



**CENTRO UNIVERSITÁRIO DE LAVRAS
CURSO DE GRADUAÇÃO EM FISIOTERAPIA**

**Nível de conhecimento das mulheres sobre a Lei nº 11.108
de 2005 e sua relação aos aspectos socioeconômicos**

VANESSA MARIA BERNARDES RODRIGUES

**LAVRAS-MG
2025**

VANESSA MARIA BERNARDES RODRIGUES

**Nível de conhecimento das mulheres sobre a Lei nº11.108
de 2005 e sua relação aos aspectos socioeconômicos**

Monografia apresentada ao Centro Universitário
de Lavras, como parte das exigências do curso
de graduação em Fisioterapia.

ORIENTADORA:

Prof.^a Ma. Isabella de Paula Ribeiro Argôlo

**LAVRAS-MG
2025**

Ficha Catalográfica preparada pelo Setor de Processamento
Técnico da Biblioteca Central do UNILAVRAS

R696n Rodrigues, Vanessa Maria Bernardes.
Nível de conhecimento das mulheres sobre a Lei nº11.108 de 2005 e sua relação aos aspectos socioeconômicos / Vanessa Maria Bernanrdes Rodrigues. – Lavras : Unilavras. 2025.
36f.: il.
Monografia (Graduação em Fisioterapia) – Unilavras, Lavras, 2025.
Orientador: Prof^a. Isabella de Padua Ribeiro Argôlo.
1. Sus, Sistema único de saúde. 2. Leis federais. 3. Lei 8080/90, lei nº11.108. I. Argôlo, Isabella de Paula Ribeiro. II. Título.

VANESSA MARIA BERNARDES RODRIGUES

**Nível de conhecimento das mulheres sobre a Lei nº11.108
de 2005 e sua relação aos aspectos socioeconômicos**

Monografia apresentada ao Centro Universitário
de Lavras, como parte das exigências do curso
de graduação em Fisioterapia.

Aprovado em 18/06/2025

ORIENTADORA

Prof.^a Ma. Isabella de Paula Ribeiro Argôlo / Centro Universitário de Lavras -
UNILAVRAS

MEMBRO DA BANCA

Prof.^a Dr.^a Laiz Helena de Castro Toledo Guimarães / Centro Universitário de Lavras
- UNILAVRAS

**LAVRAS- MG
2025**

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, fonte inesgotável de força, sabedoria e esperança, por ter me sustentado em cada etapa desta caminhada, mesmo nos momentos de dúvida e cansaço.

À minha mãe, Mércia Bernardes que enfrentou renúncias e dificuldades para que eu pudesse continuar meus estudos. Mesmo em meio às adversidades, sempre esteve ao meu lado com apoio incondicional e palavras de incentivo. Minha eterna gratidão por acreditar no meu potencial.

Ao meu pai, Clério Rodrigues, que partiu antes de ver este sonho realizado, minha eterna gratidão. Sua memória continua viva em mim e me inspira a seguir com dignidade, responsabilidade e fé.

Agradeço à minha orientadora, Prof.^a Ma. Isabella de Paula Ribeiro Argôlo, pela paciência, pela orientação e, sobretudo, pelos conselhos dados em momentos importantes da minha vida, que levarei para sempre. Sua mentoria foi essencial para o desenvolvimento do estudo. E a experiência, prontidão, agilidade e ética que a senhora demonstrou foram fundamentais para aprimorar minha relação com a pesquisa científica.

Aos meus amigos, que souberam me acolher com palavras de incentivo, ombros amigos e sorrisos sinceros. Obrigada por celebrarem minhas vitórias e me ajudarem a suportar os desafios.

Aos professores do curso de Fisioterapia, pela generosidade em compartilhar seus conhecimentos e pelo compromisso em estarem sempre disponíveis para auxiliar no meu aprendizado.

E, finalmente, a todas as pessoas que participaram da minha pesquisa, dedicando parte do seu tempo para responder aos questionários e, assim, contribuir para a realização deste trabalho.

RESUMO

A saúde da mulher deve ser entendida de forma ampla, considerando aspectos biológicos, sociais e culturais. A violência obstétrica é um grave problema de saúde pública, reconhecido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), e ainda presente em muitos ambientes de parto, desrespeitando os direitos das mulheres. Diante disso, destaca-se a importância da Lei nº 11.108/2005, que garante à parturiente o direito à presença de um acompanhante durante todo o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Este trabalho teve como objetivo geral analisar o nível de conhecimento das mulheres sobre essa lei e sua relação com fatores socioeconômicos. Trata-se de um estudo observacional, descritivo e de corte transversal, aprovado pelo Comitê de Ética e conduzido com 395 mulheres, de 18 a 50 anos, residentes no município de Lavras-MG. A coleta de dados foi realizada por meio de um questionário online, divulgado por redes sociais e *e-mail*, com perguntas sobre perfil sociodemográfico e conhecimento sobre a Lei nº 11.108. Observou-se que 74% das participantes desconheciam a Lei nº 11.108/2005, e apenas 29% sabiam da permissão de um acompanhante de sua escolha no pré, durante e pós-parto. A maioria das mulheres tinha ensino fundamental incompleto (46%), mais de três filhos (48%) e vivia em famílias com quatro a sete membros (61%). Além disso, entre as que tiveram filhos, 71% utilizaram o serviço público de saúde, e 98% relataram não terem sido informadas pelo hospital sobre os critérios da lei. Foi observada uma associação estatisticamente significativa entre o nível de conhecimento da lei e o nível socioeconômico de forma indireta, como tipo de moradia própria que influenciam diretamente no conhecimento da referida lei (OR: IC 95%; 1,87 – 4,80). Os dados indicam a necessidade de ampliação das estratégias de educação em saúde, principalmente nos serviços de atenção básica, visando garantir o acesso à informação e o respeito aos direitos das mulheres durante o processo de parto, para combater práticas de violência obstétrica.

Palavras-chave: SUS, Sistema Único de Saúde, Leis federais, Lei 8080/90, lei nº 11.108.

ABSTRACT

Women's health should be understood broadly, considering biological, social and cultural aspects. Obstetric violence is a serious public health problem, recognized by the World Health Organization (WHO), and is still present in many childbirth settings, disrespecting women's rights. In view of this, the importance of Law n°. 11.108/2005 stands out, which guarantees the parturient the right to the presence of a companion throughout labor, delivery and immediate postpartum period within the scope of the Unified Health System (SUS). The general objective of this study was to analyze the level of knowledge of women about this law and its relationship with socioeconomic factors. This is an observational, descriptive and cross-sectional study, approved by the Ethics Committee and conducted with 395 women, aged 18 to 50, living in the city of Lavras-MG. Data collection was performed through an online questionnaire, distributed on social media and by email, with questions about sociodemographic profile and knowledge about Law n°. 11.108. It was observed that 74% of participants were unaware of Law n°. 11.108/2005, and only 29% knew that a companion of their choice is allowed before, during and after childbirth. Most women had incomplete elementary education (46%), had more than three children (48%) and lived in families with four to seven members (61%). In addition, among those who had children, 71% used the public health service, and 98% reported not having been informed by the hospital about the criteria of the law. A statistically significant association was observed between the level of knowledge of the law and socioeconomic level indirectly, as type of housing owned directly influences knowledge of the aforementioned law (OR: CI 95%; 1,87 – 4,80). The data indicate the need to expand health education strategies, especially in primary care services, aiming to guarantee access to information and respect for women's rights during the childbirth process, to combat practices of obstetric violence.

Keywords: SUS, Unified Health System, Federal laws, Law 8080/90, law n° 11.108.

