

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Obstétrica Modelo Residência

Débora Cecília Chaves de Oliveira

**RODAS DE CONVERSA EM UNIDADES DE SAÚDE: percepção e expectativas
sobre o nascimento e a construção de um instrumento de plano de parto**

Belo Horizonte

2016

Débora Cecília Chaves de Oliveira

**RODAS DE CONVERSA EM UNIDADES DE SAÚDE: percepção e expectativas
sobre o nascimento e a construção de um instrumento de plano de parto**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao programa de Residência em Enfermagem Obstétrica modelo Residência, da Escola de Enfermagem, da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção de título.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Kleyde Ventura de Souza

Área de concentração: Saúde da Mulher

Belo Horizonte
2016

Este trabalho é dedicado a todos os integrantes do Núcleo de
Pesquisa em Saúde da Mulher e Gênero (NUPESM&G)
que trabalharam com grande afinco para
que este projeto modificasse a vida
das mulheres, de seus
bebês e de suas
famílias.

AGRADECIMENTOS

À Profa. Dra. Kleyde Ventura de Souza e a Fundação de Amparo à Pesquisa de Minas Gerais (FAPEMIG), por tornarem possível a concretização deste projeto.

Às pessoas que se dedicaram a essa pesquisa de forma intensiva e que se não fossem por elas este trabalho não teria condições de existir, segue os nomes: Regina da Silva, Elisa Lima, Stefani Gomes, Manuela Estrela, Marcella Bellezia, Rebeca Gomes, Rozana Santana, Karine Souto, Grazielle Diniz, Juliana Maria Do Carmo e entre tantas outras que durante o árduo caminho de desenvolver um projeto tão grandioso nos ajudaram diretamente ou indiretamente, meus sinceros agradecimentos.

Ao Ministério da Saúde por incentivar a modificação do cenário obstétrico brasileiro através da inserção da Residência em Enfermagem Obstétrica como formação considerada padrão ouro.

Às professoras e coordenadoras da Residência de Enfermagem Obstétrica da Universidade Federal de Minas Gerais, Torcata Amorim, Eunice Martins e demais professoras da Universidade Federal de Minas Gerais, os meus sinceros agradecimentos.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – Modelo de plano de parto adaptado da SMSA-BH.....	28
FIGURA 2 – Logomarca do projeto.....	35
FIGURA 3 – Crachá.....	36
FIGURA 4 – Mala Surpresa.....	37
FIGURA 5 – O “caminho” para parto, com os “pezinhos coloridos” as “pedras” que podem surgir na trajetória das gestantes, após a realização de uma roda de conversa.....	38
FIGURA 6 – Carinhas.....	40
FIGURA 7 - Poema.....	41
FIGURA 8 – Modelo de plano de parto.....	46

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento segundo a Organização Mundial de Saúde.....	23
QUADRO 2 – O preparo prévio do ambiente e das técnicas utilizadas.....	31
QUADRO 3 – Pergunta para os “pezinhos” da cor azul, amarela e verde.....	39

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Características sociodemográficas das gestantes participantes de Rodas de conversa em Belo Horizonte nos Distritos Regionais Norte e de Venda Nova – 2016.....	42
TABELA 2 – Idade Gestacional e informações prévias das gestantes sobre o Plano de Parto em Belo Horizonte nos Distritos Regionais Norte e de Venda Nova - 2016.....	43
TABELA 3 – De quem e onde as mulheres receberam informações prévias sobre o plano de parto sobre o plano de parto em Belo Horizonte nos Distritos Regionais Norte e de Venda Nova – 2016.....	44
TABELA 4 - Escolhas das gestantes expressas em um plano de parto. Regionais Norte e de Venda Nova, Belo Horizonte, MG, Brasil, 2014.....	45

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
COEP	Comitê de Ética em Pesquisa
DS	Distrito Sanitário
EEUFMG	Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais
HRTN	Hospital Risoleta Tolentino Neves
HSF	Hospital Sofia Feldman
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MBE	Medicina Baseada em Evidências
OPAS	Organização Pan Americana de Saúde
SMSA-BH	Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
US	Unidades de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	19
OBJETIVOS.....	21
REVISÃO DE LITERATURA.....	22
MÉTODOS.....	32
RESULTADOS.....	35
DISCUSSÃO.....	48
CONCLUSÃO.....	52
REFERÊNCIAS.....	53
APÊNDICES.....	61

1 INTRODUÇÃO

A transformação científica e cultural modificou de maneira significativa os hábitos e modos de vida dos seres humanos. Parir e nascer, historicamente considerado natural, privado, íntimo e feminino, a partir da institucionalização do parto, na década de 40 e rotineiro após os anos 60 do século XX, passou a ser caracterizados como evento médico e vividos de maneira pública (LEISTER, 2013).

As mulheres deixaram de parir com a ajuda de outras mulheres, passando a serem assistidas em instituições de saúde com a presença de outros atores sociais, os profissionais de saúde; que transformaram os valores e as práticas utilizadas no nascimento (SILVA, CRISTHOFELL e SOUZA, 2005). Assim, a parturiente, perdeu o poder de decisão e de protagonismo na cena do parto (GOMES, 2011).

O resgate do papel de protagonista das mulheres no processo de parto e nascimento implica no fortalecimento de novas lógicas de assistência à saúde (CAUS, 2012). Para tanto, considera-se relevante superar os efeitos negativos do modelo hegemônico de assistência no processo de parto e nascimento praticado no Brasil; enfatizar o modelo baseado na humanização; compreender e superar os desafios que se apresentam no âmbito do ensino, dos serviços e das práticas profissionais da saúde; reconhecer a importância e possibilitar o fortalecimento da autonomia das mulheres do processo de parto e nascimento (VOGT, 2011).

Inegavelmente, o processo de institucionalização do parto trouxe avanços científicos e tecnológicos importantes para a melhoria da assistência materna e perinatal, mas também gerou práticas obstétricas padronizadas e intervencionistas, sustentadas pelo modelo biomédico, o qual considera o parto um evento médico e patológico, que precisa ser tratado e não mais cuidado (GOMES, 2011).

O resultado então, é que o cenário do nascimento se tornou desconhecido e amedrontador para as mulheres e suas famílias, que passaram a interrogar a segurança e as vantagens do parto normal, quando comparado ao parto cirúrgico: mais limpo, mais rápido, mais científico e muitas vezes emanado e conveniente para os próprios profissionais, não sendo mais, as cesarianas indicadas somente para salvar a vida dos bebês e ou das mães (SODRÉ, 2010).

A transformação desta realidade aponta diretamente para a redução da mortalidade materna que hoje é uma preocupação mundial devido ao elevado número de cesarianas. Para que tal mudança aconteça, faz-se necessário a promoção da

socialização de saberes e valorização dos conhecimentos e das vivências/experiências de todos os atores envolvidos, particularmente, das mulheres e suas famílias, além do fortalecimento e melhorias na qualidade dos serviços na assistência prestada às mulheres (SOUZA, 2014). Nessa perspectiva, são grandes os desafios, principalmente no que se refere à urgente mudança na formação e nas práticas dos profissionais da saúde, em favor do cuidado humanizado, deslocando o foco da produção de procedimentos para a cultura de cuidados e de educação em saúde (PROGIANTI, 2012).

No que se refere ao período e a assistência pré-natal, é fundamental reconhecer que se trata de um período que oferece oportunidade de aprendizado, de fortalecimento da autonomia e do bem-estar da mulher (SPINDOLA, 2012). Oportunidade também, para os profissionais de saúde desenvolver ações, especialmente, práticas educativas, cujos conteúdos considerem as necessidades e expectativas das mulheres e suas famílias (ALVES, 2015). Entre as estratégias para o fortalecimento dessa autonomia está a elaboração pela mulher de um plano de parto, que deve ser respeitado pelos profissionais que a assistem.

O plano de parto é considerado um componente educativo de alto potencial, uma vez que tem a capacidade de melhorar a comunicação entre os profissionais envolvidos nessa assistência e usuárias. No planejamento do parto, a aliança terapêutica cria um vínculo suficiente para determinar onde e por quem o parto será assistido e avaliar as alternativas possíveis, em situações normais e no caso de surgirem complicações (MAGOMA, 2013). Além disso, o plano pode contribuir para melhorar a satisfação da mulher com o cuidado recebido durante o trabalho de parto e nascimento, ao aumentar a sua própria compreensão sobre esse processo e permitir a expressão de suas necessidades e preferências (WHITFORD, 2014).

Acredita-se que este estudo forneça a construção de espaços formais de diálogo entre as gestantes/famíliares, profissionais e serviços de saúde para a discussão do modelo assistencial com a incorporação das demandas das mulheres e seus bebês na atenção obstétrica e perinatal, além de oferecer para a sociedade científica brasileira algo relativamente inédito.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo primário

Realizar rodas de conversa sobre plano de parto em Unidades Básicas de Saúde e (re)construir um instrumento de plano de parto a partir das percepções e expectativas das gestantes.

2.2 Objetivos secundários

- Descrever a roda de conversa sobre plano de parto;
- Caracterizar as gestantes em relação aos aspectos sociais e obstétricos;
- Identificar as percepções e expectativas das gestantes para o atendimento ao trabalho de parto e parto expressas no plano de parto;
- Elaborar um novo modelo de plano de parto, a partir das perspectivas das gestantes.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 O modelo humanístico e as evidências científicas na assistência ao parto

A Medicina Baseada em Evidência (MBE) ou baseada em informação científica de boa qualidade é um movimento criado na década de 1990, advindo da epidemiologia clínica, com o objetivo de buscar condutas em saúde mais eficientes. Pretende-se integrar a melhor evidência disponível com a experiência clínica e as características individuais de cada paciente. Considera fundamental o acesso dos usuários do serviço de saúde às fontes de conhecimento e a participação destes nas decisões (BORK, 2005).

A prática baseada na evidência científica é orientada por meio de revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados, em oposição à prática orientada pela tradição e opinião. Em estudo sobre os diferentes sentidos do termo humanização da assistência ao parto no Brasil, encontrou-se como uma das interpretações do termo humanização, além da assistência baseada no respeito aos direitos reprodutivos e sexuais e da assistência acolhedora e respeitosa, com adequado manejo da dor e prevenção da dor iatrogênica, encontrou-se assistência baseada nas evidências científicas (DINIZ, 2005).

Em 1985, a Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) e a Organização Mundial de Saúde (OMS) realizaram uma conferência sobre tecnologia apropriada para o parto, no Brasil. Após a conferência, foi realizado um exaustivo trabalho de revisão sistemática de estudos, por um grupo de técnicos da OMS, que culminou em 1996, no lançamento do guia prático de assistência ao parto, que classifica as condutas obstétricas no parto normal, a partir de evidências científicas, segundo utilidade, eficácia e riscos (WHO, 1996). Algumas dessas práticas estão descritas no Quadro 1.

Quadro 1 – Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento segundo a Organização Mundial de Saúde.

Práticas que devem ser encorajadas	Práticas que devem ser eliminadas	Práticas utilizadas de forma inapropriada
Realizar plano de parto, que determine onde e por quem será assistido o nascimento.	Enema de rotina.	Restrição de alimentos e líquidos durante o trabalho de parto.
Métodos não invasivos e não farmacológicos de alívio da dor durante o trabalho de parto, como técnicas de massagem e relaxamento.	Cateterização venosa profilática de rotina.	Controle da dor por analgesia peridural.
Respeitar a escolha feita pela mulher quanto ao local de nascimento.	Tricotomia de rotina.	Uso de máscaras e capotes estéreis pelo profissional.
Respeitar a escolha da mulher, quanto aos acompanhantes que deseja durante o parto.	Puxos dirigidos e prolongados durante o 2º estágio do parto.	Aceleração do trabalho de parto com ocitocina.
Liberdade de posições e movimentos durante o trabalho de parto.	Uso de rotina da posição litotômica com perneiras.	Uso liberal ou rotineiro da episiotomia.
Prover apoio empático à mulher, durante todo o processo do parto.	Massagem e distensão do períneo durante o 2º estágio do parto.	Toques vaginais frequentes e por mais de um examinador.

Quadro 01: Classificação de práticas obstétricas, segundo utilidade, eficácia e riscos (adaptado) (MORENO, 1984).

A literatura mostra que há uma lentidão da prática obstétrica em adotar as evidências científicas sobre a segurança dos procedimentos e das intervenções. Constata-se também, que o modelo tecnocrático, ao superestimar os riscos inerentes ao processo do nascimento, substitui o risco potencial de resultados adversos, pelo risco comprovado de procedimentos e intervenções que são prejudiciais e usados inapropriadamente (ENKIN *et al*, 2005).

O acesso amplo a serviços de saúde de qualidade, a incorporação de evidências científicas pelos profissionais, além de uma conscientização das mulheres quanto aos

seus direitos podem contribuir para a transformação do cenário atual da assistência obstétrica no Brasil, melhorando indicadores de morbidade e mortalidade, assim como a satisfação da mulher com a experiência.

3.2 O processo de parto e nascimento na perspectiva da autonomia das mulheres: um desafio para o ensino, serviços e profissionais da saúde

A gestação quase sempre é um processo saudável e normal que envolve a mulher, com repercussões para o seu companheiro, familiares e também para a sociedade. Implica em uma variedade de transformações: físicas, emocionais, sociais, culturais e existenciais, individuais e familiares. Comumente, observam-se momentos de dúvidas, ansiedades e medos. As vivências e experiências no decorrer da gestação, bem como o preparo da mulher para o momento do parto são aspectos determinantes na promoção do seu bem-estar e na definição do seu comportamento, de maneira a aumentar ou não a sua potencialidade na condução do processo de forma mais ativa (PERES, *et al*, 2011).

