



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

**HORTÊNCIA HÉLLEN DE AZEVEDO MEDEIROS**

**DIREITO DE ACOMPANHAMENTO AO PARTO (LEI N° 11.108/2005):  
conhecimento e concepção de gestantes na zona urbana do Seridó e Curimataú  
paraibano**

**CUITÉ – PB**  
**2017**

HORTÊNCIA HÉLLEN DE AZEVEDO MEDEIROS

**DIREITO DE ACOMPANHAMENTO AO PARTO (LEI N° 11.108/2005):  
conhecimento e concepção de gestantes na zona urbana do Seridó e Curimataú  
paraibano**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a  
Coordenação do Curso de Bacharelado em  
Enfermagem do Centro de Educação e Saúde da  
Universidade Federal de Campina Grande –  
*campus* Cuité-PB, em cumprimento as exigências  
legais para obtenção do título de Bacharel em  
Enfermagem.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Esp. Waleska de Brito Nunes.

CUITÉ – PB

2017

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

M488d      Medeiros, Hortência Héllen de Azevedo.

Direito de acompanhamento ao parto (Lei nº 11.108/2005): conhecimento e concepção de gestantes na zona urbana do Seridó e Curimataú paraibano. / Hortência Héllen de Azevedo Medeiros. – Cuité: CES, 2017.

71 fl.

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

Orientadora: Waleska de Brito Nunes.

Coorientadora: Gigliola Marcos Bernardo de Lima.

1. Direitos; Parto; Acompanhante. I. Título.

Biblioteca do CES - UFCG

CDU 618.2

Dedico este Trabalho de Conclusão de Curso aos meus pais, José de Araújo e Erly Azevedo, e aos meus irmãos Mozart, Herta e Mônica, pois são as pessoas mais importantes da minha vida, que me apoiaram para que eu não desistisse dos meus sonhos e que me deram total apoio e incentivo para persistir na árdua trajetória acadêmica. A minha avó Josefa Tereza (*in memoriam*), que me pediu, na última vez em que a vi, para que eu jamais desistisse dos estudos, essa conquista também é por ela.

## AGRADECIMENTOS

A princípio, agradeço à Deus, pela saúde física e mental, por ter sido fonte de toda minha persistência na árdua caminhada em busca do conhecimento, por sempre me mostrar que o caminho era difícil, mas que eu tinha forças para continuar, por fazer com que esse sonho se realizasse, por colocar em meu caminho tantas pessoas queridas e pelo prazer de viver a vida com a certeza de que um futuro próspero virá. Nunca estive só, eu sempre tive Deus comigo.

Tenho, também, a necessidade e a missão de ser grata a Deus pela honra de possuir uma família tão querida, sobretudo no que diz respeito ao meu pai e à minha mãe, que sempre fizeram o possível e o impossível para serem os melhores e muitas vezes abdicaram dos seus próprios sonhos para que eu pudesse viver os meus; pelo amor, pela educação, e por serem os maiores patrocinadores das minhas conquistas, financeira e emocionalmente; pelo companheirismo nos momentos de dificuldades, por terem sido fundamentais na minha formação pessoal, por nunca me deixarem desistir e sempre me mostrarem que a educação é a maior herança que os pais podem deixar para um filho. Agradeço a eles, principalmente, pela oportunidade de viver. Sem eles, eu nada seria.

À toda minha família: irmãos, sobrinhos, tios e primos; que direta ou indiretamente contribuíram durante a minha jornada acadêmica. Em especial, aos meus irmãos Herta, Mônica e Mozart, que sempre me apoiaram e viveram comigo esse sonho, aconselhando, vibrando com as minhas vitórias e mostrando sempre que superar as dificuldades era uma virtude de pessoas fortes; e aos meus pequenos sobrinhos, por serem minha principal fonte de amor.

Não poderia deixar de agradecer as pessoas especiais que a Universidade me proporcionou a felicidade de conhecer e conviver, pois eles também foram fundamentais para que essa caminhada tão difícil, se tornasse mais leve. Sem a alegria deles, o companheirismo e o apoio durante as longas noites de estudo, tudo teria sido mais difícil de superar. Levarei vocês para sempre em meu coração e nas melhores recordações da vida acadêmica: Anderson Gustavo, Mabrine Brito, Ruan Lima, Vanessa Marques, Dayse Rocha, Luiza Menezes, Maria Beatriz.

À minha professora, orientadora do PIBIC e fonte de inspiração, Dr<sup>a</sup>. Gigliola Bernardo, pelos ensinamentos e conhecimentos ofertados, contribuindo para minha realização pessoal, pois foi a partir dela que conheci o universo das pesquisas científicas, e por todas as

orientações essenciais para concluir este estudo. Serei eternamente grata pela confiança imposta a mim, pelas oportunidades e, principalmente, pelo carinho.

À Banca Examinadora, Enfermeira Myldrad Soares e Me. Amanda Haissa, pela disponibilidade em participar deste trabalho e contribuir para o aperfeiçoamento do mesmo. Agradeço, em especial, a minha querida e eterna professora Amanda Haissa, por todas as oportunidades que me destes durante a graduação, pelas palavras de incentivo, por acreditar na minha capacidade de ir adiante nos seus projetos, pelas orientações e publicações, por me proporcionar um amadurecimento acadêmico, por abrir portas para que eu pudesse conquistar horizontes, meu muitíssimo obrigada!

Às participantes da pesquisa, pela contribuição e disponibilidade em participar das entrevistas, aporte essencial para realização desse estudo. Sem vocês, esse trabalho não teria êxito algum.

Aos professores do curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, *campus* Cuité, essenciais para minha formação acadêmica. Agradeço a todos por ofertarem com ética, respeito e amor tanto conhecimento, servindo de inspiração para aqueles que tiveram o privilégio de aprender com grandes mestres que defendem uma Enfermagem ética, científica e humanizada.

*O mundo está nas mãos daqueles que têm a coragem de sonhar e  
correr o risco de viver seus sonhos.*

*Paulo Coelho*

## RESUMO

MEDEIROS, H. H. A. DIREITO DE ACOMPANHAMENTO AO PARTO (LEI Nº 11.108/2005): conhecimento e concepção de gestantes na zona urbana do Seridó e Curimataú paraibano. 2017. 71 f. Monografia (Curso de Bacharelado em Enfermagem). Universidade Federal de Campina Grande. Cuité-PB.

A Lei 11.108, promulgada no ano de 2005, foi criada com o intuito de permitir a presença, junto a parturiente, de um acompanhante de sua escolha, durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. Diante da existência desse direito, esse estudo teve por objetivo avaliar o conhecimento da Lei do Acompanhante ao Parto (Lei nº 11.108 de 7 de Abril de 2005) na perspectiva de gestantes no Curimataú e Seridó Paraibano. Os pressupostos metodológicos deste estudo foram ancorados na abordagem quanti-qualitativa do tipo exploratória-descritiva. Para o levantamento de dados e material empírico foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturado. Os achados qualitativos foram tabulados e apresentados à luz do Discurso do Sujeito Coletivo e, os achados quantitativos foram apresentados sob forma de gráficos e tabelas. Os resultados mostraram que apesar da vigência da Lei 11.108/2005, nota-se que ainda existe uma grande carência no que diz respeito ao conhecimento da sua existência, dificultando e impedindo a sua aplicabilidade nos serviços de saúde. O estudo aponta que as informações sobre essa Lei são pouco divulgadas nos serviços de saúde que compõem a pesquisa, o que explica o alto percentual das gestantes entrevistadas relatarem ter pouco ou nenhum conhecimento sobre seus direitos. Espera-se, que através deste estudo, seja possível gerar discussões sobre a aplicabilidade e divulgação da Lei 11.108 e dos direitos das gestantes, ressaltando a importância de respeitá-los, permitindo e inserindo o acompanhante no pré-parto, parto e pós-parto.

**Palavras-chave:** Direitos, Parto, Acompanhante.



## ABSTRACT

MEDEIROS, H. H. A. RIGHT OF ACCOMPANYING THE BIRTH (LEI Nº 11.108 / 2005): knowledge and conception of pregnant women in the urban zone of Seridó and Curimataú paraibano. 2017. 71 f. Monograph (Bachelor in Nursing). Federal University of Campina Grande. Cuité-PB.

Law 11.108, enacted in 2005, was created in order to allow the presence, with the mother, a companion of their choice during labor, delivery and immediate postpartum. Given the existence of this right, this study aimed to assess the knowledge of the Escort to the Labor Law (Law No. 11.108 of April 7, 2005) from the perspective of pregnant women in Curimataú and Seridó Paraiba. The methodological assumptions of this study were anchored in quantitative and qualitative approach to exploratory-descriptive. For the survey data and empirical material was used a semi-structured interview guide. The qualitative findings were tabulated and presented in the light of the Collective Subject Discourse and the quantitative findings were presented in the form of graphs and tables. The results showed that despite the enactment of Law 11.108/2005, it is noted that there is still a great need with regard to knowledge of its existence, thus thwarting and preventing their applicability in health services. The study shows that information about this Act is little circulation in health services that make up the research, which explains the high percentage of pregnant women surveyed reporting to have little or no knowledge of their rights. It is hoped that through this study, it is possible to generate discussions on the applicability and dissemination of Law 11.108 and the rights of pregnant women, stressing the importance of respecting them, allowing and entering the companion during labor, delivery and postpartum.

**Keywords:** Rights, Parturition, Person accompanying.

## LISTA DE TABELAS

**Tabela 1.** Caracterização sócio demográfica da amostra do estudo. Cuité, Picuí, Nova Floresta e Barra de Santa Rosa. Dezembro (2015) – Abril (2016) ..... Pg. 42

**Tabela 2.** Caracterização da amostra do estudo quanto ao número de gestações. Cuité, Picuí, Nova Floresta e Barra de Santa Rosa. Dezembro (2015) – Abril (2016) ..... Pg. 44

## LISTA DE GRÁFICOS

**Gráfico 1.** Caracterização sobre o conhecimento de gestantes acerca da existência da Lei Nº 11.108/2005. Cuité, Picuí, Nova Floresta e Barra de Santa Rosa. Dezembro (2015) – Abril (2016) ..... Pg. 45

**Gráfico 2.** Caracterização da fonte de conhecimento de gestantes sobre a Lei Nº 11.108/2005. Cuité, Picuí, Nova Floresta e Barra de Santa Rosa. Dezembro (2015) – Abril (2016) ..... Pg. 47

## LISTA DE QUADROS

**Quadro 1.** Discurso do Sujeito Coletivo em resposta à pergunta: “Você conhece alguém que enfrentou algum problema para exercer o direito ao acompanhamento? Se sim, o que a instituição alegou?” ..... Pg. 49

**Quadro 2.** Discurso do Sujeito Coletivo em resposta à pergunta: “Para você, qual é o papel do acompanhante no parto?” ..... Pg. 51

**Quadro 3.** Discurso do Sujeito Coletivo em resposta à pergunta: “Quem você preferia como acompanhante no parto e porquê?” ..... Pg. 52

**Quadro 4.** Discurso do Sujeito Coletivo em resposta à pergunta: “Como você se sente ao saber que a maternidade permite a entrada do acompanhante?” ..... Pg. 53

## LISTA DE SIGLAS

ABENFO - Associação Brasileira de Obstetristas e Enfermeiras Obstetras

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

CAAE – Certificado de Apresentação para Apreciação Ética

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CNS – Conselho Nacional de Saúde

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem

DSC – Discurso do Sujeito Coletivo

DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IG – Idade Gestacional

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

PAISM – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PHPN – Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento

PIBIC – Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica

PMAISC – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PMI – Programa Materno Infantil

PNAISM – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

PNH – Política Nacional de Humanização

PNS/INAN – Programa de Nutrição em Saúde do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição

REHUNA – Rede pela Humanização do Nascimento

RN – Recém Nascido

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TP – Trabalho de Parto

UBSF's – Unidade Básica de Saúde da Família

WHO – World Health Organization

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	17
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	21
2.1	Objetivo Geral.....	21
2.2	Objetivos Específicos .....	21
<b>3</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	22
3.1	Assistência Humanizada ao Parto .....	22
3.2	Políticas de Humanização .....	26
3.3	Direito ao acompanhamento ao parto e Lei do Acompanhante (Lei nº 11.108 de 7 de Abril de 2005) .....	32
<b>4</b>	<b>PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS</b> .....	36
4.1	Tipo de Pesquisa .....	36
4.2	Local da Pesquisa.....	37
4.3	População e amostra/ Critérios de inclusão e exclusão .....	37
4.4	Instrumento para coleta de dados.....	38
4.5	Aspectos éticos da pesquisa .....	38
4.6	Procedimento para coleta de dados .....	39
4.7	Análise dos dados .....	39
4.8	Financiamento.....	40
<b>5</b>	<b>ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b> .....	42
5.1	Delineamento do estudo.....	42
5.2	Caracterização da Amostra .....	42
5.3	Material Empírico .....	48
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	56
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	58
	<b>APÊNDICES</b> .....	63
	<b>ANEXOS</b> .....	68

## 1 INTRODUÇÃO

Historicamente, a experiência de dar à luz era compartilhada somente entre as mulheres. O parto acontecia fisiologicamente, no domicílio da parturiente, que era acompanhada pela família e cuidada pela parteira, que além de prestar assistência ao parto, também fornecia apoio físico e conforto emocional. No Brasil, a assistência ao parto permaneceu nas mãos das parteiras durante todo o século XIX. No entanto, no início do século XX, mais expressivamente após a Segunda Guerra Mundial, em nome da redução das elevadas taxas de mortalidade materna e infantil, as gestantes, começaram a introduzir a necessidade da medicina e da crescente tecnologia para assegurar um bom desfecho do nascimento (SANTOS et al., 2011).

