompanhantes. Diante deste fato, Wolff (2016), afirma que o enfermeiro, é o principal profissional da saúde, por estar mais próximo da população nas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF's) e por garantir a inclusão da família durante todo o processo gravídico-puerperal, que deve empoderar a mulher e sua família, durante as consultas de pré-natal, sobre a existência da Lei do acompanhante (Nº 11.108/2005), além dos demais direitos que são garantidos, para que assim, a mulher possa exigir o cumprimento destes e conseqüentemente, possa ser menos passiva e mais atuante neste processo.

O interesse pela área da enfermagem obstétrica surgiu muito antes da vida acadêmica, por se tratar de uma esfera que visa o acompanhamento da formação e desenvolvimento de um novo ser, prestando o máximo de atenção a mulher e a família no período gravídico-puerperal. Desta forma, durante as aulas da disciplina de Enfermagem Obstétrica, tive a plena convicção que era o campo de pesquisa que eu queria atuar e assim, ampliar meus conhecimentos sobre a humanização do parto. Diante desta premissa, houve a oportunidade de seleção para uma

pesquisa intitulada como: “Direito de acompanhamento ao parto (Lei Nº 11.108/2005): conhecimento e percepção de gestantes e profissionais de saúde no Curimataú Paraibano”, porém não obtive êxito, não sendo classificada para a etapa seguinte, desde então, surgiu a inquietação de se pesquisa mais sobre a temática, desta forma recebi o convite para realizar uma parte do projeto, porém na forma de monografia, e assim o referido estudo sucede de um recorte da pesquisa anteriormente descrita.

A proposta de humanizar a assistência durante o parto caracteriza-se por apresentar/implementar uma transformação nas práticas de atendimento, considerando os direitos das mulheres em exercer uma maternidade segura e prazerosa, cerceada também pela presença de um familiar. A humanização do parto, entre tantos fatores, refere-se ao respeito, diante dos aspectos fisiológicos, sociais e culturais do parto, e à promoção dos direitos de mulheres e crianças a uma assistência baseada na evidência científica de segurança, eficácia e participação, enquanto sujeito da ação, e não apenas na conveniência de instituições ou dos profissionais da área da saúde, facilitando os laços afetivos entre a família e o vínculo mãe-bebê (MOREIRA et al., 2015).

É de suma importância que para garantir a amplitude e singularidade do parto, este seja vivenciado de forma enriquecedora e contemplativa. Resgatar o contato humano, ouvir, acolher, explicar, e criar vínculos são requisitos indispensáveis no cuidado. E para tal, a presença do acompanhante é essencial.

Acreditamos que o impacto da prática da assistência humanizada com ênfase a participação do acompanhante durante a parturição trazem benefícios proporcionados para estas mulheres e justifica o crescente interesse por pesquisas que se voltam a esta temática. Assim diante do conhecimento da Lei Nº 11.108, de 7 de abril de 2005, acreditamos que os principais atores envolvidos no cenário do parto (parturiente, familiares e profissionais de saúde) poderão se empoderar desse direito e lutar por sua efetivação nos serviços de saúde.

Esse projeto se justifica pela importância do impacto social que este poderá vir a ter na sua área de atuação visto que as maternidades localizadas no Curimataú Paraibano em sua grande maioria não permite a permanência do acompanhamento ao parto. Com o desenvolvimento deste projeto poderemos estar sensibilizando e empoderando mulheres e familiares da zona rural do município de Cuité a garantirem esse direito adquirido em bases legais brasileiras consistentes.

O desdobramento social deste projeto diante da melhora da qualidade da assistência ao parto com a garantia da presença do acompanhante será a grande motivação para a efetivação desta pesquisa.

A presente proposta de pesquisa se faz relevante diante dos benefícios para a ciência, sociedade e universidade que está poderá trazer. Por ser uma conquista consideravelmente recente para as mulheres, o número de pesquisas ainda é escasso na literatura sobre a temática do direito ao acompanhamento no parto. A execução desta pesquisa e suas futuras publicações poderá enriquecer a literatura sobre o tema. A equipe participante terá muito a enriquecer na medida que terão um estudo aprofundado sobre a temática como também entrarão em contato com a realidade local para conhecer a magnitude do assunto dentro do contexto real da região, além de ter o contato com o campo da pesquisa científica na vivência da sua formação acadêmica.

Diante do exposto, traçamos os objetivos da pesquisa.

## **1.2 Objetivos**

### ➤ Objetivo Geral

- ✓ Analisar o conhecimento da Lei do Acompanhante ao Parto (Lei Nº 11.108 de 7 de Abril de 2005) na perspectiva de gestantes multíparas em acompanhamento Pré-Natal, nas UBSF's da zona rural, do município de Cuité-PB.

### ➤ Objetivos Específicos

- ✓ Caracterizar o perfil sociodemográfico e obstétrico das entrevistadas;
- ✓ Descrever as experiências das gestantes multíparas em relação ao acompanhante durante o parto;
- ✓ Verificar a fonte de conhecimento prévio das entrevistadas sobre a referida Lei.



**2 REFERENCIAL  
TEÓRICO**

---

## 2.1 Os avanços nas Políticas Públicas e a Saúde da Mulher

A necessidade de humanizar o parto surgiu desde os primórdios quando a mulher era desapropriada de exercer seu protagonismo no momento do parto. Diante disso, nas últimas décadas, a temática da humanização do parto e nascimento vem ocupando espaços sociais e políticos, principalmente, por meio da mobilização social provocada pelo movimento feminista aliada aos profissionais da saúde do movimento sanitário que lutaram pelos direitos sexuais e reprodutivos da mulher que até então, não existiam, e desse modo, foram colaborando para o surgimento de políticas e programas voltados para humanização do parto e do nascimento (SANTOS; MELO; CRUZ, 2015).

A formalização das políticas públicas na assistência à saúde materno-infantil ocorreu a partir da década de 1970. De acordo com Costa et al. (2011) a construção de políticas públicas dirigidas à saúde da mulher no Brasil, vindo sendo construídas ao longo das décadas. No Brasil, a primeira política pública de saúde voltada para a mulher e para a criança, foi estabelecida por meio do Programa Materno-Infantil (PMI) criado mediante aos altos índices de morbimortalidade materna e perinatal, no entanto, foram instituídas ações que limitavam-se à assistência a gravidez, ao parto e ao acompanhamento da criança, não apresentando nenhuma prática voltada para as questões da saúde da mulher enquanto sujeito do processo, mas sim quanto objeto de reprodução.

O PMI, manteve-se em vigor até a década de 1970, objetivando concentrar recursos financeiros, preparar a infraestrutura de saúde, melhorar a qualidade da informação, estimular o aleitamento materno e garantir suplementação alimentar para a prevenção da desnutrição materna e infantil, corroborando, desta maneira para o propósito primordial do programa que era a redução da morbidade e da mortalidade da mulher e da criança. O PMI compreendia seis subprogramas: Assistência Materna; Assistência à Criança e ao Adolescente; Expansão da Assistência Materno-Infantil; Suplementação Alimentar por meio do Programa de Nutrição em Saúde do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (PNS/INAN); Educação para a Saúde; e Capacitação de Recursos Humanos. Entre suas diretrizes básicas destacou-se o aumento da cobertura de atendimento à mulher, à criança e, conseqüentemente, a melhoria da saúde materno-infantil (BRASIL, 2011a).

É importante destacar que as transformações no cenário brasileiro da época estavam embutidas pelas ações que caracterizaram o início do processo de redemocratização e do fortalecimento dos movimentos sociais contrários ao regime ditatorial e às políticas por ele implementadas, dentro das quais as desigualdades nas relações sociais entre homens e mulheres

era evidente, retratando a desvalorização da mulher, que até então apresentava função apenas de mãe e dona de casa. Esses movimentos foram fundamentais para se compreender as principais conquistas do início da década de 1980, no que tange às políticas de saúde materno-infantil (POMPERMAYER, 2011).

Ainda de acordo com o autor supracitado, em 1983, ocorreu uma das maiores conquistas dos movimentos feministas, marcando a ruptura dos princípios conceituais que norteavam a política de saúde das mulheres, esta conquista faz referência a formulação, pelo MS, do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança (PAISMC). O objetivo deste, segundo Brasil (2011a), era melhorar as condições de saúde da mulher e da criança, incrementando a cobertura e a capacidade resolutiva da rede pública de serviços de saúde. No ano seguinte, o PAISMC deu lugar ao programa específico para a saúde da mulher, que funcionava de forma integrada: Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) que surgiu como resposta do setor saúde aos agravos mais frequentes desse grande grupo populacional, e seus principais objetivos eram diminuir a morbimortalidade infantil e materna e alcançar melhores condições de saúde por meio do aumento da cobertura e da capacidade resolutiva dos serviços, conforme preconiza a Constituição Federal e o SUS.

Reconhecendo a necessidade de estabelecer novas metodologias para a promoção da saúde, o MS, no ano 2000, desenvolveu o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), que instituiu, de forma até então inédita no País, parâmetros quantitativos para o cuidado mínimo a ser oferecido às mulheres, desde a atenção básica até os maiores níveis de complexidade. Este teve como principal estratégia, assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania (ANDREUCCI; CECATTI, 2011).

Para Freire (2011), o PHPN trouxe um novo paradigma para a realidade da saúde brasileira: a humanização que como todo novo conceito tem várias faces e entendimentos, mas que deve ser absorvido na realidade de atendimento das unidades de saúde e hospitais a fim de efetivar as ações propostas no programa.

Em um primeiro momento, estipulou-se o repasse de incentivo financeiro para os municípios a cada gestante que cumprisse todas as recomendações, que incluíam início precoce do pré-natal até 120 dias de amenorreia, mínimo de seis consultas, solicitação de exames de rotina em duas ocasiões, teste do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), imunização contra o tétano e consulta puerperal até quarenta e dois dias pós-parto (BRASIL, 2000).

A implementação do PHPN requer o envolvimento e a aderência dos trabalhadores da saúde, mediante a compreensão de que a forma como é assistido e vivenciado esse processo, pode ser decisiva para a promoção de uma maternidade segura (BUSANELLO et al., 2011).

Conforme Menezes e Dias (2012), em busca de estabelecer mudanças necessárias para fazer avançar o sistema de saúde do Brasil, criou-se em 2003 a Política Nacional de Humanização (PNH), sendo formalizada e implementada 2004, ficando conhecida como HumanizaSUS. A PNH buscou efetivar os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, produzindo mudanças nos modos de gerir e cuidar. A PNH estimula a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários para construir processos coletivos de enfrentamento de relações de poder, trabalho e afeto que muitas vezes produzem atitudes e práticas desumanizadoras que inibem a autonomia e a corresponsabilidade dos profissionais de saúde em seu trabalho e dos usuários no cuidado de si.

A PNH nasceu como uma proposta de radicalização do processo de humanização nos serviços de saúde. O documento base do MS sobre a PNH do SUS assume, entre outras diretrizes, que a humanização deve ser vista como política que transversaliza todo o sistema: das rotinas nos serviços às instâncias e estratégias de gestão, criando operações capazes de fomentar trocas solidárias, em redes multiprofissionais e interdisciplinares; implicando gestores, profissionais e usuários em processos humanizados de produção dos serviços, a partir de novas formas de pensar e cuidar da saúde, e de enfrentar seus agravos. A implantação dessas ações se efetiva caso a caso, considerando-se a especificidade dos serviços, partindo sempre da análise dos processos de trabalho, processos que nunca se repetem (MENEZES; DIAS, 2012; BRASIL, 2008).

A efetivação desses princípios estruturantes depende, especialmente, de uma atenção básica efetiva, que seja a porta de entrada do sistema e organizadora da rede dos serviços. A implementação desses dispositivos exige o comprometimento de todos os atores envolvidos no processo de produção de saúde. Para que isso aconteça, é necessário que sejam utilizados vários dispositivos na produção de saúde a exemplo dos grupos de trabalho de humanização, colegiado gestor, ouvidorias, acolhimento com classificação de risco, entre outros (NORA; JUNGES, 2013).

Portanto o objetivo da PNH é contribuir para a transformação dos modelos tradicionais de gestão e atenção em saúde, estimular as práticas de cogestão dos processos de trabalho e atender as demandas manifestadas pelos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde. Superando o simples atendimento e o acesso à medicação, essas demandas situam-se,

principalmente, na integralidade desse atendimento e no que tange os direitos dos usuários (BRASIL, 2008).

Assim, a PNH se apresenta como um importante marco de referência para a construção de práticas de saúde que efetivamente respeitem o cidadão em seus valores e necessidades. Todavia, é necessário que se avance e se amplie o senso de cidadania do povo brasileiro, que em muitas situações resigna-se aos maus tratos e ao desrespeito. Saúde digna é direito e compromisso do usuário e dever do Estado, que deve garantir a oferta de atenção de acordo com as necessidades de saúde da população (PASCHE; PASSOS; HENNINGTON, 2011).