As mulheres estão sendo estimuladas a realizar o pré-natal e estão atendendo ao chamado por reconhecerem os benefícios desse acompanhamento sobre sua saúde e sobre a saúde do recém-nascido (BRASIL, 2005). No entanto, a integralidade da atenção e a qualidade da assistência pré-natal permanecem como aspectos a serem superados, particularmente quando o objetivo se volta ao reconhecimento das gestantes como protagonistas do processo de gerar (BRASIL, 2012).

A medicalização também tem influenciado o comportamento da sociedade em geral e, fundamentalmente, das mulheres e de suas famílias. Em um estudo sobre o papel das mulheres em culturas diversas constatou-se que nas sociedades modernas, o parto ficou distante de ser um processo normal da vida, das transformações e crises que ocorrem naturalmente durante a existência da maioria das mulheres, tornando-se uma situação clínica, um acontecimento patológico ou como um procedimento cirúrgico (KITZINGER, 1978).

O resultado é que as mulheres que, um dia, estiveram no centro deste acontecimento, passaram a transferir a responsabilidade do nascimento a um profissional de saúde por não se sentirem competentes e capazes de protagonizar seu processo de gerar e parir. Na concepção de Zampieri (2010) esse comportamento pode ser atribuído aos paradigmas, modelos e práticas obstétricas, que ao longo da história

tem levado a “coisificação” (grifo da autora) e mecanização do ser humano, bem representados pelo cuidado centrado na doença, com valorização do emprego intensivo e acrítico de tecnologias.

A transformação desta realidade não se dará em um curto espaço de tempo. Um dos caminhos para a reversão deste quadro aponta para socialização de saberes e valorização dos conhecimentos e das vivências/experiências de todos os atores envolvidos, particularmente, das mulheres e suas famílias. Além disso, se reconhece a importância da incorporação, por parte dos serviços e dos profissionais de um cuidado autêntico, sensível e atento, visando o fortalecimento das capacidades e potenciais da mulher e de sua família, de forma a contribuir para o seu empoderamento, visando a vivência/experiência do processo de nascimento com segurança e prazer.

Nessa perspectiva, são grandes os desafios, principalmente no que se refere a urgente mudança na formação e nas práticas dos profissionais da saúde, em favor do cuidado humanizado, incluindo o acolhimento, a formação do vínculo, a escuta sensível às necessidades e saberes das mulheres e de suas famílias, além do uso racional de tecnologias, principalmente, de tecnologias leves (relacionais) na produção do cuidado e da educação em saúde, deslocando o foco da produção de procedimentos para a produção de cuidados (MERHY, 2002).

Esse deslocamento de foco implica, substancialmente, na mudança da lógica assistencial, que sofre influência do modelo organizacional, dos desenhos da missão institucional, do envolvimento e compromisso dos gestores às políticas públicas, além da formação e capacitação dos profissionais (DIAS & DOMINGUES, 2005). Para tanto é necessário ainda que os profissionais de saúde reconheçam todas essas implicações e como elas podem influenciar sua prática. Esse processo de reconhecimento dos meandros que envolvem o seu saber-fazer, dos cenários e do paradigma que o norteia – tecnicista e profissional centrado -, exigem reflexão, conscientização e mudanças. No que se refere ao período e a assistência pré-natal, em particular, a preparação física e psicoemocional para o parto e para a maternidade é de fundamental importância (MERHY, 2002).

Esse período oferece uma oportunidade de intenso aprendizado para a mulher e de fortalecimento de sua autonomia e bem-estar, de forma que possa vivenciar/experenciar o parto de maneira positiva, com menor risco de complicações e maior possibilidade de sucesso. Oportunidade também para os profissionais de saúde desenvolverem ações, especialmente, as práticas educativas, cujos conteúdos

considerem as necessidades e expectativas das mulheres e suas famílias (RIOS & VIEIRA, 2007).

Outros aspectos envolvem a autonomia da mulher durante esse processo e estão vinculados a sua inclusão nas decisões sobre o próprio parto. Entre as estratégias para garantia da sua autonomia está a elaboração pela mulher de um plano de parto, e este deve ser respeitado pelos profissionais que a assistem (DIAS & DOMINGUES, 2005).

A autonomia da mulher no momento do seu parto, estimulada a partir de sua ativa participação nas decisões a serem tomadas, ocorrerá a medida em que ela for informada sobre as evidências científicas disponíveis para indicação da melhor conduta em circunstâncias determinadas, o que lhe dará subsídios para o planejamento de seu parto. Nesse enfoque, o diálogo entre o profissional de saúde e gestante torna-se o alicerce daquilo que se denomina “aliança terapêutica”, que ao estabelecer uma relação simétrica e não coercitiva entre as partes, é considerada uma troca ou negociação com a finalidade de garantir maiores benefícios na assistência (DINIZ, 2005).

Considera-se importante que essa aliança comece a ser estabelecida ainda no pré-natal, uma vez que a expectativa das gestantes quanto ao parto tem estreita relação com a forma que as informações sobre o assunto são disponibilizadas. Por isso o plano de parto é considerado um componente educativo de alto potencial, uma vez que tem a capacidade de melhorar a comunicação entre os profissionais envolvidos nessa assistência e usuárias. No planejamento, a aliança terapêutica cria um vínculo suficiente para determinar onde e por quem o parto será assistido e avaliar as alternativas possíveis nessa assistência, em situações normais e no caso de surgirem complicações (OLIVEIRA *et al*, 2002). Além disso, o plano de parto melhora a satisfação da mulher com o cuidado recebido durante o trabalho de parto e nascimento, ao aumentar a sua própria compreensão sobre esse processo e permitir a expressão de suas necessidades e preferências, aumentando ainda a sua autoconfiança (MOORE, 1995).

Nesse sentido, o fortalecimento da autonomia das mulheres no processo de parto e nascimento exige uma necessária reflexão crítica acerca dos modelos assistenciais, de modo que o ensino e as práticas em saúde articulem-se e contribuam para que as mulheres possam planejar e vivenciar seus partos, com a autonomia e oportunidade de enriquecimento pessoal.

3.3 O plano de parto como um instrumento de promoção da autonomia de gestantes no processo de parto e nascimento

A informação e a preparação das gestantes, seus companheiros e familiares são componentes essenciais do cuidado em saúde recomendado durante o pré-natal. O conhecimento advindo dessas informações contribui para a vivência de uma gravidez mais segura e saudável, bem como para o preparo da mulher e sua família para o processo de nascimento e, assim, estimulando a gestante principalmente a uma participação ativa nas decisões a serem tomadas (BAILEY; CRANE; NUGENT, 2008). Entre as estratégias de informação/educação em saúde, o Plano de Parto vem se tornando uma ferramenta cada vez mais utilizada, por estimular a comunicação entre gestantes e profissionais de saúde a respeito do seu próprio parto (DEERING *et al*, 2006).

Introduzido nos anos 1980, o plano de parto foi criado em decorrência do excesso de medicalização da assistência hospitalar ao parto, num esforço para apoiar as gestantes nas decisões referentes ao processo de parto e nascimento e, assim, reduzir as intervenções, muitas vezes desnecessárias e prejudiciais a que eram submetidas, estimulando-as a se comunicarem com os profissionais de saúde, encorajando-as a refletirem sobre as práticas de nascimento e apoiando-as na realização de escolhas informadas, como: local de nascimento, quem estará presente nesse momento, procedimentos assistenciais aceitos ou a serem evitados, entre outras (LOTHIAN, 2006).

Apesar dos aspectos positivos propostos pelo plano de parto, muitos profissionais o rejeitam, por considerá-lo um documento ineficaz (KAUFMAN, 2007). É também visto como uma ferramenta que dificulta a relação entre gestantes e profissionais de saúde, pois o planejado pela gestante pode diferir da rotina do serviço, afetando negativamente os resultados obstétricos (LOTHIAN, 2006).

Ressalta-se também como aspecto dificultador da efetivação do plano de parto o fato de muitas maternidades não terem incorporado as práticas de cuidado baseadas em evidências científicas que promovem, protegem e suportam o parto normal. Nestes serviços, geralmente as mulheres que optam pelo mínimo de intervenção não conseguem ter suas escolhas respeitadas (LOTHIAN, 2006).

Do mesmo modo, alguns hospitais e grupos de profissionais têm resistido ao plano de parto com a criação de sua própria versão *check list* de plano de parto,

incluindo apenas as opções disponíveis nas suas instituições (SIMKIN, 2007). No Brasil, De Oliveira *et al* (2002) admitem que ainda é restrito o uso dessa ferramenta, mas reforçam a importância de os profissionais da atenção pré-natal conhecerem e discutirem com as gestantes-companheiro-família as práticas que favorecem a fisiologia do parto e os riscos associados às intervenções desnecessárias e/ou prejudiciais nesse processo.

Em 2009, a Comissão Perinatal da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA-BH) propôs a utilização do plano de parto, conforme apresentado na Figura 1, na rede de atenção primária. O referido plano integra a caderneta pré-natal da gestante, que contém informações básicas sobre a história da gestante, consultas pré-natais, exames laboratoriais, orientações sobre alimentação na gestação, direitos maternos, dez passos para o sucesso do parto normal, cuidados com o bebê e aleitamento materno, dentre outras. Trata-se de uma ferramenta estratégica do cuidado a gestante, com potencial transformador e emancipador, uma vez que a mulher é envolvida nas decisões referentes ao seu parto.

Figura 1 – Modelo de Plano de Parto Adaptado da SMSA-BH.

PLANO DE PARTO

Para atendermos 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 bebê	<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 recomendado que a mulher se movimente livremente. A posição deitada de costas deve ser evitada. A raspagem dos pêlos 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?

Sim 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. Neste 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

Anestesia com medicamentos
Outros: _____

4. Você também pode tomar líquidos para manter-se hidratada. Líquidos que deseja ingerir:

<input type="checkbox"/> Sucos de frutas	<input type="checkbox"/> Chás
<input type="checkbox"/> Gelatina	

Outros: _____

5. Manter o ambiente com pouca luminosidade e com músicas pode ajudar a relaxar e tranquilizar.

Desejo um ambiente com pouca luminosidade durante o trabalho de parto.
 Desejo ouvir música durante o trabalho de parto.

A posição do parto deve ser escolhida pela mulher.

6. Em qual 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 bebê 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 bebê 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 bebê
<input type="checkbox"/> Outros

Após o parto administra-se vitamina K no músculo da perninha do bebê, para evitar hemorragia, e pinga-se um colírio nos olhos para evitar infecção. Deve-se evitar dar banho nas primeiras horas para que o bebê não esfrie e 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 Saude 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: file:///C:/Users/Mesa/Downloads/cartilha_gestante_2013_web.pdf Acesso em: 15 de agosto 2016.

O plano de parto parece constituir um meio de comunicação que permite as gestantes a participação na tomada de decisão no cuidado durante o seu próprio

processo de nascimento, diminuindo a sua ansiedade e aumentando o seu controle. Entretanto, enquanto não houver o reconhecimento de profissionais e gestores de saúde de seus papéis no cuidado à gestante, permanecerá incerto alcançar uma experiência positiva com o plano de parto.

3.5 Rodas de conversa: uma modalidade educativa

A educação em saúde configura-se como uma importante estratégia de promoção à saúde, com vista à conscientização individual e coletiva, no sentido da busca da saúde, bem-estar e qualidade de vida, além de aspectos relativos à compreensão das responsabilidades e à construção de conhecimentos que permitam a escolha informada e o exercício de direitos.

Neste sentido, os profissionais da saúde envolvidos na assistência pré-natal devem estar instrumentalizados para utilizar fundamentos teóricos e metodológicos, voltados à ampliação da compreensão da complexidade dos determinantes de ser uma gestante e sujeito no processo de viver, e que nesse projeto é concretizada na proposta de realização de rodas de conversas.

Rodas de Conversas guardam algumas semelhanças, entre elas, o diálogo e a problematização, conceitos que ganharam visibilidade na teoria do educador Paulo Freire. Freire que apontou para o diálogo, crítico e libertador, como pilar do que denominou de *processo de conscientização*. Nele, o processo de formação é mediado por uma dialogicidade constante e dinâmica, permitindo que educandos e educadores pronunciem o mundo, por entendê-lo, decodificá-lo e transformá-lo, na medida em que assumindo seu papel de sujeitos, podem sobre ele (o mundo) intervir. O autor defende uma pedagogia comprometida com a educação problematizadora em oposição à educação “bancária” ou domesticadora, em cuja prática educadores e educandos reconhecem que todos aprendem e ensinam (FREIRE, 2002).

As Rodas de Conversas consistem em uma modalidade educativa em que o debate acerca de uma temática é estimulado, por meio da criação de espaços de diálogos. Os participantes, compreendidos como sujeito da prática educativa, se expressam e, sobretudo, escutam aos outros e a si próprios. A partir da socialização e problematização dos saberes e da reflexão voltada para a ação, objetiva-se a motivação da construção da autonomia dos sujeitos. O diálogo, a troca de experiências, a

ampliação do conhecimento e o posicionamento crítico diante da realidade a ser transformada constituem-se no foco de Rodas de Conversas (FREIRE, 2002).

Esse tipo de atividade exige a presença de um facilitador, animador ou agente de mobilização da atividade, que deve garantir o espaço, para que todos os que desejarem, possam falar, de forma a se verem uns aos outros – daí a formação em círculo ou em “roda”. O facilitador deve desenvolver atividades que estimulem a reflexão, a construção e a reconstrução do conhecimento acerca das temáticas discutidas (FREIRE, 2002).

O tempo de duração da roda de conversa é variável, a depender da definição das possibilidades dos participantes e dos objetivos traçados. Pode ser realizada com periodicidade a ser estabelecida pelo grupo, assim como a definição dos temas em debate. Rodas de Conversas configuram-se em espaços que ensejam a negociação, o enfrentamento de conflitos, além de oferecer possibilidades de mudança de comportamento dos componentes do grupo. A cada Roda de Conversa ou Oficina de Trabalho forma-se uma teia de relações, onde cada participante, ao se conhecer melhor, assim como o contexto em que ele está inserido, posiciona-se com mais segurança e espírito crítico. As relações são fortalecidas gradativamente no grupo, com repercussões positivas nas atitudes dos participantes (FREIRE, 2002).