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| 1. INTRODUÇÃO | 9 |
| 2. OBJETIVOS | 10 |
| 2.1.Objetivo geral..... | 10 |
| 2.2.Objetivos específicos | 10 |
| 3. JUSTIFICATIVA | 10 |
| 4. REFERENCIAL TEÓRICO | 11 |
| 4.1.Saúde da mulher | 11 |
| 4.2.Saúde reprodutiva | 12 |
| 4.3.Violência obstétrica..... | 13 |
| 4.4.Contextualização da lei nº11.108 | 14 |
| 5. METODOLOGIA | 15 |
| 5.1.Critérios éticos | 15 |
| 5.2.Tipo de estudo | 16 |
| 5.3.Amostra | 16 |
| 5.4.Instrumentos | 17 |
| 5.5.Procedimentos | 17 |
| 5.6.Itens éticos..... | 17 |
| 5.6.1. Critérios de inclusão e exclusão dos participantes da pesquisa..... | 17 |
| 5.6.2. Análise crítica de riscos e benefícios..... | 18 |
| 5.6.3. Privacidade e confidencialidade dos dados | 18 |
| 5.6.4. Critérios para suspender ou encerrar a pesquisa | 18 |
| 5.6.5. Análise Estatística | 18 |
| 6. RESULTADOS | 19 |
| 7. DISCUSSÃO | 22 |
| 8. PONTOS POSITIVOS E LIMITAÇÕES DO ESTUDO | 25 |
| 9. CONCLUSÃO | 26 |
| REFERÊNCIAS | 27 |
| ANEXO 1: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE | 30 |
| ANEXO 2: Questionário socioeconômico | 33 |
| ANEXO 3: Questionário sobre o conhecimento da lei | 36 |

1. INTRODUÇÃO

A saúde da mulher não deve ser vista apenas do ponto de vista orgânico, mas deve-se considerar a complexidade desse fenômeno social, bem como sua interseccionalidade com questões de raça/etnia, gênero e classe social. Essas dimensões estão inseridas no contexto em que a vida acontece e se traduzem nas condições em que as mulheres vivem, trabalham e expressam a situação de saúde. Além disso, outro assunto muito discutido é sobre a saúde reprodutiva da mulher (BELÉN *et al.*, 2021).

Os direitos à saúde sexual e reprodutiva, foram reconhecidos recentemente e são considerados uma conquista histórica, advinda da luta pela cidadania e pelos Direitos Humanos. Abrangem o exercício da vivência da sexualidade sem constrangimento, da maternidade voluntária e da anticoncepção auto decidida. Estes direitos devem ser percebidos para que sejam pensadas estratégias governamentais eficazes, uma vez que o atendimento das demandas por cuidado à saúde sexual e reprodutiva relacionadas às vivências destas mulheres deve ser um compromisso das políticas públicas na perspectiva da integralidade. Neste contexto, a gravidez (gestação) é um destaque dentro desta categoria (TELO *et al.*, 2018).

Neste período ocorrem alterações fisiológicas, psíquicas, hormonais e sociais. Algumas mulheres podem experimentar a gravidez como uma fonte de felicidade, satisfação e auto-realização. Outras, no entanto, podem experimentar mudanças em sua saúde mental, como o desenvolvimento de ansiedade. No Brasil, foram registradas 380,7 mil gestações, no ano de 2020. Além disso, algumas experiências para as mulheres podem ser traumáticas, como, violências ou abusos (SILVA *et al.*, 2017).

A violência obstétrica foi recentemente reconhecida pela OMS, em 2014, como uma questão de saúde pública que afeta diretamente as mulheres e seus bebês. Trata-se de uma forma de violência institucional ou estrutural presente na atenção ao parto, caracterizada por qualquer ato de violência direcionado à mulher grávida, parturiente ou puérpera, ou ao seu bebê, praticado durante a assistência profissional. Essa violência pode manifestar-se por meio de desrespeito à autonomia da mulher, à sua integridade física e mental, bem como aos seus sentimentos (LANSKY *et al.*, 2019).

No Brasil, uma pesquisa com mulheres, nos espaços públicos e privados,

verificou que uma em cada quatro mulheres sofre algum tipo de violência durante o parto, desde gritos, procedimentos dolorosos, sem consentimento e/ou informação, falta de analgesia, negligência e até abusos físicos. Para minimizar acontecimentos como estes, em 2005 foi criada a lei nº11.108 que alterou o artigo 19J da Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (LANSKY *et al.*, 2019).

Tendo em vista a referida lei, ela ordena que os serviços do SUS, da rede própria ou conveniada, sejam responsáveis e obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de 1 (um) acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, de sua livre escolha. Ela é considerada uma prática positiva que deve ser encorajada e está amparada pelas evidências científicas, para minimização de tantos erros obstétricos. Contudo, acredita-se que muitas mulheres não tem o pleno conhecimento desta lei que vigora desde 1988 a partir da Lei Federal e pela Lei acrescida de nº 11.108 em 2005. Assim, julga-se necessário essa pesquisa que condicionará as mulheres ao aprendizado e direitos que devem ser respeitados (FRUTUOSO *et al.*, 2013).

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo geral

O objetivo do presente projeto foi analisar o nível de conhecimento das mulheres sobre a lei nº 11.108 de 2005 que contempla as fases do parto e sua relação com estado socioeconômico.

2.2. Objetivos específicos

- ✓ Analisar os dados entre mulheres com e sem filhos.
- ✓ Analisar dados de acordo com as características sociodemográficas.
- ✓ Avaliar a associação destas variáveis com conhecimento das mulheres em relação a Lei nº 11.108.

3. JUSTIFICATIVA

Quanto a saúde das mulheres, compreende-se a integralidade como a

concretização de práticas de atenção que garantam o acesso das mulheres a ações resolutivas construídas segundo as especificidades do ciclo vital feminino e do contexto em que as necessidades são geradas. Neste contexto, a saúde reprodutiva implica, por conseguinte, que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tendo autonomia para se reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando e quantas vezes deve fazê-lo. No Brasil, uma pesquisa com mulheres, nos espaços públicos e privados, verificou que uma em cada quatro mulheres sofre algum tipo de violência durante o parto, desde gritos, procedimentos dolorosos, sem consentimento e/ou informação, falta de analgesia, negligência e até abusos físicos. Para minimizar acontecimentos como estes, em 2005 foi criada a lei nº 11.108 que alterou o artigo 19J da Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (LANSKY *et al.*, 2019).

De forma geral, a presente pesquisa terá uma grande importância social e para as mulheres, devido sua originalidade e importância. Assim, elas refletirão sobre a garantia de seu direito e levarão o conhecimento da referida lei a outras parturientes. Contribuirão, também, para uma vivência tranquila durante todo o processo, permitindo que violências obstétricas diminuam drasticamente. Ainda, tendo em vista que será um grande marco científico, visto que todos os tipos de agressividade contra a mulher tem sido amplamente discutidos desde o início dos tempos, como uma problemática a ser solucionada.

4. REFERENCIAL TEÓRICO

4.1. Saúde da mulher

Na atenção à saúde das mulheres, compreende-se a integralidade como a concretização de práticas de atenção que garantam o acesso das mulheres a ações resolutivas construídas segundo as especificidades do ciclo vital feminino e do contexto em que as necessidades são geradas. Nesse sentido, o cuidado deve ser permeado pelo acolhimento com escuta sensível de suas demandas, valorizando-se a influência das relações de gênero, raça/cor, classe e geração no processo de saúde e de adoecimento das mulheres (COELHO *et al.*, 2009).

A implantação de uma legislação que assegure e informe sobre a saúde da mulher aconteceu na última década do século XX, tendo como objetivo a promoção de saúde e garantia dos direitos, mas embora esteja em atividade há muitos anos,

ainda hoje muitas mulheres são impactadas negativamente pela ausência ou ineficiência dos serviços básicos, além da falta de conhecimento ou percepções distorcidas da realidade que desencadeia uma grande problemática no âmbito da saúde feminina (SANTANA *et al.*, 2019).

Para que o processo de saúde aconteça de forma eficiente é necessário que uma visão mais ampla a respeito da mulher seja aplicada, deixando para trás a percepção restrita à anatomia e suas funções reprodutivas, com isso permitindo um olhar mais amplo e individual, que leva em considerações fatores sociais e psicológicos (MIRANDA *et al.*, 2004).