Mesmo com tantas Políticas voltadas para a humanização da saúde da mulher, ainda foram identificadas lacunas que não estavam sendo efetivadas. Em detrimento desses fatos, em 2004, o MS, lançou a “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher” (PNAISM) que reafirmou a necessidade de ações de atenção à saúde a qual contribui para a redução da morbimortalidade feminina em todas as fases da vida. Essa política estimulou a participação da enfermagem nas ações de saúde da mulher, especialmente no pré-natal, preconizando ações educativas que incorporem a mulher como sujeito ativo no cuidado de sua saúde, a qual tem o privilégio de receber informações importantes sobre seus direitos e deveres para que possam exigir e serem ativas no cuidado à saúde. Teve como objetivos primordiais promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras, ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral a saúde da mulher no Sistema Único de Saúde garantindo legalmente os direitos constituídos e conseqüentemente, contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina (BRASIL, 2011b).

Após anos da implementação da PNAISM, o MS, em 2011, implementa a atual Política nacional de atenção à saúde materna no Brasil, nomeada como a Rede Materno-Infantil – Rede Cegonha. Esta busca a retomada do atendimento integral a saúde da mulher no período gravídico-puerperal que ainda se apresentava falho. Neste interim, a política visa articular cuidados que assegurem às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério. E, às crianças, proporcionar o direito ao nascimento seguro e ao crescimento saudável (BRASIL, 2011c).

Assim, pode-se tomar a Humanização como estratégia de interferência no processo de produção de saúde, levando-se em conta que sujeitos sociais, quando mobilizados, são capazes de transformar realidades transformando-se a si próprios nesse mesmo processo (BRASIL, 2004).

## 2.2 Assistência Humanizada ao Parto

O termo humanização do parto apresenta um significado amplo e que envolve uma associação de conhecimentos, práticas e atitudes envolvidos no intuito de uma possibilidade de transformação cultural e das práticas desenvolvidas nas Instituições de saúde, a qual deve colocar a mulher no centro e no controle de suas ações, sendo o sujeito e não o objeto do processo parturitivo fazendo a mulher participar intimamente e ativamente das decisões sobre seu próprio cuidado (PEREIRA et al., 2016).

De acordo com Pereira (2016) e Moreira et al. (2015) a humanização do parto, entre tantos aspectos, refere-se a forma de desempenho do profissional frente a assistência prestada a mulher e a família em todo o ciclo gravídico-puerperal, com ênfase no processo do parto e nascimento, dentro do qual deve ser respeitado os aspectos fisiológicos e socioculturais, proporcionando suporte efetivo e facilitando a construção dos laços afetivos neste momento único e especial. Desta forma, a humanização da assistência ao parto, de acordo com a OMS visa a promoção de um período gravídico-puerperal saudáveis e prevenção da mortalidade materna e perinatal, respeitando a fisiologia do parto e evitando procedimentos e intervenções desnecessárias.

Todavia, o modelo de assistência obstétrica, que ainda predomina no Brasil é o modelo assistencial médico-intervencionista, cercada por uma rotina de acolhimento inadequado, negligenciamento dos direitos da mulher e intervenções indevidas, contribuindo para um péssimo desfecho do parto (CAMACHO; PROGIANTI, 2013). Entretanto, um grande número de instituições de saúde apresenta dificuldades de organização institucional e de estrutura física, além de rotinas das ações hospitalares e, sobretudo, a resistência dos profissionais de saúde, principalmente da área médica, em aceitar a presença do acompanhante e, conseqüentemente, oferecem resistências e barreiras que, associadamente, inviabiliza a implantação do modelo humanizado na assistência ao parto/nascimento (MENEZES; DIAS, 2012).

A humanização da assistência em saúde surge como uma opção para modificar o cenário existente no SUS, que demanda mudanças nos diversos estágios que o compõem, a exemplo da dificuldade no acesso e da falta de qualidade nos serviços de saúde. Humanizar, então, significa proporcionar uma acessibilidade e um atendimento qualificado à população, através de tecnologias que favoreçam melhores condições de trabalho para os profissionais e proporcione satisfação a população (MALHEIROS et al., 2012).

A proposta de humanizar a assistência durante o parto caracteriza-se por apresentar/implementar uma transformação nas práticas de atendimento, considerando os

direitos das mulheres em exercer uma maternidade segura e prazerosa, cerceada também pela presença de um familiar. A humanização do parto, entre tantos fatores, refere-se ao respeito, diante dos aspectos fisiológicos, sociais e culturais do parto, e à promoção dos direitos de mulheres e crianças a uma assistência baseada na evidência científica de segurança, eficácia e participação, enquanto sujeito da ação, e não apenas na conveniência de instituições ou dos profissionais da área da saúde, facilitando os laços afetivos entre a família e o vínculo mãe-bebê (MOREIRA et al., 2015).

Segundo Silva et al. (2015) a humanização da assistência obstétrica e neonatal é caracterizada como a primeira condição para o adequado acompanhamento do parto e do puerpério, sendo fundamentada pelo PHPN, que contém dois aspectos essenciais para a efetivação da humanização. O primeiro trata sobre o dever das Unidades de Saúde em promover o acolhimento adequado a mulher, família e recém-nascido e o segundo faz referência à adoção de medidas e procedimentos eficazes e que não sejam maléficis durante o parto e nascimento, extinguindo as intervenções desnecessárias que com frequência acarretam maiores riscos para o binômio mãe/feto.

É de extrema importância garantir que um momento único, como o parto, seja vivenciado de forma positiva e enriquecedora. Resgatar o contato humano, ouvir, acolher, explicar, e criar vínculo são requisitos indispensáveis no cuidado. Tão importante quanto o cuidado físico, a realização de procedimentos comprova benefícios, redução de medidas intervencionistas, privacidade, autonomia e respeito à parturiente ao ser admitida em trabalho de parto, pois, em geral, a mulher é afastada dos familiares e submetida a procedimentos cujos resultados às vezes não são os melhores (VEZO; CORONEL; ROSARIO, 2013).

Logo, algumas modificações dentro da estrutura hospitalar e das práticas de cuidado humanizado são necessárias para a efetivação da humanização do parto e nascimento, adotando medidas simples que valorize a mulher em sua subjetividade fazendo-a desfrutar desse momento de prazer e de total alegria. Medidas estas que priorizem fundamentalmente a privacidade da parturiente, a presença do acompanhante, espaço para deambulação, massagens relaxantes e entre outras devem ser fortemente incentivadas durante todo o processo (SANTOS; MELO; CRUZ, 2015; MENEZES; DIAS, 2012).

A Rede pela Humanização do Nascimento (REHUNA) foi criada em 1993, com o objetivo de resgatar o nascimento como evento existencial e sócio-cultural, com profundas e amplas repercussões pessoais, revalorizar o nascimento humanizado, as posturas e condutas face ao parto e nascimento e aliar conhecimento técnico e científico sistematizado e comprovado a práticas humanizadas de assistência ao período em questão. Desta maneira,

respalda a mulher para ser participante ativa das decisões, escolher a posição do parto, utilizar a água morna como mecanismo não farmacológico de alívio da dor, caminhar segundo a sua necessidade, contribuindo com a posicionamento vertical para facilitar a dinâmica da rotação e da descida do bebê, ser massageada se desejar, fazer exercícios e ser assistida por alguém treinado para oferecer as orientações que se fizerem necessárias, como exercícios respiratórios incentivo à deambulação, entre outras medidas que conjuntamente constituem práticas que devem ser cada vez mais incentivadas nos serviços de saúde (PEREIRA, 2016).

No Brasil, no ano 2000, a REHUNA, inspirada nas evidências científicas para o estímulo à humanização do atendimento à mulher e ao recém-nascido como também pelos benefícios e direito da parturiente em ter um acompanhante de sua escolha no parto, lançou a campanha nacional em prol do respeito ao direito da presença do acompanhante no período de parto e nascimento. Essa campanha foi apoiada por órgãos como a Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, a Associação Brasileira de Obstetrícia e Enfermeiras Obstetras e a União dos Movimentos Populares de Saúde de São Paulo (MOREIRA et al., 2015).

Como resultado dessas mobilizações, foi aprovado pelo Congresso Nacional e sancionado pelo atual Presidente da República Federativa do Brasil a Lei Nº 11.108, de 7 de abril de 2005, que permite a presença do acompanhante para a mulher em trabalho de parto, parto e pós-parto nos hospitais públicos e conveniados ao SUS. Com tal regulamentação, a parturiente passou a ter o direito de escolher um acompanhante, que pode ser o companheiro, um(a) familiar ou um(a) amigo(a), para estar presente durante o parto e no pós-parto, em âmbito nacional (BRASIL, 2005).

### **2.3 Direito de Acompanhamento ao Parto e Lei do Acompanhante (Lei Nº 11.108 de 7 de abril de 2005)**

Direito é um fenômeno de regulação social, disposto por meio de normas e condutas para a sociedade (DPLP, 2008-2013). Esses são de enorme importância para o corpo social, sendo elaborado a partir do que é mais adequado e que compreenda fundamentalmente o interesse da coletividade.

O direito de acompanhamento ao parto era algo que vinha sendo notado desde o século passado, mesmo não sendo assegurado por Lei. Esse reportava-se, de acordo com Jardim (2017), ao fato de até meados do século XX, o parto ser um processo totalmente familiar, que acontecia de maneira fisiológica, no domicílio da parturiente, sendo a mesma acompanhada pela família e cuidada pelas parteiras.

No Brasil, as parteiras continuaram prestando assistência ao parto durante todo o século XIX. Todavia, no início do século XX, com o propósito de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal, começaram a fazer uso do avanço da medicina para assegurar um bom desfecho para o parto e nascimento. O parto que tinha seu desenvolvimento no ambiente familiar perde espaço e ocupa uma esfera pública, institucionalizada e conseqüentemente medicalizada, deixando a mulher de ser sujeito da ação tornando-a submissa aos procedimentos e intervenções desnecessárias. E, assim, perdia-se o calor humano e o apoio emocional dos familiares, fatores extremamente significativo nesse momento (SOUSA et al., 2016; LEISTER, 2011).

Assim, compreende-se que, embora os profissionais estejam presentes durante o nascimento, nada se equipara a ter ao seu lado algum familiar ou qualquer outra pessoa em quem se confia, visto que, essa experiência pode contribuir para atenuar a tensão inicial vivenciada pela parturiente ao adentrar em um ambiente estranho com pessoas desconhecidas (CARVALHO et al., 2013).

Contudo, durante muito tempo, a mudança no contexto referente ao parto e nascimento se deu de forma passiva, não trazendo grandes discussões para a sociedade sobre a inversão de papéis entre a mulher e a equipe médica. Porém, com o passar do tempo, foi-se discutindo como a perda do protagonismo feminino no parto e nascimento influenciou de forma negativa as experiências da maternidade.

Segundo Pontes et al. (2014), a violência contra a gestante demonstradas por meio da imposição de rotinas, da posição da mulher no trabalho de parto e parto, o afastamento dos familiares, bem como as intervenções obstétricas desnecessárias, impediam o desenvolvimento

fisiológico do parto e o protagonismo da mulher durante esse evento. Diante dessas realidades citadas anteriormente e da insatisfação de algumas mulheres diante da falta de respeito da assistência durante um processo tão enriquecedor, o cenário relacionado ao ciclo gravídico-puerperal começou a ser modificado a partir dos movimentos feministas que tinham como principal finalidade o cuidado à saúde da mulher de forma integral contribuindo para a humanização da assistência ao parto.

Baseado nisso, com o propósito de assegurar a presença do acompanhante durante o parto, diminuir a violência obstétrica e humanizar a assistência ao parto, inúmeras Lei estaduais foram elaboradas. Inicialmente, como pioneiro das lei estaduais, encontra-se o Rio de Janeiro, com a publicação da Resolução N° 667, de 20 de outubro de 1998, garantindo a presença do acompanhante de escolha da parturiente durante o trabalho de parto e parto, em seguida, o estado de São Paulo promulga a Lei N° 10.241 em 17 de março de 1999 que garantia a presença somente dos pais nos exames de pré-natal e no momento do parto. Posteriormente, os estados do Mato Grosso do Sul em 21 de dezembro de 2001 com a Lei N° 2.376, Santa Catarina em 12 de março de 2002 com a Lei N° 12.133 e o Rio Grande do Sul em 27 de outubro de 2004 com a Lei N° 12.157, também aderiram a iniciativa, permitindo a presença de um acompanhante em todos os períodos do parto (CARVALHO et al., 2013).

Diante dessa realidade, novos movimentos foram sendo criados e como resultado da ampla mobilização política foi aprovada pelo Congresso Nacional e sancionada pelo então Presidente da República a Lei N° 11.108, de 7 de abril de 2005, que alterou a Lei N° 8.080/1990, a fim de 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). Segundo a referida Lei, os serviços do SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de um acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. Este acompanhante deve ser indicado pela própria parturiente (BRASIL, 2005).