Segundo Amaral (2005) a realização de Rodas de Conversas como proposta educativa requer por parte do (s) facilitadores e das participantes, uma grande mobilização, pois visa, além da construção do conhecimento, à transformação de posturas e ações no mundo em que vivem.

A estruturação de Rodas de Conversas não segue uma norma rígida, podendo ser construídas a cada sessão, tendo em vista os objetivos do trabalho, as demandas apresentadas pelo grupo e, por vezes identificadas por quem estrutura as atividades. Deve ser considerada uma temática central e seus desdobramentos, de forma que possam ser distribuídos em uma carga horária ou em sessões ou encontros possíveis de serem realizados (FREIRE, 2002).

Algumas etapas fundamentais devem ser observadas na sua estruturação. Os facilitadores, coordenadores, ou agentes mobilizadores devem planejar as atividades em conjunto, ter conversas preliminares a fim de elaborar um plano de trabalho consistente, lembrando que o planejamento deve ser flexível, e terem em conta as especificidades de saúde e as demandas das participantes, bem como as condições para o desenvolvimento das atividades, reconhecendo o que é necessário, viável e desejável.

As atividades podem ser organizadas em módulos, com carga horária a ser definida pelo grupo. Podem ser semanais, quinzenais ou mesmos mensais. Quanto ao local, é importante que seja confortável, ventilado e tenha consonância com as atividades planejadas; podem-se utilizar salas de espera ou ambientes abertos, como parques e praças para Rodas de Conversas, ou salas ou espaços fechados, visando à privacidade e o conforto do grupo (FREIRE, 2002).

Finalmente, destacam-se alguns aspectos importantes na condução do trabalho educativo deste tipo, conforme o Quadro 2. Inserção de detalhes referentes à realidade do grupo, destacando questões relativas às relações interpessoais respeitadas.

Quadro 2: O preparo prévio do ambiente e das técnicas utilizadas.
Apresentação para os grupos de uma consigna clara e objetiva sobre as técnicas e atividades propostas, respeitando-se as etapas de aquecimento, reflexão individual, reflexão grupal e síntese propostas para o desenvolvimento das Oficinas de Trabalho.
Estímulo à participação individual, respeitando, porém, as singularidades de comportamento de cada participante e o contexto sociocultural em que elas estão inseridas.
Valorização da bagagem de conhecimentos do grupo e receptividade às sugestões apresentadas pelas participantes para as próximas Oficinas de Trabalho ou planejamentos futuros.
Proposta de um ritmo mais dinâmico de atividades, por meio de jogos e técnicas participativas, evitando a dispersão e desinteresse do grupo.
Retorno a um mesmo tema em diferentes sessões da Oficina de Trabalho, reforçando o conteúdo anterior, motivando a reflexão de outros aspectos não discutidos e atentando para o conhecimento construído por cada grupo, conforme o seu grau de interesse.
Avaliação contínua para planejamento dos próximos encontros.
Cumprimento dos compromissos assumidos com o grupo ou apresentação de justificativa para mudanças no planejamento das atividades.

Fonte: AMARAL, M.A. **Entre o desejo e o medo:** oficinas de trabalho como espaço de reflexão e empoderamento de adolescentes. 2005. 130 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

As práticas educativas são atividades relevantes nas ações em saúde. Merecem ser planejadas, executadas e avaliadas com zelo e critério, considerando as necessidades específicas de cada grupo. A escolha da modalidade educativa deve considerar o interesse do grupo, o número de participantes e encontros, a previsão de tempo, o local onde será desenvolvida a atividade, os recursos disponíveis.

A realização de grupos não deve ser uma prática isolada e descontextualizada das ações em saúde e deve envolver outros profissionais, bem como estudantes, quando for possível, de forma a permitir a continuidade do trabalho e ampliação das temáticas a serem abordadas.

4 MÉTODOS

4.1 Tipo de Estudo

Este estudo é um recorte do projeto maior intitulado “Construindo estratégias para o fortalecimento e resgate da autonomia das mulheres no processo de parto e nascimento” que articula atividades de extensão, ensino e pesquisa, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (EEUFMG), em parceria com o *Movimento BH pelo Parto Normal*, de iniciativa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (BELO HORIZONTE, 2012).

O conhecimento e a experiência apreendidos desse conjunto de atividades permitiram a definição do processo metodológico, com base nos pressupostos da pesquisa participante (BRANDÃO, 2006):

- Finalidade prática (conhecimento de questões sociais a serem trabalhadas);
- Vocação educativa (estratégia dialógica de aprendizado e formação política);
- Instrumento para criação de uma ciência popular (desenvolvimento de processos para a construção de um saber popular);
- Empoderamento das participantes (desenvolvimento de processos de formação com vistas a uma transformação social emancipatória).

4.2 Cenários do Estudo

Ao cenário do estudo foram incluídas 21 Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Distrito Sanitário (DS) de Venda Nova, vinculadas à maternidade do Hospital Risoleta Tolentino Neves (HRTN) e, unidades de saúde do DS Norte, vinculadas ao Hospital Sofia Feldman (HSF). A definição das UBS foi feita após apresentação do projeto, nas reuniões ordinárias que acontecem em cada um dos respectivos DS e o aceite das Unidades em fazer parte da pesquisa.

4.3 Participantes do estudo

Participaram do estudo 114 gestantes inscritas no programa de pré-natal das US, em qualquer idade gestacional, que participaram das rodas de conversas realizadas pela

equipe de pesquisadores. Foram excluídas as gestantes com dificuldade/impossibilidade de comunicações verbal, ou mentalmente incapacitadas; gestantes que no decorrer da roda de conversa não a concluíram. Entretanto, nenhuma gestante foi excluída durante a realização das rodas de conversa. Após os critérios de exclusão, a população final participante da roda de conversa sobre plano de parto foi de 106 mulheres e para a construção de um novo plano de parto individual foi de 84 mulheres.

4.4 Procedimentos e instrumentos de coleta de dados

A coleta de dados voltada às usuárias participantes da pesquisa aconteceu no período pré-natal, durante as rodas de conversas nas UBS, após ampla divulgação (cartazes, contato direto com as gestantes em salas de esperas e por meio dos profissionais de saúde e dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), com intervalo de quatro semanas; ambas, realizadas em data e horário previamente definidos em conjunto com os gestores /profissionais. Foram conduzidas por pesquisadoras. Estas rodas de conversas foram desenvolvidas segundo os princípios da dialogicidade, da valorização de processos de ensino-aprendizagem que contemplem o diálogo, a problematização e a construção do conhecimento por todos os atores envolvidos (AMARAL, 2005), com base em uma programação realizada previamente.

Estratégias desenvolvidas para estimular a reflexão e a participação dos presentes na roda de conversa levaram em consideração os contextos individuais, como suas histórias de vida, oferecendo a oportunidade de construção coletiva do saber através do diálogo entre participantes. Estrutura básica da roda de conversa:

- Convite;
- Preparo do ambiente;
- Acolhimento;
- Aquecimento - mala surpresa;
- Construção conjunta do plano de parto;
- Caminhada com pezinhos e pedras;
- Construção individual do plano de parto;
- Mostra do filme “MÃE DE MUITOS”;
- Reflexão/Dúvidas;
- Avaliação Oral – Dinâmica das carinhas;

- Leitura do poema “O meu plano de parto”
- Avaliação escrita da oficina.

As rodas de conversas foram realizadas pelas pesquisadoras e por auxiliares de pesquisa, após treinamento.

4.5 Análise de dados

A abordagem quantitativa foi empregada para caracterizar as gestantes e analisar as escolhas registradas no plano de parto individual pré-estabelecido pela Secretaria Municipal de Saúde. A análise dos dados foi realizada por meio de estatística descritiva e analítica trabalhados no software *Statistical Software for Professionals* (Stata), versão 12,0. Para tanto, foram calculadas as frequências absolutas e relativas. A categorização das variáveis incluídas se deu pelos critérios do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística).

4.6 Aspectos Éticos

O projeto foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais COEP/EEUFMG sob o nº CAAE 12186813.9,1001,5149 e pela Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA-BH) com parecer nº 508.446. A pesquisa obedeceu aos aspectos éticos de pesquisa envolvendo seres humanos, conforme Resolução nº 196/96 CNS/MS.

Todos os participantes e seus responsáveis, assinaram um termo de consentimento e assentimento livre e esclarecido (TCLE) após explicitação sobre os propósitos do estudo e detalhamento do seu processo (Apêndices B e C).

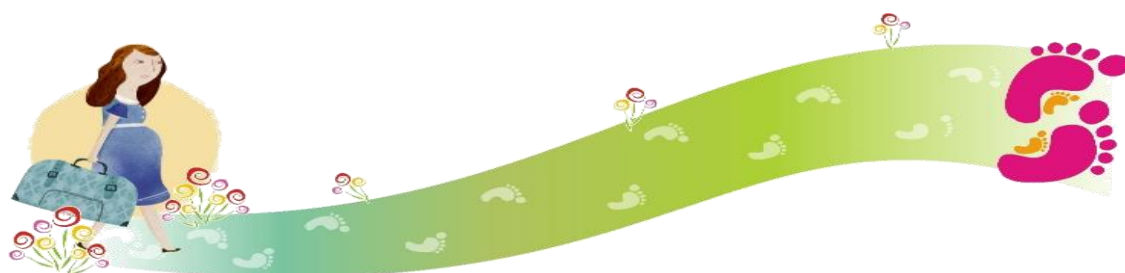
5 RESULTADOS

5.1 Descrição da roda de conversa

As participantes eram convidadas a realizar uma “viagem”, isto é, prepararem-se para percorrer um “caminho” até o parto. Nessa perspectiva, eram motivadas a refletir sobre os passos desta caminhada, e, nesta reflexão, ao trocarem informações e conhecimento, tomar decisões informadas. Uma logomarca foi criada para melhor apresentação desta ideia (Fig. 2)

Para a roda de conversa proposta segue um roteiro, descrito a seguir:

FIGURA 2 - Logomarca do projeto



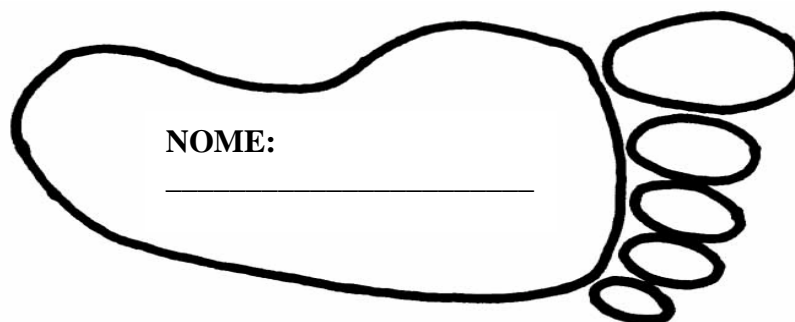
Fonte: Desenvolvido pelo projeto intitulado “Construindo estratégias para o fortalecimento e o resgate da autonomia das mulheres no processo de parto e nascimento”.

- **Momento 1 – Acolhimento as participantes**

Para a realização da roda de conversa, as cadeiras eram dispostas em círculo para permitir a aproximação e diálogo entre as participantes e a(o) coordenadora (or) / facilitadora(or) da atividade. A (o) facilitadora (or), portanto, recebia as gestantes; apresentava o ambiente, mencionava informações do tipo localização de banheiro, bebedouro, entre outros.

Em seguida, oferecia um crachá (Fig.3) com o nome pelo qual a gestante preferia ser chamada e acomodava-a nas cadeiras.

FIGURA 3 - Crachá



Fonte: Desenvolvido pelo projeto intitulado “Construindo estratégias para o fortalecimento e o resgate da autonomia das mulheres no processo de parto e nascimento”.

- **Momento 2 - Aquecimento**

O momento, denominado “aquecimento” destinava-se a apresentação da “mala surpresa” (Fig. 4). Nesta mala, objetos eram colocados aleatoriamente em seu interior. A “mala surpresa” pode ser colocada sobre a mesa ou sobre o chão. A (o) facilitadora (or) solicitava as participantes que escolhessem objetos contidos em seu interior. O objetivo desta dinâmica de aquecimento era buscar despertar na gestante os sentimentos de cada uma em relação à gestação atual. Após esse momento, as gestantes, eram incentivadas a justificar as razões para a sua escolha.

Segue sugestão de objetos que podem ser utilizados na roda:

- * Produtos de higiene pessoal: creme dental, sabonete, shampoo;
- * Produtos de beleza: maquiagem, esmalte, pente/escova, batom, hidratante corporal;
- * Artigos para o bebê: roupinha de bebê, fralda, brinquedos, colônia, escova de cabelo, escova-de-dentes;
- * Outros: relógio, calendário, laços de fita, bolsa.

FIGURA 4 - Mala surpresa



Fonte: Criada pelo projeto intitulado “Construindo estratégias para o fortalecimento e o resgate da autonomia das mulheres no processo de parto e nascimento”.

- **Momento 3 – Desenvolvimento do tema**

Para desenvolver o tema “Plano de Parto” as participantes eram convidadas a percorrer um “caminho” (Fig.5) até o parto. Neste percurso ocorre a construção coletiva do plano de parto intitulada “Caminhada rumo ao parto”, que simboliza a trajetória da mulher durante a gestação até o nascimento e estimula-a à reflexão e dúvidas.

