

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

MILENE SILVA RODRIGUES

**HUMANIZAÇÃO NO PROCESSO DE PARTO E NASCIMENTO:
IMPLICAÇÕES DO PLANO DE PARTO**

**BELO HORIZONTE
2017**

MILENE SILVA RODRIGUES

**HUMANIZAÇÃO NO PROCESSO DE PARTO E NASCIMENTO:
IMPLICAÇÕES DO PLANO DE PARTO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Linha de pesquisa: Cuidar em saúde e enfermagem

Orientadora: Dra. Kleyde Ventura de Souza

**BELO HORIZONTE
2017**

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do
Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFMG

Rodrigues, Milene Silva

Humanização no processo de parto e nascimento [manuscrito]: implicações do plano de parto / Milene Silva Rodrigues. - 2017.

102 f.

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

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Humanização da Assistência. 2. Educação em Saúde. 3. Cuidado Pré-Natal. 4. Enfermagem. I. Souza, Kleyde Ventura de. II. Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem. III. Título.

ATA DE NÚMERO 541 (QUINHENTOS E QUARENTA E UM) DA SESSÃO PÚBLICA DE ARGUIÇÃO E DEFESA DA DISSERTAÇÃO APRESENTADA PELA CANDIDATA MILENE SILVA RODRIGUES PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRA EM ENFERMAGEM.

Aos 7 (sete) dias do mês de junho de dois mil e dezessete, às 14:00 horas, realizou-se no Anfiteatro da Pós-Graduação - 432 da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, a sessão pública para apresentação e defesa da dissertação "HUMANIZAÇÃO NO PROCESSO DE PARTO E NASCIMENTO: IMPLICAÇÕES DO PLANO DE PARTO", da aluna *Milene Silva Rodrigues*, candidata ao título de "Mestra em Enfermagem", linha de pesquisa "Cuidar em Saúde e Enfermagem". A Comissão Examinadora foi constituída pelos seguintes professores doutores: Kleyde Ventura de Souza (orientadora), Valdecyr Herdy Alves e Elysângela Dittz Duarte, sob a presidência da primeira. Abrindo a sessão, a Senhora Presidente da Comissão, após dar conhecimento aos presentes do teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:

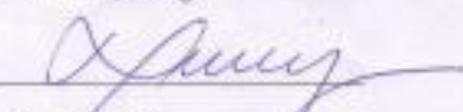
- APROVADA;
 APROVADA COM AS MODIFICAÇÕES CONTIDAS NA FOLHA EM ANEXO;
 REPROVADA.

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pela Senhora Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, eu, Andréia Nogueira Delfino, Secretária do Colegiado de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 07 de junho de 2017.

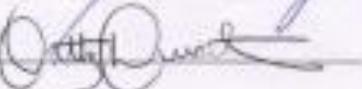
Prof.ª Dr.ª Kleyde Ventura de Souza
Orientadora (Esc. Enf. UFMG)



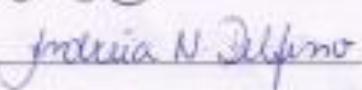
Prof. Dr. Valdecyr Herdy Alves
(UFF)



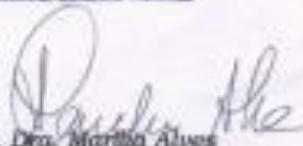
Prof.ª Dr.ª Elysângela Dittz Duarte
(EEUFMG)



Andréia Nogueira Delfino
Secretária do Colegiado de Pós-Graduação



HOMOLOGADO em reunião do CPU
em 09/07/2017


Prof.ª. Dra. Marcia Alves
Coordenadora do Colegiado de
Pós-Graduação em Enfermagem
Escola de Enfermagem/UFMG

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, a Deus, pela sua infinita misericórdia, com a qual não descuida desse ser tão inacabado que sou eu.

À minha querida orientadora, Dra. Kleyde Ventura, que num singelo ato de compreensão da minha fragilidade e necessidade de cuidado, mudou o rumo dessa dissertação e da minha vida, proporcionando-me uma desconstrução total do meu ser e saber, para uma reconstrução enquanto sujeito ativo do meu processo de aprendizado.

À mestranda Débora Chaves, pelas ricas discussões, leituras e orientações que contribuíram imensamente para a construção dessa trajetória e para a minha mudança de lugar na academia. Ao meu querido e amado esposo André, que curou as minhas feridas causadas pelo doloroso ato de crescer; e em todos esses anos foi meu colo aconchegante, guardando suas dores para cuidar das minhas. Pelas intermináveis massagens, obrigada.

À minha família, pelo apoio incondicional, e por respeitar a minha necessidade de ausência. Por ouvir a minha choradeira, e ler as minhas reflexões no grupo da família, sempre me encorajando e dizendo que eu era capaz. A minha querida mãe por ser à base da minha existência.

À minha irmã Cinara Rodrigues, por me proporcionar uma experiência riquíssima ao participar do seu processo de gestar e parir, sobretudo internalizando todos os conceitos do meu estudo, elaborando seu plano de parto e viajando 500 km para ter o nosso Benjamim no Sofia Feldman. Obrigada pela confiança.

Aos meus coordenadores e diretores da Secretaria de Saúde de Sete Lagoas e da Faculdade Ciências da Vida, em especial a Valcir, Denise, Karine, Maysa e Fernanda, que entendendo a importância desse mestrado, proporcionaram condições para que eu me ausentasse do trabalho a fim de realizar meus estudos.

Às minhas amigas Janaína, Juliana e Poliana, que me apoiaram durante esses anos, sendo ouvidos, ombros e suporte em horas tão difíceis, quando muitas vezes pensei em desistir.

À minha madrinha eterna Lízia, pela amizade verdadeira e compreensão de todos os meus sentimentos.

Às minhas amigas Cecília e Larissa, por compartilharem comigo os seus saberes e me fazerem acreditar que esse é o caminho, que devemos criticar o sistema e nos responsabilizar por nossas competências. Temos que ser diferentes!

À EEUFMG, por me proporcionar esse mestrado.

Às mulheres, por me receberem tão carinhosamente no seio dos seus lares.

À banca avaliadora, pela contribuição na construção final deste trabalho. Elysangela Dittz Duarte e Valdecyr Herdy Alves, obrigada!

“Gosto de ser gente, porque inacabado sei que sou um ser condicionado, mas consciente do inacabamento, sei que posso ir mais além dele”. Paulo Freire

*No princípio, eu era Eva
Nascida para felicidade de Adão
E meu paraíso tornou-se trevas
Porque ousei a Libertação.*

*Mais tarde, fui Maria,
Meu pecado redimiria
Dando à luz Àquele que traria a Salvação
Mas isso não bastaria
Para eu encontrar o perdão.*

*Passei a ser Amélia,
A Mulher de Verdade
Para a Sociedade
Não tinha a menor vaidade
Mas sonhava com a Igualdade.*

*Muito tempo depois, decidi:
Não dá mais!
Quero minha Dignidade
Tenho meus ideais!*

*Hoje não sou esposa, mãe ou filha,
Sou Pai, Mãe, Arrimo da Família.
Sou Caminhoneira, Taxista, Piloto de Avião,
Policial Feminina, Operária em Construção.*

*Ao mundo peço licença
Para atuar onde quiser
Meu sobrenome é Competência,
O meu nome é Mulher!*

(Autor desconhecido)

“Sobre si mesmo, sobre seu corpo e sua mente,
o indivíduo é soberano!”

Jonh Stuart Mill

RESUMO

Introdução: O papel de protagonista das mulheres no processo de parto e nascimento implica o fortalecimento e/ou adoção de novas lógicas na assistência à saúde. Para tanto, considera-se relevante reconhecer a importância da autonomia das mulheres no processo de parto e nascimento. No que se refere ao período e à assistência pré-natal, em particular, a preparação para o parto e para a maternidade é de fundamental importância. Entre as estratégias para fortalecer sua 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 um instrumento realizado pelas mulheres com o propósito de refletir sobre o seu parto e, baseado nisso, definir suas escolhas. Trata-se de uma recomendação da Organização Mundial da Saúde, e, no Brasil, inscreve-se como uma das ações do paradigma da humanização do parto, fundamentação teórica desse estudo. **Objetivo:** Analisar as contribuições da realização do plano de parto, construído em uma roda de conversa, para o fortalecimento da autonomia da mulher no processo de parto e nascimento. **Método:** Trata-se de pesquisa exploratória, descritiva de abordagem qualitativa, em que se utilizou o recorte da pesquisa “Construindo estratégias para o fortalecimento e o resgate da autonomia das mulheres no processo de parto e nascimento”, desenvolvido por meio de rodas de conversa com gestantes inscritas no sistema de pré-natal (SIS Pré-Natal) do distrito Sanitário de Venda Nova, em Belo Horizonte/Minas Gerais. O presente estudo foi realizado no período puerperal das participantes que elaboraram seu plano de parto no período pré-natal. Para a coleta de dados foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturada, no período de janeiro de 2016 e janeiro de 2017. Foram entrevistadas 30 mulheres, escolhidas de forma intencional entre as participantes do estudo principal. Para a análise dos dados, seguiram-se os passos da análise temática de conteúdo. Foram considerados como critérios de inclusão gestantes, cadastradas nas unidades pesquisadas e gestantes que participaram das rodas de conversa. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, sob o nº 462.748 e pela Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, e financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa de Minas Gerais (FAPEMIG) com o parecer nº 508.446 e edital FAPEMIG 07/2012. A pesquisa obedeceu aos aspectos éticos, conforme Resolução nº 466/2012 CNS/MS. **Resultados:** Os resultados dessa pesquisa mostraram que o plano de parto influencia positivamente no processo de parto e em sua finalização. As mulheres participantes relataram ter seus desejos consentidos e/ou discutidos, além de perceberem maior respeito dos profissionais em relação ao cuidado no processo de parto e nascimento, respeito à sua individualidade e integridade corporal. Para as mulheres do estudo, esta prática permitiu-lhes sentirem-se mais confiantes e seguras, dando-lhes força e produzindo experiências de parto positivas. No entanto, sentimentos de frustração diante do não atendimento às demandas e necessidades das mulheres foram também identificadas. **Considerações finais:** A humanização do parto como legitimidade política da reivindicação e a defesa dos direitos das mulheres na assistência ao nascimento ainda apresenta lacunas, bem como a legitimidade referida à *participação das mulheres precisa ser fortalecida na atenção ao parto e nascimento, especialmente, no cuidado durante o pré-natal.*

Descritores: Enfermagem. Educação em saúde. Humanização da assistência. Autonomia Pessoal. Cuidado pré-natal.

ABSTRACT

Introduction: The protagonist of women in the process of childbirth and birth implies the strengthening and / or adoption of new logics in health care. Therefore, it's necessary to recognize the importance of women's autonomy in this process. About period and prenatal care, in particular, preparation for childbirth and maternity has fundamental importance. Among the strategies to strengthen their autonomy is the elaboration by the woman of a birth plan, which must be respected by the professionals who follow her. The birth plan is an instrument performed by women, pregnant and parturient, with the purpose of reflecting on their birth and, based on it, defining their choices. It is a recommendation of the World Health Organization, and in Brazil, it's one of the actions of the paradigm of the humanization of childbirth, the theoretical reference of this study. **Objective:** To analyze the contributions of the realization of a birth plan as an exercise of women's autonomy in the process of birth. **Method:** This is an exploratory research, descriptive of a qualitative approach, in which parts of the research "Building strategies to strengthen and rescue women autonomy in the process of childbirth and birth" was used, developed through conversation groups with pregnant women registered in pre natal system (SIS Pre Natal) in the district of Venda Nova, in Belo Horizonte / Minas Gerais, Brazil. This study was executed in puerperal period of the participants who prepared their delivery plan in prenatal period. For The data collection it was used a semi-structured questionnaire from January to February, 2016. The sample was consisted of 30 women, who were chosen intentionally among the participants of the larger study. For the data analysis the thematic analysis of content was followed. The inclusion criteria included pregnant women registered in the units surveyed and pregnant women who participated in the study. The project was evaluated and approved by the Research Ethics Committee of the Federal University of Minas Gerais under CAAE N° 12186813.9,1001,5149 and by the Municipal Health Department of Belo Horizonte and funded by Minas Gerais Research Foundation General (FAPEMIG) with registry n° 508.446 and public notice FAPEMIG 07/2012. The research obeyed the ethical aspects, according to Resolution No. 466/2012 CNS / MS. **Results:** The results of the interviews showed that the delivery plan positively influences the delivery process and its finalization. And the participating women reported having their desires consented and/or discussed, in addition to perceiving the professionals' greater respect for care in the process of childbirth and birth, respect for their individuality and bodily integrity. For the women in the study, this practice allowed them to feel more confident and secure, giving them strength and producing positive delivery experiences. However, feelings of frustration at not attendance the demands and needs of women were also identified. **Final considerations:** the humanization of childbirth as a political legitimacy of the reclamation and defense of women's rights in the care of birth still presents gaps, as well as the legitimacy related to the participation of women needs to be strengthened in the attention to childbirth and birth, especially during prenatal care.

DESCRIPTORS: Nursing. Health education. Humanization of care. Personal Autonomy. Prenatal care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 – Escolhas que as mulheres podem fazer no trabalho de parto.....	34
FIGURA 2 - Representação do protagonismo da mulher quando recebe uma assistência no pré-natal e ao parto de forma humanizada.....	56
FIGURA 3 - Representação do modelo de assistência ao parto com enfoque na autonomia e poder do médico.....	58
QUADRO 1- Categorias e subcategorias.	34
QUADRO 2 - Perfil das mulheres entrevistadas. Belo Horizonte, Janeiro. 2016 e Janeiro. 2017	45
QUADRO 3- Categoria: A mulher empoderada, em uma Roda de Conversa, frente à fisiologia do seu corpo exercita a sua autonomia no processo de parto e nascimento ...	46
QUADRO 4 - Categoria: Plano de parto representando um meio para discussão dos limites e possibilidades das escolhas das mulheres no processo de parturição.....	51

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	13
1 INTRODUÇÃO.....	13
1.1 Justificativa	18
2 OBJETIVO.....	22
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	23
3.1 Modelos de Assistência à Mulher no Processo de Parto e Nascimento no Contexto Brasileiro .	23
3.2 O Processo de Parto e Nascimento na Perspectiva da Autonomia das Mulheres	277
3.3 O Plano de Parto como um Instrumento de Promoção da Autonomia de Gestantes no Processo de Parto e Nascimento.....	300
3.4 Rodas de Conversa: uma Modalidade Educativa	34
4 MÉTODO	388
4.1 Participantes e critérios de inclusão	39
4.2 Roda de Conversa para Construção do Plano de Parto	450
4.3 Coleta dos dados	455
4.4 Análise dos dados.....	466
4.5 Aspectos éticos.....	478
5 RESULTADOS	499
5.1 Caracterização das participantes	499
5.2 A mulher, empoderada em uma Roda de Conversa frente à fisiologia do seu corpo, fortalece a sua autonomia no processo de parto e nascimento.....	51
5.2.1 Roda de conversa como uma experiência estimuladora da tomada de decisão e escolhas da mulher com enfoque na sua autonomia.....	52
5.2.2 (Re) significação de experiência em rodas de conversa contribuiu para a ampliação de conhecimentos e o descortinar de perspectivas sobre o processo de parto	54
5.3 Plano de parto representando um meio para discussão dos limites e possibilidades das escolhas das mulheres no processo de parturição	566
5.3.1 Preparação, escolha informada, direitos e empoderamento – o plano de parto como um instrumento de comunicação entre a mulher e os profissionais da maternidade.....	577
5.3.2 Desrespeito e não efetivação das escolhas das mulheres	60
5.4 Discussão.....	61
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	744
REFERÊNCIAS	777

APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados.....	899
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.....	90
ANEXO A – Parecer de aprovação do comitê de ética em pesquisa	944
ANEXO B – Plano de parto utilizado na pesquisa.....	955
ANEXO C – Anteprojeto de lei de implantação do plano de parto em Sete Lagoas	966

APRESENTAÇÃO

“A teoria sem a prática vira 'verbalismo', assim como a prática sem teoria, vira ativismo. No entanto, quando se une a prática com a teoria tem-se a práxis, a ação criadora e modificadora da realidade”. Paulo Freire

A busca incansável pela modificação da minha realidade me trouxe aqui. O mestrado proporcionou-me refletir e querer melhorar a minha prática, usar a evidência científica para embasar as minhas ações, lutar para que o meu estudo fosse conhecido e inserido na prática da atenção obstétrica do município onde atuo. Mudar a minha atuação profissional no exercício do cuidado à mulher no ciclo gravídico e puerperal e mudar minha atuação profissional no exercício da docência foram meus objetivos principais. Desenvolver um método de ensino baseado na autonomia do paciente e na autonomia do meu aluno, não foi fácil, mas meus estudos sobre Paulo Freire têm me proporcionado uma base sólida para seguir a luta.

Por ter me formado em uma instituição privada onde o foco do estudo era a competência técnica do ser enfermeiro, pouco se discutia ou criticava as políticas públicas. Aprendi, pois, que protocolos foram feitos para serem seguidos e não discutidos. Antes de me formar, iniciei como docente em um curso técnico, afinal, ensinar é uma paixão desde que me entendo por gente. Após a formatura, mudei-me para Sete Lagoas e iniciei a docência em uma Instituição Privada de Nível Superior e, alguns anos depois, eu aliei o trabalho docente com a área assistencial em uma Estratégia de Saúde da Família. Tudo o que eu sonhava era poder colocar em prática o que a literatura abordava. Mas algo não parecia correto, faltava alguma coisa, eu me sentia incompleta, a repetição dos protocolos me incomodava, necessitava ir além, necessitava compreender em que lugar eu estava. E, então, busquei a Escola de Enfermagem da UFMG.

Um mundo novo surgiu, reflexões, críticas, necessidade de leituras extenuantes, necessidade de aprender a fazer diferente, de desconstruir tudo o que eu acreditava que era correto para, assim, permitir uma nova reconstrução. Como doeu, ainda dói, e penso que sempre doerá, pois como disse minha orientadora: crescer dói. Hoje eu mudei de lugar, isso é fato. Quem me conheceu, há quatro anos, não me conhece mais. E ninguém jamais irá compreender a profundidade dessa fala, seria esperar muita empatia do outro. Sim, foram quatro anos, pois para conseguir fazer o mestrado e trabalhar, eu cumpri dois anos de

disciplinas isoladas, para então entrar efetivamente no programa de pós-graduação da UFMG, tão vislumbrado por mim.

No início, nunca pensei efetivamente que não conseguiria. Hoje penso: - como foi que eu consegui isso? Nossa, foi uma batalha atrás da outra, muita luta e sofrimento, ausências e quatro anos de finais de semana estudando em meio a livros, artigos, teses, seminários, congressos e outros. Dentre todas as dificuldades que enfrentei, o tempo disponível para o mestrado foi a maior delas, mas como poderia eu, em meio a uma crise financeira enfrentada pelo país, abrir mão do meu trabalho? Até porque sempre acreditei que o mestrado faz sentido, porque foi a partir do questionamento da minha *práxis* que eu fui buscar asilo na academia. Seria ilógico para mim eu não modificar a minha prática a partir do meu mestrado. E, assim, estou fazendo.

Dentre tudo o que me orgulho nesse mestrado, está a implantação do Plano de Parto e da Roda de Conversa para construção do plano de parto no município de Sete Lagoas. Levei a roda de conversa para todas as unidades. E também, em conjunto com os coordenadores médico e enfermeiro da maternidade, pactuamos a utilização do plano de parto pela rede da atenção primária com o acolhimento humanizado do plano pelos profissionais da maternidade.

Hoje, na minha região - que totaliza em média 100 gestantes cadastradas no pré-natal da Unidade Básica de Saúde (UBS) - todas são convidadas a participar da roda de conversa sobre o plano de parto com a construção conjunta e individual do mesmo. A roda é bimensal e, para aquelas mulheres que não puderem participar da roda de conversa, realizamos uma consulta de pré-natal especialmente com o objetivo de construção do plano de parto. As gestantes são orientadas a entregar o plano de parto aos profissionais da maternidade e, no seu retorno, os enfermeiros questionam como foi a utilização do plano de parto. Até o momento, o retorno, de forma geral, tem sido positivo. Também mantemos contato constante com a enfermeira coordenadora da maternidade para um diálogo sobre assistência ao pré-natal, parto e puerpério, o que melhorou muito a qualidade da nossa assistência, que é baseada nos indicadores da OMS e das práticas baseadas em evidências. Fiquei fascinada pelas evidências científicas e, hoje, minha atuação é sempre baseada em uma reflexão sobre o que as evidências trazem sobre o assunto, e tenho influenciado muitos colegas a buscarem as publicações de qualidade e atuais. Inclusive, uma enfermeira que trabalhou comigo todos esses anos na UBS, entrou agora, na residência de enfermagem obstétrica do Sofia Feldmam.

Baseado na experiência real da assistência ao pré-natal é necessário, ainda, toda a gama de atividades desenvolvidas nas unidades de saúde, tais como atendimentos individuais,

realizados pelo médico e pelo enfermeiro, além da educação em saúde, feita por meio de atividades coletivas durante todo o período gestacional, com enfoque na escuta qualificada e na orientação de qualidade. O diálogo entre os profissionais da atenção ao pré-natal e atenção ao parto e nascimento é fundamental para que haja uma reflexão sobre a necessidade de um cuidado centrado na mulher, tanto no pré-natal, como no parto e no período puerperal.

Embasada na elaboração desta dissertação, foi possível apresentar a proposta de implantação do Plano de Parto no dia 06 de março de 2017, para a Câmara Municipal de Sete Lagoas, a fim de que se torne um projeto de lei, a exemplo do município de São Paulo, para que todas as unidades sejam orientadas e cumpram, de fato, esse oitavo passo do pré-natal de qualidade, instituído pela Organização Mundial de Saúde (OMS) desde a década de 1980. Conforme cita Sheyla Kitzinger (2011), cada maternidade irá receber o plano de parto que merece e, de fato, as mulheres precisam questionar o sistema, precisam se empoderar e tomar posse do seu corpo.

Outra experiência marcante para mim foi a orientação que dei à minha irmã quando ela engravidou e se empoderou com informações de qualidade sobre gestação, parto e nascimento; realizou o seu plano de parto e escolheu ter o seu parto no Hospital Sofia Feldman e, para isso, teve que viajar 500 km. No hospital, ela apresentou o seu plano de parto e conseguiu dialogar com os profissionais sobre os seus desejos e expectativas, tendo uma experiência única e satisfatória.

No município de Sete Lagoas, onde atuo, foi implementando o Programa de Educação Permanente (PEP) para enfermeiros e fui convidada para ser uma das condutoras. Atualmente estamos discutindo sobre a assistência ao pré-natal na atenção primária à saúde e implantando práticas referentes à Humanização da Assistência, como o plano de parto, dentre outras. No que tange à Humanização da Assistência, durante as incansáveis pesquisas em busca de evidências para melhorar minha prática, encontrei uma tese que avaliou o efeito analgésico do aleitamento materno na coleta do teste do pezinho no bebê. Essa foi uma grande descoberta para mim e para os meus colegas, pois a partir da pesquisa, implantei essa prática na unidade onde eu trabalho e estou divulgando-a no município. Encontra-se na Câmara Municipal de Vereadores de Sete Lagoas, um projeto para se tornar lei no município essa forma de coletar o teste, o que promove grande conforto ao bebê e menos traumas para a mãe.

No dia 27/06/2017 apresentei no Fórum Perinatal em Sete Lagoas essa dissertação, onde ficou pactuada a implantação do plano de parto no município. Todas as unidades receberam o impresso elaborado do Plano de Parto e foram orientadas a entregar e discutir

com as gestantes na 1º consulta de pré-natal e nas consultas subsequentes, bem como, durante as rodas de conversa sobre a preparação para o parto.

Logo, tenho a certeza de que essa luta não foi em vão. E que essa dissertação não será mais uma dentre tantas que ficam arquivadas e esquecidas.

1 INTRODUÇÃO

Por muito tempo, o processo de nascer foi considerado assunto exclusivo de mulheres. Na hora do parto, as mulheres eram auxiliadas por familiares ou parteiras. Nesse momento, era-lhes atribuída uma simbologia de coragem, força, poder e misticismo devido ao evento do nascimento (MACEDO; ARRAES, 2013). O parir e o nascer são acontecimentos naturais, capazes de exprimir significados diferentes a partir da história e cultura vivenciada, individualmente, por cada mulher (CARNEIRO, 2011).