4.2. Saúde reprodutiva

A saúde reprodutiva refere-se ao acesso a informações, métodos, técnicas e serviços que contribuem para o bem-estar físico, mental e social das mulheres em relação à reprodução, permitindo-lhes exercer seus direitos de forma livre, segura e informada. O trabalho de parto é uma das últimas etapas antes desse evento de grandes proporções físicas, psicológicas e culturais. Fisiologicamente, as últimas horas da gravidez são caracterizadas por dores decorrentes das contrações que ocasionam a dilatação do colo uterino e forçam a saída do bebê pelo canal vaginal. As transformações corporais acontecem de forma rápida, ao contrário daquelas que ocorrem gradualmente durante os meses de gestação. É também quando se dá o início da separação do bebê, um processo psicológico importante para a mulher (DIAS *et al.*, 2006; OLIVEIRA *et al.*, 2022).

No contexto da saúde reprodutiva, as intervenções realizadas no âmbito dos serviços públicos têm resultado na melhoria dos indicadores de saúde das mulheres brasileiras. No entanto, fatores como o aumento da pobreza, das iniquidades sociais e a desconsideração dos determinantes sociais no processo de saúde e doença influenciam a exposição a fatores de risco e vulnerabilidades a doenças, condições e dificuldades de acesso aos serviços de atenção obstétrica (BELÉN *et al.*, 2021).

Ao longo do último século, mudanças importantes ocorreram no que se refere à gestação e à parturição. A gestação foi redefinida, passando de evento privado e feminino para evento público e médico. O parto, antes exclusivo do universo feminino, passou a ser assistido por médicos, em grande maioria homens, predominantemente nos hospitais (DAVIS *et al.*, 2003; JONES *et al.*, 2008)

No Brasil, a partir do ano de 1992, o Ministério da Saúde (MS) fez uma importante reorganização da atenção ao parto e ao nascimento. No ano 2000, instituiu o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento, adotando as recomendações feitas pela OMS (SANTOS *et al.*, 2008).

Sobre a assistência pré-natal, o MS enfatiza que a gestação caracteriza-se por ser um período de mudanças físicas e emocionais. Nesse contexto, determina que o principal objetivo do acompanhamento pré-natal seja o acolhimento à mulher, com o oferecimento de respostas e apoio aos sentimentos de medo, dúvidas, angústias, fantasias ou à curiosidade de saber o que está acontecendo com o seu corpo. Para a equipe de saúde, especialmente o enfermeiro que presta cuidados durante o pré-natal, é fundamental compreender o que está se passando com a gestante. Isso porque, por trás de cada pergunta aparentemente ingênua, podem existir importantes demandas emocionais latentes (MOURA *et al.*, 2003).

A assistência à mulher na gestação e no parto, preconizada pelo SUS no Brasil — cenário deste estudo —, propõe a Unidade Básica de Saúde (UBS) como porta de entrada preferencial ao sistema de saúde e como ponto estratégico para o acompanhamento contínuo da gravidez. Nesse contexto, a Estratégia Saúde da Família (ESF) é indicada como proposta programática central para a reorganização dos modelos e práticas materno-infantis no âmbito da atenção primária, abrangendo desde o início da gestação até o pós-parto (WARMLING *et al.*, 2018).

4.3. Violência obstétrica

Ao longo da história, as mulheres vêm sendo vítimas de diversas formas de violência. Segundo a OMS, a violência é a imposição de um grau significativo de dor e sofrimento evitáveis. Nesse sentido, destaca-se a violência obstétrica como um tipo específico de violência contra a mulher. Foca-se em quatro tipos de violência: negligência; tratamento grosseiro, ameaças, repreensão, gritos e humilhação intencional; violência física, incluindo a negação do alívio da dor quando tecnicamente indicado; e a violência verbal e psicológica, que compromete a dignidade, a autonomia e o bem-estar da mulher no momento do parto (ZANARDO *et al.*, 2017).

O descaso e o desrespeito com as gestantes na assistência ao parto, tanto no setor público quanto no setor privado de saúde, têm sido cada vez mais divulgados pela imprensa e pelas redes sociais por meio de relatos de mulheres que se sentiram

violentadas. Da mesma forma, esses dados tem sido analisados pela ouvidoria do MS (2012) que computou que 12,7% das queixas das mulheres versavam sobre o tratamento desrespeitoso, incluindo relatos de terem sido mal atendidas, não serem ouvidas ou atendidas em suas necessidades e terem sofrido agressões verbais e físicas (ZANARDO *et al.*, 2017).

Inegavelmente, o parto é um momento único e inesquecível na vida da mulher, quando o cuidado despendido pelos profissionais deveria ser singular e pautado no protagonismo da mulher, tornando-o mais natural e humano possível. Distintamente de outros acontecimentos que necessitam de cuidados hospitalares, o processo de parturição é fisiológico, normal, necessitando, na maioria das vezes, apenas de apoio, acolhimento, atenção, e o mais importante a humanização (ANDRADE *et al.*, 2014).

Além disso, a violência institucional em maternidades é tema de estudo em diversos países. Pesquisas demonstram que além das dificuldades econômicas e estruturais, frequentes nos serviços públicos, encontram-se, subjacentes aos maus tratos vividos pelas pacientes, aspectos sócio-culturais relacionados a uma prática discriminatória quanto a gênero, classe social e etnia (AGUIAR *et al.*, 2010).

4.4. Contextualização da lei nº11.108

Em 2005 foi criada a lei nº 11.108 que alterou o artigo 19J da Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que ordena ao SUS permitir um acompanhante junto à parturiente durante todo o período de trabalho de parto, parto, e pós-parto imediato (BRASIL., 2005).

Esta lei está em vigência há alguns anos, entretanto, não é devidamente obedecida pelas instituições. É possível que esta realidade seja consequência da existência de crenças e valores que já estão arraigados entre os profissionais que os levam a rejeitar a ideia da presença do acompanhante. A humanização da assistência ao parto é alvo da atenção de profissionais e dos responsáveis pela proposição de políticas públicas, em âmbito internacional que em geral se encontra excluída do processo de nascimento e parte em muitas internações hospitalares brasileiras (HOGA *et al.*, 2007).

Apesar disso, estudos nacionais, sobre dados da pesquisa "Nascer no Brasil" (2011/2012), demonstraram que 24,5% das mulheres não tiveram acompanhante durante o trabalho de parto e apenas 19,3% contaram com a presença de

acompanhante em todos os momentos da internação. Tais resultados demonstram a heterogeneidade das práticas assistenciais no país. Com base nos últimos dados nacionais, e reconhecidos avanços como a progressão, ainda que lenta, da presença de acompanhantes, uma parcela das mulheres atendidas não conta com esse apoio durante o trabalho de parto e parto (TOMASI *et al.*, 2021).

A literatura descreve que as medidas de apoio contemplam quatro dimensões: a emocional (a presença contínua, o encorajamento e o propiciar tranquilidade); a informacional (explicações, instruções sobre a evolução do trabalho de parto e conselhos); o conforto físico (massagens, banhos quentes e oferta adequada de líquidos); e, por último, a de intermediação, que tem a finalidade de interpretar os desejos da mulher e negociá-los com os profissionais (FRUTUOSO *et al.*, 2013).

