

BOAS PRÁTICAS NA ASSISTÊNCIA AO PARTO: implicações do plano de parto

Janaina Costa e Silva*

Milene Silva Rodrigues**

RESUMO

Contextualização do tema: O plano de parto é uma ferramenta que possibilita à mulher manifestar seus desejos e expectativas. Através da educação em saúde o plano é elaborado em rodas de conversa e é capaz de produzir reflexões e quebras de paradigmas. **Objetivo:** Verificar como o plano de parto pode influenciar na realização das boas práticas na assistência ao parto de puérperas que construíram o plano de parto em uma Unidade Básica de Saúde de Sete Lagoas, Minas Gerais. **Materiais e Métodos:** Pesquisa primária, classificada como estudo de caso, descritivo, com abordagem qualitativa. Foi realizada entrevista semiestruturada com oito mulheres que participaram da oficina de planejamento do parto e construíram o plano na oficina no período de dezembro de 2016 a fevereiro de 2017. A análise de conteúdo foi elaborada segundo Bardin. **Resultados:** Foi verificado nessa pesquisa que as mulheres que construíram o plano de parto obtiveram, com as boas práticas escolhidas, maior autonomia, conforto, tranquilidade, menos ansiedade e redução de práticas abusivas. **Discussão:** A realização de práticas benéficas ao parto favorece uma experiência positiva para a mulher e a presença do plano de parto é uma forma de discutir os direitos da parturiente. **Conclusão:** Com os resultados apresentados, foi possível compreender que o plano de parto favorece a realização das boas práticas e fortalece o empoderamento feminino. Entretanto, existem lacunas a serem superadas como o desconhecimento e respeito por parte dos profissionais relacionados a esse documento.

DESCRIPTORIOS: Parto humanizado. Autonomia. Educação em saúde.

GOOD PRACTICES ON CHILDBIRTH ASSISTANCE: birth plan implications

ABSTRACT

Contextualization of the theme: The birth plan is a tool that allows the women to express their wishes and expectations. Through education health, birth plan is elaborated in conversation groups and it is able to produce thoughts and breaks paradigms. **Objective:** To verify the implications of achieving the birth plan best practice on assist the birth of recent mothers who made the birth plan in a Basic Health Unit in Sete Lagoas, Minas Gerais. **Materials and Methods:** Primary research, classified as a case study, descriptive, qualitative approach. A semi-structured interview was held with eight women who participated in the birth planning workshop and made a plan in the workshop in the period of December 2016 to February 2017. The content analysis was elaborated according to Bardin. **Results:** It was checked in this study that women who made the birth plan obtained from selected good practices, greater autonomy, comfort, tranquility, less anxiety and reduced abusive practices. **Discussion:** Caring for childbirth practices promotes a positive experience for the woman and the presence of the birth plan is a way to ensure the rights of the mother. **Conclusion:** The results showed that birth plan promotes the presence of good practices and strengthens the female empowerment. However, there are gaps to be overcome such as the lack of knowledge and disrespect on the part of professionals related to this document.

Descriptors: Humanizing delivery. Personal autonomy. Health education.

* Discente de enfermagem da Faculdade Ciências da Vida – FCV. E-mail: janainacs89@hotmail.com

**Mestra em Enfermagem pela UFMG. Docente do curso de Enfermagem da Faculdade Ciências da Vida. Orientadora da pesquisa. E-mail: milenesilvarodrigues@yahoo.com.br

1 INTRODUÇÃO

A atenção à assistência obstétrica nas últimas décadas passou por uma transição no modelo de atenção à saúde materna e neonatal. Antes, a assistência era voltada à mulher como o sujeito principal do parto, sendo o mesmo um evento fisiológico do corpo feminino. Já na assistência vigente, observa-se um modelo tecnocrático, repleto de intervenções médicas e sem a participação ativa da mulher no poder de decisões do próprio corpo. No ano de 2014 foram realizados no Brasil quatro milhões de partos, dentre estes, as estatísticas demonstraram uma crescente incidência de cesáreas, partos vaginais com intervenções invasivas e sem embasamento científico para apoiar o seu uso rotineiramente. Concomitantes ao aumento desses números, estão os óbitos maternos por motivos obstétricos e baixo peso neonatal ao nascer relacionados a intervenções desnecessárias (BARRIOS; ALVORADO, 2016; BRASIL, 2016).

Para reduzir as crescentes taxas de intervenções invasivas na assistência obstétrica comumente realizada no modelo biomédico, o governo implantou políticas e programas com diretrizes que asseguram à mulher e à criança um atendimento de qualidade e humanizado. Como exemplo de políticas criadas com essas medidas, temos o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN) criado em 2000, com o objetivo de orientar as instituições de saúde na adoção de medidas para a prevenção de morbimortalidade e promoção da saúde para mulher e criança (BRASIL, 2000; FUJITA; SHIMO, 2014).

As boas práticas ao parto são medidas que foram recomendadas em 1996 pela Organização Mundial de Saúde (OMS) com o intuito de oferecer à mulher conforto e bem-estar no trabalho de parto e parto e reduzir intervenções invasivas. Essas práticas têm como objetivo minimizar as dores das contrações uterinas com técnicas de relaxamento, respiração, deambulação, apoio emocional, respeito à autonomia da mulher, dentre outros. Assim, a OMS recomenda práticas que devem ser encorajadas, como também, as que devem ser evitadas ou eliminadas do trabalho de parto e parto. Mesmo diante da recomendação das boas práticas pela OMS, são observados que na assistência muitas delas são ignoradas pelos profissionais de saúde e os procedimentos contraindicados são usados rotineiramente em trabalho de parto de risco habitual (LEAL *et al.*, 2014; OMS, 1996).

Para a disseminação das boas práticas, o plano de parto é uma ferramenta essencial na assistência a gestante. É utilizado para resgatar a autonomia, pois, a mulher consegue realizar suas escolhas a partir de esclarecimentos e informações construídas no período

gestacional. A partir do mesmo, é possível retornar para a mulher o poder de direcionamento no momento do seu parto estimulando assim, o empoderamento feminino. Uma mulher empoderada participa das decisões no trabalho de parto e parto ativamente e estabelece uma ligação com o profissional de saúde favorecendo uma satisfação em uma experiência positiva com tranquilidade e respeito (DOMINGUES *et al.*, 2014).

Para intervir na assistência ao parto e modificar o modelo de assistência vigente é necessário desarticular modelos baseados em práticas obstétricas não recomendadas e sem evidências científicas e retornar à mulher o papel de sujeito do processo natural do parto (BRASIL, 2014). Humanizar é mais que tornar-se humano, é trazer para a mulher o empoderamento do seu corpo, fazer da assistência ao parto um atendimento livre de julgamentos e preconceitos e, por fim, deixá-la livre para suas escolhas e desejos. A humanização do parto é um direito da mulher que lhe dá o resguardo a um atendimento digno e respeitoso por profissionais capacitados (ROTTNER; MOURA, 2016).