No Brasil, até meados do século XIX, os nascimentos eram acompanhados por mulatas ou portuguesas pobres. Quando a corte se mudou para o Rio de Janeiro, iniciou-se o processo de modernização e combate aos surtos epidêmicos, momento em que a assistência aos nascimentos passou de ofício à profissão, de evento entre mulheres para assunto de homens, das mãos experientes das camponesas para as luvas brancas do médico, de saberes populares para conhecimentos científicos, de parturientes envolvidas ativamente no processo para pacientes incapacitadas de dar à luz aos seus filhos (CARNEIRO, 2011; MACEDO, ARRAES, 2013). Até hoje, o corpo feminino é concebido como essencialmente defeituoso e, por isso, ainda trata-se o parto como patológico e arriscado, usando-se artifícios violentos, invasivos e potencialmente danosos. Esse modelo limita e ignora as dimensões sexuais, sociais e espirituais do processo de nascimento (ANDREZZO, 2016; CORTÉS *et al.*, 2015).

As formas de **violência obstétrica** se expressam de acordo com o tipo de tratamento desumano instituído. O abuso físico é frequentemente observado em intervenções invasivas como: cesáreas programadas sem indicação clínica, episiotomia e toques vaginais dolorosos. A violência verbal, por meio de uma comunicação desrespeitosa e sem afeto, desmoraliza os desejos e sentimentos da mulher. Os tipos de violência variam, sendo os mais comuns o abandono, a discriminação, a falta de liberdade para a mulher fazer suas escolhas, a invasão de privacidade e a negligência dos procedimentos prestados (TESSER *et al.*, 2015).

Frente ao exposto, é possível afirmar que a **violência obstétrica** pode manifestar-se de variadas formas, motivo pelo qual é um complexo problema de saúde pública. A prevenção e a superação desse problema exigem o engajamento de todos os envolvidos com o processo assistencial. É necessário, pois, coragem para incorporar as abordagens inovadoras, a prática clínica baseada em evidência e a segurança das pacientes, a fim de que haja a evidente promoção dos seus direitos enquanto usuários dos serviços de saúde (DINIZ *et al.*, 2015).

Informações têm sido discutidas com profissionais e gestantes com o objetivo de visibilizar, prevenir e remediar a violência obstétrica, tanto no setor público como no privado. Entre essas ações, incluem-se: a atualização das evidências científicas sobre intervenções no parto; a melhora da relação entre a equipe de cuidado e as parturientes, promovendo a sua **autonomia** e **escolha informada**; a extinção do uso desregulado dos corpos das pacientes com fins didáticos, através da criação de novos modelos de aulas práticas, inclusive cirúrgicas; a punição por práticas abusivas nos corpos das gestantes com fins didáticos; e a regulamentação da atenção médica pelas gestões locais através da publicação de experiências intra-hospitalares e da inclusão de protocolos e auditorias clínicas (DINIZ *et al.*, 2016).

Com o objetivo de efetivar formas de combate à violência obstétrica, reduzir a mortalidade materna e neonatal e melhorar o tratamento dado as gestantes e parturientes, o Ministério da Saúde instituiu, no ano 2000, o **Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento** (PHPN), que tem oferecido diretrizes para um amplo processo de humanização da assistência obstétrica, fundamentado nas recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS). Esse programa visa atender à especificidade de cada mulher no processo de parturição, com o intuito de minimizar intervenções desnecessárias e inapropriadas ao parto, buscando a humanização do ciclo gravídico-puerperal (BRASIL, 2002).

Segundo a **OMS**, a mulher, durante o processo de parturição, deverá receber assistência emocional e atenção à saúde com o mínimo de intervenções. Essas medidas têm o intuito de diminuir o tempo do trabalho de parto, a dor e o uso de medicações anestésicas, bem como o número de cesáreas. Porém, essas recomendações estão longe de se tornar a nossa realidade, visto que o modelo de assistência à saúde no Brasil ainda apresenta uma cultura que negligencia os benefícios do processo de nascimento natural (OMS, 1996; BRASIL, 2016).

Na prática, a assistência ao parto no Brasil é marcada por diversos problemas como, falta de pessoal, falta de insumos e materiais, falta de estrutura adequada para o atendimento digno, questões que interferem diretamente na qualidade assistencial. As redes de saúde ainda não estão consolidadas, inviabilizando a integração entre os cuidados pré-natal e a assistência ao parto. Como consequência, mantêm-se elevadas as taxas de prematuridade que, nas regiões Sul e Sudeste, se alternaram entre 3,4% e 15%, ao passo que na região Norte e Nordeste ficam entre 3,8% e 10,2%. Outro ponto preocupante é que o Brasil sofre de “epidemia” de cesarianas, na ordem de 56% dos partos realizados ao ano no país, quando não deveriam superar 15% (OLIVEIRA *et al.*, 2016; SOGESP, 2015).

Além disso, em 2016, o Brasil apresentou uma taxa de mortalidade materna na ordem de 62 mulheres para cada 100 mil nascimentos; dados acima da meta estabelecida pela Organização das Nações Unidas de 35 mortes/100 mil nascimentos. Já a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) considera como aceitável uma taxa de mortalidade materna de 20 óbitos a cada 100 mil nascimentos (CARNEIRO, 2015; SILVA *et al.*, 2016).

Desde que as práticas médicas apropriaram-se do corpo e do querer feminino, as mulheres acabaram sendo relegadas a um papel secundário e passivo no nascimento dos seus filhos. Já foi demonstrado que a dor do parto é um componente natural e essencial da gestação, e que as mulheres querem poder experimentá-la e superá-la. Quando não existem contra indicações, o direito à escolha de parturição deve ser garantido às gestantes, competindo ao Estado o dever de oferecer informações de qualidade para que elas possam decidir com pleno conhecimento e consciência (MACEDO, ARRAES, 2013; CORTÉS *et al.*, 2015).

Empoderar-se é um exercício paulatino de amadurecimento que dura toda uma vida, munido da capacidade de tomar decisões e, simultaneamente, se responsabilizar pelas devidas consequências. Essa prática, então, assume características psicológicas, individuais, sociais e políticas. A autonomia individual e psicológica possibilita à pessoa uma maior visão sobre a sua própria realidade, e lhe dá condições de adaptar-se ao meio em que vive, e experimentar táticas de autoajuda e solidariedade. O empoderamento social e político surgem através de lutas coletivas por direitos em comum (FERREIRA, PEREIRA, JÚNIOR, 2013).

A **autonomia**, no caso das mulheres, volta-se aos limites da individualidade, do desenvolvimento de prioridades, do livre-arbítrio e das consequências por não possuir alternativas de escolhas e/ou não poder refletir sobre as mesmas. Para se discutir autonomia sob a ótica da mulher, é necessário considerar os princípios de equidade e respeito às diferenças (RODRIGUES, 2014; SOUZA, KAZMIERCZAK, COUTO 2012).

Paulo Freire discute uma autonomia embasada em princípios éticos e na dignidade do ser humano. A máxima “educação para a autonomia” foi elaborada por ele e é muito utilizada com o propósito de ressaltar que a autonomia precisa ser uma conquista revelada a partir das escolhas, das experiências, do se fazer livre. Ainda que a autonomia seja algo da essência do ser humano, quando associada à dignidade, ela não é um princípio nato, e sim uma construção que deve ser almejada e conquistada, pois há aqueles que não a desejam (FREIRE, 1996).

A autonomia em Paulo Freire recebe um significado social, político e pedagógico, uma vez que se trata da situação social na história de um grupo ou indivíduo que se libertou, se emancipou das opressões que limitam sua liberdade de autodeterminação. A conquista da

própria autonomia sugere a quebra da opressão; mas a liberdade para Freire não acontece por acaso, e sim pela *práxis* de sua procura; pelo esclarecimento e reconhecimento da necessidade da luta pela causa (FREIRE, 2000). A autonomia é contrária à heteronomia, e o ser passivo é contrário ao ser autônomo. Para ser livre, o homem deve se conscientizar e fazer intervenção no mundo em que vive. Autonomia não é apenas a capacidade de pensar, escolher e decidir a partir de seus princípios, ela envolve a capacidade de agir e realizar suas ações pautadas na própria razão (FREIRE, 1970).

No contexto da autonomia na assistência obstétrica, o parto é um evento fisiológico e biossocial, no qual vigoram características culturais, sociais, emocionais e afetivas. Em cada sociedade, ele reflete os valores que regulam a realidade daquele povo. É durante esse momento que ocorre a transformação da mulher em mãe, em que a identidade feminina fica mais aguçada. Dessa forma, nota-se que as expectativas das parturientes e as circunstâncias em que se deu o nascimento dos seus filhos criam uma experiência positiva ou negativa para elas (GAMA *et al.*, 2009).

Em pesquisa realizada por Weidle *et al.*, (2014), as grávidas relataram sentir medo e não estarem preparadas para o parto normal. Esse relato justifica-se devido ao fato de essas mulheres não terem obtido conhecimentos que lhes proporcionassem segurança para esse momento. Da mesma maneira, elas também não são informadas sobre os riscos e complicações que podem advir da cirurgia cesariana e, por isso, tendem a escolhê-la como uma forma de proteger a si e aos seus bebês. Se a gestante não compreender a fisiologia do corpo humano, as fases do trabalho de parto e o período expulsivo, ela não terá segurança, controle físico e emocional para superá-lo. A cada contração, mais e mais dolorida, ela não saberá o que virá adiante e não terá autonomia para se colocar em posições que aliviem a sua dor, por exemplo.

Durante a assistência ao pré-natal, algumas estratégias devem ser realizadas com o objetivo de orientar a mulher e fortalecer a sua autonomia no processo de parto e nascimento, dentre elas está a elaboração de um **plano de parto** (CORTÉS *et al.*, 2015). Ele é avaliado como um componente educativo de alto potencial, uma vez que tem a capacidade de levar a mulher ao autoconhecimento e à reflexão sobre o seu parto, além de potencializar um diálogo entre os profissionais envolvidos nessa assistência e entre as usuárias. A partir do plano de parto, a mulher tem possibilidade de realizar escolhas e determinar onde e por quais profissionais ela deseja que seu parto seja assistido, além de definir o que ela aceita ou não de intervenções, bem como analisar as alternativas possíveis, em situações normais e no caso de surgirem complicações (ANDERSON, KILPATRICK, 2012). Além disso, 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 (BALDISSEROTTO, 2015).

O plano de parto é uma ferramenta ao alcance das gestantes que permite mostrar à equipe os seus conhecimentos sobre o parto, direitos, intervenções obstétricas e suas reais indicações e, também, sobre a violência obstétrica. Trata-se de um instrumento para além da comunicação, escrito pelas mulheres no período gestacional, no qual elas apresentam as práticas consentidas e as que rejeitam em seus corpos nos períodos pré, durante e pós-parto, bem como as manobras e cuidados que devem ser tomados com o seu filho. O seu alcance, porém, ainda é limitado à população de nível social médio, que possui um capital social privilegiado econômica e culturalmente (CORTÉS *et al.*, 2015; ANDREZZO, 2016).

O desenvolvimento da ideia do plano de parto foi estimulado pelo termo “decisão informada”, e propunha uma forma de levar informação de qualidade às mulheres e protegê-las da medicalização crescente que acontecia nos Estados Unidos e na Europa. É importante salientar que seu uso data na literatura de países industrializados desde 1980. A divulgação do seu conceito tem sido amplamente utilizada em sites na internet e já é um documento recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). No município de São Paulo, o plano de parto foi incluído como direito na lei municipal 15.894/2013 e está previsto pelo Portaria 1020/GMMS 2013 do Ministério da Saúde (ANDREZZO, 2016; CUNHA, GOMES, SANTOS, 2012).

Através da construção do plano de parto, as mulheres podem expressar as suas preferências, construir sua autoconfiança sobre todo o processo do parto, melhorar a comunicação com a equipe de profissionais e promover o seu empoderamento, de modo a auxiliar nas tomadas de decisão conscientemente. Ainda, o plano de parto tem a função de devolver a voz às gestantes, o que pode reforçar a sua segurança, uma vez que, dotadas de informações de qualidade, elas são capazes de chamar a atenção para si mesmas em um momento de emergência, diminuindo os riscos de uma complicação, ainda que sejam “mal vistas” pelo sistema hospitalar (CORTÉS *et al.*, 2015; ANDREZZO, 2016).

A elaboração do plano de parto é um direito da mulher, que deve ser respeitado pelos profissionais que a assistem; quando isso acontece é possível perceber a qualificação e assistência humanizada centrada na mulher. A parturiente deve ser avisada sobre procedimentos necessários em seu corpo, os quais não podem ser realizados sem o seu consentimento (CUNHA, GOMES, SANTOS, 2012; CORTÉS *et al.*, 2015).

A fim de comparar as diferenças entre os partos de mulheres que tinham um plano de parto prévio e aquelas sem o plano de parto, AFSHAR *et al.* (2015) realizaram uma pesquisa com mulheres primíparas, comparando características maternas, fatores intraparto, características neonatais e satisfação da mulher com a experiência. Os resultados mostraram que mulheres com planos de parto apresentaram menos intervenções durante o processo, ao passo que se mostraram menos satisfeitas. Esse dado sugere que as expectativas das parturientes, quando não alcançadas, levam a um sentimento de decepção com o plano de parto e, por isso, é necessário realizar mais estudos buscando entender como melhorar essa experiência.

1.1 Justificativa

A pesquisa “Nascer no Brasil”, realizada nos anos de 2011 e 2012, um inquérito com 23.894 mulheres sobre o parto e nascimento, evidenciou que os procedimentos realizados estão cada vez mais intervencionistas, com números elevados e crescentes de uso de medicação estimulante (36,4%), episiotomias (53,5%), manobras mecânicas para acelerar o nascimento (36,1%), cesarianas sem reais indicações clínicas (52%), restrição ao leito (55,7%), jejum (74,8%), enema (91,7%) e amniotomia artificial (39,1%). Esses procedimentos, quando utilizados sem indicação clínica, causam dor e sofrimentos desnecessários à mulher, além de não serem indicados pela OMS como procedimentos de rotina (LANSKY, 2014; BOHREN *et al.*, 2015; OLIVEIRA, 2015).

Diante da necessidade de trazer a mulher para o centro do cuidado obstétrico, discussões sobre o **empoderamento** são ressaltadas. Dessa forma, o resgate do papel de protagonista das mulheres no processo de parto e nascimento implica o fortalecimento de novas lógicas na assistência à saúde. 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 dos profissionais da saúde; reconhecer a importância e possibilitar o fortalecimento da autonomia das mulheres do processo de parto e nascimento (VOGT, 2011, BRASIL, 2011).

Tem sido cada vez mais frequente o aumento do número de cirurgias cesarianas no Brasil. Percebe-se que esses números estão ligados aos procedimentos sem indicações

médicas precisas e/ou desnecessárias e prejudiciais à saúde da gestante e do bebê, contribuindo para o aumento das taxas da mortalidade materna e perinatal em patamares inadmissíveis. A cesárea deve ser realizada somente para obter resultados maternos e neonatais positivos, em casos de extrema necessidade, como eclâmpsia, prolapso de cordão, descolamento prematuro de placenta, desproporção entre encéfalo e a pelve; quando o bebê está em posição transversal e a manobra para mudança de posição não foi positiva, ou ainda pelo surgimento de complicações no momento do nascimento que justifiquem o uso real da cirurgia (PATAH; MALIK, 2011).

A prática de cesárea possui uma ligação direta com as taxas de mortalidade materna, cerca de quatro a cinco vezes maiores, quando comparadas às taxas obtidas no parto normal. A cesariana também tem relação direta com a elevação de morbidades maternas, infecções puerperais, acidentes anestésicos, tromboembólicos e hemorragias. Existe ainda um elevado risco para o bebê, que poderá nascer prematuro ou apresentar um desconforto respiratório, logo após o parto (NASCIMENTO, 2013). Mesmo diante desses dados, existem mulheres que optam pela cesárea, e isso está relacionado, entre outras razões, à falta de informação de qualidade sobre os riscos desse procedimento e também sobre os benefícios do parto vaginal (WEIDLE *et al.*, 2014).

A prematuridade é um importante determinante da mortalidade e morbidade infantil, tanto em países desenvolvidos como em países em desenvolvimento. O parto prematuro também é um dos principais determinantes da morbi/mortalidade neonatal, pois essas mortes apontam a baixa qualidade da assistência prestada às mulheres, tanto no pré-natal como no parto e puerpério; além da utilização de procedimentos inadequados para a saúde da gestante e do bebê (ALMEIDA *et al.*, 2015).

Segundo a OMS e MS, existem práticas que trazem danos e complicações físicas à mulher durante o parto, que podem repercutir de forma negativa para essas mulheres, tanto no lado emocional como físico. Pode-se citar a assistência durante o parto e a posição ginecológica/litotômica. A posição litotômica é a que menos favorece o período expulsivo do parto, já que ela atua contra a gravidade; a posição melhor para o parto é a que a mulher se sente mais confortável e autônoma (CARVALHO *et al.*, 2012, OMS, 1996, BRASIL, 2017).

Nesse caso, destaca-se a necessidade de se estabelecer mudanças no modelo da assistência, o que objetiva uma melhor reorganização das práticas de saúde voltadas à sua humanização, a ética, ao diálogo/comunicação entre as mulheres, a família e os profissionais. Devem-se considerar também as mudanças culturais dos serviços de saúde – hegemonicamente baseada nos valores médicos ou dos profissionais, em detrimento às

políticas públicas, as práticas sustentadas por evidências e, às necessidades e demandas das mulheres (PONTES *et al.*, 2014).

Portanto, a partir do movimento de humanização, práticas baseadas em evidências científicas, também denominadas de “boas práticas”, como a elaboração do **plano de parto** pela mulher, o incentivo à presença de um acompanhante de escolha da mulher durante o trabalho de parto e parto, a livre movimentação no trabalho de parto e a liberdade de posição durante o parto, dentre outras, tem sido incentivadas no país desde a publicação da guia (OMS, 1996).

Não obstante, no que tange à formação profissional, é de fundamental importância que as instituições de ensino reconheçam a necessidade de introduzir no currículo, de modo que o ensino baseado em evidências científicas atuais contribua, assim, para uma assistência de qualidade e respeito aos direitos reprodutivos das mulheres. Além disso, devem ser discutidos no aparelho formador, modos inovadores de práticas educativas, pautadas no diálogo e na preocupação em ouvir e compreender o outro. Profissionais que prestam um cuidado pautado na Humanização da Assistência.

A realização de uma Roda de Conversa pode proporcionar às gestantes, por exemplo, importantes discussões, além de possibilitar a sensibilização sobre o processo de parto e nascimento, viabilizando a desconstrução de conhecimentos ultrapassados e a reconstrução de saberes atuais. A realização desse tipo de grupo pode, então, proporcionar espaços para a troca de experiências sobre o momento de o bebê vir ao mundo e propicia um ambiente agradável para discutir os diferentes aspectos relacionados à gravidez, parto e puerpério, permitindo o expressar e o compartilhar de sentimentos ou dúvidas. Nessas rodas, as mulheres são apoiadas por outras mulheres, fato que tem um significado singular para elas, mesmo que haja a participação ativa do profissional (HOLANDA *et al.*, 2013).

Nesse tipo de prática educativa, as discussões devem considerar a vivência da gestante e ser promovida por meio do diálogo, pois leva o indivíduo a refletir sobre sua existência. Nessa perspectiva, o educador deve se abster de discriminação; respeitar o conhecimento da mulher; dispor de postura ética e humanizada; incentivar e estimular a autonomia para conseguir provocar uma mudança no contexto que se deseja (FREIRE, 1996).

Desse modo, o plano de parto construído em uma roda de conversa é uma ferramenta de comunicação com propriedade educativa, capaz de produzir reflexões e quebra de paradigmas, o que pode contribuir para qualificar a atenção ao parto. Acredita-se que o plano de parto favorece o fortalecimento da autonomia das mulheres.

Portanto, questiona-se: Como o plano de parto construído em uma roda de conversa pode contribuir para o fortalecimento da autonomia da mulher no processo de parto e nascimento?

2 OBJETIVO

Objetiva-se, nesta pesquisa, analisar as contribuições da realização do plano de parto, construído em uma roda de conversa, para o fortalecimento da autonomia da mulher no processo de parto e nascimento.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 Modelos de Assistência à Mulher no Processo de Parto e Nascimento no Contexto Brasileiro

O parto foi considerado um acontecimento intimamente feminino durante muito tempo, quando as gestantes eram auxiliadas por parteiras, que compartilhavam suas experiências e conhecimentos (PIMENTA *et al.*, 2013; PONTES *et al.*, 2014). Esse vínculo com as mulheres era criado desde o início da gravidez e permanecia no pós-parto, com os cuidados puerperais. Ao analisar o trabalho das parteiras com as mulheres e sua família naquela época, reconhecem-se as ações que são hoje preconizadas pela Política de Humanização do Parto e Nascimento, estabelecida no ano 2000 (MATOS, 2013).

As parteiras eram detentoras de muito conhecimento e habilidade na prática do parto e, por isso, seu trabalho era respeitado na comunidade. Também cuidavam da saúde feminina e dos recém-nascidos, ofereciam assistência nos domicílios; auxiliavam, partejando e aconselhando as mulheres, tarefa que perpassava os períodos pré-parto, parto e pós-parto (BRASIL, 2010). Realizavam ações íntimas com as gestantes, criando com elas uma conexão recíproca de igualdade e cumplicidade. Devido a isso, elas passaram a fazer parte da equipe de assistência nos hospitais, na realização de partos normais (PIMENTA *et al.*, 2013).

Nesse contexto, em que o parto começou a ser um evento institucionalizado, considerava-se a ciência como criadora de verdades absolutas. O trabalho que as parteiras realizavam passou a ser visto como inferior, também ligado a situações de pobreza e ignorância. A partir de então, os nascimentos em domicílio assistidos por estas mulheres eram considerados práticas desempenhadas de maneira marginal e “clandestinas” (BRASIL, 2010). Sendo assim, iniciou-se um processo de institucionalização do parto. Os médicos principiaram a sua atuação na prática obstétrica hospitalar na Europa a partir do século XVII, e no Brasil em 1808. No século XX, passou a predominar o parto hospitalar, sobretudo após a Segunda Guerra Mundial (NORMAN, TESSER; 2015).

A partir da institucionalização do parto, transformações que impossibilitam a participação da mulher nesse evento predominam. Os familiares não podiam mais estar presentes e auxiliar a gestante. Nesse caso, elas dividiam quartos com desconhecidos, sem privacidade ou apoio dos seus (SILVANI, 2010). Os vínculos afetivos que orientavam o

nascimento de uma criança foram substituídos por contatos superficiais de profissionais apressados e ocupados demais para prestarem atenção nas verdadeiras necessidades das parturientes (PONTES *et al.*, 2014).

Desde então, o modelo de atenção ao parto dominante segue a linha da medicalização, em que práticas intervencionistas abusivas e desnecessárias são largamente utilizadas, sem privacidade e respeito à vontade da mulher. O trabalho de parto não é acompanhado de forma adequada, e faz-se uso de rotinas rigorosas para todos os casos, sem considerar as singularidades de cada uma (PONTES *et al.*, 2014; BRASIL, 2010).

As gestantes são levadas a parir imobilizadas, deitadas com as pernas abertas ou levantadas, com a aplicação de hormônios sintéticos para acelerar as contrações uterinas, separadas do apoio da sua família e de seus pertences. Em decorrência da falta de liberdade para darem à luz de forma instintiva e natural, procedimentos médicos são realizados e desencadeiam o que é conhecido como cascata de intervenções, pois procedimentos desnecessários são realizados e outros são necessários em decorrência do primeiro (CIELLO *et al.*, 2012).

Desde 1990, o Brasil vem apresentando um dos maiores índices de cesarianas no mundo. Isso se deve a fatores socioculturais, institucionais e legais. Entretanto, ao contrário do que se pensava na década de 1990, as evidências científicas apontam que a cesariana realizada sem indicação clínica não está relacionada a desfechos maternos e neonatais positivos, e sim ao aumento das taxas de prematuridade iatrogênica, elevação das taxas de mortalidade materna e neonatal, decorrentes de infecções puerperais e complicações anestésicas (PATAH, MALIK; 2011). Os riscos de morte apresentados por esta intervenção incluem a ocorrência de infecções ou hemorragia (SANTOS, 2015).

