

PLANO DE PARTO EM RODAS DE CONVERSA: ESCOLHAS DAS MULHERES

DELIVERY PLAN IN CONVERSATION CIRCLES: WOMEN'S CHOICES

EL PLAN DE PARTO EN RUEDAS DE CONVERSACIÓN: OPCIONES DE LA MUJER

Rebeca Pinto Costa Gomes ¹
Rozana de Souza e Silva ²
Débora Cecília Chaves de Oliveira ³
Bruna Figueiredo Manzo ⁴
Gilberto de Lima Guimarães ⁵
Kleyde Ventura de Souza ⁶

¹ Enfermeira. Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, Escola de Enfermagem – EE, Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública – EMI. Belo Horizonte, MG – Brasil.

² Enfermeira. UFMG, EE, EMI. Belo Horizonte, MG – Brasil.

³ Enfermeira. Mestranda. UFMG, EE, EMI. Belo Horizonte, MG – Brasil.

⁴ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta. UFMG, EE, EMI. Belo Horizonte, MG – Brasil.

⁵ Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Professor Adjunto. UFMG, EE, Departamento de Enfermagem Básica – ENB. Belo Horizonte, MG – Brasil.

⁶ Enfermeira. Doutora. Professora Adjunta. UFMG, EE, EMI. Belo Horizonte, MG – Brasil.

Autor Correspondente: Kleyde Ventura de Souza. E-mail: kleydeventura@uol.com.br

Submetido em: 22/04/2017

Aprovado em: 28/07/2017

RESUMO

Objetivou-se caracterizar os desejos e expectativas de gestantes descritos em um plano de parto. Estudo descritivo exploratório, tendo como instrumento o plano de parto da caderneta da gestante da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Fizeram parte do estudo 84 gestantes em acompanhamento pré-natal, no período de março a novembro de 2014. Os resultados evidenciaram que, das 84 mulheres, 71 indicaram o marido como acompanhante de sua escolha, 68 gostariam de fazer uso do banho de chuveiro/banheira para aliviar as dores, enquanto 23 referiram o uso de anestesia. Assim, foi possível conhecer as principais escolhas relativas ao processo parturitivo. Cabe aos profissionais de saúde proporcionar informações que contribuam para a tomada de decisão da mulher. Acredita-se que, ao adquirir conhecimento e receber estímulo da equipe de saúde, a gestante realizará escolhas informadas e se aproximará de um atendimento qualificado e humanizado.

Palavras-chave: Tomada de Decisões; Participação do Paciente; Parto Humanizado; Enfermagem Obstétrica.

ABSTRACT

The objective was to characterize the desires and expectations of pregnant women described in a delivery plan. This is an exploratory descriptive study using the delivery plan of the pregnant woman's handbook of the Municipal Health Department of Belo Horizonte as instrument. The study included 84 pregnant women in prenatal care, from March to November 2014. The results showed that 71 out of 84 women indicated the husband as chosen companion, 68 would like to use the shower/bath to relieve the pain, and 23 mentioned the use of anesthesia. Thus, it was possible to learn the main choices regarding the parturitive process. It is up to health professionals to provide information to contribute to women's decision-making. We believe that, by acquiring knowledge and receiving encouragement from the health team, pregnant women will make informed choices and the care will be closer to the qualified and humanized model.

Keywords: Decision Making; Patient Participation; Humanizing Delivery; Obstetric Nursing.

RESUMEN

El objetivo del presente estudio fue definir los deseos y expectativas de las embarazadas descritos en un plan de parto. Estudio descriptivo exploratorio cuyo instrumento era el plan de parto de la libreta de la embarazada de la Secretaría Municipal de Salud de Belo Horizonte. Participaron 84 gestantes en seguimiento prenatal, entre marzo y noviembre de 2014. Los resultados evidenciaron que, de las 84 mujeres, 71 eligieron a su marido como acompañante, 68 querían usar la ducha o la bañera para aliviar el dolor y 23 se refirieron a la anestesia. De este modo, pudieron conocerse las principales opciones para el proceso de parto. Les corresponde a los profesionales de la salud brindar información que contribuya a la toma de decisiones de la mujer. Se entiende que al adquirir conocimiento y recibir estímulo del equipo de salud, la mujer embarazada realizará elecciones informadas y tendrá más posibilidades de recibir atención calificada y humanizada.

Palabras clave: Toma de Decisiones; Participación Del Paciente; Parto Humanizado; Enfermería Obstétrica.