A partir de ações educativas realizadas dentro projeto de extensão acadêmica, “Educando para o Bem Nascer”, são construídas com a mulher informações objetivas e concisas para que a mesma realize suas escolhas esclarecidas ao construir o seu plano de parto. Logo, este trabalho é de extrema relevância, uma vez que, avalia a implantação e disseminação das boas práticas na assistência ao parto e nascimento através do plano de parto e observa o nível de qualidade da assistência que as gestantes estão recebendo na maternidade do município.

O presente estudo tem como objetivo geral: conhecer a influência do plano de parto na realização das boas práticas na assistência obstétrica. Com isso, buscou-se uma reflexão a partir da questão norteadora: Como o plano de parto influencia na realização das boas práticas na assistência obstétrica, a partir da experiência de puérperas cadastradas em uma Unidade Básica de Saúde de Sete Lagoas.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 EVOLUÇÃO DAS BOAS PRÁTICAS NA ASSISTÊNCIA DO TRABALHO DE PARTO E PARTO: UMA QUESTÃO SOCIAL, CULTURAL E POLÍTICA

A sociedade estabeleceu os seus paradigmas sobre o parto em relação ao crescimento e doutrina da classe dominante social, econômica ou política do determinado período histórico da época. Antes do século XX, a igreja católica tinha grande influência sobre o parto. As intercorrências que aconteciam eram consequências de algum pecado cometido pela mulher e a dor era considerada como um castigo designado por Deus. Até a metade do século XX, os partos aconteciam no local de convívio da mulher, rodeado por pessoas do sexo feminino, como parteiras e mães. O meio social em que a mulher estava inserida influenciava nas condutas realizadas no nascimento (CIELLO *et al.*, 2012).

A partir da década de 1950, com intenso crescimento econômico, o parto passou para o ambiente hospitalar, repleto de maquinários e procedimentos tecnológicos. O parto tornou-se um fenômeno patológico e que o corpo feminino era incapaz de parir sem a intervenção médica. Como consequência as intervenções se estabeleceram na maioria dos partos que aconteciam no Brasil. As taxas de cesariana chegaram a números superiores a 50% nas instituições atendidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e na rede privada em torno de 80%. Com esses números, o Brasil ficou entre os países que possuem taxas excedentes em relação ao que é recomendado pela OMS (BRASIL, 2016; BRASIL, 2015; BEHRUZI *et al.*, 2013).

Em 1984 o Ministério da Saúde (MS) criou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) que estabelece estratégias para proporcionar um espaço social na propagação da saúde feminina, respeitando as desigualdades sociais. No âmbito mundial medidas foram criadas para a melhoria da assistência do trabalho de parto e parto como a publicação do Relatório de Boas Práticas da Assistência ao Parto da OMS em 1996 que define as intervenções que devem ser encorajadas, evitadas ou eliminadas do parto. Após duas décadas de implantação do PAISM o programa se consolidou em Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM). Na mesma década, o MS instituiu o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) com o intuito de ampliar a promoção de estratégias de atenção à saúde da gestante e do recém-nascido (BRASIL, 2004; BRASIL, 2014; OMS, 1996).

Em 2011 o MS lançou o Programa Rede Cegonha a partir da portaria nº 1459, que objetivava estabelecer mudanças na assistência do pré-natal, trabalho de parto, parto e nascimento com enfoque em organizar, estruturar e qualificar a atenção à gestante e recém-nascido. A lei 11.108 de 2005, lei do acompanhante, permite que a mulher escolha uma pessoa (homem ou mulher, parente ou não) para lhe acompanhar em todo o processo do trabalho de parto e parto. Com isso a implantação das práticas que beneficiam o bem-estar

materno e fetal tem o respaldo legal para as mulheres exigirem seus direitos (BRASIL, 2005; BRASIL, 2011).

A necessidade de elaboração de políticas na atenção à saúde da mulher é constante. Em 2017, no dia em que o poder público está com a atenção voltada às particularidades da população feminina, Dia Internacional da Mulher, foi publicada pelo MS uma portaria em que determina um prazo de dois anos para as maternidades implantarem medidas em prol da assistência ao parto. Tais diretrizes permitem a unificação do atendimento obstétrico em todos os níveis de complexidade com discussões das práticas comumente utilizadas. Estabelece o plano de parto como forma de comunicação da mulher no processo de decisão com a participação da instituição, profissional e família no pré-natal, trabalho de parto e parto (BRASIL, 2017).

2.2 PLANO DE PARTO COMO FERRAMENTA NA ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA

O plano de parto começou a ser implantado em 1980 na Europa e na América. É um documento que inicialmente é formulado em conjunto com as instituições de saúde. Nele é elaborada uma lista de procedimentos que possivelmente poderá ser utilizado no trabalho de parto e parto, como ocitocina e episiotomia e condutas oferecidas pela instituição como doulas e banho de imersão. A participação dos profissionais das maternidades é de extrema importância, pois as condutas descritas no plano de parto devem ser de acordo com a realidade oferecida. A partir do plano de parto elaborado, é necessário que a gestante e familiar se envolvam em atividades de educação em saúde para esclarecimentos e questionamentos sobre o parto. Só assim, uma gestante informada sobre os riscos e benefícios dos procedimentos utilizados é capaz de expressar os seus desejos e expectativas conscientes no plano de parto (COREY, 2013; FARAHAT *et al.*, 2015).

Tem como objetivo assegurar a autonomia da mulher procurando uma assistência que atende as diretrizes éticas, legais e científicas em qualquer nível da assistência com compromisso e envolvimento no processo saúde. O plano de parto contém as preferências da mulher como os tipos de intervenções que ela aceita que seja realizada, quem será seu acompanhante, local de realização do parto, os métodos não farmacológicos para alívio da dor escolhidos, a posição para parir, dentre outros. O respeito à autonomia da mulher exposta no

plano de parto permite um trabalho de parto e parto com maior satisfação, atendendo suas expectativas com uma experiência positiva (ANDERSON; KILPATRICK, 2012).

O plano de parto é individualizado e deve ser realizado no pré-natal com atividades educativas em busca do conhecimento da mulher, refletindo seus aspectos culturais e sociais. A partir de rodas de conversas é possível empoderar a mulher como sujeito de sua própria educação. Segundo Paulo Freire a educação só é autêntica quando o educando se pondera de sua realidade e com isso procura estabelecer hipóteses para uma possível modificação. O enfermeiro como personagem do processo educativo em saúde deve reestabelecer o protagonismo da mulher com informações embasadas cientificamente e desmitificando as ideias errôneas sobre o parto. A educação bancária deve ser desvalidada, pois nela há um depósito de informações à mulher em que não há uma pesquisa prévia sobre as informações que a mesma necessita (CORTES et al., 2015; FREIRE, 1979).

A reformulação da assistência ao parto tem importantes defensores como Michel Odent, Janet Balaskas, Inada Gaskynk, Leboyer, Galba de Araújo, Passioni e Sheila Kitzinger que enfatizam a satisfação da mulher em uma experiência positiva. Seus ideais são pautados na necessidade de preparação da gestante no período do pré-natal com informações elucidadas e objetivas para uma condução ativa do trabalho de parto e parto e o poder de decisão. Sheila Kitzinger insere o plano de parto como uma estratégia de enfrentamento das práticas desnecessárias e desrespeito a autonomia da mulher. O plano de parto é uma medida de rearticulação da mulher com o processo do parto, reaproximando suas decisões ao seu corpo. Sua elaboração é preconizada pelo MS como o oitavo passo do pré-natal de qualidade e excelência (BALASKAS, 1993; KITZINGER, 1978; BRASIL, 2013).