Nesta trajetória, “pezinhos coloridos” (Fig.5), simbolizam os passos em direção ao parto. Em cada um deles encontram-se perguntas relativas a cada um dos momentos que se pretende discutir e problematizar. Uma outra figura utilizada nesse “caminho” – são as “pedras” (Fig.5), que representam os possíveis obstáculos nesse trajeto.

- Pezinho azul: apresenta perguntas sobre a admissão ou chegada à maternidade
- Pezinho amarelo: apresenta perguntas relativas ao período do trabalho de parto.
- Pezinho verde: apresenta perguntas que se referem ao parto.

- Pezinho laranja: não tem perguntas. Nele, novas perguntas podem ser incluídas, em caso de dúvidas ou outras escolhas apontadas pelas gestantes.

- Pedras vermelhas – Obstáculos ou dificuldades que podem alterar as escolhas no plano de parto.

FIGURA 5: O “caminho” para parto, com os “pezinhos coloridos” as “pedras” que podem surgir na trajetória das gestantes, após a realização de uma roda de conversa.



Fonte: Acervo do projeto “Construindo estratégias para o fortalecimento e o resgate da autonomia das mulheres no processo de parto e nascimento”.

Assim, os “pezinhos” da cor azul, amarelo e verde apresentam perguntas que possibilitem a discussão sobre o parto (Quadro 3). Nos “pezinhos” laranja e nas “pedras” as perguntas são registradas no momento da discussão, conforme a expressão das participantes. Todos, pezinho e pedras vão sendo dispostos gradativamente no “caminho”, com participação coletiva.

Quadro 3: Perguntas para os “pezinhos” da cor azul, amarela e verde.

Pezinho Cor Azul (chegada à maternidade)
- Quem será o meu acompanhante?
- O que vou levar para mim e para o bebê na maternidade?
- O que é importante eu fazer antes de me preparar para o parto?
- Com quem e como eu vou para a maternidade – de ônibus, carro, táxi?
- Quero conhecer/saber com antecedência a maternidade onde vou ter bebê?
- Onde vou ter o bebê? (em casa, na maternidade)
Pezinho Cor Amarela (no pré-parto)
- Quero ser informada sobre o que vai acontecer comigo no trabalho de parto?
- Como quero o ambiente onde vou ter o bebê?
- Como aliviar as dores durante o trabalho de parto?
- Posso comer/beber algo durante o trabalho de parto?
Pezinho Cor Verde (no momento do parto)
- Em que posição posso ter meu bebê?
- Meu parto pode ser fotografado/filmado?
- Como posso ajudar meu bebê a nascer?
- Como quero que seja o meu primeiro contato com o bebê?
- O que meu acompanhante pode fazer durante o parto?

Fonte: Projeto “Construindo estratégias para o fortalecimento e o resgate da autonomia das mulheres no processo de parto e nascimento”.

Após esse momento de construção coletiva do plano de parto - em que o debate, experiências e ideias foram estimulados pelos facilitadores e pelas próprias participantes, entrega-se um plano de parto; estimula-se a leitura e o preenchimento do “plano de parto individual”, que caso, não faça parte da caderneta da gestante deverá ser grampeado junto ao cartão/caderneta de pré-natal.

A orientação para as mulheres é que apresentem esse impresso aos seus companheiros, familiares ou pessoas de sua confiança e, discutam com essas pessoas, se for o caso. Nesse momento, as participantes são motivadas a pensar no planejamento do seu parto,

como também, discutir/reafirmar suas escolhas com seu (sua) provável acompanhante no parto para ele (a) saibam dos seus desejos/ necessidades relacionadas ao parto.

Após a construção coletiva e individual do plano de parto, é exibido um filme para ampliar a reflexão sobre o parto. O filme “Mãe de Muitos” (*Mother of Many*) é uma produção inglesa, inspirada na própria mãe da diretora Emma Lazenby, que trabalhou como *midwife* (parteira) entre 1980 a 2008. O filme retrata uma cena em que uma *midwife* realiza os cuidados às gestantes, de um determinado hospital.

- **Momento 4 - avaliação**

O momento avaliação ocorre ao final da roda de conversa. Para isto, são utilizadas carinhas coloridas (Fig. 6), que expressam sentimentos das participantes por terem participado da roda. Estes são expostos sobre a mesa e estima-se um tempo para que as participantes possam refletir e por fim, avaliar a roda.

FIGURA 6 - Carinhas



Fonte: Desenvolvidas pelo projeto intitulado “Construindo estratégias para o fortalecimento e o resgate da autonomia das mulheres no processo de parto e nascimento”.

- **Momento 5 – Encerramento**

No momento do encerramento é distribuída poesia (Fig.7), intitulada: “Meu Plano de Parto”, que é lida em voz alta por uma das participantes, buscando-se possibilitar mais um momento de reflexão.

FIGURA 7- Poema



Fonte: Desenvolvido para o projeto “Construindo estratégias para o fortalecimento e o resgate da autonomia das mulheres no processo de parto e nascimento”.

5.2 Caracterizar as gestantes em relação aos aspectos sociais e obstétricos

5.2.1 Perfil Sociodemográfico das mulheres

Do total de 106 mulheres participantes das rodas de conversas, foi possível verificar no que se refere às características sociodemográficas na TAB. 01 que a faixa etária predominante foi entre 20-24 anos 31% (n=33), seguido as de 25-29 anos com 25% (n=26). O percentual de adolescentes presentes nas rodas de conversa com idade entre 15-19 anos foi de 10% (n=11), já entre as mulheres com mais de 40 anos o percentual foi de 2% (n=2).

Em relação à escolaridade a maioria das mulheres 41% (n=43) relatou ter o ensino médio/2º grau completo, fundamental incompleto 15% (n=16), com menor proporção o ensino médio/2º grau incompleto com 13% (n=14) superior incompleto com 12% (n=13) e superior completo com 9% (n=9).

Em relação à cor da pele autoreferida, a cor parda prevaleceu entre as mulheres sendo 56% (n=59), seguido de 23% (n=24) as brancas, consideravam-se pretas 12% (n=14), amarelas 5% (n=5) e indígenas com 2% (n=2).

Sobre a união conjugal, 94% (n=100) das mulheres referiram união estável, porém o percentual que relataram viver/morar com o companheiro foi menor correspondendo a 80% (n=85).

O companheiro foi referido como o maior provedor financeiro da família devido à maior renda familiar com 61% (n=65). Metade das mulheres afirmou possuir ocupação remunerada 56% (n=59), sendo 30% (n=32) destas ocupações formais e com registro em carteira. A renda familiar prevalente foi de 01 a 02 (um a dois) salários mínimos com 39% (n=41), seguido de até 01 (um) salário mínimo com 21% (n=22).

Tabela 1 - Características sociodemográficas das gestantes participantes de Rodas de conversa em Belo Horizonte nos Distritos Regionais Norte e de Venda Nova - 2016

Variáveis	N	%
Faixa Etária		
<15 anos	01	01
15 anos até 19 anos	11	10
20 anos até 24 anos	33	31
25 anos até 29 anos	26	25
30 anos até 34 anos	16	15
35 anos até 39 anos	16	15
> 40 anos	02	02
Sem resposta	01	01
Escolaridade		
Fundamental completo	10	09
Fundamental incompleto	16	15
Médio / 2º Grau Completo	43	41
Médio / 2º Grau Incompleto	14	13
Superior Completo	9	09
Superior Incompleto	13	12
Não sabe / Não lembra	01	01
Cor da pele		
Amarela	05	05
Branca	24	23
Indígena	02	02
Parda	59	56
Preta	14	12
Não sei/ Não quero responder	02	02
União Estável		

Sim	100	94
Não	06	06
Ocupação remunerada		
Sim	59	56
Não	47	44
Renda familiar		
Até 1 SM	22	21
De 1 a 2 SM	41	39
Mais de 2 a 3 SM	19	18
Mais de 3 a 5 SM	12	10
Mais de 5 a 10 SM	03	03
Mais de 10 a 20 SM	01	01
Não sabe / Não lembra	08	08
TOTAL	106	100

Fonte: Elaborado para fins do projeto.

5.2.2 Idade Gestacional e informações prévias das gestantes sobre o Plano de Parto

Referente aos resultados sobre a idade gestacional e informações prévias relacionadas ao plano de parto na TAB.2, observa-se que a maioria das participantes estava no terceiro trimestre de gestação 56% (n=59), e que 26% (n=28) já haviam recebido algum tipo de informação sobre o plano de parto.

Tabela 2 – Idade Gestacional e informações prévias das gestantes sobre o Plano de Parto em Belo Horizonte nos Distritos Regionais Norte e de Venda Nova - 2016

Variáveis	N	%
Idade Gestacional (Trimestre)		
1º Trimestre	12	11
2º Trimestre	26	25
3º Trimestre	59	56
Sem Resposta/ Não sabe	9	8
Já receberam informações sobre o Plano de Parto		
Sim	28	26
Não	78	74
TOTAL	106	100

Fonte: Elaborado para fins do projeto.

5.2.3 Informações prévias sobre plano de parto

Já em relação de quem e onde as gestantes receberam esta informação na TAB. 3, os profissionais de saúde foram citados como o principal divulgador do plano de

parto com 78% (n=22), realizada preferencialmente durante as consultas de pré-natal com 57% (n=16).

Tabela 3 – De quem e onde as mulheres receberam informações prévias sobre o plano de parto sobre o plano de parto em Belo Horizonte nos Distritos Regionais Norte e de Venda Nova – 2016

Variáveis	N	%
De quem?		
Profissional de Saúde	22	78
Amigo	01	04
Sem Resposta	05	18
Como?		
Meios de comunicação	03	11
Pré-Natal	16	57
Maternidade	05	18
Cartilha da Gestante	01	04
Não se lembra	02	06
Sem Resposta	01	04

Fonte: Elaborado para fins deste estudo.

5.3 Demandas das gestantes para o atendimento ao trabalho de parto e parto expressas no plano de parto.

Do total de 106 mulheres participantes das rodas de conversa, 84 atenderam à proposta de preenchimento do plano de parto (Tabela 04).

Destas, 84,52% desejaram ser acompanhadas durante a internação na maternidade por seu marido/parceiro/pai do bebê. Quanto aos líquidos que desejaram ingerir durante o trabalho de parto, mais da metade das mulheres, 63,10%, optaram por sucos de frutas, enquanto 38,10% escolheram gelatina, 14,29% preferiram chá e 22,62% gostariam de ingerir outros tipos de líquidos, incluindo água. Sobre o ambiente do trabalho de parto e parto, 70,24% preferiram pouca luminosidade e 29,76% não expressaram essa preferência. Enquanto que 40,48% desejaram ouvir música.

Com relação aos métodos não farmacológicos de alívio da dor, cerca de 81% 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% exercícios de relaxamento com a bola do nascimento e com a banqueta, sendo que nestas 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 glicerina, foi desejado por 48,81% das gestantes. A posição deitada com a cabeceira elevada foi escolhida por 51,19% das parturientes, 44,05% optaram por parir sentada ou de cócoras, 8,33% outras posições, 4,76% de lado.

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

Tabela 4 - Escolhas das gestantes expressas em um plano de parto. Regionais Norte e de Venda Nova, Belo Horizonte, MG, Brasil, 2014

Variáveis	n	%
Acompanhante na maternidade		
Marido/parceiro/pai do bebê	71	84,52%
Mãe	22	26,19%
Filha(o)	03	3,57%
Amigos	02	2,38%
Outros familiares	11	13,10%
Doula	03	3,57%
Líquidos que deseja inserir		
Sucos	53	63,10%
Gelatina	32	38,10%
Chás	12	14,29%
Outros	19	22,62%
Deseja um ambiente com pouco luminosidade	59	70,24%
Deseja um ambiente com música	34	40,48%
Métodos para alívio da dor		
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%
Deseja anestesia farmacológica	23	27,38%
Deseja usar supositório	41	48,81%
Posições que deseja parir		
Deitada com cabeceira elevada	43	51,19%
Sentada /Cócoras	37	44,05%
Outras	7	8,33%
De lado	4	4,76%
Realização do corte do cordão umbilical		

Marido/parceiro/pai do bebê	43	51,19%
Pelo profissional	39	46,43%
Outros	05	5,95%
Por você mesma	02	2,38%

Fonte: Elaborado para fins desta pesquisa.

Nota: * As gestantes puderam escolher mais de uma opção em algumas questões do plano de parto, totalizando o somatório superior a 100%.

5.3 Criação de um novo modelo de plano de parto

Um plano de parto (Fig. 8) foi criado pelo projeto “*Construindo estratégias para o fortalecimento e o resgate da autonomia das mulheres no processo de parto e nascimento*” após sentirmos a necessidade de ampliar as possibilidades de escolhas das mulheres diante do modelo de plano de parto da Secretaria Municipal de Saúde.

FIGURA 8 – MODELO DE PLANO DE PARTO



PLANO DE PARTO

A Caminho da Maternidade

→ Eu gostaria de conhecer as maternidades e fazer minha própria escolha?

✓ Data da visita: ___/___/___

✓ Qual maternidade foi escolhida? _____

→ Como irei para a maternidade? _____

→ Quem será meu acompanhante? _____

→ Quando devo procurar a maternidade?

✓ Casos de sangramento.

✓ Contrações frequentes (no mínimo duas, a cada dez minutos).

✓ Perda de líquido (se a bolsa romper).

✓ Diminuição dos movimentos fetais.

→ Já organizei o que devo levar para a maternidade?

() Roupas para mim e para o bebê.

() Chinelo para o banho.

() Material de higiene íntima como sabonete, absorvente pós-parto etc.

() Exames, ultrassons e cartão de pré-natal.

() Outros _____

→ Existem fatores pessoais, étnicos ou religiosos que eu gostaria que fossem considerados durante a gravidez e o parto? Quais são eles?



Trabalho de Parto

→ Como desejo o ambiente durante o meu trabalho de parto?