O modelo de assistência ao parto vigente no Brasil é caracterizado de acordo com o domínio público e o privado. A esfera pública impõe o parto normal intervencionista, enquanto instituições particulares tentam coagir as gestantes a optarem pela cesariana, muitas vezes justificando-se em falsas indicações para ela (PONTES *et al.*, 2014).

No campo das políticas públicas, na década de 1980, foi criado o programa de assistência integral à saúde da mulher (PAISM), cujo objetivo era garantir que a necessidade da população feminina pudesse ser atendida de forma mais integral. De início, o programa enfrentou problemas com a organização e a aceitação social e, somente na década de 1990, juntamente com a rede feminista de saúde e direitos reprodutivos ganhou reforço e, em 2004, foi instituída a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PNAISM). Uma das principais preocupações dessa política foi criar ações para atender às necessidades das

mulheres no Brasil, e diminuir o alto índice de morbidade e mortalidade relacionada a causas passíveis de prevenção (RATTNER, 2014).

No entanto, as discussões entre os estudiosos e os representantes do governo apontavam para uma lacuna dentro da PAISM – o cuidado no ciclo gestacional –, pois tal política não fazia inferência aos cuidados que a mulher necessitava nesse período. Assim, foi instituído o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) e, mais recentemente, a estratégia Rede Cegonha, criada em 2011 com a proposta de estabelecer uma rede de cuidados voltada à assistência de qualidade e humanizada à mulher e à criança (BRASIL, 2011). Sendo assim, o Ministério da Saúde, em 1º de junho de 2000, criou a Portaria n° 569/GM para instituir o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo seus princípios e diretrizes. A Portaria n° 569/GM ainda estabelece os componentes e as competências de cada nível de gestão constituinte do SUS (MARTINELLI *et al.*, 2014; BRASIL, 2002).

O PHPN tem como objetivo principal assegurar às gestantes e também ao recém-nascido um acompanhamento pré-natal de qualidade, melhorando o acesso e a cobertura a esse público; tem ainda como prioridade a redução das taxas de morbimortalidade materna, bem como a mortalidade perinatal e neonatal, além da ampliação das ações destinadas às gestantes como, por exemplo, investir na qualidade do pré-natal de alto risco (MARTINELLI *et al.*, 2014).

A humanização possibilita o entendimento de dois aspectos fundamentais. Pode-se dizer que o primeiro deles é referente ao dever que as unidades de saúde têm de acolher com dignidade a gestante/puérpera, bem como seus familiares e seu recém-nascido. Para que isso ocorra, é necessário que os profissionais e as instituições tenham uma postura ética e solidária a fim de proporcionar um ambiente acolhedor, rompendo com rotinas técnicas que impõem um isolamento à mulher. Já o segundo aspecto fundamental refere-se à adesão de medidas para acompanhar o pré-natal, trabalho de parto e nascimento de forma benéfica, evitando ações desnecessárias que, na maioria das vezes, provocam riscos à saúde da mulher e do recém-nascido (BRASIL, 2002).

Coagir a parturiente a se manter quieta em uma única posição determinada pelo profissional, revelar sua intimidade sem privacidade e respeito, dar ordens que desqualificam sua autonomia e dignidade demonstram o quanto o modelo de assistência ao parto coloca a mulher numa condição de submissão diante do poder médico. Tal postura desconsidera sua propriedade no ato de parir, o que contrasta com o modelo humanístico do atendimento ao parto (ANDREZZO, 2016).

Neste contexto de cuidado segmentado, é comum orientarem as mulheres a controlar o seu corpo e aguardar até que cada etapa esteja no momento correto de acontecer. Elas são orientadas, por exemplo, a estimular ou inibir os puxos para que aja um controle do período expulsivo e, assim, o parto aconteça no local “adequado”: a sala de parto ou bloco cirúrgico obstétrico. Nesses ambientes não há privacidade, a iluminação é grande e os ruídos são aumentados, o que ocasiona mais estresse e menos conforto à mulher, dando a ela a representação de um ambiente marcado pela dor e pelo sofrimento. Desse modo, o que deveria ser humanizado, individual, único e prazeroso, torna-se um momento de traumas que a acompanharão por toda a sua vida (PASCHE *et al.*, 2014).

O estudo de Leal, Granado e Braga (2005) evidenciou que mulheres de raça negra e com baixa escolaridade recebem menos atenção humanizada e acesso a métodos farmacológicos de alívio da dor nos serviços públicos. Quanto à mortalidade materna, a ocorrência também é maior entre as mulheres negras, quando comparadas às brancas (BRASIL, 2016). Diante disso, conclui-se que a raça e a condição social são importantes marcadores de diferença no modelo de assistência à parturiente.

Em um estudo de grande importância, Diniz (2005) disserta sobre os muitos sentidos da humanização, ressaltando em cada um deles a legitimidade de discurso. Dentre os muitos sentidos, um recebe destaque para corroborar com essa dissertação que defende as escolhas das mulheres: a Humanização como legitimidade política:

Humanização como a legitimidade política da reivindicação e defesa dos direitos das mulheres (e crianças, e famílias) na assistência ao nascimento. Uma assistência baseada nos direitos (rights-based), demandando um cuidado que promova o parto seguro, mas também a assistência não-violenta, relacionada às ideias de “humanismo” e de “direitos humanos”, dando às usuárias inclusive o direito de conhecer e decidir sobre os procedimentos no parto sem complicações (DINIZ, 2005, p.7)

Não obstante a essa discussão, as instituições de ensino superior têm uma grande responsabilidade por perpetuar na Academia práticas que foram instituídas na assistência há muitos anos. Além disso, tais atividades não consideram a medicina baseada em evidências para modificar a forma de ensino e, conseqüentemente, modificar o perfil do profissional que é formado e atuará nos espaços onde o parto acontece. A mulher não foi colocada no centro da sua assistência desde a institucionalização do parto e continua até hoje como objeto da atuação médica (ANDREZZO, 2016). Os estudantes da área de saúde aprendem que a mulher não tem o direito de escolha ou recusa informada; e que ainda a necessidade de aprendizado deles é superior à necessidade de cuidado individualizado e respeito ao corpo dessa paciente.

Assim, procedimentos que não deveriam acontecer continuam acontecendo e, pior, acontecem mais ainda com a justificativa de treinamento para os aprendizes. Os direitos das parturientes são violados, sua dignidade e autonomia usurpada; trata-se de um cenário caótico (DINIZ *et al.*, 2016).

A dignidade é um valor inerente ao ser humano e está relacionada à moral e à boa conduta (BARROSO, 2013); foi adicionada ao longo dos anos na ordem jurídica e na política. Sendo assim, quando um profissional realiza determinado procedimento sem o consentimento prévio do paciente, ele está violando a autonomia e a dignidade. O consentimento é fundamental para que se possa atuar de forma humanizada com o outro, aceitando a sua cultura, crenças, valores e posicionamento diante dos eventos relacionados ao indivíduo (ENGELHARDT JR, 2011).

Esse acontecimento de intensa medicalização do procedimento do parto, decorrente da evolução da tecnologia, com permanência de altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal, é conceituado como paradoxo perinatal brasileiro por Diniz (DINIZ, 2009). E sinaliza a urgente necessidade de transformação do modelo tradicional que persiste na atenção à gestante no ciclo gravídico e puerperal para o modelo humanístico, no qual cada mulher é ouvida em sua particularidade, e as evidências científicas são incorporadas à *práxis* (PASCHE *et al.*, 2014; DINIZ, 2016).

3.2 O Processo de Parto e Nascimento na Perspectiva da Autonomia das Mulheres

No campo de atuação da bioética, são sintetizados alguns princípios para guiar a atuação do profissional de saúde. São eles: beneficência ou dever de agir corretamente em benefício do outro; não maleficência ou, jamais provocar dano; justiça, que baseado no princípio da equidade, significa suprir as necessidades individuais de cada ser; e por último, autonomia – que significa permitir ao indivíduo, baseado em seu conhecimento, razão, crenças e valores, escolher com liberdade para si aquilo que acredita ser o melhor diante das possibilidades (ALMEIDA, 1999).

No que tange à atuação específica da medicina, respeitar a autonomia do paciente é um dever fundamental inerente à prática do médico. Em situações fisiológicas, a mulher tem o direito à livre escolha de sua parturição; trata-se de um direito individual e sem restrição,

cabendo aos profissionais promoverem orientações com informações de qualidade – isentas de conflitos de interesse – a fim de que a gestante possa exercer a sua vontade. O princípio da autonomia, ancorado na liberdade de fazer escolhas e motivado pela razão, defende que a mulher sabe o que é melhor para ela, baseada em seu conhecimento sobre a causa, portanto pode e deve decidir conscientemente sobre o que deve ser feito com seu corpo (ALMEIDA, 2000).

A negação do direito à mulher de decidir pelo seu tipo de parto e fazer as escolhas que lhe são convenientes durante o trabalho de parto é cruel e vergonhosa, já que a gravidez não se trata de uma doença, logo, não pressupõe um tratamento, mas sim um cuidado humanizado, holístico e integral, de acordo com as necessidades femininas, sem intervenções desnecessárias e violência ao seu corpo e mente (BRASIL, 2009).

Na esfera da assistência ao parto e nascimento, existem práticas em desuso e outras que devem ser introduzidas às rotinas dos profissionais. Não obstante a isso, existem evidências atuais de alta qualidade que devem ser incorporadas às rotinas dos profissionais, associando a arte de partejar à ciência; com o objetivo de se ter um cuidado humanizado, seguro, com mínimas intervenções, resultando em um nascimento com redução de iatrogenias para o binômio mãe/bebê (BRASIL, 2017; GONÇALVES *et al.*, 2011). A escolha informada nas ações de assistência ao processo de parto e nascimento é um direito da gestante que necessita ser respeitado. A autonomia da mulher durante o trabalho de parto e parto deve ser proporcionada e potencializada pelos profissionais de saúde (SODRÉ, MERIGHI, BONADIO, 2012).

As práticas obsoletas e prejudiciais determinam uma assistência sem humanização, na qual a mulher é destituída de sua autonomia, perdendo todo o protagonismo em relação a um evento do seu próprio corpo. Isso levou a ciência a questionar a qualidade do cuidado prestado à mulher em seu ciclo gravídico e puerperal, e propor mudanças (SOUZA, GAÍVA e MODES, 2011). Assim, em 1996, a Organização Mundial da Saúde (OMS) elaborou uma categorização das práticas utilizadas comumente durante a assistência ao trabalho de parto, norteador profissionais e gestantes, quanto à melhor forma de conduzir o processo de parturição. Esse manual foi desenvolvido baseado em estudos confiáveis, realizados em todo o mundo. As práticas foram categorizadas, sendo a categoria A referente às práticas comprovadamente úteis e que devem ser estimuladas, sendo a primeira delas a criação de um plano individual para o parto, construído de forma conjunta pela mulher, durante o pré-natal e apresentado ao acompanhante. Nesse plano, a mulher faz suas escolhas e, no dia do parto,

apresenta-o aos profissionais da maternidade, que devem acolhê-lo e respeitá-lo, favorecendo a autonomia da mulher (OMS, 1996).

Na categoria B estão as práticas claramente prejudiciais ou ineficazes, e que devem ser eliminadas. Nesse âmbito, levantam-se discussões sobre as intervenções desnecessárias ao parto como, por exemplo, enema, tricotomia, indução do parto. Definem-se como componentes da categoria C as práticas sem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela até que mais pesquisas esclareçam a questão, como a amniotomia de rotina no início do trabalho de parto sem indicação real. E, finalmente, na categoria D caracterizam-se as práticas frequentemente usadas de modo inadequado, como restrição alimentar e hídrica, puxo dirigido e episiotomia (OMS, 1996). Dentro dessas quatro categorias foram elencadas as que acontecem de forma mais comum em nossas maternidades, mas a lista em cada categoria vai muito além dos exemplos citados.

A parturiente deve ser chamada ao centro do cuidado e ser orientada a tomar decisões quanto aos seus desejos durante o trabalho de parto, e exercer sua autonomia numa multiplicidade de circunstâncias relacionadas à escolha de acompanhante, maternidade, da via de nascimento que deseja (cesariana ou vaginal), dos métodos não farmacológicos e farmacológicos de alívio da dor. Além disso, ela pode escolher quanto à posição em que deseja ter o seu bebê, a possibilidade de se movimentar livremente durante o trabalho de parto, a ingestão de alimentos líquidos e sólidos, bem como, de rejeitar intervenções (caso elas não sejam necessárias, com a episiotomia, indução do parto, cesariana sem critério clínico, tricotomia e lavagem intestinal). Após o nascimento, a mãe pode escolher como deseja seu primeiro contato com o bebê.

Diante dessa busca pela autonomia e autoafirmação da mulher, é crescente o número de mulheres que se empoderam de informações e constroem um documento intitulado plano de parto, no qual elas deixam registrados todos os seus desejos para o período do seu trabalho de parto. O plano de parto deve ser levado com a mulher e apresentado aos profissionais de saúde no momento da sua internação e os mesmos devem acolher esse documento e, durante o processo parturitivo, discutir com a mulher todas as suas escolhas, primando pelo respeito às decisões da mulher e do seu acompanhante.

A mulher que experiencia a maternidade passa por um processo de adaptação psicológica e emocional devido às mudanças da gestação ao puerpério. Por isso, a equipe de assistência em saúde deve promover condições para que elas possam melhor acomodar-se à

nova situação, por meio da compreensão das transformações inerentes a esta fase para que possa ter condições de exercer o seu protagonismo (RODRIGUES, 2014).

Atualmente, as recomendações da OMS para o parto normal visam ao respeito aos direitos e desejos das mulheres, à redução das intervenções obstétricas de rotina e à maior satisfação da mãe com a sua experiência de parto (BRASIL, 2017). Com o intuito de incentivar o parto normal, o Ministério da Saúde aumentou a remuneração por esta via de nascimento e limitou um percentual máximo para pagamentos de cesáreas, em cada hospital (SILVANI, 2010).

Geralmente, as mulheres possuem relatos de vivências de partos de familiares ou amigos internalizados; histórias que provavelmente contribuem para formar as suas opiniões e escolhas em relação aos seus próprios partos. As gestantes que vivem o nascimento dos seus filhos de maneira humanizada, em geral, narram experiências positivas, que certamente influenciam outras mulheres a optar por este tipo de parto (PIMENTA *et al.*, 2013).

3.3 O Plano de Parto como um Instrumento de Promoção da Autonomia de Gestantes no Processo de Parto e Nascimento

O primeiro modelo de Plano de Parto foi elaborado em 1980, nos Estados Unidos, por Sheila Kitzinger. Ela nasceu em 29 de março, de 1929, em Tauton, no Reino Unido, e morreu em Oxfordshire, no dia 11 de abril, de 2015, no Reino Unido; considerada a "sacerdotisa do parto natural", morreu aos 86 anos de idade, vítima de um câncer. Sua principal crença era a de que o parto não pode ser visto pelo lado patológico, o que defendeu insistidamente, contra o cenário da medicalização. Kitzinger percebeu que os obstetras haviam controlado o processo do parto, agindo contra as parteiras e interferindo na autonomia das mães. Para ela, o nascimento precisa ser vivido de forma pessoal, levando em conta os desejos das mulheres. Em busca de um parto com menos intervenções possíveis, os países anglo-saxônicos começaram a utilizar o plano de parto (KITZINGER, 2011).

As mulheres grávidas vêm planejando, há anos, o nascimento de seus bebês com a ajuda da família e amigos (SOUZA *et al.*, 2012). O plano de parto é um instrumento utilizado pela gestante para expressar seus desejos e expectativas; uma forma de oferecer um maior grau de controle e satisfação no parto, a sua importância está pautada no respeito ao princípio

Bioético de Autonomia, constituindo um processo de reflexão para as mulheres (HIGUERO-MACÍAS, 2013; BELO HORIZONTE 2015).

Conforme já dito anteriormente, o plano de parto é uma carta destinada aos profissionais de saúde que farão a assistência ao parto da gestante. O texto é construído durante o período gestacional e é baseado em informações que a mulher construiu sobre o processo de parir e nascer. Nesse texto, ela faz escolhas informadas, ou seja, descreve um planejamento pautado em seus desejos e expectativas bem como sobre o conhecimento da maternidade na qual decidiu ter o seu bebê. O plano de parto é tão significativo nesse momento que está inserido no contexto de discussão de práticas baseadas em evidências para melhorar a qualidade da assistência (MEI *et al.*, 2016; ANDERSON, KILPATRICK, 2012). O plano de parto representa o oitavo passo para o pré-natal de qualidade no Brasil (BRASIL, 2013).

Trata-se de uma ferramenta de comunicação escrita por uma mulher grávida, que envolve suas preferências para a gestão de seu trabalho de parto (BELO HORIZONTE, 2015). Existem diferentes modelos de planos para ajudar as mulheres a obter uma melhor experiência no nascimento da criança e na ressignificação de sua vivência de parir. Eles podem ser estruturados, com questões fechadas, semiestruturados com questões abertas, ou não estruturados, nos quais a gestante pode escrever em um formato livre o seu plano (FARAHAT *et al.*, 2015; WHITE-COREY, 2013).

Trata-se de uma forma peculiar de diálogo prévio entre gestante, familiares, ou doulas, que estarão envolvidos no trabalho de parto e nascimento, e a equipe de saúde que irá assisti-la. A elaboração de um plano proporciona à mulher momentos de reflexão acerca do seu parto, permitindo escolhas relacionadas ao seu corpo e ao seu bebê, bem como o registro de seus desejos, para que os profissionais possam conhecê-los. O plano de parto visa nortear e orientar os cuidados prestados nesse momento (CORTÉS, 2015; ANDERSON, KILPATRICK, 2012).

Os planos de parto intencionam, também, informar e empoderar as mulheres, estimulando-as a tomar decisões compartilhadas e expor as suas expectativas, bem como criar uma relação de confiança entre elas e os profissionais de saúde. Para uma adequada elaboração, é necessário que as mulheres tenham informações e conhecimento sobre os procedimentos comumente praticados e aqueles que elas desejam que sejam realizados durante a sua experiência de parto (HIGUERO-MACÍAS, 2013; LEAL *et al.*, 2014; SODRÉ, MERIGHI, BONADIO, 2012).

Uma vez que suas decisões são pautadas por um planejamento, as mulheres têm consciência de que podem ocorrer situações e imprevistos que impossibilitem o seguimento

de todo o seu projeto para o parto e, assim, elas costumam refletir sobre suas expectativas, de modo a evitar o desapontamento (HIGUERO-MACÍAS, 2013). Quando isto ocorre, o apoio dos cuidadores e da equipe é importantíssimo para restaurar seu senso de satisfação dentro das possibilidades encontradas (COOK, LOOMIS, 2012).

Atualmente, os planos de parto são comuns nos países desenvolvidos, mas ainda são pouco conhecidos nos países em desenvolvimento (WHITE-COREY, 2013). O histórico da criação dos planos de parto indica que, nos anos 90, na Espanha, houve um movimento de profissionais da saúde e de mulheres que consideravam que a assistência ao parto era feita de forma excessivamente intervencionista. Então, a partir de 1996, foi publicado o guia “Cuidados no parto normal: um guia prático” pela OMS em Genebra. A partir de então, surgem diversos documentos e novos protocolos em defesa do parto normal (CORTÉS, 2015).

Infelizmente, durante as consultas de pré-natal oferecidas pelos setores públicos, privados e centros de saúde e consultórios privados, informações genéricas são oferecidas às mulheres, portanto não se concentram na sua autonomia para tomada de decisões bem informadas para seus partos, por vezes acabam por difundir crenças ultrapassadas que em nada as auxiliam a vivenciarem, de maneira dinâmica e participativa, o parto e o nascimento do seu filho (FARAHAT *et al.*, 2015; SOUZA, ROECKER, MARCON, 2011).

Originalmente, os planos de parto representavam um esforço para promover a comunicação entre médicos, enfermeiros e gestantes. Atualmente, seu principal objetivo é fazer com que as mulheres conheçam as intervenções médicas durante o parto, sobretudo aquelas que elas desejam evitar (ANDERSON, KILPATRICK, 2012). Este processo de busca pela autonomia devolveu às mulheres um sentimento de satisfação para o parto, uma vez que seus sentimentos de falta de credibilidade – devido às condições em que eram feitos seus partos – contribuíram para que elas aceitassem um alto número de procedimentos hospitalares, e difundissem a ideia de parto normal como um evento sofrido, sacrificante e do qual as mulheres precisavam se resguardar (ANDERSON, KILPATRICK, 2012; COOK, LOOMIS, 2012).

O modelo de aferição obstétrica vigente reforça modos de assistir e segue protocolos que não possibilitam alcançar os objetivos do plano de parto (CARVALHO *et al.*, 2012). É necessário haver uma reflexão do profissional de saúde, juntamente com a mulher, sobre seus desejos e expectativas para o parto e as opções oferecidas pelo hospital (MORAIS, *et al.*, 2012). Dessa forma, a mulher tem a oportunidade de decidir com a sua família sobre onde, como e quem irá assisti-la no parto, a partir de uma base de conhecimentos que lhe permita

consentir ações em seu corpo – o consentimento informado –, ou recusar determinadas atitudes – a recusa informada (SODRÉ, MERIGHI, BONADIO, 2012).

Por outro lado, o plano de parto não impediu que mulheres fossem encaminhadas para a cirurgia cesariana desnecessária ou passassem por intervenções como a episiotomia, por exemplo, mas certamente a discussão que a mulher fará nesse momento irá dificultar essas e outras práticas inadequadas (HIGUERO-MACÍAS, 2013). Mesmo quando o plano de parto não pode ser seguido integralmente, é possível promover a satisfação da gestante e de sua família por meio do respeito, comunicação e compreensão da vulnerabilidade da mulher nesse momento, promovendo a assistência em uma lógica do diálogo e respeito (GONÇALVES *et al.*, 2011; BARROS, 2011). Assim, o desenvolvimento do plano de parto é uma iniciativa valorizada pelas políticas públicas, programas de saúde da mulher e instrumentos legais nacionais e internacionais (SODRÉ, MERIGHI, BONADIO, 2012).

Observa-se, na sequência, a representação de algumas das escolhas que as mulheres fazem no plano de parto, as quais permitem o exercício da autonomia e levam-na para o centro do cuidado ao parto.

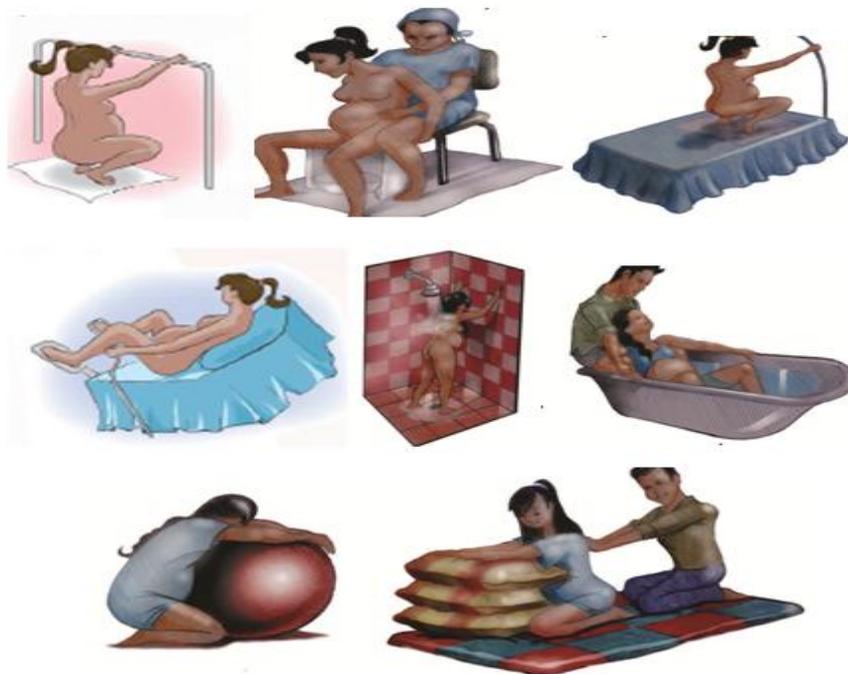


FIGURA 1 – Escolhas que as mulheres fazem no trabalho de parto

Fonte: Plano de Parto realizado para fins do estudo original. Acervo do projeto “Construindo estratégias para o fortalecimento e o resgate da autonomia das mulheres no processo de parto e nascimento, UFMG”.

É importante ressaltar que as escolhas feitas pelas mulheres em seu plano de parto são pautadas pelo modelo humanístico e por práticas ancoradas nas evidências científicas atuais.