Nesse sentido, entende-se que o parto era um evento fisiológico e natural, puramente feminino, em que as parteiras assistiam as mulheres no conforto de seus lares e na presença de seus familiares. Com o avanço tecnológico da medicina, teve início o processo de medicalização, e o parto passou a ser visto como um evento patológico que apresentava riscos para a mulher. Nesse modelo, o corpo feminino era considerado imperfeito e, por isso, incapaz de parir sem o auxílio das intervenções. Assim, surgiram os hospitais, como locais seguros para a realização dos partos (VILANOVA, 2015).

Em decorrência disso, iniciou-se a institucionalização e medicalização do parto, tornando-o hospitalocêntrico e tecnocrático, onde o acompanhamento realizado antigamente pela parteira e familiares que forneciam apoio físico e emocional à parturiente, transformou-se em um ato indesejado e abolido pelos profissionais de saúde que atuam na área da Obstetrícia, passando a ser especificado o local, quem assiste e os comportamentos esperados durante o parto (MENEZES; PORTELLA; BISPO 2012).

Esse processo foi determinante para promover o distanciamento dos familiares e da sociedade do processo de parturição, uma vez que a estrutura física e as rotinas das maternidades foram executadas para oferecer conforto aos profissionais de saúde e não às parturientes, conseqüentemente, o processo de nascimento passou a ser complexo e desumano, aprimorando a tecnologia da assistência ao parto e empobrecendo o calor humano e o envolvimento emocional dos familiares nesse momento (PRATA et al., 2011).

Com o passar dos anos, mais precisamente no final do século XX, o descontentamento das mulheres diante da apropriação de seus corpos pela Obstetrícia, deu início ao movimento feminista em prol da humanização da assistência ao parto, tendo como principal finalidade o



cuidado à saúde da mulher de forma integral, com o mínimo de intervenções durante o parto, preservando seu estado físico e mental (SANTOS et al., 2011).

Diante desse acontecimento, diversos movimentos feministas a favor da humanização do parto surgiram no Brasil. Mas só após a criação e implementação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) em 2000 pelo Ministério da Saúde (MS) com a finalidade de garantir a integralidade da assistência obstétrica e a afirmar os direitos da mulher, começaram a surgir diversas Leis estaduais a fim de proteger e estimular a presença do acompanhante no parto (SILVA et al., 2013)

O Rio de Janeiro, pioneiro nesse aspecto, publicou a resolução da Secretaria Municipal de Saúde N° 667, de 20 de outubro de 1998, garantindo a presença do acompanhante de escolha da parturiente durante o trabalho de parto e parto. Logo após, a Lei N° 10.241 de São Paulo, promulgada em 17 de março de 1999 garantia a presença somente dos pais nos exames de pré-natal e no momento do parto. Em seguida os estados do Mato Grosso do Sul em 21 de dezembro de 2001 com a Lei N° 2.376, Santa Catarina em 12 de março de 2002 com a Lei N° 12.133 e o Rio Grande do Sul em 27 de outubro de 2004 com a Lei N° 12.157, também aderiram a iniciativa, permitindo a presença de um acompanhante em todos os períodos do parto (CARVALHO et al., 2013).

Como resultado da ampla mobilização política anteriormente descrita, foi aprovada pelo Congresso Nacional e sancionada pelo então Presidente da República a Lei N° 11.108, de 7 de abril de 2005, que obriga os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), da rede própria ou conveniada, a permitirem a presença de um acompanhante escolhido pela parturiente durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (BRASIL, 2005). O profissional deve permitir e acolher o acompanhante, e não impor obstáculos para sua permanência no âmbito hospitalar.

Carvalho et al. (2013) ressalta que esse movimento ganhou forças diante da estimativa de que mesmo a mulher sendo assistida e cuidada por diversos profissionais no pré-parto, parto e pós-parto, ainda assim, ela sentia-se sozinha, angustiada, com medo e desprovida do seu contexto familiar e social. O surgimento e implementação dessa Lei contribui para humanização do parto e nascimento, uma vez que, as parturientes passaram a se sentir mais seguras, tranquilas, confiantes e confortáveis com a presença do acompanhante, verificando uma satisfação maior das mulheres com a experiência do nascimento.

Apesar da presença do acompanhante no cenário do parto ser uma garantia legal e preconizada pelo MS há mais de dez anos, a realidade não condiz com o que é declarado em

Lei. Diversos obstáculos vem sendo evidenciado quanto a presença do acompanhante no momento do parto, nas instituições hospitalares, sendo justificado, na maioria das vezes, pela inadequada infraestrutura dos serviços e, especialmente, pela falta de preparo da equipe de saúde para lidar com ele. Além disso, muitos pais acabam desconhecendo desse direito que quando garantido, atribuem esse acontecimento à bondade dos profissionais de saúde, fazendo com que essa informação se perca e muitas vezes não seja divulgada para as gestantes e seus possíveis acompanhantes (LONGO et al., 2010).

Evidências científicas têm comprovado que o apoio à mulher no momento do parto melhora as condições de nascimento, diminuindo os índices de cesarianas, de complicações no momento do parto e nascimento, a duração do trabalho de parto, a ocorrência de depressão pós-parto e o uso de medicações para alívio da dor. Neste sentido, o acompanhante no parto é a pessoa que a própria mulher escolhe para estar ao seu lado durante todo o processo, podendo ser o marido, o namorado, a mãe, a amiga, a irmã, a vizinha ou qualquer outra pessoa com a qual ela se sinta confiante para viver tal experiência (BRASIL, 2010).

A proposta de humanizar a assistência no parto caracteriza-se por apresentar/implementar uma mudança nas práticas de atendimento, considerando os direitos das mulheres a uma maternidade segura e prazerosa, cercada também pelo acompanhamento de um familiar. A humanização do parto refere-se, portanto, ao respeito e à promoção dos direitos de mulheres e crianças a uma assistência baseada na evidência científica de segurança, eficácia e participação, enquanto sujeito da ação, e não apenas na conveniência de instituições ou dos profissionais da área da saúde (COSTA et al., 2009).

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

A aproximação com a temática resulta de um estudo realizado entre 2015 e 2016, intitulada em: “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. Neste sentido, este estudo advém de um recorte da pesquisa anteriormente descrita, desenvolvida pela pesquisadora responsável e participante do referido PIBIC.

Este estudo justifica sua importância e relevância social obtida na sua área de atuação, visto que as maternidades localizadas no Curimataú Paraibano, em sua grande maioria, não permitem a permanência do acompanhamento no parto. Diante disso, partimos do pressuposto que as gestantes que estavam em acompanhamento Pré-Natal nas regiões do Curimataú Paraibano que compõem este estudo, possuíam pouco ou nenhum esclarecimento sobre a Lei Nº 11.108/2005. A partir do desenvolvimento deste estudo, tivemos a oportunidade de sensibilizarmos e empoderarmos mulheres e familiares da zona urbana dos municípios explorados pela pesquisa, a garantirem esse direito adquirido em bases legais brasileiras consistentes. Além disso, o estudo tornou-se ainda mais relevante diante dos benefícios trazidos para a ciência, sociedade e Universidade.

Observado a importância do conhecimento sobre a Lei Nº 11.108/2005 para que as mulheres possam buscar os seus direitos nas Instituições Hospitalares e, assim, vivenciar o parto com qualidade, dignidade e humanização, tendo ao seu lado a pessoa que ela julga importante; torna-se oportuno conhecer como essa informação está sendo divulgada pelos serviços de saúde vinculados ao SUS, que atendem a essas gestantes. Nesse sentido, surgiu a questão norteadora deste estudo: qual o conhecimento e a concepção das gestantes da zona urbana do Seridó e Curimataú paraibano sobre o direito de acompanhamento ao parto e a Lei Nº 11.108/2005?

Por ser uma conquista consideravelmente recente para as mulheres, o número de pesquisas ainda é escasso na literatura sobre a temática do direito ao acompanhamento no parto e, principalmente, sobre o conhecimento da Lei Nº 11.108/2005 na percepção de gestantes em acompanhamento Pré-Natal. A execução deste estudo e suas futuras publicações poderão enriquecer a literatura sobre a temática.

Quanto aos benefícios, pretende-se que este estudo traga contribuições as mulheres depoentes no sentido de disseminar o conhecimento sobre a Lei Nº 11.108/2005 afim de contribuir com a melhora da qualidade da assistência recebida e ofertada, em especial, empoderar as mulheres desse direito na busca da sua real efetivação.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 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 gestantes em acompanhamento Pré-Natal, 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.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- Caracterizar o perfil sociodemográfico e obstétrico das colaboradoras do estudo;
- Avaliar o conhecimento de gestantes sobre a citada Lei do Acompanhante;
- Verificar a fonte de conhecimento prévio das entrevistadas sobre a referida Lei;

### **3 REFERENCIAL TEÓRICO**

#### **3.1 Assistência Humanizada ao Parto**

No ano de 1996, a WHO (World Health Organization) publicou um guia prático com as recomendações para implantação do parto humanizado nos serviços de saúde. As rotinas de assistência ao parto e nascimento propostas são classificadas em quatro categorias. Na primeira, descreve práticas que deveriam ser estimuladas, em virtude da sua utilidade e respeito à parturiente; na segunda, estão aquelas que deveriam ser eliminadas, por seu caráter danoso ou ineficaz; na terceira, mostra condutas sem evidência suficiente para apoiar uma recomendação e que deveriam ser usadas com precaução; e, na última, lista procedimentos usados regularmente, porém de maneira inapropriada (NAGAHAMA, SANTIAGO 2011).

Porém no Brasil ainda predomina-se um modelo assistencial centrado no profissional médico como condutor do processo assistencial. Dificuldades de organização institucional e de estrutura física, a rotinização das ações hospitalares e, sobretudo, a resistência dos profissionais de saúde, principalmente da área médica, em aceitar a presença do acompanhante, oferecem resistências e barreiras que, conjuntamente, dificultam a implantação do modelo humanizado na assistência parto/nascimento (PRATA et al., 2011).

A humanização da assistência em saúde surge como uma opção para modificar o cenário existente no SUS, que demanda mudanças nos diversos estágios que o compõem, a exemplo da dificuldade no acesso e da falta de qualidade nos serviços de saúde. Humanizar significa proporcionar um atendimento de qualidade à população, articulando tecnologia com acolhimento e, ainda, preocupar-se com as condições de trabalho dos profissionais (MALHEIROS et al., 2012).

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) fundamentam-se nos preceitos de que a humanização da assistência obstétrica e neonatal é condição primeira para o adequado acompanhamento do parto e do puerpério. Compreende-se pelo menos dois aspectos fundamentais na humanização. O primeiro diz respeito à convicção de que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido. O outro se refere à adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias, que embora tradicionalmente realizadas não beneficiam a mulher nem o recém-nascido, e que com frequência acarretam maiores riscos para ambos (SILVA et al., 2015).

Nesse sentido, o PHPN determina que toda gestante tem direito ao acesso e ao atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério; toda gestante tem o direito de conhecer e de ter assegurado o acesso à maternidade, que será atendido no momento do parto; toda gestante tem direito à assistência ao parto e ao puerpério e que seja realizado de forma humanizada e segura; e todo recém-nascido tem direito à assistência neonatal de forma humanizada e segura (VILANOVA, 2015).

Durante todo o processo, alguns aspectos são essenciais para a autonomia da mulher, como a elaboração de um plano de parto que seja respeitado pelos profissionais que a assistirem; direito a um acompanhante de sua escolha; a liberdade de movimentos durante o trabalho de parto; a escolha da posição para finalização do parto; informações claras sobre todos os procedimentos a que será submetida; e a garantia de seus direitos, como cidadã, respeitados (CARVALHO et al., 2014).

É importante salientar que, embora haja evidências científicas suficientes para que se realizem modificações no modelo médico tradicional de assistência ao parto, desmedicalizá-lo implica perda de poder. Abandonar rotinas que adequam o Trabalho de Parto (TP) ao modo de funcionamento do Hospital e adotar outras que privilegiam o acompanhamento de sua fisiologia seria perder o controle do processo da parturição e modificar as referências do papel do médico neste contexto da assistência. Com a sua formação voltada principalmente para as complicações da gestação e do parto, a maioria dos médicos obstetras encara os partos como situações de risco e de necessário acompanhamento médico (LEMOS, 2012).

A proposta de humanizar a assistência no parto caracteriza-se por apresentar/implementar uma mudança nas práticas de atendimento, considerando os direitos das mulheres a uma maternidade segura e prazerosa, cerceada também pelo acompanhamento de um familiar. A humanização do parto refere-se, portanto, ao respeito e à promoção dos direitos de mulheres e crianças a uma assistência baseada na evidência científica de segurança, eficácia e participação, enquanto sujeito da ação, e não apenas na conveniência de instituições ou dos profissionais da área da saúde (COSTA et al., 2009).

A Humanização possui diversos sentidos, onde cada um deles reivindica uma legitimidade. A Humanização como legitimidade científica da medicina, ou assistência baseada na evidência, que é considerada como padrão-ouro; em seguida a Humanização como a legitimidade política de reivindicação e defesa dos direitos das mulheres (e crianças, famílias) na assistência ao nascimento; a Humanização referida ao resultado da tecnologia adequada na saúde da população, que implica que no parto normal, deve haver uma razão

válida para interferir no processo natural; a Humanização como legitimidade profissional e corporativa de um redimensionamento de papéis e poderes dos atores intervenientes na cena do parto; a Humanização referida como legitimidade financeira dos modelos de assistência, ou seja, da racionalidade no uso dos recursos; a Humanização como a legitimidade da participação da parturiente nas decisões sobre sua saúde; a Humanização como direito ao alívio da dor, da inclusão para pacientes do SUS no consumo de procedimentos ditos humanitários e antes restritos às clientes do setor privado (RATTNER, 2009).

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

É válido ressaltar que a humanização da assistência ao parto exige, principalmente, que a atuação do profissional respeite os aspectos de sua fisiologia, não intervenha de forma desnecessária, reconheça os aspectos sociais e culturais do parto e pós-parto, e ofereça o suporte emocional à mulher e à sua família. O que facilitará a formação dos laços afetivos familiares e o vínculo mãe-bebê. (PORTO, COSTA, VELLOSO, 2015).