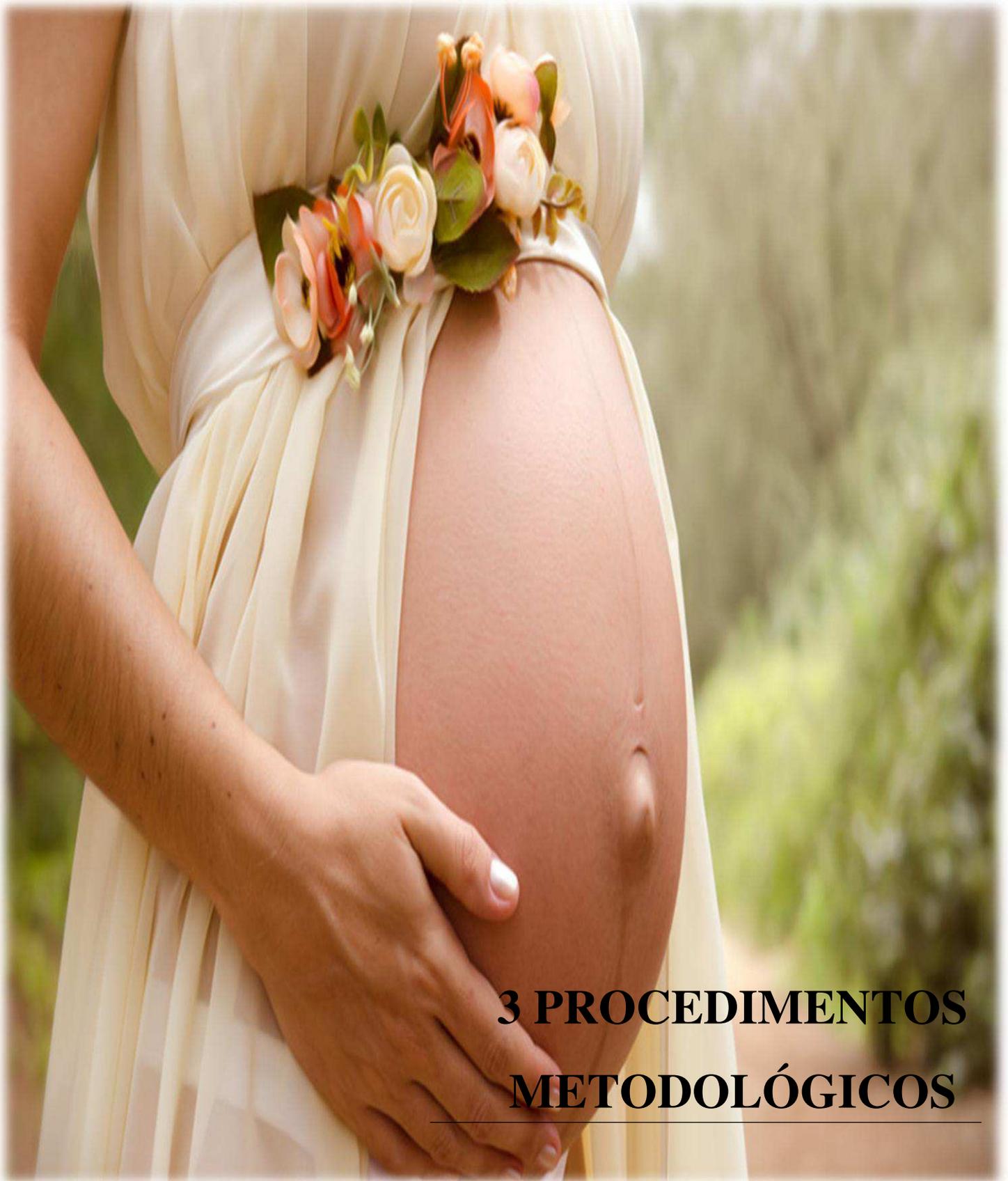
De acordo com Dodou et al. (2014), o parto e o nascimento são momentos marcantes cercado por profundos sentimentos que funcionam estimulando a formação de vínculo, constituindo um indício das transformações em curso nas construções de gênero e de família. Desse modo, a presença de um acompanhante é uma pratica que foi incorporada à humanização do parto, por ser considerada um indicador de segurança, de qualidade do atendimento e de respeito a preservação e garantia dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, oferecendo um completo bem estar físico e emocional.

Desta maneira, a literatura tem revelado que ter a presença de alguém do lado neste momento significativo proporciona inúmeros benefícios para o pleno fluir da fisiologia do parto, uma vez que as parturientes sentem-se mais seguras, tranquilas, tem menos ansiedade e sentem menos dor durante o trabalho de parto, sendo primordiais para favorecer a evolução do trabalho de parto e a assistência prestada ao processo (PEREIRA, 2016). É nesse sentido que as instituições hospitalares deveriam garantir o cumprimento da Lei Nº 11.108/2005 que assegura a presença do acompanhante, de escolha da mulher, durante todo o processo do nascimento de seu filho (PERDOMINI; BONILHA, 2011).

Estudo tem evidenciado que a realidade das instituições hospitalares públicas não coincide com o que está sendo preconizado pelo MS e declarado por Lei. Múltiplas dificuldades vem sendo lançadas em oferecer um ambiente propício para garantir a presença do acompanhante, devido a fatores relacionados a resistência dos profissionais da saúde, principalmente da área médica; a inadequada estrutura física dos serviços e, principalmente, a falta de preparo emocional e psicológico dos próprios acompanhantes (BRÜGGEMANN et al., 2015; COUTINHO; CRUZ; PINHEIRO, 2016).

Pereira (2016), afirma que a implementação da Lei do acompanhante (Nº 11.108/2005), não depende apenas da legislação e de prerrogativas institucionalizadas, depende também da atuação dos profissionais de saúde, principalmente no que tange a formação acadêmica dos mesmo, pois ela constitui a peça chave para a disseminação da humanização nesta assistência.

Ainda, de acordo com o autor supracitado e com Santos, Melo e Cruz (2015), o enfermeiro, é o principal profissional da saúde, que tem a responsabilidade de empoderar a mulher e sua família, durante as consultas de pré-natal, sobre existência dos direitos que a mesma tem, entre eles a existência da Lei do Acompanhante, por ser ele que estar mais próximo da população nas UBSF's favorecendo a inclusão da família durante todo o processo gravídico-puerperal.



**3 PROCEDIMIENTOS  
METODOLÓGICOS**

---

Segundo Gil (2008) a ciência permite que sejam obtidos os fatos de uma determinada pesquisa através do conhecimento científico que se caracteriza pela obtenção da veracidade dos fatos. Esse conhecimento passa por um processo de verificação onde se determina o método a ser utilizado para alcançar o objetivo desejado. Dessa forma, o método científico pode ser compreendido como um caminho para se chegar a determinados fins os quais são construídos de acordo com o conjunto de procedimentos intelectuais e técnicos. Nesse sentido, iremos apresentar adiante os passos que serão percorridos para alcançar as metas propostas para este estudo.

### **3.1 Tipo de Pesquisa**

Trata-se de um estudo de natureza exploratório-descritiva sob a perspectiva de uma abordagem qualitativa.

A pesquisa exploratória estabelece critérios, métodos e técnicas para a elaboração de uma pesquisa, com a finalidade de desenvolver, esclarecer ou modificar conceitos e ideias de temas pouco explorados, proporcionando uma visão geral, para aproximar o pesquisador e por conseguinte formular problemas mais precisos ou hipóteses para estudos posteriores (GIL, 2010).

Na pesquisa descritiva as características e fatos são observados, registrados, analisados, e interpretados, sem a interferência do pesquisador, pois o mesmo deverá apenas descobrir a frequência com que o fenômeno acontece (ANDRADE, 2010).

Nesta perspectiva, o estudo exploratório-descritivo está intimamente ligado, dentro do qual o pesquisador aproxima-se do tema pesquisado e em seguida analisa e interpreta os dados colhido.

A pesquisa qualitativa, conforme Gil (2010), é percebida como um ato subjetivo de construção, ou seja, estimula o entrevistado a pensar e a se expressar livremente sobre o assunto em questão, e assim o pesquisador levando em conta aspectos tidos como relevantes sem necessitar de isolamento de variáveis.

### **3.2 Local da Pesquisa**

A pesquisa foi desenvolvida em UBSF's da zona rural da cidade de Cuité, município do estado da Paraíba, localizado na microrregião do Curimataú Ocidental.

De acordo com o senso do IBGE (2016) o município de Cuité possui oficialmente 20.337 habitantes, contando com uma área territorial de 741. 840 Km<sup>2</sup>.

A Secretária Municipal de Saúde organiza os serviços de modo a promover a articulação intersetorial para proporcionar uma melhor assistência. A Estratégia de Saúde da Família (ESF), conta com nove equipes distribuídas da seguinte forma: cinco Unidades localizadas na zona urbana e quatro Unidades na zona rural.

Os profissionais que integram as equipes são: médicos, odontólogos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS's).

### **3.3 População e Amostra**

O universo ou população de uma pesquisa é caracterizado como elementos que possuem determinadas características em comum. Já a amostra, refere-se ao subconjunto do universo de uma determinada população, que estabelece as suas características. Nesse sentido, obtém-se um conjunto, onde, a população é referente a um determinado quantitativo de pessoas em um determinado local e a amostra caracteriza-se pela parte selecionada para o procedimento (GIL, 2010).

Neste estudo, a população foi composta por todas gestantes multíparas em acompanhamento pré-natal nas Unidades Saúde da Família da zona rural de Cuité– PB. A amostra foi composta por aquelas gestantes que desejarem livremente participar do estudo, sendo composta, portanto, por oito (08) gestantes.

Como critérios de inclusão tivemos: estar realizando o pré-natal regularmente, apresentar idade maior que 18 anos, ter a saúde mental preservada, ser multigesta ou multípara e desejar participar livremente do estudo.

### **3.4 Instrumento para Coleta de Dados**

O instrumento que foi utilizado para a coleta de dados desse estudo foi um roteiro de entrevista do tipo semiestruturado contendo perguntas objetivas, de caracterização da amostra como também de ordem subjetiva, voltadas aos objetivos traçados pelo estudo.

Segundo Minayo (2006) o roteiro é um instrumento que norteia a conversa, pois amplia e aprofunda a comunicação. Além disso, por ter um apoio na sequência das questões, é também chamado de semiaberto, visto que facilita a abordagem e assegura, sobretudo, os investigadores inexperientes de que suas suposições ou seus pressupostos serão garantidos durante a conversa.

### 3.5 Procedimento para Coleta de Dados

Esse estudo trata-se de um recorte do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC) que teve sua aprovação no dia 03 de dezembro de 2015, pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Campina Grande apresentando o seguinte número do parecer: 1.350.571, perante a certidão (ANEXO IV), e sob o número CAAE: 44860415.1.0000.5575.

A coleta de dados ocorreu entre os meses de maio e junho de 2017. Inicialmente foi marcado um encontro nas UBSF's quando, oportunamente, a pesquisa foi apresentada. A pesquisadora expôs da forma clara a finalidade da pesquisa, o modo de realização, os critérios de beneficência, não maleficência, autonomia da pesquisa, e a garantia do anonimato da identidade das entrevistadas. No segundo momento, após o esclarecimento dos objetivos e da importância do estudo, as gestantes foram convidadas a participar mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE A) e do respeito aos critérios de inclusão.

Ressalta-se que toda e qualquer pesquisa, de acordo com a Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), traz algum tipo de risco. Assim, convém destacar que essa pesquisa proporciona riscos mínimos, aos participantes pela possibilidade desses ficarem inibidos ou constrangidos no momento da gravação da entrevista. Quanto aos benefícios, pretende-se com esse estudo trazer contribuições as mulheres depoentes no sentido de disseminar o conhecimento sobre a Lei do Acompanhante ao Parto (Lei Nº 11.108 de 7 de Abril de 2005) a fim de contribuir com a melhora da qualidade da assistência recebida e ofertada, em especial, empoderar as mulheres desse direito.

Dado início as entrevista, a primeira parte dos dados sociodemográficos e obstétricos foram registrados no próprio roteiro e a segunda com as questões específicas envolvendo as peculiaridades do estudo, foram gravadas e posteriormente transcritas. Salienta-se que os nomes das puérperas foram substituídos por nomes de flores e seus respectivos significados de acordo com a escolha da pesquisadora.

Na realização desse estudo, ocorreram algumas limitações como a dificuldade de acesso aos cenários da pesquisa, por constituir-se de quatro Unidades localizadas na zona rural do município de Cuité; a dificuldade de locomoção e conciliação com os dias de roda de conversa com as gestantes, para conseguir entrevistar o maior número de gestantes possível.

### 3.6 Análise dos Dados

Os dados foram analisados segundo Lefèvre e Lefèvre (2005). Estes autores retratam que os pensamentos individuais e coletivos apresentam-se de forma distinta de atributos variáveis, como peso e altura. As pessoas e coletividade apresentam ideias, opiniões, crenças, e valores de acordo com suas particularidades. Deste modo, se expressa à dificuldade de avaliar os pensamentos dos indivíduos através de um método quantitativo, que se atribui, por exemplo, ao peso e altura de alguns determinados indivíduos. Contudo, os pensamentos expressos podem ser caracterizados sob forma de discurso, o que quer dizer que estará descrevendo as falas dos indivíduos de forma melhor e mais adequada. E por fim, com o intuito de realizar questionamentos mais abertos e juntar os discursos individuais (que expressem o pensamento da coletividade), criou-se o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), que é uma proposta qualitativa que visa à obtenção de dados de natureza verbal.

