



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE – UFCEG
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE – CES
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM - UAENFE
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

ANDREZZA RODRIGUES DE ALMEIDA

**DIREITO DE ACOMPANHAMENTO AO PARTO (LEI Nº 11.108/2005):
CONHECIMENTO E PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO
CURIMATAÚ PARAIBANO: um estudo na zona urbana.**

CUITÉ- PB
2017

ANDREZZA RODRIGUES DE ALMEIDA

**DIREITO DE ACOMPANHAMENTO AO PARTO (LEI N° 11.108/2005):
CONHECIMENTO E PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO
CURIMATAÚ PARAIBANO: um estudo na zona urbana**

Trabalho de Conclusão do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande apresentado a Coordenação do Curso de Bacharelado em Enfermagem, Campus Cuité, como requisito parcial para obtenção do Título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Esp. Waleska de Brito Nunes

CUITÉ- PB

2017

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

A447d Almeida, Andrezza Rodrigues de.

Direito de acompanhamento ao parto (Lei N° 11.108/2005): Conhecimento e percepção de profissionais de saúde no Curimataú Paraibano: um estudo na zona urbana. / Andrezza Rodrigues de Almeida. - Cuité: CES, 2017.

62 fl.

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

Orientadora: Waleska de Brito Nunes.

1. Humanização da assistência. 2. Parto. 3. Direitos. I. Título.

Biblioteca do CES - UFCG

CDU 616-083

ANDREZZA RODRIGUES DE ALMEIDA

**DIREITO DE ACOMPANHAMENTO AO PARTO (LEI Nº 11.108/2005):
CONHECIMENTO E PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO
CURIMATAÚ PARAIBANO: um estudo na zona urbana**

Data da Defesa: ____/_____/2017

Local: Centro de Educação e Saúde – UFCG

MEMBROS EXAMINADORES:

Prof^ª. Esp. Waleska de Brito Nunes

Orientadora – UFCG/ CES/ UAENFE

Prof^ª. Me. Amanda Haissa Barros Henriques

Examinadora – IFPE/ Departamento de Enfermagem

Prof^ª. Esp. Myldrad Soares Marques Rolim

Examinadora – ISEA/ Escola Técnica São Vicente de Paula

CUITÉ – PB
2017

“Até aqui nos ajudou o senhor”.

Samuel 7:12

AGRADECIMENTOS

À **DEUS**, minha fonte principal de energias, sabedoria, esperança, e fé. Gratidão pela oportunidade de estar em uma universidade, pelas muitas orações atendidas, pelo apoio quando fora de casa eu me apegava em tua palavra como conforto, pelos muitos caminhos que o senhor iluminou, por vencer todos os obstáculos colocados em meu caminho. Obrigada pelo seu imensurável amor.

Aos meus pais **Elza Maria de Almeida Rodrigues** e **José Rodrigues Filho**, quero que vocês saibam que se estou onde estou, foram os frutos que vocês plantaram em mim, frutos esses que busco colher todos os dias, o amor, a vontade de crescer, a humildade. Vocês que me ensinaram o que realmente é lutar para progredir, me ensinaram que apesar das distâncias, das muitas datas comemorativas perdidas, eu estou lutando por essa conquista que não só é minha, mas é nossa. Obrigada por toda confiança, por todo amor, e orgulho que depositam em mim. Agradeço ainda por todos os conselhos, por toda a perseverança e os puxões de orelha. E podem ter certeza, que mesmo se eu tivesse tudo, mas não tivesse vocês, eu nada teria. Amo muito vocês.

Aos meus **Irmãos, Sobrinhos**, pela compreensão, amor, carinho todas as vezes que eu chego, apoio quando decidi mudar de cidade.

À minha **Família**, a qual passa toda em minha mente nesse exato momento, por ser meu porto seguro, meu exemplo a ser seguido e meu orgulho. Em especial aos meus **Avós Maria Correia Almeida, Carlos Rodrigues** que ainda estão presentes em minha vida e que eu amo incondicionalmente e a **Maria Correia Rodrigues, José Rodrigues Sobrinho (*In memoriam*)** por permitirem que eu os conhecesse, os amasse, e esperasse o dia em que vamos nos encontrar novamente para que eu reveja todos os momentos que fui feliz ao lado de vocês.

As minhas amigas-irmãs, **Larissa, Lillian, Alana, Carol, Larissa Reis, Cristina, Merice**, obrigada por tudo que já passamos até hoje, por todos os momentos bons e outros nem tanto, pela compreensão, pela amizade acima de qualquer coisa, seja distância, seja gênio. Vocês são anjos que apareceram na minha vida, cada um no seu tempo específico (umas desde a barriga, outras da UFCG para a vida), que tornaram mais fácil essa imensa jornada. “É tudo que nós vivemos até hoje, eu guardarei para

sempre”. Ao meu compadre **Francisraime Olegário** pela amizade. E a turma 2016.2 pela convivência e aprendizado.

Ao meu namorado **Yago Mateus**, por estar comigo nos momentos fáceis e difíceis que enfrentei durante a maior parte do curso, pois você acompanhou quase tudo, por todo amor, carinho, atenção, paciência acima de tudo, incentivo, preocupações e companheirismo, sempre me tranquilizando nos momentos de estresses, de insegurança. Te amo, muito obrigada.

À minha professora e fonte de inspiração, **Gigliola Marcos Bernardo de Lima**, pelo acolhimento, apoio, ensinamentos, dedicação, incentivo, paciência, atenção e ajuda na construção do meu trabalho. Agradeço por ser minha inspiração na obstetrícia, na carreira profissional.

À **Banca Examinadora, Profa. Waleska de Brito Nunes, Profa. Mc. Amanda Haissa**, e a **Enf. Esp. Myldrad Soares** pela pronta disposição, carinho e votos de esperança, e por contribuir com o conhecimento e aperfeiçoamento do estudo.

Aos meus pais adotivos e de coração: **Livia Barbosa, Adelmo Barros, Daluz Silva** que sempre estiveram presentes em minha vida e que nunca deixaram de interceder por mim, pela disponibilidade de suas casas, por todo carinho e atenção, muito obrigado de todo meu coração.

Aos colegas colaboradores da minha pesquisa, em especial **Hortência Héllen**, que me ajudaram nas coletas de dados, foram muito importante para que esse projeto fosse concretizado.

À enfermeira **Liliane Cecília e toda equipe do PSF IV** da cidade de Picuí-PB, por todo o aprendizado, todas as portas abertas, a confiança e por me mostrar como é realmente o cotidiano da enfermagem, da comunidade e do serviço.

À **todas as equipes do Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC)** por tudo que me ensinaram, pelas oportunidades oferecidas e dedicação, meu muito obrigado.

RESUMO

ALMEIDA, RA. Direito de acompanhamento ao parto (Lei N° 11.108/2005): conhecimento e percepção dos profissionais de saúde no Curimataú paraibano: Um estudo na zona urbana. Cuité, 2017. 58f. Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) (Bacharelado em Enfermagem) - Unidade Acadêmica de Enfermagem, Centro de Educação e Saúde, Universidade Federal de Campina Grande, Cuité-PB, 2017.

O parto é uma experiência que acontece em um período curto de tempo, mas implica expectativas, fantasias e medos que são construídos muito antes de acontecer, de acordo com os contextos e vivências de cada mulher. Acredita-se que a vivência de mulheres que tiveram a oportunidade de ter alguém que escolheram ao seu lado durante esses eventos é diferente das que vivenciaram essa experiência sozinha, mesmo que os profissionais envolvidos no processo tenham oferecido o cuidado e conforto necessário. Objetiva-se com esta pesquisa analisar os conhecimentos dos profissionais de saúde acerca da Lei do Acompanhante ao parto (Lei N° 11.108/2005). Trata-se de um estudo de natureza exploratório-descritiva sob a perspectiva de uma abordagem quanti-qualitativa. A pesquisa foi desenvolvida em Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF's) da zona urbana nas cidades de Cuité, Barra de Santa Rosa, Picuí e Nova Floresta, municípios do estado da Paraíba (Brasil), localizados na microrregião do Curimataú e Seridó Paraibano. Neste estudo, a população foi composta por profissionais de saúde que realizavam pré-natal nas UBSF's da zona urbana de Cuité, Nova Floresta, Barra de Santa Rosa e Picuí. Como resultados das análises, percebeu-se que os profissionais de saúde ainda mostram-se despreparados e desconectados com a Lei que já assegurada às gestantes desde o ano de 2005, esse despreparo estando relacionado ao fato de alguns não terem conhecimento profundo a cerca da lei do acompanhante, expresso pelos discursos no decorrer do trabalho, fazendo com que esse direito constituído por lei não seja aplicado como deveria. E a não conexão com a Lei 11.108/2005, pelo fato de muitos profissionais ainda serem ligados ao modelo tecnocrático da assistência, no qual não permite interrupções ou inovações no seu ambiente de trabalho. Além do que esses profissionais despreparados que ainda existem no mercado, muitas vezes não sentem-se seguros para realizar determinadas técnicas na presença do acompanhante, ou medo dos possíveis questionamentos sobre sua assistência. Assim, acredita-se que este estudo venha contribuir para instigar reflexões desses profissionais, ajudar na aplicabilidade deste princípio.

Palavras-chave: Humanização da assistência; Parto; Direitos.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Caracterizaçãosócio demográfica da amostra do estudo. Unidade Básica de Saúde da Família – zona urbana. Cuité, Picuí, Nova Floresta e Barra de Santa Rosa. Dezembro (2015) – Abril (2016). _____ 31

Tabela 2. Distribuição dos colaboradores do estudo segundo a caracterização profissional. Unidade Básica de Saúde da Família – zona urbana. Cuité, Picuí, Nova Floresta e Barra de Santa Rosa. Dezembro (2015) – Abril (2016). _____ 33

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Caracterização sobre o conhecimento dos profissionais acerca da existência da Lei Nº 11.108/2005.Unidade Básica de Saúde da Família – zona urbana. Cuité, Picuí, Nova Floresta e Barra de Santa Rosa. Dezembro (2015) – Abril (2016)._____35

Gráfico 2. Caracterização sobre o conhecimento dos profissionais acerca do número da lei que dá o direito da gestante ter um acompanhante. Unidade Básica de Saúde da Família – zona urbana. Cuité, Picuí, Nova Floresta e Barra de Santa Rosa. Dezembro (2015) – Abril (2016)._____35

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Discurso do Sujeito Coletivo em resposta à pergunta: “O que você sabe a respeito da lei do acompanhante?”. _____ 37

Quadro 2. Discurso do Sujeito Coletivo em resposta à pergunta: “Na sua opinião, qual o maior problema enfrentado pela instituição para presença ou permanência do acompanhante?”. _____ 38

Quadro 3. Discurso do Sujeito Coletivo em resposta à pergunta: “O que você tem feito para a execução desse direito em prol das gestantes?”. _____ 43

Quadro 4. Discurso do Sujeito Coletivo em resposta à pergunta: “Na sua opinião, o que deveria melhorar na assistência a saúde para aumentar a frequência das gestantes com acompanhantes?”. _____ 45

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CAAE	Certificação de Apresentação para Apreciação Ética
CEP	Conselho de Ética em Pesquisa
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DSC	Discurso do Sujeito Coletivo
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher
PIBIC	Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNHAH	Programa Nacional de Assistência Hospitalar
PHPN	Programa de Humanização ao Pré-Natal e Nascimento
REHUNA	Rede pela Humanização do Nascimento
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBSF	Unidade Básica de Saúde da Família

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
1.1 OBJETIVOS	18
1.1.1 Objetivo Geral	18
1.1.2 Objetivos Específicos:	18
2. REFERENCIAL TEÓRICO	19
2.1 Políticas públicas e saúde da mulher	19
2.2 Assistência humanizada ao parto	22
3. PROCEDIMENTO METODOLÓGICO	25
3.1 Tipo de estudo	25
3.2 Local do estudo	26
3.3 População e amostra	26
3.4 Critérios de inclusão	27
3.5 Critérios de exclusão	27
3.6 Instrumento para a coleta de dados	27
3.7 Disposições éticas da pesquisa	28
3.8 Procedimento para coleta de dados	28
3.9 Análise dos dados	28
3.10 Financiamento	30
3.11 Riscos e benefícios da pesquisa	30
4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	31
4.1 Delineamento do estudo	31
4.2 Discurso do Sujeito Coletivo – DSC	36
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	50
REFERENCIAS	52
APÊNDICES	56
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	57
APÊNDICE B - INSTRUMENTO PARA LEVANTAMENTO DE DADOS	58
APÊNDICE C - TERMO DE COMPROMISSO DOS PESQUISADORES	60
ANEXOS	61

1. INTRODUÇÃO

O parto é uma experiência que acontece em um período curto de tempo, mas implica expectativas, fantasias e medos que são construídos muito antes do parto em si, de acordo com o contexto em qual aquela mulher vive, como também daquilo que ela já viveu (SIQUEIRA, 2016).

Existem poucas experiências humanas comparáveis com o parto e o nascimento, em relação à intensidade física que o parto demanda, psicológica e social, que eles necessitam ou que sejam ao mesmo tempo tão desafiadoras e transformadoras para essas mulheres. Muito além de seus aspectos fisiológicos, o parto é um evento histórico e socialmente construído, de ampla variabilidade cultural e geográfica, ou seja, várias são as maneiras (DINIZ, et al, 2014)

A relação entre parto e nascimento ao longo da história, passou e vem passando por modificações significativas. Modificações essas que se deram pela mudança do processo de parturição, em que antes era considerado como algo natural para aquelas mulheres, que ocorria com a presença de outras mulheres, as quais faziam parte do seu contexto familiar e com a ajuda de parteiras, responsáveis pela assistência ao parto e que proviam tanto o apoio físico quanto o conforto emocional (MADEIRA; FERREIRA, 2016).