3.4 Rodas de Conversa: uma Modalidade Educativa no Pré-natal com Enfoque na Autonomia

Tão importante quanto permitir que o parto transcorra de maneira natural, é o preparo prévio da gestante para lidar com todo o processo. Esta fase inclui obter informações e conhecimentos sobre o assunto; fortalecer o lado emocional e psicológico da mulher para tolerar a ansiedade, dor e possíveis frustrações; fortalecer o corpo da gestante para passar pelo trabalho de parto e parto – os quais podem ser muito difíceis e até insuportáveis para algumas mulheres (SOUZA *et al.*, 2012).

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 de 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. Nesse 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 (PROGIANTI, COSTA; 2012), concretizada na pesquisa primária dessa dissertação, na proposta de realização de rodas de conversas.

Rodas de Conversas guardam entre si algumas semelhanças, dentre elas, o diálogo e a problematização, conceitos que ganharam visibilidade na teoria do educador Paulo Freire. Freire 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, possam intervir sobre ele (o mundo). 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 diálogo. 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 como o foco de Rodas de Conversas (PROGIANTI, COSTA; 2012).

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 interessados 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 desconstrução de mitos e a reconstrução do conhecimento acerca das temáticas discutidas. 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 como 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, em que cada participante, ao se conhecer melhor – e também o contexto em que ele está inserido, posiciona-se com mais segurança e espírito crítico. As relações são fortalecidas gradativamente no grupo, com repercussão positiva nas atitudes dos participantes.

A estruturação de Rodas de Conversas não segue uma norma rígida, podendo ser construída 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, sessões ou encontros possíveis de serem realizados.

Em uma Roda de Conversa a autonomia é colocada como um movimento de construção dialética da individualidade do sujeito, dependente das relações desenvolvidas entre os pares no meio em que vivem, está marcado pelo amadurecimento dos seres, que em um processo autêntico decide suas escolhas (FREIRE, 1997). Para Freire, a construção da autonomia está pautada pelas experiências que o ser humano vivencia, as quais estimulam seu poder de decisão e sua responsabilidade no processo, primando pelo respeito à liberdade. Tais experiências propiciam o desenvolvimento da autonomia do sujeito, fundamental para o estabelecimento das relações entre liberdade e autoridade em níveis respeitosos do outro (FREIRE, 1997).

O ser humano é inconcluso e possui consciência da sua condição, elemento fundamental para elaboração da sua autonomia. “O domínio da existência é o domínio do trabalho, da cultura, da história, dos valores – domínio em que os seres humanos experimentam a dialética entre determinação e liberdade” (FREIRE, 1982, p. 66). A partir da

propriedade do seu existir os homens criam sua autonomia, e assumem o direito e o dever de escolher, de opinar e de decidir. Assim, assumindo sua existência de forma total, o homem se fará autônomo. Desse modo, ele assume que tem desejos, é único no universo, percebe que a sensação de liberdade e completude vem a partir da imposição e luta pelo que se acredita e deseja (FREIRE, 1996).

Sendo assim, a educação ancorada na visão freiriana, se constitui como uma prática capaz de promover o empoderamento, libertação e emancipação dos indivíduos. Emancipação construída por aqueles que estão imersos na prática pedagógica, momento em que estão ricos de informações sobre a realidade, e conscientes do seu poder em modificá-la (FREIRE, 1979). Nesse caminho, a educação como prática libertadora apresenta um mundo onde ninguém ensina ninguém, e como num círculo de cultura todos ensinam a si mesmos, mediatizados pelo mundo (FREIRE, 1970).

Pensar numa prática educativa capaz de levar o sujeito à construção e exercício de sua autonomia, pressupõe uma abordagem com respeito à singularidade, às diferenças, e renúncia a qualquer forma de preconceito, seja de gênero, raça, sexualidade, classe, cultura, dentre outros. Autonomia não significa autossuficiência, logo, para exercê-la o indivíduo deve estar pronto a ouvir e dialogar com o outro, isto é, pensar certo. Por conseguinte, a autonomia requer tanto o respeito à dignidade do ser enquanto sujeito da humanidade, quanto o respeito às suas propriedades específicas de indivíduo, que é único no universo (FREIRE, 1996).

Com o objetivo de promover autonomia, a prática educativa transformadora deve considerar a cultura, a experiência e conceitos de cada ser; deve ser priorizado o falar com ele e não o falar para ele. A problematização e a escuta qualificada são fundamentais para que o indivíduo possa construir sua autonomia a partir de informações discutidas em um grupo educativo. É imprescindível que o homem autônomo aprenda a usar uma linguagem que represente sua autonomia (FREIRE, 1996).

Segundo Paulo Freire (1996), a inocência é prejudicial à autonomia, pois impede, até mesmo, que o indivíduo perceba a presença da heteronomia nos discursos que o cercam. O método educativo inovador e progressista que objetiva ensinar para a autonomia deve gerar a superação para a curiosidade na busca do conhecimento. Criticidade e autonomia são, pois, conceitos interdependentes.

Para Freire (2000), o mundo existencial faz com que o ser humano – em suas relações com o outro – se reconheça e, se reconhecendo nesse universo de significados, assuma a própria realidade ancorada em seus limites e desafios. Esse contexto exige dele reflexão,

criatividade, invenção, crítica, ação, escolhas e decisão. Assim o homem vai construindo sua autonomia e torna se sujeito da sua vida e não objeto da sociedade.

Considera-se que a ética pressupõe a predominância ao respeito, à dignidade e à autonomia do indivíduo. Não se trata, pois, de um favor que pode ou não ser concedido, trata-se de um dever do ser humano. A partir da autonomia, dificilmente construída, a dependência abre espaço para a liberdade. Aquela se fundamenta na razão e na assunção da responsabilidade que vai sendo incorporada ao ser. O indivíduo saberá, desse modo, que se tornou tão mais autêntico, quanto maior for o seu respeito à autonomia do outro, na construção da sua própria autonomia (FREIRE, 1996).

4 MÉTODO

Trata-se de pesquisa exploratória, descritiva, de abordagem qualitativa, com fundamentação teórica no paradigma da humanização do parto. O método de estudo qualitativo permite captar a realidade a partir da compreensão e reconhecimento do significado de uma ação que envolve a outra pessoa e, para isso, é fundamental flexibilidade, observação e interação para interpretar o significado daquilo que o outro diz ou realiza através das ações. O método qualitativo é um método descritivo em que não se podem quantificar as informações; os dados são analisados, os fenômenos são interpretados, o objetivo é, pois, buscar a compreensão do significado do objeto (PRODANOV, FREITAS, 2013). Nomeia-se esta pesquisa como descritiva, uma vez que o fenômeno é descrito a partir da percepção das mulheres que participaram do estudo (MARCONI; LAKATOS, 2011). Considera-se como pesquisa exploratória uma vez que ela tem como objetivo se familiarizar e conhecer um pouco mais sobre um determinado assunto que tenha sido pouco estudado (MUNARETTO; CORRÊA; CUNHA, 2013).

O produto empírico no qual se baseia esta análise foi construído a partir de entrevistas feitas com mulheres que vivenciaram a experiência da utilização de um plano de parto, construído a partir de uma prática educativa no formato de Roda de Conversa.

Este estudo origina-se de um recorte do projeto intitulado “Construindo Estratégias para o Fortalecimento e Resgate da Autonomia das Mulheres no Processo de Parto e Nascimento”, o qual articula extensão e pesquisa. Tal projeto foi conduzido pelas professoras/pesquisadoras proponentes, com a finalidade de ampliar atividades de extensão e pesquisa já em desenvolvimento, realizadas pela 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).

Aconteceu em unidades de saúde (atenção primária) – cenários do estudo – de três municípios de Minas Gerais, a saber: Belo Horizonte - (Centro1), Montes Claros - município pólo da região Norte de Minas Gerais (Centro 2) e Divinópolis - município polo da região centro oeste do estado. Nesses municípios as atividades serão coordenadas por docentes dos cursos de graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, em Belo Horizonte (Centro1), da Universidade Estadual de Montes Claros, em Montes Claros e da Universidade Federal de São João Del Rey – Campus Dona Lindu, em Divinópolis (Centro3).

Estes municípios apresentam características distintas em relação aos aspectos demográficos, mas desafios similares na atenção obstétrica, exemplificada pela alta prevalência de parto cesárea.

Os cenários de estudo de cada um dos Centros (1, 2 e 3) foram vinculados a um serviço de maternidade do Sistema Único de Saúde (SUS). No Centro 1, local onde foi realizada essa dissertação, foram incluídas unidades de saúde (US) do Distrito Sanitário (DS) de Venda Nova, vinculadas à maternidade do Hospital Risoleta Tolentino Neves e, unidades de saúde do DS Norte, vinculadas ao Hospital Sofia Feldman. A definição das (US) foi feita após apresentação do projeto, nas reuniões ordinárias que acontecem em cada um dos respectivos DS.

4.1 Participantes e critérios de inclusão

Fizeram parte do estudo as gestantes inscritas no programa de pré-natal das unidades de saúde (US) da região de Venda Nova que participaram das Rodas de Conversa realizadas pela equipe de pesquisadores, elaboraram seu próprio plano de parto. No período puerperal, elas responderam a um instrumento com dados referentes à assistência recebida na maternidade, além de questões abertas sobre a experiência do processo de parto e nascimento. O último critério utilizado para a seleção das gestantes foi a aceitação de participar da entrevista em profundidade recebendo a pesquisadora desse estudo em seus domicílios. Como critérios de exclusão foram elencados: gestantes com dificuldade/impossibilidade de comunicação verbal, ou mentalmente incapacitada; gestantes que, no decorrer da coleta de dados, apresentaram situação clínica que exigia internação de emergência e/ou que impossibilitasse a implementação do plano parto elaborado.

A coleta de dados do **projeto principal**, voltado às usuárias participantes da pesquisa, aconteceu em três etapas, sendo a primeira etapa no período pré-natal, durante a Roda de Conversa; a segunda etapa no período puerperal, por meio de contato telefônico; e a **terceira etapa, que deu origem a esta dissertação**, aconteceu no período puerperal, com entrevista semiestruturada, gravada na residência das mulheres. A seleção para participar da terceira etapa foi a partir da entrevista por telefone (2ª etapa do projeto principal) foram selecionadas as mulheres que tinham desejo de compartilhar suas experiências do processo de parturição, e receber a pesquisadora desta dissertação em sua casa.

Com a finalidade de apreender as ações voltadas à preparação para o parto, a pesquisadora acompanhou a realização de algumas Rodas de Conversa (APÊNDICE C) e observou a elaboração conjunta e individual do plano de parto, atividades desenvolvidas pelas pesquisadoras do projeto principal, nas unidades de saúde entre os meses de março e outubro de 2014.

Foram indicadas 48 mulheres. A pesquisadora fez contato telefônico com todas para agendar a entrevista. Das 48 mulheres indicadas, cinco não foram localizadas, devido a número telefônico inexistente; 10 não podiam receber a pesquisadora devido à incompatibilidade de horário e dificuldade de localização, e 33 aceitaram agendar a entrevista. Entre as mulheres que se recusaram a participar, duas haviam mudado de cidade e outras duas trabalhavam em tempo integral. A pesquisadora foi aos endereços no dia e local agendado e, ainda assim, três mulheres não se encontravam em casa para participar da entrevista. Foi observada a saturação dos dados para cessar as entrevistas, quando as falas começaram a se repetir, e os dados não mais apresentaram informações inéditas e relevantes, a pesquisadora encerrou o processo de coleta de dados. Ao final, totalizaram-se 30 mulheres participantes da pesquisa.

4.2 Descrição da roda de conversa para construção do plano de parto

A sistematização das atividades propostas para elaboração das rodas de conversa realizadas com gestantes foi baseada no projeto “Construindo estratégias para o fortalecimento e o resgate da autonomia das mulheres no processo de parto e nascimento”. Nestas rodas 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. 1)

Para a Roda de Conversa proposta, segue um roteiro, descrito a seguir:

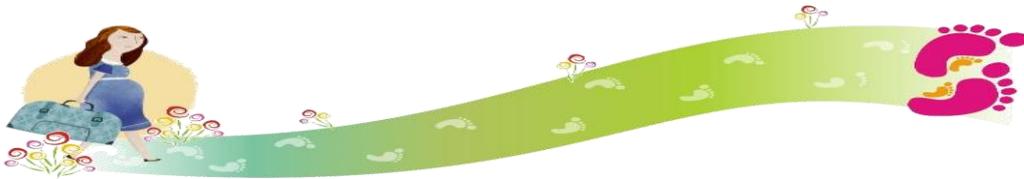


FIG. 1: Logomarca do projeto.

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 com o nome pelo qual a gestante preferia ser chamada e acomodava-a nas cadeiras.

MOMENTO 2 - AQUECIMENTO

O momento, denominado “aquecimento” destinava-se a apresentação da “mala surpresa” (Fig. 3). 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.



FIG. 3: 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.4) 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.4), 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” – as “pedras” (Fig.4), 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.



FIG. 4: 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.

Foto: 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 possibilitam a discussão sobre o parto (Quadro 4). 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.

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?

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

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) saiba dos seus desejos/ necessidades relacionadas ao parto.

Um plano de parto (Fig. 5) foi criado pelo projeto “*Construindo estratégias para o fortalecimento e o resgate da autonomia das mulheres no processo de parto e nascimento*”.

O formulário 'Plano de Parto' é dividido em quatro seções principais:

- Condições de parto:** Inclui perguntas sobre o tipo de parto desejado (vaginal ou cesáreo), o local de parto (hospital, casa, etc.), o acompanhante e o momento do parto.
- Plano de Parto:** Contém perguntas sobre a posição do bebê, se o parto será fotografado/filmado, como a gestante quer ajudar o bebê a nascer e como quer ser o primeiro contato com o bebê.
- Tubalão de Parto:** Oferece opções para a gestante marcar suas preferências em relação a medicamentos, procedimentos e a presença de acompanhantes durante o parto.
- Parto:** Inclui perguntas sobre o tipo de parto (vaginal ou cesáreo), o local de parto, o momento do parto e o tipo de parto (normal ou com instrumental).

FIG. 5: Modelo de plano de parto.

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

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.



FIG. 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.

4.3 Coleta dos dados

As entrevistas em profundidade, semiestruturadas (Apêndice A), feitas com as mulheres, tiveram duração média de 40 minutos e foram realizadas no domicílio da mulher, exceto duas delas, realizadas no local de trabalho. As entrevistas aconteceram do dia primeiro ao dia 30 de janeiro de 2016. Após análise das entrevistas e estudos aprofundados sobre a temática, percebeu-se a necessidade de ampliar a coleta de dados, a fim de contemplar e sanar alguns questionamentos da entrevistadora. Por esse motivo, uma nova coleta aconteceu do dia 10 a 30 de janeiro de 2017.

As entrevistas semiestruturadas foram gravadas mediante a explicação dos objetivos da pesquisa e da autorização das pacientes, através de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B). Todas as entrevistas foram transcritas e analisadas pela própria pesquisadora, garantindo-se o anonimato das participantes.

4.4 Análise dos dados

A análise foi utilizada como forma de melhor compreender os dados coletados por meio de uma busca sobre o tema proposto e dos dados obtidos nas entrevistas. As informações foram analisadas de acordo com o método de Análise Temática de Conteúdo, segundo Bardin (2016).

Segundo esta metodologia, ao proceder à análise, o pesquisador precisa interpretar os dados coletados durante a pesquisa, além de analisar o contexto das mensagens que foram utilizadas, e também entender o significado das frases e palavras existentes, a fim de obter maior compreensão acerca da ideia essencial do trabalho. Esses dados devem ser verificados e interpretados de forma racional.

Ao analisar o conteúdo segundo Bardin, utilizam-se três etapas. Na etapa de pré-análise se realiza o levantamento do material a ser analisado; nesta fase também os materiais são separados para operacionalizar e sistematizar as ideias iniciais. Procede-se, então, à leitura para conhecimento do texto, escolha dos documentos que serão analisados, formulação dos objetivos e hipóteses. A segunda etapa, definida como a exploração dos dados, corresponde à sistematização do material, codificação e identificação das unidades de sentido; nesta fase, se descreve de forma analítica o material coletado. Retoma-se a proposta de Bardin a respeito do tema, a fim de elucidar tal etapa da análise de conteúdo. Segundo a teórica, “O tema é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo certos

critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura” (BARDIN, 2016, p.135). Dito isso, cabe lembrar a terceira etapa, que se consiste em tratar os resultados; é nessa etapa que os dados são interpretados e validados, realizam-se as críticas e reflexões sobre os dados analisados e discutem-nos com outros autores (BARDIN, 2016).

Todos os dados coletados durante esta pesquisa foram transcritos e as informações coletadas durante a entrevista foram separadas em categorias, para uma sistemática análise, o que permitiu estabelecer e articular as informações através da coleta realizada durante as entrevistas (MOZZATO; GRZYBOVSKI, 2011).

Por meio da análise das entrevistas realizadas, foram organizadas as categorias no QUADRO 1.

QUADRO 1
Categorias e subcategorias.

Categorias	Subcategorias
<ul style="list-style-type: none">  A mulher, empoderada em uma Roda de Conversa frente à fisiologia do seu corpo, fortalece sua autonomia no processo de parto e nascimento. 	<ul style="list-style-type: none">  Roda de Conversa como uma troca de experiência estimuladora da tomada de decisão e escolhas da mulher com enfoque na sua autonomia.  (Re) significação de experiência em Rodas de Conversa contribuiu para a ampliação de conhecimentos e o descortinar de perspectivas sobre o processo de parto.
<ul style="list-style-type: none">  Plano de parto representando um meio para discussão das dimensões e possibilidades das escolhas das mulheres no processo de parturição 	<ul style="list-style-type: none">  Preparação, escolha informada, direitos e empoderamento – o plano de parto como um instrumento de comunicação entre a mulher e os profissionais da maternidade.  Desrespeito e não efetivação das escolhas das mulheres.

Fonte: Elaborado pela autora.

4.5 Aspectos éticos

Os dados oriundos das entrevistas foram utilizados apenas para fins desta pesquisa com o objetivo de proporcionar resultados científicos capazes de impactar na melhoria da

assistência à mulher no processo de parto e nascimento. Para apresentação dos resultados, o nome das mulheres foi substituído pela letra M, seguida de uma identificação numérica de acordo com a ordem de realização da entrevista (M1, M2 e, assim, sucessivamente). Depois de gravadas com consentimento das mulheres, as entrevistas foram transcritas na íntegra. É importante pontuar que os dados, de posse da pesquisadora, serão mantidos guardados por um período de cinco anos.

Seguindo as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, contidas na Resolução (466/2012) do Conselho Nacional de Saúde, o presente estudo foi inscrito no sistema Plataforma Brasil para ser submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, recebendo parecer favorável sob o nº 462.748, pela Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte e financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa de Minas Gerais (FAPEMIG) com parecer nº 508.446 e edital FAPEMIG 07/2012 (Anexo A).

5 RESULTADOS

5.1 Caracterização das participantes

Para compreender de qual mulher se fala neste estudo, foi feita uma caracterização do perfil das participantes da pesquisa. A idade variou entre 17 e 41 anos. Das 30 mulheres incluídas no estudo, apenas uma tinha menos de 18 anos, e quatro delas tinham mais de 35 anos. Quanto ao estado civil, 27 possuíam união estável. Entre as participantes, 14 relataram ter uma ocupação remunerada, enquanto as demais são do lar. Quanto à renda familiar, seis das participantes têm renda de até um salário mínimo, fato esse que se relaciona à escolaridade, já que apenas cinco delas possuem nível universitário. Em relação à cor, seis se autodeclararam pretas; sete brancas; duas amarelas e o restante das mulheres se autodeclararam pardas. Quatro das entrevistadas são da área da saúde, sendo que uma delas é enfermeira.

A seguir, no Quadro 2, são apresentadas as características das mulheres descritas acima:

QUADRO 2

Perfil das mulheres entrevistadas. Belo Horizonte, Janeiro. 2016 e Janeiro. 2017.

Codiname	Idade	Escolaridade	União Estável	Ocupação	Renda Familiar	Cor
M1	27	2º Grau Completo	Sim	Do lar	Mais de 1 a 2 SM	Parda
M2	36	2º Grau Completo	Sim	Autônoma	Mais de 1 a 2 SM	Parda
M3	21	2º Grau Completo	Sim	Do lar	Mais de 1 a 2 SM	Parda
M4	28	2º Grau Completo	Sim	ACS	Mais de 1 a 2 SM	Amarela
M5	33	Superior Completo	Sim	Do lar	Não sabe	Branca
M6	27	2º Fundamental completo	Sim	Do lar	Não sabe	Parda
M7	22	Fundamental Incompleto	Sim	Do lar	Mais de 1 a 2 SM	Parda
M8	38	Superior Completo	Sim	ACS	Mais de 2 a 3 SM	Preta
M9	24	2º Grau Incompleto	Sim	Babá	Mais de 1 a 2 SM	Preta
M10	30	2º Grau Incompleto	Sim	Cozinheira	Mais de 2 a 3 SM	Preta
M11	34	Superior Incompleto	Sim	Do lar	Mais de 1 a 2 SM	Parda
M12	27	2º Grau Completo	Sim	Do Lar	Mais de 2 a 3 SM	Amarela
M13	30	Superior Completo	Sim	Enfermeira	Mais de 10 a 20 SM	Branca
M14	17	2º Grau Incompleto	Sim	Do Lar	Mais de 2 a 3 SM	Parda
M15	41	2º Grau Completo	Sim	Do Lar	Até 1 SM	Parda
M16	27	2º Grau Completo	Sim	Operadora de Caixa	Mais de 1 a 2 SM	Parda
M17	35	2º Grau Incompleto	Sim	Do Lar	Até 1 SM	Branca
M18	24	Superior Incompleto	Não	Atendente Embratel	Mais de 2 a 3 SM	Parda
M19	33	Superior Completo	Sim	Professora	Mais de 1 a 2 SM	Branca
M20	27	Não sabe	Sim	Doméstica	Não sabe	Preta
M21	24	2º Grau Completo	Sim	Do lar	Mais de 1 a 2 SM	Preta
M22	26	2º Grau Incompleto	Sim	Do lar	Até 1 SM	Preta
M23	21	2º Grau Incompleto	Sim	Do lar	Até 1 SM	Parda
M24	29	Fundamental Incompleto	Sim	Do lar	Não Sabe	Parda
M25	25	2º Grau Incompleto	Sim	Serviços Gerais	Mais de 1 a 2 SM	Parda
M26	26	2º Grau Completo	Sim	Do lar	Até 1 SM	Parda
M27	28	2º Grau Completo	Sim	Auxiliar Administrativo	Mais de 2 a 3 SM	Branca
M28	33	Fundamental Completo	Não	Diarista	Mais de 1 a 2 SM	Parda
M29	39	Superior Completo	Não	Terapeuta Ocupacional	Mais de 5 a 10 SM	Branca
M30	22	2º Grau Completo	Sim	Do Lar	Até 1 SM	Branca

Fonte: Elaborado pela autora.

5.2 A mulher, empoderada em uma Roda de Conversa frente à fisiologia do seu corpo, fortalece a sua autonomia no processo de parto e nascimento

Esta categoria foi elaborada com base nos depoimentos das mulheres em relação às discussões realizadas na Roda de Conversa, bem como ao conhecimento construído sobre o processo de parturição e sua influência na autonomia dessa gestante.

Para tanto, oferecer informações de qualidade sobre a fisiologia do corpo da mulher mostrou-se, em alguns relatos, como uma forma de prevenir a violência obstétrica, como a episiotomia sem indicação. Informações sobre o processo de parto e nascimento, intervenções necessárias e desnecessárias realizadas nas maternidades, direitos das gestantes tanto durante o período pré-natal como durante o trabalho de parto e parto são importantes para esclarecer a gestante e evitar as intervenções desnecessárias no momento do parto.

Notou-se nos discursos das mulheres a segurança e a tranquilidade referentes às experiências relacionadas ao parto vaginal, principalmente, pelas mulheres que tiveram seus desejos respeitados. Elas discorreram sobre a importância de terem buscado informações, ao conhecimento construído e como esse saber foi utilizado no momento do nascimento do bebê. Muitas delas descreveram a necessidade de apoio contínuo pelo profissional e demonstraram o fortalecimento do seu protagonismo no processo de parturição.

Essa categoria foi dividida em duas subcategorias (QUADRO 3) que se relacionam entre si por meio da construção da autonomia a partir da experiência em Roda de Conversa, o que contribui para o descortinar de expectativas relacionadas ao parto.