Como citar este artigo:

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[citado em ____ ____];21:e-1033. Disponível em: _____. DOI: 10.5935/1415-2762.20170043

INTRODUÇÃO

Ao longo dos anos, a história do processo parturitivo vem se transformando progressivamente. A princípio, o parto ocorria em ambiente familiar e íntimo, o que permitia à mulher expressar-se, sendo assistida exclusivamente por mulheres denominadas parteiras. Com o advento da tecnologia e de novas descobertas no campo científico, visando controlar complicações e possíveis condições de risco, o parto deixa o espaço privado e ocupa um novo ambiente: o hospitalar.^{1,2}

Surge o modelo tecnocrático de atenção ao parto e ao nascimento. Tal modelo é discutido por Davis-Floyd como sendo pautado na figura do médico, que passa a conduzir a gravidez como uma doença e usa de inúmeras intervenções e de medicalizações muitas vezes desnecessárias.³ Assim, o local, o tipo de nascimento, o momento do parto, o acompanhante, entre outras preferências, passaram a ser definidas pelos profissionais, retirando o poder de decisão da mulher sobre o seu próprio corpo e as suas escolhas.⁴

Em consequência, os indicadores de saúde refletem a má qualidade da assistência obstétrica no Brasil, com altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal, além do elevado índice de cesáreas.⁵ Diante desse contexto de riscos gerados ao binômio mãe-filho e de insatisfação com a assistência ofertada às mulheres, iniciaram-se, nas décadas de 1980 e 1990, movimentos sociais em favor dos direitos sexuais e reprodutivos da mulher, para garantir acesso à saúde integral e resgatar a autonomia e a dignidade das mulheres, bem como a humanização no processo parturitivo.^{6,7}

Com a finalidade de incentivar a melhoria dessa assistência e de estimular o uso de práticas baseadas em evidências científicas, o Ministério da Saúde (MS) implantou um conjunto de ações por meio de Portarias que visam ao desuso de práticas desnecessárias como, por exemplo, a episiotomia de rotina, o enema, a redução drástica das cirurgias cesarianas e o uso do fórceps rotineiro.⁶

Em 2002, foi publicado o manual do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), destinado a promover práticas humanizadas nos serviços hospitalares, de modo a satisfazer e estimular as mulheres a participar ativamente das decisões, tais como: escolher a posição para parir, o acompanhante, etc. Essas práticas são reconhecidas como boas na assistência ao parto e ao nascimento e são recomendadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) desde 1996.⁸

Entre as boas práticas, há o plano de parto (PP). Trata-se de um documento escrito em que as gestantes expressam antecipadamente suas escolhas referentes ao cuidado que gostariam de receber durante o trabalho de parto e parto, evitando intervenções desnecessárias e indesejadas.⁹ O preenchimento deve ser realizado, preferencialmente, após a mulher receber esclarecimentos sobre a gestação, a fisiologia do parto, a possibilidade de ela fazer escolhas, a valorização do parto normal, os ris-

cos de intervenções desnecessárias, como a cirurgia cesariana programada, entre outras informações.¹⁰ A escolha informada promove a participação ativa da mulher no processo de parturição, além de manifestar um direito que deve ser exercido por ela e ser orientado pelos profissionais de saúde.¹⁰

O plano de parto deve ser entregue aos profissionais no momento em que a gestante adentrar a maternidade, possibilitando decisões compartilhadas entre os envolvidos na assistência ao parto e à parturiente.¹¹ Diante das diversas estratégias praticadas, tendo por finalidade resgatar o parto como um processo empoderador da mulher e, assim, eliminar a cultura intervencionista, os profissionais de saúde exercem relevante papel na concretização do plano de parto da mulher. Caso a equipe ignore o plano, a autonomia e as escolhas da mulher estarão rendidas à vontade desses profissionais, que passam a ocupar o papel de protagonista da parturiente e a transferem para o papel de coadjuvante.

A partir da possibilidade de a mulher refletir sobre suas preferências e expressá-las em um plano de parto, questiona-se: quais são suas escolhas em relação ao processo de parto e nascimento? Diante do exposto, este artigo pretende caracterizar os desejos e as expectativas de gestantes expressos em um plano de parto. Nota-se, então, a relevância do presente texto para orientar a equipe assistencial sobre o que as mulheres desejam.

A equipe de enfermagem acompanha de perto a gestante em todo o processo parturitivo e, por isso, tem a tarefa de compartilhar com os demais profissionais envolvidos os desejos expressos no plano de parto, de oferecer um cuidado qualificado que atenda ao máximo às expectativas e de exercer o direito da mulher de ter sua autonomia baseada em escolhas informadas.

MÉTODO

Este é um estudo descritivo-exploratório com abordagem quantitativa, em que se utilizou um recorte da pesquisa “Construindo estratégias para o fortalecimento e o resgate da autonomia das mulheres no processo de parto e nascimento”.

Foi desenvolvido por meio de rodas de conversa com gestantes inscritas no sistema de pré-natal (SIS Pré-Natal), em 21 unidades básicas de saúde (UBS) dos distritos da região Norte e da região de Venda Nova da cidade de Belo Horizonte. Os distritos foram selecionados considerando-se o vínculo das UBS com as maternidades do Sistema Único de Saúde (SUS) que atendiam às propostas de humanização do PNHAH.

