

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LUIZA VEISS DANTAS PINTO

PLANO DE PARTO NA ATENÇÃO OBSTÉTRICA: POTENCIALIDADES E DESAFIOS
DESTA FERRAMENTA NA ÓTICA DE PUÉRPERAS

Porto Alegre
2020

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LUIZA VEISS DANTAS PINTO

PLANO DE PARTO NA ATENÇÃO OBSTÉTRICA: POTENCIALIDADES E DESAFIOS
DESTA FERRAMENTA NA ÓTICA DE PUÉRPERAS

Trabalho de Conclusão realizado como
avaliação da atividade de ensino da disciplina
Trabalho de Conclusão de Curso II -
Enfermagem, do curso de Enfermagem da
Universidade Federal do Rio Grande do Sul,
orientado pela Prof.^a Dr.^a Helga Geremias
Gouveia.

Porto Alegre
2020

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me providenciar a família que tenho e por ser minha fortaleza em momentos difíceis.

Aos meus pais, Luis Alberto e Nisete, que sempre me apoiaram e incentivaram nos estudos e me proporcionaram todo bem-estar físico e emocional para que essa etapa na vida seja concluída, além de todo amor e dedicação ao longo da vida. Gratidão por tudo! Todas as minhas conquistas são para vê-los felizes!

Aos meus amigos que conquistei ao longo desses anos na faculdade e que sempre me incentivaram, apoiaram e tornaram essa etapa mais leve. Obrigada por todos os momentos vivenciados dentro e fora da sala de aula!

Aos mestres que transmitiram seus conhecimentos e que levarei um pouco de cada para minha prática profissional. Gratidão por todo ensinamento!

À professora doutora Letícia Becker Oliveira que confiou em mim esse trabalho e pelo exemplo profissional de enfermeira e professora. Gratidão pela confiança!

À professora doutora Helga Geremias Gouveia pela paciência em me orientar nesse projeto com peso tão relevante. Obrigada!

Ao professor Doutor Sondre Scheneck pelo apoio e por aceitar fazer parte da banca desse trabalho para ainda mais, contribuir. Gratidão por todos os ensinamentos!

A Universidade Federal do Rio Grande do Sul, pelo ensino gratuito e de qualidade.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	5
2 OBJETIVOS	8
2.1 Objetivo geral	8
2.2 Objetivo específico	8
3 REVISÃO DE LITERATURA	9
3.1 Cenário obstétrico brasileiro	9
3.1.1 Boas práticas no atendimento ao parto e nascimento	11
3.2 Plano de parto	12
4 METODOLOGIA	14
4.1 Tipo de estudo	14
4.2 Campo de estudo	14
4.3 População e amostra	14
4.4 Coleta de dados	15
4.5 Análise dos dados	15
4.6 Aspectos éticos	16
5 RESULTADOS	18
INTRODUÇÃO	19
MÉTODO	22
RESULTADOS	24
DISCUSSÃO	28
CONCLUSÃO	35
REFERÊNCIA	44
ANEXO A - Modelo de plano de parto*	47
ANEXO B - Roteiro semiestruturado	50
ANEXO C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	52

1 INTRODUÇÃO

A gestação, parto e puerpério constituem uma experiência humana das mais significativas, enriquecedora e com potencial positivo para todos que dela participam dela (BRASIL, 2001). São eventos biopsicossociais que integram a vivência sexual e reprodutiva de homens e mulheres (BRASIL, 2013b). É a experiência genuína da sexualidade, sendo um evento de cunho familiar, social e afetivo da vida de mulheres e homens, fortemente influenciado pela cultura (PASCHE; VILELA; MARTINS, 2010).

Para garantir os direitos das mulheres, recém-nascidos e famílias a um atendimento digno durante o parto, e reduzir a mortalidade materna e neonatal ocasionadas por causas evitáveis, busca-se qualificar a atenção pré-natal.

Desse modo, o cuidado à gestante presume um projeto terapêutico singular construído na Atenção Básica, como propulsor das mudanças de práticas nas maternidades (BRASIL, 2014). O profissional enfermeiro tem o papel de executar este plano singular de cuidados, acompanhando pré-natal de baixo risco na rede básica de saúde, de acordo com a Lei do Exercício Profissional, regulamentada pelo Decreto nº 94.406/87 (BRASIL, 2012).

O enfermeiro pré-natalista realiza ações educativas para as mulheres e suas famílias; solicita exames de rotina e orienta tratamento conforme protocolo do serviço; realiza atividades com grupos de gestantes; realiza visita domiciliar, quando for o caso; fornece o cartão da gestante devidamente atualizado a cada consulta; realiza coleta de exame citopatológico; entre outros (BRASIL, 2006).

A Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1996, desenvolveu uma classificação das práticas comuns na condução do parto normal, orientando para o que deve e o que não deve ser feito no processo do parto. Esta classificação foi baseada em evidências científicas concluídas através de pesquisas feitas no mundo todo. Estas foram divididas em categorias (A, B, C e D), descritas consecutivamente: práticas úteis e que devem ser estimuladas; práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas; práticas sem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela, e; práticas frequentemente usadas de modo inadequado.

Em 2011, o Governo Federal difundiu a Rede Cegonha, visando proporcionar às mulheres saúde, qualidade de vida e bem-estar durante a gestação, parto, pós-parto e o desenvolvimento da criança até os dois primeiros anos de vida (BRASIL, 2013b).

Esta estratégia organiza-se a partir de quatro componentes e cada componente compreende uma série de ações de atenção à saúde. Entre estes componentes, no que diz respeito ao parto e nascimento, busca ações como práticas de atenção à saúde baseada em evidências científicas, nos termos do documento da OMS de 1996.

Na categoria A de recomendações da OMS para boas práticas, o primeiro item diz respeito a um plano individual de parto. Ainda não há uma definição para o que seja Plano de Parto, neste estudo utilizarei a de que um plano de parto é um documento detalhando as preferências e expectativas relacionadas ao parto de uma mulher (ARAGON, 2013).

Após 20 anos das recomendações da OMS, esse plano individual está sendo trabalhado internacionalmente como plano de parto, o qual é entendido como documento utilizado pelas gestantes para manifestar seus direitos e desejos em relação ao momento do parto e nascimento. Constitui-se como uma importante fonte de comunicação, sendo fundamental para integralidade do cuidado em saúde. Acredita-se que esse plano individual possa potencializar a mulher como protagonista de seu parto, possibilita a mulher fazer escolhas, e que estas sejam informadas e respeitadas.

Estudos internacionais evidenciam que o plano de parto pode ser útil como um recurso para melhorar a comunicação dos desejos das mulheres para o parto e nascimento (HIDALGO-LOPEZOSA; RODRÍGUEZ-BORREGO; MUÑOZ-VILLANUEVA, 2013) além de diminuir o risco de uma cesariana desnecessária e lacerações perineais de segundo grau (HADAR et al., 2012).

Como ferramenta, o plano de parto centraliza na mulher o direito à informação e à decisão, tornando-a sujeito participativo de seu próprio parto, assim como os seus familiares. Além disso, o plano de parto não apenas aumenta o nível de satisfação das mulheres, mas também corrobora com a melhora dos resultados maternos e neonatais (MEI et al., 2016). Porém, o plano de parto ainda é um instrumento trazido por demanda de algumas mulheres, tendo expressão através de movimentos em redes sociais, sendo pouco recomendado por documentos oficiais no âmbito da saúde, e conseqüentemente encontra resistência nas instituições de saúde.

Nem todas as mulheres têm conhecimento sobre ele, assim como muitos profissionais. Há uma resistência entre os profissionais sobre o conhecimento e interesse no plano de parto das mulheres. O modelo de assistência ao parto no Brasil ainda considera este como um evento médico e centrado no profissional, ficando retraído o protagonismo da mulher (PASCHE, VILELA, MARTINS, 2010; DIAS, DESLANDES, 2006; SOUZA, PILEGGI-CASTRO, 2014).

Além disso, existem lacunas no conhecimento pela falta de estudos brasileiros que avaliem ou relatem o uso deste instrumento, o que favorece o desconhecimento sobre tal.

A motivação para este estudo foi o desejo de implementar a prática do plano de parto em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), no município de Porto Alegre, considerando os potenciais benefícios para a mãe e bebê, além de reforçar a importância do profissional enfermeiro na assistência ao pré-natal como disseminador de informação.

Este trabalho se justifica pela necessidade de fornecer informações para que as mulheres, através do conhecimento fornecido e trocado no serviço de pré-natal da atenção primária a saúde, se empoderem. O favorecimento das boas práticas de atenção ao parto e nascimento, promovendo cuidados baseados em evidências científicas é o que se busca, dando assim um sentido mais amplo ao processo de parturição.

Esse trabalho pretende promover conhecimento entre os profissionais sobre o plano de parto, possibilitando aproximação com as boas práticas de atendimento ao parto e nascimento. Para que o plano de parto se torne um hábito dentro das consultas de pré-natal na Atenção Primária no âmbito do Sistema Único de Saúde, é de importância que exista o fortalecimento desse tema. A construção do plano de parto pode estimular o vínculo entre profissional de saúde e gestante, juntamente com sua família, sendo um potencial espaço de cuidado pois é uma ferramenta valiosa no processo de educação em saúde. O problema de pesquisa surgiu do seguinte questionamento: o plano de parto construído pelas mulheres gestantes (e seus familiares) se constitui em um instrumento de comunicação e empoderamento feminino? Além disso, esta ferramenta permite um maior poder de decisão/participação/autonomia das mulheres no processo parturitivo?

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Descrever a percepção das mulheres sobre a utilização do plano de parto.

2.2 Objetivo específico

- a) Descrever as expectativas das mulheres com relação à elaboração do seu plano de parto.
- b) Identificar as estratégias utilizadas pelas usuárias para apresentação e implementação do seu plano de parto junto aos serviços obstétricos.
- c) Descrever as dificuldades encontradas para o uso do plano de parto.
- d) Identificar a atenção às boas práticas durante o parto e nascimento segundo as mulheres do estudo.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Cenário obstétrico brasileiro

Antes do surgimento das ciências médicas, as comunidades criavam seus modos de parir e nascer, como uma experiência de sexualidade, sendo um evento familiar, social e culturais (PASCHE; VILELA; MARTINS, 2010).