Em meados do século XX, tendo como o objetivo reduzir as altas taxas de mortalidade materna e infantil que ocorriam naquela época, deu-se então a institucionalização do parto em substituição ao ambiente domiciliar, culminando em sua hospitalização e medicalização. Essas medidas de institucionalização geraram muitas discussões a respeito. (PRATA et al, 2011).

Quando o parto hospitalar foi estabelecido como via de regra pelos programas de saúde, pela primeira vez na história, a maioria das mulheres começou a parir sem a presença de qualquer pessoa que lhe fosse familiar, rodeada por profissionais, nos quais elas não tinham nenhum relacionamento ou contato prévio, não havendo portanto proximidade entre a parturiente e a equipe (MADEIRA; FERREIRA 2016).

A partir desse feito, iniciaram-se grandes discussões a respeito do parto hospitalar. Ganhou representatividade a partir da Conferência sobre Tecnologia Adequada para Nascimento e Parto, realizada em Fortaleza-Ceará, em 1985, na qual foi explicitado que o bem-estar da mulher deve ser assegurado pelo livre acesso de um

membro da família, por ela escolhido, durante o nascimento e período pós-natal (GAYESKI et al, 2013).

Na década de 1990, como resultado do ativismo das mulheres e da emergência da medicina baseada em evidências, houve um movimento mundial no qual passou a documentar os benefícios emocionais e de saúde que a presença do acompanhante e o apoio contínuo proporcionavam a mesma. Nesse movimento, vários pesquisadores, em inúmeros países, começaram a organizar ensaios clínicos para randomizar mulheres que tinham a presença do acompanhante, e as que não tinham. Esses estudos documentaram os muitos resultados positivos tanto para a saúde materna como para a saúde neonatal dessa intervenção simples. Após esse estudo e ainda na mesma década, a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomendou que “o apoio contínuo durante o trabalho tem vários benefícios que são significativos clinicamente para as mulheres e crianças e nenhum prejuízo conhecido, e generaliza, quando traz que todas as mulheres devem ter apoio durante o parto e nascimento” (DINIZ et al, 2014).

No ano de 1995, com o objetivo de recomendar práticas as quais fossem reconhecidamente benéficas para o parto considerado como de baixo risco, a Organização Mundial de Saúde criou o Projeto Maternidade Segura em qual se preconizava que o modelo de atenção ao parto e o nascimento deveria ser menos intervencionista e mais humanizado. Após essa criação e estabelecimento de um novo modelo de atenção, o Ministério da Saúde estabeleceu um protocolo assistencial, indicando a necessidade de que a parturiente disponha de um acompanhante de sua escolha. E a função do acompanhante visando a prestação de apoio e encorajamento constantes à mulher, o que proporciona maior segurança e conforto durante o trabalho de parto e parto (GOMES et al, 2010).

O Ministério da Saúde (MS), no ano de 2000, buscando incluir os princípios de humanização na assistência obstétrica e neonatal, o instituiu o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), uma proposta bastante ampla de humanização dos serviços de atenção que prestavam assistência as mulheres desde a gravidez até o puerpério. Esse programa apresenta duas características marcantes: o olhar para a integralidade da assistência obstétrica e a afirmação dos direitos da mulher incorporados como diretrizes institucionais (BUSANELLO et al, 2011).

O PHPN mostra que a humanização da Assistência Obstétrica e Neonatal é uma condição necessária para que seja prestada uma adequada assistência ao parto e ao nascimento. No que diz respeito à humanização, a mesma compreende dois fatores que

são primordiais: O primeiro diz respeito ao dever que as instituições de saúde tem de receber com dignidade tanto a mulher, como também seus familiares e para que isso venha acontecer requer do profissional uma postura ética, e da organização da instituição de modo a propiciar um ambiente acolhedor. O outro se refere à adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando intervencionismos desnecessários (BRASIL, 2009).

Em âmbito estadual e com relação ao acompanhante, o Rio de Janeiro, foi pioneiro, quando publicou a 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. Já no Estado de São Paulo, essa garantia ao acompanhante deu-se por meio da Lei nº 10.241 de 17 de março de 1999, onde foi assegurado o direito quanto à presença do pai da criança nos exames pré-natais e durante o parto. O Distrito Federal, através da Lei nº 3.090, de 9 de dezembro de 2002, instituiu a modalidade de Parto Solidário, entendido como o direito da parturiente dispor de acompanhante durante o trabalho de parto, com o objetivo de melhorar a assistência às parturientes nas instituições públicas e privadas de saúde. E por fim em Santa Catarina, por a Lei nº 13.061, de 8 de julho de 2004, que os hospitais da rede pública, credenciada e/ou conveniada, do Sistema Único de Saúde (SUS) deveriam garantir o direito à presença do acompanhante no pré-natal e processo de nascimento (ARAÚJO et al, 2013).

Até então, a presença do acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto era muito dividida e como os estados e municípios desejavam que ela fosse aplicada. No ano de 2005, como esforços de entidades, alguns movimentos sociais e uma campanha que foi organizada pela Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (REHUNA) em benefício do direito à presença de um acompanhante de livre escolha da mulher, criou-se a Lei n.11.108/2005 que ela exigiu obrigatoriedade dos serviços de saúde em permitir a presença de um acompanhante, que deveria ser prioritariamente de livre escolha da mulher, no qual estivesse presente durante o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (BRÜGGEMANN; FRUTUOSO, 2013).

No âmbito público, em 2005, por meio da portaria n. 2.418, do Ministério da Saúde (MS), passou a autorizar o pagamento das despesas com o acompanhante que as instituições hospitalares tinham durante o processo parturitivo, esses gastos incluíam: acomodação adequada e o fornecimento das principais refeições. Mais tarde, no ano de 2008, a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) n. 36, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e

Neonatal, além de reafirmar o direito da mulher ao acompanhante, estabeleceu critérios para que os serviços pudessem assegurar uma estrutura física adequada e segura para os acompanhantes e trabalhadores. No que diz respeito ao setor privado, em 2010, a Agência Nacional de Saúde Suplementar definiu através da Resolução Normativa n. 211, que os atendimentos de obstetrícia realizados no setor privado, independente do plano que a gestante portasse, deveriam cobrir todas as despesas com o acompanhante (BRÜGGEMANN et al., 2014).

Apesar de a mulher possuir o direito ao acompanhante garantido e respaldado por lei, o que se observa é que algumas instituições apresentam dificuldades em implementá-la e tornar algo regular, sistemático, algumas justificativas são alegadas, como por exemplo, a adoção do modelo de assistência ao parto e nascimento centrado na biomedicina, as deficiências de infraestrutura que essas instituições tem e a falta de preparo do acompanhante, sendo considerados assim, pois não sabem lidar diante das situações, não conhecem os aspectos fisiológicos e técnicos (BRÜGGEMANN; FRUTUOSO, 2013).

O surgimento da Lei do Acompanhante e o incentivo à participação desses familiares de livre escolha da mulher só ocorreram pelo reconhecimento de que essa prática contribui para a humanização do parto e nascimento. Acredita-se que as mulheres que tiveram a oportunidade de ter alguém ao seu lado durante o trabalho de parto, parto e pós parto, apresentaram vivências diferentes daquelas que estavam sozinhas sozinha, mesmo que os profissionais envolvidos no processo tenham oferecido o cuidado e conforto necessário (DODOU et al, 2014).

Segundo Teles et al (2010), o acompanhante transfere sentimentos importantes para a gestante no momento do parto, sendo de uma importância extrema, pois com esse apoio contínuo a mulher sente-se mais segura, corajosa, tranquila e confortável diante da situação, com conseqüente redução da ansiedade. Além de ser descritas como uma forma de suporte emocional, reduzindo a solidão e o medo de um ambiente desconhecido.

Até então, no decorrer dos estudos, percebe-se que o acompanhante ao parto é uma política do Ministério da Saúde e que esta está incluída na Rede Cegonha, que é definida como uma política pública para a saúde materna, o ritmo e o contexto da implementação são pouco conhecidos, pois até recentemente não existiam dados nacionais que pudessem comprovar sobre a presença de acompanhantes (DINIZ et al, 2014).

Essa rede de assistência traz como base os princípios do SUS, para garantir a universalidade, a equidade e a integralidade da atenção à saúde. Organizando-se de modo a assegurar o acesso a todos os níveis de atenção a saúde, o acolhimento dessas gestantes e a resolutividade, através de um modelo de atenção que seja voltada ao pré-natal, parto e nascimento, puerpério e sistema logístico. A rede prioriza o acesso ao pré-natal de qualidade, um acolhimento que seja com avaliação e classificação de risco, a vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro, segurança na atenção ao parto e nascimento, atenção à saúde das crianças nos primeiros 2 anos, além de acesso às ações do planejamento reprodutivo (BRASIL, 2011).

Apesar dos benefícios dessa prática e a legislação apoiarem o parto com acompanhante, o que se observa ainda nas maternidades é o despreparo dos profissionais em lidar com a figura do acompanhante/pai como alguém participando do processo do parto e nascimento, pois os mesmos sentem-se inseguros para realizar procedimentos na presença do acompanhante, ou apresentam medo quanto aos questionamentos sobre a sua conduta profissional naquele momento (SANTOS et al, 2012).

A aproximação pelo tema se deu inicialmente quando ajudava uma mulher em seu período de trabalho de parto, realizava massagens, promovia deambulação, encorajava a mesma, então eu percebi que aquela função que eu estava exercendo era também da equipe de enfermagem, mas era muito mais do acompanhante, que conhecia os medos, os anseios, as dúvidas daquela mulher. Após ter cursado a disciplina de Enfermagem Obstétrica, na qual pude confirmar que o acompanhante durante todo o período parturitivo era direito garantido a essa mulher, me inquietou desvelar como a Lei do Acompanhante ao parto é tratada por profissionais de saúde no Seridó e Curimataú Paraibano.

Essa aproximação foi possível através de minha participação complementar no Projeto de Iniciação científica intitulado “Direito de acompanhamento ao parto (Lei Nº 11.108/2005): conhecimento e concepção de gestantes e profissionais de saúde no Curimataú Paraibano”, realizado através do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC), nas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF's) da zona urbana, nas cidades de Cuité, Barra de Santa Rosa, Picuí e Nova Floresta, municípios do estado da Paraíba (Brasil), situados na microrregião do Curimataú e Seridó Paraibano, cuja bolsista foi a também discente Hortência Héllen de Azevedo

Medeiros e orientadora e pesquisadora responsável a Prof. Dra. Gigliola Marcos Bernardo de Lima.

Neste sentido, este estudo advém de um recorte da citada pesquisa do referido PIBIC. Diante do exposto, surge a questão norteadora deste estudo: qual o conhecimento e concepção de profissionais de saúde da zona urbana do Seridó e Curimataú paraibano sobre o direito de acompanhamento ao parto e a lei nº 11.108/2005?

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo Geral

- Analisar o conhecimento do direito ao acompanhamento ao parto e da Lei do Acompanhante (Lei nº 11.108 de 7 de Abril de 2005) na concepção de profissionais de saúde, nas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF's) da zona urbana, nos municípios de Cuité, Barra de Santa Rosa, Picuí e Nova Floresta, situados no Curimataú Paraibano.

1.1.2 Objetivos Específicos:

- Caracterizar o perfil sociodemográfico e profissional dos colaboradores do estudo;
- Avaliar o conhecimento dos profissionais sobre a citada Lei do Acompanhante;
- Verificar a fonte de conhecimento prévio das entrevistadas sobre a referida Lei;
- Verificar qual o método de divulgação da Lei do Acompanhante pelos profissionais;

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Políticas públicas e saúde da mulher

As políticas públicas de saúde da mulher no Brasil, até a década de 1970, priorizou-se a saúde materno-infantil cujos princípios norteadores de política de saúde para as mulheres eram baseados em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe. No bojo de um movimento internacional de crescimento da consciência das mulheres de seu papel social historicamente construído, que estava sendo decodificado adotando o enfoque de gênero, e incorporando a possibilidade de planejar o número de filhos e a oportunidade de engravidar (RATTNER, 2014).

No âmbito do movimento feminista brasileiro, esses programas são vigorosamente criticados pela perspectiva reducionista com que tratavam a mulher, que tinha acesso a alguns cuidados de saúde no ciclo gravídico-puerperal, ficando sem assistência na maior parte de sua vida. Com forte atuação no campo da saúde, o movimento de mulheres contribuiu para introduzir na agenda política nacional, questões, até então, relegadas ao segundo plano, por serem consideradas restritas ao espaço e às relações privadas. Naquele momento tratava-se de revelar as desigualdades nas condições de vida e nas relações entre os homens e as mulheres, os problemas associados à sexualidade e à reprodução, as dificuldades relacionadas à anticoncepção e à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e a sobrecarga de trabalho das mulheres, responsáveis pelo trabalho doméstico e de criação dos filhos (BRASIL, 2004).