As rodas de conversa aconteceram nas UBS após ampla divulgação durante quatro semanas, por meio de cartazes, de contato direto com as gestantes em salas de espera, dos profissionais de saúde e dos agentes comunitários de saúde (ACS). Elas foram realizadas com data e horários previamente definidos com os gestores das unidades básicas.

Participou do estudo a amostra de 114 gestantes. Os critérios de inclusão foram gestantes com qualquer idade gestacional e inscritas no pré-natal das UBS. Já os critérios de exclusão foram gestantes com dificuldade ou impossibilidade de comunicação verbal, com dificuldades mentais e o não comparecimento às rodas de conversa. Do total de 114 gestantes, oito não concluíram a participação, muitas vezes por terem consulta médica no mesmo horário da roda de conversa, reduzindo a amostra para 106 mulheres. No entanto, dessas 106, 22 não atenderam a proposta do preenchimento completo do plano de parto, contabilizando amostra final de 84 gestantes para este estudo.

Realizaram-se 32 rodas de conversa no período de março a novembro de 2014, conduzidas por pesquisadoras treinadas e integrantes do projeto e com o envolvimento de profissionais do serviço. É válido mencionar que, em algumas unidades, realizou-se mais de uma roda de conversa, sempre com participantes diferentes para atender a demanda local.

As rodas de conversa tinham por finalidade informar sobre o plano de parto às gestantes, além de motivá-las ao uso dessa ferramenta, elucidando as percepções e as necessidades delas em relação ao processo de parto e nascimento e explorando suas expectativas em relação ao atendimento, trabalho de parto, parto e pós-parto.

Ao final das rodas de conversa, as gestantes tiveram a oportunidade de elaborar seu plano de parto utilizando como modelo o que consta na caderneta da gestante (Tabela 1) da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA-BH). Também foram incentivadas a identificar itens de que gostariam em seu plano e não constavam no plano de parto proposto.

No plano proposto, a mulher poderia fazer mais de uma escolha em cada pergunta.

Dessa forma, houve oportunidade de discutir sobre as preferências registradas pelas gestantes em seus planos, esclarecendo: as bases científicas que embasam essas preferências, bem como seus benefícios e suas implicações para elas, para seus recém-nascidos e familiares; a relação entre suas escolhas e as práticas institucionais e dos profissionais (limites, possibilidades); e, finalmente, sobre a troca de experiências relativas à elaboração do plano. O plano foi preenchido em duas vias e uma delas foi entregue pelas participantes às pesquisadoras.

Para a análise dos dados, elaborou-se um banco de dados em planilha eletrônica para procedimentos de análise descritiva. A amostra foi caracterizada com a distribuição de frequências absolutas e relativas das variáveis de interesse, segundo as escolhas das mulheres. Os resultados foram organizados seguindo a ordem cronológica de um parto.

O projeto foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais COEP/EEU-FMG sob o nº CAAE 12186813.9.1001,5149 e pela SMSA-BH e financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa de Minas Gerais (FAPEMIG) com parecer nº 508.446. A pesquisa obedeceu aos aspectos éticos de pesquisa envolvendo seres humanos, conforme Resolução nº 466/12 CNS/MS. Todos os participantes e seus responsáveis, quando menores de 18 anos, assinaram um termo de consentimento e assentimento livre e esclarecido (TCLE) após explicitação sobre os propósitos do estudo e detalhamento do seu processo.

Tabela 1 - Modelo de Plano de Parto da SMSA-BH(*)

Para atendermos às suas necessidades no parto é fundamental o registro prévio dos seus desejos e expectativas. O acompanhamento do parto deverá iniciar quando as contrações estão regulares e o colo do útero apresenta-se fino e dilatado. Em caso de perda de líquido ou sangue, mesmo sem contrações, a mulher deve procurar o serviço de saúde. Poderá ter o acompanhante que desejar.

1- Acompanhante que deseja durante a internação na maternidade:

<input type="checkbox"/> Marido/ parceiro/ pai do RN	<input type="checkbox"/> Mãe	<input type="checkbox"/> Filha(o)	<input type="checkbox"/> Amigos
<input type="checkbox"/> Outros familiares	<input type="checkbox"/> Doula	<input type="checkbox"/> Nenhum	<input type="checkbox"/> Outros: _____

No trabalho de parto é recomendável que a mulher se movimente livremente. A posição deitada de costas deve ser evitada. A raspagem dos pelos é desnecessária, assim como a lavagem intestinal. Caso deseje, poderá solicitar um supositório de glicerina para esvaziar o intestino, evitando saída de fezes no momento do parto.

2- Deseja usar supositório de glicerina?