Como desenvolvimento industrial, científico e tecnológico e a promessa de controle sobre a natureza, os eventos da vida e de se reduzir riscos, o parto foi levado para o ambiente hospitalar a partir do século 19 (PASCHE; VILELA; MARTINS, 2010).

O parto, que era centrado na mulher, assistido por parteiras, encarado como algo natural e envolvido pelo ambiente familiar sofre mudanças ao ser levado para o meio hospitalar, centrado na tecnologia para controle de riscos, baseado no modelo biomédico. Além disso, sendo a medicina da época exercida por homens, o parto passa a ser um evento centrado no saber masculino das instituições hospitalares e seus agentes.

No Brasil, a primeira política pública de saúde para as mulheres foi implantada em 1984, chamada Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) (BRASIL, 1984). Visava majoritariamente à melhoria da atenção à saúde reprodutiva da mulher, com enfoque multiprofissional e de cuidado integral (ANDREUCCI; CECATTI, 2011). Porém, esta política acabou excluindo as outras particularidades e fenômenos do ser mulher. Com a atenção voltada para problemas de saúde de cunho ginecológico, pré-natal, parto e puerpério a política exibia lacunas no que diz respeito à promoção de saúde e qualidade de vida, além de ignorar questões de gênero e raça.

É indiscutível que a saúde da mulher vai muito além de demandas relacionadas a doenças e ao parir. Entretanto, tendo em vista o enfoque deste estudo – plano de parto, o recorte a ser utilizado será relacionado ao pré-natal na Atenção Básica, ao parto e nascimento, incluindo os sentidos e sensações a eles atribuídos.

Como mencionado anteriormente, o processo de parturição foi transferido do ambiente domiciliar para o hospitalar. No Brasil, o modelo predominante de assistência ao parto é extremamente intervencionista, pois penaliza a mulher e sua família ao priorizar as rotinas institucionais em detrimento da fisiologia e dos aspectos sociais e culturais do evento (SODRÉ et al., 2010).

Retirada do seu papel de protagonista, a mulher se torna frágil, se submetendo cada vez mais a uma tecnologia que a infantiliza, descaracteriza e a violenta (PASCHE; VILELA; MARTINS, 2010). Ampliar o poder de escolha das usuárias não é, entretanto, uma

característica do modelo de atenção medicalizado de nossas maternidades ou serviços de pré-natal (DIAS; DESLANDES, 2006). Pelas mulheres, o parto acaba sendo encarado como momento de medo e incerteza, gerando dúvidas sobre o desejo deste.

Segundo Domingues et al. (2014), a forma de organização da assistência ao parto afeta a preferência inicial das mulheres e a forma como a via de parto é decidida: mulheres do setor privado são levadas a decidir por uma cesariana; mulheres do setor público mantêm preferência mais baixa pela cesariana, mas não são apoiadas na sua opção pelo parto vaginal no final da gestação.

Baseado no medo que as mulheres agora sentem do parto vaginal, surge um boom de cesarianas. Esta cirurgia acaba sendo vendida às mulheres como indolor, ágil e previsível, sendo descaracterizada como cirurgia de alta complexidade que deve ser pautada nas exceções. Tendo em vista a recomendação de até 15% de cesarianas (OMS, 2015), o Brasil é hoje o campeão de cesáreas no mundo, sendo esta responsável por 46% da via de nascimento no setor público, chegando a 88% na saúde suplementar (BRASIL, 2014).

Conforme Souza e Pileggi-Castro (2014), o uso de tecnologias de saúde favorece a redução da morbimortalidade materna, mas a hipermedicalização ou o uso excessivo e desnecessário das tecnologias de saúde na assistência à gestação e ao parto (como é o caso do número exagerado de cesáreas no país) representam também riscos para as mulheres, fetos e recém-nascidos.

Visando prevenir a hipermedicalização do cuidado e evitar intervenções desnecessárias, reduzindo danos, por meio de técnicas e práticas qualificadas e personalizadas de cuidado a prevenção quaternária se insere no contexto da saúde materna e perinatal, sendo indissociável da prática baseada em evidências científicas, da humanização do parto e do combate à violência obstétrica (TESSER, 2012; SOUZA; PILEGGI-CASTRO, 2014).

O paradoxo perinatal brasileiro evidencia que há uma intensa medicalização do parto e nascimento em detrimento a manutenção de taxas elevadas de morbimortalidade materna e perinatal, fortemente relacionadas à baixa qualidade da assistência e utilização de práticas iatrogênicas, que podem repercutir sobre os resultados perinatais e maternos (DINIZ, D'OLIVEIRA, LANSKY, 2012; NACIMENTO et al., 2012).

Para a transformação no cenário atual é fundamental mudanças do modelo de atenção de atenção ao parto e nascimento, com a qualificação da assistência prestada. O Ministério da Saúde, com a iniciativa denominada Rede Cegonha, sugere essa mudança com a proposta de atuação de equipes multiprofissionais, incluindo a enfermagem obstétrica/obstetiz, utilização

de protocolos e monitoramento de indicadores dos serviços com financiamento acoplado ao alcance de metas (BRASIL, 2011).

3.1.1 Boas práticas no atendimento ao parto e nascimento

Segundo Pasche, Vilela, Martins (2010) por volta dos anos 80, a Organização Mundial da Saúde (OMS) juntamente com outras entidades como o Ministério da Saúde, iniciam a revisão das práticas obstétricas e propõem mudanças no modelo de assistência, já apontado pelos movimentos de mulheres e redes de parto humanizado como inadequado às necessidades das mulheres de uma maneira geral. O uso irracional das tecnologias e saberes biomédicos acabam causando mais danos que benefícios, tendo em vista a não redução da mortalidade materna e neonatal ao longo dos anos após a hospitalização do parto (PASCHE; VILELA; MARTINS, 2010). No Brasil, em meados da década de 1990, inicia-se um movimento chamado de Humanização do Parto que prioriza tecnologia apropriada, qualidade da interação entre parturientes e seus cuidadores e a desincorporação de tecnologia danosa (DINIZ, 2005). Pensando em Humanização do Parto, em 1993 é criada a ReHuNa (Rede pela Humanização do Parto e Nascimento), um dos movimentos sociais que visa estimular a discussão e a experimentação de um novo modelo de atenção ao parto e nascimento no Brasil (PASCHE; VILELA; MARTINS, 2010).

Em 2000 é instituído o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN) (BRASIL, 2000). O PHPN, além da meta do atendimento humanizado, no modelo da atenção integral, incluía também a necessidade de melhorar as condições de atendimento às gestantes na rede pública de saúde, como forma de diminuir a mortalidade materna e neonatal (ANDREUCCI; CECATTI, 2011). A humanização do parto visa reaproximar este momento da real experiência humana, onde antes só havia a escolha precária entre a cesárea como parto ideal e a vitimização do parto violento (DINIZ, 2005).

O reconhecimento à individualidade da mulher e a percepção de suas necessidades fazem parte da ação humanizada e geram relações menos desiguais e menos autoritárias. Com base em prática ética e fundamentada em evidências, o parto deve ser considerado como fenômeno fisiológico no qual a mulher se insere como condutora do processo (SODRÉ et al., 2010). As propostas de humanização do parto têm o mérito de criar novas possibilidades de imaginação e de exercício de direitos, de viver a maternidade, a sexualidade, a paternidade, a vida corporal (DINIZ, 2005).

3.2 Plano de parto

O cuidado à gestante pressupõe um plano de cuidado ou projeto terapêutico singular construído na Atenção Básica, como propulsor das mudanças de práticas nas maternidades. É dispositivo essencial para propiciar o ingresso efetivo da gestante às boas práticas no parto (BRASIL, 2014).

Um plano de parto é um documento detalhando as preferências e expectativas relacionadas com o trabalho de parto de uma mulher (ARAGON et al., 2013), que pode ser utilizado como um plano terapêutico para cada uma. Para isso, é necessária uma relação menos assimétrica entre o profissional da Atenção Básica responsável pelo pré-natal e a gestante, em que sejam discutidas a proposta de atendimento, a importância do protagonismo da mulher nesses eventos e disponibilizadas informações para uma participação efetiva (DIAS; DESLANDES, 2006).

Segundo Brasil, 2014, as equipes de saúde devem possibilitar às mulheres o acesso a informações baseadas em evidências científicas que permitam que ela tenha condições de escolher o tipo de parto que lhe faz sentir mais segura, de modo que possa elaborar um plano de parto que seja respeitado pela equipe que lhe assiste e que seja informada sobre todos os procedimentos a que será submetida, podendo inclusive sinalizar aqueles que não deseje.

O desenvolvimento de uma classificação das práticas comuns na condução do parto normal foi criado em 1996, para orientar o que deve e o que não deve ser feito no processo de parturição (OMS, 1996).

Categorizadas em práticas recomendadas, estão as seguintes: um plano individual, feito em conjunto com a mulher durante a gestação (plano de parto); respeito à escolha da mulher sobre o local do parto; respeito ao direito da mulher à privacidade no local do parto; apoio empático pelos prestadores de serviço durante o trabalho de parto e parto; respeito à escolha da mulher sobre seus acompanhantes durante o trabalho de parto e parto; fornecimento às mulheres sobre todas as informações e explicações que desejarem; oferta de líquidos por via oral durante o trabalho de parto e parto; métodos não invasivos e não farmacológicos de alívio da dor, como massagem e técnicas de relaxamento, durante o trabalho de parto; liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto; contato cutâneo direto precoce entre mãe e filho e apoio ao início da amamentação na primeira hora após o parto; entre outros (OMS, 1996).

Alguns estudos internacionais (ARAGON et al., 2013; HIDALGO-LOPEZOSA; RODRÍGUEZ-BORREGO; MUÑOZ-VILLANUEVA, 2013; HADAR et al., 2012; SOUZA;

PILEGGI-CASTRO, 2014; MAGOMA et al., 2013; MEI et al., 2016) já evidenciam resultados acerca do uso do plano de parto, baseado nas boas práticas de atendimento ao parto.