Além disso, os benefícios do apoio durante o trabalho de parto têm sido avaliados nas revisões sistemáticas publicadas na *Cochrane Library*, desde 1995, que são atualizadas periodicamente. A mais recente revisão analisou 21 ensaios clínicos randomizados, e em cinco deles o apoio à parturiente foi prestado por acompanhante da rede social da mulher. Os principais resultados indicam que essa prática contribui para o aumento dos partos vaginais espontâneos, assim como para a redução da necessidade de analgesia intraparto, da insatisfação/percepção negativa sobre a experiência do nascimento, da duração do trabalho de parto, da cesariana, do parto vaginal instrumental e de recém-nascidos com baixo índice de Apgar no 5º minuto de vida (BRUGGEMANN *et al.*, 2013),

5. METODOLOGIA

5.1. Critérios éticos

Trata-se de um estudo descritivo transversal. Antes da execução da pesquisa, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do Centro Universitário de Lavras para avaliação, apreciação e certificação ética (69483223.0.0000.5116). A pesquisa está de acordo com as Diretrizes Éticas da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, nos termos estabelecidos na Resolução CNS Nº 466/2012.

Os participantes da amostra receberam orientações sobre o objetivo da pesquisa e antes da coleta de dados assinarão o termo de consentimento livre e

esclarecido.

5.2. Tipo de estudo

Esta pesquisa enquadra-se na tipologia de estudo observacional de corte transversal, onde o objetivo foi analisar dados a fim de identificar a existência de relações entre os dados investigados, de um único momento (preenchimento do questionário).

5.3. Amostra

Este estudo foi aplicado de modo online com questionários específicos, com mulheres entre 18 e 50 anos do município de Lavras.

O cálculo exato do número do tamanho amostral foi realizado de acordo com a fórmula de cálculo aleatório simples, conforme apresentado abaixo:

$$n = \frac{N * n_0}{N + n_0}$$

onde: N é o tamanho (número de elementos) da população, n é o tamanho (número de elementos) da amostra, n_0 é uma primeira aproximação para o tamanho da amostra. A população alvo deste estudo foi constituída por todas as mulheres de 18 a 50 anos residentes em Lavras – MG, que segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), corresponde a aproximadamente 26.191 mulheres, de acordo com o Censo de 2010. Como é conhecido o tamanho da população (N), é necessário que se faça a primeira aproximação para o tamanho da amostra, utilizando o conceito de erro amostral tolerável (E_0). Com a diferença entre o valor que a estatística pode acusar e o verdadeiro valor do parâmetro que se deseja estimar, é possível obter o erro amostral, que pode ser calculado através da seguinte fórmula:

$$n_0 = \frac{1}{E_0^2}$$

Nessa pesquisa foi admitido um erro amostral de 5%, que é o erro máximo, erro esse que determinará o fator para se encontrar o tamanho ideal da amostra.

$$n_0 = \frac{1}{0,05^2} = 400$$

Assim o valor da amostra será:

$$n = \frac{26191 * 400}{26191 + 400} \approx 394 \text{ voluntárias}$$

5.4. Instrumentos

Após o consentimento dado pela concordância do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Anexo 1), de modo online, em que os voluntários concordaram em participar da pesquisa, foram fornecidas informações básicas a título de caracterização da amostra como, idade, escolaridade, filhos ou não, e estado socioeconômico (Anexo 2). O instrumento citado foi preenchido no intuito de obter as informações necessárias para desenvolver a pesquisa de forma abrangente e organizada. Além disso, houve um questionário (Anexo 3) com perguntas a respeito do nível de conhecimento das mulheres sobre a lei que em 2005 foi criada (Lei nº 11.108), que alterou o artigo 19J da Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Ela ordena ao SUS, permitir junto à parturiente, um acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto, e pós-parto imediato (BRASIL., 2005).

5.5. Procedimentos

O contato com os participantes ocorreu pela apresentação do estudo de forma online nas redes sociais (*WhatsApp*®), por *e-mail* e/ou presencialmente e um link que foi disponibilizado a eles. Aqueles que aceitaram participar voluntariamente e estiverem em concordância com o termo de consentimento livre e esclarecido (primeiro item para concordar ou discordar) foram direcionado à próxima página para responder os questionários citados acima e contidos em anexos.

5.6. Itens éticos

5.6.1. Critérios de inclusão e exclusão dos participantes da pesquisa

Os critérios de inclusão foram: idade de 18 a 50 anos, ser do sexo feminino e do município de Lavras. Os critérios de exclusão eram os participantes que não preenchiam totalmente ou de forma adequada os questionários da pesquisa.

5.6.2. Análise crítica de riscos e benefícios

Para as que responderam, o benefício foi o conhecimento da referida lei para propagação a outras mulheres, acerca dos direitos que devem ser respeitados para evitar as violências obstétricas. Também para si mesma em caso de nova gestação. Além disso, o estudo não apresentou nenhum tipo de risco. Pode ter ocorrido durante as avaliações algum constrangimento psicológico, devido a algumas perguntas que compõem os questionários, mas para amenizar este tipo de constrangimento, a pesquisa será realizada de forma individual e restrita ao próprio respondente (em qualquer local pelo celular ou computador) e contará com o anonimato. Ainda assim, o voluntário poderá interromper o preenchimento a qualquer momento, se assim desejar.

5.6.3. Privacidade e confidencialidade dos dados

Somente o pesquisador do estudo tem acesso às informações, sendo os dados confidenciais e sigilosos. Os participantes da pesquisa não serão identificados em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados em qualquer forma.

5.6.4. Critérios para suspender ou encerrar a pesquisa

O desenvolvimento desse projeto foi feito através de questionários que foram monitorados pelo autor principal, evitando riscos para os participantes da pesquisa. A pesquisa poderia ser encerrada caso o voluntário desistisse de participar e/ou não tenha o número suficiente para a amostra.

5.6.5. Análise Estatística

A análise estatística foi realizada no *software R Project*, versão 4.4.0. A análise descritiva apresenta a frequência absoluta e relativa. Foi construído um modelo de regressão de Poisson multivariado, incluindo aquelas variáveis que foram significativas na análise univariada, com o método *stepwise forward*, para avaliar a associação entre as variáveis independentes e o desfecho (pontuação do

conhecimento da mulher sobre a LEI). O nível de significância utilizado foi de 0,5. Não houve interação entre as variáveis incluídas no modelo. Não houve sobredispersão do modelo.

Os OR (*Odds Ratio* – Razão de chances) brutos são os resultados da análise univariada. Os OR ajustados, são o resultado do modelo final (multivariado).

6. RESULTADOS

No nosso estudo foram avaliadas 395 mulheres de idade entre 18-50 anos, a partir de um questionário com perguntas sociodemográficas e conhecimento da determinada lei. A idade de 40-50 anos, casadas e com filhos tiveram 71%, 63% e 73%, respectivamente. Além disso, a maioria apresentou mais de 3 filhos com 48%, ensino fundamental incompleto (46%), entre 4 a 7 membros na família (61%) e entre as mulheres que tiveram filho 71% utilizou do serviço público (Tabela 1).

A tabela 2 demonstra uma análise descritiva do conhecimento da lei número 11.108, sendo que a comunicação do hospital sobre os critérios da lei não foram informados para 98% das mulheres que tiveram filhos. Além disso, 74% desconheciam a lei e 29% apenas sabiam sobre a permissão de um acompanhante pré, pós e durante o parto, e de sua escolha.

Encontramos que as mulheres com idade entre 30 a 40 anos tem 67% menos chances de ter conhecimento sobre a lei mencionada, comparado com as mulheres de 20 a 30 anos. As mulheres de 40 a 50 anos de idade tem 88% menos chances de ter conhecimento da lei do que as mulheres de 20 a 30 anos. As mulheres que moram com 4 a 7 pessoas na casa, tem 2,5 vezes mais chances de ter conhecimento da lei do que as mulheres que compartilham a casa com 1 a 3 pessoas. As que moravam em casa própria tem 2,91 vezes mais chances de ter conhecimento da lei do que as mulheres que moram em casa alugada (Tabela 3).

Não houve associação significativa entre a variável “renda mensal” e o desfecho, mas as estimativas pontuais sugerem que o aumento na renda mensal, pode aumentar as chances das mulheres terem conhecimento sobre a lei mencionada.