<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
------------------------------	------------------------------

Várias técnicas podem ser utilizadas para aliviar a dor durante o trabalho de parto. Você pode, ainda, escolher usar remédios para aliviar a dor. Nesse caso, o anestesiologista irá injetá-los num espaço próximo da coluna vertebral.

3- Métodos para alívio da dor que deseja ter como opção:

<input type="checkbox"/> Massagens	<input type="checkbox"/> Respiração profunda	<input type="checkbox"/> Exercícios de relaxamento com bola do nascimento	<input type="checkbox"/> Banho de banheira ou de chuveiro
<input type="checkbox"/> Anestesia com medicamentos	<input type="checkbox"/> Outros: _____		

Continua...

... continuação

Tabela 1 - Modelo de Plano de Parto da SMSA-BH(*)

Você pode também tomar líquidos para manter-se hidratada.			
4- Líquidos que deseja ingerir:			
<input type="checkbox"/> Suco de frutas	<input type="checkbox"/> Chás	<input type="checkbox"/> Gelatina	<input type="checkbox"/> Outros: _____
5- Manter o ambiente com pouca luminosidade e com músicas pode ajudar a relaxar e tranquilizar.			
<input type="checkbox"/> Deseja um ambiente com pouca luminosidade durante o trabalho de parto ou parto?		<input type="checkbox"/> Deseja ouvir música durante o trabalho de parto ou parto?	
6- Em qual de posição deseja ter o parto?			
<input type="checkbox"/> Sentada/ Cócoras	<input type="checkbox"/> Deitada com cabeceira elevada	<input type="checkbox"/> De lado	<input type="checkbox"/> Outras: _____
Em poucos casos pode ser necessário o corte da vagina. Caso necessário, você deverá ser informada pelo profissional e dar seu consentimento.			
O RN que nasce bem é secado e mantido em contato pele a pele com a mãe, antes mesmo de cortar o cordão. Este só deve ser cortado após parar de pulsar (depois de um minuto de vida). O RN deve ser colocado para mamar logo que nascer e permanecer junto da mãe durante toda a internação hospitalar.			
7- Quanto ao corte do cordão umbilical, deseja que seja feito:			
<input type="checkbox"/> Pelo profissional	<input type="checkbox"/> Por você mesma	<input type="checkbox"/> Pelo marido/parceiro/pai do RN	<input type="checkbox"/> Outros: _____
Após o parto administra-se vitamina K no músculo da perninha do RN, para evitar hemorragia, e pinga-se colírio nos olhos para evitar infecção. Deve-se evitar dar banho nas primeiras horas para que o RN não esfrie. O curativo do coto umbilical é feito com álcool. Se a mãe estiver bem, pode tomar banho e alimentar-se do que desejar. Os profissionais avaliam periodicamente o sangramento após o parto e ajudam na amamentação.			
8- Caso tenha outros desejos e expectativas em relação à vivência do parto, registre aqui:			

(*) Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Saúde mãe para filho: cuidados para a mãe e filho desde o pré-natal para uma gravidez, parto e nascimento saudáveis. Disponível em: http://www.sentidosdonascer.org/wordpress/wp-content/uploads/2015/07/cartilha_gestante_2013_web-copy.pdf. Acesso em 22 agosto 2017.

RESULTADOS

Do total das participantes das rodas de conversa, 84 atenderam à proposta de preenchimento do plano de parto (Tabela 2). Destas, 84,52% desejaram ser acompanhadas durante a internação na maternidade por seu marido/parceiro/pai do recém-nascido – (RN).

Quanto aos líquidos que desejaram ingerir durante o trabalho de parto, mais da metade das mulheres, 63,10%, optou por suco de frutas, enquanto 38,10% escolheram gelatina, 14,29% preferiram chá e 22,62% selecionaram outros tipos de líquidos, incluindo água.

Sobre o ambiente do trabalho de parto e parto, 70,24% preferiram pouca luminosidade. Enquanto 29,76% não expressaram essa preferência, 40,48% desejaram ouvir música.

Como método não farmacológico de alívio da dor, 80,95% das gestantes gostariam de fazer uso do banho de chuveiro/

banheira, 58,33% de receber massagens, 45,24% de realizar respiração profunda, e 45,24% de exercícios de relaxamento com a bola do nascimento e com a banqueta, sendo que, nessas opções, a gestante poderia escolher mais de uma opção. Como método farmacológico, a analgesia regional foi eleita por 27,38% das parturientes.

Para o momento do parto, o uso do supositório de glicentina foi desejado por 48,81% das gestantes. A posição deitada com a cabeceira elevada foi escolhida por 51,19% das parturientes, enquanto 44,05% optaram por parir sentada ou de cócoras, já 8,33% outras posições e 4,76% de lado.

Quanto ao corte do cordão umbilical, 51,19% escolheram que fosse realizado pelo marido/parceiro/pai do RN, enquanto 46,43% pelo profissional e apenas 2,38%, por elas mesmas.