() Desejo ouvir músicas que me tranquilizem.

() Desejo um ambiente com o mínimo de ruído e luminosidade.

() Outros _____

→ O que desejo comer e beber durante o período do meu trabalho de parto?

() Água.

() Suco.

() Gelatina.

() Salada de frutas.

() Outros _____

→ Como desejo aliviar as dores do meu trabalho de parto?

() Técnica de respiração.

() Massagem.

() Banho de chuveiro morno.

() Bola.

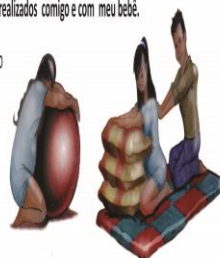
() Banheira.

() Analgésia medicamentosos.

() Outros _____

→ Desejo que eu e meu acompanhante fôssemos informados sobre todos os procedimentos a serem realizados comigo e com meu bebê.

() Sim () Não



Parto

→ Desejo escolher a posição e o local mais confortáveis para ter meu bebê.

() Sentada. () Na banheira.

() Deitada. () No chuveiro.

() Semisentada. () Na cama.

() De lado. () No banquinho de parto.

() De pé. () Outros _____

→ Gostaria de evitar o corte no meu períneo (episiotomia), se possível?

() Sim () Não

→ Desejo fotografar e filmar meu parto?

() Sim () Não

→ Como desejo o meu primeiro contato com o bebê?

() Contato pele a pele, durante no mínimo uma hora.

() Amamentação na primeira hora de vida do bebê. Caso tenha dificuldades, gostaria de ser auxiliada.

() Gostaria de vestir a própria roupinha do meu bebê.

() Caso não seja possível realizar os primeiros cuidados do bebê próximo a mim, gostaria que fosse próximo ao meu acompanhante.

Caso a cesárea seja necessária:

→ Desejo a presença do meu acompanhante desde antes da anestesia:

() Sim () Não

→ Desejo que minhas mãos fiquem livres para que eu possa pegar meu bebê:

() Sim () Não

→ Após o nascimento, desejo que coloquem o bebê sobre o meu peito imediatamente.

Separação, se realmente necessária:

() Sim () Não

→ Desejo amamentar já na sala de cirurgia:

() Sim () Não



Fonte: Desenvolvido pelo projeto intitulado “Construindo estratégias para o fortalecimento e o resgate da autonomia das mulheres no processo de parto e nascimento”.

6 DISCUSSÃO

Quanto a presença do acompanhante, todas as mulheres expressaram o anseio de ser acompanhadas durante seu trabalho de parto e parto, sendo que grande parte das participantes teve como preferência a presença de seu marido/ parceiro/ pai do bebê. A Lei 11.108, regulamentada pela Portaria do Ministério da Saúde nº2418 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 dez dias após o parto propriamente dito. Este acompanhante deve ser definido pela parturiente.¹²

Tal prática é valorizada pelo Ministério da Saúde e pelas evidências científicas como comprovadamente útil. A equipe de saúde, em particular a enfermagem, tem um papel importante na orientação do acompanhante diante de sua participação durante o processo de parto e nascimento, a fim de oferecer o suporte necessário.^{12,13}

O jejum durante o trabalho de parto e parto é usualmente utilizado de modo inadequado, justificado pela cultura obstétrica e anestésica pelo risco de aspiração do conteúdo gástrico durante um possível procedimento anestésico.^{8,14} Em contrapartida, a oferta de líquidos e alimentos leves durante o trabalho de parto é considerado um ato de respeito à autonomia da mulher. Este é aconselhado, uma vez que, a parturiente necessita manter-se hidratada e com um aporte calórico apropriado a fim de facilitar o enfrentamento do processo parturitivo.^{8,14} Dentre as escolhas das mulheres, em relação à hidratação, o suco de frutas se destacou com maior percentual, seguido da gelatina e chá.

O ambiente com pouca luminosidade para o momento do parto foi um item de anseio das mulheres. Ambientes extremamente iluminados e ruidosos podem influenciar negativamente o processo fisiológico do parto, por gerar estresse e tensão, além de acontecer a liberação do hormônio adrenalina e a inibição da ocitocina endógena, retardando as contrações uterinas, prolongando, assim, o trabalho de parto.¹⁵ A adaptação do ambiente, através do silêncio, conforto e privacidade permite às mulheres uma melhor experiência de parto.¹⁵

O ambiente com músicas escolhidas pelas próprias mulheres, compõe uma das estratégias para aliviar a dor durante o trabalho de parto, mesmo que diante de queixas algícas o seu efeito benéfico ainda não foi comprovado¹⁴. Grande parte das mulheres planejou ouvir sua seleção musical durante o trabalho de parto.

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 pelas mulheres.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 Nesse estudo, dentre esses métodos, o mais citado pelas participantes foi o banho de chuveiro ou banheira; seguido da massagem. Esta, quando realizada pelo acompanhante, fornece alívio e promove a cumplicidade; o uso da bola e da respiração profunda obtiveram o mesmo percentual. A bola auxilia na descida e no encaixe do bebê 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. É importante mencionar, sob a ótica da humanização da assistência, que a analgesia deve ser administrada caso a mulher solicite, na intenção de aliviar suas dores. Todavia, existem implicações negativas que devem ser mencionadas à mulher, como por exemplo: a ocorrência de náuseas, torpor e vertigem. Há também efeitos para o bebê, 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 dentre as práticas realizadas durante o parto, podendo ser utilizado somente quando solicitado pela mulher.¹⁷

A justificativa do uso do enterocisma se baseia na crença de que o mesmo traz benefícios como: acelerar o trabalho de parto e reduzir a contaminação da região perineal, resultando assim, 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 uma amostra de 1917 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 parturientes 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 em maior oxigenação fetal.¹⁴

Entretanto, há evidências de que a posição horizontal prejudica a respiração materna; enquanto que a posição verticalizada auxilia a gravidade, reduz a força aplicada pela mulher quando comparada à posição horizontal, além de minimizar a compressão dos grandes vasos. Isto contribui para a circulação materna e fetal e amplia a passagem do canal de parto.⁸ Achados também destacam que mulheres que adotaram a posição verticalizada, a consideraram benéfica por proporcionar maior conforto e por favorecer sua movimentação e reduzir o esforço expulsivo.¹⁶

Apesar das evidências não demonstrarem benefícios, a posição supina foi a mais expressa nos planos de parto, por ser esta ainda, considerada culturalmente a mais apropriada pelas mulheres e por alguns profissionais de 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. Isto é fortalecido quando há a presença de enfermeiros obstetras, pois trata-se de profissionais comprometidos com os princípios da humanização.¹⁶

Do total de 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 aponta que além de favorecer a participação ativa no nascimento, há maior 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, além de promover ao 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. Dessa forma, percebe-se a importância de ter uma equipe sensível às demandas específicas dos diversos momentos que envolvem o parto.^{20,21}

É importante mencionar que para tomar decisões referentes a um momento tão singular em sua vida, a mulher necessita obter um conhecimento prévio sobre o assunto. Desta forma, cabe aos profissionais da Atenção Primária à Saúde durante o pré-natal, fornecerem informações à mulher, não somente a respeito da gestação, mas também

sobre todo o processo parturitivo.²² Um dos recursos que pode ser utilizado por estes profissionais, é a roda de conversa sobre plano de parto, utilizada nesta pesquisa.

E, para que haja continuidade deste cuidado, os profissionais, que prestam assistência no ambiente hospitalar, devem considerar todo o trabalho desenvolvido pelos colegas da atenção primária juntamente 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

7 CONCLUSÃO

Dentro da atividade terapêutica denominada roda de conversa para a construção do plano de parto, os elementos da interação grupal possibilitam o processo de ensino/aprendizagem. Para participar, as mulheres devem estar grávidas, e em um período da gestação mais propício para dialogar e refletir sobre o momento do parto.

A cooperação entre elas se manifesta na troca de informações e de experiências vividas por cada uma seja em gestações e partos anteriores ou nas percepções relativas à gravidez atual. A comunicação e o aprendizado ocorrem de maneira linear, onde as participantes ensinam e aprendem umas com as outras, sendo o facilitador apenas um estimulador dos diálogos.

Essa transversalidade proporcionada pela roda de conversa produz a subjetivação das ideias capaz de reafirmar ou mesmo produzir conceitos em um momento tão determinante na vida de uma mulher. Momento de produção de uma nova vida, recheada de sentimentos, simbolismos e histórias. Capazes de proporcionar a essa mulher participante, uma vivência mais consciente e autônoma do momento do parto.

O plano de parto apresenta-se como um instrumento capaz de nortear o diálogo na roda de conversa e ainda de armazenar as informações de maneira formal a fim de que sejam recordadas pelas participantes nos demais dias da gestação e possibilitem o diálogo sobre suas escolhas para o parto junto aos profissionais de saúde das maternidades. Para isso, também foi realizada fortemente divulgação científica deste projeto, através de apresentação de resumos em congressos, desenvolvimento de trabalhos acadêmicos e publicação de artigos científicos, estes ainda, em fase de publicações.

Em todos os meios de divulgação foi expressamente citado o apoio das entidades/órgão apoiador, incluindo a Fundação de Amparo à Pesquisa do estado de Minas Gerais (FAPEMIG).

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). O modelo de atenção obstétrica no setor de Saúde Suplementar no Brasil: cenários e perspectivas. 2008.

ALENCAR, Rayane Moreira; DE LIMA, Sumina Kayanni Alves; TORRES, Cicero Magérbio Gomes. O PROCESSO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM MULHERES GESTANTES FACE À REALIZAÇÃO DO PRÉ-NATAL: Uma revisão bibliográfica. **Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia**, v. 2, n. 4, 2014.

ALVES, Camila Neumaier et al. Prenatal care and culture: an interface in nursing practice. **Escola Anna Nery**, v. 19, n. 2, p. 265-271, 2015.

AMARAL, Marta Araújo. **Entre o desejo e o medo: oficinas de trabalho como espaço de reflexão e empoderamento de adolescentes**. 2005. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

ANVERSA, Elenir Terezinha Rizzetti et al. Qualidade do processo da assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de Estratégia Saúde da Família em município no Sul do Brasil. **Cadernos de saúde pública= Reports in public health. Vol. 28, n. 4 (abr. 2012), p. 789-800**, 2012.

APOLINÁRIO, Débora et al. Práticas na atenção ao parto e nascimento sob a perspectiva das puérperas. 2016.

ARANTES, Rayssa Basílio et al. Assistência pré-natal na estratégia saúde da família: uma avaliação de estrutura DOI: 10.4025/cienccuidsaude. v13i2. 22718. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 13, n. 2, p. 245-254, 2014.

AXENT (Brasília). Unic Rio (Ed.). **Novo relatório da ONU avalia implementação mundial dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM)**. Publicado em 06 de junho de 2015. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/novo-relatorio-da-onu-avalia-implementacao-mundial-dos-objetivos-de-desenvolvimento-do-milenio-odm/>>. Acesso em: 16 jun. 2016.

BAILEY, Joanne Motino; CRANE, Patricia; NUGENT, Clark E. Childbirth education and birth plans. **Obstetrics and gynecology clinics of North America**, v. 35, n. 3, p. 497-509, 2008.

BARBOSA, Gisele Peixoto et al. Parto cesáreo: quem o deseja? Em quais circunstâncias? Cesarean sections: who wants them and under what circumstances?. **Cad. saúde pública**, v. 19, n. 6, p. 1611-1620, 2003.

BARDIN, L. Análise de conteúdo. 3. reimp. **Lisboa: Edições**, v. 70, 2011.

BÉHAGUE, Dominique P.; VICTORA, Cesar G.; BARROS, Fernando C. Consumer demand for caesarean sections in Brazil: informed decision making, patient choice, or social inequality? A population based birth cohort study linking ethnographic and epidemiological methods. **Bmj**, v. 324, n. 7343, p. 942, 2002.

BORK, Anna Margherita Toldi. **Enfermagem baseada em evidências**. Guanabara Koogan, 2005.

BRANDÃO, Carlos Rodrigues. A pesquisa participante e a participação da pesquisa: um olhar entre tempos e espaços a partir da América Latina. **Pesquisa participante: a partilha do saber**. Aparecida: Ideias e Letras, p. 21-54, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Atenção ao pré-natal de baixo risco*. n. 32. Brasília; 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. *Pré-natal e puerpério Atenção qualificada e humanizada*. 5ª ed. Brasília; 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção básica: atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em: <http://189.28.128.100dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_32.pdf>. Acesso em: 21 jan. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Programa Nacional de Suplementação de Ferro: manual de condutas gerais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. 24 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013c. 38 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção básica: atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em: <http://189.28.128.100dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_32.pdf>. Acesso em: 21 jan. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 52 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_estrutura_ubs.pdf>. Acesso em: 03 abr. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal. Brasília, 2016, 381 p.: il. [acesso em 20 abr 2016]. Disponível: http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio_Diretriz-PartoNormal_CP.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília, DF, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Série E. Legislação em Saúde. D.F: Brasília 2012. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 27 maio 2016.

BRASÍLIA. INCA. Ministério da Saúde (Ed.). **Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva**. Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama>>. Acesso em: 10 jun. 2016a.

CAETANO, Laíse Conceição et al. Gravidez depois dos 35 anos: Uma revisão sistemática da literatura. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 15, n. 4, p. 579-587, 2011.

CAUS, Eliz Cristine Maurer et al. O processo de parir assistido pela enfermeira obstétrica no contexto hospitalar: significados para as parturientes. 2009.

COSTA, Christina Souto Cavalcante et al. Características do atendimento pré-natal na Rede Básica de Saúde. **Rev eletr enf [Internet]**, v. 15, n. 2, p. 516-22, 2013.