No estudo de Aragon et al. (2013) no que se refere aos componentes mais importantes de um plano de parto, a gestão da dor era o componente mais citado pelas mulheres. Isso fortalece informações trazidas anteriormente, em que as mulheres estão preocupadas de forma marcante com a dor do parto vaginal (isso acarreta crenças em “cesarianas indolores”). Além do manejo da dor, outros elementos identificados como importantes para o plano de parto incluiu medidas de conforto, as preferências pós-parto, ambiente e as crenças de parto (ARAGON et al.,2013).

Neste mesmo estudo, mulheres e seus profissionais assistentes indicaram que um plano de parto foi útil para fins educacionais. As mulheres relataram que o conhecimento adquirido através do processo de criação de um plano de parto foi muito benéfico, permitindo-lhes considerar as suas opções, tornar-se consciente das políticas hospitalares e tratamento de iriam receber (ARAGON et al.,2013).

Outras vantagens citadas pelos participantes incluíram melhora da autonomia e tomada de decisões informadas; promoção de uma perspectiva positiva para o nascimento; aumento dos sentimentos de controle e de empoderamento por parte da mulher (ARAGON et al.,2013).

No estudo de Souza, Pileggi-Castro (2014), para mulheres que fizeram um plano de parto, a porcentagem de contato pele a pele, a escolha na posição para o parto, a ingestão de alimentos ou líquidos, a porcentagem de parto normal e o clampeamento tardio do cordão umbilical foi maior do que para aquelas que não fizeram um plano de parto. Além disso, as mulheres que não fizeram plano de parto tiveram maior porcentagem no uso de enema e tricotomia (SOUZA; PILEGGI-CASTRO, 2014).

De uma forma geral, conforme encontrado nos estudos citados acima, o plano de parto tem influenciado positivamente para o trabalho de parto e sua finalização, aumentado as dimensões de segurança, eficácia e satisfação das mulheres, assim como seu empoderamento. Além disso, diminui o risco de violência obstétrica (VO), termo utilizado para descrever e agrupar diversas formas de violência (e danos) durante o cuidado obstétrico profissional (TESSE et al., 2015), proporcionando que as escolhas das mulheres sejam informadas e que tenham seus direitos respeitados.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa do tipo descritiva. Definiu-se pela pesquisa qualitativa por esta permitir a investigação de questões relacionadas aos significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, as quais representam a um espaço profundo das relações (MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2007).

A pesquisa descritiva procura descrever as características de uma determinada população, proporcionando maior familiaridade com o problema que esta vive, com a pretensão a torná-lo mais compreensível (GIL, 2008).

4.2 Campo de estudo

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Santa Cecília, está localizada no município de Porto Alegre. Funciona desde 2004 através de um convênio entre o Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), hospital de ensino da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, e a Prefeitura Municipal de Porto Alegre. A Unidade Básica é gerenciada pelo HCPA desde julho de 2010.

O atendimento pré-natal é prestado a aproximadamente 80 mulheres segundo dados do programa de pré-natal da Unidade, sendo algumas egressas do sistema suplementar de saúde (na maioria dos casos, por dificuldades para manter o plano de saúde ou o pagamento de consultas com médico particular). O fluxo do pré-natal é caracterizado por consultas médicas e de enfermagem intercaladas, sendo mensais até o segundo trimestre, passando para quinzenais e, após, semanais no terceiro trimestre. Além de consultas individuais, a UBS tem um grupo aberto para gestantes, com seis encontros que tratam de diferentes assuntos, como nutrição, aleitamento materno, preparo para o parto e visita ao Centro Obstétrico do HCPA (maternidade referência da UBS Santa Cecília).

4.3 População e amostra

As participantes do estudo foram puérperas que realizaram acompanhamento pré-natal em uma Unidade de Saúde da Atenção Primária do município de Porto Alegre/RS. Foram considerados como critérios de inclusão: puérperas que realizaram pré-natal na UBS Santa Cecília, com gestação de risco habitual e que construíram um plano de parto. Os critérios de exclusão foram mulheres com limitação de comunicação e compreensão, e as que optaram por não utilizar o plano de parto, mesmo que tenham construído um. Salienta-se que o fechamento

amostral foi definido pela saturação teórica a partir da convergência dos achados ao objetivo proposto no estudo (FONTANELLA, RICAS, TURATO, 2008).

4.4 Coleta de dados

O plano de parto foi trabalhado por uma residente do primeiro ano num dos encontros do grupo de gestantes que acontece na UBS, após capacitação com a pesquisadora. Este grupo funciona de maneira aberta, sendo um importante espaço de educação em saúde. O grupo tem ciclos de seis encontros, sendo um deles sobre “plano de parto e boas práticas de atenção ao parto e nascimento”. Durante este encontro as mulheres foram sensibilizadas para a construção do plano de parto e convidadas para a pesquisa. Além disso, as gestantes também foram convidadas a participar da pesquisa nas consultas de pré-natal. As mulheres que desejaram participar tiveram uma consulta individual com a pesquisadora para finalizar o plano de parto que foi construído da forma como a mulher optou. Foi oferecido um modelo que poderia ser seguido (ANEXO A) (DUARTE; DINIZ, 2004) ou ser elaborado livremente junto à mulher e familiares. Neste momento, foram solicitadas informações de contato (telefone, e-mail, entre outros) para marcar a coleta de dados após o parto. Para a produção de dados foi realizada a técnica de entrevista semiestruturada que contemplou um roteiro de perguntas abertas (ANEXO B) e o entrevistador teve a liberdade de fazer outras perguntas para esclarecer conceitos ou obter mais informações sobre os temas desejados, isto é, nem todas as perguntas foram predeterminadas (LUCIO; COLLADO; SAMPIERI, 2013). As entrevistas foram gravadas com gravador digital, norteada por questões sobre a caracterização sociodemográfica e as experiências relacionadas ao processo de parturição e o uso da ferramenta plano de parto. Os dados foram coletados pela pesquisadora 30 dias pós-parto em visita domiciliar previamente agendada com as mulheres, por contato telefônico. As mulheres que desejaram outro local que não o domicílio, as entrevistas ocorreram nas dependências da UBS Santa Cecília em ambiente privativo.

4.5 Análise dos dados

Será desenvolvida a técnica de análise temática do conteúdo proposta por Minayo, que consiste em descobrir núcleos de sentido, cuja presença ou frequência sejam expressivas para o objetivo analítico visado. Essa análise constituiu-se de três etapas: ordenação, classificação dos dados e análise (MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2007).

A etapa de ordenação constituirá da transcrição das entrevistas e posterior leitura, a fim de determinar as unidades de registro: frases ou palavras-chave que aparecem com certa

frequência nos depoimentos, caracterizadas como ideias centrais ou aspectos relevantes. Em seguida dar-se-á a determinação das unidades de contexto: delimitação do contexto de compreensão da unidade de registro.

A etapa de classificação possibilitará construir categorias empíricas, responsáveis pela especificação dos temas e os conceitos teóricos que orientaram a descoberta e a construção dos núcleos de sentido, que dão o embasamento da análise.

A análise final se baseará no tratamento dos resultados obtidos e sua interpretação, procurando articular o material estruturado dos depoimentos com a literatura correlata, visando a identificação do conteúdo subjacente ao que é manifestado (MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2007; MINAYO, 2010).

4.6 Aspectos éticos

A pesquisa observou as normas sobre ética em pesquisa contidas na Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2013a). O projeto de pesquisa foi encaminhado à Comissão de Pesquisa (COMPESQ) da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e ao Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (CEP/HCPA). O projeto obteve aprovação sob número CAAE: 67116817.3.0000.5347 pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

As mulheres convidadas a ingressar no estudo foram informadas sobre os objetivos do projeto de pesquisa e, antes do início da entrevista, assinaram o termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO C), atendendo às Diretrizes e Normas da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi entregue para todas as participantes em duas vias, sendo que, uma delas, assinada pela pesquisadora, ficou com a participante; a outra assinada pela participante permanece com a pesquisadora. Nele, consta o objetivo da pesquisa, o caráter voluntário da participação, a garantia do anonimato, o destino das informações coletadas, bem como a autorização para publicação dos resultados. As informações serão mantidas em absoluto anonimato, sendo utilizadas exclusivamente para fins acadêmicos. As gravações realizadas durante a coleta de dados, após a publicação dos resultados do projeto, serão guardadas por um período de cinco anos sendo depois destruídas. A pesquisadora se comprometeu com as participantes a não utilizar os dados para comercialização e/ou divulgação que possa prejudicá-las. Como benefícios para as participantes, o estudo possibilitou a criação de um plano de parto de forma acompanhada e dialogada com o serviço/profissional de saúde.

A escolha da revista para futura publicação de artigo científico foi a *Cogitare Enfermagem* (<http://www.saude.ufpr.br/portal/revistacogitare/normas-para-preparo-do-artigo/>).

5 RESULTADOS

PLANO DE PARTO NA ATENÇÃO OBSTÉTRICA: POTENCIALIDADES E DESAFIOS DESTA FERRAMENTA NA ÓTICA DE PUÉRPERAS

Iaramin Dalpiaz

Maxuel Cruz de Souza

Letícia Becker Vieira

Helga Geremias Gouveia

Luiza Veiss Dantas Pinto

Fernanda Córdova

Vitoria Sandri

RESUMO

Objetivo: descrever as percepções de puérperas que utilizaram o plano de parto. Método: estudo qualitativo descritivo. Os dados foram coletados de janeiro a agosto de 2018, por entrevistas individuais com 09 puérperas que realizavam pré-natal numa Unidade Básica de Saúde no município de Porto Alegre – Rio Grande do Sul e que utilizaram o plano de parto e analisadas por meio da técnica de análise temática de conteúdo de Mynai. Resultados: Foram determinadas as categorias temáticas “o empoderamento da mulher e a decisão compartilhada” e “desafios Na implementação do plano de parto” são apresentadas a partir das falas das mulheres sobre suas experiências e interpretações da utilização do plano de parto. Conclusão: O plano de parto favorece a autonomia das mulheres no processo de parturição, respeita a singularidade, possibilita a humanização do cuidado, gera autonomia feminina com mudança de atitude e decisão na hora do trabalho de parto.

DESCRITORES: Assistência pré-natal; Gestante; Percepção; Enfermagem; Saúde da Mulher.