A partir do ano de 1980, as políticas de saúde que eram direcionadas a saúde da mulher perdem o antigo enfoque, que era a gestante, no qual a mulher só tinha atenção no período gestacional, e passa a privilegiar a integralidade da mulher, com a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), esse programa visava à inclusão da assistência à mulher em todos os períodos da sua vida, desde adolescência até a terceira idade, passando a respeitar e comprometer-se com os seus direitos reprodutivos e como cidadã (JORGE, 2015).

O PAISM foi Implantado com o objetivo de trabalhar a desigualdade entre gêneros, fortalecer a mulher, e esta passar a ser vista de forma universal, integral e com equidade. Sob a influência da estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS), esse programa propôs um atendimento à saúde da mulher enquanto sujeito ativo em sua

saúde, com direito garantido no seu processo reprodutivo, e nas questões peculiares do universo feminino (SOUZA; GUALDA, 2016).

A mulher até então, era vista em suas especificidades biológicas e sociais na gravidez e no parto, caracterizando-a como mãe cuidadora dos filhos, da casa, e com políticas voltadas ao atendimento materno infantil, e após a implantação do PAISM as duas áreas técnicas (Mulher e Criança) foram separadas em: Saúde da Criança e do Adolescente e Saúde da Mulher. Esse direcionamento proporcionou uma nova visão na saúde da mulher enquanto gênero (RATTNER, 2014).

Após a aprovação da Constituição Federal de 1988, a mulher que já tinha seus direitos de gênero materializados enquanto pré-natal, parto e puerpério, garantiu também com a consolidação de seus direitos reprodutivos, e também fortaleceu o direito como mulher cidadã (SOUZA; GUALDA, 2016).

Em paralelo a todas as implantações, e um pouco mais tarde, mais precisamente no ano de 2000, o Programa Humanização no Pré-natal e Nascimento, vem para complementar as políticas públicas que já existiam voltadas à saúde da mulher e do seu reconhecimento enquanto cidadã, desde a chegada da gestante no estabelecimento de saúde até a alta hospitalar (SOUZA; GUALDA, 2016).

Com o objetivo de incentivar um atendimento obstétrico integral e garantir os direitos de escolha da mulher, e pensando ainda em reorganizar a assistência, este programa está pautado na ampliação do acesso das mulheres à assistência com qualidade, onde seja preconizado um parto com o mínimo de intervenções possíveis. Além disso, esse programa tem o foco da questão para a mulher e abriu a possibilidade de discussões, tão necessárias, a respeito da mudança nas condutas implementadas no ciclo gravídico-puerperal (MALHEIROS et al, 2012).

E para tanto descreve no art.1, parágrafo único dessa Portaria seu objetivo: O desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos, promovendo a ampliação do acesso a estas ações, o incremento da qualidade e da capacidade instalada da assistência obstétrica e neonatal bem como sua organização e regulação no âmbito do Sistema Único de Saúde (SOUZA; GUALDA, 2016).

Dois anos mais tarde o MS instituiu a Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), que incorporava um enfoque de gênero, integralidade e promoção da saúde como princípios norteadores, buscando consolidar avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção

obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual (JORGE et al, 2015).

Em 2004, um novo e importante passo é dado na formulação dessas políticas, o PAISM passa a ter um novo status, tornando-se política nacional de assistência integral a saúde da mulher (PNAISM), onde a assistência prestada a essas mulheres não se restringe a um ciclo ou uma fase da vida dessas pacientes, passa a realizar a promoção da saúde, contemple as necessidades de saúde da população feminina, realize o controle de patologias mais prevalentes nesse grupo e a garanta o direito à saúde (BRASIL, 2004).

O PNAISM traz diretrizes específicas, dentre as quais se destacam: A garantia em atingir as mulheres em todos os ciclos de vida, resguardadas as especificidades das diferentes faixas etárias e dos distintos grupos populacionais; A inclusão para atender todas as demandas, sejam elas urgentes ou antigas; A elaboração, avaliação e execução de políticas direcionadas à mulher norteadas pela perspectiva de gênero; Criação e ampliação das condições necessárias ao exercício dos direitos da mulher; Promoção, proteção, assistência e recuperação da saúde, executadas nos diferentes níveis de atenção à saúde; O atendimento deverá nortear-se pelo respeito a todas as diferenças, sem discriminação de qualquer espécie e sem imposição de valores e crenças pessoais; Humanização.

Dando continuidade ao processo de melhoria na assistência à saúde integral e humanizada a mulher no Brasil, mais uma estratégia ministerial, operacionalizada pelo SUS foi criada, sendo denominada de Rede Cegonha ela foi idealizada através da Portaria N° 1.459, de 24 de junho de 2011, a qual direciona os seus para: Fomentar a implementação de um novo modelo de atenção à saúde da mulher e saúde da criança com foco na atenção ao parto e ao nascimento e no desenvolvimento infantil de zero aos 24 meses; Organizar uma Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil que garanta acesso, acolhimento e resolutividade; e Reduzir a mortalidade materna e infantil, com ênfase no componente neonatal (RODRIGUES, 2014).

Atualmente, a Saúde da Mulher no Brasil atua em três grandes áreas prioritárias, além da atenção obstétrica: planejamento reprodutivo, câncer ginecológico e atenção a mulheres e adolescentes em situação ou risco de violência (RATTNER, 2014).

2.2 Assistência humanizada ao parto

Ferreira; Silva; Assunção, definem Humanização como:

Ato ou efeito de humanizar, que, por sua vez, significa "tornar humano; dar feição ou condição humana a; tornar benévolo, afável; mostrar-se benévolo, compassivo, caridoso". No sentido filosófico, humanização é um termo que encontra suas raízes na corrente filosófica do Humanismo que busca compreender o homem e a compreensão do homem em sociedade. No campo psicanalítico, humanização nos remete às questões da subjetividade. Já na vertente da moral, esse termo pode evocar valores humanitários, como respeito, solidariedade, compaixão e empatia (p. 157, 2016).

Na área da saúde, a humanização começou a ser abordada em torno da década de 80, ganhando forças a partir da luta antimanicomial, na área da Saúde Mental como também através do movimento feminista pela humanização do parto e do nascimento, na área da Saúde da Mulher que representaram as primeiras discussões a respeito da humanização no campo da saúde, produzindo repercussões significativas (FERREIRA; SILVA; ASSUNÇÃO, 2014).

Humanizar é mostrar respeito à natureza do ser humano, voltando-se para sua essência, singularidade considerando que cada ser maneiras de se expressar e de sentir, totalidade (observando-o como um ser holístico e não pautado em órgãos específicos) e subjetividade; é dar suporte e estimular a mulher para que ela tenha participação ativa, participação de cidadania. São diversas as práticas consideradas humanizadoras e colocadas como diretrizes de assistência humanizada ao parto e nascimento pelo Ministério da Saúde e pela Organização Mundial de Saúde (GOMES et al, 2014).

Santos et al (2012) relata que:

A “humanização” da assistência ao parto tem sido definida por vários autores como um resgate tanto do acompanhamento do trabalho de parto quanto da assistência ao parto, sempre respeitando a fisiologia destes dois momentos, respeitando os desejos dessa mulher e o seu provável “plano de parto”, oferecendo um suporte emocional para a mulher, para a família ou as pessoas que a parturiente escolheu para estarem ao seu lado no trabalho de parto e parto, propiciando que os momentos referidos, sejam vivenciados em total plenitude e de acordo com as expectativas da mulher. A humanização em si, observa possibilidades para que as tecnologias perinatal existentes, hoje utilizadas sem critérios, sejam usadas de modo apropriado, a fim de garantir uma maior segurança tanto para a mãe, quanto para o bebê (SANTOS et al, 2012).

Não só relacionada ao parto em si, o conceito de atenção humanizada tem sido ampliado para incluir também as características de espaço físico onde o trabalho de parto e parto acontecerão, reforçando a ideia de que esta não é uma situação de doença, a concepção do espaço físico do pré-parto e da sala de parto como locais em que não se perceba estar em um ambiente hospitalar, que sejam mais acolhedores e que ofereçam mais liberdade de movimentação para a parturiente foram incorporadas ao conceito de humanização (SANTOS et al, 2012).

Desde então, os hospitais começaram a desenvolver ações consideradas "humanizadoras", que apresentam como finalidade a transformação de uma ambiente hospitalar para uma melhor assistência prestada, porém essas ações não chegavam às instâncias da organização do trabalho ou do modo de gestão e tampouco da vida das pessoas. A partir de novos olhares, a humanização é compreendida como princípio de conduta de base humanista e ética, um movimento contra a violência institucional na área da saúde, política pública para a atenção e gestão do SUS e uma metodologia auxiliar para a gestão participativa e tecnologia do cuidado na assistência à saúde (FERREIRA; SILVA; ASSUNÇÃO 2014).

No contexto das políticas públicas, e favorecendo a humanização da assistência, em 2000, o Ministério da Saúde criou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), essa concepção se deu a partir das iniciativas de humanização na prática assistencial à saúde. Essa política visava à propagação das ideias de humanização com maior ênfase na transformação das relações pessoais (FERREIRA; SILVA; ASSUNÇÃO,2014).

Seguindo os aspectos cronológicos, alguns anos após, mais precisamente em 2003, o Ministério da Saúde criou a Política Nacional de Humanização, para efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão, tornando mais qualificada a saúde pública no Brasil, e incentivando a troca entre os gestores, trabalhadores e usuários. Essa política em questão tinha como propósitos principais e relacionados a humanização na assistência ao parto: Contagiar trabalhadores, gestores e usuários do SUS com os princípios e as diretrizes da humanização; Fortalecer iniciativas de humanização que já eram existentes e propostas pelo Ministério da Saúde e Organização Mundial de Saúde (BRASIL, 2014).

A humanização da assistência ao parto implica que os profissionais de saúde respeitem os aspectos da fisiologia feminina, sem intervenções desnecessárias, intervenções essas que podem ser de vários tipos (enema, tricotomia, episiotomia de

rotina, por exemplo), reconheça os aspectos sociais e culturais do parto e nascimento, ofereça suporte emocional à mulher e a sua família, garantindo os direitos de cidadania (GOMES et al, 2014).

Com todas as abordagens feitas é notório que existe a necessidade de modificações profundas tanto na qualidade quanto na humanização da assistência ao parto nas maternidades brasileiras. Essas modificações incluem adequação da estrutura física das instituições hospitalares e equipamentos presentes nesses serviços até uma mudança de postura e atitude dos profissionais de saúde respeitando a autonomia dessas mulheres como também das gestantes para uma maior procura de seus direitos.

Dessa forma, recomenda-se a adoção de um conjunto de medidas que vem desde a organização estrutural, proporcionando um ambiente adequado e capaz de comportar a demanda das parturientes e dos acompanhantes, de capacitação técnica, no que diz respeito a apresentar maiores capacitações para os profissionais, gerencial em quais esses gestores estejam abertos a ouvir e convidar os profissionais para lançar estratégias de resolubilidade dos problemas nas instituições, financeira para que sejam possíveis essas mudanças estruturais, e de atitude ética e humana do profissional envolvido com a atenção, propiciando às mulheres um parto humanizado (GOMES et al, 2014).

E por fim, no que diz respeito ao foco do meu trabalho, em 2005, foi instituído a lei do acompanhante ao parto (Lei Nº 11.108/2005) que em seus aspectos legais, traz a obrigatoriedade de permitir a presença, junto à parturiente, de um acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, sendo esse acompanhante de livre escolha da mulher (BRASIL, 2014). No Brasil, a pessoa escolhida pela mulher para acompanhá-la durante o trabalho de parto e parto, é a responsável pelo apoio, desenvolvendo medidas que consigam contemplar o emocional e o conforto físico. Entretanto, para que esses acompanhantes consigam realizar o seu papel, é necessário que esses profissionais acolham o mesmo, inserindo nos contextos das instituições e dê informações necessárias (FRUTUOSO; BRUGGEMANN, 2013).

3. PROCEDIMENTO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo de natureza exploratório-descritiva sob a perspectiva de uma abordagem quanti-qualitativa. Este tipo de pesquisa, baseada na abordagem quanti-qualitativa, trabalha com os significados, as aspirações, crenças, os valores que o indivíduo traz consigo, atitudes que ele toma, seus motivos, correspondendo a um espaço mais profundo das relações, que não podem ser reduzidos apenas as operacionalizações de variáveis (MINAYO et al., 2010).

De acordo com Lopes; Del-Farra a abordagem qualitativa:

Examina o ser humano como um todo, de forma contextualizada. As potencialidades qualitativas incluem a capacidade de gerar informações mais detalhadas das experiências humanas, incluindo suas crenças, emoções e comportamentos, considerando que as narrativas obtidas são examinadas dentro do contexto original em que ocorrem. Além disso, estudos qualitativos proporcionam análises profundas das experiências humanas no âmbito pessoal, familiar e cultural, de uma forma que não pode ser obtida com escalas de medida e modelos multivariados (p. 71, 2013).

A pesquisa qualitativa considera que há relação entre o mundo real em qual vivemos e o sujeito, tornando-se um vínculo indissociável em qual essa associação entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito não pode ser traduzido em números. No processo da pesquisa qualitativa, a interpretação dos fenômenos e a atribuição de significados são básicas e muito importantes. Para a interpretação não precisa de uso de métodos e técnicas estatísticas. O ambiente natural é a fonte direta para coleta de dados e o pesquisador é o instrumento-chave (PRODANOV; FREITAS, 2013).