Assim, algumas modificações dentro da estrutura hospitalar serão necessárias para a efetivação do parto humanizado; medidas simples, que priorizem fundamentalmente a privacidade da parturiente, a presença do acompanhante e o espaço para deambulação. Em um primeiro momento, parecerá que o investimento será gerador de despesas e custos à instituição hospitalar, porém, com a adoção das medidas humanizadoras de parto, a economia de material e, em especial, de medicamentos será substancial (PRISZKULNIK, MAIA, 2009).

A respeito da perspectiva de humanização da assistência à mulher no parto, o MS destaca que o conceito de atenção humanizada envolve um conjunto de conhecimentos, práticas e atitudes que visam à promoção do parto e do nascimento saudáveis e à prevenção da morbimortalidade materna e pré-natal, iniciando-se no pré-natal e tendo o foco de garantir que a equipe de saúde realize métodos comprovadamente benéficos para a mulher e o bebê, evitando as intervenções desnecessárias e preservando sua privacidade e autonomia (KREMER, 2012).

Cuidar é mais do que um ato, é uma atitude. Abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, de responsabilização e desenvolvimento com o outro, como citou Carvalho (2015) e seus colaboradores em seu estudo. O parto humanizado é muito mais do que um parto realizado por seres humanos, com direito a consultas de pré-natal ou o direito da obtenção de uma vaga na maternidade. É preciso fornecer às mulheres um atendimento direcionado às suas necessidades, visando atendê-las de forma integral. Ao invés da mulher ser objeto do processo de parto, sujeitando-se a métodos definidos pela equipe de assistência dentro de um Hospital, não tendo o controle sobre o que é feito; no Parto Humanizado ela passa a determinar o que achar melhor para si e seu filho, melhorando assim a qualidade da assistência a mulher, bem como o momento do parto e o nascimento.

Segundo Rede pela Humanização do Nascimento (REHUNA), a mulher deve ser participante ativa das decisões, escolher a posição do parto, utilizar a água morna como mecanismo não farmacológico de alívio da dor, caminhar segundo a sua necessidade, contribuindo com a posição vertical para facilitar a dinâmica da rotação e da descida do bebê, diminuindo a distorção observada em trabalho de parto conduzidos somente com a paciente deitada, ser massageada se desejar, fazer exercícios e ser assistida por alguém treinado para oferecer as orientações que se fizerem necessárias. Além disso, também são direitos da mulher durante todo o trabalho de parto: ter o filho num ambiente calmo, com luz suave, cercada de pessoas dedicadas ao nascimento; tomar líquido e se alimentar conforme o desejo durante o trabalho de parto; não receber raspagem dos pelos e, ou lavagem intestinal. (PRISZKULNIK, MAIA, 2009).

No Brasil, as evidências científicas deram início às propostas para o estímulo à humanização do atendimento à mulher e ao recém-nascido, como também pelo direito de a parturiente ter um acompanhante de sua escolha. A campanha nacional em prol do respeito ao direito da presença do acompanhante no parto também foi lançada em 2000, pela REHUNA com o apoio de outras instituições, como a Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, Associação Brasileira de Obstetizes e Enfermeiras Obstetras, e da União dos Movimentos Populares de Saúde de São Paulo (SANTOS, TAMBELLIN, OLIVEIRA 2011).

Como resultado dessas mobilizações, foi aprovado pelo Congresso Nacional da República Federativa do Brasil a Lei Nº 11.108, de 7 de abril de 2005, que permite a presença



do acompanhante para a mulher em trabalho de parto e pós-parto nos hospitais públicos e conveniados ao SUS (BRASIL, 2005).

No entanto, vemos que na prática, a utilização desses recursos encontra alguns limites, tais como uma resistência por parte dos profissionais, que não necessariamente têm experiência com o seu uso, e que reconhecem nesses recursos não farmacológicos uma demanda extra de tempo e um menor domínio dos espaços e tempos do seu trabalho. (ARAÚJO, 2011)

Muitas vezes os profissionais da área de saúde identificam como aspectos da humanização principalmente, o ato de tratar bem e atender às necessidades da puérpera por meio apenas da comunicação interativa (COSTA et al., 2009).

Portanto para Costa et al. (2009) as necessidades e expectativas da cliente/família devem ser uma das metas das equipes na humanização durante o parto e o nascimento, oferecendo maior atenção às relações no binômio mãe-filho, considerados sujeitos detentores de direitos, visando contribuir com a melhor qualidade de vida física e emocional das gerações futuras, pois o parto institucionalizado e as intervenções tecnológicas tornaram o nascimento um evento “pertencente” à equipe de saúde, interferindo diretamente nos elos afetivos entre pais e bebê. Este aspecto facilitará os processos e fatores críticos presentes na relação entre as gerências e demais servidores, viabilizando o prévio acolhimento do cliente interno, colaborando, assim, na implantação da assistência humanizada ao parto e nascimento.

### **3.2 Políticas de Humanização para o público feminino**

A construção de políticas públicas dirigidas à saúde da mulher no Brasil é parte das profundas mudanças societárias das últimas décadas, através das lutas do movimento feminista, aliadas as profissionais da saúde do movimento sanitaria, comprometidas com a filosofia de saúde enquanto direito e preocupadas em garantir a mulher assistência integral, o que inclui a luta contra a situação de desigualdade entre homens e mulheres, e o poder de dominação que os homens, historicamente, exerciam sobre as mulheres. É na efervescência desses debates que se consolida o campo de estudos sobre gêneros no Brasil, no final dos anos 1970, concomitantemente ao fortalecimento do movimento feminista no país. Até a década de 1970, a atenção à saúde da mulher era contemplada no Programa Materno - Infantil (PMI) através de ações direcionadas apenas a gravidez, ao parto e ao puerpério. Não se trabalhavam as questões da saúde da mulher enquanto sujeito, mas enquanto objeto de reprodução de seres

de boa qualidade e, por isso, deveria apresentar um bom padrão de matriz e de nutriz (BUSTORFF, 2010).

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

É importante destacar que as transformações no cenário brasileiro da época estavam embutidas pelas ações que caracterizaram o início do processo de redemocratização e do fortalecimento dos movimentos sociais contrários ao regime ditatorial e às políticas por ele implementadas. Esses movimentos foram fundamentais para se compreender as principais conquistas do início da década de 1980, no que tange às políticas de saúde materno-infantil (NETO et al., 2008).

As mulheres organizadas argumentavam que as desigualdades nas relações sociais entre homens e mulheres se traduziam também em problemas de saúde que afetavam particularmente a população feminina (BRASIL, 2004, p. 16).

Nos programas de saúde da mulher e do adolescente, as questões sobre saúde reprodutiva se estreitam, concentrando preocupações com concepção, anticoncepção, aborto, parto, mortalidade materna, prevenção do câncer do colo uterino, Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e, inclusive, mortalidade infantil, tornando a luta por direitos reprodutivos símbolo de um fortalecimento da emancipação da mulher. Ainda, saindo da academia e dos movimentos feministas, as discussões sobre gênero e saúde sexual e reprodutiva foram legitimadas e passaram a fazer parte da agenda política (NETO et al., 2008).

Em 1983, o Ministério da Saúde, elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança (PAISMC). O objetivo era melhorar as condições de saúde da mulher e da criança, incrementando a cobertura e a capacidade resolutive da rede pública de serviços de saúde. No ano seguinte, o PAISMC deu lugar ao programa específico para a saúde da

mulher, que funcionava de forma integrada: Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) que surgiu como resposta do setor saúde aos agravos mais frequentes desse grande grupo populacional, e seus principais objetivos eram diminuir a morbimortalidade infantil e materna e alcançar melhores condições de saúde por meio do aumento da cobertura e da capacidade resolutiva dos serviços, conforme preconiza a Constituição Federal e o SUS (BRASIL, 2011).

O PAISM nasce no processo de discussão do movimento sanitário, fundamentado na necessidade de reestruturação do Sistema Nacional de Saúde, tendo como prioridade a atenção primária e a integralidade da atenção à saúde. Nesse sentido, a proposta do PAISM considerava a necessidade de articulação das ações de pré-natal, assistência ao parto e puerpério, além da prevenção ao câncer e doenças sexualmente transmissíveis, assistência ao adolescente, a menopausa e a anticoncepção (ALMEIDA, 2005).

As proposições contidas neste documento, sem qualquer veleidade de serem inovadoras, devem refletir o conceito de assistência integral à saúde da mulher, preconizado pelo Ministério da Saúde: ações de saúde dirigidas para o atendimento global das necessidades prioritárias desse grupo populacional e de aplicação ampla no sistema básico de assistência à saúde (BRASIL, 1983).

Para Neto et al. (2008) é válido salientar que a garantia dos direitos sociais e reprodutivos constados na legislação brasileira rompe, no âmbito legal, com concepções acerca do papel exclusivamente reprodutor da mulher, ampliando o entendimento sobre a cidadania feminina.

Reconhecendo a necessidade de estabelecer novas metodologias o PHPN instituído pelo Ministério da Saúde no ano de 2000 têm como principal estratégia, assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério as gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania (BRASIL, 2002).

Segundo Andreucci e Cecatti (2011) o PHPN estabeleceu, de forma até então inédita no País, parâmetros quantitativos para o cuidado mínimo a ser oferecido às mulheres, desde a atenção básica até os maiores níveis de complexidade.

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

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

Com mais esta iniciativa o Ministério da Saúde busca a redução das altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal, procurando assegurar o acesso, a melhoria da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, puerpério e neonatal (BRASIL, 2002).

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

Nesta perspectiva, o Ministério da Saúde, vem ao longo das últimas décadas propondo políticas de atenção integral à saúde da mulher e da criança, que assumem compromissos com a garantia dos direitos de cidadania, sexuais e reprodutivos (SOUZA et al., 2011).

Logo que em 2004, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) que reafirmou a necessidade de ações de atenção à saúde a qual contribui para a redução da morbimortalidade feminina em todas as fases da vida. Essa política estimulou a participação da enfermagem nas ações de saúde da mulher, especialmente no pré-natal, preconizando ações educativas que incorporem a mulher como sujeito ativo no cuidado de sua saúde. Teve como promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras, contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina no Brasil e ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral a saúde da mulher no SUS garantindo legalmente os direitos constituídos (BRASIL, 2011).

Os princípios da política ressaltam acreditar na importância do acolhimento nas redes de saúde, disponibilidades dos recursos tecnológicos, informações e orientações às comunidades sobre prevenções e tratamentos. No cotidiano dos serviços de saúde, o discurso de integralidade nem sempre se efetiva na prática assistencial, seja pela escassez de recursos, despreparo ou falta de motivação dos profissionais de saúde, deixando lacunas no processo de trabalho, bem como a ausência de reflexões críticas na perspectiva da transformação (BISOGNIN et al., 2012).

Apesar da permanência de muitos conflitos após a sua implementação, sabe-se que a atenção integral à saúde da mulher redimensiona o significado do ser feminino no contexto social, expressando uma mudança de posição das mulheres, no momento em que o cuidado não mais se restringe apenas a reprodutividade e ao ciclo gravídico-puerperal. Por essa razão, a humanização e a qualidade da atenção implicam na promoção, reconhecimento, e respeito aos seus direitos humanos, dentro de um marco ético que garanta a saúde integral e seu bem-estar (BISOGNIN et al., 2012).

Assim a humanização da assistência em saúde surge como uma opção para modificar o cenário existente no SUS, que demanda mudanças nos diversos estágios que o compõem, à exemplo da dificuldade no acesso e da falta de qualidade nos serviços de saúde (MALHEIROS et al., 2012).

Nesse contexto, a humanização é definida como a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde (usuários, trabalhadores e gestores), com o fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos, aumentando, então, o grau de corresponsabilidade na produção de saúde. Este estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva, no processo de gestão, denota a identificação das necessidades sociais de saúde (BRASIL, 2005).

Com isso a Política Nacional de Humanização (PNH) nasce, no ano de 2003, como radicalização da aposta na humanização. O documento base do Ministério da Saúde sobre a Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde assume, entre outras diretrizes, que a Humanização deve ser vista como política que transversaliza todo sistema: das rotinas nos serviços às instâncias e estratégias de gestão, criando operações capazes de fomentar trocas solidárias, em redes multiprofissionais e interdisciplinares; implicando gestores, profissionais e usuários em processos humanizados de produção dos serviços, a partir de novas formas de pensar e cuidar da saúde, e de enfrentar seus agravos (SOUZA, MENDES 2009).

A efetivação desses princípios estruturantes depende de uma atenção básica que seja a porta de entrada do sistema e organizadora da rede dos serviços. A humanização perpassa os processos de trabalho e os atores envolvidos na atenção básica. Para que isso aconteça, é necessário que sejam utilizados vários dispositivos na produção de saúde a exemplo dos grupos de trabalho de humanização, colegiado gestor, ouvidorias, acolhimento com classificação de risco, entre outros. A implementação desses dispositivos exige o

comprometimento de todos os atores envolvidos no processo de produção de saúde (NORA; JUNGES 2013).

Portanto o objetivo da PNH é contribuir para a transformação dos modelos tradicionais de gestão e atenção em saúde, estimular as práticas de cogestão dos processos de trabalho e atender as demandas manifestadas pelos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde. Superando o simples atendimento e o acesso à medicação, essas demandas situam-se, principalmente, na integralidade desse atendimento e no que tange os direitos dos usuários. (BRASIL, 2005).

Para Pasche, Passos e Hennington (2011) a PNH apresenta-se não mais como um programa, mas como uma política para se reinventar modos de gerir e modos de cuidar, tomando por diretrizes o acolhimento, a ampliação da clínica, a gestão democrática, a valorização do trabalhador e a garantia dos direitos dos usuários.