INTRODUÇÃO

A assistência ao parto e nascimento no Brasil é marcado pelo predomínio do uso de tecnologias em detrimento de valores éticos e humanísticos(1). Nesse modelo tecnocrático de assistência ao parto, percebe-se a utilização de práticas que são consideradas prejudiciais pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e que não possuem evidências científicas para a sua utilização. Estudo de base populacional Nascer no Brasil entrevistou 23.894 mulheres puérperas em todo país e revelou taxas inaceitáveis de procedimentos não recomendados há três décadas pela OMS. Contudo, as boas práticas que devem ser estimuladas não são implementadas plenamente (2-4).

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento criado no ano de 2000, vem para assegurar os direitos das mulheres, recém-nascidos e famílias a um atendimento digno durante o parto, e reduzir a mortalidade materna e neonatal ocasionadas por causas evitáveis, além de qualificar a atenção pré-natal para melhor assistência (5). A atenção primária tem um papel primordial no acompanhamento, fornecimento de informações, manifestação de plano de parto e vinculação das gestantes com o hospital referência para o nascimento, tornando-se o cuidado um projeto terapêutico singular (6,7).

O profissional enfermeiro tem o papel de executar este plano singular de cuidados, acompanhando o pré-natal de baixo risco na rede básica de saúde (8). Dentre as boas práticas recomendadas pela OMS, destaca-se a construção de um plano de parto individual (2), ou seja, um documento detalhando as preferências e expectativas relacionadas ao parto de uma mulher (9). No processo de parturição, a decisão da mulher em relação às práticas e intervenções de cuidado desejados e não desejados podem ser expostos a partir do plano de parto, além de oferecer aos profissionais que prestarão os cuidados, particularidades importantes sobre suas decisões (10).

Estudos internacionais evidenciam que o plano de parto pode ser útil como um recurso para melhorar a comunicação dos desejos das mulheres para o parto e nascimento (11), além de diminuir o risco de uma cesariana desnecessária e lacerações perineais de segundo grau corroborando com a melhora dos resultados maternos e neonatais (12).

O plano de parto orienta a atenção de saúde prestada, favorecendo a comunicação entre mulher, família e equipe de assistência ao parto, auxiliando em sua preparação e aumentando o controle decisório da mulher. Trata-se de um documento escrito em que as gestantes expressam antecipadamente suas escolhas referentes ao cuidado que gostariam de receber durante o processo de parturição, evitando intervenções desnecessárias e indesejadas (13,14).

A utilização do plano de parto, elaborado durante o pré-natal, no trabalho de parto e parto, proporciona aos profissionais que respeitem e facilitem o processo de empoderamento da mulher frente ao processo de nascimento, conforme suas decisões e desejos (15).

Nem todas as mulheres têm conhecimento sobre ele, assim como muitos profissionais. Há um fator de resistência entre os profissionais sobre o conhecimento e interesse no plano de parto das mulheres. O modelo de assistência ao parto no Brasil ainda considera este como um evento médico e centrado no profissional, ficando retraído o protagonismo da mulher (16), sendo oferecida uma assistência extremamente intervencionista, pois penaliza a mulher e sua família ao priorizar as rotinas institucionais em detrimento da fisiologia e dos aspectos sociais e culturais do evento (17).

O reconhecimento à individualidade da mulher e a percepção de suas necessidades fazem parte da ação de humanização e geram relações menos desiguais e menos autoritárias. Com base em prática ética e fundamentada em evidências, o parto deve ser considerado como fenômeno fisiológico no qual a mulher se insere como condutora do processo (18).

Visto que o plano de parto induz positivamente para o trabalho de parto, aumenta as dimensões de segurança, trabalha a prevenção da violência obstétrica, aumenta a

satisfação das mulheres e promove o empoderamento (18,19), buscou-se responder a seguinte questão norteadora: o plano de parto construído pelas mulheres gestantes (e seus familiares) se constitui em um instrumento de comunicação e empoderamento feminino? Além disso, esta ferramenta permite um maior poder de decisão/participação/autonomia das mulheres no processo parturitivo? O objetivo do presente estudo foi descrever a percepção das mulheres sobre a utilização do plano de parto.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa baseando-se nas experiências e interpretações humanas referentes a suas vivências e sentimentos (20). O cenário de estudo foi uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do município de Porto Alegre - Rio Grande do Sul, as participantes foram puérperas que realizaram acompanhamento pré-natal na unidade. Considerou-se como critérios de inclusão: puérperas que realizaram pré-natal na UBS, com gestação de risco habitual, que construíram e utilizaram um plano de parto. Como critérios de exclusão mulheres com limitação de comunicação e compreensão, e as que optaram por não utilizar o plano de parto, mesmo que tenham construído um.

Como técnica de coleta de dados foi empregada a entrevista semiestruturada, sendo realizadas individualmente, em sala reservada mediante agendamento prévio com a puérpera na UBS, tendo duração média de 30 minutos e gravadas em MP3 (áudio). Para a entrevista empregou-se um roteiro contendo questões relativas a dados sociodemográficos e de formação acadêmica, e as experiências relacionadas ao processo de parturição e o uso da ferramenta plano de parto.

A geração de dados ocorreu no período de janeiro de 2018 a agosto de 2018, sendo encerrada mediante o critério de saturação de dados (20). Este se trata na interrupção da inclusão de novos participantes, por passarem a apresentar repetição nas falas. Os dados obtidos foram sistematizados e analisados através da análise de conteúdo. Inicialmente, os dados oriundos das gravações das entrevistas semiestruturadas foram transcritos na íntegra em programa editor de textos, o software NVivo 10 auxiliou na codificação e tratamento do material. Em seguida, a partir de leituras exaustivas, as ideias análogas presentes nos trechos das falas dos participantes foram destacadas. A fase de exploração do material possibilitou o recorte de elementos comuns constituindo-se categorias sendo analisadas com base na literatura correlata (20).

Destaca-se que antes do início da etapa de geração de dados, as participantes foram informadas acerca dos objetivos e procedimentos metodológicos do estudo através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As que concordaram em participar assinaram este termo. Tendo em vista a garantia do anonimato das participantes, estas foram identificadas mediante o uso da letra M referente à mulher, seguida do número ordinal conforme a ordem de realização das entrevistas (ex: M1, M2...M9). O estudo obteve aprovação dos Comitês de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, registro CAAE: 67116817.3.0000.5347.

RESULTADOS

A apresentação dos resultados será em duas etapas. A primeira corresponde à caracterização das mulheres entrevistadas e a segunda à apresentação das duas categorias temáticas, o empoderamento da mulher e a decisão compartilhada e os desafios na implementação do plano de parto.

Foram entrevistadas nove mulheres, a idade das participantes variou de 31 a 37 anos, sete mulheres se autodeclararam branca e em união estável, em relação à formação oito mulheres possuíam nível superior completo. A renda familiar mensal variou de 3.500 a 10.000 mil reais.

As categorias temáticas são apresentados a partir das falas das mulheres a respeito de suas experiências e interpretações da utilização do plano de parto construído durante o período pré-natal na atenção básica.

“O EMPODERAMENTO DA MULHER E A DECISÃO COMPARTILHADA”

A construção do plano de parto é apoiada pelos familiares, amigos, grupos, internet e doula, todos auxiliam no empoderamento fornecendo conhecimento do processo de parturição. Esses saberes auxiliam a mulher e seus familiares no decorrer de todo o processo de tomada de decisões tornando-a como participante de seu próprio parto.

Duas colegas do curso de yoga falaram pra mim que tinham feito, também, o delas (...) trocou uma ideia comigo, né, sobre o plano. (M2)

No posto, todas as consultas, assim, eu sempre levava alguma dúvida e a gente discutia. E na doula (...) a gente teve 3 encontros antes do trabalho de parto e aí a gente sempre conversava sobre diversos assuntos relacionados ao parto, trabalho de parto e aí as dúvidas e medos, enfim, iam surgindo e a gente ia conversando.(M3)

Como a minha sogra é médica parteira eu discuti com ela alguns pontos. Ela achou bem completo, também, muito bom o plano de parto... E sempre conversando com o B...(companheiro). (M4)

Eu fui pesquisando na internet e acabei conversando com pessoal no meu trabalho que disseram que também tinham feito um plano de parto. (M4)

As pessoas que me atenderam na UBS, que foi lá que eu descobri que existia o plano de parto. Do grupo de gestantes, daí lá eu descobri e as enfermeiras de lá (...) que me ajudou a construir. E o meu marido junto comigo. (M6)

A mulher busca conhecimento para entender o processo de parto e nascimento, torna-se agente de seu processo de parturição, tendo conhecimento e autonomia de seu corpo, deste modo o plano proposto ocorreu conforme o esperado e planejado, resultando em satisfação à mulher e sua família com a experiência do parto.

Eu conheci com antecedência todas as coisas que aconteceriam comigo [...] assim eu consegui saber exatamente passo a passo das coisas e porque as coisas estavam acontecendo daquele jeito. (M1)

Saber um pouco do processo, não ficar tão à “mercê”. [...] se a gente não tem informação do que acontece, a gente vai aceitar mesmo.[...] Eu acho que o plano de parto, como a gente faz ele enquanto está grávida, então está tranquila, [...] Fica mais fácil racionalizar e compreender o que vai acontecer consigo e com o bebê. (M2)

Acho que ter encontrado um [plano de parto] semi-estruturado. Isso facilitou bastante! (M7)

O conhecimento e o respeito da equipe de saúde pelo plano de parto foi identificado pelas mulheres. As mesmas relataram que a equipe recebeu, leu e seguiu os desejos descritos em seu plano de parto, que o plano foi conversado e debatido pela equipe e que todas as decisões no processo de parto foram conversadas e tomadas em conjunto, acontecimento esse que pode proporcionar empoderamento à mulher.