QUADRO 3

Categoria: A mulher empoderada, em uma Roda de Conversa, frente à fisiologia do seu corpo exercita a sua autonomia no processo de parto e nascimento

Categorias	Subcategorias
<p>  A mulher, empoderada em uma Roda de Conversa frente à fisiologia do seu corpo, exercita a sua autonomia no processo de parto e nascimento. </p>	<p>  Roda de Conversa como uma troca de experiência estimuladora da tomada de decisão e escolhas da mulher com enfoque na sua autonomia. </p> <p>  (Re) significação de experiência em roda de conversa contribuiu para a ampliação de conhecimentos e o descortinar de perspectivas sobre o processo de parto. </p>

Fonte: Elaborado pela autora.

5.2.1 Roda de conversa como uma troca de experiência estimuladora da tomada de decisão e escolhas da mulher com enfoque na sua autonomia

As intervenções educativas durante o pré-natal permitiram a explicação de procedimentos enraizados na prática dos profissionais de saúde, que atuam de acordo com o modelo biomédico. Neste formato, os métodos são apresentados como necessários ao cuidado das parturientes, os quais passaram a ser compreendidos como práticas prejudiciais e até de violência contra a mulher e o bebê. A não aceitação de tais ações, por representar uma primeira quebra de paradigma no que é geralmente colocado como correto, foi fato relatado pelas entrevistadas de forma ousada e autônoma, o que garantiu o cumprimento do seu direito:

As falas de algumas mulheres demonstram tal afirmativa:

Não teve o corte porque eu não deixei [...]. Ai as moças vieram com um tanto de trem para me cortar, ai eu apavorei, comecei a gritar e falei que ninguém ia encostar a mão em mim, que eu ia ganhar ela do meu jeito, ai o médico xingou as moças lá e mandou elas saírem de perto de mim [...]. (M16)

[...] hoje em dia as coisas estão tão difíceis nesses hospitais, nessas maternidades, então com isso aí [plano de parto] tem a opção de a pessoa discutir, falar “ah não, eu quero assim, tem que ser assim” né? (M23)

Aí agora não, eu já sabia o que eu tinha direito, eu tinha direito do meu acompanhante junto comigo [...] de escolher da forma que eu queria ganhar meu filho [...] eu tinha como debater agora como que eu queria [...]. (M23)

A Roda de Conversa cumpre o objetivo de ser um momento em que as mulheres podem expor seus sentimentos, falar dos seus desejos, ouvir as experiências de outras mulheres para que, assim, possam estar conscientes e seguras sobre o que irão vivenciar. Trata-se de um momento de preparação para a construção da autonomia, um momento que visa eliminar o elemento surpresa do parto.

Essa perspectiva é retratada nas falas abaixo:

[...] no dia da roda de conversa consegui tirar algumas dúvidas sobre as posições que eu poderia fazer para poder diminuir as contrações e diminuir a dor [...]. (M7)

[...] através da roda de conversa, com o plano de parto, eu fiquei mais tranquila. [...] você tem noção um pouco do que pode acontecer lá, mesmo que tenha acontecido um pouco diferente, mas pelo menos ali naquele momento antes, eu fiquei bem mais tranquila [...] consciente e entendi um pouco mais como acontecia. (M8)

A construção coletiva do conhecimento por meio de informações de qualidade, discutidas com os profissionais que estavam na Roda de Conversa, fez com que as mulheres ficassem seguras, preparadas e tranquilas. Os profissionais se preocuparam em falar com elas, e não para elas, conforme orienta a metodologia de Paulo Freire (FREIRE, 1996). Tal descrição pode ser confirmada nas alegações a seguir:

[...] se eu não tivesse participado da roda de conversa, eu não estaria tão tranquila igual eu fiquei no momento de ganhar. (M11)

Ah, foi muito importante né, porque até na roda a gente não sabia que tinha o plano de parto e tal. Aí depois que ensinaram pra gente como fazer o plano de parto foi bem melhor, que na hora do parto a gente já tava mais preparada né. (M10)

[...] planejar o parto [...] planejar um filho [...] a gente tem que planejar tudo né? Isso é bom, foi ótimo. As coisas foram todas como eu planejei. (M12)

As mulheres demonstraram satisfação pelas informações recebidas e, especialmente, pela relação dessas informações com a realidade que encontraram. Elas relataram que confiaram no conhecimento adquirido e conseguiram desenvolver suas ações com base nas discussões realizadas no dia da Roda de Conversa. Tal visão é percebida a partir dos relatos abaixo:

[...] quando começaram as contrações, eu não corri para o hospital [...] o pessoal me ensinou que as contrações tinham que ser de cinco em cinco minutos, para ir para o hospital, aí eu fiquei aqui aguentando a dor, eu ia fazia força, eu sabia que eu já estava entrando no processo, e eu estava muito feliz, mesmo sentindo dor, eu queria aquilo [...]. (M13)

A roda de conversa ajudou bastante, porque eu não sabia de nada, quando chegou na roda, nós ficamos conversando [...] aí [no processo do parto] eu fiz do jeito que a moça me explicou. (M14)

[...] na hora lá da roda de conversa eu fiz várias perguntas [...] então assim, foi um aprendizado. (M15)

A Roda de Conversa, como elemento basilar para a construção conjunta e individual do plano de parto, é compreendida como uma prática educativa em formato inovador, centrada na escuta qualificada do sujeito, no respeito aos seus valores e cultura, na desconstrução dos mitos, e reconstrução do conhecimento pautado no que as evidências científicas atuais demonstram. Tudo isso é feito de uma maneira lúdica, interativa e prazerosa. A fala das mulheres, descrita abaixo, retrata essa perspectiva do trabalho:

A roda de conversa ajudou, [...] foi muito divertido, as dúvidas das meninas [...] vieram a acrescentar para mim, eu sentei na bola, eu curti tudo que eles estavam ensinando, e lá [na maternidade] foi utilizado o que eles ensinaram, então assim, para mim aquele dia foi [...] muito bom para mim. Eu gostei de ter feito o plano de parto. (M17)

Tudo que elas passaram lá pra mim foi importante, todo mundo gostou da roda de conversa. (M20)

Nos grupos de atenção e cuidado às mulheres no ciclo gravídico e puerperal, tão importante quanto ouvir o que os profissionais ensinam, é trocar experiências com outras mulheres que estão vivenciando o mesmo momento e podem falar com propriedade de situações reais vivenciadas. A participante M26 destaca: “[...] mas porque também pelo plano de parto, a gente convive com outras mães também [...] a gente troca experiência [...]” (M26).

A Roda de Conversa possibilitou a reflexão e a construção do caminho rumo ao parto. Assim, as mulheres puderam pensar e escolher o que queriam no dia do parto, de modo a colocar em prática seu posicionando de forma autônoma nesse momento único e individual, que é o seu parto. Essa perspectiva da autonomia é confirmada pela fala da entrevistada:

[...] a roda de conversa deu uma base muito boa. E aí foi do jeitinho que eu planejei. Eu fiquei debaixo do chuveiro, eu pude caminhar, eu ganhei [...] de cócoras, eu já tinha determinado essas coisas. Então só segui. (M 19)

5.2.2 (Re) significação de experiência em rodas de conversa contribuiu para a ampliação de conhecimentos e o descortinar de perspectivas sobre o processo de parto

A execução de práticas educativas deve ser realizada por etapas, que incluem desde o seu planejamento, até a sua avaliação. Somente assim é possível conhecer se elas estão atingindo a sua meta e sendo realmente efetivas. As avaliações devem ser feitas através do olhar tanto dos profissionais, quanto do público que participa dessas ações.

No final da Roda de Conversa, os profissionais solicitam que as gestantes avaliem aquele momento e, para isso, imagens, conforme figuras demonstradas no método são apresentadas às gestantes pelas pesquisadoras; cada uma representando um sentimento. A escolha é soberana, as imagens mais votadas são as que representam alegria e surpresa.

Quando as gestantes são questionadas sobre o porquê de terem escolhido a carinha surpresa, elas relatam que as informações ali discutidas puderam desconstruir mitos e mostrar uma realidade desconhecida até então para elas, o que amplia o olhar para elas mesmas e para o parto que irão vivenciar.

A gestante abaixo relata sobre o seu aprendizado na Roda de Conversa:

A roda me ajudou muito [...] eu aprendi da organização da bolsa, o que eu tinha que levar para o neném e para mim, em questão de música que elas falaram que é para acalmar a gente, [...] meu esposo estava do meu lado, que foi uma das coisas que elas falaram quem você gostaria que estivesse do seu lado no parto né? [...] ele até colocou música no celular dele, como ele estava do meu lado, nós ficamos ouvindo música lá e eu ficava mais calma, esperando o momento, foi muito bom, acho que foi excelente, tem que continuar essa roda de conversa. (M9)

[...] teve muita coisa que eu não sabia, igual à importância de ter a criança sempre do lado da mãe [...]. (M16)

A discussão na Roda de Conversa foi capaz de motivar muitas quebras de paradigmas. Um exemplo concreto foi o da gestante cujo relato se reproduz a seguir. Ela ficou tão intrigada com a conversa sobre a episiotomia que sentiu necessidade de confirmar a informação com o profissional da maternidade. Seu relato segue abaixo:

Em questão do corte, me falaram [na roda de conversa] que ele não era obrigatório mais. Mas no dia eu perguntei, é obrigatório, ou não é? [...] falaram que esse corte não era necessário mais, só se eu quisesse só se fosse preciso, e não precisou [...]. (M7)

Em uma conjuntura em que a maior parte das informações que as gestantes têm sobre o parto vem de experiências traumáticas e repletas de medicalização, construídas através de relatos de amigas e da mídia, a possibilidade de reflexão e tomada de consciência ofertada nas Rodas de Conversa pode ser considerada por aqueles que não acompanham as evidências científicas como um ato de rebeldia e afronta ao sistema.

Os relatos seguintes mostram experiências de mulheres sobre o que vivenciaram na Roda de Conversa em comparação com o dia do parto:

Depois que eu tirei essas dúvidas fiquei até com menos medo. [...] Tudo que elas falaram lá é o que aconteceu no hospital comigo. (M20)

[...] a gente começa a entender quais são as possibilidades que tem no parto né, parto natural, parto humanizado, e qual seria minha escolha se eu tivesse que estar fazendo uma escolha melhor para mim. (M28)

É possível observar que, apesar de o plano de parto ter sido difundido na década de 1980, ele continua desconhecido para a maior parte dos serviços de assistência ao pré-natal e parto no Brasil, como relata a entrevistada a seguir:

[...] eu nunca tinha ouvido falar do plano de parto, na roda de conversa foi a primeira vez, foi bom porque eu comecei tomar consciência de que eu poderia tomar algumas decisões antes do parto, apresentar isso na hora para os profissionais, que estivessem me ajudando lá, então igual por exemplo, a escolha de analgesia, eu poderia escolher ou não, o meu marido estar presente, o meu marido cortar o cordão, a questão da lavagem intestinal, tem várias coisas que a gente não pensa antes e que é bom já pensar antes. E levar isso na hora, foi bom [...]. (M13)

5.3 Plano de parto representando um meio para discussão das dimensões e possibilidades das escolhas das mulheres no processo de parturição

O plano de parto construído pela gestante é uma forma de repensar os limites e as possibilidades de escolhas que estão intrínsecas no momento do parto e pós-parto. Ele também permite uma reflexão diante das complicações que podem surgir e dos caminhos que podem ser seguidos em cada situação. Além disso, possibilita a reflexão e ponderação sobre aquilo que a mulher está disposta ou não a aceitar que seja realizado em seu corpo. Mas, sobretudo, a elaboração de um plano de parto fortalece a confiança da gestante em sua capacidade de parir e o direito de decidir por suas escolhas.

A partir da análise temática do conteúdo foram elencadas as categorias abaixo, organizadas no quadro quatro (QUADRO 4).

QUADRO 4

Categoria: Plano de parto representando um meio para discussão dos limites e possibilidades das escolhas das mulheres no processo de parturição

Categorias	Subcategorias
 Plano de parto representando um meio para discussão das dimensões e possibilidades das escolhas das mulheres no processo de parturição	 Preparação, escolha informada, direitos e empoderamento – o plano de parto como um instrumento de comunicação entre a mulher e os profissionais da maternidade.  Desrespeito e não efetivação das escolhas das mulheres.

Fonte: Elaborado pela autora.

5.3.1 Preparação, escolha informada, direitos e empoderamento – o plano de parto como um instrumento de comunicação entre a mulher e os profissionais da maternidade

O plano de parto traduziu para as participantes da pesquisa um documento que registra um conjunto de saberes que representam o que, de fato, elas desejam. Não é um documento para falar por elas, mas algo capaz de demonstrar o quanto elas estão munidas de informações sobre a assistência ao parto, o que as evidências científicas trazem e sobre a violência obstétrica.

Preparar a mulher é propiciar o seu empoderamento para que ela possa lutar pelo seu direito à escolha informada. As mulheres vivenciam melhores resultados físicos e emocionais quando envolvidas nas decisões sobre o seu parto, e são capazes de agir de forma ativa e com autonomia, favorecendo resultados positivos no processo. Assim, é perceptível no relato de algumas mulheres, conforme excertos a seguir:

[...] eu já estava preparada, já me sentia mãe, já me sentia poderosa. (M3)

[...] E eu falei assim “nó gente, só depende de mim” [...] eu sabia que só dependia de mim [...]. (M2)

[...] aconteceu várias coisas que eu escolhi e isso me deu mais segurança [...]. (M4)

[...] A gente tirou foto, ele cortando, foi muito emocionante né, ele do meu lado e tendo a oportunidade de fazer isso [marido cortou o cordão umbilical]. (M2)

A ruptura do paradigma frente ao inesperado demonstra ser de suma importância a articulação com a construção de conhecimento proporcionada pelo plano de parto, pois o nascimento sai do imaginário mitológico das crenças e passa à realidade dos fatos. Desse modo, a mulher sai da condição de minoridade e assume o seu saber, fortalecendo sua autonomia.

Diante do conhecimento, a mulher passa a planejar, reagir e negociar, conforme retratado nas falas a seguir:

Porque eu não sei se muitas mulheres fazem esse plano de parto. Se não fizer fica desesperada, não sabe o que vai acontecer. Já tá ganhando e não planejou nada. Eu planejei, planejei tudo! (M4)

Com o plano de parto eu tive tempo de planejar, pensar bem o que eu queria e o que eu não queria [...]. (M22)

[...] meu marido ficou sempre comigo [...] ele que cortou o umbigo, eu escolhi, e ele cortou. (M4)

[...] o plano de parto deixa a mulher segura, segura que vai estar tudo bem, vai ficar tudo tranquilo, que vai dar tudo certo. (M4)

O plano de parto ajudou e muito, principalmente nessa questão de eu por o bebezinho no colo, que eu não sabia. (M6)

[...] o plano de parto ele ajuda bastante [...] e aí a pessoa pode chegar e simplesmente apresentar o plano de parto. (M25)

A mulher sente-se dona do seu saber quando realiza o plano de parto de forma consciente, e quando o profissional que a recebe na maternidade acolhe e valoriza esse documento. Isso demonstra um alto grau de compromisso e respeito, promovendo uma sensação de segurança e felicidade na gestante em função da realização da assistência humanizada.

A fala dessa participante demonstra a valorização do plano de parto pelo profissional da maternidade: “[...] na hora que ela pegou o papel, ela falou nossa, isso aqui é muito bom para quem tem. Eles falaram que era importante o plano de parto que estava bem no meu cartão” (M6).

Embora todos os profissionais devessem ter conhecimento das leis e dos direitos das gestantes a participarem ativamente do seu parto - colocadas no centro da assistência –, percebe-se que o plano de parto atua como um documento capaz de dizer ao profissional que não é apenas ele quem pode saber desses direitos. Afinal, a mulher também tem ciência disso, como demonstrada na fala de uma das participantes da pesquisa a respeito do plano de parto: “[...] eles leram o plano de parto, na hora que eu cheguei, eles falaram, nossa ela fez o plano de parto, que bom, já tiraram a folha e saíram andando” (M7). O plano de parto nesse momento parece representar um instrumento que fala por si, e na verdade, essa não é a sua proposta, seu objetivo é promover um diálogo entre a mulher, acompanhante e profissional. Se o profissional acredita que apenas o papel basta, isso significa que era melhor não ter o plano de parto.

As mulheres cujos relatos são apresentados a seguir demonstraram maior nível de preparação e segurança por terem elaborado seu plano de parto:

Aí depois que ensinaram pra gente como fazer o plano de parto foi bem melhor, que na hora do parto a gente já tava mais preparada né. (M10)

O plano de parto me ajudou a ficar mais tranquila, mais consciente, eu passei a entender um pouco mais como acontecia [...] as informações do plano de parto me deixaram bem mais segura [...]. (M8)

O plano de parto é bem importante pra isso, a gente já fica mais preparada. Então estava tranquila porque eu já sabia mesmo o que ia acontecer, como seria [...]. (M10)

[...] o plano de parto me ajudou bastante porque tirou muitas dúvidas [...] é uma coisa que a gente já vai planejada, vai certinho, tudo, já pra acontecer na maternidade... e ajudou bastante [...]. (M25)

[...] o plano de parto ele ajudou porque eu já podia saber umas coisas que eu poderia exigir se eu não conseguisse [...]. (M25)

Essas mulheres relataram o quanto foi positivo e fundamental para elas ter feito o plano de parto:

[...] o plano de parto teve um efeito positivo sobre meu parto [...] Fazer o plano de parto foi fundamental. (M12)

[...] ter feito o plano de parto foi uma experiência boa [...] foi um aprendizado [...]. (M15)

A informação é fundamental para que a mulher possa saber o que fazer, saber o que é o melhor para ela e para seu corpo, e assim poder lutar pelos seus direitos e minimizar as chances de sofrer maus tratos, abandono e violência obstétrica.

[...] eu aprendi muito e principalmente com plano de parto que ainda não havia pensado, eu fiz e deu tudo do jeitinho que as meninas ensinaram pra gente, deram muitas dicas boas e isso ajudou demais [na roda de conversa]. (M19)

E oriento outras mulheres a fazer o plano de parto porque me ajudou bastante, porque eu não sabia de nada e me ajudou muito. (M14)

Uma situação recorrente na rede pública é que o profissional que acompanha a mulher no pré-natal não é o mesmo que a acompanhará no parto, na grande maioria dos casos. Isso representa uma fragilidade do sistema. Afinal, é muito importante que o vínculo construído no pré-natal continue com a assistência ao parto e puerpério, e que o plano de parto seja um documento discutido entre o profissional que fará o parto e a gestante, a fim de obter melhores resultados. Essa visão pode ser percebida no relato seguinte: “[...] eu acho que o plano de parto é bom, mas acho que deve ser feito junto com seu obstetra, com a pessoa que vai fazer o parto com você, ou num hospital que eles sigam o plano de parto, que respeite né [...]” (M13).

A descrição da gestante acima seria ideal, entretanto, como essa não é a realidade, é fundamental que a mulher construa, sim, seu plano de parto no pré-natal e que os profissionais da maternidade o acolham e respeitem o desejo dela, tornando a assistência humanizada. É importante frisar que os desejos da mulher na realização do parto estão bem ancorados pelas

evidências científicas, portanto elas apenas estão solicitando que os profissionais atendam-nas de acordo com que foi instituído pela OMS em 1996, e de acordo com as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal, publicada no dia 08/03/2017. Sobretudo, elas exigem que não cometam violência obstétrica contra elas; exigem, pois, os seus direitos legais.

A experiência do trabalho de parto e parto foi descrita de forma positiva mesmo quando os desejos expressos no plano de parto não foram totalmente atendidos.

Ajudou, aquele livrinho [plano de parto] que eu recebi me ajudou bastante, eles me respeitaram foram muito pacientes, chegaram até encher a banheira, mas eu que não consegui. (M18)

Não aconteceram cem por cento como eu queria, mas aconteceram várias coisas que eu escolhi e isso me deu mais segurança. (M4)

Eu graças a Deus eu tive a oportunidade de conhecer o plano de parto, de fazer, de ter ele [o bebê] da forma que eu queria [...]. (M23)

Permitir que a mulher ocupe o lugar de centralidade na assistência ao parto e respeitar as suas escolhas a partir de um diálogo ativo é promover a humanização da assistência ao parto e nascimento. Ao agir dessa forma, os profissionais atuam de acordo com as leis e protocolos assistenciais e são capazes de promover um parto seguro, livre de violência obstétrica e/ou de gênero e, especialmente, com enfoque na equidade, resultando em maior satisfação para a mulher e desfechos perinatais positivos.

5.3.2 Desrespeito e não efetivação das escolhas das mulheres

Diante de um cenário de medicalização em que parte dos profissionais não estão interessados em aprimorar os seus conhecimentos, o plano de parto pode ser visto como um instrumento provocador, e ser descartado e ignorado a ponto de prejudicar a assistência ou ainda provocar o abandono dessa mulher que clama pelos seus direitos. Isso porque a maioria dos profissionais não está disposta a atuar de acordo com os resultados dos estudos científicos mais qualificados, reconhecer o papel central da mulher na cena do parto, respeitar a autonomia da mulher diante dos acontecimentos do seu próprio corpo e de se colocar em uma posição contrária ao paternalismo.

As narrativas dessas mulheres corroboraram a ideia de que o plano de parto pode ser visto como um instrumento de insatisfação e frustração:

Eu pedi anestesia, falei que sabia dos meus direitos, e a enfermeira falou que eu não poderia ter, pois o anestesista estava ocupado. (M17)

[...] a roda me ajudou, só que não foi seguido em nada, eles nem leram [o plano de parto]. (M5)

[...] o ruim é que eu não coloquei tudo em prática, porque lá ninguém quis olhar meu plano de parto (M13)

Como o plano de parto não é incorporado às práticas da maior parte das maternidades no Brasil, ele é desconhecido e rejeitado pelos profissionais que atendem ao parto. Ele pode, diante desse cenário, ser recebido com sarcasmo e hostilidade, impactando na relação entre a mulher e seu acompanhante e os atendentes. Essa insatisfação pode ser demonstrada a partir da seguinte fala:

Eu gostei de ter feito o plano de parto, mas não gostei que ele não fosse respeitado, teve até um ar de deboche daquilo [...] pedi para que fossem feitas algumas coisas do plano de parto, mas não foi respeitado [...] então o plano para mim foi ineficaz. (M17)

Eu falei que queria tomar chá, ela falou que eu não podia, eu pedi para apagar a luz para eu ficar mais tranquila, ai ela não quis apagar a luz. (M17)

[...] nas questões das vontades, nenhuma foi realizada. (M22)

A partir das falas das participantes foi possível perceber que o plano de parto intimida os profissionais de saúde e os mesmos reagem com hostilidade e negação dos direitos da mulher, o que provoca frustração e raiva nas parturientes. Quanto melhor informadas maior será a revolta pelo desrespeito da sua autonomia.

5.4 Discussão

A discussão é um meio de promover a compreensão dos dados, articulando os achados da pesquisa com estudos relacionados às temáticas elucidadas nos resultados, estabelecendo a relação do empoderamento da mulher sobre o seu corpo a partir de discussões e elaboração do

plano de parto em uma Roda de Conversa, com o fortalecimento da autonomia no processo de parto e nascimentos.

A autonomia compreende, pois, o produto de uma construção de conhecimento através do diálogo e da reflexão crítica de um processo que levará a uma ação (FREIRE, 1970). O conceito de autonomia representa para o indivíduo a conotação de liberdade, poder para tomar suas decisões e construir seu próprio curso de vida de modo emancipado (LEÃO *et al.*, 2013).

O profissional que se dispõe a ser educador deve respeitar a autonomia do indivíduo a ser educado, no caso em questão, as gestantes e seus acompanhantes. Freire considera esse respeito como uma conduta ética. Deve ser proporcionada uma prática educativa interessante, dialógica que resulte em indivíduos críticos capazes de decidir pelo seu corpo com informações de qualidade, e que seja capaz de fazer suas escolhas assumindo o ônus de cada uma (FREIRE, 1996). A educação deve partir da problematização e do reconhecimento da realidade do outro, pois o interesse em aprender está diretamente relacionado às demandas diárias com as quais cada um se depara, logo, é necessário priorizar o “falar com” e não o “falar para” os educandos (FREIRE, 2002).