Levando em conta as necessidades sociais, os desejos e os interesses dos diferentes atores envolvidos no campo da saúde constitui a política em ações materiais e concretas. Tais ações políticas têm a capacidade de transformar e garantir direitos, constituir novos sentidos, colocando-se, assim, a importância e o desafio de se estar, constantemente, construindo e ampliando os espaços da troca, para que possamos caminhar na direção do SUS que queremos (BRASIL, 2004).

Assim, a PNH se apresenta como um importante marco de referência para a construção de práticas de saúde que efetivamente respeitem o cidadão em seus valores e necessidades. Todavia, é necessário que se avance e se amplie o senso de cidadania do povo brasileiro, que em muitas situações resigna-se aos maus tratos e ao desrespeito. Saúde digna é direito e compromisso do usuário e dever do Estado, que deve garantir a oferta de atenção de acordo com as necessidades de saúde da população. Mas a amplitude desta missão não pode ser alcançada sem a mobilização das forças sociais que se agenciam para além do Estado. O dever do Estado e das equipes de governo deve ser também o do fomento da autonomia dos diferentes sujeito simplificados no processo de produção de saúde, multiplicando os agentes do direito e do dever (PASCHE et al., 2011).

Uma aposta nesse sentido é que a PNH sirva como estratégia de mobilização social, mas não apenas de denúncia e de reivindicação de direitos, mas de afirmação de um modo de construção de alternativas de enfrentamento dos desafios que a saúde tem pela frente e que considera as diferenças e singularidades. Um modo de fazer que põe sujeitos em contato para

se afetarem mutuamente, para produzirem acordos que nos transformem a cada dia em uma sociedade mais justa e fraterna (PASCHE et al., 2011).

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

### **3.3 Direito de acompanhamento ao parto e Lei do Acompanhante (Lei Nº 11.108 de 7 de Abril de 2005)**

O direito de acompanhamento durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato é algo que vem sendo notado desde o século passado, evidenciado pela presença das parteiras e familiares mais próximos durante o processo. Apesar da sua importância, nota-se que nos tempos atuais, há um distanciamento dos familiares e da sociedade no processo de parturição, em decorrência da institucionalização e medicalização do parto, passando a ser mais realizado nas instituições hospitalares (SANTOS; LIMA, 2016).

As parturientes, quando admitidas no ambiente hospitalar, além do risco de sofrer intervenções desnecessárias e arriscadas, permanecem isoladas nas salas de pré-parto ou de parto, longe de alguém conhecido ou de sua confiança, cercadas por equipamentos técnicos e assistidas por profissionais de saúde frequentemente desconhecidos e sem nenhum tipo de apoio emocional. Em decorrência disso, no final do século XX o descontentamento das mulheres em razão da apropriação do corpo feminino pela obstetrícia estimulou mundialmente a luta do movimento feminista, que deu início ao movimento em prol da humanização da assistência ao parto, que teve como objetivo promover o cuidado a saúde da mulher, centralizado nas necessidades de cada uma e fundamentado em evidências científicas para garantir a mãe e a criança uma assistência segura, com o mínimo de intervenções (SANTOS et al., 2011).

A ideia de inserir o acompanhante no processo de parturição, outrora excluído, ganhou força a partir do pressuposto de que mesmo a mulher estando assistida por vários profissionais no processo de parturição, ainda assim, sente-se sozinha, desprovida de seu contexto familiar e social (CARVALHO et al., 2013).

Com base nos achados da evidência científica, a Organização Mundial de Saúde (OMS) publicou, em 1996, um guia prático para assistência ao parto normal, no qual classificou o apoio empático fornecido pelos prestadores de serviço e o respeito a escolha da mulher sobre

seus acompanhantes no parto como uma prática útil e que deve ser estimulada. Para fortalecer tais iniciativas, o Ministério da Saúde publicou, em 2001, fundamentado na ciência e nas recomendações da OMS, o manual “Parto, Aborto e Puerpério: assistência humanizada à mulher”, no qual reconhece a importância da humanização da assistência à mulher durante o ciclo gravídico-puerperal para melhorar a qualidade da atenção prestada, inclusive estimulando a presença de um acompanhamento ou suporte psicossocial durante o trabalho de parto (SANTOS et al., 2011).

No Brasil, as primeiras evidências sobre apoio no trabalho de parto foram usadas para propor as pioneiras Leis sobre o direito ao acompanhante no nascimento nos anos 1990, como aquelas adotadas em São Paulo, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Mato Grosso do Sul (DINIZ et al., 2014). Estes estados brasileiros, iniciaram o movimento em prol da criação de Leis que permitiam a presença do Acompanhante de Parto nas Instituições Hospitalares, durante todo o processo do parto.

Diante de todas essas mobilizações e de outras evidências sobre os inúmeros benefícios da presença do acompanhante, levou o à recomendação do Ministério da Saúde de que toda gestante deve ter o direito de ser acompanhada durante todo o processo do parto.

Nesse sentido, para maior efetividade dessa determinação, foi aprovada a Lei Nº 11.108 de 7 de Abril de 2005, também denominada Lei do Acompanhante de Parto, que altera a Lei Nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990 para garantir a parturiente a presença do acompanhante de livre escolha desde sua internação até a alta hospitalar, ou, conforme o texto da própria Lei em seu art. 19-J: “Os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto a parturiente, de 1 (um) acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato”. Esta Lei evidencia a levar o acompanhante a condição necessária para promoção, proteção e recuperação da saúde da gestante de maneira mais benéfica, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes (MAGALHÃES, 2010).

Esforços conjuntos pela Rede de Humanização do Nascimento (REHUNA) através de uma campanha Nacional no ano de 2000, com o apoio de outras instituições, como da Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, Associação Brasileira de Obstetrias e Enfermeiras Obstetras (ABENFO), e da União dos Movimentos Populares de Saúde de São Paulo, tiveram uma grande parcela de contribuição para que a Lei Nº 11.108 fosse aprovada e sancionada (VILANOVA, 2015).



Com a aprovação da Lei Nº 11.108, a obrigatoriedade da presença do acompanhante no processo de parturição passou a ser recomendada nas estratégias de saúde do ciclo gravídico-puerperal, sendo também incluída na estratégia Rede Cegonha do Ministério da Saúde, que tem o intuito de assegurar uma atenção humanizada à gravidez e que está contribuindo para a garantia desse direito através da execução de um novo modelo de atenção à saúde da mulher e da criança, através de um nascimento seguro e saudável (MARTINELLI et al., 2014).

Vivências positivas da conduta da inserção do acompanhante durante o processo parturitivo, já foram relatadas no Brasil. Uma das experiências pioneiras foi apresentada pelo Hospital Sofia Feldman, em Belo Horizonte - MG, que implantou o projeto “Doula Comunitária”, formado por mulheres da própria comunidade recrutadas e treinadas para exercer voluntariamente o papel de acompanhante da mulher, tendo como função interagir com a mulher durante o período perinatal, tanto na gravidez, no parto como durante a amamentação, sendo importante destacar que a Doula não substitui o acompanhante escolhido pela mulher. O trabalho repercutiu favoravelmente na comunidade, sendo divulgado pela imprensa falada e escrita. Contudo, ainda existe no cenário da Obstetrícia atual brasileira uma contradição entre o que a ciência e a Legislação recomendam e o modo como as práticas estão organizadas. Percebe-se que as evidências científicas, as recomendações internacionais e as Leis regulamentadas pelo governo ainda não foram suficientes para garantir as mulheres o direito ao acompanhante no parto (SANTOS et al., 2011).

Considerando que a inserção do acompanhante no centro obstétrico não é uma prática adotada por todas as instituições de saúde, torna-se necessário investigar os múltiplos aspectos que a envolvem, entre eles, como o acompanhante tem tido acesso à informação sobre a possibilidade de permanecer com a mulher e sobre a Lei que regulamenta a sua presença (FRUTUOSO, 2013).

O artigo 198 da Constituição Federal e a Lei Orgânica Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, regulamentam o SUS e dispõem sobre o princípio do direito à informação sobre a saúde dos usuários, extensiva aos seus familiares e acompanhantes, de maneira clara, objetiva, respeitosa e compreensível, bem como a preservação da autonomia na defesa de sua integridade física e moral (CARVALHO et al., 2014).

Com base nisso, mostram-se necessárias iniciativas governamentais para que a Lei do Acompanhante, enquanto um direito das mulheres em trabalho de parto e parto, seja amplamente divulgado durante o Pré-Natal com o objetivo de orientar e instrumentalizar as

mulheres acerca de seus direitos, empoderando-as para exigirem o que lhes foi garantido em todos os cenários da atenção à saúde (VILANOVA et al., 2015).

## **4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS**

Segundo Gil (2010), pode-se definir pesquisa como o procedimento racional e sistemático que tem como objetivo proporcionar respostas aos problemas que são propostos. A ciência consente que sejam obtidos os fatos de uma pesquisa através do conhecimento científico caracterizado pela obtenção da veracidade dos fatos. Esse conhecimento passa por um processo de verificação onde se determina o método a ser utilizado para alcançar o objetivo desejado. Dessa forma, o método científico pode ser compreendido como um caminho para se chegar a determinados fins os quais são construídos de acordo com o conjunto de procedimentos intelectuais e técnicos.

Nesse sentido, apresentamos adiante os passos que foram percorridos para alcançar as metas propostas para este estudo.

### **4.1 Tipo de Pesquisa**

Este estudo possui um delineamento metodológico de natureza exploratório-descritiva sob a perspectiva de uma abordagem quanti-qualitativa. A pesquisa qualitativa evita números, lida com interpretações da realidade social, é aquela em que os dados não são passíveis de ser mensurados matematicamente, bem diferente da quantitativa que prioriza números e modelos estatísticos (ZANATTA; COSTA, 2012).

Na abordagem qualitativa, a pesquisa tem o ambiente como fonte direta dos dados, não utilizando dados estatísticos como centro do processo de análise do problema, não tendo, portanto, a prioridade de numerar ou medir unidades; o pesquisador mantém contato direto com o ambiente e o objeto de estudo em questão, necessitando de um trabalho mais intensivo de campo. Já na abordagem quantitativa, considera-se que tudo pode ser quantificável, o que significa traduzir em números opiniões e informações para classificá-las e analisá-las, necessitando, portanto, de recursos e técnicas estáticas como a percentagem, média, entre outros (PRODANOV; FREITAS, 2013).

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).

Esse estudo possui também um caráter descritivo, na medida em que pesquisas de cunho descritivo possuem também um objetivo de descrever as características de uma população, experiências ou fenômenos.

#### **4.2 Local da Pesquisa**

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 Ocidental 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 localizadas 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.

#### **4.3 População e amostra/ Critérios de inclusão e exclusão**

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

A população deste estudo foi composta por gestantes que estavam em acompanhamento Pré-Natal nas UBSF's da zona urbana de Cuité, Nova Floresta, Barra de Santa Rosa e Picuí; a amostra foi composta por aquelas que aceitaram participar livremente deste estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os critérios de inclusão utilizados para selecionar as Gestante que compõem a amostra, foram: estar realizando o Pré-Natal regularmente; apresentar idade igual ou superior a 18

anos; ter a saúde mental preservada; ter pelo menos 24 semanas de idade gestacional e desejar participar livremente do estudo, assinando o TCLE.

Foram excluídas do estudo as Gestante que apresentavam alguma dificuldade de comunicação, as primigestas que estavam com menos de 24 semanas de Idade Gestacional (IG) e as gestantes que não concordaram em assinar o TCLE ou ainda não obedeceram aos outros critérios de inclusão. Ao final, a amostra contou com trinta e quatro (N=34) colaboradoras para este estudo. Através de seus discursos, foi possível compreender o conhecimento delas acerca da Lei Nº 11.108/2005.

#### **4.4 Instrumento para coleta de dados**

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 a colaboradora. Após esclarecimento dos objetivos e importância do estudo, o colaborador do estudo foi convidado a assinar duas vias do TCLE, 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.

#### **4.5 Aspectos éticos 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.

Também levou-se em atenção à Resolução Nº 311/2007 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), que trata do Código de Ética dos profissionais de Enfermagem e, por conseguinte, da ética do profissional de Enfermagem diante da realização de uma pesquisa científica. Diante do exposto, o projeto contou com o TCLE (Apêndice 2) em consonância com a Resolução Nº 466/12 do CNS.

Estão contidas no TCLE informações para que o sujeito da pesquisa tome a decisão de forma justa e sem constrangimentos sobre sua participação, levando em conta sua autonomia e dignidade, assegurando sua vontade de contribuir com a pesquisa por meio de manifestação

expressa, livre e esclarecida sem acarretar prejuízos para os mesmos. Os TCLE foram entregues em duas vias as participantes da pesquisa que por meio de assinatura concordaram em participar da mesma, com o comprometimento de que seus dados seriam mantidos em sigilo e anonimato. Uma via do termo ficou com o participante e outro com o responsável pela pesquisa. A pesquisadora responsável e a pesquisadora participante da pesquisa também assinaram o termo de compromisso, assegurando os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado.

A coleta de dados só foi iniciada mediante a aprovação do presente Projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e consequente emissão do código de CAAE - Certificado de Apresentação para Apreciação Ética - número 44860415.1.0000.5575.

#### **4.6 Procedimento para coleta de dados**

Após concedida a autorização pelo CEP, foram marcadas e realizadas visitas às UBSF's para apresentar a pesquisa as gestantes que estavam em acompanhamento Pré-Natal nas UBSF's que compõem o cenário do estudo, embasados nos critérios de inclusão e exclusão. Após a escolha das gestantes, foi feito 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 da participante, 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 estudadas, transcritas e prosseguiu-se com a análise dos dados coletados.

#### **4.7 Análise dos dados**

Os achados quantitativos da pesquisa, foram apresentados sob forma de gráficos e tabelas. Os dados dos achados qualitativos foram agrupados e analisados de acordo com a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) segundo Lefèvre e Lefèvre (2005), onde os pensamentos expressos foram caracterizados sob forma de discurso e discutidos a luz da literatura pertinente à temática.