A interação gestante-profissional favorece a satisfação em relação ao parto quando há respeito às suas decisões e atendimento por uma equipe capacitada. Porém, o plano de parto possui pouca adesão do enfermeiro e demais profissionais de saúde. A elaboração no pré-natal é omitida pelas equipes da atenção básica que o considerada como uma estratégia de pouca relevância. Já na atenção terciária, estudos apontam que os profissionais só recebem o plano devido à política da instituição e que o mesmo fica no prontuário da gestante sem utilização. Com isso as maternidades deparam-se com dificuldades de incorporação do plano de parto como rotina na assistência obstétrica (ANDERSON; KILPATRICK, 2012; BRASIL, 2016).

Por outro lado, com o plano de parto, é possível estreitar a ligação da enfermagem com a gestante e estabelecer um elo de comunicação entre a equipe de profissionais. Favorece o diálogo com a equipe sobre as melhores práticas a serem adotadas desarticulando modelos

baseados em práticas obstétricas não recomendadas e retoma à mulher a autonomia humanizando o atendimento. A inserção da enfermagem obstétrica na assistência ao parto e trabalho de parto reduziu o número de intervenções e propagou a implantação de medidas não invasivas para o bem-estar da parturiente (BRASIL, 2014; VIELLAS *et al.*, 2014).

3 MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa de natureza exploratória e descritiva com abordagem qualitativa a partir do problema proposto. Foi realizada uma pesquisa de campo através de uma entrevista semiestruturada e os resultados foram analisados pelo método de análise temática de conteúdo segundo Laurence Bardin. Em uma pesquisa exploratória é possível estudar o sujeito em sua plenitude e particularidades e a abordagem qualitativa foi definida para a pesquisa, pois na área da saúde é colocada em evidência a problemática da intervenção requerendo uma abordagem mais ampla do paciente em todo o seu contexto. Esse método além de permitir revelar processos sociais ainda poucos conhecidos, permite a formulação de novas abordagens a partir da investigação (DEMO, 2013; MINAYO, 2013).

É através de uma pesquisa primária/de campo que obtemos informações do local estudado. Com o envolvimento do pesquisador, é possível conhecer o meio social individual e coletivo em que o indivíduo está inserido junto com suas implicações sociais, econômicas e políticas. A partir do embasamento teórico, o pesquisador desenvolve suas hipóteses a serem estudadas e exploradas (PRODONOV; FREITAS, 2013).

O estudo ocorreu em uma Estratégia de Saúde da Família (ESF) em Sete Lagoas/MG com puérperas cadastradas no pré-natal da ESF pesquisada. As gestantes que participaram da pesquisa foram gestantes que aceitaram participar do estudo assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que participaram das rodas de conversas, realizaram o plano de parto, levou o mesmo para a maternidade e teve o parto no período de janeiro a maio. O critério de exclusão foram as gestantes que não permaneceram na oficina até o final das discussões, ou se recusaram a participar. Assim, totalizou uma amostra de oito participantes.

Inicialmente foi realizada rodas de conversas com as gestantes. Nesses encontros foram feitas discussões sobre as percepções das mulheres sobre o processo do parto, bem como as suas vias e indicações, esclarecimentos das práticas oferecidas pela maternidade de

referência da unidade, as possíveis intercorrências do trabalho de parto, violência obstétrica, os direitos da parturiente e as evidências científicas sobre as intervenções comumente utilizadas. Nas rodas de conversas foi possível trazer a família das gestantes como mãe e companheiro que possivelmente seriam seus acompanhantes em seu contexto social para uma reflexão dos paradigmas que cada um tinha e que contribuiu na realização de trocas de experiências e conhecimentos coletivamente.

Foram realizadas duas rodas de conversas de planejamento do parto nos dias 16/12/16 e 14/02/17, seguindo os princípios metodológicos da roda de conversa utilizada no mestrado da orientadora desse estudo. Nos encontros foram utilizados objetos em uma mala de viagem referente à gestação, um banner demonstrativo do percurso ao parto, perguntas referentes ao assunto fixadas em desenhos no formato pezinhos e uma bola suíça. Inicialmente cada mulher pegava um objeto e, a partir dele, retratava os sentimentos envolvidos para se obter um entrosamento entre as participantes. Após, foram distribuídos frases a respeito do preparo antes de ir à maternidade, do pré-parto, e do momento do parto. Em seguida, foram discutidas as possíveis dificuldades no percurso representado por pedras figurativas. Ao final as mulheres avaliaram a oficina com um momento de reflexão sobre o conhecimento adquirido.

Com a roda de conversa finalizada o plano de parto foi exposto à gestante, bem como a sua importância e funcionalidade. Cada gestante foi instruída quanto às práticas oferecidas pela maternidade de referência e incentivadas quanto à elaboração do plano. As mulheres tiveram a oportunidade de construir seu plano de parto utilizando como modelo, o que foi adotado pelo Projeto de Extensão Educando para o Bem Nascer, que foi elaborado pela orientadora desta pesquisa em parceria com a enfermeira coordenadora e a médica responsável técnica da maternidade (ANEXO 1). O modelo utilizado foi um questionário semiestruturado contendo informações sobre a maternidade de referência e desejos e expectativas da mulher. As opções eram livres, sem número estipulado de escolhas e com espaço livre para registro pela gestante. Após o plano de parto concluído as gestantes foram orientadas a levá-lo junto ao cartão da gestante e apresentar aos profissionais de saúde que a acolheriam na maternidade no dia do parto.

Após o parto dessas mulheres, foi realizado uma visita domiciliar concomitante a uma entrevista. A coleta de dados aconteceu com um questionário semiestruturado (APÊNDICE 1) com perguntas sobre as práticas utilizadas e experiência da utilização do plano de parto no seu parto. As puérperas foram questionadas a respeito das práticas que elas escolheram no plano de parto e quais delas foram respeitadas e utilizadas. O questionamento

teve como intuito observar como o plano de parto influenciou na experiência da mulher no parto e se contribuiu para a utilização das boas práticas no parto. As respostas foram gravadas e transcritas posteriormente.

Com isso, os dados coletados foram analisados de acordo com análise temática de conteúdo segundo Bardin caracterizado em sequências de análise sistemáticas compreendidas por pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados: inferências e interpretação. Na pré-análise foi realizado o levantamento de todo o material a ser analisado. Com as entrevistas transcritas emergiram temas onde foram sistematizados na fase de exploração do material. Os temas foram codificados e agrupados em categorias. Já no tratamento dos resultados foi feita uma interpretação e discutido com outros autores (BARDIN, 2016).

Ao considerar os aspectos éticos em pesquisa envolvendo seres humanos, o estudo perpassou pela autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Sete Lagoas para a sua realização. Sucessivamente a carta de autorização foi postada no sistema eletrônico da Plataforma Brasil e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Ciências Médicas - MG (CEPCM_MG) com número de CAAE 63247416.9.0000.5134 (ANEXO 2). A não identificação dos informantes foi preservada por pseudônimos. O Consentimento Livre e Esclarecido dos Entrevistados (TCLE) (APÊNDICE 2) foi apresentado ao participante, esclarecendo os objetivos da pesquisa, a sua participação voluntária podendo desistir a qualquer momento e que o mesmo não teria despesas ou remuneração com sua participação.