No que tange ao SUS, a partir da lei nº 8.080, foi estabelecido que todos os serviços de saúde promovessem a proteção, promoção e reabilitação do indivíduo, com enfoque na conservação e estímulo de sua autonomia, resguardando seu bem estar físico, mental, moral e social (BRASIL, 1990). Profissionais de saúde dispostos a orientar o paciente na construção da sua autonomia não são comuns no Brasil, pelo contrário, quando fornecem alguma informação, elas são arbitrarias, não pautadas pela evidência científica e carregadas de julgamentos. O usuário precisa sentir confiança no profissional de saúde, o que apenas pode ser construído a partir de uma relação responsável e realística (SILVA; NASCIMENTO; COELHO, 2015).

O estudo intitulado “Reflexões sobre o excesso de cesarianas no Brasil e a autonomia das mulheres” concluiu que a capacidade autônoma da mulher no processo de parturição foi influenciada de maneira negativa pela medicalização, uma vez que esse ato torna a mulher dependente do sistema. Ao invés de autonomia, ela age com heteronomia e se expõe às intervenções desnecessárias e cesarianas sem critérios clínicos reais. Os movimentos sociais feministas são possíveis pontos de apoio para a mulher que busca o desenvolvimento da sua autonomia, já que nesses locais há um compartilhamento de vivências reais, possibilitando a construção de saberes relacionados aos diferentes papéis de profissionais e usuários (LEAO *et al.*, 2013).

Além dessa, foi desenvolvida outra pesquisa, de cunho qualitativo, com 30 mulheres que passaram pelo processo parturitivo em um CPN na Bahia. O objetivo deste estudo foi evidenciar o processo de trabalho das enfermeiras obstétricas relacionadas à construção da autonomia, dignificação e participação ativa das parturientes. No que tange à autonomia, destacou-se a promoção da liberdade, acesso oportuno a informações de qualidade e pró-atividade na cena do parto pelas mulheres. O estudo concluiu que nesse CPN existe um espaço para o estímulo e construção conjunta da autonomia da mulher, mas mais ações e envolvimento dos profissionais são necessários para o alcance pleno desse objetivo (SILVA, NASCIMENTO e COELHO, 2015).

Estudo qualitativo desenvolvido em um CPN no Rio de Janeiro apresentou como objetivo conhecer a atuação da enfermagem obstétrica e o exercício da autonomia das parturientes a partir de entrevistas com puérperas. Os resultados evidenciaram um cuidado obstétrico satisfatório, humanizado e competente, que respeita as necessidades, escolhas e expectativas da mulher no período do trabalho de parto. As Rodas de Conversa durante o pré-natal surgiram como fonte de informação de qualidade que visam à construção do empoderamento feminino, o que permite a tomada de decisão sobre o que é melhor para si e para seu bebê. A atenção obstétrica nessa casa de parto está ancorada nos princípios de integralidade, equidade, humanização e respeito à autonomia da mulher (PEREIRA, BENTO, 2011).

A experiência construída no ciclo gravídico e puerperal é de grande relevância na vida de uma mulher, pois certamente esse momento a acompanhará por toda a vida e será fonte de muitas orientações a outras mulheres. Entretanto, o processo de gestar e parir encontra-se tão desvelado de significado por influência do modelo tecnocrático vigente no país, que a vivência tida pela mulher é repleta de dor, sofrimento, angústia, paternalismo e repressão. Nesse cenário, a educação em saúde transformadora durante o pré-natal tem o objetivo de (re) significar a gestação, o parto e o nascimento, levando informações de qualidade com o enfoque no autoconhecimento e no cuidado individual, para que cada mulher possa viver esse momento de maneira única e singular (ALMEIDA, 2011).

É dever dos profissionais de saúde fornecer informações de qualidade aos usuários; e é direito dos usuários obterem informações relacionadas aos cuidados de saúde para participarem das decisões que envolvem o seu corpo e sua vida (SOUZA, ROECKER, MARCON, 2011). “O respeito à autonomia e à dignidade de cada um é um imperativo ético e não um favor que se pode ou não conceder uns aos outros” (FREIRE, 2002, p.24). Incentivar a autonomia na tomada de decisão e estimular a escolha informada representam práticas de

valorização da mulher pelos profissionais. Os cuidadores, nesse contexto, vivenciam novos caminhos e formas de agir com o enfoque na promoção do direito da condição de ser humano e o resgate do cuidado que coloca a mulher no centro do atendimento (SODRÉ; MERIGHI, 2012; SOUZA, ROECKER, MARCON, 2011). Assim, a reflexão sobre a prática profissional é ímpar no que tange à proposta de uma educação em saúde libertária e transformadora, capaz de respeitar os saberes das gestantes e interferir promovendo quebra de paradigmas e mudanças no perfil de saúde da população (FREIRE, 1996; FREIRE, 1987).

Paulo Freire discute a prática educativa como elemento fundamental para a construção da autonomia do indivíduo, pois uma vez obtendo informações de qualidade, ele será capaz de refletir sobre sua existência e se tornará mais ativo no processo de cuidado de sua saúde. O conteúdo – quando discutido num formato dialógico – desenvolve o poder que cada pessoa tem de expor sua experiência e sentir que isso tem relevância dentro do grupo (FREIRE, 1970; FREIRE, 1996). Nesta pesquisa foi possível perceber o quanto a Roda de Conversa foi eficaz na construção do conhecimento ao favorecer a participação ativa da mulher e apresentar experiências positivas como resultado.

Um estudo qualitativo com mulheres no período pós-parto evidenciou que o desejo de ter conhecimento e participar ativamente das decisões inerentes aos cuidados com a sua saúde e do seu bebê foi soberano entre as participantes da pesquisa. Entretanto, aquelas que foram colocadas à margem do processo decisório, sem informações, demonstraram estarem insatisfeitas com sua experiência no parto (HARRISON *et al.*, 2003).

Além dos citados acima, foi realizado um estudo cujo objetivo foi compreender a necessidade de cuidado e o desejo de participação nas decisões sobre o parto de gestantes de Londrina-PR. Para isso, foram entrevistadas 14 gestantes. Os resultados demonstraram que as mulheres desejam participar ativamente do seu parto, querem que suas escolhas sejam ouvidas e discutidas, entretanto não encontram condições favoráveis para o exercício da sua autonomia e o direito à escolha informada (SODRÉ *et al.*, 2010).

Ressalta-se, no entanto, o quanto é complexa a implicação da noção de autonomia de uma usuária, capaz de questionar informações repassadas por profissionais de saúde e praticar decisões informada. Essas mulheres, juntamente com suas escolhas, são comumente ridicularizadas em público, o que faz com que a supremacia e hegemonia do médico sejam prevalentes (MALACRIDA, BOULTON, 2013; NIY, 2012). Essa situação foi vivenciada por umas das participantes dessa pesquisa. As escolhas realizadas em seu plano de parto foram desrespeitadas pelos profissionais, causando enorme frustração e sensação de impotência para a mulher.

Quando a escolha da mulher está em consonância com a política e princípios da instituição e dos profissionais, é mais fácil ver sua autonomia respeitada. Um exemplo é o caso da cirurgia cesariana a pedido, fato esse que é justificado pelos médicos como responsável pelos índices alarmantes de cesarianas no setor da saúde suplementar e privado (DOMINGUES *et al.*, 2014), ainda que os estudos apontem o desejo da maior parte das mulheres pelo parto vaginal, quando se descobrem grávidas (MAZZONI *et al.*, 2011; VICTORA *et al.*, 2011).

Portanto, na prática, existe um cenário hostil e complexo no qual as relações não são claras e transparentes, e os conflitos de interesses não são expostos, então para a mulher exercer sua autonomia é fundamental que ela construa durante o pré-natal, apoiada pelos profissionais que a acompanham, informações de qualidade que serão úteis na hora do parto. Já que a linguagem utilizada nas maternidades é técnica e guiada por protocolos padrões, faz-se necessário conhecimento para discutir e lutar para fazer valer suas escolhas e direitos (DE CARVALHO, FEUERWERKER, MERHY, 2007).

Diante do exposto, para potencializar essa comunicação entre profissionais atuantes na maternidade e a mulher, tem-se estimulado o uso do plano de parto, conhecido como uma tecnologia leve, que se apresenta como uma estratégia educativa, de informação e de diálogo. Partindo do pressuposto de que todos os envolvidos na cena do parto desejam o melhor desfecho e experiências positivas para o binômio mãe e bebê; o plano de parto surge como uma estratégia de escuta qualificada do outro, a fim de dificultar a medicalização desnecessária, coibir a violência obstétrica e estimular o exercício da autonomia pelas parturientes (ANDREZZO, 2016).

Todavia, como a base cultural da formação dos profissionais não inclui decisões compartilhadas entre trabalhadores e pacientes, ou o reconhecimento do direito à informação e a prática da autonomia, o plano de parto pode representar uma ameaça para aqueles que o recebem. Fomenta essa discussão a existência da contradição entre o que as mulheres necessitam como cuidado de saúde e o que os cuidadores estão preparados e motivados a oferecer (ANDREZZO, 2016).

O plano de parto construído durante o pré-natal – momento em que a mulher deve buscar se enriquecer de informações de qualidade – possibilita a escolha de preferências, aumenta o poder e a confiança sobre o ato de parir e a sensação de autocontrole, favorece o diálogo com a equipe de saúde, além de promover o empoderamento a partir do conhecimento produzido sobre todo o processo de parturição, de modo a auxiliar as escolhas informadas (YAM *et al.*, 2007; ANDERSON, KILPATRICK, 2012; WHITFORD *et al.*, 2014). Quando o

plano de parto é acolhido, encorajado e respeitado pelos profissionais da maternidade demonstra o compromisso da instituição em reconhecer e valorizar o saber do outro, a expectativa e os desejos diante de uma vivência única da vida daquela mulher, atualizando sua prática sempre ancorada nas mais atuais evidências científicas (WHITFORD *et al.*, 2014).

No dia 08 de março de 2017, Dia Internacional da Mulher, o Ministério da Saúde publicou a Portaria, nº 353, intitulada Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal. Esse documento foi elaborado a partir da união entre Ministério da Saúde, sociedade, associações profissionais de médicos, enfermeiros e mulheres, com a finalidade de melhorar a qualidade da assistência ao parto no Brasil. O objetivo da elaboração desse documento foi analisar os estudos nas evidências científicas relacionados à assistência, ao processo de parturição que fornece embasamento teórico consolidado para orientar as condutas de todos os envolvidos, a fim de promover e incentivar o parto vaginal (BRASIL, 2017). As escolhas das mulheres estão bem amparadas pelas evidências científicas, discutidas a seguir.

Estudos de Ciello *et al.*, e Silva *et al.*, documentaram que são frequentes as atitudes discriminatórias e desumanas na assistência ao parto, seja no setor público, seja no privado. Dessa forma, a violência obstétrica é caracterizada como uma apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres pelos profissionais da saúde, culminando em um tratamento desumanizado, marcado pelo abuso de medicações, procedimentos e patologização dos processos naturais. Tem-se, pois, como consequência a perda da autonomia e da capacidade de decidir, o que causa impactos negativos na vida da mulher (CIELLO *et al.*, 2012; SILVA *et al.*, 2014).

Dentro de um hospital, a representação social do parto para muitas parturientes é de um evento repleto de sofrimento, dor, riscos, violência, perspectivas não atendidas e frustrações, o que impede de converter essa experiência em algo sublime e saudável na visão delas (CARNEIRO, 2011; NAGAHAMA, SANTIAGO, 2011).

Mulheres empoderadas com informações de qualidade podem provocar mudanças nas políticas de saúde, pois é enfrentando o sistema e lutando pelos seus ideais que irão se reafirmar como mulheres autônomas nesse cenário (HOTIMSKY *et al.*, 2002). Assim, discutir os limites e possibilidades das escolhas das mulheres no processo de parturição é fundamental para a prática de decisão informada.

A escolha e o envolvimento do acompanhante durante o processo parturitivo diminuem as requisições por analgesia, as taxas de cesarianas, e melhoram o escore de apagar do bebê no quinto minuto pós-nascimento. Além disso, essa vivência de cuidado é um componente essencial na parturição, pois remete à mulher a percepção de paz, uma vez que

ela sente que está segura e confiante (OLIVEIRA *et al.*, 2011; PERDOMINI, BONILHA, 2011). Mesmo com a lei, 11.108 que prevê o direito a acompanhante, vigorando desde 2005 (BRASIL, 2005), ainda há instituições que não permitem a entrada de acompanhantes nesses locais. A mulher pode exigir a efetivação do seu direito realizando uma denúncia e registrando um boletim de ocorrência no momento da internação. Nesse caso, a polícia pode obrigar o hospital a autorizar a permanência do acompanhante de escolha da mulher (DODOU *et al.*, 2014).

Um estudo realizado com 135 serviços de saúde de Santa Catarina evidenciou que 54.8% deles autorizam a permanência do acompanhante. A pesquisa concluiu que o número de serviços que permite a presença do acompanhante é maior do que aqueles que proíbem, no entanto alguns locais de assistência ao parto realizam restrições como, não respeitar a escolha da mulher e impedir que seu acompanhante assista ao parto (BRUGGEMANN, 2013).

O Ministério da Saúde afirma que a permanência do acompanhante acarreta benefícios e que as parturientes com um familiar/parceiro ou um amigo no parto e puerpério imediato permanecem mais calmas e protegidas durante o processo, ocasionando redução na duração do período de trabalho de parto. Além disso, a presença de um ente querido propicia a diminuição do risco de depressão após o parto. A pessoa escolhida pela mulher para estar com ela neste momento pode, ainda, auxiliá-la nas atividades de cuidados com o bebê e suporte contínuo à mãe nesse primeiro momento, quando ela se encontra num processo de reabilitação (OLIVEIRA *et al.*, 2011).

A partir da análise dos estudos relacionados à escolha por alimentos durante o parto, nas maternidades do Brasil, é comum encontrar protocolos que proíbem a ingestão de alimentos ou líquidos durante o período de trabalho de parto, justificados no risco de broncoaspiração, caso seja necessária uma anestesia geral. Tal fato não se justifica, uma vez que esse método não é realizado para bloqueio da dor (BRASIL, 2016). Na pesquisa citada, as mulheres relataram ter ingerido água, suco ou gelatina durante o seu trabalho de parto; somente uma das mulheres solicitou a ingestão de chá e teve seu pedido negado. Especificamente nesse caso, todos os seus desejos foram negados, não se tratando apenas da ingestão de alimentos.

Fundamentado na necessidade de propiciar uma ingesta hídrica e um suporte de calorias pertinentes à gestante em trabalho de parto, bem como ofertar conforto e bem-estar, em inúmeros locais de assistência à parturiente é permitida uma dieta leve, tanto de líquidos como alimentos sólidos (WEI, GUALDA, SANTOS JUNIOR, 2011; LEAL *et al.*, 2014). As

evidências científicas não trazem dados que justifiquem o jejum para as parturientes (BRASIL, 2017).

Para múltiparas, um trabalho de parto pode ter uma duração média de doze horas, enquanto para uma primípara esse período pode se estender, em média, por dezoito horas, sem intervenções, podendo ir além desse tempo (BRASI, 2016). É notório que uma gestante em trabalho de parto apresente um gasto energético considerável que precisa, por sua vez, ser repostado, visto que não se pode prever com exatidão por quanto tempo ele se estenderá. As parturientes expõem desejos pela ingestão de água, sucos, chás, sendo considerada uma violência a privação desta prática (MALHEIROS *et al.*, 2012). A rotina de restringir líquidos e alimentos se classifica na categoria D, como prática utilizada de modo inadequado (OMS, 1996). Durante o processo de parto e nascimento, o gasto energético é constante; quando associado à falta de reposição de nutrientes, há uma elevação de corpos cetônicos, diminuindo os níveis de glicose e insulina, o que traz prejuízos clínicos à mulher e ao feto (CAGNIM, MAMEDE, MAMEDE, 2014; BRASIL, 2016).

Um estudo realizado com 35 puérperas em um hospital, em São Paulo, demonstrou que as mulheres que se alimentaram declararam sentirem-se mais fortes durante o período parturitivo, e aquelas que recusaram a alimentação justificaram receio de dificultar o parto. É fundamental considerar a individualidade e a autonomia das gestantes, pressupostos básicos quando se busca a humanização da assistência. No entanto, é crucial uma escolha informada, pois nos relatos percebe-se o desconhecimento sobre o assunto (WEI, GUALDA, SANTOS JUNIOR, 2011).

No contexto da análise da fisiologia do parto, a dor é considerada um aspecto importante; a liberação de endorfinas acontece a partir desse estímulo, o que permitirá um maior nível de tolerância nesse estágio, bem como, um aumento da satisfação e sensação de bem estar no processo parturitivo (BRASIL, 2016; MAFETONI, SHIMO, 2014). Diante disso, a atenção obstétrica não deve ser pautada na ausência da dor, nem tão pouco isso deve ser um indicador de qualidade da assistência.

Realizar uma discussão com a mulher sobre o planejamento do parto durante o pré-natal objetiva fornecer informações de qualidade, incluindo os métodos de alívio da dor que irão subsidiar as escolhas da gestante, promovendo sua autonomia e segurança diante do processo de parto e nascimento (RODRIGUES, NASCIMENTO, ARÚJO, 2011). As técnicas mais efetivas no alívio da dor não estão relacionadas, necessariamente, ao aumento da satisfação no parto e, por outra ótica, a não efetivação de um artifício escolhido pode resultar na insatisfação (BRASIL, 2016). Com o objetivo de promover alívio da dor durante o trabalho

de parto, estratégias e métodos devem ser utilizados a fim de proporcionar um ambiente humanizado, com aumento do protagonismo da mulher na cena do parto (OLIVEIRA e SILVA, *et al.*, 2013). A seguir, serão contextualizados alguns estudos que avaliaram o uso desses métodos na assistência perinatal, baseados em evidências científicas.

O uso de anestésicos, conduzido de forma inadequada pode desencadear hipotensão arterial que levará a alterações no tônus e pressão vascular do útero com redução do fluxo sanguíneo ou ainda, indiretamente, modificar as contrações uterinas, provocar hipertermia e retenção urinária. Devido a isso tanto a técnica da analgesia quanto a quantidade de medicamentos administrados na gestante devem ser criteriosamente estudados (OLIVEIRA e SILVA, *et al.*, 2013).

Diante de evidências internacionais de alto nível, a Diretriz sobre o parto normal dispõe que o uso de analgesia é eficaz no manejo da dor quando comparado à ausência de métodos farmacológicos, e não interfere no desfecho quanto ao tipo de parto, não obstante eleve o tempo de duração do trabalho de parto e as incidências de instrumentalização. Independente do período do processo de parto e do grau de dilatação do colo uterino, a solicitação da mulher por analgesia abrange indicação suficiente para sua efetivação, desde que a parturiente esteja em fase latente com intensa dor, e após esgotamento das estratégias e métodos não farmacológicos. As maternidades devem avaliar seus recursos diante dos benefícios desta prática e considerar a implantação da analgesia regional em seus estabelecimentos a fim de atender essa preconização e promover a humanização da assistência ao parto (BRASIL, 2016).

Em contraste a isso, é fundamental utilizar estratégias não farmacológicas no alívio da dor, devido à sua segurança e redução das intervenções da assistência ao parto. Diante disso, a enfermagem tem papel crucial para proporcionar esses cuidados, propiciando um parto humanizado com alívio da dor, para devolver às puérperas uma visão positiva do nascimento do seu bebê. Sabe-se que a ciência tem se preocupado com isso e existem muitos estudos atualmente que abordam essa temática (MAFETONI, SHIMO, 2016).

Um estudo de revisão integrativa sobre métodos não farmacológicos de alívio da dor, desenvolvido no período de 2003 a 2013, evidenciou o uso da técnica de massagem, exercício respiratório, relaxamento e hidroterapia, os quais propiciaram a diminuição dos escores de dor. Além disso, a presença da doula foi destacada como essencial na sensação de segurança e confiança pelas gestantes. Portanto, tais métodos valorizam a livre movimentação e autonomia, oferecendo à parturiente alternativas para seu conforto e qualificando a assistência no trabalho de parto (MAFETONI, SHIMO, 2014). Estudos evidenciam a eficácia dos

métodos de alívio não farmacológico da dor mais comumente escolhidos pelas mulheres em seus planos de parto, nesse estudo.

Um estudo envolvendo 16 randomizações de ensaio clínico, controlado com 13.391 mulheres, concluiu que o apoio oferecido no processo de parto e nascimento à gestante promove uma redução tanto do tempo de duração do período do parto, quanto da administração de analgesia e dos níveis de insatisfação. É imprescindível que todas as parturientes recebam suporte contínuo desde o momento de sua admissão até a sua alta, para desfechos favoráveis intraparto e pós- parto (HODNETT *et al.*, 2008; BRASIL, 2016).

Já a hidroterapia proporciona um efeito relaxante nas mulheres e pode ser realizada em um banho de aspersion no chuveiro, ou de imersão em uma banheira durante o processo parturitivo e expulsão do feto. A implantação do Centro de Parto Normal foi um marco para a utilização desta prática na assistência à mulher, potencializada pelas enfermeiras obstétricas no apoio à humanização do parto e escolhas da parturiente (SANTANA *et al.*, 2013).

Outro estudo, uma revisão sistemática incluindo 2.939 mulheres objetivou analisar as implicações da imersão em água quente durante o trabalho de parto nos desfechos perinatais, Observou-se que a utilização dessa prática, nessa fase, reduz o uso de intervenção farmacológica como analgesia, representação de dor da parturiente, sem relacionar às implicações maternas e neonatais adversas (CLUETT *et al.*, 2008; BRASIL, 2016). A escolha e aplicabilidade desse método no panorama da atenção obstétrica não é um fato geral, uma vez que não há, na grande maioria dos locais de assistência ao parto, banheira instalada. Dessa forma, é necessária uma adequação da estrutura física para atender à demanda crescente, tendo em vista os resultados positivos elencados (GAYESKI, BRUGGEMANN, 2010; BRASIL, 2016).

Outro método não farmacológico de alívio da dor é a bola de bobath, também conhecida como bola obstétrica, ou bola suíça. Trata-se de estratégia que pode ser utilizada por um profissional capacitado, durante o primeiro estágio do processo de trabalho de parto (SILVA *et al.*, 2011). Um estudo realizado em São Paulo, com o objetivo de identificar como se dá o emprego da bola suíça no cuidado obstétrico em serviços do SUS, entrevistou 35 enfermeiras que atuavam nesse âmbito e evidenciou que 100% do CPN e 40,9% dos centros obstétricos utilizavam bola obstétrica. Relataram que as recomendações para o uso da bola foram para potencializar a descida fetal, promover relaxamento, atuar no alívio da dor, realizar exercício perineal, permitir a mobilidade materna e também seu bem estar psicológico. A pesquisa apontou, ainda, que as enfermeiras caracterizaram a bola como um método que traz benefícios para a gestante em trabalho de parto (SILVA *et al.*, 2011).

A bola também pode ser utilizada para realizar movimentos de inclinação do corpo para frente, movimentação do quadril de diferentes formas e, ainda, pode servir de apoio ao tronco durante as contrações. Tais ações conferem uma sensação de autonomia e controle do corpo bem diferente de quando a mulher permanece deitada sobre a cama (OLIVEIRA e SILVA, *et al.*, 2013). O banho de aspersão pode ser utilizado em associação com a bola obstétrica. Ao sentar sob a bola, embaixo do chuveiro, a parturiente pode deixar a água cair em jato sobre os locais de maior nível de tensão e dor para obter relaxamento e alívio local (ROSA, 2010; BARBIERI *et al.*, 2013).

No contexto das práticas integrativas complementares, a música tem a propriedade de causar um aumento da concentração do ser humano por meio do uso organizado da sua influência no funcionamento do sistema nervoso. A utilização da música provoca um estímulo sensorial que desvia a atenção da mulher na hora da dor no parto (OLIVEIRA e SILVA, *et al.*, 2013). A musicoterapia é avaliada na contemporaneidade como uma técnica complementar na promoção da saúde. Ela tem sido utilizada no processo de parturição como um método para alívio da dor, redução dos níveis de estresse, ansiedade e na sensação de equilíbrio emocional (FUJITA, NASCIMENTO, SHIMO, 2015).