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 e como principal figura metodológica, que redige na primeira pessoa do singular, analisado através do material coletado durante as entrevistas em pesquisas através de perguntas e respostas abertas em forma de questionário que tem o depoimentos como matéria prima, extraindo destes depoimentos ideias centrais e suas expressões chaves, utilizando delas para construção de um ou vários discursos-síntese sendo estes os DSC (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005).

As expressões-chave são descritas como pedaços, trechos ou transcrições literais do discurso, onde se busca o resgate da literalidade do depoimento. Em sua composição devem ser sublinhadas, iluminadas, coloridas pelo pesquisador, a fim de destacar a o conteúdo discursivo, e por fim, a construção do discurso do sujeito coletivo se faz através da matéria-prima dessas expressões; as ideias centrais buscam descrever, de forma verdadeira e de uma maneira sintética, qual o sentido do discurso, assim, essas ideias se estabelecem como descrição, e não de interpretações; e a ancoragem, que foi estabelecida como uma “diferença” das ideias centrais, é uma figura metodológica inspirada na teoria da representação social, e é definida como uma manifestação linguística específica de uma determinada teoria (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005).

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

#### **4.8 Financiamento**

Todas as despesas decorrentes da viabilização desta pesquisa foram 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.



## 5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

### 5.1 Delineamento do estudo

A pesquisa foi realizada em duas etapas: na primeira etapa foi aplicado o roteiro de entrevista onde foram investigados dados a respeito das participantes do estudo, a saber: características sócio demográficas; faixa etária; estado civil; cor da pele; nível de escolaridade; número de gestações; local onde a assistência Pré-Natal foi realizada durante a gestação; conhecimento sobre a Lei Nº 11.108/2005 e quem possibilitou esse conhecimento; quando houve a decisão de ter um acompanhante; se conhecia alguém que teve algum problema para exercer o direito do acompanhante e o que a instituição alegou; qual o papel do acompanhante no parto; quem escolheria para ser o acompanhante e o porquê; e o sentimento da entrevistada ao saber que a maternidade permite a entrada do acompanhante. Na segunda etapa, foram analisados os dados obtidos por meio do questionário aplicado às gestantes atendidas em UBSF's da zona urbana dos municípios de Cuité, Barra de Santa Rosa, Nova Floresta e Picuí.

### 5.2 Caracterização da Amostra

**Tabela 1.** Caracterização sociodemográfica da amostra do estudo. Cuité, Picuí, Nova Floresta e Barra de Santa Rosa. Dezembro (2015) – Abril (2016).

<b>Faixa Etária</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
18 a 25 anos	16	47%
26 a 35 anos	15	44%
36 a 40 anos	3	9%
Total	34	100%
<b>Estado Civil</b>		
Casada	14	41%
Solteira	7	21%
União não oficializada	13	38%
Total	34	100%

### **Cor da Pele**

Branca	20	58%
Negra	7	21%
Parda	7	21%
Total	34	100%

### **Escolaridade**

Alfabetizada	4	12%
Fundamental Completo	12	35%
Ensino Médio Completo	16	47%
Superior Completo	2	6%
Total	34	100%

Fonte: Pesquisa Direta (2016)

Foram entrevistadas trinta e quatro gestantes que realizavam o acompanhamento Pré-Natal na 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 (47%) tinha de 18 a 25 anos; 44% tinham entre 26 à 35 anos e apenas 9% tinham entre 36 à 40 anos.

Observamos que a gravidez está presente em todas as faixas etárias, excluídas do estudo apenas as adolescentes com idade abaixo de 18 anos. Aproximadamente metade das gestações ocorreram entre 18 a 25 anos de idade, constatando um quantitativo maior de mulheres mais jovens.

Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2016), mostram que a população brasileira é composta por aproximadamente 206.000.000 de pessoas, onde cerca de 104.000.000 são do sexo feminino, representando um percentual de 50,64% da população. No que diz respeito a pirâmide etária da população feminina brasileira, a idade mais prevalente está entre 30 a 34 anos (IBGE, 2016). Observamos que a prevalência da idade das mulheres que compõem a amostra deste estudo, que foi entre 18 a 25 anos, não corrobora a estatística atual do IBGE, havendo predominância de uma faixa etária mais jovem.

Com relação ao estado civil, a maioria (41%) das entrevistadas são casadas e 38% delas tinham uma união não oficializada, observando-se um quantitativo maior de mulheres com parceiros durante o período gestacional.

Dados do censo 2010, segundo o IBGE, denotam o crescente número de famílias no Brasil ao longo dos anos, especificando um declínio das uniões legais e um aumento no número de uniões consensuais (IBGE, 2016). O que explica em partes o resultado deste estudo, porém a maioria das entrevistadas possuíam uma união legal com seus companheiros.

No que concerne à variável da escolaridade, o mais prevalente na pesquisa (47%) foi o Ensino Médio Completo, apontando um maior número de mulheres com um bom nível de escolaridade, o que foi positivo para a compreensão das participantes acerca dos questionamentos realizados na coleta de dados durante as entrevistas.

Dados do censo 2000, segundo o IBGE, mostram que existe um declínio na taxa de pessoas analfabetas acima de 15 anos de idade, caindo de 30% desde o ano de 1970, para 13,5% no ano de 2000, sendo este valor um percentual significativo para este estudo, pois comprova que o nível de escolaridade entre as mulheres vem aumentando nos últimos anos e isso esclarece o porquê da maioria das entrevistadas deste estudo terem um bom nível de escolaridade.

**Tabela 2.** Caracterização da amostra do estudo quanto ao número de gestações. Cuité, Picuí, Nova Floresta e Barra de Santa Rosa. Dezembro (2015) – Abril (2016).

<b>Número de Gestações</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Apenas 1 gestação	10	29%
2 gestações	12	35%
3 gestações	9	26%
4 gestações	3	10%
Total	34	100%

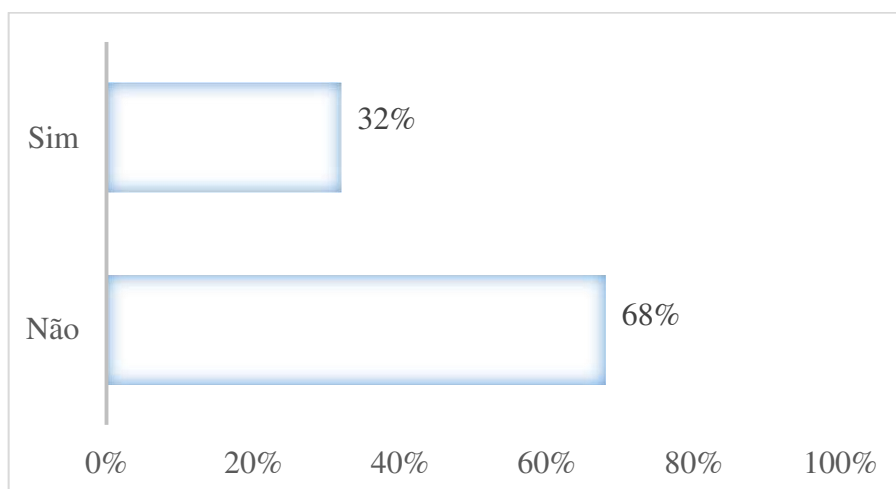
Fonte: Pesquisa direta (2016)

A classificação quanto ao número de gestações mais frequente foi multigesta e, quanto ao número de paridade foi múltipara; a maioria (35%) das entrevistadas afirmaram estar na segunda gestação, observando um quantitativo maior de mulheres que já haviam recebido uma assistência Pré-Natal completa em outras gestações.

Um estudo realizado por Figueiredo (2013), que avaliou os possíveis indicadores da assistência obstétrica a parturiente em uma maternidade escola, evidenciou resultados semelhantes a este. Ao analisar os dados obstétricos, observou-se que a maioria das entrevistadas eram multigestas. Esse autor relaciona o fato do baixo nível de escolaridade, bem como a baixa renda familiar e a união conjugal terem ligação direta com o número de gestações. O que explica os resultados deste estudo, onde a maioria das entrevistadas tinham apenas o ensino médio completo e, o fato de haver um maior quantitativo de mulheres com parceiros durante o período gestacional.

O estudo realizado por Dodt et al. (2010), que investigou o perfil epidemiológico das puérperas assistidas em um alojamento conjunto; seus resultados destacaram quanto ao número das gestações, a prevalência também de multigestas. Esse autor explica que o fato das multigestas precisarem de uma atenção pré-natal efetiva, com mais envolvimento e paciência redobrada, para não haver o risco de estimular conflitos e dúvidas, se justifica pelo fato delas terem passado por uma experiência anterior que possa ter criado argumentos e justificativas fundamentadas no fracasso prévio, por isso, o profissional deve estimular e procurar essas gestantes para as consultas de pré-natal, a fim de retirar todas as dúvidas necessárias e informar sobre seus direitos.

**Gráfico 1.** Caracterização sobre o conhecimento de gestantes acerca da existência da Lei Nº 11.108/2005. Cuité, Picuí, Nova Floresta e Barra de Santa Rosa. Dezembro (2015) – Abril (2016).



Fonte: Pesquisa Direta (2016)

A grande maioria das entrevistadas (92%) realizavam o Pré-Natal na rede de Atenção Básica de Saúde. Apenas 8% relataram não realizar acompanhamento Pré-Natal na rede de Atenção Básica, preferindo a rede particular de saúde que, de acordo com elas, a assistência é mais qualificada do que na rede pública.

Apesar disso, das trinta e quatro gestantes entrevistadas, apenas onze (32%) relataram ter conhecimento sobre a Lei Nº 11.108/2005, porém com pouca clareza acerca do principal objetivo da Lei. A grande maioria (68%) relataram não conhecer nada sobre a Lei. Levando em consideração que a maioria das entrevistadas desta amostra são multigestas e que consequentemente passaram por mais de um acompanhamento Pré-Natal durante suas gestações, o fato da grande maioria delas não possuírem conhecimento sobre a Lei Nº 11.108/2005 aponta uma falha quanto à sua divulgação e discussão junto às mulheres durante o Pré-Natal fornecido pela rede de Atenção Básica de Saúde.

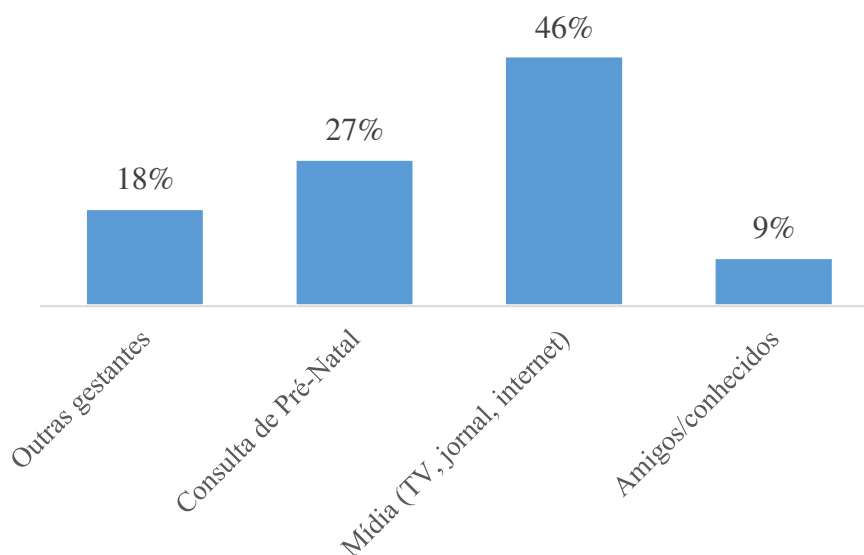
Ainda que as políticas públicas de saúde da mulher recomendem a presença do acompanhante durante o parto, bem como a Lei Nº 11.108/2005 permita a inserção do acompanhante durante todo o processo do parto, o cenário deste estudo não viabiliza tal prática, tendo em vista que a maioria das entrevistadas desconhecem a existência desse direito. Vilanova et al. (2015) justifica essa realidade, quando ele cita que ainda que a Lei do Acompanhante já esteja em vigor por quase dez anos, essa determinação ainda não acontece em muitos municípios e, como um fator agravante, uma boa parcela de usuários a desconhecem.

O estudo realizado por Frutuoso (2013) constatou que a maioria das mulheres desconhecem completamente sobre esse direito, justamente por não serem informadas a respeito disso. Isso evidencia que pode haver uma deficiência de divulgação pela mídia, bem como nos serviços de saúde, onde o Pré-Natal deveria ser o momento adequado para os profissionais de saúde estarem repassando essas informações, a fim de alertar as gestantes sobre seus direitos. Entretanto, nota-se que isso não acontece para mais da metade das entrevistadas deste estudo, que relataram não ter conhecimento algum sobre a existência da Lei Nº 11.108/2005 e seus respectivos direitos.

O que também chama a atenção é que algumas entrevistadas referem haver uma diferença no serviço ofertado pelo SUS para o particular, quando retratam que preferem realizar o acompanhamento Pré-Natal nos serviços de saúde de rede privada, por ter mais qualidade na assistência prestada. Isso também foi observado no estudo de Carvalho et al. (2014) e Vilanova et al. (2015). Segundo esses autores, isso causa preocupação, pois

independentemente do serviço, a parturiente deve ter tratamento justo, equitativo, apropriado e seus direitos garantidos.

**Gráfico 2.** Caracterização da fonte de conhecimento de gestantes sobre a Lei Nº 11.108/2005. Cuité, Picuí, Nova Floresta e Barra de Santa Rosa. Dezembro (2015) – Abril (2016).