4 RESULTADOS

A pesquisa teve a participação de oito puérperas na faixa etária de 16 a 33 anos. Todas as participantes afirmaram saber ler e escrever, cinco declaram a cor da pele como parda; duas amarelas e uma como preta. Três possuem ensino fundamental, duas com médio incompleto e três tem ensino médio completo. Quanto à situação conjugal, seis participantes possuíam companheiro fixo e dividia a residência com o mesmo. Quanto à ocupação remunerada uma participante afirmou ter, porém informal e sem registro em carteira. Em relação à renda familiar, uma declarou ser entre R\$351,00 a R\$700,00 e sete entre os valores de R\$701,00 a R\$1,750,00. A maior renda da família de 6 participantes era do companheiro e duas participantes possui a maior renda de familiares.

Após a coleta e transcrição dos dados, foi realizada a análise temática de conteúdo segundo Bardin (2016), emergindo duas categorias, sendo elas: Autonomia da mulher em relação as boas práticas na assistência do parto e nascimento e Plano de parto como possibilidade de discussão das escolhas das mulheres para um parto respeitoso.

No plano de parto, as gestantes colocaram as suas preferências e escolhas a respeito do seu parto. Quanto à presença de doulas, todas as gestantes escolheram a presença das mesmas em todo o processo. A preferência em caminhar e mudar de posição durante o decorrer do trabalho de parto e um ambiente com o mínimo de ruídos e luminosidade foi unânime entre as gestantes. O mesmo ocorreu com a restrição de dieta, pois todas escolheram ingerir água ou suco durante o trabalho de parto. Em relação aos métodos não farmacológicos para dor, as preferências mesclaram em métodos de massagem, banho de aspersão e bola suíça. Sobre as outras escolhas, todas declararam que queriam ser informadas sobre a evolução do trabalho de parto, que não queriam episiotomia, ter o contato pele a pele imediato com o recém-nascido e auxílio na amamentação na primeira hora de vida.

4.1 AUTONOMIA DA MULHER EM RELAÇÃO ÀS BOAS PRÁTICAS NA ASSISTÊNCIA DO PARTO E NASCIMENTO

As mulheres que construíram o seu plano de parto ficaram autônomas em solicitar as condutas que elas queriam que fossem realizadas. Isso só foi possível através das atividades educativas utilizadas no pré-natal. Nesse sentido, em seus discursos, as puérperas demonstraram a importância de terem recebido informações com a construção do plano de parto e conseqüentemente solidificou a autonomia.

[...] me ajudou muito, aprendi tudo no curso de gestante que teve, para mim foi essencial. O plano é muito bom, a gente sabe de mais coisas e o que tem, fica mais confiante, pode escolher o que quer fazer, porque eles só sabem mandar fazer isso, faz aquilo e nem pergunta se a gente quer. (AMARÍLIS)

A partir do momento em que as participantes tiveram informações claras e objetivas em rodas de conversas, elas conseguiram desenvolver sua autonomia de forma plena no momento do nascimento. Assim, teve como conseqüências mulheres mais ativas e condutoras do seu trabalho de parto e parto.

Eu tive mais autonomia. A gente sabe o que tem direito, o que a gente tem que fazer, o que a gente pode fazer para diminuir a dor como massagens para ficar mais tranquila, ficar calma. Não tive dificuldades em ter meu filho, era eu que controlava a situação[...]. (GIRASSOL)

A utilizar as práticas expressadas no plano de parto as mulheres perceberam a mudança na assistência obstétrica. As mesmas conseguiram distinguir a diferença com a presença do plano de parto. Nas falas a seguir é perceptível a mudança relatada pelas participantes.

[...] tinha coisas que aconteceu no outro parto meu, que hoje eu sei que não pode. Hoje eu fui sabendo para que serve o soro, a importância do banho, massagem e essas coisas que eu não sabia no outro parto. (GIRASSOL)

Esse foi diferente, né! Isso (Plano de parto) é novidade, porque antes não tinha e com isso agora ficou melhor. A gente se sente à vontade, tem mais liberdade. Essa mudança foi boa, agora está melhor né! A gente tem mais conforto, fica mais tranquila, não fica com tanta ansiedade e medo (CRAVO).

A experiência das mulheres na maternidade de referência as fez perceber que a mesma está engajada na implantação de práticas cada vez menos invasivas e que possa trazer para mulher um momento com conforto e humanizado. Essa experiência as fizeram mais confiantes do seu próprio corpo e permitiram que elas entendessem a magnitude da autonomia para gerar um parto de forma planejada.

4.2 PLANO DE PARTO COMO POSSIBILIDADE DE DISCUSSÃO DAS ESCOLHAS DAS MULHERES PARA UM PARTO RESPEITOSO

Foi evidenciado que as mulheres que utilizaram o plano de parto escolheram as práticas recomendadas pela OMS, tais práticas foram discutidas em momentos educativos de forma dialógica no período pré-natal. A discussão foi imprescindível para compreensão das condutas que devem ser utilizadas no processo de parto e nascimento, bem como os riscos que elas estão expostas diante de intervenções desnecessárias. Nos relatos, foi percebida a satisfação das mulheres com as condutas explicitadas no plano de parto, na qual auxiliaram as mesmas a terem uma experiência satisfatória, positiva e da forma planejada.

[...] Eu usei tudo que coloquei no plano, massagem aliviou, banho me relaxou, bola. Fiz de tudo, caminhei na rampa, fiquei para cima e para baixo. Ajudava na dor. O banho foi a melhor coisa, diminuía a dor da contração, a bola nem tanto. (AMARÍLIS)

Graças a Deus eu não tive anestesia não tive corte que eles costumam dar, não teve o soro, não teve nada. Fiquei feliz porque foi bem o que eu queria, foi bem melhor. Com o soro, aquela dor é horrível, é uma tristeza. Esse não teve corte, não houve anestesia, foi natural. Fiz tudo, banho muito bom, com a bola eu nem senti tanta dor nas costas. Foi meu parto dos sonhos [...]. (LÍRIO)

A implantação do plano de parto na assistência à saúde das participantes foi uma forma de trazê-la para a discussão das práticas utilizadas no trabalho de parto e parto contemplando o meio social e cultural que a mulher e família estão inseridas para a sua eficácia. Nas afirmações das puérperas percebe-se a satisfação com a equipe de profissionais de saúde e a influência que esse momento oferece nos possíveis partos futuros.