As abordagens qualitativas se adéquam melhor nas investigações que sejam realizadas em grupos e segmentos delimitados e focalizados, de histórias sociais sob os olhares dos atores, de relações e por fim para analisar discursos e documentos. Esse tipo de método, além de permitir revelar processos sociais que ainda são pouco conhecidos, proporciona a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação. Caracteriza-se pela empiria e também pela metodização dos conhecimentos até que seja possível a compreensão da lógica interna do grupo ou do processo em estudo (MINAYO et al., 2010).

Segundo Gerhardt; Silveira:

A pesquisa quantitativa se centra na objetividade. Influenciada pelo positivismo, considera que a realidade só pode ser compreendida com

base na análise de dados brutos, recolhidos com o auxílio de instrumentos padronizados e neutros. A pesquisa quantitativa recorre à linguagem matemática para descrever as causas de um fenômeno, as relações entre variáveis, etc. A utilização conjunta da pesquisa qualitativa e quantitativa permite recolher mais informações do que se poderia conseguir isoladamente (p. 33, 2009).

A pesquisa quantitativa tem suas raízes centradas no positivismo lógico, tendendo a enfatizar o raciocínio dedutivo, as regras da lógica e os atributos mensuráveis da experiência humana.

Os sujeitos do estudo quanti-qualitativo são pessoas de determinadas condições sociais, pertencentes a determinados grupos sociais, com suas crenças, valores e significados; o objeto é complexo, contraditório, inacabado e em permanente transformação. A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares, trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes; com um nível de realidade que não pode ser totalmente quantificado. Considerando-se o quadro da pesquisa empírica, o pensamento, materializado sob forma de discurso, é uma variável qualitativa, ou seja, é um produto a ser posteriormente qualificado. Mas, sendo esse pensamento coletivo, configura-se também como uma variável quantitativa, na medida em que expressa as opiniões compartilhadas pelos indivíduos (FIGUEIREDO; CHIARI; GOULART, 2013).

3.2 Local do estudo

A pesquisa foi desenvolvida em Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF's) da zona urbana nas cidades de Cuité, Barra de Santa Rosa, Picuí e Nova Floresta, municípios do estado da Paraíba (Brasil), localizados na microrregião do Curimataú e Seridó Paraibano. A cidade de Cuité possui nove UBSF's, sendo cinco delas situadas na zona urbana e quatro na zona rural. Barra de Santa Rosa possui cinco UBSF's, sendo três na zona urbana e duas na zona rural. Picuí possui em todo seu território demográfico quatorze UBSF's, sendo quatro situadas na zona urbana e dez na zona rural. A cidade de Nova Floresta possui cinco UBSF's situadas na zona urbana, onde estas também atendem a população da zona rural.

3.3 População e amostra

O universo ou população de uma pesquisa podem ser descritos como elementos que possuem determinadas características em comum. Já a amostra refere-se ao subconjunto do universo de uma determinada população, que estabelecem as suas

próprias características. Nesse sentido obtém-se um conjunto em que, a população é pertencente a um determinado quantitativo de pessoas em um determinado local e a amostra é caracterizada pela parte selecionada para o procedimento (RUIZ, 2011).

Neste estudo, a população foi composta por profissionais de saúde que realizavam pré-natal nas UBSF's da zona urbana dessas cidades. A amostra contou com dezoito profissionais (n=18) da Atenção Básica que realizavam consultas de acompanhamento Pré-Natal nas UBSFs da zona urbana dos municípios de Cuité, Barra de Santa Rosa, Nova Floresta e Picuí e que aceitaram participar livremente deste estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A amostra teve como justificativa a saturação das respostas contidas nas entrevistas, então por conveniência, desejamos permanecer apenas com os 18 participantes.

3.4 Critérios de inclusão

Os critérios de inclusão utilizados para os profissionais de saúde foram: estar em efetivo exercício nas UBSF's da zona urbana dos referidos municípios, ser responsável pelo acompanhamento pré-natal há no mínimo um ano na UBSF's e desejar participar livremente do estudo. Escolheram-se enfermeiros e médicos, pois esses profissionais estão em contato diretamente com as gestantes e são os principais profissionais que realizam o pré natal seja ele de baixo ou alto risco.

3.5 Critérios de exclusão

Os critérios de exclusão utilizados foram: profissionais que se negaram a participar da pesquisa, ou que estivessem menos de 1 ano de exercício profissional na UBSF.

3.6 Instrumento para a coleta de dados

Os instrumentos de pesquisa dependem dos objetivos que o investigador pretende alcançar e do universo a ser pesquisado. Assim, a investigação foi composta por um conjunto de perguntas submetidas ao público selecionado com intuito de obter informações sobre os mesmos, norteando assim a pesquisa a relatar sobre a violência obstétrica e a naturalização da mesma (MINAYO et al, 2010).

O instrumento utilizado para a coleta de dados deste estudo foi um roteiro de entrevista do tipo semiestruturado contendo perguntas objetivas, de caracterização da amostra como também de ordem subjetiva, voltadas ao objetivo principal da pesquisa.

Os critérios de beneficência, não maleficência e autonomia da pesquisa foram expostos da maneira mais clara possível para o colaborador. Após esclarecimento dos objetivos e importância do estudo, o colaborador do estudo foi convidado a assinar duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, onde um ficou com ele e o outro com a pesquisadora que manteve-se à disposição do entrevistado para quaisquer dúvidas ou esclarecimentos sobre a pesquisa.

3.7 Disposições éticas da pesquisa

Foram levados em consideração os aspectos éticos contidos na Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que dispõe sobre pesquisas envolvendo seres humanos. A coleta de dados só foi iniciada mediante a aprovação do presente Projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa e consequente emissão do código de CAAE - Certificado de Apresentação para Apreciação Ética - número 44860415.1.0000.5575.

Também se levou 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.

3.8 Procedimento para coleta de dados

Após concedida a autorização pelo CEP, foram marcadas e realizadas visitas às UBSF's para apresentar a pesquisa aos profissionais que realizavam o acompanhamento Pré-Natal nas UBSF's que compõem o cenário do estudo, embasados nos critérios de inclusão e exclusão. Foi então realizado o convite para participar da pesquisa; nesse momento, foram explicados os motivos da pesquisa e a sua importância para a ciência e o modo como seria realizada a entrevista, com ênfase na garantia do anonimato dos participantes, a escolha de participar ou não do estudo e o direito de desistir da mesma a qualquer momento, se desejado, sem acarretar danos pessoais. Após a realização da coleta de dados, as informações das entrevistas foram transcritas e prosseguiu-se com a análise dos dados coletados.

3.9 Análise dos dados

Os achados quantitativos da pesquisa, foram apresentados sob forma de gráficos e tabelas. Os dados dos achados qualitativos forma analisados a partir de dados contidos

no instrumento de coleta. Em seguida, os dados serão agrupados de acordo com a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo. O Discurso do Sujeito Coletivo é um método em que vai se retratar as locuções das falas dos pesquisados em síntese e em primeira pessoa do singular, o que representa o pensamento coletivo, no caso uma ideia central em uma única fala e possibilita interpretações para que o responsável pela pesquisa possa fundamentar seus resultados a partir das mesmas (LEFÉVRE; LEFÉVRE, 2005).

Os dados analisados segundo Lefèvre e Lefèvre (2005) que 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 DSC, que é uma proposta qualitativa que visa à obtenção de dados de natureza verbal.

O DSC é caracterizado basicamente como um discurso-síntese que vai ser analisado através do material que foi coletado durante as entrevistas em pesquisas nas quais foram realizadas através de perguntas e respostas abertas em forma de questionário, utilizando os depoimentos como matéria prima, e a partir destes extrair depoimentos, ideias centrais e suas expressões chaves, utilizando delas para construção de um ou vários discursos-síntese sendo estes os DSC (LEFEVRE; LEFEVRE, 2005).

As expressões-chave são descritas como pedaços, trechos ou transcrições do discurso, onde se busca o resgate da ideia central do depoimento. Devem ser destacadas pelo pesquisador, nas quais devem ser sublinhadas, iluminadas, a fim de destacar o conteúdo discursivo, e por fim, a construção do discurso do sujeito coletivo se faz através da matéria-prima dessas expressões. As ideias centrais buscam descrever, de forma verdadeira e de uma maneira sucinta, qual o sentido do discurso, assim, essas ideias se estabelecem como descrição, das demais ideias centrais estabelecidas 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).

3.10 Financiamento

Todas as despesas decorrentes da viabilização desta pesquisa serão de responsabilidade da pesquisadora coordenadora. A Universidade Federal de Campina Grande, *campus* Cuité, disponibilizou as referências contidas em sua biblioteca, computadores e conectivos, bem como a pesquisadora responsável.

3.11 Riscos e benefícios da pesquisa

Foram levados em consideração os aspectos éticos contidos na Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que dispõe sobre o respeito à dignidade humana e proteção a vida aos participantes de pesquisas científicas envolvendo seres humanos com ênfase para os princípios de beneficência, não maleficência e autonomia.

Quanto aos benefícios, pretende-se com este estudo trazer contribuições aos profissionais de saúde depoentes no sentido de disseminar o conhecimento sobre a Lei 11.108/2005 a fim de contribuir com a melhora da qualidade da assistência ofertada e efetivação do direito do acompanhante ao parto.

4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

4.1 Delineamento do estudo

O estudo teve por objetivo analisar o conhecimento da Lei do Acompanhante ao Parto (Lei Nº 11.108 de 7 de Abril de 2005) na perspectiva de profissionais de saúde, médicos e enfermeiros, que realizavam consultas de acompanhamento Pré-natal nas Unidade Básicas de Saúde da Família (UBSF's) na zona urbana, dos municípios de Cuité, Barra de Santa Rosa, Nova Floresta e Picuí, situados no Curimataúe Seridó Paraibano.

A pesquisa foi realizada em duas etapas: na primeira etapa foi aplicado o roteiro de entrevista onde foram investigados dados a respeito dos participantes do estudo, a saber: características sócio-demográficas; faixa etária e sexo; estado civil; tipo de formação; pós-graduação; tempo de formação profissional; conhecimento sobre a Lei 11.108/2005 e qual o número e ano de identificação da referida Lei; qual o conhecimento geral sobre a Lei; qual o maior problema enfrentado nas instituições para presença ou permanência do acompanhante; o que tem feito para execução desse direito em prol das gestantes; o que deveria melhorar na assistência à saúde para aumentar a frequência de gestantes com acompanhantes. Na segunda etapa, foram analisados os dados obtidos por meio do questionário aplicado aos profissionais de saúde, médicos e enfermeiros, que atendiam na UBSF's da zona urbana dos municípios de Cuité, Barra de Santa Rosa, Nova Floresta e Picuí.

Caracterização da Amostra

Tabela 1. Caracterizaçõesócio demográfica da amostra do estudo. Unidade Básica de Saúde da Família – zona urbana. Cuité, Picuí, Nova Floresta e Barra de Santa Rosa. Dezembro (2015) – Abril (2016).

Faixa Etária	N	%
Menos de 30 anos	11	61%
30 a 40 anos	2	11%
Acima de 40 anos	5	28%
Total	18	100%
Estado Civil		

Casado	8	45%
Solteiro	9	50%
União não oficializada	1	5%
Total	18	100%
Sexo		
Masculino	3	17%
Feminino	15	83%
Total	18	100%

Fonte: Pesquisa Direta (2016).

Foram entrevistados dezoito profissionais de saúde da rede de Atenção Básica dos municípios de Cuité, Barra de Santa Rosa, Nova Floresta e Picuí, na Paraíba. De acordo com as variáveis demográficas, a maioria(61%) tinha menos de 30 anos; 11% tinham de 30 a 40 anos e 28% tinham acima de 40 anos, observando um quantitativo maior de profissionais relativamente mais jovens na rede de Atenção Básica urbana do estudo. Quanto ao estado civil, a maioria dos entrevistados(50%) eram solteiros; 45% eram casados e apenas 5% possuíam uma união não oficializada. Houve uma maior predominância do sexo feminino (83%) entre os participantes do estudo, apenas 17% são do sexo masculino.

Esses resultados vão ao encontro do estudo realizado por Ribeiro et al (2014), onde foram analisados os perfis de profissionais da enfermagem, e os resultados reafirmaram que as mulheres, na faixa etária adulta jovem, são as representantes mais expressivas dos trabalhadores da saúde, especialmente da enfermagem. Isso explica-se por fatores com mais aproximação sócio histórica no exercício que envolve a prática do cuidado está diretamente ligada as atividades femininas. Houve também o destaque para o predomínio de trabalhadores do âmbito da saúde entre adultos jovem que converge em diferentes estudos consultados pelo autor.

No estudo de Zanetti et al (2011), observou-se também o predomínio das mulheres atuando na ESF's, o que se deve, em especial, aos profissionais de enfermagem. E para Lima et al (2013), essa tendência se deve ao fato da aproximação sócio-histórica decorrente desde o que se deve, em especial, aos profissionais de enfermagem.

Tabela 2. Distribuição dos colaboradores do estudo segundo a caracterização profissional. Unidade Básica de Saúde da Família – zona urbana. Cuité, Picuí, Nova Floresta e Barra de Santa Rosa. Dezembro (2015) – Abril (2016).