COSTA, Christina Souto Cavalcante et al. Características do atendimento pré-natal na Rede Básica de Saúde. **Rev eletr enf [Internet]**, v. 15, n. 2, p. 516-22, 2013

DA COSTA, Marta Cocco; SILVA, Ethel Bastos da; SIQUEIRA, Elisa Torentino. Pregnant women in violence situation on health look: integrative review. **Journal of Nursing UFPE on line [JNUOL/DOI: 10.5205/01012007/Impact factor: RIC: 0, 9220]**, v. 9, n. 2, p. 965-973, 2015.

DA SILVA, Esther Pereira et al. Pré-natal na atenção primária do município de João Pessoa-PB: caracterização de serviços e usuárias. **Revista Brasileira de Saude Materno Infantil**, v. 13, n. 1, 2013.

DE FIGUEIREDO, Mariana da Silva et al. Possíveis indicadores da assistência obstétrica a parturiente em uma maternidade escola. **Cogitare Enfermagem**, v. 18, n. 4, 2013.

DE OLIVEIRA, Sonia Maria Junqueira Vasconcellos et al. Tipo de parto: expectativas das mulheres. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 10, n. 5, p. 667-674, 2002.

DEERING, Shad H. et al. Patients presenting with birth plans in a military tertiary care hospital: a descriptive study of plans and outcomes. **Military medicine**, v. 171, n. 8, p. 778-780, 2006.

DESLANDES, Suely Ferreira; ASSIS, SG de. Abordagens quantitativa e qualitativa em saúde: o diálogo das diferenças. **Caminhos do pensamento: epistemologia e método**, v. 2, p. 195-223, 2002.

DIAS, Marcos Augusto Bastos et al. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. **Ciênc saúde coletiva**, v. 10, n. 3, p. 669-705, 2005.

DINIZ, Carmen Simone Grilo et al. Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional Nascer no Brasil. 2014.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciênc saúde coletiva**, v. 10, n. 3, p. 627-37, 2005.

DO CARMO LEAL, Maria et al. Atenção ao pré-natal e parto em mulheres usuárias do sistema público de saúde residentes na Amazônia Legal e no Nordeste, Brasil 2010. **Revista Brasileira de Saude Materno Infantil**, v. 15, n. 1, 2015.

DO CARMO LEAL, Maria; DA GAMA, Silvana Granado Nogueira; DA CUNHA, Cynthia Braga. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. **Revista de saude publica**, v. 39, n. 1, p. 100-107, 2005.

DO SACRAMENTO, Amália Nascimento; DO NASCIMENTO, Enilda Rosendo. Racismo e saúde: representações sociais de mulheres e profissionais sobre o quesito cor/raça. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 5, p. 1142-1149, 2011.

DO VALE DE ALMEIDA, André Henrique et al. Baixo peso ao nascer em adolescentes e adultas jovens na Região Nordeste do Brasil. **Revista Brasileira de Saude Materno Infantil**, v. 14, n. 3, 2014.

DODOU, Hilana Dayana et al. A contribuição do acompanhante para a humanização do parto e nascimento: percepções de puérperas. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm**, v. 18, n. 2, p. 262-269, 2014.

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira et al. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. 2012.

D'ORSI, Eleonora et al. Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar. 2014.

DOS SANTOS, Roberta Luciele Blaas et al. Atenção no pré-natal de baixo risco na ótica de puérperas. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 5, n. 4, p. 628-637, 2015.

DUARTE, Sebastiao Junior Henrique; BORGES, Angelica Pereira; DE ARRUDA, Giselle Lira. Ações de enfermagem na educação em saúde no pré-natal: relato de experiência de um projeto de extensão da Universidade Federal do Mato Grosso. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, 2011.

ENKIN, Murray et al. **Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto**. Guanabara Koogan, 2005.

FAÚNDES, Aníbal; CECATTI, José Guilherme. A operação cesárea no Brasil: incidência, tendências, causas, conseqüências e propostas de ação. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 7, n. 2, p. 150-173, 1991.

FREIRE, Paulo. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

FRIGO, Jucimar et al. Assistência de enfermagem e a perspectiva da mulher no trabalho de parto e parto. *Cogitare enferm*, v. 18, n. 4, p. 761-766, 2013.

GOMES, Karen. **Intervenções obstétricas realizadas durante o trabalho de parto e parto em uma maternidade de baixo risco obstétrico, na cidade de Ribeirão Preto, São Paulo**. 2011. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

GUERREIRO, Eryjosy Marculino et al. O cuidado pré-natal na atenção básica de saúde sob o olhar de gestantes e enfermeiros. *Revista Mineira de Enfermagem*, v. 16, n. 3, p. 315-323, 2012.

GUIDA, Natasha Faria Barros; LIMA, Gabrielle Parrilha Vieira; PEREIRA, Adriana Lenho de Figueiredo. O ambiente de relaxamento para humanização do cuidado ao parto hospitalar. *REME rev. min. enferm*, v. 17, n. 3, p. 531-537, 2013.

JARDIM, Danúbia Mariane Barbosa; PENNA, Cláudia Maria de Mattos. Pai-acompanhante e sua compreensão sobre o processo de nascimento do filho. *Revista Mineira de Enfermagem*, v. 16, n. 3, p. 373-381, 2012.

KAUFMAN, Tamara. Evolution of the birth plan. *The Journal of perinatal education*, v. 16, n. 3, p. 47-52, 2007.

KITZINGER, Sheila et al. **Mães: um estudo antropológico da maternidade**. 1996. LEI nº 10.843, de 18 de setembro de 2015. Disponível em: <http://www.sofiafeldman.org.br/wp-content/uploads/2015/09/LEI-N%C2%BA-10.843.pdf> <http://www.sofiafeldman.org.br/wp-content/uploads/2015/09/LEIN%C2%BA-10.843.pdf>. Acesso em: 15 out 2015.

LEISTER, Nathalie; RIESCO, Maria Luiza Gonzalez. Assistência ao parto: história oral de mulheres que deram à luz nas décadas de 1940 a 1980. *Texto & contexto enferm*, v. 22, n. 1, p. 166-174, 2013.

LOTHIAN, Judith. Birth plans: the good, the bad, and the future. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, v. 35, n. 2, p. 295-303, 2006.

MAEDA, Sayuri Tanaka et al. Recursos humanos na Atenção Básica: investimento e força propulsora de produção. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 45, n. spe2, p. 1651-1655, 2011.

MAGOMA, Moke et al. The effectiveness of birth plans in increasing use of skilled care at delivery and postnatal care in rural Tanzania: a cluster randomised trial. *Tropical Medicine & International Health*, v. 18, n. 4, p. 435-443, 2013.

MERHY, Emerson Elias. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. Hucitec, 2002.

MOORE, Margo; HOPPER, Ursula. Do birth plans empower women? Evaluation of a hospital birth plan. **Birth**, v. 22, n. 1, p. 29-36, 1995.

NOGUEIRA, João Rui Duarte Farias; FERREIRA, Manuela. O envolvimento do pai na gravidez/parto e a ligação emocional com o bebé. **Revista de Enfermagem Referência**, n. 8, p. 57-66, 2012.

PEDROSA, Inês de Cássia Franco; DE PAULA CORRÊA, Áurea Christina; MANDÚ, Edir Nei Teixeira. Influências da infraestrutura de centros de saúde nas práticas profissionais: percepções de enfermeiros-doi: 10.4025/ciencucuidsaude. v10i1. 13288. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 10, n. 1, p. 058-065, 2011.

PEREIRA, Klebiana G. Pereira et al. Atenção à saúde da mulher no pré-natal. **Revista Brasileira de Educação e Saúde**, v. 5, n. 4, p. 01-08, 2015.

PERES, Ellen Márcia et al. Representação social da gravidez na adolescência para adolescentes grávidas. 2011.

PROGIANTI, Jane Márcia; PORFÍRIO, Aline Bastos. Participação das enfermeiras no processo de implantação de práticas obstétricas humanizadas na maternidade Alexander Fleming (1998-2004). **Esc. Anna Nery Rev. Enferm**, v. 16, n. 3, p. 443-450, 2012.

REVEIZ, Ludovic; GAITÁN, Hernando G.; CUERVO, Luis Gabriel. Enemas during labour. **The Cochrane Library**, 2013.

RIBEIRO, Marcos Aguiar et al. Humanização do parto e nascimento: acolher a parturiente na perspectiva dialógica de Paulo Freire. 2013

RIOS, Claudia Teresa Frias; VIEIRA, Neiva Francenely Cunha. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. **Centro**, v. 65020, p. 660, 2007.

ROCHA, Rebeca Silveira; DA SILVA, Marcelo Gurgel Carlos. Assistência pré-natal na rede básica de fortaleza-ce: uma avaliação da estrutura, do processo e do resultado-doi: 10.5020/18061230.2012. p344. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 25, n. 3, p. 344-355, 2012.

ROCHA, Rebeca Silveira; DA SILVA, Marcelo Gurgel Carlos. Assistência pré-natal na rede básica de fortaleza-ce: uma avaliação da estrutura, do processo e do resultado-doi: 10.5020/18061230.2012. p344. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 25, n. 3, p. 344-355, 2012.

RODRIGUES, Driéli Pacheco et al. Intimate partner violence against pregnant women: study about the repercussions on the obstetric and neonatal results. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. 2, p. 206-212, 2014.

SAMPAIO, Juliana et al. Limites e potencialidades das rodas de conversa no cuidado em saúde: uma experiência com jovens no sertão pernambucano. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 18, p. 1299-1311, 2014.

SILVA, Andréa Lorena Santos; NASCIMENTO, Enilda Rosendo do; COELHO, Edméia de Almeida Cardoso. Práticas de enfermeiras para promoção da dignificação, participação e autonomia de mulheres no parto normal. **Escola Anna Nery**, v. 19, n. 3, p. 424-431, 2015.

SILVA, Rangel da Silva; CHRISTOFFEL, Marialda Moreira; SOUZA, Kleyde Ventura de. História, conquistas e perspectivas no cuidado à mulher e à criança. **Texto & contexto enferm**, v. 14, n. 4, p. 585-593, 2005.

SIMKIN, Penny. Birth plans: after 25 years, women still want to be heard. **Birth**, v. 34, n. 1, p. 49-51, 2007.

SODRÉ, Thelma Malagutti. **Necessidade de cuidado e de participação no parto: a voz de um grupo de gestantes de Londrina-PR**. 2010. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

SOUSA, Ana Maria Magalhães et al. Práticas na assistência ao parto em maternidades com inserção de enfermeiras obstétricas, em Belo Horizonte, Minas Gerais. **Escola Anna Nery**, v. 20, n. 2, p. 324-331, 2016.

SOUZA, J. P. et al. Obstetric transition: the pathway towards ending preventable maternal deaths. **BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology**, v. 121, n. s1, p. 1-4, 2014.

SPINDOLA, Thelma et al. Opinión de las gestantes sobre el acompañamiento de la enfermera obstetra en el prenatal de un hospital universitario. **Ciencia y enfermería**, v. 18, n. 2, p. 65-73, 2012.

SUÁREZ-CORTÉS, María et al. Use and influence of Delivery and Birth Plans in the humanizing delivery process. **Revista latino-americana de enfermagem**, n. AHEAD, p. 0-0, 2015.

VOGT, Sibylle Emilie et al. Características da assistência ao trabalho de parto e parto em três modelos de atenção no SUS, no Município de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. 2011.

WHITFORD, Heather M et al. Use of a Birth Plan within Woman held Maternity Records: A Qualitative Study with Women and Staff in Northeast Scotland **Birth**, v 41, n 3, p 283-289, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. Care in normal birth: a practical guide. 1996.

XAVIER, Rozania Bicego et al. Risco reprodutivo e renda familiar: análise do perfil de gestantes. 2013.

ZAMPIERI, Maria de Fátima Mota; ERDMANN, Alacoque Lorenzini. Cuidado humanizado no pré-natal: um olhar para além das divergências e convergências. **Rev. bras. saúde matern. infant**, v. 10, n. 3, p. 359-367, 2010.

[5] R\$ 3501,00 a R\$ 7000,00

[6] > R\$ 7000,00

Quem é o chefe da família? (ou quem tem a maior renda)

[1] Você (a própria mulher) [3] Outra pessoa da família

[2] O companheiro [4] Outro _____

Qual a cor da sua pele?

[2] preta

[3] parda

[4] amarela

[5] indígena

[1] branca

Você já havia recebido alguma informação sobre o Plano de Parto:

[1] Sim. De quem? _____ Onde? _____

[2] Não

Há algum ago que Você planejou para o parto e que não se encontra no modelo oferecido:

[1] Sim. Qual? Quais: _____

[2] Não

Parte II

Fale-me sobre o que você pensa sobre o parto de uma maneira geral.

Fale-me sobre como você acha que será o seu parto (expectativas)

Fale-me sobre como você gostaria de ser cuidada no seu parto (demandas, necessidades).

APÊNDICE B

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para participação na pesquisa em Instrumento para Levantamento de Informações nas Unidades de Saúde (Usuárias)

Pesquisa: Construindo Estratégias para o Fortalecimento e Resgate da Autonomia das Mulheres no Processo de Parto e Nascimento: Interface entre Extensão e Pesquisa

A pesquisa tem como objetivo analisar o processo de fortalecimento e resgate da autonomia da mulher no parto e nascimento, suas percepções, expectativas e experiências relacionadas ao processo de parto e nascimentos; a identificação de suas demandas relacionadas ao trabalho de parto e parto expressas por meio de um plano de parto, como também aspectos relacionados às características da maternidade, principalmente as relacionadas à área física, à organização do serviço e à qualidade da assistência prestada pela equipe de saúde.