Fonte: Pesquisa Direta (2016)

De acordo com a fonte de conhecimento prévio sobre a Lei Nº 11.108/2005 investigado nas entrevistas, a maioria (46%) relataram conhecer a Lei através da mídia; apenas 27% obtiveram conhecimento sobre a Lei Nº 11.108/2005 através das consultas de Pré-Natal, um quantitativo baixíssimo quando se leva em consideração que a grande maioria das entrevistadas desse estudo são multigestas e já passaram por mais de um acompanhamento pré-natal durante as gestações e, a outra grande parcela das entrevistadas estavam com mais de 24 semanas de IG, ou seja, já haviam passado por mais da metade das consultas de Pré-Natal preconizadas pelo MS, e apesar disso, não haviam recebido nenhuma informação sobre seus direitos garantidos pela Lei Nº 11.108; 18% relataram ter conhecido a Lei através de outras gestantes e 9% por amigos/conhecidos.

O estudo feito por Frutuoso (2013), explica que a possibilidade de ser acompanhante no momento do parto vem sendo 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 Nº 11.108/2005 durante o

acompanhamento Pré-Natal nas UBSF's e maternidades, e pelo próprio Ministério da Saúde que deveria investir mais e com uma maior qualidade na divulgação dos direitos da mulher durante a gestação.

Observa-se que essa informação sobre os direitos das gestantes acaba sendo perdida, pois apesar da Lei Nº 11.108/2005 existir e ter entrado em vigor há mais de dez anos, não há uma divulgação por parte dos serviços de saúde, e com isso a população desconhece a existência dos seus direitos garantidos por Lei.

### **5.3 Material Empírico**

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

No decorrer da amostra foram apresentadas sete idéias centrais de acordo com as expressões-chave surgidas a partir de quatro perguntas norteadoras. A amostra contou com trinta e quatro (n=34) gestantes que realizavam acompanhamento pré-natal nas UBSF's das zonas urbanas dos municípios de Cuité, Barra de Santa Rosa, Nova Floresta e Picuí. Com o intuito de preservar a identidade das colaboradoras desse estudo, de acordo com a Resolução Nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, cada entrevistada é identificada pela letra G seguida por números.

Através dos discursos das colaboradoras do estudo, foi possível compreender o conhecimento delas acerca da Lei Nº 11.108/2005 e suas concepções sobre a importância da presença do acompanhante durante o trabalho de parto e pós-parto. Assim, seguem os quadros resultados dos Discursos do Sujeito Coletivo:

**Quadro 1.** Discurso do Sujeito Coletivo em resposta à pergunta: “Você conhece alguém que enfrentou algum problema para exercer o direito ao acompanhamento? Se sim, o que a instituição alegou ?”.

<b>Ideia Central - 1</b>	<b>Discurso do Sujeito Coletivo</b>
Falta de estrutura física	<p>“[...] O acompanhante não podia entrar porque o espaço era pequeno para tanta gente dentro da sala[...]” <b>G15</b></p> <p>“[...] Não podia entrar acompanhante do sexo masculino por que os quartos não eram divididos e outras mulheres ficavam internadas também, a presença de um homem ia incomodar as outras mulheres [...]” <b>G20</b></p>
<b>Ideia Central – 2</b>	<b>Discurso do Sujeito Coletivo</b>
Dificuldade de trabalho da equipe médica	<p>“[...] Porque o acompanhante ficava nervoso, deixando a mulher mais nervosa e isso atrapalhava o trabalho dos médicos [...]” <b>G6</b></p> <p>“[...] O hospital não aceitava nenhum tipo de acompanhante porque atrapalhava muito o serviço da equipe de saúde na hora do parto [...]” <b>G29</b></p>

Fonte: Pesquisa Direta (2016)

O Quadro 1 apresenta o DSC em resposta ao conhecimento das entrevistadas sobre as dificuldades em efetivar o direito ao acompanhante. Após a compilação dos dados, resultou-se em duas idéias centrais, sendo a primeira relacionada a falta de estrutura física e, a segunda a dificuldade de trabalho da equipe médica. Os Discursos do Sujeito Coletivo respaldam essas ideias centrais.

Os vários relatos das entrevistadas nos mostram as fragilidades que existem no sistema de saúde pública, no que diz respeito ao cumprimento da Lei Nº 11.108/2005 que entrou em vigor desde o ano de 2005 e, que apesar do tempo, não se cumpre a legislação vigente. Através desses relatos podemos perceber que apesar de ser um direito garantido por Lei, ainda existem algumas lacunas por parte das instituições em receber o acompanhante, onde os principais fatores impeditivos foram: a falta de estrutura física das instituições e a falta de



preparo dos acompanhantes que acabam dificultando o trabalho da equipe de saúde nas instituições.

Diniz et al. (2014) destaca que as mulheres até sabem que existe o direito ao acompanhante, mas elas não confiam que os serviços vão respeitar o seu direito, e com base na experiência de dificuldades relatadas por parentes e amigas nestas situações, têm medo de confronto e retaliação durante a internação, se elas insistirem em ter um acompanhante.

O que se tem observado é que, na prática, poucas maternidades têm cumprido essa Lei. Muitas alegam que a Lei é recente e que ainda não tiveram como reorganizar sua estrutura para receber o acompanhante; no entanto, existem maternidades que foram construídas depois da promulgação da lei e que não recebem o acompanhante. Na perspectiva das parturientes, o conhecimento acerca da referida Lei se mostra bastante divergente. Algumas mulheres relatam desconhecer a Lei, enquanto que uma outra parcela se esquivava desse direito, pois acredita que não pode exigí-lo num ambiente de serviço público (VILANOVA et al., 2015).

Estudos têm evidenciado as dificuldades das instituições hospitalares públicas em oferecer um ambiente adequado para a presença do acompanhante. Prata et al. (2011) destacou em seu estudo, a resistência dos profissionais de saúde, principalmente da área médica, em aceitar a presença do acompanhante no momento do nascimento.

Um estudo feito por Bruggemann et al. (2014) salienta 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. O fato dos profissionais considerarem que o acompanhante “atrapalha” pode estar relacionado com o modelo assistencial vigente, centrado no profissional, que não promove o protagonismo da mulher e a participação da sua rede social de apoio.

Júnior (2013) ressalta em seu estudo que, o fato de existir uma resistência para permanência do acompanhante, contribui bastante para desumanização na assistência ao parto e nascimento, afastando a família e o contexto social desse momento, tornando o parto um acontecimento exclusivamente médico-hospitalar, moldado por rotinas institucionais.

**Quadro 2.** Discurso do Sujeito Coletivo em resposta à pergunta: “Para você, qual é o papel do acompanhante no parto?”.

<b>Ideia Central - 1</b>	<b>Discurso do Sujeito Coletivo</b>
Tranquilidade e segurança	<p>“[...] Ajudar no que for preciso, além de passar tranquilidade no momento de tensão, medo e dor na hora de parir [...]” <b>G9</b></p> <p>“[...] Passar tranquilidade e ajudar no que eu precisar [...]” <b>G12</b></p> <p>“[...] Ajuda a passar um suporte psicológico no momento da ansiedade e do medo, ele nos deixa mais segura [...]” <b>G17</b></p> <p>“[...] Passar tranquilidade e segurança antes, durante e depois do parto [...]” <b>G25</b></p>
<b>Ideia Central – 2</b>	<b>Discurso do Sujeito Coletivo</b>
Nervosismo	<p>“[...] Tem acompanhante que fica mais nervoso do que a mulher que vai parir, ai atrapalha [...]” <b>G5</b></p> <p>“[...] Muitas vezes o acompanhante não está preparado para passar por um momento como o de ver alguém parir, fica mais ansioso que a mulher, acaba deixando a pessoa mais nervosa com o parto e com a presença do acompanhante [...]” <b>G8</b></p>

Fonte: Pesquisa Direta (2016)

O Quadro 2 apresenta o DSC em resposta ao conhecimento das entrevistadas sobre a função do acompanhante no parto. Após a análise dos dados, resultou-se em duas idéias centrais, sendo a primeira relacionada tranquilidade e segurança e, a segunda ao nervosismo.

Através dos discursos, pode-se perceber que as entrevistadas entendem a presença do acompanhante como algo que sirva de suporte emocional, que alivia a tensão e diminui o medo delas, deixando-as mais seguras para enfrentar o trabalho de parto e parto. Isto corrobora com os dados do estudo de Vilanova et al. (2015), onde as falas das entrevistadas apontam que elas reconhecem a importância de um acompanhante no processo de parturição,

pois a presença de uma pessoa de confiança se traduziria em apoio emocional e contribuiria para minimizar a sensação de medo e solidão.

Um estudo realizado por Alves (2013) explica que o fato dos acompanhantes ficarem somente ao lado da parturiente, sem intervir em nada, é uma forma de apoiá-la emocionalmente. A simples presença de uma pessoa conhecida, dando apoio à mulher neste momento de sua vida, contribui para satisfação materna em relação ao parto.

Apesar disso, nota-se nas falas das gestantes 5 e 8 que existe um ponto negativo em relação a presença do acompanhante. Em algumas situações ele pode acabar interferindo negativamente por não estar preparado ou por não ter recebido orientações necessárias para vivenciar o momento da parturição, o que o deixa nervoso diante da situação e acaba causando problemas a equipe de saúde e a própria gestante.

Frutuoso (2013) destaca em seu estudo o que seria uma possibilidade de resolubilidade para essa problemática, quando ele fala que a incerteza sobre poder ou não ter e ser um acompanhante, assim como a insipiente participação desse acompanhante na assistência Pré-Natal podem interferir na forma como ele venha vivenciar a experiência no centro obstétrico e, afirma que o conhecimento prévio da possibilidade de acompanhar a mulher permite uma definição precoce sobre quem será o acompanhante, possibilitando que a pessoa escolhida organize a sua rotina para o dia do nascimento, para se preparar emocionalmente para desempenhar o seu papel junto à mulher, melhorando a sua permanência no centro obstétrico e, principalmente, suas condutas diante das possíveis intercorrências de parto.

**Quadro 3.** Discurso do Sujeito Coletivo em resposta à pergunta: “Quem você preferia como acompanhante no parto e porquê?”.

<b>Ideia Central - 1</b>	<b>Discurso do Sujeito Coletivo</b>
Um familiar	<p>“[...] Meu marido, com a presença dele me sinto mais segura [...]” <b>G9</b></p> <p>“[...] Minha mãe, ela é a pessoa que me passa mais segurança [...]” <b>G28</b></p> <p>“[...] Meu marido, seria um momento especial para nós [...]” <b>G11</b></p> <p>“[...] Minha irmã, confio nela [...]” <b>G14</b></p>

Fonte: Pesquisa Direta (2016)

O Quadro 3 apresenta o DSC em resposta a preferência das entrevistadas aos seus acompanhantes e o porquê da escolha. Após interpretar os dados, resultou-se em uma idéia central, sendo esta relacionada a um familiar. Os Discursos do Sujeito Coletivo respaldam essa ideia central.

Os resultados mostraram que um percentual de 97% das mulheres que compõe essa amostra relataram ter preferência pela presença de pessoas inseridas no seu contexto familiar, sendo relevante destacar a preferência das mulheres pela permanência do companheiro, ou seja, os pais dos seus filhos, por julgarem ser um momento especial para vida do casal.

Cardinali et al. (2011) destacou em seu estudo que esses resultados reforçam o que já tem sido observado em outras pesquisas e que os motivos pelos quais as mulheres preferem seus companheiros como acompanhantes são: a segurança que o parceiro oferece, o bom relacionamento do casal, a intimidade que possuem e o desejo de ambos em iniciar o quanto antes os laços afetivos e de interação com a criança.

A vivência do parto é considerada uma experiência única na vida do homem e da mulher. Devido a esse fator, é necessário considerar o momento do parto como um acontecimento intenso para o casal. Tanto um quanto o outro podem vivenciar múltiplos sentimentos com a chegada do novo integrante da família, o que torna necessário que a equipe de saúde esteja preparada para acolher e proporcionar ao casal um momento agradável, tranquilo, contribuindo para que esta seja uma experiência positiva para ambos (PREDOMINI; BONILHA, 2011).

Bruggemann et al. (2013) em seu estudo destacou que o apoio durante o trabalho de parto por pessoa da rede social da mulher contribui não só para a melhoria dos indicadores de saúde maternos e neonatais, mas também para uma maior satisfação da mulher e da família com a experiência do nascimento.

**Quadro 4.** Discurso do Sujeito Coletivo em resposta à pergunta: “Como você se sente ao saber que a maternidade permite a entrada do acompanhante ?”.

<b>Ideia Central</b>	<b>Discurso do Sujeito Coletivo</b>
Segurança e tranquilidade	<p>“[...] Bem mais tranquila, pois é muito difícil parir sozinha. Só de saber que posso ter um acompanhante, me sinto mais confiante de que tudo irá ocorrer bem no dia do meu parto [...]” <b>G12</b></p> <p>“[...] Eu fico bem mais tranquila, agora</p>

	<p><i>que sei que tenho esse direito, quero buscá-lo [...]” G17</i></p> <p><i>“[...] Me sinto mais tranquila por saber que existe uma Lei que dá esse direito, pois o parto não é um momento fácil para viver sozinha [...]” G11</i></p> <p><i>“[...] Fico mais tranquila e segura, o medo diminui só de saber que não preciso ir sozinha [...]” G4</i></p> <p><i>“[...] Fico feliz e tranquila por não ter que ir sozinha, indo um conhecido comigo, me sinto mais segura de que tudo ocorrerá bem no parto [...]” G18</i></p> <p><i>“[...] Me sinto bem mais tranquila, pois não vou parir sozinha e terá alguém para me ajudar a cuidar do bebê durante a internação depois do parto [...]” G7</i></p>
--	---

Fonte: Pesquisa Direta (2016)

O Quadro 4 apresenta o Discurso do Sujeito Coletivo em resposta ao sentimento das entrevistadas ao saber que a maternidade permite a entrada do acompanhante. Após a compilação dos dados, este quadro resultou-se em uma idéia central, sendo essa relacionada aos sentimentos de segurança e tranquilidade. Os Discursos do Sujeito Coletivo respaldam essas ideias centrais.