[...] enfermeiro fica encostadinho conversando comigo, gostei muito de todos que estavam trabalhando lá. Me explicaram tudo e disseram que tudo que eu coloquei no plano eles iam fazer o máximo para tudo acontecer [...]. (CRAVO)

Se o parto dele fosse desse jeito eu já tinha tido ela mais rápido (risos) mas fiquei com medo de passar de novo com o que eu passei porque o dele foi muito doido eu achei que eu ia morrer, teve soro e corte [...]. Agora tá tudo diferente. Meu marido me ajudou demais e ele adorou dessa forma. Super feliz, eu aguentaria outro tranquilo (LÍRIO)

Ao serem questionadas sobre as práticas que estavam no plano de parto, as mulheres expuseram entusiasmo ao elaborar suas expectativas. Elaborá-lo aguçou um sentimento de poder e controle nas mulheres. Contudo quando elas foram apresentar o plano de parto foi demonstrado suas insatisfações devido ao desrespeito das condutas escolhidas.

Eu levei, mas elas não aceitaram, eu entreguei para a menina e ela me disse que não precisava, e não falou mais nada. Eu achei muito esquisito e não gostei [...]. (JASMIN)

[...] Eu coloquei que queria ficar na bola, mas eles não falaram nada. Aí eu fiquei sem graça porque eles mal falavam comigo, fiquei com medo de pedir e eles me xingarem Aí fiquei esperando no que ia dá com as coisas que eu escolhi. (MARGARIDA)

A comunicação não-verbal entre as mulheres e profissionais de saúde é um dos objetivos do plano de parto, mas isso não desvaloriza o diálogo no trabalho de parto. A conversa é um estimulador da autonomia. Ao relatar que não tinha diálogo é notório a influencia na autonomia da participante. Ser informada foi um desejo de todas e quando não foi respeitada foi observado sentimentos frustrantes.

[...] Pedi para ser informada de tudo, ai do nada o médico colocou o ferro para tirar meu bebê e não falaram nada. Meu marido que viu e pediu para tirar [...] Me senti nervosa naquela confusão com os dois, ai para piorar a enfermeira subiu na minha barriga para empurrar sem falar nada, eu fiquei com medo e nervosa. (ROSA).

Para a efetividade do plano de parto deve ter o envolvimento e comprometimento de todos profissionais de saúde na assistência a gestante e parturiente. É uma forma de diálogo entre a equipe de saúde e a mulher, quando esse elo é desfavorável se perde a comunicação entre os envolvidos. Com isso, pode ter repercussão negativa nas expectativas e desejos elucidados pelo plano de parto.

5 DISCUSSÃO

Através de atividades de educação em saúde a mulher adquire informações necessárias para elaborar os seus próprios conceitos, livres de paradigmas e preconceitos estabelecidos pela evolução da sociedade. A elaboração do plano de parto em rodas de conversa é uma estratégia para uma discussão sobre o parto, apresentando assim um conjunto de ações que objetivam evitar iatrogenias e danos relacionados a procedimentos obsoletos e desnecessários realizados comumente com a mulher e com o bebê na cena do parto (BUTLER et al., 2015; TESSER *et al.*, 2015).

Nas rodas de conversa é exigido um maior esforço das gestantes para que se possa compreender e expressar os seus valores culturais, medos e necessidades, facilitando a comunicação sobre as expectativas e preferências aos profissionais da assistência. Uma das principais vantagens do plano de parto é a melhoria que ocorre na comunicação com os profissionais envolvidos diretamente com as gestantes, o que auxilia na positividade da sensação de poder escolher e ter um melhor controle durante o parto, tornando as mulheres mais conscientes de suas opções (TESSER *et al.*, 2015). As mulheres vêm descobrindo que elas podem possuir bem mais autonomia do que imaginavam (SOUZA, 2013). Nas falas foi percebido que as mulheres se sentiram confiantes para relatarem os desejos e expectativas. Nesse sentido, o trabalho de parto ficou mais prazeroso e tranquilo.

Na medida em que a mulher adquire maior conhecimento ela solidifica sua autonomia e se empodera das decisões do seu corpo. A autonomia é construída em um contexto onde o ser que busca autonomia deve se assumir, deve ser autêntico. Essa assunção

de um homem que pensa, que transforma, que cria, que sonha, que ama e se encoleriza é uma tarefa crucial para através do uso da razão escolher o que é melhor para si, já que é a partir do autoconhecimento que o indivíduo reconhecerá sua identidade (FREIRE, 1996). Ao permitir que as mulheres escolham o que é melhor para seu corpo, observou nas falas das participantes, o empoderamento feminino e satisfação em ter o poder de decisão e escolha.

Durante o trabalho de parto, há procedimentos não farmacológicos e não invasivos preconizados pela OMS e MS que beneficiam o processo do nascimento, como o banho em água morna, que melhora a circulação sanguínea, promove o relaxamento muscular e regula as contrações; a ingestão de alimentos, que repõe as energias e hidratação da parturiente e a deambulação, massagem e controle da respiração, que reduzem o tempo do trabalho de parto, alivia dores e tensões e mantém a oxigenação materno-fetal, respectivamente (SILVANI, 2010; LEAL *et al.*, 2014; OMS, 1996). Estas práticas têm sua eficácia comprovada por evidências científicas. Atualmente, por exemplo, associa-se uma experiência de parto positiva à presença do acompanhante escolhido pela mulher, o qual oferece maior apoio emocional e segurança do que os membros da equipe hospitalar (CIELLO, 2012; VELHO; SANTOS; COLLAÇO, 2014).

O bem-estar e conforto foram identificados pelas parturientes que utilizaram as medidas benéficas na evolução do trabalho de parto. O banho de imersão trouxe relaxamento, as massagens aliviaram as tensões. As doulas, junto com acompanhante ofereceram apoio emocional. Entretanto as implicações das boas práticas são subjetivas. Como exemplo a bola suíça que teve relatos favoráveis quanto ao conforto, e outra puérpera não teve o resultado esperado.

Um parto bem-sucedido, cumulado de respeito, segurança e acalento, propicia à mulher, uma experiência transgressora, enchendo-a de autoconfiança como mãe e pessoa, e deixa lembranças positivas que serão associadas à maternidade, promovendo o vínculo com o bebê. Para garantir que o parto saia como o planejado, as mulheres veem o plano de parto como uma certeza de um atendimento humanizado e sem violências na assistência obstétrica (CORTÉS *et al.*, 2015; DINIZ, 2014). As participantes perceberam as modificações da assistência e reconheceram as consequências em seu corpo. Ao relatar que foi o parto dos sonhos denota a experiência planejada e esperada pela mulher.

Porém, quando o profissional não respeita as decisões da mulher contempladas no plano de parto gera uma situação conflituosa entre profissional e a paciente, na qual foi relatado pela participante. A mulher se sente desrespeitada moralmente, o atendimento passa a ser sem a participação ativa da mulher. O papel do profissional que acompanha o parto é de

extrema importância, pois oferece apoio e conforto à parturiente, acolhe suas angústias, medos, alivia a dor e deve fornecer informações claras e concisas a gestantes sobre todo o processo. Quando não há adesão dos profissionais ao plano de parto, gera como consequências, insatisfação da mulher em relação ao parto e desrespeito com as suas decisões (D'ORSI et al., 2014; MACIAS *et al.*, 2013;).

As mulheres em seu momento de parto não podem aceitar que seu direito seja violado, e sejam tratadas como meros objetos pelos profissionais de saúde. Elas devem questionar e incomodar o modelo de assistência para que seja modificado. Nos relatos é perceptível que ainda tem o que fazer para estimular autonomia da mulher no parto para que elas se sintam confiantes em falar o seu desejo mesmo não sendo oferecido, em ter condições de participar das discussões dos procedimentos e ter informações científicas para poder permitir o que pode ser feito.