Formação Profissional	N	%
Enfermeiro	14	78%
Médico	4	22%
Total	18	100%
Pós-graduação		
Saúde da Família	5	24%
Urgência e Emergência	6	28%
Saúde Pública	4	19%
Neurociência	1	5%
Nefrologia	1	5%
Enfermagem do Trabalho	1	5%
Gestão e Saúde	3	14%
Total	21	100%
Tempo de Formação Profissional		
Até 5 anos	12	67%
De 5 a 10 anos	2	11%
Acima de 10 anos	4	22%
Total	18	100%

Fonte: Pesquisa Direta (2016).

Com referência à formação profissional, os resultados encontrados foram: 78% dos entrevistados eram enfermeiros e 22% eram médicos, todos possuíam algum tipo de pós-graduação, 28% em Urgência e Emergência, 24% em Saúde da Família, 19% em Saúde Pública, 14% em Gestão e Saúde, 5% em Enfermagem do Trabalho, 5% em Neurociência e 5% em Nefrologia, totalizando em vinte e uma especializações.

Para Costa et al (2014), a pós-graduação é vista como uma possibilidade de aprimoramento pessoal e consequente aplicabilidade em práticas profissionais, para o bem de uma sociedade. Ele ainda explica que o campo do trabalho exige cada vez mais qualificação, e a pós-graduação, tem oferecido esse diferencial no mercado de trabalho,

levando a uma melhor colocação profissional, maior remuneração e, principalmente, o melhor desenvolvimento de várias habilidades.

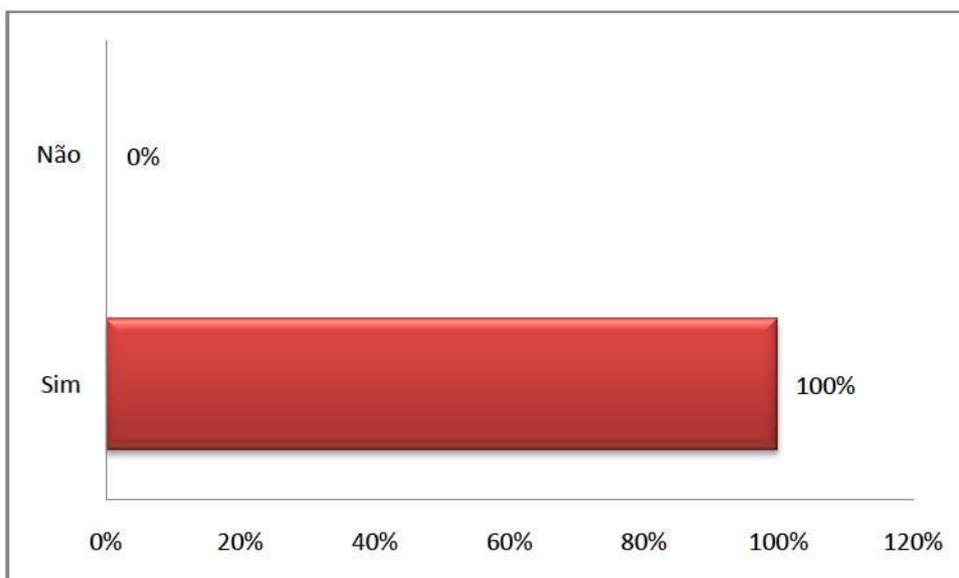
Os resultados de um estudo feito por Prado e seus colaboradores (2011) constataram a contribuição que a pós-graduação tem trazido às atividades profissionais, apresentando novos modelos assistenciais e organizacionais da enfermagem e da saúde como um todo.

A pós-graduação em saúde da família permite aos profissionais que a realiza, uma maior formação voltada à demanda da Atenção Básica, deixando de lado o modelo flexneriano, onde a assistência é centrada na biomedicina e partindo para o ponto das políticas públicas em saúde, porém o que se pode observar ainda é que o perfil dos profissionais não é suficiente para que ele atue na perspectiva da atenção integral à saúde e de práticas como ações de promoção, proteção, prevenção, atenção precoce, cura e reabilitação (GIL, 2009).

Nota-se também que a relação entre médicos e enfermeiros deveria ser equilibrada no que diz respeito à pós-graduação em saúde da família, porém, a menor presença dos médicos demonstra a dificuldade para atrair esta categoria ao campo da saúde pública, por sua formação ser baseada na biomedicina, atraindo-os mais para o campo hospitalar e clínico (GIL, 2009).

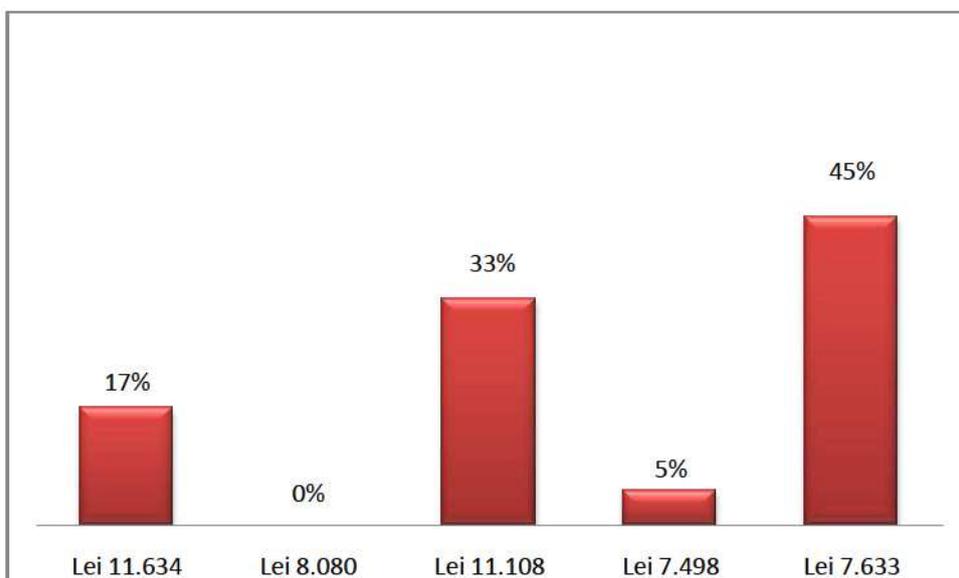
No que concerne ao tempo de formação profissional, 67% tinham até 5 anos de formação, 11% tinham de 5 a 10 anos e 22% acima de 10 anos de formação profissional. O tempo de formação profissional indica experiência e maturidade profissional no mercado de trabalho. A minoria dos entrevistados possuía muito tempo de trabalho, o que reflete na grande maioria dos participantes da pesquisa a busca constante por especializações, a fim de adquirir experiência, conhecimento e qualificação para atuar no mercado de trabalho. Refletindo assim na assistência prestada, pois a busca constante por especializações, conhecimentos, traz novos modelos assistenciais, novas formas de pensar e agir diante de situações que talvez não fosse conhecida, ou que os profissionais muitas vezes não sabiam como proceder diante delas.

Gráfico 1. Caracterização sobre o conhecimento dos profissionais acerca da existência da Lei 11.108/2005. Unidade Básica de Saúde da Família – zona urbana. Cuité, Picuí, Nova Floresta e Barra de Santa Rosa. Dezembro (2015) – Abril (2016).



Fonte: Pesquisa Direta (2016).

Gráfico 2. Caracterização sobre o conhecimento dos profissionais acerca do número da lei que dá o direito da gestante ter um acompanhante. Unidade Básica de Saúde da Família – zona urbana. Cuité, Picuí, Nova Floresta e Barra de Santa Rosa. Dezembro (2015) – Abril (2016).



Fonte: Pesquisa Direta (2016).

O Gráfico 1 mostra que, dos dezoito profissionais entrevistados, quando questionados, todos estes relataram ter conhecimento sobre a Lei 11.108. Entretanto, a

maioria dos participantes não conheciam a Lei pelo seu número e ano de identificação, como foi identificado no gráfico 2.

O Gráfico 2 aponta que apesar de todos os entrevistados relatarem possuir conhecimento sobre a Lei Nº 11.108/2005, quando questionados durante a entrevista, a grande maioria deles não souberam informar o número exato da Lei, 45% se referiram a Lei 7.633; 33% acertaram quando disseram ser a Lei 11.108; 17% acharam que seria a Lei 11.634 e 5% optaram pela Lei 7.498.

Os resultados descritos nos gráficos 1 e 2 vão ao encontro de um estudo feito por Aires et al (2015) que investigou a aplicabilidade dos direitos da parturiente pelos profissionais de saúde durante o trabalho de parto e parto em hospitais de ensino em um Município do Sul do Estado do Rio Grande do Sul. Nele, apesar dos participantes afirmarem ter conhecimento prévio sobre a lei e demonstrarem um entendimento superficial sobre o seu conteúdo, quando questionados a respeito do número de identificação, os mesmo não souberam responder, demonstrando não possuir clareza sobre a legislação que tange o direito da gestante ter um acompanhante de livre escolha.

4.2 Discurso do Sujeito Coletivo – DSC

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 aos participantes da pesquisa.

No decorrer da amostra foram apresentadas doze ideias centrais de acordo com a expressão-chave surgidas a partir de quatro perguntas. A amostra contou com dezoito profissionais (n=18) da Atenção Básica que realizavam consultas de acompanhamento Pré-Natal nas UBSFs da zona urbana dos municípios de Cuité, Barra de Santa Rosa, Nova Floresta e Picuí, que através de seus discursos permitiram compreender o conhecimento deles acerca da Lei Nº 11.108/2005, quais as formas utilizadas por esses profissionais para divulgação dessa Lei e quais as principais fragilidades encontradas nas maternidades da região para efetivação da Lei. Assim, seguem os quadros que resultam nos Discursos do Sujeito Coletivo:

Quadro 1. Discurso do Sujeito Coletivo em resposta à pergunta: “O que você sabe a respeito da lei do acompanhante?”.

Ideia Central – 1	Discurso do Sujeito Coletivo
<p>Conhecimento superficial acerca da Lei 11.108/2005</p>	<p><i>“[...] Garante o direito ao acompanhante de livre escolha da gestante no pré-natal, pré-parto, parto e pós-parto, onde a instituição tem o dever de acolher tanto a gestante e o acompanhante também [...]”</i> P14</p> <p><i>“[...] Que a gestante tem o direito a um acompanhante de livre escolha [...]”</i> P6</p> <p><i>“[...] Assegura o direito da gestante em ter um acompanhante de livre escolha durante o trabalho de parto, parto e puerpério no ambiente hospitalar [...]”</i> P2</p> <p><i>“[...] Acredito que seja uma Lei muito importante para questão da humanização do parto [...]”</i> P10</p> <p><i>“[...] Só sei que a lei dá o direito da gestante ter um acompanhante durante o parto[...].”</i> P8</p> <p><i>“[...] Não sei bem ao certo, acho que é um direito que a gestante tem durante o parto, pra ter um parto humanizado [...]”</i> P4</p> <p><i>“[...] O que sei é superficialmente, que a gestante tem o direito de ter um acompanhante no pré-parto e pós-parto [...]”</i> P11</p>

Fonte: Pesquisa Direta (2016).

O Quadro 1 apresenta o Discurso do Sujeito Coletivo em resposta ao conhecimento dos entrevistados sobre a Lei 11.108/2005. Após a compilação dos dados, o quadro resultou em uma idéia central relacionada ao conhecimento superficial sobre a Lei 11.108/2005 demonstrado pelos entrevistados. Os Discursos do Sujeito Coletivo respaldam essa ideia central.

Quando questionados sobre qual o direito que a Lei 11.108 garantia, os profissionais demonstraram ter um breve conhecimento acerca de alguns aspectos

relativos da Lei, especialmente no direito da presença do acompanhante no momento do parto que foi relatado pela maioria dos entrevistados.

Esse conhecimento superficial dos profissionais de saúde acerca da Lei 11.108, também foi destacado no estudo de Aires et al (2015), onde os participantes do estudo não conheciam a Lei pelo seu número de identificação e quando informados do que se tratava a Lei, relacionaram esse direito a presença do acompanhante no momento do parto e a humanização do atendimento.

Quadro 2. Discurso do Sujeito Coletivo em resposta à pergunta: “Na sua opinião, qual o maior problema enfrentado pela instituição para presença ou permanência do acompanhante?”.

Ideia Central – 1	Discurso do Sujeito Coletivo
Estrutura física inadequada	<p>“[...] A infraestrutura dos hospitais que, em sua maioria, não comportam nem a grande demanda de gestante, muito menos dos acompanhantes [...]”P10</p> <p>“[...] A estrutura física dos hospitais que são mal divididos, as enfermarias são coletivas, a realidade da demanda de pacientes superlota os hospitais, dificultando a permanência dos acompanhantes, por falta de espaço [...]”P6</p>
Ideia Central – 2	Discurso do Sujeito Coletivo
O despreparo dos acompanhantes	<p>“[...] Lidar com a ignorância e a falta de conhecimento dos acompanhantes que atrapalham muito na hora dos procedimentos e cobram muito de nós sem necessidade, eles acham que não temos o direito de ao menos descansar em algum momento do plantão e também não percebem que temos outros pacientes para dar assistência [...]”P8</p> <p>“[...] A falta de controle emocional dos acompanhantes dificulta, eles ficam extremamente ansiosos, muitos desmaiam na hora do parto e acaba sendo mais um paciente pra equipe [...]”P17</p>
Ideia Central – 3	Discurso do Sujeito Coletivo
	<p>“[...] A falta de privacidade para que o acompanhante do sexo masculino possa permanecer ao lado da paciente sem invadir o espaço de outras mulheres que</p>

A falta de privacidade	<p><i>também permanecem na mesma sala durante o trabalho de parto e pós parto, onde elas estão mais expostas [...]”P2</i></p> <p><i>“[...] Na grande maioria dos hospitais não existem salas individuais para cada paciente, o que dificulta bastante a permanência do acompanhante do sexo masculino [...]”P16</i></p>
Ideia Central – 4	Discurso do Sujeito Coletivo
O despreparo dos profissionais de saúde	<p><i>“[...] A ignorância dos profissionais de saúde, principalmente os médicos, que na grande maioria dos casos tratam mal os acompanhantes por acharem que eles sempre trazem mais problema e mais trabalho [...]”P14</i></p> <p><i>“[...] A falta de conhecimento dos próprios gestores e profissionais da saúde acerca dessa lei [...]”P7</i></p>

Fonte: Pesquisa Direta (2016).