Tabela 1 – Características sociodemográficas das participantes (N = 395)

| Variável | Categoria | n (%) |
|-------------------------------|---------------------------|--------------|
| Faixa etária | 20 a 30 anos | 109 (28%) |
| | 30 a 40 anos | 6 (1,5%) |
| | 40 a 50 anos | 280 (71%) |
| Estado civil | Casada | 247 (63%) |
| | Solteira | 147 (37%) |
| | Viúva | 1 (0,3%) |
| Possui filhos | Sim | 288 (73%) |
| Número de filhos | 0 | 107 (27%) |
| | 1 a 2 filhos | 59 (15%) |
| | 3 a 4 filhos | 39 (9,9%) |
| | Mais de 3 filhos | 190 (48%) |
| Escolaridade | Fundamental incompleto | 182 (46%) |
| | Médio incompleto | 98 (25%) |
| | Superior incompleto | 108 (27%) |
| | Superior completo | 7 (1,8%) |
| Pessoas na moradia | 1 a 3 pessoas | 153 (39%) |
| | 4 a 7 pessoas | 242 (61%) |
| Tipo de moradia | Alugada | 74 (19%) |
| | Própria | 321 (81%) |
| Renda mensal | Até 1 salário mínimo | 2 (0,5%) |
| | De 1 a 3 salários mínimos | 392 (99%) |
| | De 3 a 6 salários mínimos | 1 (0,3%) |
| Trabalha atualmente | Sim | 289 (73%) |
| | Não | 106 (27%) |
| Tipo de trabalho atual | No lar | 101 (26%) |
| | Doméstico (em outra casa) | 7 (1,8%) |
| | Comércio | 175 (44%) |

| Variável | Categoria | n (%) |
|-------------------------------------|---------------------|-----------|
| Idade ao iniciar trabalho | Funcionária pública | 6 (1,5%) |
| | Entre 17 e 18 anos | 188 (48%) |
| | Após os 18 anos | 101 (26%) |
| | Não trabalha | 106 (27%) |
| Plano de saúde durante parto | Público (SUS) | 282 (71%) |
| | Particular | 7 (1,8%) |
| | Não teve filhos | 106 (27%) |

Legenda: Distribuição das participantes segundo variáveis sociodemográficas e relacionadas ao trabalho e saúde.

Tabela 2 – Conhecimento sobre a Lei do Acompanhante e direitos relacionados (N = 395)

| Variável | Sim n (%) | Não n (%) |
|--|-----------|-------------|
| Foi informada sobre a Lei no hospital | 7 (1,8%) | 388 (98,2%) |
| Conhece a Lei do Acompanhante | 101 (26%) | 294 (74%) |
| Conhece o direito ao acompanhante no pré-parto | 113 (29%) | 282 (71%) |
| Conhece o direito ao acompanhante no parto | 113 (29%) | 282 (71%) |
| Conhece o direito ao acompanhante no pós-parto | 114 (29%) | 282 (71%) |
| Conhece o direito de escolher o acompanhante | 114 (29%) | 282 (71%) |

Legenda: Frequência de respostas das participantes sobre o conhecimento dos seus direitos em relação ao acompanhante durante o parto.

Tabela 3 – Associação entre variáveis e conhecimento da Lei do Acompanhante (N = 395)

| Variável | OR Bruto | IC 95% | p-valor | OR Ajustado | IC 95% | p-valor |
|---------------------|----------|-------------|---------|-------------|-------------|---------|
| Faixa etária | | | | | | |
| 30 a 40 anos | 0,29 | 0,10 – 0,62 | 0,005 | 0,33 | 0,10 – 0,92 | 0,044 |

| Variável | OR Bruto | IC 95% | p-valor | OR Ajustado | IC 95% | p-valor |
|---------------------------|----------|-------------|---------|-------------|-------------|---------|
| 40 a 50 anos | 0,24 | 0,20 – 0,29 | <0,001 | 0,12 | 0,08 – 0,19 | <0,001 |
| Pessoas na moradia | | | | | | |
| 4 a 7 pessoas | 0,40 | 0,34 – 0,48 | <0,001 | 2,55 | 1,65 – 3,96 | <0,001 |
| Tipo de moradia | | | | | | |
| Própria | 4,77 | 3,25 – 7,39 | <0,001 | 2,91 | 1,87 – 4,80 | <0,001 |
| Renda mensal | | | | | | |
| 1–3 salários | 2,64 | 0,60 – 46,3 | 0,300 | 1,26 | 0,28 – 22,1 | 0,800 |
| 3–6 salários | 6,00 | 0,77 – 121 | 0,120 | 4,18 | 0,53 – 84,6 | 0,200 |

Legenda: Resultados da regressão logística bruta e ajustada para associação entre variáveis sociodemográficas e o conhecimento da Lei do Acompanhante. OR: razão de chances; IC: intervalo de confiança.

7. DISCUSSÃO

A Lei nº 11.108/2005, conhecida como “Lei do Acompanhante”, representa um marco na política de humanização do parto no Brasil ao garantir às gestantes o direito de estar acompanhadas por uma pessoa de sua escolha durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. No entanto, os resultados encontrados neste trabalho confirmam o que diversos estudos já apontaram: a implementação efetiva dessa lei é profundamente desigual e atravessada por fatores socioeconômicos.

Este estudo demonstrou que 294 mulheres (74%) desconheciam a lei, 388 (7%) não foram informadas pelo hospital, e 71% não sabiam sobre a permissão de um acompanhante pré, pós e durante o parto, e de sua escolha. Assim como, em um estudo de Frutuoso e Brüggemann (2013), realizado em uma maternidade pública de Santa Catarina, que observou que os acompanhantes também apresentavam pouco conhecimento sobre a Lei 11.108/2005. Apesar disso, consideraram positiva a experiência de acompanhar o parto, avaliando como satisfatória a atenção prestada à mulher e desenvolvendo ações de apoio físico e emocional durante o processo.

Estes achados demonstraram que 46% das mulheres possuíam ensino fundamental incompleto, o que as classifica como de baixa renda no status socioeconômico. De forma semelhante, Teixeira (2015) analisou o impacto da

escolaridade na pobreza e na desigualdade de renda no Brasil entre 1993 e 2011, utilizando modelos de decomposição microeconômica com simulações. Os resultados indicaram que a educação foi responsável por 34% da redução da proporção de pessoas com *status* socioeconômico baixo e 13% da diminuição de um índice (Índice Gini) que mede a desigualdade de renda, variando de 0 (igualdade total) a 1 (desigualdade máxima) no período analisado, evidenciando a forte correlação entre baixos níveis educacionais e menores rendimentos.

Também, o estudo demonstrou que 81% das mulheres possuem casa própria, o que implica em fatores socioeconômicos mais elevados e o inverso com fatores mais baixos. Este achado dialoga com as discussões apresentadas por GUERREIRO (2020) que demonstra que uma pessoa que vive em casa de aluguel possui insegurança habitacional. Essa perspectiva reforça que a posse de um imóvel é um indicador de maior estabilidade e segurança socioeconômica, contrastando com as vulnerabilidades e a precariedade frequentemente associadas à dependência de moradia alugada. Assim, neste estudo mulheres que moravam em casa própria tiveram 2,91 vezes mais chances de ter conhecimento da lei do que as mulheres que moravam em casa alugada (OR: IC 95%; 1,87-4,80), e que o aumento na renda mensal de 1 a 3 salários (IC 95%: 1.26; 0.28-22.1) e de 3 a 6 (IC 95%: 4,18; 0.53-84.6), pode aumentar as chances das mulheres terem conhecimento sobre a lei mencionada.

Entre as mulheres que tiveram filho 71% utilizou do serviço público. Um estudo de Leite *et al.* (2024) concluiu que o atendimento exclusivo pelo SUS mostrou associação estatisticamente significativa (OR: 1,98; IC 95%: 1,52–3,41), indicando que a condição socioeconômica continua sendo um fator de risco relevante para experiências negativas durante o parto, como a violência obstétrica. Um estudo qualitativo de Carvalho *et al.* (2014) identificou que adolescentes parturientes e seus acompanhantes com condições socioeconômicas baixas, atendidos em hospital público, demonstravam desconhecimento expressivo sobre seus direitos no parto, especialmente aquelas em situação de maior vulnerabilidade social. Dos participantes, 70% desconheciam o direito à presença de um acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, conforme garantido pela Lei nº 11.108/2005. Além disso, 60% relataram não ter recebido informações adequadas sobre os procedimentos realizados durante o parto.