É urgente a necessidade de se promover um ambiente com um atendimento que prime pela autonomia e dignidade à gestante e seu acompanhante, para que ela possa praticar com liberdade suas escolhas e seus desejos. As mulheres reivindicaram ao longo da história da humanidade os seus direitos, lutaram por igualdade de gênero e consequentemente obtiveram muitas conquistas. No entanto, o atual tratamento dado às gestantes no pré-natal, privando-as de informações de qualidade, e às parturientes no momento do parto impedindo-as de decidir por suas escolhas, significa um verdadeiro retrocesso que repercute negativamente na sociedade em geral (AQUINO, 2014; SEN, 2000; OMS, 2014).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do objetivo proposto, esta pesquisa proporcionou conhecer as contribuições do plano de parto para as mulheres que participaram da oficina de planejamento de parto para construção do mesmo. Com os resultados apresentados, foi evidenciado que o plano de parto implicou para as boas práticas no fortalecimento da autonomia e empoderamento feminino, na propagação das condutas com evidências científicas para o seu uso na assistência obstétrica e na redução das práticas abusivas e sem respaldo técnico e legal para seu uso rotineiro em partos com riscos habituais.

Como resultado do respeito às boas práticas presentes no plano de parto das mulheres, foi observado que as mulheres ficaram mais tranquilas, as contrações uterinas

foram aliviadas com métodos não farmacológicos como massagem e banho de aspersão, ficaram mais autônomas para exigir seus direitos, como presença de um acompanhante que ofereceu apoio psicológico e satisfação com ausência de condutas que não gostariam que fossem feitas. Assim, o plano de parto favoreceu com que as mulheres vivenciassem uma experiência positiva e agradável. A partir dessa experiência positiva as mulheres desconstruíram mitos e preconceitos estipulados pela sociedade a respeito do parto normal.

Entretanto, os resultados apresentaram um despreparo de alguns profissionais de saúde com a aceitabilidade do plano de parto. Foi demonstrada a ausência das condutas descritas no plano, diante disso, percebe-se uma necessidade de envolvimento e respeito de toda a equipe com o plano apresentado pelas gestantes. Em suma, quando há o desrespeito aos desejos da mulher pode ocasionar sentimentos negativos como medo, ansiedade, falta de acolhimento pela equipe dentre outros que pode influenciar no estado físico e psicológico da mulher e seu acompanhante.

A pesquisa limitou-se a gestantes cadastradas em uma ESF de Sete Lagoas e que construíram o plano de parto em atividades educativas coletivas e que levou o mesmo para a maternidade. Tem como proposta futura a avaliação da implicação do plano de parto na percepção dos profissionais de saúde, pois assim será possível conhecer as dificuldades que a equipe possa ter na aceitação das condutas escolhidas pelas gestantes.

REFERÊNCIAS

ANDERSON, Cynthia Jane; KILPATRICK Caithin. Supporting Patients' Birth Plans - Theories, Strategies & Implications for Nurses. *AWHONN*, v.16, n.3, p. 210-218, 2012. Disponível em :< [http://nwhjournal.org/article/S1751-4851\(15\)30670-X/fulltext](http://nwhjournal.org/article/S1751-4851(15)30670-X/fulltext) >. Acesso 20 maio 2017.

AQUINO; Estela Maria Mota Lima Leão; Para reinventar o parto e o nascimento no Brasil: de volta ao futuro *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v.30, p. 128-139, maio. 2014. Disponível: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0008.pdf>> . Acesso em 15 fev. 2017.

BALASKAS, Janet. *Parto Ativo: Guia Prático para o Parto Normal*. Tradução Adailton Salvatore Meire. São Paulo, Ground, 1993.

BARDIN, Laurence. *Análise de Conteúdo*. Tradução Luís Antero Reto. Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2016.

BARRIOS, Margarita Ahumada; ALVORADO, German. Fatores de Risco para parto prematuro em um hospital. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-24-02750.pdf>. Acesso em 03 jun.2017.

BEHRUZI, Roxana *et al.* Understanding childbirth practices as an organizational cultural phenomenon: a conceptual framework. *BMC Pregnancy and Childbirth*. v.205, n.13, 2013. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1471-2393/13/205>> . Acesso em: 15 maio 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde Portaria nº 569, de 1 de junho de 2000. *Institui o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde- SUS*. Diário Oficial da |União. 2000: Seção 1

_____. *Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. *Lei no 11.108*. Altera a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Diário Oficial da União 2005.

_____. *Portaria nº 1.459*, 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde a Rede Cegonha. Diário Oficial da |União. 2011: Seção 1.

_____. *Atenção ao pré-natal de baixo risco*. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília, 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf>. Acesso 03 jun.2017.

_____. *Humanização do parto e do nascimento / Ministério da Saúde. Universidade Estadual do Ceará*. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <http://www.redehumanizasus.net/sites/default/files/caderno_humanizasus_v4_humanizacao_parto.pdf>. Acesso em 02 jun. 2017

_____. *Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana- CONITEC*. Brasília, Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2015/Relatorio_PCDTCesariana_CP.pdf>. Acesso em 03 jun. 2017

_____. *Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal- CONITEC*, Brasília, 2016. Disponível em: <http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio_Diretriz-PartoNormal_CP.pdf>. Acesso em 10 out.2016.

_____. *Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida- CONITEC*. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf>. Acesso em dez. 2016.

BUTLER, Michelle *et al.* Evaluating midwife-led antenatal care: Choice, experience, effectiveness, and preparation for pregnancy. *Midwifery*. v.31, p.418-425, 2015. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1471-2393/13/205>>. Acesso em mar.2017.

CIELLO, Cariny *et al.* Violência Obstétrica: “Parirás com dor”. *Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres* 2012. Disponível em: <<https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>>. Acesso em 04 jun.2017.

CORTES, María Suárez *et al.* Uso e influência dos Planos de Parto e Nascimento no processo de parto humanizado. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. v.23, n.3, p.520-526, maio-jun. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/2015nahead/pt_0104-1169-rlae-0067-2583.pdf>. Acesso 29 maio 2017.

COREY, Shelley White. Birth plans: tickets to the or? *Lippincott Williams & Wilkins*. v.38, n. 5, September/October 2013.

DINIZ, Simone Grilo. O renascimento do parto, e o que o SUS tem a ver com isso. *Interface*, v.18, n.48, p. 217-20, 2014. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180130050020>>. Acesso 05 jun. 2014.

DEMO, Pedro. *Metodologia do Conhecimento Científico*. São Paulo: Editora Atlas, 2013.

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. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.30, p. 5-7, Maio, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300017>. Acesso 20 out.2016.

D'ORSI, Eleonora *et al.* Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v.30, p. 128-139, maio. 2014. Disponível: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2014001300021&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso 20 maio 2017.

FREIRE, Paulo. _____. *Consciência e história: a práxis educativa de Paulo Freire* (antologia). São Paulo: Loyola. 1979.