O quadro 2 apresenta o Discurso do Sujeito Coletivo em resposta ao conhecimento dos entrevistados sobre o maior problema enfrentado pela instituição para presença ou permanência do acompanhante. Após a análise dos dados, este quadro resultou em quatro idéias centrais, sendo a primeira relacionada a estrutura física inadequada, a segunda ao despreparo dos acompanhantes, a terceira a falta de privacidade e a quarta ao despreparo dos profissionais de saúde. Os Discursos do Sujeito Coletivo respaldam essas idéias centrais.

A falta de estrutura física adequada foi um dos principais obstáculos apontados pelos profissionais de saúde, para a permanência do acompanhante nas instituições hospitalares. Os entrevistados apontam as fragilidades encontradas na ambiência dos hospitais, onde a realidade mostra a grande demanda de pacientes para pouco espaço físico, dificultando assim o atendimento às parturientes e a permanência dos acompanhantes.

Essa questão também é apontada por Júnior; Carvalho; Macedo (2013) em seu estudo, onde ele mostra que a estrutura física inadequada foi um dos principais fatores evidenciados pelos profissionais como dificuldade para a presença do acompanhante. Essa deficiência estrutural diz respeito tanto ao pequeno espaço das instalações dos serviços obstétricos para comportar pacientes e acompanhantes, como à falta de

recursos materiais suficientes, tais como a ausência de poltronas para acomodar a pessoa que se propõe a acompanhar a mulher, além disso a grande demanda de atendimento das maternidades gera superlotação e compromete ainda mais o espaço físico.

Corroborando com o resultado da pesquisa, Brüggemann et al (2014), em sua pesquisa, mostra que as limitações físicas dos serviços são fatores que dificultam a inserção do acompanhante. Os prédios de alguns hospitais possuem uma estrutura, cujo plano original não permite ampliação, não prevendo a permanência de outra pessoa, além da parturiente. A distribuição dos espaços, também, interfere na privacidade das parturientes que, segundo o discurso dos enfermeiros, podem sentir-se constrangidas com a presença de acompanhante do sexo masculino.

Na percepção dos entrevistados que compõem a ideia central 2, nota-se que eles não consideram a presença do acompanhante como algo positivo e sim como alguém que atrapalha o trabalho dos profissionais de saúde. Eles relacionam esse problema ao despreparo do acompanhante dentro da sala de parto, que muitas vezes não sabem se comportar diante da situação vivenciada pela parturiente.

Esse resultado vai ao encontro do estudo feito por Santos et al (2012), onde ele ressalta que na opinião dos entrevistados da sua amostra, nota-se que os mesmos não reconhecem a participação de um acompanhante no processo parturitivo como um direito legalmente constituído, mas sim como alguém que poderá atrapalhar o processo de trabalho dos profissionais de saúde do centro obstétrico. Para eles, o acompanhante não está preparado para enfrentar as demandas do trabalho de parto e do próprio parto, já que este não compreende os aspectos técnicos do processo de parto e/ou não está informado das condições clínicas apresentadas pela mulher em cada uma das fases do curso clínico do trabalho de parto e dos possíveis problemas que possam ocorrer durante o processo.

Pactuando assim também, Brüggemann et al (2014), em sua pesquisa, relata que para a equipe, o acompanhante aumenta a demanda de trabalho, já que, segundo ela, ele vem despreparado, desconhecendo a fisiologia do parto ou estranhando os procedimentos realizados à parturiente no cenário de cuidado. Essa percepção está associada com o modelo tecnocrático de assistência, consagrado a partir da institucionalização do parto, o qual obedece a uma padronização nos cuidados e segue uma linha de trabalho, que não permite que se “atrapalhe” a ordem e a rotina hospitalares.

Em relação à falta de privacidade das instituições de saúde, nota-se na fala dos entrevistados que essa realidade dificulta a permanência do acompanhante do sexo masculino, interferindo no cumprimento do direito do acompanhante de livre escolha garantido pela Lei 11.108/2005. Além disso, compreende-se que a falta de estrutura física adequada das instituições está diretamente relacionada a essa questão da privacidade, por não existirem enfermarias individuais, as gestantes acabam sendo obrigadas a dividir a mesma dor, os mesmos medos e ansiedade dentro de um único espaço.

Carvalho et al (2011) cita em seu estudo essa questão da falta de estrutura física e privacidade adequada às parturientes, sendo estas comumente utilizadas como mais uma, dentre as diversas justificativas dadas para a ausência do acompanhante. Isto se torna mais evidente quando o acompanhante é o homem, pois algumas instituições permitem apenas acompanhantes do sexo feminino, fator que limita as opções de escolha e afasta a presença do pai neste momento.

Brüggemann et al (2014) em sua pesquisa concorda com o resultado da pesquisa pois relata que a distribuição dos espaços, também, interfere na privacidade das parturientes que, segundo o discurso dos enfermeiros, podem sentir-se constrangidas com a presença de acompanhante do sexo masculino. Em alguns serviços, são permitidos somente acompanhantes do sexo feminino, limitando as possibilidades de escolha das parturientes.

Corroborando com o estudo, Diniz et al (2014) trouxe em seu estudo que dentre as instituições em que as mulheres tiveram acompanhante, foram os que apresentavam estrutura mínima de alojamento, que ofereciam privacidade mínima para as mulheres durante a sua estadia.

Os relatos destacados na ideia central 4 mostram que ainda existem profissionais leigos acerca da existência da Lei 11.108 e que acabam impedindo a permanência do acompanhante devido a isso. Esse empecilho relacionado a presença do acompanhante é também destacado nos resultados do estudo de Júnior; Carvalho; Macedo (2013), onde ele mostra como dificuldade à presença do acompanhante a resistência existente por parte dos profissionais da equipe de saúde que assistem à parturiente, com destaque ao profissional médico, que, na maioria das vezes, é responsável por decidir pela participação ou não do acompanhante.

Prata et al (2011) ressalta que os profissionais que apresentam resistência em permitir a permanência do acompanhante durante o trabalho de parto e parto estão

relacionados ao preconceito e o medo dos possíveis questionamentos sobre sua conduta profissional. Diante disso, a equipe de enfermagem participante deste estudo reforçou a necessidade de orientar, conscientizar e sensibilizar os(as) profissionais como estratégia para reduzir essa rejeição e, conseqüentemente, facilitar a inserção do(a) acompanhante no centro obstétrico.

Brüggemann et al (2014) afirma em análise que, em algumas situações, de forma arbitrária, o que prevalece mesmo é o poder hegemônico do médico, que sobrepõe o direito da mulher amparado pela Lei e pelas evidências científicas. A formação dos médicos obstetras, pautada no uso de técnicas intervencionistas, muitas vezes, não prioriza a humanização das práticas assistenciais. Parece haver, também, um desconhecimento da legislação, que estende o direito ao acompanhante a mulheres usuárias de todos os planos de saúde particulares de obstetrícia. Nesse contexto, a legalidade e os benefícios dessa prática não são suficientes para a mudança na postura profissional.

Brüggemann et al (2014) demonstra a partir de estudo que a resistência da equipe ao acompanhante, também, está relacionada à dificuldade de prestar assistência na sua presença, especialmente durante as intervenções, o que acentua o sentimento de estar sendo “vigiada”. Pode ser que isto se deva ao fato dos profissionais terem dificuldade de aceitar pessoas da rede social de apoio da mulher no cenário de assistência, ou de não se sentirem seguros para a realização de técnicas na presença de outras pessoas. A inserção desse novo personagem exige um “novo” perfil profissional, que inclua em sua prática estratégias que valorizem a subjetividade e individualidade dos sujeitos, ultrapassando a relação vertical entre profissional de saúde e usuário.

Busanello et al (2011) aponta como resultado do seu estudo as conseqüências dessa fragilidade, no que se refere à presença de um acompanhante de escolha da parturiente durante o trabalho de parto e parto, evidencia-se como um direito da mulher que não vem sendo respeitado pelos trabalhadores. Este dado demonstra certa fragilidade na assistência prestada, pois um dos aspectos mais evocados pelo ideário de humanização da atenção do parto proposto pelo Ministério da Saúde é a participação e o envolvimento da família no processo de pré-parto, parto e pós-parto.

Infelizmente, o texto da Lei no 11.108/05 na prática é interpretado de acordo com o que se quer realizar, como se os médicos e os serviços tivessem autoridade para violar a lei (DINIZ et al, 2014).

Quadro 3. Discurso do Sujeito Coletivo em resposta à pergunta: “O que você tem feito para a execução desse direito em prol das gestantes?”.

Ideia Central – 1	Discurso do Sujeito Coletivo
Orientações nas consultas de pré-natal	<p>“[...] <i>Oriento as gestantes nas consultas de pré-natal acerca dos seus direitos e também da realidade enfrentada nas maternidades [...]</i>”P2</p> <p>“[...] <i>Além de falar sobre a Lei nas consultas de pré-natal, eu oriento para que a gestante traga o acompanhante para essas consultas também, com isso eu consigo orienta-los sobre as possíveis intercorrências durante um parto e como agir diante delas [...]</i>”P1</p> <p>“[...] <i>Uso as consultas de pré-natal para falar sobre essa Lei e os direitos que uma gestante possui [...]</i>”P12</p>
Ideia Central – 2	Discurso do Sujeito Coletivo
Ações de saúde com grupos de gestantes	<p>“[...] <i>Oriento no grupo de gestantes, peço que elas tragam os acompanhantes para esse encontro para que eles já venham sendo orientados sobre os cuidados com a gestante e com o recém-nascido[...]</i>”P14</p> <p>“[...] <i>Temos um grupo de gestantes e nesse grupo nós conversamos sobre essa Lei, orientando para que elas busquem esse direito [...]</i>”P15</p>
Ideia Central – 3	Discurso do Sujeito Coletivo
Não realiza nada em prol desse direito	<p>“[...] <i>Sinceramente, nunca falo sobre isso nas consultas de pré-natal, justamente por saber que a grande maioria das gestantes que acompanho são encaminhadas no dia do parto para um hospital que não permite a presença de um acompanhante [...]</i>”P13</p> <p>“[...] <i>Não costumo falar sobre isso nas minhas consultas de pré-natal porque não tenho muito conhecimento sobre essa lei [...]</i>” P10</p> <p>“[...] <i>Não faço nada, ainda [...]</i>” P17</p>

Fonte: Pesquisa Direta (2016).

O Quadro 3 apresenta o Discurso do Sujeito Coletivo em resposta a pergunta sobre o que os profissionais tem feito para execução do direito garantido pela Lei 11.108/2005. Após a interpretação dos dados, resultou-se em três idéias centrais, sendo a primeira relacionada as orientações dadas nas consultas de pré-natal, a segunda as ações de saúde com grupos de gestantes, e a terceira a não fazer nada em prol desse direito. Os Discursos do Sujeito Coletivo respaldam essas idéias centrais.

As ideias centrais 2 e 3 estão ligadas pelo fato de possuírem o mesmo objetivo, que seria o de proporcionar conhecimento as gestantes por meio de conversas nas consultas de pré-natal ou nos grupos de gestantes formados nas Unidades de Saúde. Além disso, os participantes relataram convidar os acompanhantes para esses encontros, por considerarem ser o melhor momento para troca de informações, retirada de dúvidas, orientações sobre a realidade das instituições hospitalares e todas as informações necessárias para vivenciar um parto, incluindo o apoio psicológico.

Carvalho et al (2014) relata em seu estudo a importancia dessa prática de orientações nas consultas de pré-natal e grupos com gestantes e, conclui dizendo que para mudar a prática em relação ao nascimento é preciso humanizar a assistência no pré-natal e no parto, e isso pode começar por prestar maiores informações à parturiente e aos seus familiares, permitindo melhor participação da família no processo de nascimento.

Silva; Nascimento; Coelho (2015) ressalta que as orientações devem ser administradas com segurança, para que seja possível o entendimento tanto pela parturiente quanto por acompanhante. Além disso, é preciso que haja feed-back por parte das mulheres para que a equipe de saúde entenda se a informação ou orientação repassada foi recebida corretamente por elas.

Santos; Tambellini; Oliveira (2011) destaca que os profissionais de saúde devem estar preparados para acolher e respeitar a parturiente e o seu acompanhante em qualquer momento da gestação. Por isso, reflexões sobre os benefícios das medidas de conforto físico e do apoio emocional durante o trabalho de parto são importantes para garantir a humanização da assistência ao parto. Somente quando houver o respeito a singularidade de cada mulher durante o ciclo gravídico-puerperal, a maternidade será encarada como um momento único e sublime.