Há que se pontuar, ainda, o estudo realizado em São Paulo, com gestantes de cinco Unidades Básicas de Saúde a fim de analisar o efeito da música no trabalho de parto e no recém-nascido, quando os mesmos eram submetidos às melodias ouvidas pelas mães na gestação. Durante o pré-natal, as participantes do estudo foram submetidas a sessões em que melodias eram tocadas por um tempo médio de 50 minutos. Durante o trabalho de parto as parturientes ouviram as mesmas melodias e elementos de controle do parto foram registrados em períodos com e sem música. A análise das falas dessas mulheres evidenciou resultados favoráveis relacionados a aspectos da experiência positiva no trabalho de parto pela intervenção da música (TABARRO, *et al.*, 2010).

Neste estudo randomizado controlado, examinaram-se os efeitos da música em sensação e desconforto da dor em mulheres primíparas tailandesas, durante a fase ativa do trabalho de parto. As mulheres foram submetidas à audição de músicas suaves pelo período de três horas. A execução foi iniciada na fase ativa do trabalho de parto e escalas analógicas foram utilizadas para medir a sensação de dor antes e depois da realização da intervenção. A análise dos testes indicou que o grupo que ouvia músicas apresentou menor sensação dolorosa, quando comparado ao grupo controle. As enfermeiras podem oferecer música suave às parturientes como estratégia para alívio da dor durante a fase ativa, momento em que as contrações são fortes e as mulheres têm maior sofrimento (PHUMDOUNG, GOOD, 2003;

BRASIL, 2016). Outro importante método de alívio da dor foi a movimentação livre da mulher, a partir da qual ela pode escolher a melhor forma para se posicionar no trabalho de parto e também no parto.

A mobilidade materna durante o processo de parto e nascimento é um método que atua no alívio da dor. Ao experimentar diferentes posições, como, sentar, caminhar, ficar de cócoras, deitar, posição de quatro apoios e decúbito lateral, a mulher aumenta a percepção sobre o seu corpo e identifica aquela que lhe confere maior conforto (MAFETONI, SHIMO, 2014).

Um estudo de revisão de Lawrence *et al.*, (2013) abrangendo um total de 5.218 mulheres, demonstrou uma redução média de uma hora e vinte minutos do tempo de duração no primeiro período do processo de parto entre as mulheres que permaneceram na posição vertical ou deambulando. Diante da realidade das contrações dolorosas, quanto menor for a duração do trabalho de parto, menos dor a paciente irá experimentar e, conseqüentemente, menor chance de intervenção médica, o que traz benefícios significativos para mãe e bebê. O estudo evidenciou, ainda, que as parturientes que estabeleceram a posição ereta e móvel obtiveram menor risco de serem submetidas a uma cesariana, de receber analgesia e também tiveram chances reduzidas de internação de seus recém-nascidos em unidade neonatal.

Por outro lado, uma pesquisa transversal, realizada entre agosto de 2008 e janeiro de 2009, no alojamento conjunto de uma maternidade pública em São Paulo, objetivou avaliar a intensidade da dor e o comportamento durante o trabalho de parto e parto, em diferentes posições. Os resultados demonstraram que há uma relação entre dor e comportamento com a posição adotada nesse período. Evidenciou-se, ainda, menor sensação de dor na posição litotômica no período expulsivo, quando comparada à posição de decúbito lateral esquerdo (NILSEN, SABATINO, LOPES; 2011). A liberdade para se movimentar pode ser associada a outros métodos citados, como, a bola, o banho, a música e também a massagem.

A relação da massagem por meio do toque das mãos, há muito tempo, vem sendo estudada como um método que traz inúmeros benefícios como o relaxamento muscular e a sensação de bem estar e prazer (OLIVEIRA e SILVA, *et al.*, 2013). Durante o trabalho de parto, ela pode ter seus benefícios potencializados quando é associada à respiração adequada, posição confortável para a mulher e deambulação; práticas que tornam o processo de parto e nascimento humanizado, refletindo em uma experiência mais positiva para a mulher. A massagem alivia a ansiedade, o estresse e a sensação dolorosa, especialmente, na fase inicial do trabalho de parto (GAYESKI, BRUGGEMANN, 2010).

Para um suporte adequado de oxigenação materna e fetal, é necessário que a parturiente se atenha à forma correta de estabelecer sua respiração. Durante as contrações uterinas, a técnica respiratória deve ser mais rápida e superficial. Em oposição, durante a fase de relaxamento – ocorrida entre as contrações – a mulher deve estabelecer uma respiração mais lenta e profunda, a fim de chegar ao equilíbrio tanto físico quanto mental (OLIVEIRA e SILVA, *et al.*, 2013). O profissional de saúde deve orientar a mulher, tanto durante o pré-natal, quanto durante o trabalho de parto, sobre a importância que a respiração adequada tem nesse processo e seu impacto nos resultados perinatais (BRASIL, 2016).

Embora os exercícios respiratórios não repercutam diretamente no alívio da dor no primeiro período do trabalho de parto, uma respiração adequada é eficaz no controle dos níveis de ansiedade e na saturação de oxigênio materno e fetal. Ela proporciona, ainda, bem estar físico, emocional, e melhora a relação da parturiente com a equipe de cuidadores, tanto com profissionais, quanto com o acompanhante, uma vez que a mãe experimenta sensações de equilíbrio e controle corporal (MAFETONI, SHIMO, 2014).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Garantir às mulheres o respeito à sua capacidade de escolha para que elas sejam bem atendidas é um dever institucional, governamental e político. Para tanto, é necessário fornecer-lhes informações pautadas nas melhores evidências científicas disponíveis. Desse modo, não basta proteger a autonomia sobre os direitos reprodutivos da mulher sem, *a priori*, solucionar os problemas de desigualdade social. Humanizar a assistência ao parto é colocar a mulher no centro da sua assistência.

Quando a mulher possui conhecimentos sobre a fisiologia do seu corpo, o parto e os métodos utilizados de forma arbitrária durante os nascimentos – assim como aqueles que são necessários para manter a segurança do processo –, ela pode utilizar o seu conhecimento para comunicar à equipe de saúde sobre os procedimentos que permite ou não serem realizados em seu corpo, dentro das suas condições de saúde. Esta prática previne ações antiquadas e intervenções desnecessárias por parte dos cuidadores e protege mãe e bebê de possíveis traumas no momento do parto e pós-parto.

Os grupos de debate, como a Roda de Conversa, são de suma importância por possibilitarem às mulheres o acesso a informações variadas, levando-as à reflexão e à identificação a determinada via de nascimento para si própria, bem como com os cuidados posteriores do recém-nascido. Nestas rodas, acontece a ampliação do conhecimento, uma vez que as participantes se sentem à vontade para falar sobre suas imprecisões e medos, partilham as suas experiências com outras gestantes, o que gera empoderamento.

O plano de parto torna-se um documento mais fácil de ser construído quando as mulheres frequentam as Rodas de Conversa e, quando elas recebem o apoio e incentivo dos profissionais da saúde. Esta ferramenta possibilita o embasamento das decisões nas suas condições reais de saúde, o que aumenta as chances de satisfação com o parto. Além de ser uma ferramenta educativa, o plano de parto proporciona tranquilidade às gestantes por elas confiarem que os seus desejos serão, à medida do possível, respeitados.

Não basta que a gestante desenvolva o seu plano de parto e que este seja respeitado e apoiado pela equipe de atenção à saúde. Igualmente importante é o envolvimento dos familiares e da equipe de assistência ao parto com todo o processo. É preciso que as pessoas entendam as decisões da mulher e respeitem-nas, independentemente de suas opiniões pessoais. Atitudes neste sentido fortalecem a autonomia da mulher e ajudam-na a superar as dificuldades do processo de parto.

Esta pesquisa apontou que o estímulo à construção do plano de parto em rodas de conversa contribui para o exercício da autonomia da mulher no processo de parto e nascimento, uma vez que as parturientes reportaram terem tido experiências repletas de informações de qualidade, serenidade, segurança e humanização.

Através das respostas das mulheres, percebeu-se que os debates durante o período pré-natal prepararam-nas para vivenciar os seus partos de maneira bem informada e comunicativa. Uma vez que obtinham conhecimentos sobre como deve ser a assistência aos nascimentos e sobre os procedimentos mais adequados, as gestantes utilizaram o plano de parto como uma ferramenta capaz de legitimar suas preferências para o momento. Além disso, por meio do plano de parto, a relação existente entre parturientes e a equipe profissional – muitas vezes pautada por abusos, má comunicação e realização de intervenções em excesso –, passou a ser revista, buscando reduzir o paternalismo nas ações dos profissionais de saúde e aumentar a autonomia da mulher em relação aos seus corpos, seus partos e seus filhos. Em contrapartida, em algumas maternidades, houve resistência da equipe de cuidadores em aceitar e seguir o plano de parto, uma vez que ainda não se instalou a cultura da humanização dos nascimentos dentro da realidade dos hospitais brasileiros, o que terminou por causar uma frustração para as mulheres em relação ao seu plano de parto.

Além do desenvolvimento deste instrumento de comunicação, toda a gama de atividades concretizada na Roda de Conversa foi de suma importância para empoderar as mulheres e difundir esta prática também para outras unidades de saúde, gerando um diálogo entre os profissionais do sistema de atenção pré-natal e parto/nascimento. Espera-se que as autoridades responsáveis desenvolvam projetos que visem à divulgação dos direitos das mulheres, e que os mesmos sejam respeitados, tais como o direito à acompanhante, ao livre acesso ao seu prontuário e a coibição dos maus-tratos e abusos. Tais medidas configuram, pois, uma assistência humanizada.

Por fim, o plano de parto busca estabelecer o diálogo, desenvolvendo estratégias para fomentar a discussão sobre ações nas instituições, principalmente naquelas que garantem a participação de usuárias. Para tanto, será necessária a mobilização de diversos agentes da assistência pré-natal e ao parto para que se crie uma atenção voltada a todas as necessidades das gestantes.

A humanização do parto como legitimidade política da reivindicação e defesa dos direitos das mulheres na assistência ao nascimento, ainda apresenta lacunas, bem como a legitimidade referida à participação das mulheres precisa ser fortalecida na atenção ao parto e nascimento, especialmente, no cuidado durante o pré-natal.

Propõem-se, com esta pesquisa, estimular profissionais da atenção em saúde a oferecer às gestantes informações oportunas a respeito do parto, visando ao bom preparo para o momento do nascimento dos seus filhos, e motivando as suas escolhas. Por meio de atividades lúdicas, palestras e trocas de experiências, capazes de abordar questões biológicas, psíquicas, emocionais e culturais, esta realidade é possível. Pode-se, portanto, através dessa perspectiva, vislumbrar a humanização dos partos, bem como encorajar as mulheres a exercerem a sua autonomia.

Recomenda-se a implantação do Plano de Parto na atenção a saúde obstétrica para construção individual ou coletiva durante o pré-natal, que ele seja realizado pela gestante, porém orientado pelo profissional pré-natalista. Recomenda-se a implantação da Roda de Conversa para a Construção do Plano de Parto nas Unidades Básicas de Saúde e no serviço suplementar. Recomenda-se a adesão do Plano de Parto em todos os serviços de saúde que prestam a assistência ao parto, seja privado ou público. Recomenda-se que na academia o Plano de Parto seja ensinado aos alunos, e que a base do ensino seja a partir das evidências científicas, recomenda-se que os profissionais que prestam assistência ao pré-natal e ao parto sejam capacitados e haja vigilância por órgãos superiores da assistência que os mesmos estão prestando às pacientes, bem como orientações permanentes para implantação de um modelo de assistência de qualidade e humanizado, a fim de coibir violência obstétrica e reduzir as taxas de cesariana, parto prematuro e morbimortalidade materna e neonatal.

REFERÊNCIAS

AFSHAR, Y; MEI, J; KIMBERLY, M. W; KILPATRICK, G. S; ESAKOFF, T. The role of the birth plan in obstetrical and neonatal outcomes and birth experience satisfaction. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. v. 212, n. 1, S282, jan, 2015.

ALMEIDA, J. *Absenteísmo estatal: uma visão dos direitos humanos de 1ª Dimensão*. 2011. Disponível em: <http://policiamilitaredireitoshumanos.blogspot.com.br/2011/09/vbehaviorurldefaultvml.html> >. Acesso em: 04 de janeiro de 2017.

ALMEIDA, J. L. T. de. *Respeito à Autonomia do Paciente e Consentimento Livre e Esclarecido: Uma Abordagem Principlista da Relação Médico-Paciente*. 1999,129p. Tese (Escola Nacional de Saúde Pública), Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1999.

ALMEIDA, A. M. *Bioética e Biodireito*. Rio de Janeiro: Lúmen Júris, 2000.

ALMEIDA, M. F. B. de. *et al.* Fatores perinatais associados ao óbito precoce em prematuros nascidos nos centros da Rede Brasileira de Pesquisas Neonatais. *Revista de la Sociedad Boliviana de Pediatría*, v. 49, n. 1, p. 300-307, 2015.

ANDERSON, C.J, KILPATRICK, C. Supporting Patients' Birth Plans: Theories, Strategies & Implications for Nurses. *AWHONN*, v.16, n.3, p. 210–218, jun-jul, 2012.

ANDREZZO, H. F. A. *O desafio do direito à autonomia: uma experiência de Plano de Parto no SUS*. 2016, 111p. Dissertação (Mestrado em Ciências). Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016.

BALDISSEROTTO, M. L. *Associação entre as boas práticas de assistência ao trabalho de parto e parto e a avaliação pelas puérperas do cuidado recebido*. 2015, 111f. Dissertação (Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca). Rio de Janeiro, 2015.

BARBIERI, M. et al. Banho quente de aspersão, exercícios perineais com bola suíça e dor no trabalho de parto. *Acta Paulista de Enfermagem*, v.26, n.5, p.478-484, 2013.

BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa, Portugal: Edições 70, 2016.

BARROS, M. L. F. Percepção dos profissionais de saúde e das mulheres sobre o tipo de parto: revisão de literatura. *Rev. Enferm. UFPE On Line*, v. 5, n.2, p. 496-504, 2011.

BARROSO, L.R. *A dignidade da pessoa humana no direito constitucional contemporâneo: a construção de um conceito jurídico à luz da jurisprudência mundial*. Belo Horizonte: Editora Fórum, 2013.

BELO HORIZONTE. *BH pelo Parto Normal*, 2012.
bhpelopartonormal.pbh.gov.br/movimento/index.html.

BELO HORIZONTE. *Assistência ao Parto e Nascimento: Diretrizes para o cuidado multidisciplinar*. 2015.

BOHREN, M. A. *et al.* The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review. *PLOS Med.*, v.12, n.6, p.1-32, jun. 2015.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 13 jul. 1990.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. São Paulo: Saraiva, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Programa humanização do parto: humanização no pré-natal e nascimento*. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Parto e nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais [recurso eletrônico]: o Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais e experiências exemplares / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 27 de junho de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do SUS/CONITEC. *Diretriz nacional de assistência ao parto normal* – relatório de recomendações. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Parecer COREN - SP CAT nº 025/2010. Musicoterapia. São Paulo, 2010.

BRASIL. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Dispõe sobre a garantia às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. *Diário Oficial da União*; Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed. rev. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013. 318 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, nº 32).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do SUS/CONITEC. *Diretriz nacional de assistência ao parto normal* – relatório de recomendações. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRUGGEMANN, O. M. *et al.* A inserção do acompanhante de parto nos serviços públicos de saúde de Santa Catarina, Brasil. *Esc. Anna Nery [online]*. v.17, n.3, p.432-438, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452013000300005>. Acesso em junho, 2016.

CAGNIN, E.R.G; MAMEDE, M.V; MAMEDE, F.V. Atenção Qualificada ao Trabalho de Parto: um estudo descritivo. *Rev enferm UFPE on line*. Recife, v. 8, n.10, p.3266-3274, out., 2014.

CARNEIRO, R. G.. *Cenas de parto e políticas do corpo: uma etnografia de práticas femininas de parto humanizado*, 2011, 341f. Tese (Ciências Sociais). Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2011.

CARNEIRO, J. D. Mortalidade materna cai no Brasil, mas não atingirá a meta da ONU. *BBC Brasil*. Rio de Janeiro, mar. 2015.

CARVALHO, V. F. *et al.* Como os trabalhadores de um centro obstétrico justificam a utilização de práticas prejudiciais ao parto normal. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 30-37, 2012.

CIELLO, C.; CARVALHO, C.; KONDO, C. *et al.* *Violência Obstétrica: “Parirás com dor”*. Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres, 2012.

CLUETT E.R; NIKODEM, V.C.; MCCANDLISH, R.E.; BURNS, E.E. Inmersión en agua para el embarazo, trabajo de parto y parto. *Biblioteca Cochrane Plus*, n.3, 2008.

COOK, K.; LOOMIS, C. The Impact of Choice and Control on Women's Child birth Experiences. *The Journal of Perinatal Education*, v.21, n. 3, Summer , 2012.

CORTÉS, M. S.; BARRANCO, D. A.; JORDANA, M. C. ; ROCHE, M. E. M. Uso e influencia de los Planes de Parto y Nacimiento en el proceso de parto humanizado. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, v. 23, n.3, p.520-526, mai.-jun, 2015.

CUNHA, K. J. B. ; GOMES, L. S. V.; SANTOS, R. M. A. O vivido de mulheres no parto humanizado. *Revista Interdisciplinar UNINOVAFAP*, Teresina. v.5, n.2, p.32-38, Abr-Mai-Jun. 2012.

DE CARVALHO, L. C.; CAMARGO MACRUZ FEUERWERKER, L.; MERHY, E. E. Disputas en torno a los planes de cuidado en la internación domiciliaria: una reflexión necesaria. *Salud colectiva*, v. 3, n. 3, p. 259–269, 2007.

DINIZ, C. S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro , v. 10, n. 3, p. 627-637, Sept. 2005 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300019&lng=en&nrm=iso>. access on 15 May 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000300019>.

DINIZ, C. S. G.; NIY, D. Y.; ANDREZZO, H. F. de A.; CARVALHO, P. C. A.; SALGADO, H. de O. A vagina-escola: seminário interdisciplinar sobre violência contra a mulher no ensino das profissões de saúde. *Interface*, v.20, n.56, p.253-259, 2016.

DINIZ, S. G. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. *Rev Bras. Crescimento Desenvolvimento Humano*, v. 19, n. 2, p. 313–326, 2009.

DINIZ, S. G. *et al.* Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção. *Journal of Human Growth and Development*. São Paulo, v.25, n.3, p.377-84, 2015.

DODOU, H.D; RODRIGUES, D.P; GUERREIRO, E.M; GUEDES, M.V.C.; LAGO, P.N.; MESQUITA, N.S. A contribuição do acompanhante para a humanização do parto e nascimento: percepção das puérperas. *Esc Anna Nery*, Rio de Janeiro, v.18, n.2, p.262-269, jan-abr 2014.

DOMINGUES, R.M.S.M; DIAS, M.A.B.; NAKAMURA-PEREIRA, M. *et al.* Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. *Cad Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, sup. 1, p.S101-S116, 2014.

ENGELHARDT JUNIOR, H. T. *Fundamentos da bioética*. Trad. CESCHIN, J. A. São Paulo: Edições Loyola, 2011.

FARAHAT, A.H.; MOHAMED, H.E.S.; ELKADER, S.A.; EL-NEMER, A. Effect of Implementing A Birth Plan on Womens' Child birth Experiences and Maternal & Neonatal Outcomes. *Journal of Education and Practice*, v.6, n.6, 2015.

FERREIRA, M. S. de C.; PEREIRA, M. A. O.; JUNIOR, A. P. Auto-organização, autonomia e o cuidado em saúde mental. *Rev. Simbio-Logias*, v.6, n.8, nov 2013.

FREIRE, P. *Pedagogia do oprimido*. New York: Herder & Herder, 1970. [manuscrito em português de 1968. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 218 p., (23 ed., 1994, 184 p.)].

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

FREIRE, P. *Sobre educação (Diálogos)*, 1982, v. 1. Rio de Janeiro: Paz e Terra (3 ed., 1984), 132 p.

FREIRE, P. *Pedagogia do Oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, Freire, 1987.

FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra, 1996. (coleção Leitura).

FREIRE, P. *Pedagogia da Esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1997c.

FREIRE, P. *Pedagogia da indignação: cartas pedagógicas e outros escritos*. São Paulo: UNESP, 2000.

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

FUJITA, J. A. L. da M. ; NASCIMENTO, P. de L.; SHIMO, A. K. O uso da música na parturição: revisão integrativa. *Rev. Enf. Atual In Derme*, v. online, n. 72, p. 23-28, mar. 2015.

- GAMA, A. de S. ; GUFFIN, K. M. ; TUESTA, A. A. ; BARBOSA, G. P. ; D'ORSI, E. Representações e experiências das mulheres sobre a assistência ao parto vaginal e cesárea em maternidades pública e privada. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, p. 2480-2488, nov 2009.
- GAYESKI, M. E.; BRUGGEMANN, O. M. Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: uma revisão sistemática. *Texto contexto - enferm.*, Florianópolis , v. 19, n. 4, p. 774-782, dec. 2010 .
- GONÇALVES, R. *et al.* Vivenciando o cuidado no contexto de uma casa de parto: o olhar das usuárias. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 45, n. 1, p. 62-70, 2011.
- HARRISON, M.J.; KUSHNER, K.E.; BENZIES, K.; REMPEL, G., KIMAC, C. Women's satisfaction with their involvement in health care decisions during a high-risk pregnancy. *Birth*. V. 30, n.2, p. 109-115, jun 2003.
- HIGUERO-MACÍAS, J.C.; CRESPILO-GARCÍA, E.; MÉRIDA-TÉLLEZ, J.M., MARTÍN-MARTÍNEZ, S.R.; PÉREZ-TRUEBA, E.; MAÑÓN DI LEO, J.C. Influencia de los planes de parto en las expectativas y la satisfacción de las madres. *Matronas Prof*, v. 14, n. 3-4, p.84-91, 2013.
- HODNETT ED, G. S., HOFMEYR, G.J.; SAKALA, C. Apoyo continuo para las mujeres durante el parto. *La Biblioteca Cochrane Plus*; 2008.
- HOLANDA, S. M. *et al.* Promovendo a saúde a partir de um curso de gestantes: relato de experiência da enfermagem. *Revista Extensão em ação*, v. 2, n. 5, p. 104-119, 2013.
- HOTIMSKY, S. N.; RATTNER, D.; VENANCIO, S. I.; BÓGUS, C. M.; MIRANDA, M. M. O parto como eu vejo ... ou como eu o desejo ? Expectativas de gestantes, usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica. *Cad. Saúde Pública*. V.18, n.5, p. 1303-1311, 2002.
- KITZINGER, S. *Birth your way: choosing birth at home or in a birth center*. Chester, United Kingdom: Fresh Heart Publishing, 2011.
- LANSKY, S. *et al.* Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. *Cad. saúde pública*, v. 30, n. supl. 1, p. S192-S207, 2014.

LAWRENCE A, L. L.; HOFMEYR, G.J.; Styles C. Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database Syst Rev.* v.20; n.8, 2013 Aug: CD003934. doi: 10.1002/14651858.CD003934.pub3.

LEAL, M. do C. *et al.* Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro , v. 30, supl. 1, p. S17-S32, 2014 .

LEAL, C.; GRANADO, S.; BRAGA, C. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto , 1999-2001. *Rev. Saúde Pública*, v.39 n.1, São Paulo, Jan. 2005.

LEÃO, M. R. de C. *et al.* Reflexões sobre o excesso de cesarianas no Brasil e a autonomia das mulheres. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, n. 8, p. 2395-2400, 2013.

MACEDO, J. G.; ARRAES, R. Autonomia da gestante na escolha de parto na realidade da prestação de assistência médico-hospitalar brasileira. In: VII JORNADA DE SOCIOLOGIA DA SAÚDE - SAÚDE COMO OBJETO DO CONHECIMENTO: HISTÓRIA E CULTURA. Curitiba, Novembro de 2013.

MAFETONI, R.R; SHIMO, AKK. Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: revisão integrativa. *Revista Mineira de Enfermagem – REME*, v. 18, n.2, 2014.

MAFETONI, R. R.; SHIMO, A. K. K. Efeitos da acupressão sobre a dor no trabalho de parto: ensaio clínico randomizado. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 24, e2738, 2016 .

MALACRIDA, C.; BOULTON, T. The bestlaidplans? Women’schoices, expectationsand experiences in childbirth. *Health*, v.0, n.0, 2013.

MALHEIROS, P. A. *et al.* Parto e nascimento: saberes e práticas humanizadas. *Texto e Contexto Enfermagem*, v. 21, n. 2, p. 329-337, 2012.