O estudo revelou que 46% das mulheres possuíam o ensino fundamental

incompleto, o que reforça a associação entre baixa escolaridade e situação socioeconômica vulnerável. Isso é evidenciado por pesquisas como a de Pinto e Tenório (2014), que mostraram que 66,9% dos estudantes do ensino médio integrado eram provenientes de escolas públicas, 70,3% pertenciam à classe média e 94,8% tinham entre 14 e 16 anos, indicando a predominância de jovens em situação socioeconômica intermediária a baixa, o que impacta diretamente seu desempenho acadêmico e reflete o vínculo entre contexto socioeconômico e nível educacional.

Outro estudo evidencia que adolescentes grávidas de classes econômicas mais baixas, com menor escolaridade e múltiparas estão mais vulneráveis às desigualdades no momento do parto. Um total de 3.317 puérperas adolescentes foram entrevistadas, das quais 84,4% receberam cuidado inadequado durante o pré-natal. Segundo Almeida *et al.* (2019), apenas cerca de 1.452 adolescentes (43,7%) relataram ter recebido orientações sobre os sinais do início do trabalho de parto. Entre as adolescentes de cor da pele preta, essa proporção foi ainda menor, aproximadamente 1.180 adolescentes (35,6%). Esses dados evidenciam a vulnerabilidade dessas jovens no acesso a um parto humanizado e no respeito aos seus direitos reprodutivos.

Ainda, considerando a escolaridade, um estudo de Silva (2023), identificou que a escolaridade inferior a oito anos esteve associada à exposição à violência obstétrica, com odds ratio (OR) de 2,45 (IC 95%: 1,87–4,80), evidenciando que mulheres com menor nível educacional têm mais que o dobro de probabilidade de vivenciar essas violações e por desconhecimento.

Outras pesquisas também corroboram essa relação entre vulnerabilidade social e exclusão do direito ao acompanhante. Em um estudo nacional de base populacional intitulado *Nascer no Brasil*, analisou dados de 23.894 mulheres em 266 hospitais brasileiros com 500 ou mais partos anuais. A pesquisa revelou que 24,4% das mulheres não tiveram acompanhante durante o trabalho de parto, 34,8% estiveram sozinhas no momento do parto e 45,2% no pós-parto imediato. A ausência do acompanhante mostrou-se mais prevalente entre mulheres negras, com baixa escolaridade e residentes nas regiões Norte e Nordeste. Especificamente, 41% das mulheres com até sete anos de estudo relataram ausência de acompanhante no parto, em comparação a 25% entre aquelas com nível superior.

Nosso estudo apresentou que a renda mensal direta (número de salários mínimos) não teve relação com o conhecimento da referida lei e consequente

presença de um acompanhante durante os momentos do parto. Um estudo de Deeke *et al.* (2009) demonstrou que, mesmo entre mulheres em situação de vulnerabilidade social, não havia, necessariamente, uma maior compreensão sobre seus direitos ou rompimento da dinâmica de agressões, sugerindo que fatores como renda mensal, isoladamente, não garantem maior acesso à informação ou empoderamento legal.

É válido ressaltar que os achados encontrados na literatura não relacionam diretamente com o conhecimento das mulheres na lei nacional referida, sobre as condições do parto, ou até mesmo internacionalmente. Porém, muitos destacam a boa experiência de um acompanhante neste momento. Assim, como em um estudo de Monguilhott *et al.* (2018), que observou que, mesmo após ajustes para variáveis como idade, escolaridade e fonte de pagamento do parto, a presença do acompanhante esteve associada à adoção de boas práticas obstétricas, independentemente do nível socioeconômico das parturientes. O estudo mostrou, por exemplo, que a maioria das mulheres teve acompanhante durante o trabalho de parto (51,7%), mas apenas 39,4% durante o parto e 34,8% na cesariana. A presença do acompanhante também esteve relacionada ao maior uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor, à adoção de posições não tradicionais no momento do parto, ao contato pele a pele após o nascimento e à redução de intervenções como a manobra de Kristeller, tricotomia e enema

Estudos posteriores, como o de Bohren *et al.* (2017), apontam que o apoio contínuo durante o trabalho de parto pode aumentar em até 25% a chance de uma experiência positiva e reduzir em cerca de 27% a insatisfação materna. Além disso, mulheres envolvidas nas decisões relacionadas ao parto têm níveis significativamente maiores de satisfação, evidenciando a importância do protagonismo feminino nesse momento.

Essa diversidade de resultados evidencia a complexidade do tema e a necessidade de considerar múltiplos fatores que podem influenciar o acesso ao acompanhante durante o parto, incluindo o conhecimento das mulheres. Enquanto alguns estudos apontam para desigualdades socioeconômicas como determinantes desse acesso, outros destacam a importância de fatores institucionais e regionais. Portanto, é fundamental que futuras pesquisas continuem investigando essas variáveis para promover uma compreensão mais abrangente e embasada do assunto.

8. PONTOS POSITIVOS E LIMITAÇÕES DO ESTUDO

O trabalho consiste no primeiro estudo a avaliar a referida lei e suas associações com o poder socioeconômico no Brasil, o que o torna como inovação e fonte de muitas descobertas futuras acerca do tema. É importante ressaltar todos os tipos de violência obstétrica no país, incluindo abusos físicos e sexuais, divulgados na mídia. Se esta lei for proferida da maneira adequada às parturientes e aos parceiros, muitos deles podem ser evitados e a saúde pública necessita saber sobre os casos e tomar medidas e criar projetos para minimização, de acordo com os achados.

Um dos pontos limitantes deste estudo foi a ausência de perguntas relacionadas à ocorrência de negligência no parto, mas apenas o conhecimento delas à referida lei. A inclusão desse aspecto poderia ter permitido uma análise mais aprofundada sobre a relação entre experiências negativas no ambiente obstétrico e o nível de conhecimento das mulheres sobre seus direitos, especialmente em relação à presença de um acompanhante durante o parto.

Além disso, embora o questionário tenha abordado diferentes variáveis sociodemográficas que se relaciona com o poder socioeconômico, como tipo de moradia, acesso a planos de saúde e escolaridade, a análise estatística focou apenas na associação entre o conhecimento da Lei nº 11.108/2005 e a renda mensal pura. Isso impediu uma visão mais abrangente sobre como outros fatores do contexto socioeconômico poderiam influenciar o acesso à informação e à garantia de direitos. Essa limitação será revista em futuras etapas da pesquisa, especialmente com vistas à submissão para publicação científica, buscando uma análise mais robusta e integrada entre as diversas variáveis sociodemográficas e o nível de conhecimento da população estudada.

9. CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo evidenciam que, apesar da existência da Lei nº 11.108/2005, o direito ao acompanhante durante o parto ainda não é plenamente conhecido e garantido a todas as mulheres. E que fatores socioeconômicos como tipo de moradia influenciam diretamente no conhecimento da referida lei.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, Janaína Marques de; D'OLIVEIRA, A. F. P. L. **Violência institucional em maternidades públicas**: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2010.
- ALMEIDA, André Henrique do Vale de *et al.* **Desigualdades econômicas e raciais na assistência pré-natal de grávidas adolescentes**, Brasil, 2011-2012. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, v. 19, p. 43-52, 2019.
- ANDRADE, Briena Padilha; AGGIO, Cristiane de Melo. **Violência obstétrica**: a dor que cala. Anais do III Simpósio Gênero e Políticas Públicas, v. 27, p. 1-7, 2014.
- BALDISSEROTTO, Marcia Leonardi; THEME FILHA, Mariza Miranda; DA GAMA, Silvana Granado Nogueira. **Boas práticas segundo a recomendação da OMS para o parto e nascimento normais e avaliação da assistência recebida pelas mulheres**: a pesquisa nacional “nascer no Brasil”, 2011/2012. Saúde reprodutiva, v. 13, p. 199-206, 2016.
- BELÉM, Jameson Moreira *et al.* **Divinization, pilgrimage, and social inequality**: experiences of women in the access to obstetric assistance. Revista Brasileira De Saúde Materno Infantil, v. 21, n. 1, p. 327-334, 2021.
- BOHREN, Meghan A. *et al.* **Continuous support for women during childbirth**. Cochrane database of systematic reviews, n. 7, 2017.
- BRÜGGEMANN, Odaléa Maria; PARPINELLI, Mary Angela; OSIS, Maria José Duarte. **Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto**: uma revisão da literatura. Cadernos de Saúde Pública, v. 21, p. 1316-1327, 2005.
- BRÜGGEMANN, Odaléa Maria *et al.* **A inserção do acompanhante de parto nos serviços públicos de saúde de Santa Catarina, Brasil**. Escola Anna Nery, v. 17, p. 432-438, 2013.
- COELHO, Edméia de Almeida Cardoso *et al.* **Integralidade do cuidado à saúde da mulher**: limites da prática profissional. Escola Anna Nery, v. 13, p. 154-160, 2009.
- DAVIS, N. A. *et al.* **Expectativas de gestantes sobre o parto e suas percepções acerca da preparação para o parto**. Temas em psicologia, v.24, n.2, p.1413- 389, 2016.
- DEEKE, Leila Platt *et al.* **A dinâmica da violência doméstica**: uma análise a partir dos discursos da mulher agredida e de seu parceiro. Saúde e sociedade, v. 18, p. 248-258, 2009

DE JESUS OLIVEIRA, Anna Clara *et al.* **Saúde reprodutiva feminina no Brasil durante a pandemia da Covid-19: fecundidade, contracepção e pré-natal: uma revisão narrativa.** Revista Eletrônica Acervo Saúde, v. 15, n. 3, p. e9684-e9684, 2022.

DIAS. M. A. B. *et al.* **Expectativas sobre a assistência ao parto de mulheres usuárias de uma maternidade pública do Rio de Janeiro, Brasil: os desafios de uma política pública de humanização da assistência.** Cad. Saúde Pública, v.22, n.12, p. 2647-2655, 2006.

FRUTUOSO. L. D. *et al.* **Conhecimento sobre a lei 11.108/2005 E a experiência dos acompanhantes junto à mulher no centro obstétrico.** Enferm. Florianópolis, v.22, n.4, p.909-17, 2013.

GOMES, Iris Elizabete Messa *et al.* **Benefícios da presença do acompanhante no processo de parto e nascimento: revisão integrativa.** Rev Enferm da UFSM, v. 9, p. 61, 2019.

GUERREIRO, Isadora de Andrade. **O aluguel como gestão da insegurança habitacional: possibilidades de securitização do direito à moradia.** Cadernos Metrópole, v. 22, p. 729-756, 2020.

HODNETT, Dorothy M.; GATES, Susan; HOFMEYR, G. Justus; SAKALA, Carolyn. **Continuous support for women during childbirth.** Cochrane Database of Systematic Reviews, [S.l.], n. 3, CD003766, 2002.

HODNETT, Ellen D. **Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review.** American Journal of Obstetrics and Gynecology, v. 186, n. 5, p. S160–S172, 2002. DOI: 10.1067/mob.2002.121141. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12011880/>. Acesso em: 25 maio 2025

HOGA. L. A. K. *et al.* **Ao parto com a presença do acompanhante: Experiências de assistência profissionais.** Investir.Educ.enferm, v.25, n.1, 2007.

LANSKY. S. *et al.* **Violência obstétrica: Influência da Exposição Sentidos do Nascer na vivência das gestantes.** Ciên. Saúde Coletiva, v.24, n.8, p.2811- 2823, 2019.

LEITE, Tatiana Henriques *et al.* **Epidemiology of obstetric violence: a narrative review of the Brazilian context.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 29, p. e12222023, 2024.

MACHADO, Alice da Silva Torres *et al.* **Adequação das práticas de distribuição de insumos do planejamento familiar no município de Maceió-Al.** Caderno de Graduação-Ciências Biológicas e da Saúde-UNIT-ALAGOAS, v. 1, n. 3, p. 101-110, 2013.

MIRANDA. A. E. *et al.* **Saúde sexual e reprodutiva em penitenciária feminina**, Espírito Santo, Brasil. Rev. Saúde Pública, v.38, n.2, p.255-60, 2004.

MONGUILHOTT, J. J. da C., Brüggemann, O. M., Freitas, P. F., & d'Orsi, E. (2018). **Nascer no Brasil**: a presença do acompanhante favorece a aplicação das boas práticas na atenção ao parto na região Sul. Revista de Saúde Pública, 52, 100.

MOURA. E. R. F *et al.* **Pre natal healthcare communication and information**, Interface - Comunic, Saúde, Educ, v.7, n.13, p.109-18, 2003.

RATTNER. D. *et al.* **Humanização na atenção a nascimentos e partos**: ponderações sobre políticas públicas. Botucatu, v.13, n.1, p.759-68, 2009.

SANTANA. T. D. B *et al.* **Avanços e desafios da concretização da política nacional da saúde da mulher**: uma revisão de literatura. Rev. Aten. Saúde São Caetano do Sul, v.17, n.61, p.135-141, 2019.

SANTOS, Lorena Karol Ramos dos; OLIVEIRA, Fernanda de; BASTOS, João Luiz. **Iniquidades na assistência pré-natal no Brasil**: uma análise interseccional. Physis: Revista de Saúde Coletiva, v. 34, p. e34004, 2024.

SILVA, Adrielle Laís Firmino da. **Prevalência e fatores associados à violência obstétrica**: uma revisão de escopo. 2023.

SILVA. M. N. J. *et al.* **Ansiedade na gravidez**: Prevalência e fatores associados. Rev.Esc.Enferm, v.51, n.03253, 2017.

TELO. S. V. *et al.* **Saúde sexual e reprodutiva**: competências da equipe na Atenção Primária à saúde. Ciência saúde Coletiva, v.23, n.11, 2018.

TOMASI. Y. T. *et al.* **Do pré-natal ao parto**: um estudo transversal sobre a influência do acompanhante nas boas práticas obstétricas no Sistema Único de Saúde em Santa Catarina. Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Florianópolis, SC, Brasil, v.30, n.1, 2021.

ZARNADO. GL. P. *et al.* **Violência obstétrica no Brasil**: Uma revisão de narrativa. Psicologia Social, v.29, n.155043, 2017.

ANEXO 1: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

Título do estudo: Nível de conhecimento das mulheres sobre a Lei nº11.108 de 2005 e sua relação aos aspectos socioeconômicos.

Instituição/Departamento: UNILAVRAS.

Local de coleta de dados: por plataforma digital via *google forms*, pelo computador ou celular da respondente do município de Lavras.

Prezado (a) Senhor (a):

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa de forma totalmente voluntária. Antes de concordar em participar desta pesquisa, é muito importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento. Os pesquisadores deverão responder todas as suas dúvidas antes que você decida a participar. Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. você tem direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade e sem perder os benefícios aos quais tenha direito, não acarretando qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pelo pesquisador. Assim que você concluir a participação, receberá uma cartilha completa com informações valiosas sobre o assunto abordado.

Objetivo do estudo: Será avaliado o nível de conhecimento das mulheres sobre a lei que em 2005 foi criada nº 11.108 que alterou o artigo 19J da Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que ordena ao SUS (Sistema Único de Saúde), permitir junto à parturiente, um acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto, e pós-parto imediato (BRASIL.,2005). Assim, todas terão acesso a essa informação, evitando algum desconforto nesta etapa.