A ideia central 3, diferente das outras duas ideias centrais, está relacionada aos profissionais que relataram não fazerem nada em prol do direito que as gestantes

possuem de ter um acompanhante. Quando questionados o porquê disso, as justificativas foram diversas, entre elas a insegurança por parte dos profissionais em fornecer uma informação que talvez não viesse a ter efeito positivo, quando se leva em consideração que alguns Centros Obstétricos de referência da região da pesquisa não permitiam a presença do acompanhante por não possuírem uma estrutura física adequada para a permanência dos mesmos.

Carvalho et al (2014) ressalta em seu estudo que a estrutura física não pode ser considerada como o único impedimento para que a legislação seja cumprida, pois entende-se que devem existir momentos nos quais o acompanhante poderia permanecer junto com a parturiente sem causar constrangimentos às demais mulheres internadas. Além disso, não se pode deixar de efetivar algo que está previsto na legislação; a operacionalização dos serviços deve se dar de forma a poder cumprir com a lei.

Dessa forma, os profissionais que relataram não fazer nada em prol desse direito, precisam levar em consideração se a gestante quer ou não ter um acompanhante, orientá-las sobre seus direitos enquanto gestante, inserir o acompanhante nas consultas de pré-natal para que este também seja orientado, proporcionando assim um atendimento mais humanizado, de forma a cumprir a Lei dentro do possível, sem deixar de ser o principal mediador dos direitos da gestante.

Quadro 4. Discurso do Sujeito Coletivo em resposta à pergunta: “Na sua opinião, o que deveria melhorar na assistência a saúde para aumentar a frequência das gestantes com acompanhantes?”.

Ideia Central – 1	Discurso do Sujeito Coletivo
Orientação nas consultas de pré-natal	<p>“[...] Implementar um pré-natal de qualidade que envolva as gestantes seguidas de seus acompanhantes nas consultas [...]” P7</p> <p>“[...] A maioria das gestantes querem que o acompanhante seja seu marido, poderia existir pelo menos 1 dia no mês dedicado a visita domiciliar de pré-natal em horários que não batam com os horários de trabalho deles, com a finalidade de levar orientações para os mesmos [...]” P9</p>
Ideia Central – 2	Discurso do Sujeito Coletivo
	“[...]Acredito que se a mídia divulgasse mais sobre esse direito, as pessoas

<p>Divulgação na mídia sobre a existência da lei 11.108</p>	<p><i>saberiam mais e procurariam mais. Logo, os profissionais teriam menos problemas, pois os acompanhantes já receberiam informações necessárias desde cedo, nas consultas de pré-natal, junto a gestante e com isso acabaria com essa coisa do profissional de saúde ser contra a permanência do acompanhante [...]"P1</i></p> <p><i>"[...] Dilvugar mais na internet e TV sobre a existencia dessa Lei, para conseguir disseminar o máximo dessa informação para as pessoas [...]"P24</i></p>
<p>Ideia Central – 3</p>	<p>Discurso do Sujeito Coletivo</p>
<p>Adequação da estrutura física</p>	<p><i>"[...] Ampliar e alterar a estrutura dos hospitais de uma forma que as pacientes tenham mais privacidade nas enfermarias, só assim os hospitais poderiam receber acompanhantes de ambos os sexos [...]"P12</i></p> <p><i>"[...] Se não houver uma reforma estrutural, não há condições de permitir acompanhantes porque falta espaço até para acomodar as pacientes, fica impossível acomodar paciente mais acompanhante [...]"P13</i></p> <p><i>"[...] Primeiro tem que tornar os hospitais adaptados a receber esses acompanhantes, ter ao menos uma cama ou uma cadeira disponível para ele [...]"P6</i></p>
<p>Ideia Central – 4</p>	<p>Discurso do Sujeito Coletivo</p>
<p>Capacitação dos profissionais de saúde</p>	<p><i>"[...] Promover uma capacitação dos profissionais de saúde, mostrando a existência dessa Lei, distribuindo materiais que explicassem os direitos das gestantes [...]" P14</i></p> <p><i>"[...] Por parte do Ministério da Saúde uma fiscalização mais intensa nas instituições para verificar o cumprimento dessa lei e de outras também, outra sugestão seria promover capacitações sobre essa Lei para os profissionais de saúde, pois muitos nem sabem que ela existe e pouco se importam em cumpri-la</i></p>

Fonte: Pesquisa Direta (2016).

O Quadro 4 apresenta o Discurso do Sujeito Coletivo em resposta a opinião dos profissionais sobre o que deveria melhorar na assistência a saúde para aumentar a frequência das gestantes com acompanhantes. Após a análise dos dados, resultou-se em quatro idéias centrais, sendo a primeira relacionada a orientação aos acompanhantes nas consultas de pré-natal, a segunda a divulgação na mídia sobre a existência da Lei 11.108, a terceira a adequação da estrutura física e a quarta a capacitação dos profissionais de saúde. Os Discursos do Sujeito Coletivo respaldam essas idéias centrais.

Na fala dos entrevistados que compõem a ideia central 1, nota-se a relevância dada por eles ao fornecimento de orientações para os acompanhantes nas consultas de pré-natal, sendo considerado o momento ideal para dar todas as informações necessárias relacionadas ao parto, com a finalidade de preparar psicologicamente esses acompanhantes para as possíveis intercorrências e acontecimentos comuns do parto.

Santos et al (2012) ressalta em seu estudo a importância dos profissionais fornecerem orientações e conhecimento aos acompanhantes, pois este quando informado sobre como se dá o trabalho de parto e o parto em si, estará mais apto a garantir um auxílio adequado para a parturiente, podendo motivá-la durante todo o processo, além de que estando ciente do que irá acontecer, poderá fornecer maior segurança e tranquilidade.

As falas dos sujeitos entrevistados, que compõem a ideia central 2 denotam a necessidade de haver uma ampliação no que diz respeito aos meios de divulgação da existência da Lei 11.108, destacando ser a internet e a televisão os principais meios efetivos para disseminação desse direito.

Os relatos dos profissionais que compõem essa ideia central vão ao encontro das conclusões feitas por Frutuoso; Brüggemann (2013), que destacou a necessidade de haver uma maior divulgação da “Lei do Acompanhante”, tanto pelos meios de comunicação do Ministério da Saúde, através de cartazes e folhetos, com o intuito de trazer mais informações relevantes sobre o parto, bem como utilizar dos meios de comunicação como a televisão e a internet para atingir uma maior quantidade de pessoas em um menor tempo.

Santiago; Nagahama (2010) em seu estudo constatou que os dados apontam para o atendimento no qual as informações prestadas pelos profissionais constituíram reflexo de suas atitudes no cotidiano. Só se explica ou se orienta o que é praxe na assistência e pouco se oportuniza à mulher escolhas, seja em relação aos aspectos técnicos ou que envolvam apoio no parto.

Embora a Lei n. 11.108/2005, que instituiu a obrigatoriedade de os serviços de saúde do SUS ou conveniados permitirem a presença de um acompanhante de livre escolha da mulher durante o período de pré-parto, parto e puerpério imediato, já esteja em vigor há 11 anos, alguns acompanhantes a desconhecem completamente, ou seja, não são informados sobre esse direito da mulher. Isso evidencia que pode haver uma deficiência de divulgação pela mídia, bem como nos serviços de saúde, conforme já destacado por outro estudo, realizado anteriormente (FRUTUOSO; BRÜGGEMANN, 2013).

Compactuando com o estudo, Frutuoso; Brüggemann (2013) ressalta que a possibilidade de ser acompanhante no momento do parto no momento do parto, tem sido disseminada de maneira informal, pela própria mulher e pelos meios de comunicação, e geralmente somente no momento da internação na maternidade, reforçando a necessidade de uma maior divulgação da Lei 11.108/2005 durante o acompanhamento de pré-natal, nas unidades básicas de saúde e maternidades.

A ideia central 3 mostra a necessidade de haver uma reforma nas instituições hospitalares, para que estas se tornem aptas a receber acompanhantes de livre escolha da gestante como garantido pela Lei 11.108. Os participantes da pesquisa deixaram claro com seus relatos que antes de qualquer coisa, é necessário primeiro adaptar o ambiente hospitalar para que esse direito seja garantido, construindo enfermarias individuais, com materiais necessários para permanência da gestante e acompanhante.

Busanello et al (2011) ressalta em seu estudo que a estrutura adequada do Centro Obstétrico é uma condição indispensável para que seja desenvolvida uma assistência humanizada, voltada para o respeito à integridade da mulher. Nesta perspectiva, o Ministério da Saúde recomenda a organização das unidades obstétricas em quartos, caracterizados por leitos individuais, com banheiro anexo, destinados à assistência da mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

Falta de privacidade nas enfermarias, indisponibilidade de tempo para se adaptar à nova legislação não pode ser considerado justificável após 9 anos para ajustarem-se à legislação nacional, já que a Lei do Acompanhante data de 2005 (DINIZ et al, 2014).

A fala dos entrevistados que compõem a ideia central 4 mostra a necessidade de não se preocupar apenas em divulgar essas informações para as gestantes. É preciso pensar que os profissionais de saúde, principais mediadores de informações para população, precisam também serem informados sobre as atualizações das Leis criadas para garantir direitos a saúde. É evidente que isso deve partir também do interesse do profissional em se manter sempre informado.

Prata et al (2011) evidenciou a necessidade de utilizar estratégias educativas, com reflexão e orientação aos profissionais, visando a sensibilização e capacitação da equipe com vistas ao atendimento dessa lei, contribuindo, dessa forma, para o alcance da humanização da assistência. Além do preparo profissional, as participantes desta pesquisa destacaram a importância do cumprimento da referida lei do acompanhante, sugerindo que sejam viabilizadas medidas de maior divulgação e fiscalização, em conjunto com a operacionalização das demais estratégias para a sua implementação.

Diniz et al (2014) destaca que se a presença dos acompanhantes no parto deve ser implementada como uma política de saúde universal e equitativa, a informação regular sobre esta presença deve ser parte de protocolos de serviços e dos treinamentos para os profissionais, incluindo a responsabilização dos serviços que recusam a proteger e cumprir os direitos das mulheres.

Bruggemann et al (2014) concluiu seu estudo dizendo que a aceitação e inclusão do acompanhante dependem não só de mudanças na atitude dos profissionais, mas também do apoio institucional e de estratégias de gestão, que valorizem a assistência centrada no usuário. Para isso, é importante que os gestores oportunizem espaços para discussão com o corpo assistencial e administrativo da instituição, conhecendo as potencialidades e fragilidades dos recursos disponíveis para a implementação da Lei. O modelo de gestão deve estimular a participação dos profissionais de saúde, para que o planejamento possa incluir estratégias para a resolução das dificuldades que impedem a extensão desse direito a todas as parturientes. Além disso, é importante que os gestores conheçam as políticas públicas referentes à saúde da mulher, busquem recursos e estabeleçam parcerias para a adequação do serviço, e promovam a educação permanente. Para transformação da realidade obstétrica, se faz necessário utilizar como principal ferramenta a disseminação do conhecimento, através da educação continuada com os profissionais de saúde e qualificação dos serviços ofertados (CARVALHO, 2011; CARVALHO, 2014).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante muitos anos, a assistência de saúde a mulher passou por muitas transformações, desde quando a mulher só era visualizada em seu período puerperal, permanecendo sem assistência em seus outros períodos, até quando ela ganha o direito de uma atenção integral em todas as esferas de atenção a saúde.

As causas que impedem a efetivação da lei em questão foram bastante citadas durante a pesquisa, onde as principais relacionavam-se ao desconhecimento a Lei pelo seu número de identificação, a falta de estrutura física adequada foi também um dos obstáculos apontados pelos profissionais de saúde, para a permanência do acompanhante nas instituições hospitalares. Além do que os profissionais ainda ressaltam os acompanhantes como exesso de trabalho.

Diante do exposto, pode-se apontar que os objetivos propostos inicialmente por este estudo foram alcançados. Destaca-se a necessidade de que os profissionais de saúde, principais mediadores de informações para população, precisam também ser mais bem informados sobre as atualizações das Leis criadas para garantir direitos a saúde. Também é importante destacar que os profissionais de saúde que realizavam o pré natal sejam os principais veículos de informação para as mulheres diante dos seus direitos.

Toda e qualquer pesquisa possui limites, o que não difere este estudo. Podemos exemplificar como limite deste a indisponibilidade de alguns profissionais para a realização da pesquisa.

Entendemos que existe a necessidade de modificações na qualidade e humanização da assistência ao parto nos cenários obstétricos no Brasil. Um processo que inclui desde a adequação da estrutura física e equipamentos das instituições até uma mudança de postura e atitude dos profissionais de saúde e das gestantes.

Dessa forma, recomenda-se a adoção de um conjunto de medidas que vem desde a organização estrutural, proporcionando um ambiente adequado e capaz de comportar a demanda das parturientes e dos acompanhantes, de capacitação técnica, no que diz respeito a apresentar maiores capacitações para os profissionais, gerencial em quais esses gestores estejam abertos a ouvir e convidar os profissionais para lançar estratégias de resolubilidade dos problemas nas instituições, financeira para que sejam possíveis essas mudanças estruturais, e de atitude ética e humana do profissional envolvido com a atenção, propiciando às mulheres um parto humanizado.