A grande maioria das entrevistadas do estudo relacionaram o fato da maternidade permitir, por Lei, a presença de algum conhecido por perto no momento do pré-parto, parto e pós-parto, como algo positivo, que transmitia uma sensação de tranquilidade, felicidade e segurança por não precisarem passar por um momento de medo e ansiedade sozinhas, além disso, acreditam que o acompanhante é importante para auxiliar nos cuidados com o recém-nascido, no momento em que elas estão impossibilitadas de realizar tais cuidados.

Corroborando ao estudo realizado por Frutuoso e Bruggemann (2013), o acompanhante desenvolve algum tipo de apoio à mulher durante todas as fases do processo de parturição, ou seja, desde o pré-parto até a sala de recuperação pós-parto, e essas ações foram elencadas como não somente o conforto físico e emocional à gestante, mas também a ajuda nos

cuidados com o Recém Nascido (RN) nos momentos em que a puérpera estiver impossibilitada de realizá-los.

As informações anteriores vão ao encontro dos resultados de Longo (2010) e seus colaboradores, onde eles afirmam que as mulheres em trabalho de parto sentem a necessidade de uma companhia amigável e calorosa e que quando elas receberam apoio e acompanhamento emocional durante o processo de parir, manifestam sua satisfação e reconhecem esse cuidado como importante.

Segundo Dodou et al. (2014), a necessidade de ter alguém para compartilhar o momento de dificuldade vivenciado é considerado importante pelas mulheres, uma vez que mencionam em suas falas a necessidade de dividir a experiência que descrevem como dor e sofrimento, como se o fato de ter alguém ao lado contribuísse pelo menos para amenizar a sensação de solidão.

Teles et al. (2010) vai mais além nesse requisito e mostra a necessidade de fornecer à mulher tanto o apoio emocional como também o físico, informacional e clínico, proporcionando-a maior segurança e tranquilidade. Tendo em vista a importância desse suporte, o acompanhante durante o parto torna-se um aliado da parturiente e da equipe de enfermagem, visto que a presença do mesmo proporciona uma maior abrangência ao cuidado, pois aumenta a observação e a interlocução das suas necessidades.

Os resultados do estudo realizado por Frutuoso (2013) condizem com os relatos das entrevistadas deste estudo. No que se refere ao apoio emocional provido pelo acompanhante, como pegar na mão, dizer palavras de encorajamento e incentivo, mostra-se como uma importante medida que contribui para a diminuição da ansiedade e proporciona segurança à parturiente. Além disso, o apoio empático dos acompanhantes antes e durante o trabalho de parto auxilia a mulher a suportar melhor a dor, além de contribuir para a diminuição da necessidade do uso de métodos farmacológicos, sendo a presença desse acompanhante uma medida terapêutica para o alívio da dor.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo constata que existe uma carência de conhecimento sobre a Lei Nº 11.108/2005 por parte das gestantes em acompanhamento Pré-Natal na rede de Atenção Básica de Saúde explorada pela pesquisa. Nesse tocante, percebeu-se ainda que as participantes desconheciam e possuíam pouco esclarecimento sobre esses direitos. Evidenciou-se com isso que essa informação é pouco divulgada pelos serviços de saúde das UBSF's que compõem o estudo.

Nesse sentido e levando em consideração que a maioria delas, por não terem conhecimento algum sobre a Lei e diante dos inúmeros questionamentos durante as entrevistas sobre os direitos que a Lei Nº 11.108/2005 garante, nota-se a necessidade de uma atenção mais voltada as orientações sobre a gestação e os seus direitos, tanto nas consultas de Pré-Natal realizadas pelo Enfermeiro e Médico, quanto nas maternidades e também pelo Ministério da Saúde, através da capacitação e atualização do conhecimento dos profissionais de saúde acerca dos direitos garantidos para a gestação, a fim de disseminar o conhecimento sobre essa Lei de forma mais ampla.

É necessário que as consultas de Pré-Natal tenham uma maior qualidade, não só no que diz respeito as avaliações físicas, solicitações e avaliações de exames laboratoriais de rotina das gestantes, mas, principalmente, na divulgação dos seus direitos. O profissional de saúde deve conhecer as Legislações que garantem direitos de saúde para população, pois ele é o principal mediador de informações. Também é importante avaliar o conhecimento dos acompanhantes a respeito do parto, para que através disso seja possível alertá-los sobre as possíveis intercorrências durante o parto e como reagir diante delas, facilitando assim o trabalho da equipe de saúde e aumentando as chances da aceitabilidade desse acompanhante no momento do parto, garantindo assim o cumprimento da Lei Nº 11.108/2005.

Recomenda-se portanto que estes acompanhantes sejam inseridos nas consultas de Pré-Natal, juntamente com a gestante, para que eles possam receber as orientações necessárias, tendo uma melhor preparação para vivenciar o momento do parto, minimizando as chances de serem impedidos de acompanhar a mulher durante esse momento.

É importante refletir que pesquisas científicas, em sua maioria, possuem limites. Sendo assim, nesse estudo também houveram algumas. À exemplo de limitações, pode-se destacar, a dificuldade de acesso aos cenários da pesquisa, por constituir-se em quatro municípios de extensa área territorial; a disponibilidade de tempo para frequentar as UBSF's em dias de

atendimento Pré-Natal, para conseguir entrevistar um maior número de gestantes; a negativa de algumas gestantes que se negaram a participar da pesquisa.

Apesar disso, a realização deste estudo trouxe contribuições importantes, pois a partir dele as mulheres em acompanhamento Pré-Natal puderam ter mais conhecimento sobre seus direitos; há uma possibilidade de ineditismo, tendo em vista que não houveram outros estudos sobre essa temática nas regiões que compõem o cenário da pesquisa; além disso, o estudo contribuiu para enriquecer a minha experiência na iniciação científica, enquanto acadêmica de Enfermagem, possibilitando uma visão mais realística da sociedade e seus direitos, respaldada por princípios científicos.

Por fim, chegamos ao final do estudo atingindo os objetivos propostos inicialmente na sua fase de Projeto, na medida que foi possível analisar o conhecimento e a concepção das gestantes acerca da Lei Nº 11.108/2005, o que trouxe contribuições pertinentes à essa população, visto que, as mulheres entrevistadas que estavam em acompanhamento Pré-Natal, puderam ter maior conhecimento sobre seus direitos com ênfase a Lei Nº 11.108/ 2005.

Acreditamos que através deste estudo, seja possível gerar discussões sobre a aplicabilidade e divulgação dos direitos das gestantes e a importância de respeitá-los, permitindo e inserindo o acompanhante no pré-parto, parto e pós-parto, e motivar os profissionais a persistirem em humanizar a assistência à mulher no processo de gestação e parto.

Diante do exposto, espera-se que este estudo não se restrinja apenas ao meio acadêmico, mas que sirva de ferramenta para o conhecimento público, incentivando os gestores e profissionais de saúde a contribuírem de forma mais participativa para melhoria e/ou garantia dos direitos das gestantes, em especial, o cumprimento da Lei Nº 11.108/2005. Também espera-se que este trabalho sirva como fonte de enriquecimento para literatura e, através dele, contribuir para melhoria das orientações sobre os direitos da gestante, durante o acompanhamento Pré-Natal.



## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, C. M. **O movimento da reforma sanitária: uma visão crítica**, In: CONGRESSO NACIONAL DA REDE UNIDA – 20 ANOS DE PARCERIAS NA SAÚDE E NA EDUCAÇÃO, 6., 2005. Belo Horizonte. Anais do VI Congresso da Rede UNIDA, Belo Horizonte: Rede UNIDA, 2005. p. 25-32.
- ALVES, M. C.; BRUGGEMANN, O. M.; BAMPI, R. R.; GODINHOM V. G. Apoio à parturiente por acompanhante de sua escolha em uma maternidade-escola. **J. res.: fundam. care. Online**, [S/l], v. 5, n. 3, p. 153-164, 2013.
- ANDREUCCI, C.B; CECATTI, J.G. Desempenho de indicadores de processo do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no Brasil: uma revisão sistemática. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 6, p.1053-1064, 2011.
- ARAÚJO, L. P. **Humanização do Parto**: significado e prática para profissionais de saúde. 65f. 2011. Monografia (Bacharelado e Licenciatura em Enfermagem) – Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2011.
- BISOGNIN, P.; SIQUEIRA, A.; BÖELTER, D. C.; FONSECA, M.; PRUNZEL, M.; GONÇALVES, T. R.; DIAZ, C. M. G.; COLOMÉ, J. S. **Compreendendo a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Uma reflexão acadêmica**. Centro Universitário Franciscano. Rio Grande do Sul, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de assistência integral à saúde da mulher**. Brasília, DF, 1983.
- BRASIL. Secretaria de Políticas de Saúde, Ministério da Saúde. **Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Área Técnica da Saúde da Mulher. **Programa Humanização do Parto**: Humanização do Pré-Natal e Nascimento. Brasília; Ministério de Saúde, 2002.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2004 a. 82p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. Lei n. 11.108. Diário Oficial da União 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza/SUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS – Visita aberta e direito a acompanhante**. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes**. 1. ed., 2. reimpr. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 80 p.

BRUGGEMANN, O. M.; OLIVEIRA, M. E.; MARTINS, H. E. L.; ALVES, M. C. GAYESKI, M. E. A inserção do acompanhante no parto nos serviços públicos de saúde de Santa Catarina, Brasil. **Esc Anna Nery**, [S/l], v. 17, n. 3, p. 432-438, 2013.

BRUGGEMANN, O.M.; EBSSEN, E. S.; OLIVEIRA, M. E.; GORAYEB, M. K.; EBELE, R. R. Motivos que levam os serviços de saúde a não permitirem acompanhante de parto: discursos de enfermeiros. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 23, n. 2, p. 270-277, 2014.

BUSANELLO, J; KERBER, N.P.C DA; SASSI, R.A.M; MANO, P.S.DE; SUSIN, L.R.O. GONÇALVES B.G. Atenção humanizada ao parto de adolescentes: análise das práticas desenvolvidas em um Centro Obstétrico. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 64, n. 5, p. 824-832, 2011.

BUSTORFF, L. A. C. V. **O conceito de gênero nas políticas públicas que orientam atenção à saúde da mulher: revisão integrativa da literatura**. 2010. 165f. Dissertação (Mestrado) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa/PB, 2010.

CARDINALI, F.; AILES, L. C. P.; MONTICELLI, M.; CORREIA, D. S.; MENDES, L.; ALCÂNTARA, M. C. O acompanhante no alojamento conjunto da maternidade. **R. Enferm. UFSM**. [S/l], v. 1, n. 1, p. 1-14, 2011.

CARVALHO, I. S.; JÚNIOR, P. B. C.; MACEDO, J. P. B. O.; ARAÚJO, R. D. T. Acompanhantes no processo de nascimento: benefícios reconhecidos pelos enfermeiros. **J Health Sci Inst**, [S/l], v. 31, n. 2, p. 166-171, 2013.

CARVALHO, V. F.; KERBER, N. P. C.; AZAMBUJA, E. P.; BUENO, F. F.; SILVEIRA, R. S.; BARROS, A. M. Direitos das parturientes: conhecimento da adolescente e acompanhante. **Saúde e sociedade**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 572-581, 2014.

CARVALHO, L. B.; ALVES, A. M. F.; PASSOS, C. A.; LOPES, F. G.; HOLANDA, R. B.; MOREIRA, B. A ética do cuidado e o encontro com o outro no contexto de uma clínica-escola em Fortaleza. **Revista da Abordagem Gestáltica – Phenomenological Studies**, [S/l], v. 21, n. 1, p. 1-12, 2015.

COSTA, M.O.M.de; FARIA, D.G.S; SOLER, Z.A.S.G.; Pesquisando a Humanização do Parto. **CuidArte Enfermage**, [S/l], v.3, n.1, p.49-57, 2009.

DINIZ, C. S. G.; D'ORSI, E.; DOMINGUES, R. M. S. M.; TORRES, J. A.; DIAS, M. A. B.; SCHENECK, C. A.; LANSKY, S.; TEIXEIRA, N. Z. F.; RANCE, S.; SANDALL, J. 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.; RODRIGUES, D. P.; GUERREIRO, E. M.; GUEDES, M. V. C.; LAGO, P. N.; MESQUITA, N. S. A contribuição do acompanhante para humanização do parto. **Esc Ana Nery**. [S/l], v. 18, n. 11, p. 262-269, 2014.

DODT, R. C. M.; ORIÁ, M. O. B.; PINHEIRO, A. K. B.; ALMEIDA, P. C.; XIMENES, L. B. Perfil epidemiológico das puérperas assistidas em um alojamento conjunto. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 345-351, 2010.

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

FREIRE, L. L. G. **Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento**: uma revisão da literatura. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Universidade Federal de Minas Gerais, Conselheiro Lafaiete – MG, 2011.

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

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Educação. [online]. Disponível em: <<http://seriesestatisticas.ibge.gov.br/series.aspx?no=4&op=0&vcodigo=ECE306&t=taxa-analfabetismo-pessoas-15-anos-mais>>. Acesso em 21.08.2016.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Famílias. Censo demográfico 2010 [online]. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/apps/snig/v1/?loc=0&cat=-14,-15,-16,-17,-18,128&ind=4703>>. Acesso em 21.08.2016.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. População. Censo demográfico 2010 [online]. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>>. Acesso em: 21.08.2016.

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.

KREMER, Carla Solange. **Lei do acompanhante no parto**: percepção dos acompanhantes e da equipe de enfermagem de um Hospital do interior do RS. 2012. 42 f. Monografia (Graduação em Enfermagem) – Centro Universitário Univates - Lajeado, Rio Grande do Sul.