O DSC é caracterizado como um discurso-síntese e como principal figura metodológica, que redige na primeira pessoa do singular, e é composta por Expressões-Chaves (ECH), que apresenta Ideia Central (IC) ou Ancoragem (AC). Assim, esse discurso consiste em uma abordagem qualitativa e busca representar pensamentos de uma coletividade através de perguntas e respostas abertas em forma de questionário (LEFEVRE; LEFEVRE, 2005).

Estudiosos veem aprofundando-se na abordagem qualitativa e estão constantemente realizando novas pesquisas, e ajustando alguns métodos na pesquisa social. Para tanto, estes afirmam que a realização de entrevistas feitas apenas com questões fechadas limita muito o pensamento das pessoas que vão ser pesquisadas, e com isso, surge à necessidade de implementação de questões abertas, que segundo os autores apresentam o intuito de aprofundar as razões subjacentes, e assim, escolha pela alternativa de respostas (LEFEVRE; LEFEVRE, 2005).

A proposta do DSC incide em analisar o material verbal que é coletado, extraídos dos depoimentos. Portanto, esse discurso é classificado como uma estratégia metodológica, através de métodos discursivos, que tornam as representações sociais mais evidentes. E assim, foram estabelecidas três essenciais figuras metodológicas, entre elas: Expressões-Chave (ECH), Ideias Centrais (IC) e Ancoragem (AC) (LEFEVRE; LEFEVRE, 2005).

As expressões-chave são descritas como pedaços, trechos ou transcrições literais do discurso, onde se busca o resgate da literalidade do depoimento. Em sua composição devem ser sublinhadas, iluminadas, coloridas pelo pesquisador, a fim de destacar a o conteúdo discursivo, e, por fim, a construção do discurso do sujeito coletivo se faz por meio da matéria-prima dessas

expressões; as ideias centrais buscam descrever, de forma verdadeira e de uma maneira sintética, qual o sentido do discurso, assim, essas ideias se estabelecem como descrição, e não de interpretações; e a ancoragem, que foi estabelecida como uma “diferença” das ideias centrais, é uma figura metodológica inspirada na teoria da representação social, e é definida como uma manifestação linguística específica de uma determinada teoria (LEFEVRE; LEFEVRE, 2005).

### **3.7 Aspectos Éticos da Pesquisa**

Foram levados em consideração os aspectos éticos contidos na Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 do CNS que dispõe sobre o respeito à dignidade humana e proteção a vida dos participantes de pesquisas científicas envolvendo seres humanos com ênfase para os princípios de beneficência, não maleficência e autonomia (BRASIL, 2012). Também levar-se-á em atenção à Resolução 311/2007 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), que trata do Código de Ética dos profissionais de Enfermagem e, por conseguinte, da ética do profissional de enfermagem diante da realização de uma pesquisa científica. Diante do exposto, o projeto contará com o TCLE em consonância com a Resolução 466/12 do CNS.

Estão contidas no TCLE informações para que o sujeito da pesquisa tome a decisão de forma justa e sem constrangimentos sobre sua participação, levando em conta sua autonomia e dignidade, assegurando sua vontade de contribuir com a pesquisa por meio de manifestação expressa, livre e esclarecida sem acarretar prejuízos para os mesmos. O TCLE foi entregue em duas vias aos participantes da pesquisa que por meio de assinatura concordaram em participar da mesma, com o comprometimento de que seus dados serão mantidos em sigilo e anonimato, uma via do termo foi entregue ao participante e outro ficou com o responsável pela pesquisa.

A pesquisadora responsável e a pesquisadora participante da pesquisa também assinaram o termo de compromisso, assegurando os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado.

Com desígnio de garantir o anonimato das participantes do referido estudo, optou-se por representá-las com nomes de flores, assim como explicitado abaixo na Figura 1. Os nomes das flores foram escolhidos respeitando aquelas que apresentem como significado o amor, pois acreditasse que seja o primeiro e mais forte sentimento que surge durante a gestação e perdura por toda a vida.

**Figura 1** – Representação do anonimato das gestantes participantes atribuídas com nomes de flores. Cuité – PB, 2017.



**Fonte:** Google imagens, 2017.



**4 APRESENTAÇÃO E  
DISCUSSÃO DOS  
RESULTADOS**

---

Tendo como base as informações obtidas a partir do instrumento de coleta proposto, o roteiro de entrevistas semiestruturado, este capítulo descreve os resultados e a análise do estudo, referente às entrevistas efetivadas com gestantes múltiplas das UBSF's da zona rural do município de Cuité-PB, que concordaram em participar da pesquisa. Mediante isso, os dados foram dispostos e organizados em quadros. Esses caracterizam os sujeitos da pesquisa e as Ideias Centrais respondendo aos objetivos desse estudo.

#### 4.1 Caracterização das Participantes do Estudo

A amostra estudada foi composta por oito (08) gestantes múltiplas e, para a caracterização das mesmas, foi utilizado um roteiro abrangendo perguntas sobre a idade, estado civil, escolaridade e cor da pele, como pode ser verificado no Quadro a seguir.

**Quadro 1** – Caracterização dos dados sociodemográficos das gestantes entrevistadas. Cuité – PB, 2017.

Sujeito da pesquisa	Idade	Estado civil	Escolaridade	Cor da pele
Jasmin	36 anos	União não-oficializada	Alfabetizada	Parda
Margarida	38 anos	União não-oficializada	Alfabetizada	Parda
Flor de Lótus	30 anos	Casada	Ensino médio completo	Parda
Tussilagem	25 anos	União não-oficializada	Ensino médio completo	Parda
Tulipa vermelha	35 anos	União não-oficializada	Ensino Fundamental completo	Parda
Rosas	19 anos	Casada	Ensino médio completo	Branca
Camélia Branca	24 anos	Solteira	Ensino médio completo	Parda
Cravo vermelho	33 anos	Casada	Ensino Fundamental completo	Branca

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

O Quadro 1 demonstra os dados sociodemográficos das participantes dessa investigação, onde é verificado que a faixa etária variou de dezenove (19) a trinta e oito (38) anos, apresentando entre elas uma média de idade de 30 anos. Essa constatação leva a crer que as entrevistadas apresentam uma idade considerada ideal para a multiparidade, fato que se torna positivo, porque a maioria das mulheres estando fora da fase da adolescência estão mais preparadas para enfrentar várias gestações e suas implicações, em virtude de apresentarem, em sua maioria, maturidade biológica, emocional e psicológica.

Com relação ao estado civil, a maior parte das participantes, quatro (04), enquadraram-se em união não-oficializada, seguidas de três (03) gestantes que estão na categoria casadas, e uma (01) solteira. Assim, observa-se um quantitativo maior de mulheres com parceiros durante o período gestacional, o que contribui, geralmente, para a consolidação do vínculo familiar, além de uma postura mais pró-ativa e responsável de ambos em relação aos cuidados com o bebê após o nascimento.

Ainda no Quadro 1, no que se refere à escolaridade, quatro (04) gestantes apresentavam ensino médio completo, caracterizando o mais prevalente na pesquisa. As categorias ensino fundamental completo e alfabetizada foram compostas por duas (02) entrevistadas cada. No que tange a cor da pele, seis (06) entrevistadas autodeclararam-se pardas e duas (02) consideraram-se brancas.

Um marco desse estudo é que, embora resida na zona rural, grande parte das gestantes possui um bom nível de escolaridade. De acordo com Cardoso, Mendes e Velásquez-Meléndez (2013), esse fato favorece um melhor entendimento sobre a saúde da gestante e do bebê contribuindo para uma busca precoce pelo acompanhamento pré-natal, uma vez que o nível de instrução pode influenciar na capacidade de autocuidado da população.

No Quadro 2, estão apresentadas informações concernentes aos dados obstétricos das participantes do presente estudo, tais como: número de gestações anteriores, semana gestacional atual e consultas de pré-natal realizadas até o momento.

Em relação às gestações anteriores, por um dos critérios de inclusão serem mulheres múltiparas ou multigestas, todas apresentavam mais de uma gravidez, das quais, três (03) delas já haviam tido duas (02) gestações. Outra gestante referiu três (03) gestações, e uma outra quatro (04) gestações, sendo notório que das oito (08) que compuseram a amostra três (03) tiveram cinco (05) ou mais gestações.

A realidade mencionada acima revela que as mulheres já haviam recebido uma assistência pré-natal completa em outras gestações. Na verdade, é o que se espera ter acontecido. Assim, acreditava-se que as mesmas apresentassem um bom conhecimento acerca

de todos os processos que envolvem a gravidez, como também sobre todos os direitos e deveres que elas têm durante esse momento único e especial. Contudo, os achados apontam algo que, infelizmente, ainda carece de informação, como está descrito no próximo tópico.

**Quadro 2** – Caracterização dos dados obstétricos das gestantes participantes. Cuité – PB, 2017.

Sujeito da pesquisa	Gestações anteriores	Semanas gestacionais atual	Consultas de pré-natal realizadas
Jasmin	Mais de 5 gestações	20 semanas	3 consultas
Margarida	Mais de 5 gestações	14 semanas	3 consultas
Flor de Lótus	3 gestações	16 semanas	3 consultas
Tussilagem	2 gestações	8 semanas	1 consultas
Tulipa vermelha	5 gestações	27 semanas	4 consultas
Rosas	2 gestações	13 semanas	2 consultas
Camélia Branca	4 gestações	40 semanas	13 consultas
Cravo vermelho	2 gestações	36 semanas	7 consultas

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2017.

O Quadro 2, mostra ainda com quantas semanas gestacionais as participantes estavam até o dia da entrevista, dentro do qual duas gestantes encontravam-se no primeiro trimestre de gestação (entre 1 e 13 semanas); quatro estavam no segundo trimestre (entre 14 à 27 semanas) e duas encontravam-se no terceiro trimestre gestacional (entre 28 e 40 semanas). No que tange ao número de consultas realizadas até o momento da entrevista, é notório que estão dentro do padrão adequado estabelecido pelo PHPN.

De acordo com Polgliane et al. (2014), o PHPN recomenda que o início do acompanhamento pré-natal seja ainda no primeiro trimestre de gestação, com a realização de no mínimo seis consultas para uma gestação a termo, uma vez que o número de semanas gestacionais está aproximadamente comparados com o número de consultas.

Frente aos dados apresentados, é possível comparar os elementos citados anteriormente e perceber que houve uma captação precoce dessas gestantes, visto que a maioria das mulheres investigadas iniciou o pré-natal ainda no primeiro trimestre. O estudo de Cardoso, Mendes e Velásquez-Meléndez (2013) realizado por meio da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS), corrobora a pesquisa em tela, quando assegura que as mulheres, ao iniciarem o pré-natal ainda no primeiro trimestre gestacional, têm a participação

mais ativa nas consultas, contribuindo para a detecção precoce daquelas que se caracterizam de alto risco e intervenção sobre causas prejudiciais tanto para a mãe quanto para o concepto.

A PNDS atesta que em relação ao número de consultas de pré-natal realizadas, nota-se uma expressiva melhora, uma vez que o percentual de gestantes que compareceram ao número mínimo de consultas preconizadas pelo PHPN, no Brasil, cresceu de 47%, em 1996, para 61% em 2006. Um dado que merece destaque é que esse crescimento aconteceu de forma mais acentuada no meio rural, onde as condutas de uma consulta de pré-natal estão sendo efetivadas com maior vigor.

Antigamente, os serviços de saúde não eram tão efetivos na zona rural, dificultando o acesso da população aos mesmos. Contudo, após os vários avanços do Sistema de saúde vigente no Brasil, houve a implantação de UBSFs, o que favoreceu e facilitou o acesso da comunidade rural. Porém, outro entrave se configura como uma barreira a esse avanço: a falta de adesão. Essa, em muitos casos, ainda se justifica devido à grande confiança das pessoas nas benzedadeiras, curandeiras, parteiras e a utilização de plantas medicinais para a cura de várias doenças e agravos.

Outro fato que deve ser enfatizado é a escassez de estudos em que seja avaliado o pré-natal, tendo como escopo a diferença da oferta dessa assistência na área urbana e na rural, visto que as disparidades de acesso e uso desses serviços apresentam estreita relação com o local de residência, o nível de escolaridade e a distribuição de renda.

Conforme Cardoso, Mendes e Velásquez-Meléndez (2013), apesar de as diferenças entre os espaços rurais e urbanos no Brasil serem cada vez menores, a assistência pré-natal oferecida no ambiente rural é menos adequada do que a do ambiente urbano, principalmente no que se refere ao acesso às ações preconizadas pelo PHPN. Essa afirmativa se contrapõe aos achados da presente pesquisa, já que nela observou-se que todas as gestantes tiveram acesso as ações preconizadas pelo PHPN, inclusive aos exames complementares.

No que diz respeito à educação em saúde, Rodrigues (2014) alega que para que essa seja efetivada, é necessário garantir um acompanhamento pré-natal acolhedor e humanizado, permitindo a criação de um elo entre profissionais de saúde e gestantes. Sabe-se que durante as consultas de pré-natal deve ser criado um espaço para promover ações educativas, com a finalidade de proporcionar o conhecimento para gestar e parir, além de fornecer informações sobre os direitos e deveres da mulher enquanto cidadã e assim ofertar uma melhor qualidade de vida para a gestante, o bebê e a família.