Eu senti muito isso: o centro obstétrico está preparado para receber um plano de parto, eles estão acostumados a trabalhar com isso. Eles chegam, recebem e discutem. Eu tive essa impressão. (M4)

Ele (médico obstetra) foi e sugeriu “vamos botar um sorinho?” [...] não insistiu nem nada. [...] Daí ele disse “quem sabe eu te coloco um sorinho pra te ajudar nas contrações?”. Daí o meu companheiro disse que não precisava, que a gente ia esperar um pouco, para a gente não entrar em discussão. E ele aceitou numa boa [...]. (M7)

[...] mas outras não foram possíveis porque eu cheguei com a bolsa rompida e pelo fato de ter que ser cesárea, eles me orientaram que algumas coisas que estavam no meu plano de parto teriam que ser deixadas de lado. (M9)

A única coisa que eu fiz foi tomar água, estava com muita sede e não foi me restringido nada. (M3)

Eu não sabia que lá iam respeitar tanto o meu plano de parto, mas que lá não iriam fazer uma cesárea desnecessária. Eu sabia que isso só ia acontecer em último caso mesmo. (M3)

[...] E quando trocou o plantão das enfermeiras, eu tava sentindo dor, daí veio uma disse “tu quer uma analgesia”, daí a outra disse “não não, ela tem um plano de parto!”. Uma falava pra outra que tinha o plano de parto, elas achavam o máximo! [...] (M6)

“DESAFIOS NA IMPLEMENTAÇÃO DO PLANO DE PARTO”

As entrevistas com as mulheres evidenciam dificuldades na efetivação do plano de parto, visto que alguns pontos do mesmo vão de encontro com os protocolos institucionais, além disso, há situações que os serviços não podem atender em decorrência do espaço físico e ambiência.

No momento do pré-parto eu tinha posto no meu plano de parto fazer os agachamentos, usar a bola, [...] já fazia umas 2 horas que eu estava ali[...] aí eles romperam a minha bolsa. Porque falaram que isso ia acelerar, talvez, as contrações e aí a dilatação. [...] rompeu a bolsa e encontrou mecônio lá [...] Eles falaram que a criança tinha que ficar monitorada. [...] que eu não devia me mexer. Não podia me mexer! O que quebrou o meu mental, assim, meu psicológico. (M2)

Uma das coisas que estava no meu plano de parto: que se eu tivesse condições, eu gostaria de ter o bebê na sala de pré-parto. Mas não dá, [...] porque o ar condicionado lá é geral, todas as salas têm o mesmo ar condicionado, então fica uma sala muito gelada pro bebê (M4).

Outro aspecto relatado pelas mulheres está relacionado à segurança e privacidade, pois o hospital de referência da UBS é um hospital universitário, caracterizado como um hospital de ensino e pesquisa. A participação de alunos do processo de parturição é marcado pelos relatos das participantes, sendo que o respeito à privacidade da gestante e seus familiares ficam em segundo plano.

Na hora da anestesia teve uma certa dificuldade, quem tava tentando fazer e ia aplicar anestesia na coluna era o outro médico, aí ele ficou...Tentou algumas vezes, aí até que eu ouvi o colega dele falar que se ele não conseguisse na próxima, quem ia assumir era o "professor"[...]. (M1)

No quarto, é um pouco cansativo [...] Como é um hospital escola[...]tem a equipe da pediatria, da dermatologia, da ginecologia.. Ai! Tu não descansa, é muita gente! [...] E eu tive a tal da laceração. Aí todo mundo queria olhar a tal da laceração. [...] “ah, pois é, teve uma laceração deixa eu dar uma olhada. (M3)

As mulheres se culpavam por não conseguirem o parto normal por situações fisiológicas que ocorreram no decorrer do processo de parturição, por medo e ainda, houve relatos de que a família também culpou a mulher.

Mas eu tava com medo. Acho que foi por isso que eu não consegui parto normal. [...] Eu fiquei com medo de precisar usar um fórceps. E passar pela experiência que minha irmã passou, minha amiga passou, ter um parto que não é normal, é vaginal. (M4)

[...] logo depois que ela nasceu, foi.. Não sei se foi uma pequena hemorragia, se rompeu uma vaso. Daí eu fiquei mais tempo sendo costurada ali, do que pra ela nascer. Acho que um pouco eles pensaram “Tá vendo, não fez o corte!” sei lá, minha madrinha que falou isso pra mim “Não faz o corte, aí depois fica aí”. (M2)

DISCUSSÃO

O plano de parto é um instrumento facilitador na comunicação entre gestante e equipe de saúde, no qual está descrito o que a mesma deseja durante o trabalho de parto e parto, sendo o empoderamento fundamental para sua implementação.

O empoderamento é uma maneira de trabalhar o poder interior, de participar do controle das suas relações e do que está em sua volta, bem como defender seus direitos. É a partir dele que a mulher estabelece um poder de decisão sobre o processo gestacional e de parturição. Desta forma, o plano de parto serve como estratégia para o empoderamento feminino (21).

O empoderamento feminino frente ao ato de parir ocorre a partir do momento que ela é capaz de entender e confiar no seu corpo, de transformar a dor do parto em prazer. É algo gradual, feito através de compartilhamento de conhecimentos, que possibilita à mulher escolher e decidir, juntamente com a equipe da assistência e seu acompanhante, as intervenções feitas no seu processo de parturição (22).

No que se refere a construção do plano de parto, sabe-se que esse é um direito da mulher, pois possibilita fortalecimento do vínculo entre gestante, família e serviço de saúde, através de informações a respeito das boas práticas da assistência ao parto e nascimento e seus direitos. É uma tecnologia que transmite para a equipe obstétrica aspirações e escolhas sobre o parto, pautadas em evidências científicas. Informa os desejos da mulher sobre a condição de parturição e fornece destaque ao protagonismo feminino (23,24).

Conforme relatos de puérperas da cidade do Rio de Janeiro, a construção de um plano de parto estimulou o autoconhecimento e a entenderem a importância do que é necessário para que seus processos parturitivos acontecesse da maneira fisiológica e humanizada. Liberdade e autonomia para o planejamento do momento do parto foram destacados como forma de sentir

menos ansiedade e de ter confiança que seriam respeitadas frente suas escolhas e que seriam capazes de superar a dor (21,22).

A construção do plano de parto deve ser baseada em evidências científicas e para tal, construída juntamente com o profissional de saúde que faz o acompanhamento pré-natal, considerando a singularidade da gestação. O plano de parto aborda questões relacionadas ao processo de trabalho de parto e parto, como o posicionamento que a mulher deseja estar na hora do parto (cócoras, sentada, em quatro apoios), métodos não-farmacológicos de alívio de dor (banho de chuveiro, aromaterapia, massagens, livre deambulação), procedimentos invasivos que ela não gostaria de passar (sucessivos toques vaginais, episiotomia, uso de ocitocina), o que ela deseja que seja feito em seguida ao nascimento do bebê, como o clampeamento tardio do cordão umbilical, contato pele a pele imediato, até sobre ser informada de procedimentos não previstos no plano de parto e que serão realizados nela e bebê, entre outros (25,26).

Assim, a busca pelo conhecimento visando compreensão dos aspectos que envolvem o trabalho de parto, parto e pós-parto é fundamental. A mulher deve obter conhecimento prévio sobre o processo de parturição, momento singular na sua vida e que precisam ser tomadas decisões a partir de escolhas informadas. Isso promove a participação ativa da mulher durante a gestação e parto, além de manifestar um direito que deve ser exercido por ela e ser orientado pelos profissionais de saúde (21,22).

Com o acesso à internet, as informações antes disponíveis para os profissionais e pouco disseminadas, agora beneficiam a mulher para a elaboração do plano de parto. Questões sobre o protagonismo feminino, a busca pelo autoconhecimento do corpo, questões de dor e pós-parto são amplamente discutidos nas redes sociais. O pré-natal é essencial na atenção a gestante, tem caráter educativo e informativo sobre o processo parturitivo. Questionamentos gerados pela busca a essas informações, podem ser explicados e compreendidos nas consultas preconizadas (23,24).

O plano de parto reúne conhecimentos adquiridos durante o pré-natal, assim como valores pessoais das mulheres frente ao processo de gestação e parturição. Um instrumento, baseado em evidências científicas, com capacidade de disseminar o cuidado humanizado a atenção à mulher e recém-nascido para quem o produz e utiliza. Cabe ao profissional enfermeiro trabalhar em conjunto com a gestante, a maneira como expressar seus desejos em um documento, além de explicar sobre o dinamismo do trabalho de parto e parto, onde deve-se considerar a individualidade de cada mulher (27).

O pré-natal possibilita a qualificação do conhecimento adquirido pela mulher e incentiva o poder de escolha da gestante pelo uso da ferramenta plano de parto. Contribui para o empoderamento, consciência crítica e redução de angústias, medos e dúvidas durante o período gravídico-puerperal (23). Aquelas que se permitem vivenciar a elaboração do plano de parto induzem no serviço de saúde um cuidado sustentado em evidências científica, seguro e qualificado, torna a atenção obstétrica individualizada e singular (24).

O conhecimento da equipe da existência do plano de parto e o respeito quanto ao seu cumprimento, dentro das possibilidades da evolução do TP, foi relatado pelas mulheres. O plano de parto proporciona para as mulheres liberdade e autonomia no processo parturitivo, além de validar direitos. Através dessa ferramenta é possível conhecer a gestante e suas demandas, e assim sua singularidade seja respeitada (28). Estudos mostram que o acolhimento e prática do plano de parto pelo profissional de saúde são considerados como respeito, para as gestantes. O local transmite segurança e qualidade, a partir desse respeito fornecido à elas (23). Esse respeito por envolver a humanização do parto e nascimento, não se restringe em aceitar e acatar os desejos expostos, e sim em possibilitar que esses sejam proporcionados as mulheres, e facilitem o empoderamento e protagonismo no ato de parir.

Estudo feito nos Estados Unidos, mostra que os profissionais de saúde têm uma visão desfavorável dos planos de parto e muitas vezes os consideram não essenciais para a experiência de parto. Revela ainda, a necessidade contínua de abordar os cuidados centrados no paciente e esforços para diminuir as lacunas existentes sobre as ferramentas educacionais para o parto entre as expectativas da mulher e dos profissionais de saúde. Mesmo que sentissem que a prática era importante, poucos entrevistados relataram recomendar a elaboração do planos de parto. A falta de certeza sobre o risco do processo de parturição foi apontada como fator limitante da recomendação. Dada a natureza adaptável, flexível e imprevisível do parto, as preferências devem ser compartilhadas, o profissional de saúde deve garantir esse direito. A implementação dos planos de parto não deve apenas levar em consideração o processo imprevisível e dinâmico do parto, mas garantir negociações e comunicação contínuas entre todos os participantes envolvidos. (29)

A Organização Mundial de Saúde considera que a elaboração do plano de parto deve ser encorajada durante o pré-natal. Mesmo sendo legitimado há muitos anos, ainda é desconhecido por profissionais de saúde, e também em hospitais e maternidades, o que faz com que o mesmo não seja implementado (3). Autores salientam as dificuldades no processo de trabalho em implementar as boas práticas de atenção ao parto, por rotinas institucionalizadas, profissionais que não buscam atualização sobre o tema, além da rede do sistema único de saúde não funcionar em muitas cidades do Brasil, o que dificulta o vínculo entre a gestante e o profissional que auxilia o parto no hospital. É preconizado, pelo Ministério da Saúde, a leitura do plano de parto e discussão entre equipe de saúde é a mulher sobre as viabilidade da implementação do plano proposto. Desta forma, a mulheres serão incluídas nas tomadas de decisões relacionadas ao seu trabalho de parto (30).