_____. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

FARAHAT Amal Hussaim *et al.* Effect of Implementing A Birth Plan on Womens' Childbirth Experiences and Maternal & Neonatal Outcomes. *Journal of Education and Practice*, v.6, n.6, 2015

FUJITA, Júnia Aparecida Laia da Mata; SHIMO, Antonieta Keiko Kakuda. Parto humanizado: experiências no sistema único de saúde. *Rev. Min. Enferm.* Belo Horizonte, v.18, n.4, out/dez, 2014. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/979>>. Acesso em: 15 set.2016.

KITZINGER, Sheila. *Mães: um estudo antropológico da maternidade*. Lisboa: Editorial Presença, 1978.

LEAL, Maria do Carmo *et al.* Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.30, p.5-7, Maio, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0017.pdf>>. Acesso em: 10 set.2016.

MACIAS, Juan Carlos Higuero *et al.* Influencia de los planes de parto en las expectativas y la satisfacción de las madres. *Matronas Prof.* v.14, n.3-4, p.84-91, 2013. Disponível em: <<http://www.federacion-matronas.org/revista/matronas-profesion/sumarios/i/17004/173/influencia-de-los-planes-de-parto-en-las-expectativas-y-la-satisfaccion-de-las-madres>>. Acesso em 02 jun.2017.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 13. ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Assistência ao parto normal: um guia prático. Relatório de grupo técnico*. Genebra: OMS, 1996.

_____. *Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde*. Genebra: OMS, 2014.

PRODANOV, Cleber Cristiano; FREITAS, Ernani César de. *Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico*. 2. ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

RATTNER, Daphne; MOURA, Erly Catarina. Nascimentos no Brasil: associação do tipo de parto com variáveis temporais e sociodemográficos. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant*, Recife, v.16, n.1, p. 39-47, jan. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292016000100039>. Acesso 13 out.2016.

SILVANI, Cristina Maria Baldo. *Parto Humanizado – Uma revisão bibliográfica*. Universidade Federal do rio grande do Sul – Monografia- Porto Alegre, 2010.

SEN, Amartya Kumar. *Desenvolvimento como Liberdade*. São Paulo: Companhia das Letras, 2000. p. 322.

SOUZA, Ana Maria Magalhães. *Práticas obstétricas na assistência ao parto e nascimento em uma maternidade de Belo Horizonte*. 2013. f.139. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, UFMG, Belo Horizonte. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/handle/1843/GCPA-97BHGB>>. Acesso 10 mar. 2017.

TESSER, Charles Dalcanale *et al.* Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. *Rev Bras Med Família e Comunidade*. , v. 10, n. 35, p. 1-12, 2015. Disponível em: <<https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1013>> . Acesso em 05 jun. 2017.

VELHO, Manuela Beatriz; SANTOS, Evanguelia Kotzias Atherino dos; COLLACO, Vânia Sorgatto. Parto normal e cesárea: representações sociais de mulheres que os vivenciaram. *Rev. Bras. Enfermagem*, v.67, n.2, p.282-289, mar. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000200282>. Acesso em: 15 nov.2016.

VIELLAS, Elaine Fernandes *et al.* Assistência pré-natal no Brasil. *Caderno de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v.30, p. 5-7, maio, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300016>. Acesso em: 10 out.2016.

Quem tem a maior renda da família?

Você (a própria mulher) Outra pessoa da família O companheiro Outro _____

Qual a cor da sua pele? branca preta parda amarela

indígena Não sei / não quero responder

ENTREVISTA COM AS MULHERES

- Como foi seu parto?
- Quais práticas foram realizadas?
- Fale das que você gostou e o que sentiu?
- Como foi para você construir seu plano de parto? Como as informações que você recebeu no pré-natal te ajudou na elaboração?
- O plano de parto te ajudou a ter o parto que você planejou? Como?
- Como você se sentiu com ele?

APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO TCLE

Você Está Convidado (A) A Participar Da Pesquisa

BOAS PRÁTICAS NA ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO: IMPLICAÇÕES DO PLANO DE PARTO

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa: BOAS PRÁTICAS NA ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO: IMPLICAÇÕES DO PLANO DE PARTO, de autoria de professor e aluno do curso de Enfermagem da Faculdade Ciências da Vida.

2 – Objetivo

O objetivo geral deste trabalho é conhecer as implicações do plano de parto em relação o às boas práticas na assistência ao seu parto e nascimento.

3- Procedimentos do estudo

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de muita importância, conhecer as concepções das puérperas em relação às boas práticas na assistência ao seu parto e nascimento e seu impacto para a mulher e bebê em uma Unidade Básica de Saúde no interior do estado de Minas Gerais. Consistirá em entrevista não estruturada.

Vale ressaltar que a sua participação será voluntária, com total liberdade de recusar-se ou desistir em qualquer fase do estudo. O sigilo de suas informações será garantido assim como sua privacidade do anonimato, você será identificado por siglas ou pseudônimos. Os dados serão analisados e acessíveis a você, e os resultados serão utilizados para fins científicos.

Você não terá nenhuma despesa, decorrente de sua participação na pesquisa, também não haverá nenhum tipo de remuneração pela participação da mesma, sua participação é voluntária. Qualquer gasto que por ventura surgir em decorrência da pesquisa será custeado pelo pesquisador/orientador.

A entrevista terá uma duração média de 20 a 30 minutos e será gravada. A pesquisa apresenta riscos de constrangimento para a entrevistada. Para minimizar os riscos o pesquisador fará a entrevista em data e local previamente agendada, em ambiente privado de escolha da mulher. E a mesma poderá interromper a pesquisa a qualquer momento que desejar.

Deixo de forma bem esclarecedora todas as informações necessárias para o desenvolvimento desta pesquisa e coloco-me a sua disposição para esclarecer quaisquer dúvidas e se por ventura existirem, poderá entrar em contato com o orientador da pesquisa Milene Silva Rodrigues, pelo telefone – 031 98280756 ou através do email: milenesilvarodrigues@yahoo.com.br.

4 – Declaração de consentimento

Li as informações contidas neste documento antes de assinar este termo de consentimento livre e esclarecido – TCLE. Declaro que fui informado sobre a metodologia de estudo e que tive tempo suficiente para avaliar e entender as informações acima. Confirmando que recebi uma cópia deste formulário (TCLE) e dou meu consentimento de livre e espontânea vontade e sem reservas para participar como sujeito da pesquisa.

Assinatura do participante.....
Assinatura do pesquisador
Local e data

Pesquisador responsável: Milene Silva Rodrigues.