Tabela 2 - Escolhas das gestantes expressas em um plano de parto em Belo Horizonte, nas Regionais Norte e Venda Nova – 2014

	Variáveis	N	%
Acompanhante na maternidade	Marido/parceiro/pai do RN	71	84,52%
	Mãe	22	26,19%
	Filha(o)	3	3,57%
	Amigos	2	2,38%
	Outros familiares	11	13,10%
Líquidos que deseja ingerir	Doula	3	3,57%
	Sucos	53	63,10%
	Gelatina	32	38,10%
	Chás	12	14,29%
Ambiente	Outros	19	22,62%
	Baixa Luminosidade	59	70,24%
Métodos para alívio da dor	Com música	34	40,48%
	Massagens	49	58,33%
	Respiração profunda	38	45,24%
	Exercícios de relaxamento com bola	38	45,24%
	Banho de banheira ou chuveiro	68	80,95%
Uso de supositório	Anestesia farmacológica	23	27,38%
	Sim	41	48,81%
Posições de parir	Não	39	46,43%
	Deitada com cabeceira elevada	43	51,19%
	Sentada /Cócoras	37	44,05%
	Outras	7	8,33%
	De lado	4	4,76%
Corte do cordão umbilical	Marido/parceiro/pai do RN	43	51,19%
	Pelo profissional	39	46,43%
	Outros	5	5,95%
	Por você mesma	2	2,38%

Fonte: elaborado para fins desta pesquisa.

Nota: As gestantes puderam escolher mais de uma opção nas questões do plano de parto, totalizando n superior a 100%.

DISCUSSÃO

Ao se tratar da presença do acompanhante, todas as mulheres expressaram o desejo de serem acompanhadas durante seu trabalho de parto e parto. A Lei 11.108, regulamentada pela Portaria do Ministério da Saúde nº 2418, de 2005, garante a presença e o envolvimento de um acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, que consiste em até 10 dias após o parto propriamente dito. Esse acompanhante deve ser definido pela parturiente.¹² No presente estudo, grande parte das participantes teve como preferência a presença de seu marido/parceiro/pai do RN.

Tal prática, além de ser um direito garantido por lei, é classificada pelo MS como uma prática comprovadamente útil, ba-

seada em evidências científicas e que deve ser estimulada. Estudos relatam que nesse período vulnerável no qual a mulher se encontra, quando acompanhada por um familiar, sente-se mais segura, satisfeita e feliz. É importante salientar que a equipe de saúde, em particular a enfermagem, tem papel relevante na orientação do acompanhante sobre a importância de sua participação ativa durante o processo de parturição, a fim de dar o suporte necessário nesse momento.^{12,13}

O jejum durante o trabalho de parto é classificado pelo MS como uma prática frequentemente usada de modo inadequado. Por pertencer a uma tradição obstétrica e anestésica, é justificada pelo risco de aspiração do conteúdo gástrico durante um possível procedimento anestésico. Essa prática é, portanto, fundamentada na pretensão de reduzir índices de morbidade e mortalidade materna.^{8,14}

Em contrapartida, a oferta de líquidos e alimentos leves durante o trabalho de parto é considerada um ato de respeito à autonomia da mulher. Ela é recomendada pela Rede Cegonha, uma vez que a parturiente necessita manter-se hidratada e com um aporte calórico adequado, a fim de facilitar o processo parturitivo. Há evidências de que a restrição hídrica e alimentar não assegure a inexistência de poucos volumes estomacais durante a anestesia, não minimizando, assim, os riscos à parturiente.^{8,14}

Entre os planos de parto preenchidos, em relação à hidratação, o suco de frutas se destacou com alto percentual, seguido da gelatina e do chá. Mesmo não sendo uma alternativa do plano proposto, muitas gestantes expressaram o desejo de ingerir água durante o trabalho de parto, o que sugere a inclusão desse item.

Um dos resultados da pesquisa mostrou que grande parte das mulheres almejou um ambiente com pouca luminosidade para o momento do parto. Estudos comprovam que ambientes extremamente iluminados e ruidosos podem exercer influência negativa no processo fisiológico do parto; por gerar estresse e tensão, a liberação de ocitocina endógena é inibida, retardando as contrações uterinas e prolongando, assim, o trabalho de parto.¹⁵

Para que o parto tenha o seu curso inalterado, é necessária uma adaptação do ambiente em que ele se dá, proporcionando silêncio, conforto e privacidade à parturiente. No contexto hospitalar, essa adequação é responsabilidade da equipe envolvida nesse processo, para promover o bem-estar.¹⁵