O uso de um plano de parto pode invocar a vulnerabilidade da mulher por profissionais que desconsideram essa ferramenta como forma de humanização ao processo de nascimento, eles podem desconsiderar os planos e ignorar as mulheres que os fazem, o que pode tornar o processo parturitivo desanimador, tornando a ferramenta ineficaz. A abordagem recomendada é que aconteça o que chamam de “parceria no nascimento”, no Brasil seria a integração do cuidado nos seus níveis de complexidade, a concretização da rede de atenção preconizada pelo SUS (10). Os profissionais responsáveis pelo cuidado falam a mesma língua, ou seja, tem os mesmos conhecimentos e práticas no processo de nascimento. A importância da comunicação eficaz, a forma como transmitir os seus desejos e escolhas através do plano de parto, serve como medida preventiva para evitar conflitos e violência obstétrica (10,30).

Se há um plano de parto escrito, este deve ser avaliado, discutido e respeitado pela equipe responsável pelo atendimento da gestante no trabalho de parto, considerando ajustes necessários pactuados entre equipe e parturiente. Deve-se explicar sobre limitações físicas do local, de recursos, assim como a disponibilidade de métodos e técnicas. Isso somente torna-se possível quando as equipes dos diferentes níveis de atenção à saúde atuarem com o mesmo propósito, o da humanização da assistência e de serem sensíveis às demandas específicas dos momentos que envolvem o parto (25,30).

Os aspectos relacionados à segurança e privacidade também foram considerados pelas mulheres. Autores apontam que fatores externos influenciam na percepção de dor na hora do parto, como medo e insegurança, o ambiente onde a mulher é inserida no pré-parto em ausência de adequada privacidade e conforto, geram esses fatores (21,31).

Pesquisa realizada em uma maternidade pública na cidade do Rio de Janeiro, mostra que a estrutura física do local não possibilita a fisiologia do processo de nascimento, isso motivou as enfermeiras a criarem uma sala de relaxamento, um espaço baseado na política de

humanização de parto e nascimento. A adequação do espaço é de responsabilidade da equipe que presta os cuidados (31).

Na perspectiva da mulher, parir com segurança é confiar na equipe que assiste ao trabalho de parto, que lhe permite participar ativamente do processo, é proporcionar um ambiente acolhedor. Gestantes relataram a privacidade em segundo plano, considerando a instituição como hospital universitário, de ensino. Um dos objetivos dos hospitais universitários é a educação, baseada na política nacional de humanização, onde a comunicação é peça chave para a expansão e conscientização das práticas de humanização (23,24). A partir disso abre-se o questionamento sobre a gestão de comunicação dos hospitais universitários, afinal o respeito ao direito da mulher à privacidade, à segurança, à assistência humanizada e de qualidade, reduzem os riscos de morbidade e mortalidade. Cabe ao profissional entender e respeitar os direitos, necessidades e limites da mulher assim como, e despir-se de seus conceitos pré-estabelecidos para favorecer uma assistência humanizada e com qualidade. Desta forma, a mudança de atitude das instituições é uma ação importante, que deve se estruturar e preparar seus profissionais para incentivar, favorecer, estimular e treinar tais ações preconizadas pelo ministério da saúde (32,33).

Outro ponto destacado pelas mulheres deste estudo foi o sentimento de culpa relacionado a não atingir o desfecho proposto, ou seja, parto normal.

A percepção de que seus desejos expressos no plano de parto são levados em consideração, através da comunicação efetiva da equipe com a parturiente, tornando-a detentora de escolhas, empodera a mulher nesse momento em que por vezes ela sente-se culpada por não realizar o que havia planejado. O incentivo para realização do plano de parto é fundamental para a disseminação deste instrumento entre os profissionais responsáveis no processo de nascimento (27).

A partir dos relatos percebe-se que a mulher cria expectativas com relação ao seu parto e quando acontece algo fora do planejado, ela se frustra e desconsidera os demais itens do plano de parto. Durante a elaboração do plano de parto, é importante que seja pautado os benefícios do parto cirúrgico quando passível de indicação, assim como outros procedimentos não listados e que podem ser necessários (24,34). A cultura da dor no parto, de lesões vaginais, além de justificativas não baseadas em evidências científicas geram a indicação para a cesárea, o que leva aos altos índices desse procedimento no Brasil. A ideia de desconstrução do sofrimento do parto natural, com informação sobre as técnicas de alívio da dor e da fisiologia do trabalho de parto e parto, além do autoconhecimento do corpo feminino, geram o desejo do parto normal, o que diminui a sensação de culpa caso algo não aconteça da forma esperada e como consequência temos o empoderamento da mulher (25).

As mulheres pensam que se algo não saiu como planejado, é porque o seu exercício de escolha falhou. O profissional de saúde tem papel fundamental no trabalho de autonomia da mulher, para que a sensação de medo em “falhar”, a culpabilização de não conseguirem um parto normal não seja vivenciada nesse momento tão único para a mulher. Fortalecer a política de humanização dentro dos hospitais e maternidades é de grande relevância para que esse sentimento seja cada vez menos citados por puérperas que tenha feito um plano de parto (34).

CONCLUSÃO

A partir dos achados deste estudo, é possível evidenciar que com a elaboração do plano de parto, a mulher busca conhecimento sobre o processo de parto, além de perceber seu corpo como agente ativo no parto. Quando as ações planejadas são implementadas com sucesso a mulher se sente feliz e satisfeita na experiência do nascimento, assim como, sua a família.

Percebeu-se que a equipe de saúde que recebe a gestante na instituição estudada proporcionam o empoderamento da mulher visto que o plano de parto é respeitado e as decisões são tomadas em conjunto. O plano de parto favorece a autonomia das mulheres no processo de parturição, respeita a singularidade, possibilita a humanização do cuidado, gera autonomia feminina com mudança de atitude e decisão na hora do processo parturitivo.

O propósito da elaboração do plano de parto, é a promoção da comunicação e educação para gestantes e seus parceiros para a experiência de parto.

A verbalização de culpa e medo por não terem o parto normal, estão nos depoimentos das mulheres, além da questão sobre protocolos institucionais e espaços físicos que não contribuem com a privacidade e dificultam o processo parturitivo. Deve-se informar, em todos os momentos do processo de gestação, trabalho de parto e parto, sobre esses processos serem ativos e passíveis de mudanças, para a mulher não ficar fechada em processos de idealizações e desejos. Espera-se que com esses resultados, mais estudos sejam desenvolvidos visando o conhecimento do cenário e a proposição de ações facilitadoras para implementação do plano de parto.

REFERÊNCIA

- 1 - Aguiar JM, Oliveira AFPL, Schraiber LB. Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2013 Nov [citado 2020 Nov 22] ; 29(11): 2287-2296. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013001100015&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00074912>.
- 2 – Organização Mundial da Saúde. Maternidade segura. Assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra: OMS; 1996.
- 3 - Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2017.
- 4- Leal MC, Gama SGN. Nascer no Brasil. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2014 [cited 2020 Nov 23] ; 30(Suppl 1): S5-S5. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300001&lng=en. <https://doi.org/10.1590/0102-311XED01S114>.
- 5 - Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher/ Ministério da Saúde,

Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

6 - Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos HumanizaSus: Humanização do parto e do nascimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

7 - Carvalho EIMP, Amorim FF, Santana LA, Göttems LBD. Avaliação das boas práticas de atenção ao parto por profissionais dos hospitais públicos do Distrito Federal, Brasil. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2019 June [cited 2020 Nov 23] ; 24(6): 2135-2145. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000602135&lng=en. Epub June 27, 2019. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018246.08412019>.

8 – Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica 32: Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

9 - Aragon M, Chhoa E, Dayan R, Kluffinger A, Lohn Z, Buhler K. Perspectives of expectant women and health care providers on birth plans. J Obstet Gynaecol Can. 2013 Nov;35(11):979-985. doi: 10.1016/S1701-2163(15)30785-4. PMID: 24246397.

10 - DeBaets AM. From birth plan to birth partnership: enhancing communication in childbirth. Am J Obstet Gynecol. 2017 Jan;216(1):31.e1-31.e4. doi: 10.1016/j.ajog.2016.09.087. Epub 2016 Sep 21. PMID: 27664497.

11- Hidalgo-Lopezosa P, Rodríguez-Borrego MA, Muñoz-Villanueva MC. Are Birth Plans Associated with Improved Maternal or Neonatal Outcomes? *Mcn, The American Journal Of Maternal/child Nursing*, [s.l.], v. 38, n. 3, p.150-156, 2013. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). <http://dx.doi.org/10.1097/nmc.0b013e31827ea97f>.

12 – Hadar E, Raban O, Gal B, Yogev Y, Melamed N. (2012) Resultado obstétrico em mulheres com plano de parto auto-preparado, *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 25:10, 2055-2057, DOI: [10.3109 / 14767058.2012.678438](http://dx.doi.org/10.3109/14767058.2012.678438)<http://dx.doi.org/10.3109/14767058.2012.678438>.

13 -Suárez-Cortés M, Armero-Barranco D, Canteras-Jordana M, Martínez-Roche ME. Uso e influência dos Planos de Parto e Nascimento no processo de parto humanizado. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2015 June [cited 2020 Nov 23]; 23(3): 520-526. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692015000300520&lng=en. Epub July 03, 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0067.2583>.