Outro fator relevante que é colocado pelo autor supracitado é a estimulação da participação de um acompanhante durante as consultas do pré-natal, no trabalho de parto, parto

e pós-parto imediato sendo um direito de toda e qualquer gestante garantido pela Lei Nº 11.108 de 07 de abril de 2005, mas conhecida como a “Lei do Acompanhante”.

Como a referida Lei constitui a essência desse pesquisa, foi questionado as participantes do estudo sobre o conhecimento delas em relação a Lei Nº 11.108/2005 (Lei do acompanhamento durante o parto), e o que mais impressionou é que apenas uma pequena amostra, formada por três (03) gestantes, relataram conhecer a Lei, porém com pouca clareza a respeito do objetivo real; e a maioria delas, constituindo um número de cinco (05) gestantes, relataram não ter nenhum conhecimento sobre esse princípio, não viabilizando a prática de se ter um acompanhante da livre escolha da mulher durante todo o processos do parto. Levando em consideração que a maioria das entrevistadas desta investigação são gestantes multigestas e que conseqüentemente passaram por mais de um acompanhamento pré-natal durante as gestações, o fato da grande maioria desconhecer a Lei Nº 11.108/2005 aponta uma falha quanto à divulgação e discussão da mesma junto às mulheres durante a realização da consulta de pré-natal.

Santos et al. (2016) justifica essa realidade em seu estudo realizado com gestantes, parturientes e puérperas em três maternidades do estado de Sergipe e aponta que a maior parte da amostra do estudo desconhecia a Lei Nº 11.108/2005 e desta forma concluiu que a mesma não está sendo efetivamente cumprida nas maternidades, ratificando, também, as fragilidades nos processos educativos no pré-natal e na atenção ao parto, uma vez que as mulheres não foram orientadas sobre os direitos assegurados por essa lei no pré-natal e durante o internamento, conforme garante a legislação e as política pública de saúde da mulher.

Corroborando, também, com esta pesquisa, os estudos realizados por Vilanova et al. (2015) que constatou que grande parcela das mulheres relatam desconhecer a Lei, enquanto que uma outra parcela que relataram conhece-la mostraram um conhecimento superficial, além de declararem desconhecer os meios para exercerem esse direito.

Santos, Lima e Menezes (2017), afirmam que apesar de decorridos mais de 10 anos da promulgação da Lei Nº 11.108/2005, ainda existem muitos desafios para sua implementação e efetivação nas instituições de saúde, entre eles são ressaltados a conduta dos profissionais de saúde, principalmente do profissional médico e o desconhecimento das gestantes e seus acompanhantes sobre a citada Lei. Constata ainda, que é importante informar as mulheres de seu direito e cumpri-lo como determina a lei, realizando atividades educativas direcionadas para as mesmas com o objetivo de esclarecer os direitos dessas mulheres.

Em contrapartida aos autores supracitados, o enfermeiro foi o profissional que se destacou nas orientações inerentes a informações sobre a referida Lei, isso está expresso nos

relatos das mulheres que a conhecia, pois relataram que só conhecem devido o cartão da gestante que é entregue a elas no momento da primeira consulta de pré-natal. Neste novo cartão que foi criado pelo MS, no ano de 2014, possui várias informações que são de suma importância para a saúde da gestantes e do bebê, além de informações sobre seus direitos, apresentando inclusive a Lei Nº 11.108/2005. Contudo, expressa um quantitativo baixíssimo quando se leva em consideração que a grande maioria das entrevistadas desse estudo são multigestas e já passaram por mais de um acompanhamento pré-natal durante as gestações e apesar disso, não haviam recebido nenhuma informação sobre seus direitos garantidos, além do incentivo a conhecer a caderneta, contudo isso já é um assunto que deveria ser mais trabalhado, haja visto que se levarmos em consideração a escolaridade das entrevistadas a maioria possuíam um bom nível escolar, mas se analisarmos por outro lado as gestantes que são analfabetas ou alfabetas funcional estas não terão como realizar a leitura e assim não passam a conhecer os direito apenas com o cartão da gestante.

A pesquisa realizada por Santos et al. (2016) reitera que o enfermeiro é o profissional que está mais próximo das gestantes e é por meio de consultas e educação em saúde, que devem ser realizados durante todo o período gestacional e pós-parto, que o mesmo deve estimular a presença do acompanhante durante o parto e o demais direitos que devem ser garantidos, contribuindo para a segurança e autonomia da gestante no processo da parturição. Ressalta, também a importância de sensibilizar os profissionais de saúde sobre a humanização da assistência, durante o trabalho de parto, sendo essencial que esse processo já se inicie no pré-natal, mediante informações e incentivos às gestantes.

## **4.2 Material Empírico**

Após a organização e apropriado tratamento metodológico do material coletado nas entrevistas, estabeleceu-se através das temáticas, a ideia central e o DSC referente a mesma. Cada temática surgiu como resultado dos questionamentos realizados nas entrevistas aplicadas às participantes da pesquisa.

O Quadro 3 apresenta o DSC em resposta a garantia dos direitos das gestantes entrevistas sobre possuir ou não o direito de ter um acompanhante de sua escolha durante o processo de parturição assegurado nos partos anteriores. Duas ideias centrais foram enaltecidas: a primeira relacionada à única resposta positiva ao direito assegurado nos partos anteriores e, a segunda, voltada para as falas que afirmaram não possuir o direito de acompanhamento assegurado.

**Quadro 3** - Discurso do Sujeito Coletivo em resposta à pergunta: “No (s) seu (s) parto (s) anterior (es) alguém acompanhou você? Se Sim, quem? Se não, por quê?”

<b>Ideia Central – 1</b>	<b>Discurso do Sujeito Coletivo</b>
O sim solitário	<p>“[...] Quem acompanhou foi o padrinho do menino, que ele é enfermeiro, tirou foto e tudo! Ele era muito amigo de Dr. B., ai ele deixou ele entrar [...]” <b>Flor de Lótus</b></p>
<b>Ideia Central – 2</b>	<b>Discurso do Sujeito Coletivo</b>
O não plural	<p>“[...] Só os médicos. Porque, ninguém quis ir e eu chamei também não. Eu pensei que não podia [...]” <b>Tussilagem</b></p> <p>“[...] Não [...] Porque aqui ninguém tem coragem de ver essas coisa não [...]” <b>Camélia branca</b></p> <p>“[...] Não... Só ficava quando a gente ia pra enfermaria. Porque nunca pediram para ir, também nunca chamei. Ai, a família é toda medrosa ninguém tem coragem de assistir parto, não [...]” <b>Margarida</b></p>

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2017.

Ao analisar o quadro acima, é notório que a maioria das mulheres não teve a presença do acompanhante garantida durante o parto. Logo, acredita-se que pelo fato da maior parte da amostra desconhecer a Lei Nº 11.108/2005, o direito de ter um acompanhante foi desconsiderado. Todavia, o que é mais preocupante nesses casos, é a negligência dos profissionais envolvidos na assistência à mulher durante todo o ciclo gravídico-puerperal.

Verifica-se que a maioria referiu que o acompanhante também não teria coragem de estar presente na sala de parto, ficando restrito apenas no pré e/ou no pós parto, o que evidencia a falta de preparo dos mesmos para exercer tal papel. Talvez se houvesse uma sensibilização, desde as consultas do pré-natal, a respeito da importância da presença do acompanhante durante o parto propriamente dito, essa realidade seria diferente.

Os estudos de Diniz et al. (2014) e Aires et al. (2015) ratificam os dados dessa pesquisa, pois a maioria das gestantes investigadas também tiveram acompanhamento apenas no pré e no pós parto. Ademais, é visto que a presença do acompanhante é permitida na sala de pré parto, mas no momento em que a parturiente é encaminhada até a sala de parto, este é impedido de entrar e participar deste momento por não estar preparado para acompanhar a parturição ou por não serem informados da existência da Lei Nº 11.108/2005. Essa participação limitada é decorrente do modelo de assistência intervencionista ao parto e dos preconceitos frente à possibilidade de um acompanhante ativo.

Pesquisadores como Dodou et al. (2014) mencionam que os acompanhantes ainda não estão preparados para estarem presentes no momento do parto, não tendo estabilidade emocional suficiente para prestar um suporte para a parturiente. Porém, ressaltam ser primordial que os serviços e os profissionais de saúde informem e prepare-os desde o início do pré-natal para que possam exercer o verdadeiro papel de acompanhante.

Atentando para a primeira Ideia Central, percebe-se ainda no discurso da gestante que o seu acompanhante no momento do parto foi o padrinho da criança. Contudo, o que chama atenção é que o mesmo, além de ser enfermeiro, também é amigo do médico. Algumas inquietações são necessárias expor aqui: será que se o padrinho da criança não fosse enfermeiro e/ou amigo do médico ele teria entrado? Será que a lei do acompanhante seria respeitada? Fica em aberto uma reflexão acerca de um sistema de saúde que tem suas leis transgredidas, que facilita o acesso de uns poucos e nega, nomeadamente, o direito da grande maioria que o desconhece justamente por culpa da falta de educação e informação adequada.

A presença do acompanhante pode ser considerada um marcador de segurança e qualidade do atendimento e também uma associação de vários princípios do SUS, como a integralidade, a universalidade, a equidade e, conseqüentemente, a humanização. A informação contínua sobre os direitos das gestantes deve ser parte de protocolos de serviços e dos treinamentos para os profissionais, visto que só assim serão garantidos (DINIZ et al., 2014).

O Quadro 4 apresenta o DSC em resposta ao conhecimento das entrevistadas sobre a função do acompanhante no parto. Após análise dos dados, resultou-se em três Ideias Centrais, sendo a primeira relacionada a tranquilidade e segurança, a segunda voltada para o ato de fiscalizar e, a terceira, referente ao nervosismo.

**Quadro 4** – Discurso do Sujeito Coletivo em resposta à pergunta: “Para você qual o papel do acompanhante no parto?”

<b>Ideia Central – 1</b>	<b>Discurso do Sujeito Coletivo</b>
Tranquilidade e Segurança	<p>“[...] Ficar ali dando força [...]” <b>Flor de Lótus</b></p> <p>“[...] Tando perto de mim, assim pra mim dar mais força ... Coragem, também [...]” <b>Cravo Vermelho</b></p> <p>“[...] Ajudar a gente se acalmar um pouco na sala de parto [...]” <b>Camélia Branca</b></p> <p>“[...] Tá ao lado, dando força... é o que a gente precisa [...]” <b>Rosas</b></p>
<b>Ideia Central – 2</b>	<b>Discurso do Sujeito Coletivo</b>
Fiscalização	<p>“[...] Monitorar, porque caso acontecesse alguma coisa de mais grave teria como provar [...]” <b>Tussilagem</b></p>
<b>Ideia Central – 3</b>	<b>Discurso do Sujeito Coletivo</b>
Nervosismo	<p>“[...] Acho que com alguém conhecido eu ficava era mais nervosa, viss? Porque num sei como ele ia se comportar [...]” <b>Margarida</b></p>

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2017.

Os relatos da Ideia Central 1 demonstram que as entrevistadas entendem a presença do acompanhante como algo que serve de suporte emocional, que alivia a tensão e diminui o medo, deixando-as mais seguras para enfrentar o trabalho de parto e parto. A participação do acompanhante, indicado pela parturiente é fundamental, especialmente por proporcionar confiança, segurança, apoio e força, capaz de reduzir a dor e a sensação de solidão, gerar bem-estar emocional e físico e assim poder garantir a humanização nesse momento.

A pesquisa de Vilanova et al. (2015) corrobora tal fato quando aponta que as gestantes reconhecem a importância de um acompanhante no processo de parturição, pois a presença de

uma pessoa de confiança se traduz em apoio emocional e contribui para minimizar a sensação de medo e solidão. Já Carvalho et al. (2013) e Pereira (2016) explicam que a presença do acompanhante promove um sentimento de segurança, influenciando diretamente no desfecho do nascimento. Os autores constataram que a ansiedade das parturientes tende a diminuir na presença de alguém que contribuiu significativamente para o seu cuidado, estimulando o enfrentamento do parto de maneira mais positiva e tranquila.

Vezo, Coronel e Rosario (2013) afirmam que o carinho e o apoio são percebidos pelas mulheres participantes de seu estudo como atitudes facilitadoras do parto. Evidenciou-se que o apoio emocional as ajudou a terem força para continuar e que o simples fato do acompanhante estar próximo, embora não seja ativo durante o processo, foi decisivo para essa vivência.

Um outro papel apontado ganha destaque na Ideia Central 2: o de monitorar o trabalho da equipe durante o processo de parturição. Nesse aspecto, Pereira (2016) enfatiza a importância do acompanhante como observador, a fim de fiscalizar o trabalho realizado pela equipe. Funciona como se as mesmas tivessem uma garantia que receberá um tratamento diferenciado ou que pelo menos não será mal tratada na presença de um familiar.

Entretanto, a Ideia Central 3 traz a presença do acompanhante como um ponto negativo, pois em algumas situações, na opinião da gestante, ele pode interferir ao invés de ajudar, por não estar preparado ou não ter recebido orientações necessárias para vivenciar o momento da parturição. Assim, nota-se o quão importante é o momento da consulta, quando nela há infinitas possibilidades de orientar e sensibilizar a mulher e toda sua rede de apoio, na tentativa de transformar a realidade diante das singularidades do processo gravídico-puerperal.