Você está sendo convidada a participar de uma pesquisa que será realizada em duas etapas. A primeira acontecerá durante o período pré-natal e a segunda até após 60 dias do seu parto. Na primeira etapa, Você deverá participar de duas “rodas de conversa”, realizadas na unidade de saúde onde realiza seu pré-natal, conduzida pelos pesquisadores deste estudo. Estas “rodas” têm a duração prevista de 01 hora e 30 minutos até 02 horas, no máximo. Nessa oportunidade Você responderá a um questionário com seus dados de identificação e, também, poderá falar sobre suas percepções e expectativas em relação ao seu parto e ao atendimento na maternidade em que ganhará seu bebê. Estas “rodas de conversa” acontecerão em um intervalo de 04 (quatro) semanas. Na primeira “roda de conversa” Você será orientada sobre o que é um plano de parto e motivada a elaborar um plano, de acordo com o um modelo oferecido pelos pesquisadores. Durante este período além de elaborar seu plano de parto, Você poderá sugerir itens que foram pensados por Você e que não se encontram no modelo de plano oferecido. Na segunda “roda de conversa”, Você apresentará seu plano de parto, falar como ele foi pensado por Você e se houve algum item que Você acrescentou. Dúvidas sobre o plano de parto também poderão ser apresentadas por Você e esclarecidas pelos pesquisadores, para que você possa finalizar seu plano, caso ainda não tenha feito. O plano de parto deverá ser feito em duas vias e uma delas ficará com os pesquisadores. Durante as “Rodas de Conversa” os pesquisadores poderão gravar a “roda” utilizando gravador digital e, também, tirar fotografias, caso você permita. Na segunda etapa, após ter acontecido o parto (até após 60 dias), será realizada uma entrevista (na sua casa ou na unidade de saúde), quando será aplicado um questionário. Nesse momento, os pesquisadores perguntarão sobre a assistência que Você recebeu na maternidade e se seu plano de parto foi cumprido ou não. Caso Você não seja encontrada, após três tentativas em datas e horários diferentes, a entrevista poderá ser feita por telefone. Você terá liberdade para participar das “rodas de conversa” e também para responder as questões que lhe forem feitas, como também para deixar de responder aquelas que não desejar.

CONFIDENCIALIDADE

A participação das gestantes nas “rodas de conversa” será em grupo e a aplicação do questionário será realizada para cada entrevistada, individualmente, somente na presença do(a) entrevistador(a) e em local reservado. A participação nas “rodas de conversa” e as entrevistas, tanto na etapa, 1 quanto na etapa 2 são absolutamente voluntárias. Se houver alguma questão que a participante não queira responder, passar-se-á para a questão seguinte. A participação nas “rodas de conversa” e nas entrevistas poderá ser interrompida a qualquer momento, caso a participante assim decidir. As informações prestadas pelas entrevistadas são confidenciais e será

garantido o anonimato e o sigilo absoluto por parte dos pesquisadores. As respostas permanecerão confidenciais e nomes não serão associados a elas.

DESCONFORTOS, RISCOS E BENEFÍCIOS

A aplicação do questionário está prevista para durar cerca de 20-30 minutos. O benefício direto desta pesquisa é oferecer dados para a área de saúde pública que serão utilizados elucidar as percepções e necessidades das gestantes sem relação ao processo de parto e nascimento; suas expectativas em relação ao atendimento que receberão na maternidade durante o processo de parto e nascimento; necessidades de cuidado das gestantes expressas no plano de parto; dificuldades/potencialidades que as estruturas hospitalares e serviços da atenção básica para efetivação da autonomia das mulheres no processo de parto e nascimento, na perspectiva das participantes; avaliação das contribuições (ou não) do uso dessa ferramenta para o fortalecimento da autonomia das mulheres no processo de parto e nascimento, nos locais estudados. Um mínimo de desconforto poderá acontecer, tendo em vista a realização da "roda de conversa" e entrevista. Quanto a estes possíveis desconfortos, lembramos que você pode desistir da pesquisa a qualquer momento.

DÚVIDAS – PESQUISADORES RESPONSÁVEIS

Qualquer dúvida poderá ser tirada no momento da entrevista, com o entrevistador. O termo de consentimento será feito em duas vias, sendo uma oferecida para o entrevistado e outra será arquivada pelo pesquisador. Caso a dúvida persista ou o entrevistado demande confirmação sobre a seriedade do estudo e de suas intenções, os contatos poderão ser feitos com o pesquisador responsável. Esclarecemos que você não terá nenhum ônus (e nem) ou receberá pagamento pela participação nessa pesquisa.

Assinatura do Pesquisador

Assinatura do Participante

Pesquisador responsável: Kleyde Vnetura de Souza

Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais – EE-UFMG. Rua Alfredo Balena, 190, sala 428. Santa Efigênia – 30130-100. Belo Horizonte-MG. Tel: (31) 34098025
email: planodeparto.ufmg@gmail.com

Comitê de Ética em Pesquisa: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 – Unidade Administrativa II – 2º. Andar, sala 2005 - Cep: 31270-901 – Belo Horizonte, MG Telefax: (031) 34094592 –
email: coep@prpq.ufmg.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezada Senhora, _____,

Convidamos-lhe para participar de uma pesquisa sobre parto e nascimento, que se chama *Construindo Estratégias para o Fortalecimento e Resgate da Autonomia das Mulheres no Processo de Parto e Nascimento: Interface entre Extensão e Pesquisa*, de responsabilidade da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.

O estudo pretende analisar o processo de fortalecimento e resgate da autonomia da mulher no parto e nascimento.

Gostaríamos de contar com a sua importante colaboração nesta pesquisa, pois essa participação muito contribuirá para a melhoria da qualidade do atendimento à mulher no processo de parto e nascimento. Esclarecemos que não haverá nenhum risco para você e para o seu filho.

Gostaríamos de convidá-la a participar de duas “rodas de conversa”, que acontecerão nesta Unidade de Saúde (US). Nessas “rodas” Você receberá orientações sobre o que é um plano de parto, e sobre os itens que compõem esse plano, todos eles já amplamente divulgados para os profissionais e consolidados na literatura científica. Gostaríamos, também, de fazer algumas perguntas sobre suas percepções e expectativas e experiências relacionadas ao processo de parto e nascimentos; a identificação de suas demandas relacionadas ao trabalho de parto e parto expressas por meio do seu plano de parto. Assim como saber como foi o seu parto e se o que Você planejou no plano de parto aconteceu.

Solicitamos também o consentimento para fazer fotografias durante as “rodas de conversa” e gravá-las, utilizando um gravador digital. Informamos que será garantida a confidencialidade dos dados, sendo que as informações coletadas serão utilizadas e divulgadas de forma anônima, e exclusivamente para execução do projeto de pesquisa acima intitulada.

Tudo que for dito ficará em segredo e o seu nome não será divulgado. Você tem direito de pedir outros esclarecimentos sobre a pesquisa e pode se recusar a participar.

Eu declaro ter sido informada e concordo em participar, como voluntária, desta pesquisa.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para participantes menores de 18 anos na pesquisa em Instrumento para Levantamento de Informações nas Unidades de Saúde (Usuárias)

Pesquisa: Construindo Estratégias para o Fortalecimento e Resgate da Autonomia das Mulheres no Processo de Parto e Nascimento: Interface entre Extensão e Pesquisa

A pesquisa tem como objetivo analisar o processo de fortalecimento e resgate da autonomia da mulher no parto e nascimento, suas percepções, expectativas e experiências relacionadas ao processo de parto e nascimentos; a identificação de suas demandas relacionadas ao trabalho de parto e parto expressas por meio de um plano de parto, como também aspectos relacionados às características da maternidade, principalmente as relacionados à área física, à organização do serviço e à qualidade da assistência prestada pela equipe de saúde.

Solicitamos sua autorização para que sua filha participe de uma pesquisa que será realizada em duas etapas. A primeira acontecerá durante o período pré-natal e a segunda até após 60 dias do seu parto. Na primeira etapa, Ela poderá participar de duas “rodas de conversa”, realizadas na unidade de saúde onde realiza seu pré-natal, conduzida pelos pesquisadores deste estudo e profissionais da instituição (caso queiram participar como observadores). Estas “rodas” têm a duração prevista de 01 hora e 30 minutos até 02 horas, no máximo. Nessa oportunidade Ela será convidada a responder um questionário com seus dados de identificação e, também, poderá falar sobre suas percepções e expectativas em relação ao seu parto e ao atendimento na maternidade em que ganhará seu bebê. Estas “rodas de conversa” acontecerão em um intervalo de 04 (quatro) semanas. Na primeira “roda de conversa” Ela será orientada sobre o que é um plano de parto e motivada a elaborar um plano, de acordo com o modelo oferecido pelos pesquisadores. Durante este período além de elaborar o plano de parto, Ela poderá sugerir itens que foram pensados por Ela e que não se encontram no modelo de plano de parto oferecido. Na segunda “roda de conversa”, Ela será convidada a apresentar o plano de parto, falando como ele foi pensado e se houve algum item que acrescentou. Dúvidas sobre o plano de parto também poderão ser apresentadas por Ela e esclarecidas pelos pesquisadores, para que ela possa finalizar seu plano, caso ainda não tenha feito. O plano de parto precisará ser feito em duas vias e uma delas ficará com os pesquisadores. Durante as “rodas de conversa” bem como qualquer fase da pesquisa poderá ser gravada pelos pesquisadores utilizando gravador digital e, também, tirar fotografias, caso você permita. Na segunda etapa, após ter acontecido o parto (até após 60 dias), será realizada uma entrevista (na sua casa ou na unidade de saúde), quando será aplicado um questionário. Nesse momento, os pesquisadores perguntarão sobre a assistência que Ela recebeu na maternidade e se seu plano de parto foi cumprido ou não. Caso Ela não seja encontrada, após três tentativas em datas e horários diferentes, a entrevista poderá ser feita por telefone. Ela terá liberdade para participar das “rodas de conversa” e também para responder as questões que lhe forem feitas, como também para deixar de responder aquelas que não desejar e/ou recusar a participar da pesquisa, ou retirar seu consentimento, e de, por desejar sair em qualquer fase da pesquisa, não sofrendo qualquer prejuízo à assistência que vem recebendo na Unidade de Saúde (US).

CONFIDENCIALIDADE

RÚBRICA DO REPRESENTANTE LEGAL DO SUJEITO DA PESQUISA

RÚBRICA DO PESQUISADOR

A participação das gestantes nas “rodas de conversa” será em grupo e a aplicação do questionário será realizada para cada entrevistada, individualmente, somente na presença da pesquisadora e em local reservado. A participação nas “rodas de conversa” e as entrevistas, tanto na etapa, 1 quanto na etapa 2 são absolutamente voluntárias. Se houver alguma questão que a participante não queira responder, passar-se-á para a questão seguinte. A participação nas “rodas de conversa” e nas entrevistas poderá ser interrompida a qualquer momento, caso a participante assim decidir. Será garantida a confidencialidade dos dados coletados, sendo que as informações obtidas serão utilizadas e divulgadas de forma anônima, e exclusivamente para execução do projeto de pesquisa acima intitulado. No entanto será garantida a manutenção do sigilo e da privacidade durante todas as fases da pesquisa, onde os nomes das participantes não serão associados as informações obtidas através da coleta de dados.

DESCONFORTOS, RISCOS E BENEFÍCIOS

Levando-se em conta que é uma pesquisa, e os resultados positivos ou negativos somente serão obtidos após a sua realização, existem possíveis desconfortos e riscos decorrentes de expectativas criadas quanto ao plano de parto produzido durante a coleta de dados da pesquisa através das duas “rodas de conversa” Desta forma, não asseguramos à adesão ao cumprimento do plano de parto como rotina bem como também o cumprimento de suas expectativas traçadas em seu plano de parto na instituição/maternidade onde será realizado o seu parto. Como também que as “rodas de conversa” não substituem grupos de gestante e o acompanhamento profissional durante a sua gestação.

No entanto, para reduzir efeitos e condições adversas que possam causar danos quanto as expectativas da participante, é indicada assistência profissional na Unidade de Saúde (US) durante o período da pesquisa, bem como lhe é garantido livre acesso as informações e esclarecimentos adicionais sobre a pesquisa e suas conseqüências, enfim, tudo que queira saber antes, durante e depois de sua participação.

O benefício direto desta pesquisa é oferecer dados para a área de saúde pública que serão utilizados para elucidar as percepções e necessidades das gestantes em relação ao processo de parto e nascimento; suas expectativas em relação ao atendimento que receberão na maternidade durante o processo de parto e nascimento; necessidades de cuidado das gestantes expressas no plano de parto; dificuldades/potencialidades que as estruturas hospitalares e serviços da atenção básica para efetivação da autonomia das mulheres no processo de parto e nascimento, na perspectiva das participantes; avaliação das contribuições (ou não) do uso dessa ferramenta para o fortalecimento da autonomia das mulheres no processo de parto e nascimento, nos locais estudados. Por outro lado, a participante será indiretamente beneficiada com o acompanhamento da produção do seu plano de parto pelos pesquisadores durante as duas “rodas de conversa” propostas na pesquisa, tendo oportunidade de esclarecer dúvidas, que é de fundamental importância em particular para a preparação física e psicoemocional durante a gestação.

DÚVIDAS – PESQUISADORES RESPONSÁVEIS

Qualquer dúvida poderá ser tirada nas duas “rodas de conversa” e/ou no momento da entrevista, com os pesquisadores. O termo de consentimento será feito em duas vias, sendo uma oferecida para o entrevistado e outra será arquivada pelo pesquisador. Caso a dúvida persista ou a

RÚBRICA DO REPRESENTANTE LEGAL DO
SUJEITO DA PESQUISA

RÚBRICA DO PESQUISADOR

participante demande confirmação sobre a seriedade do estudo e de suas intenções, os contatos poderão ser feitos com o pesquisador responsável. Esclarecemos que sua filha não terá nenhum ônus (e nem) ou receberá pagamento pela participação nessa pesquisa.