14- Whitford HM, Entwistle VA, van Teijlingen E, Aitchison PE, Davidson T, Humphrey T, et al. Use of a Birth Plan within Woman-held Maternity Records: A Qualitative Study with Women and Staff in Northeast Scotland. *Birth*. 2014[citado em 2016 jul. 08];41(3):283-9. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/birt.12109/abstract;jsessionid=878CF4E6B BDE327AA5D550466CAC2462.f03t02>

15 - Mouta RJO, Silva TMA, Melo PTS, Lopes NS, Moreira VA. Plano de parto como estratégia de empoderamento feminino. Rev baiana enferm 2017;31(4):e20275.

16 - Souza JP, Pileggi-Castro C. Sobre o parto e o nascer: a importância da prevenção quaternária. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2014 [citado 2020 Nov 23] ; 30(Supl 1): S11-S13. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300003&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311XPE02S114>.

17 - Sodré TM, Bonadio IC, Jesus MCP, Merighi MAB. Necessidade de cuidado e desejo de participação no parto de gestantes residentes em Londrina-Paraná. Texto contexto - enferm. [Internet]. 2010 Sep [cited 2020 Nov 23] ; 19(3): 452-460. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072010000300006&lng=en. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072010000300006>.

18- Tesser CD, Knobel R, Andrezzo HF de A, Diniz SG. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. Rev Bras Med Fam Comunidade [Internet]. 24º de junho de 2015 [citado 23º de novembro de 2020];10(35):1-12. Disponível em: <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/1013>.

19 - Narchi NZ, Venâncio KMP, Ferreira FM, Vieira JR. O plano individual de parto como estratégia de ensino-aprendizagem das boas práticas de atenção obstétrica. Rev. esc. enferm. USP [Internet]. 2019 [cited 2020 Nov 23] ; 53: e03518. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342019000100473&lng=en. Epub Sep 05, 2019. <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2018009103518>.

- 20 - Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec; 2014
- 21- Gomes RPC, Silva RS, Oliveira DCC, Manzo BF, Guimarães GL, Souza KV. Plano de parto em rodas de conversa: escolhas das mulheres. REME – Rev Min Enferm. 2017;21:e-1033. Disponível em: <http://reme.org.br/artigo/detalhes/1169> DOI:10.5935/1415-2762.20170043
- 22 - Mouta RJO, Silva TMA, Melo PTS, Lopes NS, Moreira VA. Plano de parto como estratégia de empoderamento feminino. Rev baiana enferm. 2017;31(4):e20275
- 23 - Loiola AMR de, Alves VH, Vieira BDG, Rodrigues DP, Souza KV, Marchiori GRS. Plano de parto como tecnologia do cuidado: experiência de puérperas em uma casa de parto. Cogitare enferm. [Internet]. 2020 [27, agosto de 2020]; 25. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.66039>.
- 24 - Kottwitz F, Gouveia HG, Gonçalves AC. Via de parto preferida por puérperas e suas motivações. Esc. Anna Nery [Internet]. 2018 [cited 2020 Nov 23]; 22(1): e20170013. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452018000100201&lng=en. Epub Nov 17, 2017. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2017-0013>.

25 - Possati AB, Prates LA, Cremonese L, Scarton J, Alves CN, Ressel LB. Humanização do parto: significados e percepções de enfermeiras. Esc. Anna Nery [Internet].

2017 [cited 2020 Nov 23] ; 21(4): e20160366. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-

81452017000400203&lng=en. Epub Aug 07, 2017. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2016-0366>.

26 - Duarte MR, Alves VH, Rodrigues DP, Souza KV, Pereira AV, Pimentel MM.

Tecnologias do cuidado na enfermagem obstétrica: contribuição para o parto e nascimento.

Cogitare enferm. [Internet]. 2019 [acesso em 10, julho de 2020"]; 24. Disponível em:

<http://dx.doi.org/10.5380/ce.v24i0.54164>.

27- Medeiros RMK, Figueiredo G, Correa ÁCP, Barbieri M. Repercussões da utilização do plano de parto no processo de parturição. Rev. Gaúcha Enferm. [Internet].

2019 [cited 2020 Nov 23] ; 40: e20180233. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-

14472019000100504&lng=en. Epub June 06, 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180233>.

28 - Santos FSR, Souza PA, Lansky S, Oliveira BJ, Matozinhos FP, Abreu ALN et al . Os significados e sentidos do plano de parto para as mulheres que participaram da Exposição

Sentidos do Nascer. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2019 [cited 2020 Nov 23] ; 35(6):

e00143718. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-

311X2019000705011&lng=en. Epub July 04, 2019. <https://doi.org/10.1590/0102->

[311x00143718](https://doi.org/10.1590/0102-311x00143718).

29 – Afshar Y, Mei J, Fahey J, Gregory KD (2019). Birth Plans and Childbirth Education: What Are Provider Attitudes, Beliefs, and Practices?. *The Journal of perinatal education*, 28(1), 10–18.

30 - Carvalho EMP, Amorim FF, Santana LA, Göttems LBD. Avaliação das boas práticas de atenção ao parto por profissionais dos hospitais públicos do Distrito Federal, Brasil. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2019 June [cited 2020 Nov 23]; 24(6): 2135-2145. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000602135&lng=en. Epub June 27, 2019. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018246.08412019>.

31 – Guida NFB, Lima GPV, Pereira ALF. O ambiente de relaxamento para humanização do cuidado ao parto hospitalar. *REME – Rev Min Enferm*. 2013 jul/set; 17(3): 524-530. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/670> DOI:10.5935/1415-2762.20130039

32 – Barths C. Comunicação organizacional em hospitais universitários públicos: a implementação da política nacional de humanização. Porto Alegre. Tese [Doutorado em Comunicação e Informação]. Faculdade de Biblioteconomia e informação da UFRGS; 2018.

33 –Pereira SS, Oliveira ICMS, Santos JBS, Carvalho MCMP. Parto natural: a atuação do enfermeiro diante da assistência humanizada. *Tempus, actas de saúde colet*, Brasília, 10(3), 199-213, set, 2016.

34 - Valadão CL, Pegoraro, RF. Vivências de mulheres sobre o parto. *Fractal: Revista de Psicologia* , 32 (1), 91-98. Epub 09 de abril de 2020. <https://dx.doi.org/10.22409/1984-0292/v32i1/5739>

REFERÊNCIA

ANDREUCCI, Carla Betina; CECATTI, José Guilherme. Desempenho de indicadores de processo do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no Brasil: uma revisão sistemática. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 6, p.1053-1064, abr. 2011.

ARAGON, Melissa et al. Perspectives of expectant women and health care providers on Birth Plans. *Journal Of Obstetrics And Gynaecology Canada*. [s.l.], p. 979-985. jul. 2013.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n° 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial da União, 2013a.

_____. Maria Do Carmo Leal. (Org.). Pesquisa Nascer no Brasil: [s.l]: Ministério da Saúde, 2014. Color. Disponível em: <http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_943835885.pdf>. Acesso em: 05 out. 2016.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Cadernos de Atenção Básica 32: Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Cadernos HumanizaSus: Humanização do parto e do nascimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gravidez, parto e nascimento com saúde, qualidade de vida e bem-estar. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Direitos sexuais e reprodutivos - caderno n° 5).

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. PAISM. Programa de assistência integral à saúde da mulher. Centro de Documentação do Ministério da Saúde, Brasília, 1984.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Rede Cegonha. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde. Programa de humanização no pré-natal e nascimento. Brasília, 2000.

DIAS, Marcos Augusto Bastos; DESLANDES, Suely Ferreira. 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. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 12, p.2647-2655, dez. 2006.

DINIZ, Carmen Simone Grilo; D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires; LANSKY, Sônia Friche. Equity and women's health services for contraception, abortion and childbirth in Brazil. *Reprod Health Matters*. V. 20, p. 94-101, 2012.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciência & Saúde Coletiva*, [s.l.], v. 10, n. 3, p.627-637, maio 2005.

DUARTE, A.C.; DINIZ, C.S.G. Parto Normal ou Cesárea: tudo o que as mulheres deveriam saber (e o homem também). São Paulo: UNESP, 2004. 179p.

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira et al. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. *Cadernos de Saúde Pública*, [s.l.], v. 30, p.101-116, ago. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00105113>.

FONTANELLA, Bruno José Barcellos; RICAS, Janete; TURATO Egberto Ribeiro . Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.24, n.1, p.17-27, janeiro 2008.

GIL, Antonio Carlos. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

HADAR, Eran et al. Obstetrical outcome in women with self-prepared birth plan. *The Journal Of Maternal-fetal & Neonatal Medicine*, [s.l.], v. 25, n. 10, p.2055-2057, 21 abr. 2012. Informa UK Limited. <http://dx.doi.org/10.3109/14767058.2012.678438>.

HIDALGO-LOPEZOSA, Pedro; RODRÍGUEZ-BORREGO, Maria Aurora; MUÑOZVILLANUEVA, Maria Carmen. Are Birth Plans Associated with Improved Maternal or Neonatal Outcomes? *Mcn, The American Journal Of Maternal/child Nursing*, [s.l.], v. 38, n. 3, p.150-156, 2013. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). <http://dx.doi.org/10.1097/nmc.0b013e31827ea97f>.

LUCIO, María del Pilar Baptista; COLLADO, Carlos Fernández; SAMPIERI , Roberto Hernandez. Metodologia de pesquisa. 5º edição, 2013.

LANSKY, Sônia. et al Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S192-S207, 2014.

MAGOMA, Moke et al. The effectiveness of birth plans in increasing use of skilled care at delivery and postnatal care in rural Tanzania: a cluster randomised trial. *Tropical Medicine & International Health*, [s.l.], v. 18, n. 4, p.435-443, 5 fev. 2013. Wiley-Blackwell. <http://dx.doi.org/10.1111/tmi.12069>.

MEI, Jenny Y. et al. Birth Plans: What Matters for Birth Experience Satisfaction. *Birth*, [s.l.], v. 43, n. 2, p.144-150, 25 fev. 2016. Wiley-Blackwell. <http://dx.doi.org/10.1111/birt.12226>.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10. ed. São Paulo: Hucitec; 2010.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Sueli Ferreira; GOMES Romeu. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 25. ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 2007.