Procedimentos: O contato com os participantes ocorrerá pela apresentação do estudo de forma online nas redes sociais como o *whatsapp*, por e-mail e/ou presencialmente, e um link será enviado/disponibilizado a eles. Ao clicar no link, o primeiro item em que as respondentes terão acesso é com o termo de compromisso livre e esclarecido e um marcador para discordar e concordar. Aqueles que aceitarem participar voluntariamente e estiverem em concordância com o termo de consentimento livre e esclarecido serão direcionados à próxima página para responder

os questionários citados acima e contidos em anexos. Os pesquisadores ressaltam que nenhum procedimento metodológico específico e/ou objetivos da pesquisa sofreram quaisquer alterações. Colocamo-nos à disposição para maiores esclarecimentos e eventuais necessidades de correção.

Riscos: o estudo não apresentará nenhum tipo de risco. Pode haver durante as avaliações algum constrangimento psicológico, devido a algumas perguntas que compõem os questionários, mas para amenizar este tipo de constrangimento, a pesquisa será realizada de forma individual e restrita ao próprio respondente (em qualquer local pelo celular ou computador) e contará com o anonimato. Ainda assim, o voluntário poderá interromper o preenchimento a qualquer momento, se assim desejar.

Sigilo: Todas as informações coletadas serão de uso exclusivo da pesquisadora, mantendo toda a privacidade, os sujeitos da pesquisa não serão identificados em nenhum momento, nem mesmo quando os resultados da pesquisa forem divulgados.

Eu _____ nome do(a) voluntário (a), declaro que li o esclarecimento acima, com atenção, e compreendi o objetivo da pesquisa e como ela será realizada. A explicação que recebi me deixa ciente de que não sofrerei nenhum dano de ordem moral, física, mental ou qualquer prejuízo financeiro para mim. Sou livre para deixar de participar a qualquer momento, sem a necessidade de justificar a minha decisão. Compreendo que meu nome não será divulgado e não serei remunerado(a) por minha participação. Estou ciente de que os resultados deste estudo podem ser utilizados em publicações e apresentações em eventos científicos, mantendo-se total sigilo das informações coletadas e meu anonimato.

Deste modo, eu concordo em participar desta pesquisa:

_____ de _____ 2023.

Afirmo que ficaram claros para mim quais são os propósitos do projeto, os procedimentos a serem realizados, seus riscos e benefícios, a garantia de confidencialidade e privacidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro

também que esta participação é isenta de despesas.

Sem mais para o momento, estando consciente e encontrando-me em acordo com tal, concordo com o presente termo.

Certidão de Pessoa Física (CPF): _____

Nome do aluno pesquisador:

Telefone de contato do pesquisador:

E-mail para contato do pesquisador:

Nome da Orientadora:

E-mail para contato da orientadora:

Instituição responsável: Centro Universitário de Lavras (UNILAVRAS)

Em caso de dúvida com relação à este documento, ou os aspectos éticos dessa pesquisa, você poderá entrar em contato à qualquer momento com a pesquisadora e orientadora, ou o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (CEP) do Centro Universitário de Lavras (UNILAVRAS) – 35 3826-4158/ cep@unilavras.edu.br. Endereço: Rua Padre José Poggel, 506/ Bairro – Centenário/Lavras -MG/ Cep 37200-000.

ANEXO 2: Questionário socioeconômico

1. Nome completo:

2. Qual sua idade?

- (A) Menos de 20 anos
- (B) De 20 a 30 anos
- (C) De 30 a 40 anos
- (D) De 40 a 50 anos

3. Qual seu estado civil ?

- (A) Solteira
- (B) Casada
- (C) Viúva
- (D) Mora com o parceiro (a)

4. Possui filhos?

- (A) Não possui filhos
- (B) Possui filhos

5. Se sim, quantos filhos?

- (A) 1 – 2
- (B) 2 – 3
- (C) Mais que 3.
- (D) Não possui filhos.

6. Qual seu nível de escolaridade?

- (A) Sem escolaridade
- (B) Ensino Fundamental (1º GRAU) incompleto
- (C) Ensino Fundamental (1º GRAU) completo
- (D) Ensino Médio (2º GRAU) Incompleto
- (E) Ensino Médio (2º GRAU) Completo
- (F) Superior incompleto
- (G) Superior Completo

(H) Mestrado ou Doutorado

7. Quantas pessoas moram com você? (incluindo filhos, irmãos, parentes e amigos
(Marque apenas uma resposta)

(A) Moro sozinho

(B) Uma a três

(C) Quatro a sete

(D) Oito a dez

(E) Mais de dez

8. A casa onde você mora é? (Marque apenas uma resposta)

(A) Própria

(B) Alugada

(C) Cedida

9. Qual a sua renda mensal ou do gestor da família, aproximadamente? (Marque apenas uma resposta)

(A) Nenhuma renda.

(B) Até 1 salário mínimo.

(C) De 1 a 3 salários mínimos.

(D) De 3 a 6 salários mínimos.

(E) De 6 a 9 salários mínimos.

(F) De 9 a 12 salários mínimos.

(G) De 12 a 15 salários mínimos.

(H) Mais de 15 salários mínimos.

10. Você trabalha ou já trabalhou? (Marque apenas uma resposta)

(A) Sim

(B) Não

11. Em que você trabalha atualmente? (Marque apenas uma resposta)

(A) Na agricultura, no campo, na fazenda ou na pesca.

(B) Na indústria.

(C) Na construção civil.

- (D) No comércio, banco, transporte, hotelaria ou outros serviços.
- (E) Como funcionário(a) do governo federal, estadual ou municipal.
- (F) Como profissional liberal, professora ou técnica de nível superior.
- (G) Trabalho fora de casa em atividades informais (pintor, eletricista, encanador, feirante, ambulante, guardador/a de carros, catador/a de lixo).
- (H) Trabalho em minha casa informalmente (costura, aulas particulares, cozinha, artesanato, carpintaria etc.).
- (I) Faço trabalho doméstico em casa de outras pessoas (cozinheiro/a, mordomo/governanta, jardineiro, babá, lavadeira, faxineiro/a, acompanhante de idosos/as etc.).
- (J) No lar (sem remuneração).
- (K) Outro.
- (L) Não trabalho.

12. Com que idade você começou a trabalhar? (Marque apenas uma resposta)

- (A) Antes dos 14 anos.
- (B) Entre 14 e 16 anos.
- (C) Entre 17 e 18 anos.
- (D) Após 18 anos.

Fonte: Elaborado pela autora.

ANEXO 3: Questionário sobre o conhecimento da lei

Sobre a lei nº 11.108 de 2005 que ordena ao SUS (Sistema Único de Saúde) questões relacionadas a um acompanhante nos momentos do parto (BRASIL.,2005).

1. Você tem conhecimento da lei mencionada acima?
 - (A) Sim
 - (B) Não
 - (C) Não tinha conhecimento que existia uma lei mas, já tinha ouvido falar que poderia ter um acompanhante.

2. O hospital te comunicou a respeito desta lei?
 - (A) Sim
 - (B) Não

3. Você tem conhecimento que durante sua fase de pré parto você tem direito a um acompanhante no pré parto?
 - (A) Sim
 - (B) Não

4. Você tem conhecimento que durante sua fase de parto você tem direito a um acompanhante no parto?
 - (A) Sim
 - (B) Não

5. Você tem conhecimento que durante sua fase pós- parto você tem direito a um acompanhante no pré parto?
 - (A) Sim
 - (B) Não

6. Você tem conhecimento que é de sua escolha, de acordo com a lei, a escolha do acompanhante em todos estes momentos citados acima?
 - (A) Sim
 - (B) Não

7. Se já teve filhos, qual plano você utilizou?

(A) Público (SUS).

(B) Particular (Convênios).

(C) Não tive filhos.

Fonte: Elaborado pela autora