Diante do exposto, espera-se que além da contribuição para a literatura, este estudo não se limite ao meio acadêmico, mas incentive os profissionais entrevistados e outros profissionais de saúde e gestores a contribuírem de forma mais participativa para melhoria e/ou garantia dos direitos das gestantes, em especial, o cumprimento da Lei 11.108/2005.

REFERENCIAS

AIRES, N. T et al. Aplicabilidade dos direitos das parturientes: do paradigma à realidade. **Saúde (Santa Maria)**, Santa Maria, v. 41, n. 1, p. 263-270, 2015.

ALVES, M.C; BRÜGGEMANN, O.M; BAMPI, R.R; GODINHO, V. G. Apoio à parturiente por acompanhante de sua escolha em uma maternidade-escola. **J. res.: fundam. care. Online**, v.5, n. 3, p. 153-164, 2013.

ARAÚJO, R. D. T et al. Acompanhantes no processo de nascimento: benefícios reconhecidos pelos enfermeiros. **J Health Sci Inst**, v.31, n.2, p. 166-171, 2013.

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. 824-32, 2011.

BRASILa, Ministério de Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher Princípios e Diretrizes**. Brasília, 2004.

BRASILb. Ministério da Saúde. **Manual prático para implementação da Rede Cegonha**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

BRASILc. Ministério da Saúde. **Humanização no pré natal e nascimento**. Brasília, 2010.

BRÜGGEMANN, O.M; FRUTUOSO, L. D. Conhecimento sobre a lei 11.108/2005 e a experiência dos acompanhantes junto à mulher no centro obstétrico. **Texto Cont. Enferm**, Florianópolis, v. 22, n.4, p. 909-917, 2013.

BRUGGEMANN, O.M et al. Motivos que levam os serviços de saúde a não permitirem acompanhante de parto: discursos de enfermeiros. **Texto Cont. Enferm**, Florianópolis, v. 23, n. 2, p. 270-277, 2014.

CARVALHO, I. S et al. Dificuldades relacionadas a presença do acompanhante durante o processo parturitivo da mulher: percepção dos enfermeiros. **R. pesq.: cuid. fundam. online**, [S/l], v. 3, n. 5, p. 28-36, 2011.

CARVALHO, V. F et al. Direitos das parturientes: conhecimento da adolescente e acompanhante. **Saúde e soc**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 572-581, 2014.

COSTA, C. M. M et al. Contribuições da pós-graduação na área da saúde para formação profissional: relato de experiência. **Saúde e soc**, São Paulo, v.23, n. 4, p. 1471-1481, 2014.

CORRÊA et al. Humanização da assistência à puérpera: concepções de profissionais de enfermagem de um hospital público. **Cienc. Cuid. Saúde**, v.4, n.9, p. 728-735, Out./Dez. 2010.

DINIZ, C. S. G et al. Implementação da presença de acompanhantes na internação para o parto: dados da Pesquisa Nacional Nascer Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, p. 140-153, 2014.

DODOU, H. D et al. A contribuição do acompanhante para humanização do parto. **Esc. Ana Nery**. [S/l], v. 18, n. 11, p. 262-269, 2014.

FIGUEIREDO, M. Z. A.; CHIARI, B. M.; GOULART, B. N. G. de. Discurso do Sujeito Coletivo: uma breve introdução à ferramenta de pesquisa qualiquantitativa. **Distúrb Comun**, São Paulo, v.1, n.25, p. 129-136, abr. 2013.

FERREIRA, I.M.C; SILVA, F.D; ASSUNÇÃO, Márcia. Caracterização do termo humanização na assistência por profissionais de enfermagem. **Esc Anna Nery**, v.18, n.1, p. 156-162, 2014.

FRUTUOSO, L. D.; BRUGGEMANN, O. M. Conhecimento sobre a Lei 11.108/2005 e a experiência dos acompanhantes junto à mulher no centro obstétrico. **Texto Cont. Enferm**, Florianópolis, v. 22, n. 4, p. 909-917, 2013.

GAYESKI, M.E et al. A inserção do acompanhante de parto nos serviços públicos de saúde de santa catarina, Brasil. **Esc. Anna Nery**, v.17, n.3, p. 432 – 438, 2013.

GERHARDT , T. E; SILVEIRA, D. T. **Métodos de pesquisa**. Universidade Aberta do Brasil. Ed. UFRGS. Porto Alegre, 2009.

GIL, C. R. R. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.2, n.21, p. 490-498, mar./abr 2009.

GOMES a, F. A et al. O suporte durante o processo de parturição: a visão do acompanhante. **Revista Acta Paul Enfer**, v. 2, n. 20, p. 131-137, 2010.

GOMES b, A.R.M et al. Assistência de enfermagem obstétrica na humanização do parto normal. **Revista Recien**, São Paulo, v. 4, n. 11,p. 23-27, 2014.

JORGE, H.M.F et al. Assistência pré-natal e políticas públicas de saúde da mulher: revisão integrativa. **Rev. Bras. em Prom. da Saúde**, v. 28, n. 1, p. 140-148, 2015.

JÚNIOR, P. B. C.; CARVALHO, I. S.; MACEDO, J. P. B. O. Condições institucionais desfavoráveis à presença do acompanhante: a visão dos enfermeiros. **J. res.: fundam. care. Online**, [S/l], v. 5, n. 4, p. 671-680, 2013.

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

LIMA, E. de F. A et al. Perfil socioprofissional de trabalhadores de equipes saúde da família. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.1, n. 24, 2016.

LOPES, P. T. C; DAL-FARRA, R. A. Métodos mistos de pesquisa em educação: pressupostos teóricos. **Nuances: estu. sobre Educ.**, Presidente Prudente-SP, v. 24, n. 3, p. 67-80, set./dez. 2013.

MINAYO, M. C. S. et al. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 2010.

MALHEIROS, P. A et al. Parto e nascimento: saberes e práticas humanizadas. **Texto Cont. Enferm.**, Florianópolis, v.2, n.21, p. 329-337, abr./jun. 2012

PRADO, M. L et al. Produção de conhecimento em um curso de mestrado em enfermagem no Brasil. **Ciencia e Enfermeria**, Concepción, v. 17, n. 3, p. 43-50, 2011.

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.

PRODANOV, C. C; FREITAS, E. C. de. **Metodologia do trabalho científico: Métodos e Técnicas da Pesquisa e do Trabalho Acadêmico**. 2ª ed. Rio Grande do Sul, 2013.

RATTNER, D. Da Saúde Materno Infantil ao PAISM. **Tempus, actas de saúde colet**, Brasília, v. 8, n. 2, p. 103-108, 2014.

RIBEIRO, G. K. N. A et al. Profissionais de enfermagem habilitados para o mercado de trabalho em Minas Gerais. **Ver. Min. Enferm**, [S/l], v. 18, n. 1, p. 15-20, 2014.

RODRIGUES, A.E.C. **Educação Popular em Saúde: empoderando mulheres para o parto seguro e humanizado**. Florianópolis, 2014.

RUIZ, A.J. **Metodologia Científica**. Guia para Eficiência nos Estudos. Atlas. 7ª ed. 2011.

SANTIAGO, S. M; NAGAHAMA, E. E. I. Práticas de atenção ao parto e os desafios para humanização do cuidado em dois hospitais vinculados ao Sistema Único de Saúde em município da Região Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.8, n. 24, p.1859-1868, ago. 2008.

SANTOS a, J. O.; TAMBELLINI, C. A.; OLIVEIRA, S. M. J. V. Presença do acompanhante durante o processo de parturição: uma reflexão. **Rev. Min. Enferm.**, [S/l], v. 15, n. 3, p. 453-458, 2011.

SANTOS b, L. M et al. Percepção da equipe de saúde sobre a presença do acompanhante no processo parturitivo. **Rev. Rene**, [S/l], v. 13, n. 5, p. 994-1003, 2012.

SANTOS c, I.S et al. Assistência de enfermagem ao parto humanizado. **Ver. Enferm UNISA**, v. 13, n. 1, p. 64-68, 2012.

SILVA, A. L. S.; NASCIMENTO, E. R.; COELHO, E. A. C. Práticas de enfermeiros para promoção da dignificação, participação e autonomia de mulheres no parto normal. **Esc. Anna Nery**, [S/l], v.19, n.3, 2015.

SIQUEIRA, L.C.C. **Violência obstétrica na assistência ao parto**. Trabalho de conclusão de curso. Universidade Estadual da Paraíba. Campina Grande, 2016.

SOUZA, S.R.R.K; GUALDA, D.M.R. A experiência da mulher e de seu acompanhante no parto em uma maternidade pública. **Tex. Cont. Enferm**, v. 25, n.1, 2016.

TELES, L. M. R et al. Parto acompanhado na perspectiva de quem o vivencia. **Rev enferm UFPE online**, v.4, n. 2, p. 498-503, 2010.

ZANETTI et al. Perfil socioprofissional e formação de profissionais de equipes de saúde da família: um estudo de caso. *Cienc Cuid Saude*, v.3, n.9, p. 448-455, Jul/Set, 2010.

APÊNDICES

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIMENTO

Esta pesquisa intitulada “DIREITO DE ACOMPANHAMENTO AO PARTO (LEI Nº 11.108/2005): CONHECIMENTO E PERCEPÇÃO PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO CURIMATAÚ PARAIBANO” trata-se de um Projeto de Pesquisa realizado pela Universidade Federal de Campina Grande, *campus* Cuité, e está sendo desenvolvida pela Prof^a. Dr^a.Gigliola Marcos Bernardo de Lima. O presente estudo tem por 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 e profissionais de saúde no curimataú paraibano. Você está sendo convidado para participar desta pesquisa pôr no momento está participando regularmente do acompanhamento pré-natal na condição profissional de saúde.

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 (o) senhora (o) não é obrigada (o) 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 a 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.

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

Participante da Pesquisa

Prof^a. Dr^a. Gigliola Marcos Bernardo de Lima
Pesquisadora Responsável

Pesquisadora participante

Endereço do pesquisador principal: Universidade Federal de Campina Grande – UFCG. Rua: Sítio Olho D'Água da Bica, s/n. Bairro: Centro. Cidade: Cuité, PB. Telefone para contato: (83) 99629 4802.

APÊNDICE B**INSTRUMENTO PARA LEVANTAMENTO DE DADOS****Parte I - Dados de caracterização da amostra:**

1. Iniciais: _____ / Cidade onde Nasceu: _____
2. Qual a sua idade hoje: _____ Anos
3. Estado Civil: () Casado () Solteiro () Divorciado () União não oficializada
4. Sexo: () Masculino () Feminino
5. Nível de Escolaridade:
() Graduação
() Pós-graduação *latu sensu*. Qual? _____
() Pós-graduação *Stricto Sensu*. Qual? _____
6. Que tipo de profissional da saúde você é?
() Médico
() Enfermeiro
7. Há quanto tempo você é profissional da saúde? _____ Anos
8. Você conhece a lei do direito ao acompanhante? Se sim, responda as questões 8 e 9.
() Sim () Não
9. Quem possibilitou este conhecimento?
() Por outras gestantes
() Nas consultas de pré-natal
() Pela mídia (jornal, TV)
() Pelos amigos/ conhecidos
() No Hospital
() Na universidade
() Outro. Qual? _____
10. Qual destas leis refere-se ao direito ao acompanhante?
() 11.634
() 8.080
() 11.108
() 7.498
() 7.633

Parte II – Questões norteadoras:

1. O que você sabe a respeito da lei do acompanhante?

2. Na sua opinião, qual o maior problema enfrentado pela instituição para a presença ou permanência do acompanhante?

3. O que você tem feito para a execução desse direito em prol das gestantes?

4. Na sua opinião, o que deveria melhorar na assistência a saúde para aumenta a frequência de gestantes com acompanhantes?



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

APÊNDICE C

TERMO DE COMPROMISSO DOS PESQUISADORES

Título do projeto: “DIREITO DE ACOMPANHAMENTO AO PARTO (LEI Nº 11.108/2005): CONHECIMENTO E PERCEPÇÃO DE GESTANTES E PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO CURIMATAÚ PARAIBANO”.

Pesquisadores: Andrezza Rodrigues de Almeida

Gigliola Marcos Bernardo de Lima

Os pesquisadores do projeto acima identificados assumem o compromisso de:

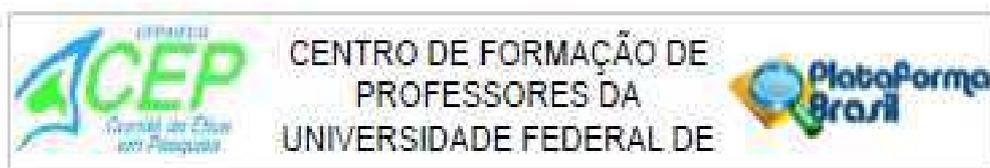
- I. Preservar a privacidade das adolescentes cujos dados serão coletados;
- II. Assegurar que as informações serão utilizadas únicas e exclusivamente para a execução do projeto acima citado;
- III. Assegurar que as informações somente serão divulgadas de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou qualquer outra indicação que possa identificar o sujeito da pesquisa.

Cuité, _____ de _____ de 2017.

Andrezza Rodrigues de Almeida
(Pesquisadora participante)

Gigliola Marcos Bernardo de Lima
(Pesquisadora Responsável)

ANEXOS



CENTRO DE FORMAÇÃO DE
PROFESSORES DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE

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: 58.000-000
UF: PB Município: CAJAZEIRAS
Telefone: (83)3533-3075 E-mail: cep@cp.ufcg.edu.br