NASCIMENTO, Renata Mota do, et al. Determinantes da mortalidade neonatal: estudo caso-controle em Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cad, Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, p.559-572m 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Maternidade segura. Assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra: OMS; 1996

_____. Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO_RHR_15.02_por.pdf?ua=1&ua=1>. Acesso em: 10 out. 2016.

PASCHE, Dário Frederico; VILELA, Maria Esther de Albuquerque; MARTINS, Cátia Paranhos. Humanização da atenção ao parto e nascimento no Brasil: pressupostos para uma nova ética na gestão e no cuidado. *Tempus Actas de Saúde Coletiva*, [s.l.], v. 4, n. 4, p.105-117, ago. 2010.

PREFEITURA DE PORTO ALEGRE – UBS SANTA CECÍLIA. Disponível em: <http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?reg=8&p_secao=834>. Acesso em 11 Nov. 2016.

SODRÉ, Thelma Malagutti et al. Necessidade de cuidado e desejo de participação no parto de gestantes residentes em Londrina- Paraná. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 19, n. 3, p.452-460, 2010.

SOUZA, João Paulo; PILEGGI-CASTRO, Cynthia. Sobre o parto e o nascer: a importância da prevenção quaternária. *Cadernos de Saúde Pública*, [s.l.], v. 30, p.1113, ago. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-3114xpe02s114>.

TESSER, Charles Dalcanale, KNOBEL Roxana, ANDREZZO Halana Faria de Aguiar, DINIZ Simone Grilo. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*. V. 35, n. 10, p. 112, 2015.

TESSER, Charles Dalcanale. Prevenção Quaternária para a humanização da Atenção Primária à Saúde. *O Mundo da Saúde*, São Paulo, v. 36, n. 3, p.416-426, jul. 2012.

ANEXO A - Modelo de plano de parto*

Estamos cientes de que o parto pode tomar diferentes rumos. Abaixo listamos nossas preferências em relação ao parto e nascimento do nosso filho, caso tudo transcorra bem. Sempre que os planos não puderem ser seguidos, gostaríamos de ser previamente avisados e consultados a respeito das alternativas.

Trabalho de parto:

- Presença de meu marido e doula;
- Sem tricotomia (raspagem dos pelos pubianos) e enema (lavagem intestinal);
- Sem perfusão contínua de soro e ou ocitocina
- Liberdade para beber água e sucos enquanto seja tolerado.
- Liberdade para caminhar e escolher a posição que quero ficar.
- Liberdade para o uso ilimitado da banheira e/ou chuveiro.
- Monitoramento fetal: apenas se for essencial, e não contínuo.
- Analgesia: peço que não sejam oferecidos anestésicos ou analgésicos. Eu pedirei quando achar necessário;
- Sem rompimento artificial de bolsa;

Parto:

- Prefiro ficar de cócoras ou semi-sentada (costas apoiadas);
- Prefiro fazer força só durante as contrações, quando eu sentir vontade, em vez de ser guiada. Gostaria de um ambiente especialmente calmo nesta hora;
- Não vou tolerar que minha barriga seja empurrada para baixo;
- Episiotomia: só se for realmente necessário. Não gostaria que fosse uma intervenção de rotina;
- Gostaria que as luzes fossem apagadas (penumbra) e o ar condicionado desligado na hora do nascimento. Gostaria que meu bebê nascesse em ambiente calmo e silencioso;
- Gostaria de ter meu bebê colocado imediatamente no meu colo após o parto com liberdade para amamentar;
- Gostaria que o pai cortasse o cordão após o mesmo ter parado de pulsar;

Após o parto:

- Aguardar a expulsão espontânea da placenta, sem manobras, tração ou massagens. Se possível ter auxílio da amamentação;

- Ter o bebê comigo o tempo todo enquanto eu estiver na sala de parto, mesmo para exames e avaliação;
- Liberação para o alojamento conjunto o quanto antes com o bebê junto comigo. Quero estar ao seu lado nas primeiras horas de vida;
- Alta hospitalar o quanto antes.

Cuidados com o bebê:

- Administração de nitrato de prata ou antibióticos oftálmicos apenas se necessário e somente após o contato comigo nas primeiras horas de vida;
- Quero fazer a amamentação sob livre demanda;
- Em hipótese alguma, oferecer água glicosada, bicos ou qualquer outra coisa ao bebê;
- Alojamento conjunto o tempo todo. Pedirei para levar o bebê caso esteja muito cansada ou necessite de ajuda;
- Gostaria de dar o banho no meu bebê e fazer as trocas (ou eu ou meu companheiro/a).

Caso a cesárea seja necessária:

- Exijo o início do trabalho de parto antes de se resolver pela cesárea;
- Quero a presença da doula e de marido na sala de parto;
- Anestesia: peridural, sem sedação em momento algum;
- Na hora do nascimento gostaria que o campo fosse abaixado para que eu possa vê-lo nascer;
- Gostaria que as luzes e ruídos fossem reduzidas e o ar condicionado desligado;
- Após o nascimento, gostaria que colocassem o bebê sobre meu peito e que minhas mãos estejam livres para segura-lo;
- Gostaria de permanecer com o bebê no contato pele a pele enquanto estiver na sala de cirurgia sendo costurada;
- Também gostaria de amamentar o bebê e ter alojamento conjunto o quanto antes.

Agradeço muito a equipe envolvida e a ajuda para tornar esse momento especial e tão importante para nós em um momento também feliz e tranquilo como deve ser.

Local e data: _____

Assinatura dos pais

Assinatura do profissional pré-natalista

Assinatura do profissional que recebeu o plano de parto

* (DUARTE; DINIZ, 2004).

ANEXO B - Roteiro semiestruturado

Pesquisa: “Percepção das mulheres que utilizaram um plano de parto”.

Número da entrevista:	
Idade:	Telefone:
Idade gestacional do último parto (em semanas):	Nº de filhos:
Local dos partos anteriores:	Vias de parto anteriores:
Estado civil:	Raça/etnia autodeclarada:
Escolaridade:	Renda familiar:
Profissão	

Questionamentos

- Você já tinha ouvido falar de plano de parto?
- Como foi para você elaborar um plano de parto?
- Quem participou da construção do seu plano de parto?
- Suas dúvidas/anseios/medos, acerca do parto, foram discutidas com o profissional de saúde na elaboração do plano?
- Em que momento você/acompanhante apresentou o plano de parto na maternidade?
- Você sabe qual profissional o recebeu?

- O profissional de saúde foi receptivo ao seu plano de parto? De que maneira o plano de parto foi recebido?

- Em algum momento foi discutido com você e/ou seu acompanhante sobre os desejos expressos no seu plano de parto?

- Durante o seu trabalho de parto, como você percebe a assistência que recebeu? Como aconteceram as combinações feitas sobre os seus desejos expressos no plano de parto? (métodos não farmacológicos de alívio da dor, livre deambulação, livre movimentação, dieta, acompanhante, entre outros).

- Durante o momento do seu **parto/nascimento do seu filho**, como você percebe a assistência que recebeu? Como aconteceram as combinações feitas sobre os seus desejos expressos no plano de parto? (Posição ao parir, presença de acompanhante, clampeamento oportuno do cordão, contato pele a pele, estímulo ao aleitamento materno e vínculo, entre outros).

- **Após o parto/nascimento do seu bebê**, como você percebe a assistência que recebeu? Como aconteceram as combinações feitas sobre os seus desejos expressos no plano de parto? (Lhe foi proporcionado ficar com o seu bebê, presença de acompanhante, alimentação, estímulo ao aleitamento, cuidados o RN e com você, entre outros).

- O que facilitou, ou dificultou, a utilização do plano de parto?

- Você considera o plano de parto importante para este momento? Por quê?

- Você recomendaria que outras mulheres fizessem um plano de parto? Por quê?

ANEXO C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Nº CAAE: 67116817.3.0000.5347

Título do Projeto: PERCEPÇÃO DAS MULHERES QUE UTILIZARAM UM PLANO DE PARTO

Você está sendo convidada a participar de uma pesquisa cujo objetivo é descrever o uso do plano de parto a partir da percepção das mulheres que o utilizaram. Esta pesquisa está sendo realizada pelo Serviço de Atenção Primária à Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

Se você aceitar participar da pesquisa, os procedimentos envolvidos em sua participação são os seguintes: será aplicado um questionário com algumas perguntas sobre o seu parto, por meio de uma entrevista que pode ser na sua casa ou na UBS Santa Cecília. Esta entrevista será gravada para a pesquisadora poder ouvir depois e anotar as respostas que foram ditas por você. O seu nome não será divulgado, nem a sua voz.

Os possíveis riscos ou desconfortos decorrentes da participação na pesquisa são: tempo para responder ao questionário, constrangimento ou desconforto emocional relacionado aos relatos. Caso essas lembranças lhe incomodem, você pode ter uma conversa em consulta individual na UBS e, se necessário, encaminhamento para atendimento com psicologia.

Os possíveis benefícios decorrentes da participação na pesquisa são: criação de um plano de parto de forma acompanhada pelo profissional de saúde. Como esta não é uma prática rotineira do pré-natal, se você optar por participar da pesquisa, poderá adquirir e compartilhar informações para maior segurança e conhecimento sobre as boas práticas de atenção ao parto e nascimento.

Sua participação na pesquisa é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Caso você decida não participar, ou ainda, desistir de participar e retirar seu consentimento, não haverá nenhum prejuízo ao atendimento que você recebe ou possa vir a receber na instituição. Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela sua participação na pesquisa e você não terá nenhum custo com respeito aos procedimentos envolvidos.

Caso ocorra alguma intercorrência ou dano, resultante de sua participação na pesquisa, você receberá todo o atendimento necessário, sem nenhum custo pessoal.

Os dados coletados durante a pesquisa serão sempre tratados confidencialmente. Os resultados serão apresentados de forma conjunta, sem a identificação dos participantes, ou seja, o seu nome não aparecerá na publicação dos resultados.

Caso você tenha dúvidas, poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável: Letícia Becker Vieira, pelo telefone (051) 33085425, com a pesquisadora Iaramin Dalpiás Silva pelo telefone (051) 985368973 ou com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), pelo telefone (51) 33597640, ou no 2º andar do HCPA, sala 2227, de segunda à sexta, das 8h às 17h.

Esse Termo é assinado em duas vias, sendo uma para o participante e outra para os pesquisadores.

Nome do participante da pesquisa

Assinatura

Nome do pesquisador que aplicou o Termo

Assinatura

Local e Data: _____