Wolff (2016) tenta viabilizar uma solução para essa problemática: em primeiro lugar, ter um acompanhante, seja ele passivo ou ativo durante o processo de parturição; em segundo, ser um acompanhante, de preferência desde o pré-natal. Para o acompanhante, o conhecimento prévio da possibilidade de acompanhá-la permite uma definição precoce sobre qual será o seu papel junto à mulher. Para a gestante, a garantia de, no mínimo, um certo apoio emocional.

O Quadro 5 retrata o DSC em resposta a experiência das entrevistadas em ter um acompanhante durante o parto.

Dentre as oito colaboradoras da pesquisa, somente uma teve a experiência de ter um acompanhante durante o parto. Indubitavelmente, seria fundamental que todas as gestantes tivessem acesso à esse direito, já que promove segurança e um novo olhar para o momento do parto. Todavia, isso depende da qualidade da assistência ofertada durante o pré-natal, da recepção nas maternidades e dos profissionais que assistem essas mulheres.

**Quadro 5** – Discurso do Sujeito Coletivo em resposta à pergunta: “Como foi a experiência de ter um acompanhante durante o parto?”.

Ideia Central – 1	Discurso do Sujeito Coletivo
Boa experiência	“[...] Foi bom, porque pelo menos eu sabia que ele tava ali e que, tava alguém comigo que eu conheça... Que eu confio [...]” <b>Flor de Lótus</b>

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Segundo Carvalho et al. (2013), embora os profissionais estejam presentes durante o nascimento, nada se equipara a ter ao seu lado um acompanhante que estabeleça total confiança, contribuindo para diminuir a tensão inicial vivenciada pela parturiente ao entrar em um ambiente com pessoas desconhecidas e que, na maioria das vezes, não prestam uma assistência humanizada.

A experiência de gestar e parir provoca transformações na vida da mulher, que repercutem nas esferas pessoal e familiar. Porém, para que essas sejam positivas é necessário que possibilitem uma vivência prazerosa e estimulem o protagonismo e a autonomia da gestante, pois constituem componentes essenciais da humanização do parto e nascimento e das políticas para mulheres no país (JARDIM, 2017).

O autor supracitado ainda alega que o MS vem incentivando os enfermeiros a prestarem uma assistência qualificada à gestante, como forma de potencializar a capacidade natural e inata da mulher de dar à luz. A preparação para o parto deve promover o empoderamento feminino, estimulando a escolha informada, resgatando o cuidado centrado nas necessidades da gestante, respeitando a autonomia e exercendo uma prática ética e fundamentada em evidências.

O Quadro 6 expressa o DSC em resposta de como o acompanhante ajudou a entrevistada durante o parto. Essa resultou em uma Ideia Central relacionada ao suporte emocional que foi oferecido durante o parto, estando a mesma respaldada pelo discurso abaixo apresentado.

**Quadro 6** – Discurso do Sujeito Coletivo em resposta à pergunta: “Como seu acompanhante lhe ajudou durante o parto?”.

Ideia Central	Discurso do Sujeito Coletivo
Suporte emocional	“[...] De vez em quando ele ia lá, falava pra mim ter calma, que era assim cesáreo, que ... já eu ia ter o menino chorando, é ... que era inesquecível essa hora [...]” <b>Flor de Lótus</b>

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Verifica-se que o acompanhante desempenha um papel de suma importância para o processo de parturição, contribuindo para tornar a vivência da gestação e do parto o mais especial possível para parturiente. Esse discurso ratifica questões anteriores dessa pesquisa, as quais retrataram o papel que o acompanhante pode exercer no trabalho de parto, parto e pós-parto.

Durante o processo de parturição, é possível que a mulher tenha a expectativa de receber informações sobre o que acontece com ela e com seu bebê, sobre como ela pode estar ajudando durante o parto para favorecer o nascimento. Nesse interim, o acompanhante possui o papel de prestar suporte emocional e físico, além de mantê-la bem informada sobre tudo o que está acontecendo. Para tanto, é durante a assistência pré-natal que os profissionais de saúde têm a obrigação ética e legal de oferecer-lhes informações claras e completas acerca do cuidado. Ademais, preparar os acompanhantes para exercer tal função com liberdade, sem se sentirem intimidados diante da equipe de saúde (JARDIM, 2017; AIRES et al., 2015).

Diante dos resultados, deve-se reconhecer que a educação em saúde é uma ferramenta essencial para informar e orientar as gestantes e seus familiares a respeito da Lei Nº 11.108/2005. Nessa perspectiva, Rodrigues (2014) menciona que as práticas de ações educativas são relevantes para fornecer informações adequadas sobre os direitos que as gestantes possuem, além de proporcionar confiança na relação profissional-usuária, tornando-a mais harmoniosa, reduzindo a subordinação e passividade, favorecendo assim o protagonismo e autonomia das mulheres.

Como exemplo de prática educativa de sucesso, enfatiza-se que os enfermeiros das UBSF da zona rural do município investigado não se limitam apenas às consultas de pré-natal, mas realizam um trabalho contínuo de sensibilização das gestantes, denominado Rodas de Conversa. Nelas, tratam de diversos assuntos do universo materno, abordando tanto o cuidado com a saúde da gestante quanto do bebê.



**5 CONSIDERAÇÕES**

**FINAIS**

---

A assistência humanizada à saúde e a atenção adequada à mulher no parto representa um ponto indispensável para garantir o exercício seguro da maternidade. A gestante quando colocada como protagonista deve estar cercada por uma equipe competente. Ademais, diante das diversas mobilizações para a criação de políticas que defendessem a mulher durante o ciclo-gravídico-puerperal, foi criada a Lei N° 11.108, de 7 de abril de 2005, que permite a presença de um acompanhante, de livre escolha da parturiente durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

Contudo, embora tenha decorrido mais de 10 anos da promulgação da referida Lei, ela não está sendo devidamente cumprida, visto que as informações se perdem e, muitas vezes, não é adequadamente divulgada para as gestantes e seus possíveis acompanhantes.

Retomando os objetivos propostos nessa pesquisa, no que concerne à caracterização sociodemográfica das gestantes, a faixa etária média ficou entre dezenove a trinta e oito anos, a maioria possui união não oficializada, é parda e apresenta ensino médio completo. No que tange aos dados obstétricos constatou-se que a maioria apresenta cinco ou mais gestações e todas iniciaram o pré-natal ainda no primeiro trimestre gestacional.

Quanto à Lei do acompanhante no parto, observou-se um déficit de conhecimento por parte das mulheres que realizam acompanhamento pré-natal no cenário investigado. As mesmas relataram conhecer a Lei, porém de forma superficial, conseguindo informações a partir do cartão da gestante.

Conformaram-se quatro quadros contendo as Ideias Centrais, as quais foram estabelecidas em consonância a análise dos discursos obtidos. Essas foram nomeadas, respectivamente, como: O sim solitário e O não plural; Tranquilidade e segurança, Fiscalização e Nervosismo; Boa experiência; Suporte emocional.

Foi visto que das oito entrevistadas apenas uma teve o direito de ter um acompanhante de sua escolha durante o processo de parturição assegurado no parto anterior. Os depoimentos revelaram ainda que a maior parte das gestantes sabia qual o papel a ser desempenhado pelo acompanhante durante o parto, relacionando-o a oferta de tranquilidade, segurança e monitoramento do trabalho da equipe durante o processo de parturição. No entanto, uma gestante relacionou a presença do mesmo como um ponto negativo, fato que caracteriza a falta de preparo tanto da mulher quanto do acompanhante.

Frente aos relatos, a única gestante que afirmou ter a experiência de um acompanhante durante o processo de parturição, a classificou como positiva. Mencionou que o acompanhante desempenha um papel de suma importância, que é de ofertar suporte emocional.

Ao refletir sobre os achados, evidencia-se que para mudar a prática em relação ao nascimento é preciso humanizar a assistência desde o pré-natal. Porém, essa transformação deve começar pelos profissionais de saúde, sendo evidente a necessidade de sensibilizá-los para que possam oferecer maiores informações às parturientes e seus familiares sobre seus direitos.

Recomenda-se que durante as consultas de pré-natal seja criado um espaço para promover ações educativas de maneira interativa e dinâmica, com a finalidade de proporcionar as gestantes um melhor conhecimento e aprendizado relacionados ao processo de gestar e parir. Ressalta-se, ainda, a necessidade de inserir os acompanhantes na assistência desde o pré-natal, para que os mesmos compreendam sua verdadeira função.

Convém salientar que os resultados dessa pesquisa se configuram como inéditos, principalmente por envolver o público da zona rural. Espera-se, portanto, que esse estudo possa gerar discussões sobre a divulgação e a aplicabilidade dos direitos das gestantes. Desse modo, possa também incentivar gestores e profissionais de saúde a contribuírem de forma mais efetiva para o cumprimento e garantia da Lei N° 11.108/2005.



## REFERÊNCIAS

---

AIRES, N. T. et al. Aplicabilidade dos direitos das parturientes: do paradigma à realidade. **Revista Saúde**, Santa Maria, v. 41, n. 1, p.263-270, jul. 2015. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/revistasaude/article/view/16195/pdf>>. Acesso em: 03 dez. 2016.

ANTUNES, J. T. et al. Presença paterna na sala de parto: expectativas, sentimentos e significados durante o nascimento. **Revista de Enfermagem da Ufsm**, Minas Gerais, v. 4, n. 3, p.536-545, jul. 2014. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/12515/pdf>>. Acesso em: 05 dez. 2016.

ANDRADE, M. M. **Introdução à Metodologia do Trabalho Científico**. 10. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

ANDREUCCI, C.B; CECATTI, J.G. Desempenho de indicadores de processo do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no Brasil: uma revisão sistemática. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 6, p. 1053-1064, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2011000600003&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000600003&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 03 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no 569, de 1 de junho de 2000. **Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde; 2000. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569\\_01\\_06\\_2000\\_rep.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html)>. Acesso em: 03 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização**. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizaSUS\\_politica\\_nacional\\_humanizacao.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizaSUS_politica_nacional_humanizacao.pdf)>. Acesso em: 06 dez. 2016.

BRASIL. Lei n. 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei no 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**, Brasília, 2005. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm)>. Acesso em: 13 nov. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza/SUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus\\_gestores\\_trabalhadores\\_sus\\_4ed.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_gestores_trabalhadores_sus_4ed.pdf)>. Acesso em: 06 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno**. Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história. Brasília: Ministério da Saúde, p. 80, 2011a. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/70\\_anos\\_historia\\_saude\\_crianca.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/70_anos_historia_saude_crianca.pdf)>. Acesso em: 06 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Ações Programáticas Estratégicas**. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes. 1. Ed Brasília. Ministério da Saúde, 2011b. 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: 06 dez. 2016.

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. Brasília: Ministério da Saúde, p. 9, 2011c. 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: 04 fev. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre o referenciais da bioética, tais como, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, e visa a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado. **Diário da União**, Brasília, 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 25 nov. 2016.

BRÜGGEMANN, O. 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.,p.152-158, fev. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v36nspe/0102-6933-rgenf-36-spe-0152.pdf>>. Acesso em: 03 dez. 2016.

BUSANELLO, J et al. Atenção humanizada ao parto de adolescentes: análise das práticas desenvolvidas em um Centro Obstétrico. **Rev Bras Enferm**, Brasília v. 64, n. 5, p. 32-824, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672011000500004](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000500004)>. Acesso em: 03 dez. 2016.

CAMACHO, K. G.; PROGIANTI, A. M. A transformação da prática obstétrica das enfermeiras na assistência ao parto humanizado. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p.648-655, jul. 2013. Disponível em: <[https://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v15/n3/pdf/v15n3a06.pdf](https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v15/n3/pdf/v15n3a06.pdf)>. Acesso em: 04 dez. 2016.

CARDOSO, L. S. M.; MENDES, L. L.; VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, G. Diferenças na atenção pré-natal nas áreas urbanas e rurais do brasil: estudo transversal de base populacional. **Reme: Revista Mineira de Enfermagem**, Minas Gerais, v. 17, n. 1, p.1-9, jan. 2013. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/581>>. Acesso em: 07 jul. 2017.

CARVALHO, I. S. et al. Acompanhantes no processo de nascimento: benefícios reconhecidos pelos enfermeiros. **J Health Sci Inst**, [S/l], v. 31, n. 2, p. 166-171, 2013. Disponível em: <[https://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2013/02\\_abr-jun/V31\\_n2\\_2013\\_p166a171.pdf](https://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2013/02_abr-jun/V31_n2_2013_p166a171.pdf)>. Acesso em: 03 dez. 2016.

COSTA, A. P. et al. Contribuições do pré-natal para o parto vaginal: percepção de puérperas. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 12, n. 3, p.548-554, set. 2011. Disponível em: <[http://www.revistarene.ufc.br/vol12n3\\_pdf/a14v12n3.pdf](http://www.revistarene.ufc.br/vol12n3_pdf/a14v12n3.pdf)>. Acesso em: 04 dez. 2016.