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

LEMOS, Daiane Bittencourt de. **O parto humanizado em um Hospital Universitário do Sul do Brasil** - o olhar dos gestores. 2012. 97f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande - FURG, Rio Grande.

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

MAGALHÃES, M. F. **Um acontecimento chamado acompanhante de parto**: opiniões de profissionais de saúde. 2010. 27 f. Monografia (Graduação em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

MALHEIROS, P. A.; ALVES, V. H.; RANGEL, T. S. A.; VARGENS, O. M. C. Parto e nascimento: saberes e práticas humanizadas. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 329-337, 2012.

MARTINELLI, K.G; NETO, E. T. S.; GAMA, S. G. N.; OLIVEIRA, A. E. Adequação do processo da assistência pré-natal segundo os critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e Rede Cegonha. **Rev Bras Ginecol Obstet.**, v. 36, n. 2, p. 56-64; 2014.

MENEZES, P. F. A.; PORTELLA, S. D. C.; BISPO, T. C. F. A situação do parto domiciliar no Brasil. **Revista Enfermagem Contemporânea**, Salvador, v. 1, n. 1, p. 3-43, 2012.

NAGAHAMA, E. E. I.; SANTIAGO, S. M. Parto humanizado e tipo de parto: avaliação da assistência oferecida pelo Sistema Único de Saúde em uma cidade do Sul do Brasil. **Rev Bras Saúde Matern Infant**, Recife, v. 11, n. 4, p. 415-425, 2011.

NETO, E.T.de; ALVES, K.C.G; ZORSAL, M; LIMA, R.C.D.de. Políticas de saúde materno no Brasil: Os nexos com indicadores de saúde materno-infantil. **Saúde Soc.** São Paulo, v.17, n.2, p.107-119, 2008.

NORA, C. R. D., JUNGES, J. R. Políticas de humanização na atenção básica: Revisão Sistemática. **Rev. Saúde Pública**, [S/l], v. 47, n. 6, p. 1186-2000, 2013.

PASCHE, D.F; PASSOS, E; HENNINGTON, E.A. Cincos anos de Política Nacional de Humanização: trajetória de uma política pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S/l], v. 16, n. 11, p. 4541-4548, 2011.

PORTO, A. A. S.; COSTA, L. P.; VELLOSO, N. A. Humanização da assistência ao parto natural: uma revisão integrativa. **Rev Ciência e Tecnologia**, Rio Grande do Sul, v. 1, n. 1, p. 12-19, 2015.

PRATA, K. S.; BRITO, M. C. M. C.; ALMEIDA, M. S.; BARBOSA, N. R.; NUNES, I. M. Acompanhante no centro obstétrico: significado para a equipe de enfermagem. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 25, n. 3, p. 277-286, 2011.

PERDOMINI, F. R. I.; BONILHA, A. L. L. A participação do pai como acompanhante da mulher no parto. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 20, n. 3, p. 445-452, 2011.

PRISZKULNIK, G; MAIA, A.C. **Parto humanizado**: influências no segmento saúde. O Mundo da Saúde São Paulo: 2009; v. 33, n. 1, p.80-88.

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. **Metodologia do trabalho**: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico. 2. ed. – Novo Hamburgo: 2013.

RATTNER, D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: breve referencial teórico. **Comunicação Saúde Educação**, [S/l], v. 13, n. 1, p. 595-602, 2009.

SANTOS, 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, K. T. A.; LIMA, L. R. R.; MENEZES, M. O. **Dez anos da Lei nº 11.108/2005**: desafios e perspectivas. 2016. 26 f. Monografia (Graduação em Enfermagem) – Universidade Tiradentes, Aracajú.

SILVA, N. C. M.; RUELA, L. O.; RESCK, Z. M. R.; ANDRADE, M. B. T.; LEITE, E. P. R. C.; SILVA, M. M. J.; IUNES, D. H. Humanização da assistência de enfermagem em uma unidade de internação obstétrica. **Enferm. Foco**, [S/l], v. 4, n. 2, p. 88-91, 2013.

SILVA, D. O.; SILVA, G. A.; ANDRADE, T. S.; FRANÇA, A. M. B.; MOURA, M. R. W.; OLIVEIRA, S. G. O desejo da mulher em relação a via de parto: uma revisão de literatura. **Ciências Biológicas e da Saúde**, Maceió, v. 3, n. 1, p. 103-114, 2015.

SOUZA, L. A. P.; MENDES, V. L. F. O conceito de humanização na Política Nacional de Humanização. **Comunicação Saúde Educação**, [S/l], v. 13, supl. 1, p. 681-688, 2009.

SOUZA, T.G; GAIVA, M.A.M; MODES, P.S.S.A. A humanização do nascimento: percepção dos profissionais de saúde que atuam na atenção ao parto. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre (RS), v. 32, n. 3, p. 479-486, 2011.

TELES, L. M. R.; AMÉRICO, C. F.; PITOMBEIRA, H. C. S.; FREITAS, L. V.; DAMASCENO, A. K. C. Parto acompanhado na perspectiva de quem o vivencia. **Rev Enferm UFPE on line**. [S/l], v. 4, n. 2, p. 498-503, 2010.

VEZO, G. M, S.; CORONEL, L. M.; ROSÁRIO, M. S. O. **Assistência Humanizada de Enfermagem no Trabalho de Parto**. 2013. 89f. Monografia (Graduação em Enfermagem) – Universidade do Mindelo.

VILANOVA, A. K. L.; CARVALHO, F. S.; PORTELA, N. L. C.; PAES, A. R. M.; SANTOS, D. A. S. Percepções da parturiente acerca da presença do acompanhante no processo de parturição. **Rev Augustus**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 39, p. 24-37, 2015.

ZANATTA, J. A.; COSTA, M. L. Algumas reflexões sobre a pesquisa qualitativa nas ciências sociais. **Estud pesqui psicol**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p 344-359, 2012.

# APÊNDICES

## APÊNDICE 1: INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS



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

### **ROTEIRO SEMI-ESTRUTURADO DE ENTREVISTA**

Projeto de Pesquisa: “Direito de acompanhamento ao Parto (Lei 11.108/2005): Conhecimento e percepção de gestantes no Curimataú Paraibano: um estudo na zona urbana”.

Sujeitos da Pesquisa: gestantes que estavam em acompanhamento Pré-Natal nas UBSF’s da zona urbana de Cuité, Nova Floresta, Barra de Santa Rosa e Picuí.

#### **Parte I - Dados de caracterização da amostra:**

1. Iniciais: \_\_\_\_\_ / Cidade onde Nasceu: \_\_\_\_\_
2. Qual a sua idade hoje: \_\_\_\_\_ Anos
3. Estado Civil: ( ) Casada ( ) Solteira ( ) Divorciada ( ) União não oficializada
4. Cor da Pele: ( ) Branca ( ) Negra ( ) Parda ( ) Outros. Qual?
5. Nível de Escolaridade: ( ) Não-Alfabetizado ( ) Alfabetizado ( ) Fundamental Completo ( ) Ensino Médio Completo ( ) Superior Completo
6. Quantas gestações já teve? ( ) Apenas 1 ( ) 2 gestações ( ) 3 gestações ( ) 4 gestações ( ) Mais de 5
7. Toda assistência ao pré-natal foi realizada na Atenção básica (PSF)? ( ) sim ( ) não
8. Você conhece a lei do direito ao acompanhante? Se sim, responda as questões 9 e 10.  
( ) sim ( ) não
9. Quem possibilitou este conhecimento? ( ) Por outras gestantes ( ) Nas consultas de pré-natal ( ) Pela mídia (jornal, Tv) ( ) Pelos amigos/ conhecidos ( ) No Hospital ( ) Outro.  
Qual? \_\_\_\_\_

10. A decisão de ter um acompanhante foi tomada? ( ) antes da gestação ( ) durante a gestação ( ) no momento da internação ( ) durante o trabalho de parto ( ) não foi tomada

**Parte II – Questões norteadoras:**

1. Você conhece alguém que enfrentou algum problema para exercer o direito ao acompanhante? ( ) sim ( ) não. Se sim, o que a instituição alegou?

---

---

2. Para você, qual o papel do acompanhante no parto?

---

---

3. Quem você preferia como acompanhante no parto, por quê?

---

---

4. Como você se sentiria ao saber que a maternidade permite a entrada do acompanhante?

---

---



## APÊNDICE 2: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**ESTUDO:** “Direito de acompanhamento ao Parto (Lei 11.108/2005): Conhecimento e percepção de gestantes no Curimataú Paraibano: um estudo na zona urbana”.

Esta pesquisa intitulada “DIREITO DE ACOMPANHAMENTO AO PARTO (LEI Nº 11.108/2005): CONHECIMENTO E PERCEPÇÃO DE GESTANTES 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<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. 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 em acompanhamento Pré-Natal, no curimataú paraibano. Você está sendo convidado para participar desta pesquisa pôr no momento está participando regularmente do acompanhamento Pré-Natal na condição de usuária dos serviços de saúde. Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder perguntas que envolvem dados sobre as assistências de saúde fornecida a você e seus conhecimentos sobre seus direitos. As informações obtidas através desta pesquisa serão confidenciais e asseguramos que seu nome será mantido em sigilo absoluto. Os dados da pesquisa poderão vir a ser publicados/divulgados, desde que assegurado à privacidade dos sujeitos e a confidencialidade das informações. A sua participação na pesquisa é voluntária e, portanto, a senhora não é obrigada a fornecer as informações solicitadas pela pesquisadora. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na sua assistência. As pesquisadoras estarão à sua disposição para qualquer esclarecimento ou dúvida que por ventura vier a surgir ou que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa. Destacamos aqui a importância de sua participação para a viabilidade deste estudo. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço institucional do pesquisador principal.

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

---

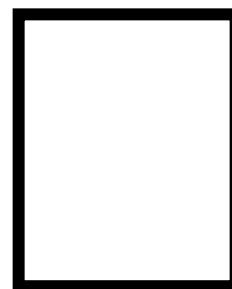
Participante da Pesquisa

---

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

---

Hortência Héllen de Azevedo Medeiros  
Pesquisadora participante/Bolsista CNPq



Pesquisador Responsável:

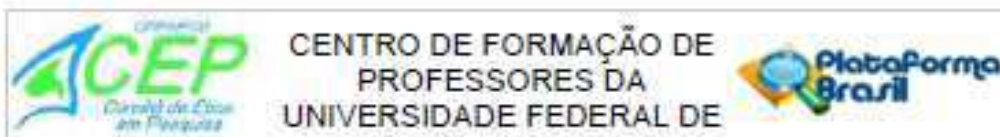
(Gigliola Marcos Bernardo de Lima. Enfermeira. Professora da UFCG, *Campus* Cuité. E-mail: gigliolajp@hotmail.com)

Pesquisador Colaborador:

(Hortência Héllen de Azevedo Medeiros. Discente do curso de Enfermagem da UFCG, *Campus Cuité*. E-mail: [hellenhortencia17@gmail.com](mailto:hellenhortencia17@gmail.com)).

Contatos para dúvidas/esclarecimentos: Universidade Federal de Campina Grande – UFCG – Centro de Educação e Saúde – Unidade Acadêmica de Enfermagem – Sítio Olho D'Água da Bica, s/n. Bairro: Centro. Cidade: Cuité, PB. Telefone para contato: (83) 3372-1900. Ramal: 1972. E-mail: [gilgiolajp@hotmail.com](mailto:gilgiolajp@hotmail.com)

# **ANEXOS**



### 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 PERCEPÇÃO 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

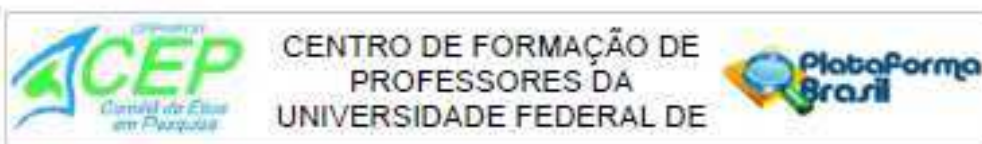
#### Apresentação do Projeto:

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

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



Continuação do Parecer: 1.350.571

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

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

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

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

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

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

**Recomendações:**

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

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

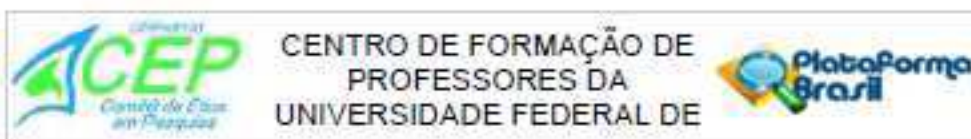
**Considerações Finais a critério do CEP:**

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_474326.pdf	07/08/2015 11:39:55		Acelto
Outros	PROJETO MYLDRAD CEP CORREÇÃO.doc	07/08/2015 11:39:33		Acelto
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_474326.pdf	13/03/2015 15:29:11		Acelto
Folha de Rosto	FOLHA DE ROSTO MYLDRAD.pdf	13/03/2015 15:26:08		Acelto
Outros	AUTORIZAÇÃO MYLDRAD.jpg	13/03/2015 15:26:20		Acelto
D Declaração de Instituição e Infraestrutura	FOLHA DE ROSTO MYLDRAD.pdf	13/03/2015 15:25:50		Acelto

Endereço: Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, s/n  
 Bairro: Casas Populares CEP: 56.900-000  
 UF: PB Município: CAJAZEIRAS  
 Telefone: (83)3532-2075 E-mail: cep@cfp.ufcg.edu.br

Página 10 de 10



Continuação do Parecer: 1.350.571

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

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAJAZEIRAS, 03 de Dezembro de 2015

Assinado por:  
Paulo Roberto de Medeiros  
(Coordenador)

Endereço: Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, s/n  
 Bairro: Casas Populares CEP: 58.600-000  
 UF: PB Município: CAJAZEIRAS  
 Telefone: (83)3532-2075 E-mail: cep@cp.ufcg.edu.br