Segundo a Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal, lançada em 2016, o ambiente com música compõe uma das estratégias para aliviar a dor durante o trabalho de parto. Os profissionais da saúde devem apoiar essa estratégia, desde que sejam músicas escolhidas pela mulher. É válido esclarecer que ainda não há evidências satisfatórias que concluam sobre o efeito benéfico da música sobre as queixas algícas. Mesmo assim, em nosso estudo, grande parte das mulheres planejou ouvir sua seleção musical durante o trabalho de parto.¹⁴

O manejo da dor durante o trabalho de parto tem como finalidade aumentar o limiar da parturiente para tolerância às sensações dolorosas próprias desse período clínico, possibilitando uma experiência positiva em relação ao parto.¹⁴ Assim, estratégias e métodos não farmacológicos de alívio da dor devem ser garantidos e fazem parte de um modelo de assistência comprometido com a humanização da assistência.¹⁶ Neste estudo, entre esses métodos, o mais citado pelas participantes foi o banho de chuveiro ou banheira; a seguir, vem o da massagem. Esta, quando realizada pelo acompanhante, fornece alívio e promove a cumplicidade. O uso da bola e da respiração profunda obteve o mesmo percentual: aquela auxilia na descida e no encaixe do feto na pelve, enquanto a respiração profunda desvia a atenção da dor.⁸

Outra alternativa para o alívio da dor é o método farmacológico. Esta foi a opção selecionada por menos da metade das gestantes. Sob a ótica da humanização da assistência, a analgesia deve ser administrada caso a mulher solicite, com a intenção de aliviar suas dores. Todavia, existem implicações negativas que devem ser mencionadas à mulher, como a ocorrência de náuseas, de torpor e de vertigem. Há também efeitos para o RN, como depressão respiratória ao nascer e sonolência persistente. Além disso, o uso da analgesia pode prolongar o período expulsivo no parto, devido a diversas alterações provocadas no corpo da mulher, como, por exemplo, o relaxamento muscular do assoalho pélvico da parede abdominal.^{8,14}

A escolha pelo uso do supositório de glicerina prevaleceu em quase metade das gestantes investigadas. No entanto, o MS e a OMS consideram o uso rotineiro do enema como uma prática claramente prejudicial ou ineficaz e que deve ser eliminada das práticas realizadas durante o parto, restringindo o uso somente quando solicitado pela mulher.¹⁷ A justificativa do uso do enteroclistma baseia-se na crença de que o mesmo traz benefícios como: acelerar o trabalho de parto e reduzir a contaminação da região perineal, resultando na diminuição dos índices de infecção materna e neonatal. No entanto, a sua utilização pode gerar desconforto e constrangimento à parturiente, além de não eliminar o risco de contaminação do períneo com fezes líquidas.¹⁴ Ademais, revisão sistemática realizada em 2013, que incluiu diversos países e contou com amostra de 1.917 mulheres, ratifica que o enema não possui efeito significativo sobre taxas de infecção e, portanto, seu uso deve ser desestimulado.¹⁸

Mais da metade das grávidas escolheu a posição deitada com a cabeça elevada para o momento do parto. Com a hospitalização do parto, a posição supina e a proibição de movimentos durante todo o processo de parturição foram padronizadas com a justificativa de que, se a gestante permanecesse em decúbito lateral esquerdo, haveria aumento da perfusão placentária, implicando mais oxigenação fetal.¹⁴ Entretanto, há evidências de que a posição horizontal prejudica a respiração materna, enquanto que a posição verticalizada auxilia a gravi-

dade, reduz a força aplicada pela mulher, quando comparada à posição horizontal, e minimiza a compressão dos grandes vasos. Isso contribui para a circulação materna e fetal e amplia a passagem do canal de parto.⁸ Artigos também destacam: mulheres que adotaram a posição verticalizada consideraram-na benéfica por proporcionar mais conforto, por favorecer sua movimentação e por reduzir o esforço expulsivo.¹⁶

Apesar de as evidências não demonstrarem benefícios, a posição supina foi a mais expressa nos planos de parto, por ainda ser considerada culturalmente a mais apropriada pelas mulheres e por alguns profissionais da saúde, visto que, no Brasil, mais de 90% das mulheres ainda escolhem parir nessa posição. Não obstante, pesquisas indicam que instituições de saúde nacionais têm oferecido outras possibilidades de posições que não a supina para parir. Isso é fortalecido quando há a presença de enfermeiros-obstetras, pois se trata de profissionais comprometidos com os princípios da humanização.¹⁶

Do total das mulheres participantes, mais da metade desejou que seu companheiro cortasse o cordão umbilical após o parto. Estudo qualitativo realizado no município de Belo Horizonte, em 2009, revela que, além de favorecer a participação ativa no nascimento, há mais ligação emocional entre pai e filho quando o mesmo realiza o corte. Esse momento é marcante e simboliza a superação das dificuldades do trabalho de parto, promovendo para o pai um marco de responsabilidade compartilhada sobre o filho, uma vez que, durante a gestação, a mãe possuía grande parte dessa responsabilidade.¹⁹ Para que isso aconteça, é necessário que os profissionais de saúde que auxiliam no parto ofereçam a oportunidade de secção do cordão ao acompanhante, pois este deve ter seu papel como participante ativo reconhecido pela equipe. Destarte, percebe-se a importância de ter uma equipe sensível às demandas específicas dos diversos momentos que envolvem o parto.^{20,21}