COUTINHO, C. A; CRUZ, A. C.; PINHEIRO, R. O papel do acompanhante no parto: Uma revisão integrativa. In: EVENTO DE INICIAÇÃO CIENTIFICA, 11, 2016, Curitiba. **ANAIS**

**DO XI EVINCI.** Curitiba: Centro Universitário Autônomo do Brasil, 2016. p. 1. Disponível em:

<<http://portaldeperiodicos.unibrasil.com.br/index.php/anaisevinci/article/view/1458/1269>>. Acesso em: 03 dez. 2016.

DICIONÁRIO PRIBERAM DA LÍNGUA PORTUGUESA (DPLP), 2008-2013. Disponível em: <<https://www.priberam.pt/dlpo/direito>>. Acesso em: 20 ago. 2017.

DINIZ, C. S. G. et al. Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional Nascir no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p.140-153, maio 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0140.pdf>>. Acesso em: 28 dez. 2016.

DODOU, H. D. et al. A contribuição do acompanhante para a humanização do parto e nascimento: percepções de puérperas. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p.1414-1424, abr. 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452014000200262](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452014000200262)>. Acesso em: 05 dez. 2016.

FERREIRA, L. et al. Expectativa das gestantes em relação ao parto. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental**, [s.l.], v. 5, n. 2, p.3692-3697, abr. 2013. Disponível em: <<http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/download/2057/2552>>. Acesso em: 04 dez. 2016.

FRANCISCO, B. S. et al. Percepções dos pais sobre suas vivências como acompanhantes durante o parto e nascimento. **Revista Mineira de Enfermagem**, Florianópolis, v. 19, n. 3, p.567-575, jul. 2015. Disponível em: <[http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-27622015000300004](http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-27622015000300004)>. Acesso em: 05 dez. 2016

FREIRE, L. L. G. **Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento:** uma revisão da literatura. 2011, 25f. Dissertação (Pós-Graduação). Universidade Federal de Minas Gerais, Conselheiro Lafaiete – MG, 2011. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3361.pdf>>. Acesso em: 04 dez. 2016.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social.** 6. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades da Paraíba.** IBGE, 2016. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=250510&search=paraibalcuite>>. Acesso em: 23 mar. 2017.

JARDIM, M. J. A. **Empoderamento feminino:** contribuições do enfermeiro no pré-natal para o processo de parturição natural sob a ótica da gestante. 2017. 113f. Dissertação (Mestrado em enfermagem) - Universidade Federal do Maranhão, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, São Luís. Disponível em: <<https://tedebc.ufma.br/jspui/bitstream/tede/1439/2/MaraJardim.pdf>>. Acesso em: 12 jul. 2017.

LEISTER, N. **Transformações no modelo assistencial ao Parto: história oral de mulheres que deram à luz nas décadas de 1940 a 1980.** 2011. 174f. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7141/tde-17082011-103650/pt-br.php>>. Acesso em: 03 dez. 2016.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. **O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos).** 2. ed. Caxias do Sul, RS: Educs, 2005.

MALHEIROS, P. A. et al. Parto e nascimento: saberes e práticas humanizadas. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n. 2, p.329-337, jun. 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072012000200010](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000200010)>. Acesso em: 05 dez. 2016

MENEZES, M. G. B; DIAS, D. F. S. A humanização do cuidado no pré-parto e parto. **Synthesis Revista Digital Fapam**, Pará de Minas, v. 1, n. 3, p.24-36, abr. 2012. Disponível em: <<http://fapam.web797.kinghost.net/revista/volume3/4%20Marisa%20Daniella%20-%2024%20A%2036.pdf>>. Acesso em: 04 dez. 2016.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 9ª ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2006

MOREIRA, A. P. A. et al. Preparo paterno para serem acompanhantes no trabalho de parto. **Enfermagem Obstétrica**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, p.3-8, abr. 2015. Disponível em: <<http://www.enfo.com.br/ojs/index.php/EnfObst/article/view/18/22>>. Acesso em: 05 dez. 2016.

NORA, C. R. D; JUNGES, J. R. Políticas de humanização na atenção básica: Revisão Sistemática. **Rev. Saúde Pública**, v. 47 n. 6, p. 1186-2000, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v47n6/0034-8910-rsp-47-06-01186.pdf>>. Acesso em: 06 dez. 2016.

PASCHE, D. F; PASSOS, E; HENNINGTON, E. A. Cincos anos de Política Nacional de Humanização: trajetória de uma política pública. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 16, n. 11, p. 4541-4548, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n11/a27v16n11.pdf>>. Acesso em: 04 dez. 2016.

PERDOMINI, F. R. I; BONILHA, A. L. L. de. A participação do pai como acompanhante da mulher no parto. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 20, n. 3, p. 52 – 445, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072011000300004](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000300004)>. Acesso em: 04 dez. 2016.

PEREIRA, B. M. **A percepção das puérperas quanto a importância da presença do acompanhante na sala de parto.** 2016. 87f. Monografia (Conclusão do curso de Graduação em Enfermagem e Licenciatura) - Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2016. Disponível em: <<http://www.repositorio.uff.br/jspui/bitstream/1/2607/1/Bruna%20de%20Mattos%20Pereira.pdf>>. Acesso em: 03 dez. 2016.

PEREIRA, S. S. et al. Parto natural: a atuação do enfermeiro diante da assistência humanizada. **Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 10, n. 3, p.199-213, set. 2016. Disponível em: <<http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1727/1682>>. Acesso em: 03 dez. 2016.

PESQUISA NACIONAL DE DEMOGRAFIA E SAÚDE DA CRIANÇA E DA MULHER – PNDS. Ministério da Saúde. 2017. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/pnds/assistencia\\_gestacao.php](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/pnds/assistencia_gestacao.php)>. Acesso em: 09 jul. 2017.

PIESZAK, G. M. et al. Percepção da equipe de enfermagem quanto à dor da parturiente: perspectivas para o cuidado. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Santiago, v. 16, n. 6, p.881-889, dez. 2015. Disponível em: <[http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/14766/1/2015\\_art\\_gmpieszak.pdf](http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/14766/1/2015_art_gmpieszak.pdf)>. Acesso em: 04 dez. 2016.

PIO, D. A. M.; OLIVEIRA, M. M. Educação em saúde para atenção à gestante: paralelo de experiências entre Brasil e Portugal. **Saúde Sociedade**, São Paulo, v. 23, n. 1, p.313-324, set. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n1/0104-1290-sausoc-23-01-00313.pdf>>. Acesso em 03 dez. 2016.

POLGLIANE, R. B. S. et al. Adequação do processo de assistência pré-natal segundo critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e da Organização Mundial de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Espírito Santo, v. 19, n. 7, p.1999-2010, jul. 2014. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/630/63031150004/>>. Acesso em: 09 jul. 2017.

POMPERMAYER, R. C. L. **Saúde da mulher: mortalidade materna, fatores de risco e visão profissional**. 2011. 80f. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local) - Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM), Vitória, 2011. Disponível em: <[http://www.emescam.br/arquivos/pos/stricto/dissertacoes/71\\_Raquel\\_Coutinho\\_L\\_Pompermayer.pdf](http://www.emescam.br/arquivos/pos/stricto/dissertacoes/71_Raquel_Coutinho_L_Pompermayer.pdf)>. Acesso em: 05 dez. 2016.

PONTES, M.G.A. et al. Parto nosso de cada dia: um olhar sobre as transformações e perspectivas da assistência. **Rev. Ciênc. Saúde Nova Esperança**, v.12, n.1, p. 69-78, jun. 2014. Disponível em: <<http://www.facene.com.br/wp-content/uploads/2010/11/Parto-nosso-de-cada-dia.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2017.

PRATA, K. S. et al. Acompanhante no centro obstétrico: significado para a equipe de enfermagem. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 25, n. 3, p. 277-286, 2011. Disponível em: <<https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/6146/4905>>. Acesso em: 03 dez. 2016.

RODRIGUES, M. R. **A importância da captação e permanência das gestantes no Acompanhamento pré-natal: uma análise bibliográfica**. 2014. 16f. Monografia (Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Saúde Materna, Neonatal e Lactação) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

SANTOS, E. C. P. et al. Conhecimento e aplicação do direito do acompanhante na gestação e parto. **Enfermagem em Foco**, Sergipe, v. 7, n. 4, p.61-65, jan. 2016. Disponível em:

<<http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/918/348>>. Acesso em: 18 jun. 2017

SANTOS, K. T. A.; LIMA, L. R. R.; MENEZES, M. O. DEZ ANOS DA LEI N° 11.108/2005: DESAFIOS E PERSPECTIVAS. **Ciências Biológicas e de Saúde Unit**, Aracajú, v. 4, n. 1, p.25-42, mar. 2017. Disponível em: <<https://periodicos.set.edu.br/index.php/cadernobiologicas/article/view/3439>>. Acesso em: 30 jun. 2017.

SANTOS, R. A. A.; MELO, M. C. P.; CRUZ, D. D. Trajetória de humanização do parto no Brasil a partir de uma revisão integrativa de literatura. **Caderno de Cultura e Ciência**, [s/l], v. 13, n. 2, p.76-89, mar. 2015. Disponível em: <<http://periodicos.urca.br/ojs/index.php/cadernos/article/view/838>>. Acesso em: 03 dez. 2016.

SILVA, D. O. et al. O desejo da mulher em relação a via de parto: uma revisão de literatura. **Ciências Biológicas e da Saúde**, Maceió, v. 3, n. 1, p. 103-114, 2015. Disponível em: <<https://periodicos.set.edu.br/index.php/fitsbiosauade/article/download/2582/1498>>. Acesso em: 03 dez. 2016.

SOUSA, A. M. M. et al. Práticas na assistência ao parto em maternidades com inserção de enfermeiras obstétricas, em Belo Horizonte, Minas Gerais. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p.324-331, jun. 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n2/1414-8145-ean-20-02-0324.pdf>>. Acesso em: 04 dez. 2016.

VEZO, G. M. S; CORONEL, L. M; ROSARIO, M. S. O. do. **Assistência Humanizada de Enfermagem no Trabalho de Parto**. 2013. 89f. Dissertação (Graduação). Escola Superior de Saúde, Universidade do Mindelo, Mindelo, 2013. Disponível em: <<http://www.portaldoconhecimento.gov.cv/bitstream/10961/3251/1/Vezo,%20Coronel%20e%20Ros%20A1rio%202013.%20Assist%20%C3%Aancia%20humanizada%20de%20enfermagem%20no%20trabalho%20de%20parto.pdf>>. Acesso em: 05 dez. 2016.

VILANOVA, A. K. L. et al. PERCEPÇÕES DA PARTURIENTE ACERCA DA PRESENÇA DO ACOMPANHANTE NO PROCESSO DE PARTURIÇÃO. **Rev. AUGUSTUS**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 39, p.24-37, jun. 2015. Disponível em: <<http://apl.unisuam.edu.br/revistas/index.php/revistaaugustus/article/view/638>>. Acesso em: 10 jul. 2017.

WOLFF, A. C. **Participação do acompanhante no parto e no nascimento: Percepção da equipe multiprofissional**. 2016. 51f. Monografia (Conclusão do curso de Enfermagem) - Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, Santa Cruz do Sul, 2016. Disponível em: <<http://repositorio.unisc.br/jspui/bitstream/11624/1187/1/Aur%20%C3%A9lia%20C%20A1tia%20Wolff.pdf>>. Acesso em: 03 dez. 2016.



## APÊNDICES

---

## APÊNDICE A

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Esta pesquisa intitulada “**DIREITO DE ACOMPANHAMENTO AO PARTO: CONHECIMENTO E CONCEPÇÃO DE GESTANTES**” trata-se de um Trabalho de Conclusão do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, *campus* Cuité, e está sendo desenvolvida pela aluna Érica Dionisia de Lacerda sob a orientação da Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Janaína von Söhsten Trigueiro. O presente estudo tem por objetivo geral conhecer e analisar como vem sendo propagado a Lei do Acompanhante ao Parto (Lei nº 11.108 de 7 de Abril de 2005) para gestantes por profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família durante a assistência Pré-Natal. Você está sendo convidada para participar desta pesquisa por no momento está realizando regularmente o Pré-Natal. Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder perguntas que envolvem dados sobre as assistências de saúde fornecida à você e seus conhecimentos sobre seus direitos.

As informações obtidas através desta pesquisa serão confidenciais e asseguramos que seu nome será mantido em sigilo absoluto. Os dados da pesquisa poderão vir a ser publicados/divulgados, desde que assegurado à privacidade dos sujeitos e a confidencialidade das informações. A sua participação na pesquisa é voluntária e, portanto, a senhora não é obrigada a fornecer as informações solicitadas pela pesquisadora. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na sua assistência. As pesquisadoras estarão à sua disposição para qualquer esclarecimento ou dúvida que por ventura vier a surgir ou que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa. Destacamos aqui a importância de sua participação para a viabilidade deste estudo. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço institucional do pesquisador principal.

Cuité\_\_\_\_/\_\_\_\_/2017.