Local: _____ Data: ____/____/____

(Assinatura e RG do representante legal do sujeito da pesquisa
– juntar documento que comprove o parentesco/tutela/curatela)

(nome e assinatura do pesquisador responsável)

Pesquisador responsável: Kleyde Ventura de Souza

Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais – EE-UFGM. Rua Alfredo Balena, 190, sala 428. Santa Efigênia – 30130-100. Belo Horizonte - MG. Tel: (31) 3409-8025
email: planodeparto.ufmg@gmail.com

Comitê de Ética em Pesquisa da UFGM: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 – Unidade Administrativa II – 2º. Andar, sala 2005 - Cep: 31270-901 – Belo Horizonte, MG. Tel/Fax: (031) 3409-4592 – email: coep@prpq.ufmg.br

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte: Rua Frederico Bracher Júnior, 103 / 3º Andar. Bairro Padre Eustáquio – Cep: 30720-000 – Belo Horizonte, MG. Tel.: (031) 3277 – 5309 – E-Mail: coep@pbh.gov.br

RÚBRICA DO REPRESENTANTE LEGAL DO
SUJEITO DA PESQUISA

RÚBRICA DO PESQUISADOR

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezada Senhora, _____,

Solicitamos a sua autorização para a participação de sua filha de uma pesquisa sobre parto e nascimento, que se chama ***Construindo Estratégias para o Fortalecimento e Resgate da Autonomia das Mulheres no Processo de Parto e Nascimento: Interface entre Extensão e Pesquisa***, de responsabilidade da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.

O estudo pretende analisar o processo de fortalecimento e resgate da autonomia da mulher no parto e nascimento.

Gostaríamos de convidar sua filha a participar de duas “rodas de conversa” conduzidas pelos pesquisadores deste estudo e profissionais da instituição (caso queiram participar como observadores), que acontecerão nesta Unidade de Saúde (US). Nessas “rodas” Ela receberá orientações sobre o que é um plano de parto, e sobre os itens que compõem esse plano, todos eles já amplamente divulgados para os profissionais e consolidados na literatura científica. Gostaríamos, também, de fazer algumas perguntas sobre as percepções e expectativas e experiências relacionadas ao processo de parto e nascimentos; a identificação de suas demandas relacionadas ao trabalho de parto e nascimento expressas por meio do plano de parto dela. Assim como saber como foi o parto e se o que Ela planejou no plano de parto aconteceu.

Gostaríamos de contar com a importante colaboração de sua filha nesta pesquisa, pois essa participação muito contribuirá para a melhoria da qualidade do atendimento à mulher no processo de parto e nascimento, bem como ela será beneficiada com o acompanhamento na produção do plano de parto pelos pesquisadores durante as duas “rodas de conversa” propostas na pesquisa, tendo oportunidade de esclarecer dúvidas que é de fundamental importância para a preparação física e psicoemocional durante a gestação.

Por outro lado, informamos sobre possíveis desconfortos e riscos decorrentes da criação de expectativas pela sua filha quanto ao plano de parto produzido durante a coleta de dados da pesquisa, levando-se em conta que é uma pesquisa, e os resultados positivos ou negativos somente serão obtidos após a sua realização. No entanto, para reduzir efeitos e condições adversas que possam causar danos quanto as expectativas da sua filha, é indicada assistência profissional na Unidade de Saúde (US) durante o período da pesquisa, bem como lhe é garantido livre acesso as informações e esclarecimentos adicionais sobre a pesquisa e suas conseqüências, enfim, tudo que queira saber antes, durante e depois da participação de sua filha na pesquisa.

RÚBRICA DO REPRESENTANTE LEGAL DO
SUJEITO DA PESQUISA

RÚBRICA DO PESQUISADOR

Solicitamos também o consentimento para fazer fotografias e/ou gravação utilizando um gravador digital durante as “rodas de conversa” e a aplicação do questionário. Informamos que será garantida a confidencialidade dos dados. Sendo que as informações coletadas serão utilizadas e divulgadas de forma anônima, e exclusivamente para execução do projeto de pesquisa acima intitulado. Portanto, garantimos a manutenção do sigilo e da privacidade durante todas as fases da pesquisa. Enfim, tudo que for dito ficará em segredo e o seu nome e de sua filha não serão divulgados.

Sem precisar justificar, você poderá recusar a participação de sua filha na pesquisa, ou retirar o seu consentimento, e de, por desejar de você e/ou da sua filha sair da pesquisa em qualquer fase da pesquisa, não sofrendo qualquer prejuízo à assistência que vem recebendo na Unidade de Saúde (US).

Eu declaro ter sido informada quanto ao teor de todo o aqui mencionado e compreendo a natureza e o objetivo do já referido estudo, manifesto meu livre consentimento para a participação de minha filha estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por sua participação.

Em caso de qualquer dúvida, reclamação ou denúncia quanto a pesquisa você e/ou sua filha poderão entrar em contato com a EEUFMG tel.: (31) 34098025.

Local: _____ Data: ____/____/____

(Assinatura e RG do representante legal do sujeito da pesquisa
– juntar documento que comprove o parentesco/tutela/curatela)

(nome e assinatura do pesquisador responsável)

RÚBRICA DO REPRESENTANTE LEGAL DO SUJEITO
DA PESQUISA

RÚBRICA DO PESQUISADOR

APÊNDICE D

**Construindo
Estratégias para
Fortalecimento e o
Resgate da
Autonomia das
Mulheres no
Processo de Parto e
Nascimento**

2014

INSTRUMENTO DE OBSERVAÇÃO PARA COLETA DE DADOS

Elaboração: Prof. Laise Caetano e Regina Da Silva

Revisão: Prof. Marta A. Amaral

UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais

Escola de Enfermagem

NUPESMeG –

Núcleo de Pesquisas e Estudos em Saúde da Mulher e Gênero

**ANEXO 17 – Guia de
orientação para coleta
de dados durante a
oficina I e II**

Preencher o quatro abaixo – referente dados sobre a oficina I e II:

NOME DA UNIDADE DE SAÚDE:

DATA:

NOME – FACILITADOR 1:

FACILITADOR 2:

PESQUISADOR DE CAMPO:

APOIO LOGÍSTICO:

Nº DE MULHERES (PARTICIPANTES) – OFICINA I:

OFICINA II:

OFICINA I – HORÁRIO (INÍCIO):

HORÁRIO (TÉRMINO):

OFICINA II – HORÁRIO (INÍCIO):

HORÁRIO (TÉRMINO):

A coleta de dados para o projeto de pesquisa *“Construindo Estratégias para Fortalecimento e o Resgate da autonomia das Mulheres no processo de Parto e Nascimento”* acontece em duas etapas sendo que uma das etapas refere às rodas de conversa da oficina I e oficina II. O “Guia de orientação para coleta de dados durante a oficina I e II” contém impressos para serem usados pelo pesquisador para anotar as observações sistemáticas e controladas durante as oficinas, e tendo como material de apoio para a coleta de dados o uso do gravador e o registro em fotografia. No entanto, para cada oficina é necessário a presença de 03 (três) pessoas, o Facilitador 1, o Facilitador 2 e o Pesquisador de campo para coleta de dados.

A coleta de dados está sistematicamente orientada neste guia de acordo com as atividades desenvolvidas durante as oficinas I e II, sendo adotados quadros para serem devidamente preenchidos pelo pesquisador de campo. Os dados serão coletados a partir dos relatos e reflexões das participantes durante as atividades nas oficinas. Caso seja necessário mais espaço para as anotações na coleta de dados, pode ser feito o uso de

folha(s) extra(s), devidamente identificada(s) com o local, data, nome dos facilitadores e pesquisador de campo e anexada (s) ao documento de coleta de dados.






OBS.IMPORTANTE: Caso as rodas de conversa tenham a participação de profissionais da Unidade de Saúde, a título de coleta de dados no sentido de controlar bias, é importante informar aos profissionais que poderão participar da oficina como meros observadores, sem interferir no desenvolvimento das atividades com as participantes. Por exemplo, na eventualidade da participação de profissionais da Unidade de Saúde, estes preferivelmente sentariam fora do semicírculo das participantes, ou seja, sem participar de atividades com as gestantes.

OFICINA I / PLANEJANDO O PARTO

OFICINA I _ ATIVIDADE 2 – ACOLHIMENTO

Anotação do(s) sentimento (s) relatado (s) pela participante ao escolher determinada (s) expressão facial durante o acolhimento.

Variável 1 – Expressão Facial, a “Carinha” e o significado atribuído pela participante – “sentimento”.

NOME DA PARTICIPANTE	Alegria 	Surpresa 	Dúvida 	Dor 	Tristeza 	Sentimento (Significado)

**OFICINA I _ ATIVIDADES 3 & 4
USANDO A MALA SURPRESA**

Anotação com o nome e o(s) sentimentos relatado(s) pela participante ao escolher objeto (s) na “Mala Surpresa”

Variável 2 – Significado atribuído pela participante ao objeto escolhido.

NOME DA PARTICIPANTE	OBJETO ESCOLHIDO	SIGNIFICADO ATRIBUIDO PELA PARTICIPANTE AO OBJETO ESCOLHIDO

**OFICINA I _ ATIVIDADE 5
CONSTRUÇÃO CONJUNTA DO PLANO DE PARTO “DINÂMICA DOS PEZINHOS”.**

Identificação das escolhas das participantes de acordo com as cores dos pezinhos.

Variável 3 – Escolha da participante para o “Plano de Parto” nas etapas: “Chegando na Maternidade” (pezinho azul), “Pré-Parto” (pezinho amarelo) e “O Momento do Parto” (pezinho verde).

Escolha da participante “Chegando na Maternidade” – Representado pelo “Pezinho Azul”

	NOME:	NOME:	NOME:	NOME:
Escolha(s) p/ Pezinho Azul				

Escolha(s) p/ Pezinho Laranja				
	NOME:	NOME:	NOME:	NOME:
Escolha(s) p/ Pezinho Azul				
Escolha(s) p/ Pezinho Laranja				

Escolha da participante para o “Pré-Parto” – Representado pelo “Pezinho Amarelo”.

	NOME:	NOME:	NOME:	NOME:
Escolha(s) p/ Pezinho Amarelo				
Escolha(s) p/ Pezinho Laranja				
	NOME:	NOME:	NOME:	NOME:
Escolha(s) p/ Pezinho Amarelo				
Escolha(s) p/ Pezinho Laranja				

Escolha da participante para o “Parto” – Representado pelo “Pezinho Verde”.

	NOME:	NOME:	NOME:	NOME:
Escolha(s) p/ Pezinho verde				
Escolha(s) p/ Pezinho Laranja				
	NOME:	NOME:	NOME:	NOME:
Escolha(s) p/ Pezinho Verde				
Escolha(s) p/ Pezinho				

Laranja				
---------	--	--	--	--

**OFICINA I _ ATIVIDADE 6
CONSTRUINDO EM DUPLAS OU PEQUENOS GRUPOS A CAMINHADA AO PARTO COM OS PEZINHOS E PEDRAS.**

Variável 4 – Identificação pela participante de desafio(s) / intercorrência(s) para a efetivação do “Plano de Parto”.

Identificação dos possíveis desafios / intercorrências – Representado pela “Pedra Vermelha”.

	NOME:	NOME:	NOME:	NOME:
Identificação de desafio(s)/ intercorrência(s) “Pedra Vermelha”.				
	NOME:	NOME:	NOME:	NOME:
Identificação de desafio(s)/ intercorrência(s) “Pedra Vermelha”.				

OFICINA II / COMPARTILHANDO O PLANO DE PARTO

**OFICINA II _ ATIVIDADE 2
COMPARTILHANDO O PLANO DE PARTO PELA PARTICIPANTE.**

Variável 5 – Identificação se o “Plano de Parto” foi elaborado previamente pela participante.

Variável 6 – Identificação se o “Plano de Parto” foi elaborado durante a oficina II.

	NOME:	NOME:	NOME:	NOME:
Elaboração prévia do “Plano de Parto”	Sim (1) Não (2)	Sim (1) Não (2)	Sim (1) Não (2)	Sim (1) Não (2)
Elaboração do “Plano de Parto” durante	Sim (1) Não (2)	Sim (1) Não (2)	Sim (1) Não (2)	Sim (1) Não (2)

a oficina II.				
	NOME:	NOME:	NOME:	NOME:
Elaboração prévia do “Plano de Parto.	Sim (1) Não (2)	Sim (1) Não (2)	Sim (1) Não (2)	Sim (1) Não (2)
Elaboração do “Plano de Parto” durante a oficina II.	Sim (1) Não (2)	Sim (1) Não (2)	Sim (1) Não (2)	Sim (1) Não (2)

OFICINA II _ ATIVIDADE 3

APRESENTAÇÃO DO PLANO DE PARTO PELA PARTICIPANTE.

Variável 7 – Identificação de escolha convergente e divergente no plano de parto da participante.

DUPLA	DUPLA 1	DUPLA 2
PARTICIPANTE	NOME:	NOME:
Escolha (s) Convergente(s)		
Escolha(s) Divergente(s)		
	NOME:	NOME:
Escolha (s) Convergente(s)		
Escolha (s) Convergente(s)		

OFICINA II _ ATIVIDADE 6

REFLEXÃO SOBRE O PLANO DE PARTO ELABORADO PELA PARTICIPANTE.

Variável 8 – Identificação pela participante de escolha no plano de parto mantida e alterada após a reflexão do sócio drama.

	NOME:	NOME:	NOME:	NOME:
Escolha(s) Mantida(s)				
Escolha(s) Alterada(s) (mudança ou acrécimo na escolha)				
	NOME:	NOME:	NOME:	NOME:
Escolha(s) Mantida(s)				
Escolha(s) Alterada(s)/ (mudança ou acrécimo na escolha)				