MATOS, G.C de.; ESCOBAL, A.P.; SOARES, M.C. *et al.* A Trajetória histórica das políticas de atenção ao parto no brasil: uma revisão integrativa. *Rev enferm UFPE online.*, Recife, v. 7(esp), p.870-888, mar., 2013.

- MAZZONI, A.; ALTHABE, F.; LIU, N. H. *et al.* Women's preference for caesarean section: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *BJOG: an international journal of obstetrics & gynaecology*, v.118, n. 4, p. 391-399, 2011.
- MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. *Metodologia Científica*. 6.ed. São Paulo: Atlas, 2011.
- MARTINELLI, K. G. *et al.* Adequação do processo da assistência pré-natal segundo os critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e Rede Cegonha. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 2, p. 56-64, Feb. 2014. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032014000200056&lng=en&nrm=iso>. access on 14 May 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032014000200003>.
- MEI, J. Y.; AFSHAR, Y.; KIMBERLY, D.; GREGORY, S. J.; KILPATRICK, T. F. ESAKOFF, T.F. Birth Plans: What Matters for Birth. *Birth*, v. 43, n.2, p.144-150, Fev 2016.
- MORAIS, F.R.M. *et al.* Conhecimentos e expectativas de adolescentes nuligestas acerca do Parto. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 17, n. 2, p. 287-295, abr./jun. 2012.
- MOZZATO, A. R. ; GRZYBOVSKI, D. Análise de conteúdo como técnica de análise de dados qualitativos no campo da administração: potencial e desafios. *Revista de Administração Contemporânea*, v. 15, n. 4, p. 731-747, 2011.
- MUNARETTO, L. F. ; CORRÊA, H. L. ; CUNHA, J. A. C. da. Um estudo sobre as características do método Delphi e de grupo focal, como técnicas na obtenção de dados em pesquisas exploratórias. *Revista de Administração da UFSM*, v. 6, n. 1, p. 9-24, 2013.
- NAGAHAMA, E. E. I.; SANTIAGO, S. M. Parto humanizado e tipo de parto: avaliação da assistência oferecida pelo Sistema Único de Saúde em uma cidade do Sul do Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 11, n. 4, p. 415-425, out./dez. 2011.
- NASCIMENTO, A. C. Uma vez cesárea, sempre cesárea?: representações sociais de mulheres com uma cesárea em gestação anterior sobre o parto normal. 2013. 152f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
- NILSEN, E. ; SABATINO, H. ; LOPES, M. H. B. de M. Dor e comportamento de mulheres durante o trabalho de parto e parto em diferentes posições. *Rev. esc. enferm.*, São Paulo, v. 45, n. 3, p. 557-565, June - 2011 .

NIY, D.Y. *Discurso sobre episiotomia nos livros populares sobre gravidez e parto comercializados no Brasil*. 2012. Dissertação. (Mestrado em Saúde, Ciclos de Vida e Sociedade). São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2012.

NORMAN, A. H. ; TESSER, C. D. Obstetizas e enfermeiras obstetras no Sistema Único de Saúde e na Atenção Primária à Saúde: por uma incorporação sistêmica e progressiva. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 10, n. 34, p. 1-7, 2015.

OLIVEIRA E SILVA DA de, Ramos MG, Jordão VRV *et al.* Uso de métodos não farmacológicos para o alívio da dor durante o trabalho de parto: uma revisão integrativa. *Rev enferm UFPE on line.*, Recife, v.7, (esp), p.4161-4170, maio, 2013.

OLIVEIRA, A.S.S. *et al.* O Acompanhante no Momento do Trabalho de Parto e Parto: Percepção de Puérperas. *Cogitare Enferm.*, v.16, n. 2, p.247-53, Abr/Jun 2011.

OLIVEIRA, G. D. Nascer no Brasil: o retrato do nascimento na voz das mulheres. *Rev eletrônica de comun inf saúde*. Rio de Janeiro, v.9, n.2, p.1-4, abr./jun. 2015.

OLIVEIRA, R. R. *et al.* Nascimento prematuro e assistência pré-natal: revisão integrativa à luz de Canguilhem. *Rev. Fund. Care*, v.8, n.3, p.4616-22, jul./set. 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Assistência ao parto normal: um guia prático*. Relatório de Grupo Técnico. OMS/ SRF/ MSM/ 96.24. Genebra: Organização Mundial de Saúde, 1996.

PASCHE, D. F. *et al.* Rede Cegonha: desafios de mudanças culturais nas práticas obstétricas e neonatais. *Divulg. saúde debate*, n. 52, p. 58–71, 2014.

PATAH, L. E. M. ; MALIK, A. M. Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países. *Revista Saúde Pública*, v. 45, n. 1, p. 185-94, 2011.

PERDOMINI, F.R.I.; BONILHA, A.L.L. A participação do pai como acompanhante da mulher no parto. *Texto & Contexto Enferm*, v.20, n.3, p.445-52, 2011.

PEREIRA, A. L. de F.; BENTO, A. D. Autonomia no parto normal na perspectiva das mulheres atendidas na casa de parto. *Rev Rene*, Fortaleza, v. 12, n.3, p.471-477, 2011.

PHUMDOUNG, S.; GOOD, M. Music reduces sensation and distress of labor pain. *Pain Management Nursing*.v.4, n.2, p.54–61, 2003.

PIMENTA, D.G.; AZEVEDO, M.C.; DE ANDRADE, T.L.B.; DE OLIVEIRA E SILVA, C.S.; MOURÃO, L.X.G. O parto realizado por parteiras: uma revisão integrativa. *Revista Eletrônica Trimestral de Enfermeria*, n 30, abril 2013.

PONTES, M.G.A.; LIMA, G.M.B.; FEITOSA, I.P., TRIGUEIRO, J.V.S. Parto nosso de cada dia: um olhar sobre as transformações e perspectivas da assistência. *Rev. Ciênc. Saúde*, Nova Esperança, v.12, n.1, p.69-78, Jun. 2014.

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

PROGIANTI, J. M. ; COSTA, R. F. Práticas educativas desenvolvidas por enfermeiras: repercussões sobre vivências de mulheres na gestação e no parto. *Revista brasileira enfermagem*, v. 65, n. 2, p. 257-263, 2012.

RATTNER, D. Da saúde materno infantil ao PAISM. *Tempus Actas de Saúde Coletiva*, v. 8, n. 1, p. 103-108, 2014.

RODRIGUES, E. M.; NASCIMENTO, R. G. do; ARAUJO, A. Protocolo na assistência pré-natal: ações, facilidades e dificuldades dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v. 45, n. 5, p. 1041-1047, Oct. 2011 .

RODRIGUES, R. A. *Análise da Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 4.424 sob as perspectivas feministas da autonomia*. 105p. Dissertação (Mestrado em Direito). Pontifícia Universidade Católica, Rio de Janeiro, 2014.

ROSA, M.E. Métodos não Farmacológicos para o Alívio da Dor no Trabalho de Parto e Parto: visão da equipe de enfermagem. In: VII CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM OBSTÉTRICA E NEONATAL, I CONGRESSO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM OBSTÉTRICA E NEONATAL, ABENFO/MG. Lajeado, julho de 2010.

SANTANA, L.S.; GALLO, R.B.S.; FERREIRA, C.H.J.; QUINTANA, S.M.; MARCOLIN, A.C. Effect of shower bath on pain relief of parturients in active labor stage. *Rev Dor*. V.14, n.2, p.111-113, 2013.

SANTOS, S. dos. *A Busca pelo parto natural e motivações para o preparo do assoalho pélvico como o epi-no*. 111f. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de São Carlo. 2015.

SILVA, L. M. *et al* . Uso da bola suíça no trabalho de parto. *Acta paul. enferm.*, São Paulo, v. 24, n. 5, p. 656-662, 2011.

SILVA, M. G. *et al*. Violência obstétrica na visão de enfermeiras obstetras. *Rev. Rene*. Fortaleza, v.15, n.4, p.720-728, 2014.

SILVA, A. L. A. *et al*. Assistência ao parto no Brasil: uma situação crítica ainda não superada. 1999- 2013. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant*. Recife, v.16, n.2, p.139-148, abr./jun. 2016.

SILVA, A.L.S.; NASCIMENTO, E.R.; COELHO, E.A.C. Práticas de enfermeiras para promoção da dignificação, participação e autonomia de mulheres no parto normal. *Esc Anna Nery*. v.19, n.3, p.424-431, 2015.

SILVANI, C.M.B. *Parto Humanizado* – Uma revisão bibliográfica. Monografia. Universidade Federal do rio grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

SODRÉ, T. M.; BONADIO, I. C. ; JESUS, M. C. P. de; MERIGHI, M. A. B. Necessidade de cuidado e desejo de participação no parto de gestantes residentes em londrina-paraná. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, v. 19, n.3, p. 452-460, Jul-Set 2010.

SODRÉ, T.M.; MERIGHI, M.A.B.; BONADIO, I.C. Escolha informada no parto: um pensar para o cuidado centrado nas necessidades da mulher. *Cienc Cuid Saude*, v. 11 (sup), n. 5, p. 115-120, 2012.

SOGESP. Associação de Obstetrícia e Ginecologia do Estado de São Paulo. *Mortalidade Materna Longe da Meta da ONU*. São Paulo, SOGESP, 2015.

SOUZA, K. V.; LEÃO, M. R. C.; SOUSA, A. M. M.; NASCIMENTO, A. C. Planejamento do parto para o corpo que irá parir. In: FIGUEIREDO, N. M. A.; MACHADO, W. C. A. *Tratado cuidados de enfermagem: médico-cirúrgico*. São Paulo: Roca, 2012. v. 2, cap. 100, p. 1660-1671.

SOUZA, D. A.; KAZMIERCZAK, M.; COUTO, R. Mulher e sociedade: Como podemos compreender as mulheres à luz de seus direitos sociais na contemporaneidade? *Revista Eletrônica*, v.3, Set -2012.

SOUZA, V. B. de; ROECKER, S.; MARCON, S. S. Ações educativas durante a assistência pré-natal: percepção de gestantes atendidas na rede básica de Maringá-PR. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 13, n. 2, p. 199-210, 2011.

SOUZA, T. G. de; GAÍVA, M. A. M.; MODES, P. S. S. dos A. A humanização do nascimento: percepção dos profissionais de saúde que atuam na atenção ao parto. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 32, n. 3, p. 479-482, 2011.

TABARRO, C. S. *et al.* Efeito da música no trabalho de parto e no recém-nascido. *Rev. esc. enferm.* São Paulo, v. 44, n. 2, p. 445-452, jun 2010.

TESSER, C. D. *et al.* Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 10, n. 35, p. 1-12, 2015.

VICTORA, C.G.; AQUINO, E.M.L.; DO CARMO, L. M.; MONTEIRO, C.A.; BARROS, F.C.; SZWARCOWALD, C.L. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. *The Lancet*, v.377, n.9780, p.1863-1876, mai 2011.

VOGT, S. E. *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. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 27, n. 9, p. 1789-1800, 2011.

WEI, C. Y.; GUALDA, D. M. R.; SANTOS JUNIOR, H. P. de O. Movimentação e dieta durante o trabalho de parto: a percepção de um grupo de puerpéras. *Texto contexto - enferm.*, Florianópolis, v. 20, n. 4, p. 717-725, Dec. 2011.

WEIDLE, W. G.; MEDEIROS, C. R. G. ; GRAVE, M. T. Q. ; BOSCO, S. M. Dal. Escolha da via de parto pela mulher: autonomia ou indução? *Cad. Saúde Colet.*, Rio de Janeiro, v. 22, n.1, p. 46-53, 2014.

WHITE-COREY S. *Birth Plans*: tickets to the OR? *Matern Child Nurs MCN*, v. 38 n. 5, p.268-27, Set-Out 2013.

WHITFORD, H. M. *et al.* Use of a birth plan within woman-held maternity records: a qualitative study with women and staff in northeast Scotland. *Birth*. Berkeley, Calif, v. 41, n. 3, p. 283-9, set. 2014.

YAM, E. A.; GROSSMAN, A.A.; GOLDMAN, L.A.; GARCÍA, S.G. Introducing birth plans in Mexico: an exploratory study in a hospital serving low-income Mexicans. *Birth*, v.34, n. 1, p.42-48, 2007. Disponível em: 10.1111/j.1523-536X.2006.00124.x.

APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados



**CONSTRUINDO ESTRATÉGIAS PARA O FORTALECIMENTO E RESGATE DA
AUTONOMIA DAS MULHERES NO PROCESSO DE PARTO E NASCIMENTO:
INTERFACE ENTRE EXTENSÃO E PESQUISA
Questionário para entrevista em profundidade**

Data da entrevista: ____/____/____

Nome da Entrevistada: _____
Nº do questionário: __ __ __
Unidade de Saúde: _____
Município da Unidade de Saúde: _____
Nome do entrevistador: _____

Introdução

Você foi escolhida para esta entrevista porque acreditamos que sua experiência de parto tem muito a nos dizer e você pode ajudar outras mulheres.

Pergunta 1

O que significou pra você ter feito seu plano de parto; a oficina, te ajudou em algo? (explorar pontos positivos e negativos)

Pergunta 2

O seu plano de parto ajudou você a ter o parto que você sonhava/esperava? (explorar aspectos relativos a empoderamento em relação ao que ela imaginou/planejou)

Pergunta 3

Você poderia contar/falar sobre algum momento antes do parto (antes do bebe nascer) ou no momento do nascimento que você se sentiu poderosa? (se resposta positiva, questionar se essa sensação teve haver com ter feito o plano de parto ou ter feito a oficina)

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE



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 relacionados 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 desejarem.

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 Ventura 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.

ANEXO A – Parecer de aprovação do comitê de ética em pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 462.748

Apresentação do Projeto:

Adequado.

Objetivo da Pesquisa:

Adequado.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Adequado.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Adequado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

solicitação de emenda justificada da seguinte forma: "A emenda justifica-se, pelo fato deste Projeto de Pesquisa, que articula extensão e pesquisa, a ser conduzido pelas professoras/pesquisadoras proponentes, com a finalidade de ampliar atividades de extensão, e pesquisa já em desenvolvimento, 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). Essa parceria inclui as atividades desenvolvidas no Programa de extensão, em andamento e, também a elaboração e desenvolvimento de Projetos, entre eles, esse, objeto desta emenda. Nesse sentido, solicitamos o encaminhamento deste Projeto ao CEP da SEMSA/BH, para que possa ser desenvolvido.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Somos pela aprovação da emenda ao projeto "Construindo estratégias para o fortalecimento e resgate da autonomia das mulheres no processo de parto e nascimento: Interface entre extensão e pesquisa"

Pesquisador: Kleyde Ventura de Souza

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2ª Ad S/N 2005
 Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE
 Telefone: (31)3409-4502 E-mail: coep@orpq.ufmg.br

ANEXO B – Plano de parto utilizado na pesquisa

Plano de parto

Para atender 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 gestante deve procurar assistência de saúde. Poderá ter o acompanhante que desejar.

1. Acompanhante que deseja durante a internação na maternidade:

Marido/ parceiro/ pai do bebê Mãe
 Filha (o) Amigos
 Outros familiares Doula
 Nenhum 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.

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?

Sentada/ Cócoras
 Deitada com cabeceira elevada
 De lado
 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.

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

Massagens Respiração profunda
 Exercícios de relaxamento com bola do nascimento
 Banho de banheira ou de chuveiro

Anestesia com medicamentos

Outros: _____

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

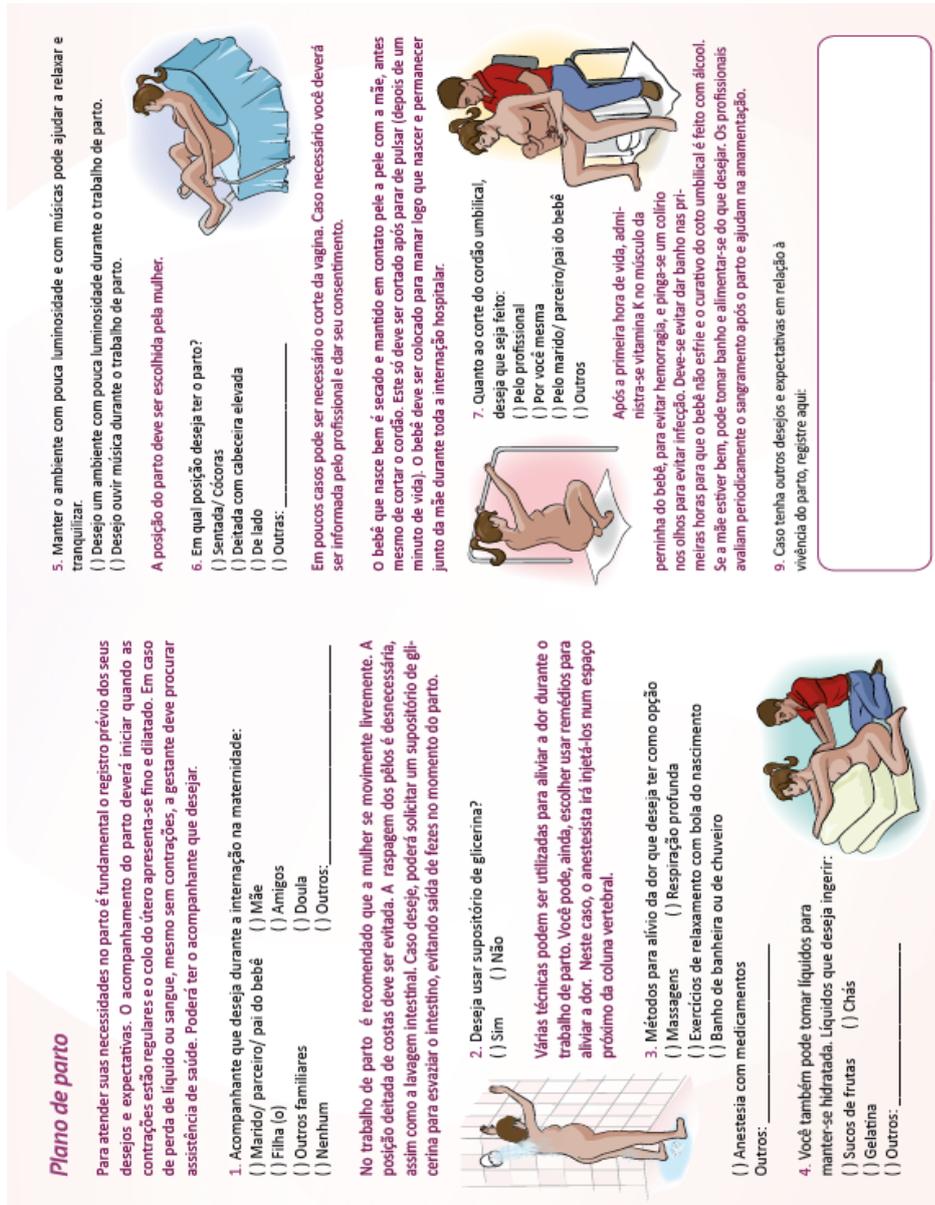
Sucos de frutas Chás
 Gelatina
 Outros: _____

7. Quanto ao corte do cordão umbilical, deseja que seja feito:

Pelo profissional
 Por você mesma
 Pelo marido/ parceiro/pai do bebê
 Outros

Após a primeira hora de vida, 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.

9. Caso tenha outros desejos e expectativas em relação à vivência do parto, registre aqui:



ANEXO C – Anteprojeto de lei de implantação do plano de parto em Sete Lagoas**ANTEPROJETO DE LEI Nº ____/2017****AUTORIZA O EXECUTIVO MUNICIPAL A IMPLANTAR O PLANO DE PARTO E A RODA DE CONVERSA PARA PLANEJAMENTO DE PARTO NA REDE MUNICIPAL DE SAÚDE DE SETE LAGOAS E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.**

O Vereador abaixo-assinado propõe:

Art. 1º - Fica o Poder Executivo Municipal de Sete Lagoas, autorizado a criar o “PLANO DE PARTO E A RODA DE CONVERSA PARA PLANEJAMENTO DE PARTO”, protocolo de educação em saúde para gestantes com enfoque no desenvolvimento da sua autonomia.

Art. 2º - O plano de parto e a roda de conversa para planejamento do parto são obrigatórios que aconteça durante o pré-natal, a roda de conversa deve ser incluída na Semana da Gestante do município - Lei portaria nº 7.357 instituída em 11/03/2015 e caso a gestante não participe da roda de conversa, o plano de parto deve ser orientado em um consulta especial de pré-natal, na Rede Municipal de Saúde de Sete Lagoas.

Parágrafo Único - Os profissionais de enfermagem e/ou de medicina serão os responsáveis para a execução da roda de conversa para planejamento do parto e/ou o plano de parto em consulta de pré-natal específica para esse fim, conforme ficha de consulta.

Art. 3º - A Secretaria Municipal de Saúde de Sete Lagoas elaborará material de orientação, capacitação, fiscalização e avaliação dos profissionais que atuam no pré-natal quanto à técnica para a realização da ação.

Parágrafo Único – As gestantes e acompanhantes serão informados quanto aos benefícios da roda de conversa para planejamento do parto e do Plano de Parto.

Art. 4º - Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Sete Lagoas, 07 de março de 2017.

Gilson Liboreiro da Silva
Vereador

JUSTIFICATIVA

Sete Lagoas, 06 de março de 2017

Exmo. Sr.
Cláudio Nacif
Presidente da Câmara e
Demais Vereadores
SETE LAGOAS – MG.

A presente proposição visa proporcionar uma assistência mais sistematizada, humanizada e qualificada com a gestante durante a realização do pré-natal, o plano de parto está inserido no manual técnico do Ministério da Saúde de 2012 (BRASIL, 2012) e no manual das Diretrizes de Assistência ao Parto Normal de 2017 (BRASIL, 2017), representa o 8º passo para o pré-natal de qualidade (BRASIL, 2013), visa construir a autonomia da gestante e do acompanhante para uma assistência ao parto mais segura.

O primeiro modelo de Plano de Parto foi elaborado em 1980 nos Estados Unidos por Sheila Kitzinger, ela nasceu em 29 de março de 1929 em Tauton no Reino Unido, e morreu em Oxfordshire no dia 11 de abril de 2015 no Reino Unido, considerada a "sacerdotisa do parto natural", morreu aos 86 anos de idade vítima de um câncer. Sua principal crença era a de que o parto não pode ser visto pelo lado patológico e defendeu insistidamente, contra o cenário da medicalização. Percebeu que os obstetras haviam controlado o processo do parto agindo contra as parteiras e intervindo na autonomia das mães, para Kitzinger o nascimento precisa ser vivido de forma pessoal levando em conta os desejos das mulheres. Em busca de um parto com menos intervenções possíveis os países anglo-saxônicos começaram a utilizar o plano de parto (KITZINGER, 2011).

A medicalização do parto faz parte do modelo de atendimento na maioria das maternidades no Brasil, excesso de intervenções e tratamento não individualizado é rotina de muitos profissionais no manejo com as gestantes (CARVALHO, 2012, MORAIS, *et al.*, 2012). Há um contraste no que tange a assistência ao parto, por um lado, morbidade e mortalidade por falta de tecnologia adequada e por outro lado, iatrogenias por excesso de tecnologias desnecessárias (SANFELICE, SHIMO, 2015; VOGT, 2011).

O empoderamento das mulheres é vital para a redução da mortalidade materna, para isso é essencial à informação de qualidade (SOMÉ, SOMBIÉ, MEDA, 2013).

As mulheres grávidas vêm planejando, há anos, o nascimento de seus bebês com a ajuda da família e amigos (SOUZA, 2012). O plano de parto é um instrumento utilizado pela gestante para expressar seus desejos e expectativas, uma forma de oferecer um maior grau de

controle e satisfação no parto, a sua importância está pautada no respeito ao princípio Bioético de Autonomia, constituindo um processo de reflexão para as mulheres (HIGUERO-MACÍAS, 2013; BELO HORIZONTE 2015).

Esse documento Plano de Parto foi adequado para a maternidade do município, foi elaborado em conjunto por uma enfermeira que realiza o pré-natal no município, pela médica RT da maternidade e pela enfermeira RT da maternidade, logo, o documento já contempla a realidade do município e já está sendo usado em uma UBS do município. Os profissionais da maternidade já acolhem as gestantes com seus planos de parto, e as gestantes após o parto demonstram satisfação com a utilização do aprendizado construído na roda de conversa, bem como com a utilização do plano de parto.

Esperando contar com a aprovação dos nobres Edis antecipo sinceros agradecimentos.

Atenciosamente,

Gilson Liboreiro da Silva
Vereador