Para tomar decisões referentes a um momento tão singular em sua vida, a mulher necessita obter um conhecimento prévio sobre o assunto. Dessa forma, cabe aos profissionais da atenção primária à saúde, durante o pré-natal, fornecer informações à mulher não somente a respeito da gestação, mas também sobre todo o processo parturitivo.²² Um dos recursos que podem ser utilizados por esses profissionais é a roda de conversa sobre plano de parto, utilizada nesta pesquisa.

E para que haja continuidade desse cuidado, os profissionais que prestam assistência no ambiente hospitalar devem considerar todo o trabalho desenvolvido pelos colegas da atenção primária à gestante no período gravídico. Isso somente será possível quando as equipes dos diferentes níveis de atenção à saúde atuarem em prol da humanização da assistência, desmistificando crenças advindas da cultura intervencionista e, conseqüentemente, concretizando a rede de atenção preconizada pelo Sistema Único de Saúde.²³

Por fim, o estudo apresentou limitações como a impossibilidade de assegurar que a amostra utilizada é generalizada para a população local, uma vez que não foi realizada uma proporção prévia das mulheres grávidas residentes nos distritos envolvidos durante o período da coleta de dados. Pesquisas adicionais são necessárias para melhor compreender e avaliar a qualidade do pré-natal e das informações ofertadas pelos profissionais da atenção primária à saúde das mulheres.

CONCLUSÃO

O presente estudo permitiu conhecer quais as principais escolhas das gestantes para o momento do trabalho de parto e parto, por meio de um plano de parto preenchido por elas durante sua participação em rodas de conversa. Entre essas escolhas destacaram-se o desejo de ser acompanhada pelo pai do RN, o de fazer uso de banho de banheira ou chuveiro para aliviar as dores do parto e o de parir em um ambiente com pouca luminosidade.

Esses resultados são de extrema importância por se tratar de escolhas informadas baseadas nos desejos das mulheres e na oferta de informação de qualidade nas rodas de conversa, o que pode promover a melhoria da assistência prestada pelos profissionais de saúde às mulheres. Assistência não mais padronizada, mas, sim, amoldada às demandas apresentadas, respeitando sua subjetividade e o princípio da equidade.

Então, com o comprometimento dos profissionais à humanização da assistência ao parto e por meio de estímulo, as parturientes passarão a adotar escolhas desvinculadas da cultura intervencionista. Dessa forma, a qualidade da assistência ao parto poderá se aproximar ainda mais das recomendações do Ministério da Saúde e da Organização Mundial de Saúde.

Ademais, este artigo traz contribuições significativas para a comunidade científica brasileira, uma vez que há escassez de publicações originais em português a respeito do tema plano de parto. Isso implicará a oferta de um cuidado de enfermagem holístico que vai ao encontro das especificidades das mulheres, proporcionando acolhimento, segurança e amparo, concedendo à assistência a qualificação e humanização almejadas. Além disso, contribui para minimizar complicações advindas de intervenções desnecessárias.