Acadêmico: JANAINA COSTA E SILVA

Endereço: Alameda Ezequiel Dias N° 275	
Bairro: Santa Efigênia	CEP: 30.130-110
UF: MG	Município: BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3248-7100	E-mail: cep@feluma.org.br

ANEXO 1- PLANO DE PARTO UTILIZADO NA PESQUISA

Capa

Fonte:
 Projeto – Construindo Estratégias para o Fortalecimento da Autonomia das Mulheres no Processo de Parto e Nascimento em Interface entre a Extensão e a Pesquisa.
 Coordenadora: Kleyde Ventura Souza / Edital FAPEMIG 07/2012
 Escola de Enfermagem da UFMG
 Mestranda: Milene Silva Rodrigues
 Imagem: <https://maefelicidadeaduplicar.wordpress.com>



Projeto de Extensão Educando para o Bem Nascer

Instituição Responsável: Faculdade Ciência da Vida
 Apoio: Rotary Clube Serra



Elaboração

Enfermeira coordenadora do projeto de extensão: Milene Silva Rodrigues
 Enfermeira coordenadora da Maternidade: Carina Fernando Magalhães Lino
 Responsável Técnica da Obstetrícia: Luciane Lopes Freire Sader
 Referência de Saúde da Mulher: Andrelle Caroline Bernardes Afonso

Realização
 Secretaria Municipal de Saúde Sete Lagoas

PLANO DE PARTO

Nome da gestante _____
 Nome do bebê _____
 Nome do acompanhante _____
 Nome da maternidade _____

Interior

assistência ao parto da gestante. Deve ser construído durante o pré-natal, e é baseado em informações que a mulher recebeu sobre o processo de parir e nascer. Nele a mulher faz escolhas informadas, ou seja, descreve um planejamento pautado em seus desejos e expectativas, bem como, sobre o conhecimento do serviço obstétrico que sua maternidade de referência pode oferecer a você e a seu bebê.

Observe, esses são os sinais que você procurar a maternidade!

- Casos de sangramento
- Contrações frequentes de cinco em cinco minutos, durante uma hora
- Perda de líquido (se a bolsa romper)
- Diminuição ou ausência dos movimentos fetais

Como irei para a maternidade? _____

Coisas que devo levar para a maternidade:

- Carteira de identidade ou outro documento que contenha foto
- Cartão do SUS; Comprovante de endereço
- Carteirinha de convênio para gestantes que tenham plano de saúde
- Cartão de pré-natal; exames e ultrassons
- Certidão de casamento para registro civil do recém-nascido

Já preparei a minha mala? Sugestões...

- 1 pacote de fraldas descartáveis; 3 conjuntos de roupa do recém-nascido; 1 manta; 1 toalha de banho para o recém-nascido; sabonete neutro para recém-nascido; 1 escova para pentear o cabelo do recém-nascido; 1 camisola não transparente; Calcinhas de côs alto para não tocar no local da cirurgia, em caso de cesariana; 1 roupão ou 1 hobby para andar no corredor da maternidade; 1 roupa para quando receber a alta hospitalar; 1 par de chinelos.

Existe alguma questão importante que eu gostaria que fosse considerado durante o trabalho de parto e nascimento?

Desejo ter uma doula comigo?

- () Sim () Não

trabalho de parto. A mulher deve adotar as posições que lhe forem sendo mais confortáveis (sentada, deitada de lado, de cócoras, de joelhos, de pé e outras de sua escolha)

- () Gostaria de caminhar e mudar de posição durante o decorrer do trabalho de parto;
- () Gostaria de me manter quieta durante o trabalho de parto

Como eu gostaria que fosse o ambiente onde irei realizar o meu parto?

- () Desejo um ambiente com mínimo de ruído e luminosidade.
- () Desejo ouvir músicas no meu celular com fone de ouvido
- () Outros _____

Desejo ingerir líquidos durante o trabalho de parto? Quais?

() Sim () Não () Água () Suco () Outros _____

Existem métodos que auxiliam a mulher no alívio da dor durante o trabalho de parto, como o exercício na bola, banho morno de chuveiro, massagem pela doula ou acompanhante e auxílio em técnicas de respiração. Desejo usar quais métodos?

Desejo, se possível, evitar o corte no meu períneo (episiotomia)?

- () Sim () Não

Desejo que a equipe de enfermagem, se possível, fotografe meu parto?

- () Sim () Não

Gostaria que eu e meu acompanhante fôssemos informados sobre a evolução do parto e necessidades de intervenções ou cesariana?

- () Sim () Não

Quando o bebê nascer desejo:

- () Ter contato pele a pele imediato
- () Ser auxiliada para amamentar na primeira hora de vida
- () Ser informada sobre os procedimentos a serem realizados com meu bebê

Caso tenha outros desejos e expectativa em relação à vivência do parto, registre aqui.

ANEXO 2- COMPROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA CIÊNCIAS MÉDICAS - MG (CEPCM-MG)				
<small>Continuação do Parecer: 2.002.200</small>				
Avaliação dos Riscos e Benefícios:				
Riscos: Constrangimento da mulher na hora da entrevista.				
Benefícios: Incentivar os profissionais da maternidade a adotarem todas as boas práticas recomendadas pela OMS.				
Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:				
Trata-se de um estudo bem estruturado, com boa redação apresentando um tema atual e de grande relevância para a saúde da gestante.				
Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:				
- Formulário de encaminhamento contendo os dados das pesquisadoras, sem assinatura;				
- Carta de apresentação da aluna para a realização da pesquisa				
- Termo de responsabilidade e compromisso do pesquisador responsável pelo projeto datado e assinado e apresentado corretamente				
- Cronograma apresentado no corpo do projeto.				
- Projeto bem estruturado apresentado em anexo				
- Folha de rosto contendo termo de compromisso do pesquisador responsável e termo de compromisso do responsável pela instituição, datado e assinado - apresentado corretamente				
- TCLE apresentado em anexo,				
Recomendações:				
Recomendamos formatar o TCLE, pois apresenta dois tamanhos de letras além de espaçamentos diferentes entre as linhas e parágrafos.				
Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:				
As correções sugeridas no projeto foram prontamente atendidas e apresentadas em anexo com as modificações registradas em destaque.				
Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:				
Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PE_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_787533.pdf	29/04/2017 18:49:34		Aceito
Outros	RESPOSTA.pdf	29/04/2017 18:49:10	Milene Silva Rodrigues	Aceito
Outros	Apresentacao1.pdf	13/04/2017 11:27:14	Milene Silva Rodrigues	Aceito
<small>Endereço: Alameda Ezequiel Dias N° 275 Bairro: Santa Efigênia CEP: 30.130-110 UF: MG Município: BELO HORIZONTE Telefone: (31)3248-7100 E-mail: cep@feluma.org.br</small>				

COMITÊ DE ÉTICA EM
PESQUISA CIÊNCIAS
MÉDICAS - MG (CEPCM-MG)



Continuação do Parecer: 2.002.200

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	13/04/2017 11:26:21	Milene Silva Rodrigues	Aceito
Outros	Autorizacao1.pdf	13/04/2017 11:10:33	Milene Silva Rodrigues	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.docx	22/03/2017 00:19:21	Milene Silva Rodrigues	Aceito
Outros	Formulario.docx	28/11/2016 18:12:43	Milene Silva Rodrigues	Aceito
Outros	Termo.pdf	28/11/2016 18:11:11	Milene Silva Rodrigues	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	28/11/2016 18:06:52	Milene Silva Rodrigues	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELO HORIZONTE, 14 de Maio de 2017

Assinado por:
FRANCISCO JOSÉ FERREIRA DA SILVEIRA
(Coordenador)

Endereço: Alameda Ezequiel Dias N° 275
Bairro: Santa Efigênia CEP: 30.130-110
UF: MG Município: BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3248-7100 E-mail: cep@feluma.org.br