Diante do exposto, declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar:

---

Participante da Pesquisa

---

Érica Dionisia de Lacerda  
Pesquisadora Participante

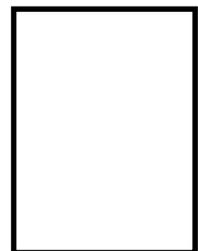



---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Gigliola Marcos Bernardo de Lima  
Coordenadora Responsável

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Janaína von Söhsten Trigueiro  
Pesquisadora Responsável



Contatos para dúvidas/esclarecimentos: Universidade Federal de Campina Grande – Centro de Educação e Saúde  
– Unidade Acadêmica de Saúde – Olho D’água da Bica s/n – Cuité-PB. CEP: 58175- 000. Telefone: (83) 3372-  
1900. Ramal: 1972 E-mail: [gigliolajp@hotmail.com](mailto:gigliolajp@hotmail.com) / [Janavs\\_23@hotmail.com](mailto:Janavs_23@hotmail.com)

**APÊNDICE B**  
**Roteiro de Entrevista da Gestante**

“Direito de acompanhamento ao parto: conhecimento e concepção de gestantes”

Pesquisadora Participante: Érica Dionisia de Lacerda

Pesquisadora Responsável: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Janaína von Söhsten Trigueiro

**Parte I – Caracterização sociodemográfica:**

1. Iniciais: \_\_\_\_\_ / Cidade onde Nasceu: \_\_\_\_\_

2. Qual a sua idade hoje: \_\_\_\_\_ Anos

3. Estado Civil:

( ) Casada ( ) Solteira ( ) Divorciada ( ) União não oficializada

4. Cor da Pele: ( ) Branca ( ) Negra ( ) Parda ( ) Outros. Qual? \_\_\_\_\_

5. Nível de Escolaridade:

( ) Não-Alfabetizado

( ) Alfabetizado

( ) Fundamental Completo

( ) Ensino Médio Completo

( ) Superior Completo

**Parte II – Caracterização obstétrica:**

1. Quantas gestações já teve? ( ) Apenas 1 ( ) 2 gestações ( ) 3 gestações ( ) 4 gestações ( ) Mais de 5

2. Hoje, com quantas semanas gestacionais você está? \_\_\_\_\_

3. Quantas consultas de pré-natal foram realizadas até o momento? \_\_\_\_\_

**Parte III – Conhecimento da Lei do acompanhante:**

1. No (s) seu (s) parto (s) anterior (es) alguém acompanhou você?

Se sim, quem? \_\_\_\_\_

Se não, por que? \_\_\_\_\_

2. Quando a decisão de ter um acompanhante foi tomada?

( ) antes da gestação

( ) durante a gestação

( ) no momento da internação

( ) durante o trabalho de parto

( ) não foi tomada

3. Você conhece a lei do direito ao acompanhante? ( ) sim ( ) não

Se sim, quem possibilitou este conhecimento?

- ( ) Por outras gestantes
- ( ) Nas consultas de pré-natal
- ( ) Pela mídia (jornal, Tv)
- ( ) Pelos amigos/ conhecidos
- ( ) No Hospital
- ( ) Outro. Qual? \_\_\_\_\_

4. Para você qual o papel do acompanhante no parto?

**Se a gestante respondeu sim na terceira questão:**

Como foi a experiência de ter um acompanhante durante o parto?

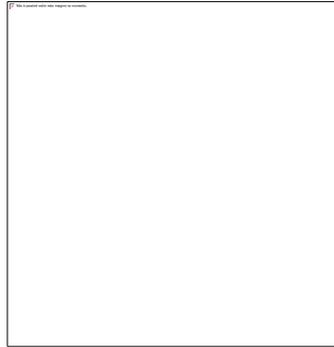
Como seu acompanhante lhe ajudou durante o parto?



**ANEXOS**

---

## ANEXO I



### Termo de Autorização Institucional

Eu, Gentil Palmeira Filho, Secretário de Saúde do município de Cuité, estado da Paraíba, autorizo o desenvolvimento da pesquisa intitulada “**DIREITO DE ACOMPANHAMENTO AO PARTO: CONHECIMENTO E CONCEPÇÃO DE GESTANTES**”, que terá como cenário as Unidades Saúde da Família da zona rural deste município. Os responsáveis pela pesquisa serão: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Janaína von Söhsten Trigueiro – pesquisadora responsável (Orientadora da pesquisa e Professora do Curso de Bacharelado em Enfermagem na Universidade Federal de Campina Grande, Campus Cuité) e Érica Dionisia de Lacerda – pesquisadora participante (Graduanda em Enfermagem pela Universidade Federal de Campina Grande, Campus Cuité).

Cuité, 30 de setembro de 2016.

---

**Gentil Palmeira Filho**  
Secretário de Saúde de Cuité – PB

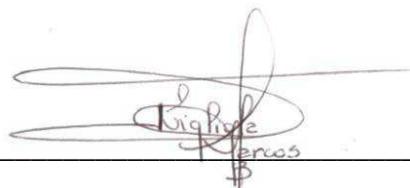
## ANEXO II

### Termo de Compromisso de Divulgação dos Resultados

Por este termo de responsabilidade, nós, abaixo – assinados, respectivamente, autor e orientando da pesquisa intitulada “**DIREITO DE ACOMPANHAMENTO AO PARTO: CONHECIMENTO E CONCEPÇÃO DE GESTANTES**” assumimos o compromisso de:

- Preservar a privacidade dos participantes da pesquisa cujos dados serão coletados;
- Assegurar que as informações serão utilizadas única e exclusivamente para a execução do projeto em questão;
- Assegurar que os benefícios resultantes do projeto retornem aos participantes da pesquisa, seja em termos de retorno social, acesso aos procedimentos, produtos ou agentes da pesquisa;
- Assegurar que as informações somente serão divulgadas de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificar o sujeito da pesquisa;
- Assegurar que os resultados da pesquisa serão encaminhados para a publicação, com os devidos créditos aos autores.

Cuité, março de 2017.




---

**Prof. Gigliola Marcos Bernardo de Lima**  
**Universidade Federal de Campina Grande**  
 (Coordenadora responsável)

---

**Prof.ª Dr.ª. Janaína von Söhsten Trigueiro**  
**Universidade Federal de Campina Grande**  
 (Orientadora e pesquisadora responsável)

---

Érica Dionisia de Lacerda  
 (Orientanda e Pesquisadora participante)

**ANEXO III****Declaração de Compromisso do Pesquisador Responsável**

Declaro que os resultados da pesquisa intitulada “**DIREITO DE ACOMPANHAMENTO AO PARTO: CONHECIMENTO E CONCEPÇÃO DE GESTANTES**” somente serão divulgados após a aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sendo garantidos os créditos da publicação aos autores responsáveis. Ademais, declaro garantir ainda que os resultados desta pesquisa também serão anexados à Plataforma Brasil, garantindo assim o sigilo relativo às propriedades intelectuais.

Para tanto, asseguramos respeitar as diretrizes regulamentadoras pela Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde/MS e suas Complementares, outorgada pelo Decreto nº 93833, de 24 de Janeiro de 1987, que garantem os direitos e deveres da comunidade científica, ao (s) sujeito (s) da pesquisa e ao Estado.



---

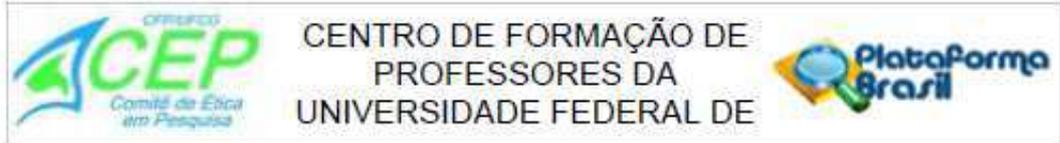
**Profa. Gigliola Marcos Bernardo de Lima**  
**Universidade Federal de Campina Grande**  
(Orientadora e Pesquisadora responsável)

---

**Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Janaína von Söhsten Trigueiro**  
**Universidade Federal de Campina Grande**  
(Orientadora e pesquisadora responsável)

## ANEXO IV

### Certidão do Comitê de Ética em Pesquisa



#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

##### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** LEI DO ACOMPANHANTE AO PARTO (LEI Nº 11.108/2005): CONHECIMENTO, DIVULGAÇÃO E PERCEÇÃO NA PERSPECTIVA DE GESTANTES E PROFISSIONAIS DE SAÚDE

**Pesquisador:** Gigliola Marcos Bernardo de Lima

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 44860415.1.0000.5575

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

##### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.350.571

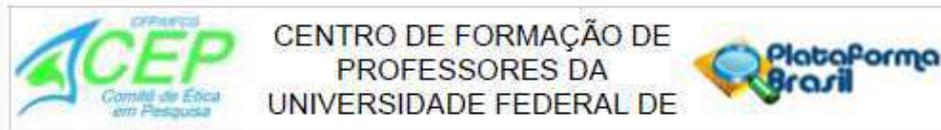
##### Apresentação do Projeto:

O projeto de pesquisa intitulado LEI DO ACOMPANHANTE AO PARTO (LEI Nº 11.108/2005): CONHECIMENTO, DIVULGAÇÃO E PERCEÇÃO NA PERSPECTIVA DE GESTANTES E PROFISSIONAIS DE SAÚDE, 44860415.1.0000.5575 e sob responsabilidade de Gigliola Marcos Bernardo de Lima trata de um estudo que visa identificar como o direito ao acompanhante em sala de parto vem sendo propagado entre gestantes e por profissionais de saúde? Observa-se na prática que o direito ao acompanhante é pouco disseminado entre as gestante e pelos profissionais de saúde.

##### Objetivo da Pesquisa:

O projeto LEI DO ACOMPANHANTE AO PARTO (LEI Nº 11.108/2005): CONHECIMENTO, DIVULGAÇÃO E PERCEÇÃO NA PERSPECTIVA DE GESTANTES E PROFISSIONAIS DE SAÚDE tem por objetivo principal conhecer e analisar a divulgação da Lei do Acompanhante ao Parto (Lei nº 11.108 de 7 de Abril de 2005) para gestantes por profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família durante a assistência pré-natal.

**Endereço:** Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, s/n  
**Bairro:** Casas Populares **CEP:** 58.900-000  
**UF:** PB **Município:** CAJAZEIRAS  
**Telefone:** (83)3532-2075 **E-mail:** cep@cfp.ufcg.edu.br



Continuação do Parecer: 1.350.571

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Os riscos e benefícios do projeto de pesquisa foram especificados adequadamente.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O projeto de pesquisa LEI DO ACOMPANHANTE AO PARTO (LEI Nº 11.108/2005): CONHECIMENTO, DIVULGAÇÃO E PERCEPÇÃO NA PERSPECTIVA DE GESTANTES E PROFISSIONAIS DE SAÚDE é importante por contribuir para a saúde da mulher, parturiente e os métodos especificados estão adequados à proposta do trabalho.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Os documentos estão apresentados de forma adequada. O autor da pesquisa Gigliola Marcos Bernardo de Lima redigiu e apresentou de forma correta os seguintes itens: Termo de Consentimento Livre e Espontâneo, folha de rosto, carta de anuência, cronograma, orçamento e demais documentos necessários à aprovação do projeto de pesquisa.

**Recomendações:**

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

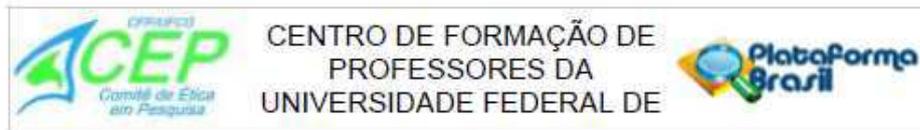
Considerando o que foi exposto, sugerimos a APROVAÇÃO do projeto LEI DO ACOMPANHANTE AO PARTO (LEI Nº 11.108/2005): CONHECIMENTO, DIVULGAÇÃO E PERCEPÇÃO NA PERSPECTIVA DE GESTANTES E PROFISSIONAIS DE SAÚDE, número 44860415.1.0000.5575 e sob responsabilidade de Gigliola Marcos Bernardo de Lima.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_474326.pdf	07/08/2015 11:39:55		Aceito
Outros	PROJETO MYLDRAD CEP CORREÇÃO.doc	07/08/2015 11:39:33		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_474326.pdf	13/03/2015 15:29:11		Aceito
Folha de Rosto	FOLHA DE ROSTO MYLDRAD.pdf	13/03/2015 15:28:08		Aceito
Outros	AUTORIZAÇÃO MYLDRAD.jpg	13/03/2015 15:26:20		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	FOLHA DE ROSTO MYLDRAD.pdf	13/03/2015 15:25:50		Aceito

Endereço: Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, s/n  
 Bairro: Casas Populares CEP: 58.900-000  
 UF: PB Município: CAJAZEIRAS  
 Telefone: (83)3532-2075 E-mail: cep@ctf.ufcg.edu.br



Continuação do Parecer: 1.350.571

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEs Myldrad.docx	13/03/2015 15:24:41		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO MYLDRAD CEP ok.doc	02/03/2015 00:10:59		Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

CAJAZEIRAS, 03 de Dezembro de 2015

---

Assinado por:  
Paulo Roberto de Medeiros  
(Coordenador)

Endereço: Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, s/n  
 Bairro: Casas Populares CEP: 58.900-000  
 UF: PB Município: CAJAZEIRAS  
 Telefone: (83)3532-2075 E-mail: cep@ctp.ufcg.edu.br