REFERÊNCIAS

- Malheiros PA, Alves VH, Rangel TSA, Vargens OMC. Parto e nascimento: saberes e práticas humanizadas. *Texto & Contexto Enferm*. 2012[citado em 2016 jul. 08];21(2):329-37. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n2/a10v21n2>
- Motta SAMF, Feitosa DS, Bezerra STF, Dodt RCM, Moura DJM. Implementação da humanização da assistência ao parto natural. *Rev Enferm UFPE on line*. 2016[citado em 2016 jul. 08];10(2):593-9. Disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/16919>
- Mendonça SS. Modelos de assistência obstétrica concorrentes e ativismo pela humanização do parto. *CIV - Rev Ciências Sociais*. 2015[citado em 2016 jul. 08];15(2):250-71. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/civitas/article/viewArticle/17899>
- Ribeiro JF, Lima MR, Cunha SV, Luz VLES, Coelho DM, Feitosa VC, et al. Percepção das puérperas sobre a assistência à saúde em um centro de parto normal. *Rev Enferm da UFSM*. 2015[citado em 2016 jul. 08];5(3):521-30. Disponível em: <http://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/14471/pdf>
- Oreano JM, Bruggemann OM, Velho MB, Monticelli M. Visão de puérperas sobre a não utilização das boas práticas na atenção ao parto. *Ciênc Cuid Saúde*. 2014[citado em 2016 jul. 08];13(1):128-36. Disponível em: http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/18887/pdf_122
- Caus ECM, Santos EKA, Nassif AA, Monticelli M. The process of giving birth assisted by obstetrician nurse in a hospital context: mean for the parturients. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2012[citado em 2016 jul. 08];16(1):34-40. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000100005
- Dos Santos LFM, Bento PASS, Telles AC, Rodrigues RF, Xavier RB. Mulheres com deficiência: reflexões sobre a trajetória das políticas públicas de saúde. *Rev. enferm. UFPE on line*. 2013[citado em 2016 jul. 08];7(7):4775-81. Disponível em: <http://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/6799>
- Apolinário D, Rabelo M, Wolff LDC, Souza SRRK. Práticas na atenção ao parto e nascimento sob a perspectiva das puérperas. *Rev RENE*. 2016[citado em 2016 jul. 08];17(1):20-8. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/viewFile/2187/pdf>
- 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=878CF4E6BBDE327AA5D550466CAC2462.f03t02>
- Suárez-Cortés M, Armero-Barranco D, Canteras-Jordana M, Martínez-Roche ME. Use and influence of Delivery and Birth Plans in the humanizing delivery process. *Rev Latino-Am Enferm*. 2015[citado em 2016 jul. 08];23(3):520-6. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4547076/>
- Sodré TM, Merighi MAB, Bonadio IC. Escolha informada no parto: um pensar para o cuidado centrado nas necessidades da mulher. *Ciênc Cuid Saúde*. 2012[citado em 2016 jul. 08];10(5):115-20. Disponível em: <http://educ.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/17062/pdf>
- Dodou HD, Rodrigues DP, Guerreiro EM, Guedes MVC, Lago PN, Mesquita NS. A contribuição do acompanhante para a humanização do parto e nascimento: percepções de puérperas. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2014[citado em 2016 jul. 08];18(2):262-9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452014000200262
- Silva ALS, Do Nascimento ER, Coelho EAC. Práticas de enfermeiras para promoção da dignificação, participação e autonomia de mulheres no parto normal. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2015[citado em 2016 jul. 08];19(3):424-31. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n3/1414-8145-ean-19-03-0424.pdf>
- Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 381p. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio_Diretriz-PartoNormal_CP.pdf
- Guida NFB, Lima GPV, Pereira ALF. O ambiente de relaxamento para humanização do cuidado ao parto hospitalar. *Revista Mineira de Enfermagem. REME - Rev Min Enferm*. 2013[citado em 2016 jul. 08];17(3):531-37. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/670>
- Sousa AMM, Souza KV, Rezende EM, Martins EF, Campos D, Lansky S. Práticas na assistência ao parto em maternidades com inserção de enfermeiras obstétricas, em Belo Horizonte, Minas Gerais. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2016[citado em 2016 jul. 08];20(2):324-31. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452016000200324&script=sci_abstract

17. Frigo J, Ferreira DG, Ascari RA, Marin SM, Adamy EK, Busnelo G. Assistência de enfermagem e a perspectiva da mulher no trabalho de parto e parto. *Cogitare Enferm.* 2013[citado em 2016 jul. 08];18(4):761-6. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/34934>
 18. Reveiz L, Gaitán HG, Cuervo L Gabriel. Enemas during labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013[citado em 2016 jul. 08];5:CD000330. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD000330.pub4/full>
 19. Jardim DMB, Penna CMM. Pai-acompanhante e sua compreensão sobre o processo de nascimento do filho. *REME - Rev Min Enferm.* 2012[citado em 2016 jul. 08];16(3):373-81. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/540>
 20. De Figueiredo MS, Oliveira DKMA, Vieira NRS, Davim RMB, Silva RAR. Possíveis indicadores da assistência obstétrica a parturiente em uma maternidade escola. *Cogitare Enferm.* 2013[citado em 2016 jul. 08];18(4):722-8. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/34928/21680>
 21. Nogueira JRDF, Ferreira M. O envolvimento do pai na gravidez/parto e a ligação emocional com o bebê. *Rev Enferm Ref.* 2012[citado em 2016 jul. 08];3(8):57-66. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserlln8/serlln8a06.pdf>
 22. Dos Santos RLB, Prestes M, Meincke SMK, Soares MC, Corrêa ACL, Alves CN. Atenção no pré-natal de baixo risco na ótica de puérperas. *Rev Enferm UFSM.* 2015[citado em 2016 jul. 08];5(4):628-37. Disponível em: <http://periodicos.ufsm.br/index.php/reufsm/article/view/16071>
 23. Ferreira AGN, Ribeiro MM, Dias LKS, Ferreira JGN, Ribeiro MA, et al. Humanização do parto e nascimento: acolher a parturiente na perspectiva dialógica de Paulo Freire. *Rev Enferm UFPE on line.* 2013[citado em 2016 jul. 11];7(5):1398-405. Disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/5642>
-