

Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



IFF
INSTITUTO NACIONAL
DE SAÚDE DA MULHER, DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE | FERNANDES FIGUEIRA

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE DA MULHER, DA CRIANÇA E DO
ADOLESCENTE FERNANDES FIGUEIRA
PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU
RESIDÊNCIAS EM SAÚDE

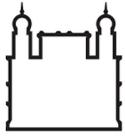
O CONHECIMENTO DAS MULHERES EM RELAÇÃO AO PLANO DE PARTO E
SUAS IMPLICAÇÕES

Juliana Guimarães Dantas

Orientadora: Dr^a. Thalita Rocha Oliveira

RIO DE JANEIRO

2024



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



IFF

INSTITUTO NACIONAL | FERNANDES FIGUEIRA
DE SAÚDE DA MULHER, DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

JULIANA GUIMARAES DANTAS

O conhecimento das mulheres em relação ao plano de parto e suas implicações

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, como parte dos requisitos necessários para obtenção do grau de enfermeira especialista em enfermagem obstétrica.

Orientadora: Dr^a.Thalita Rocha Oliveira

Rio de Janeiro

2024

CIP - Catalogação na Publicação

Dantas, Juliana Guimarães .

O CONHECIMENTO DAS MULHERES EM RELAÇÃO AO PLANO DE PARTO E SUAS IMPLICAÇÕES / Juliana Guimarães Dantas. - Rio de Janeiro, 2.

69 f.

Monografia (Residência em Enfermagem Obstétrica) - Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Rio de Janeiro - RJ, 2.

Orientadora: Thalita Rocha Oliveira.

Bibliografia: f. 01-69

1. Plano de parto. 2. Enfermagem obstétrica. 3. Humanização da assistência. 4. Cuidado pré-natal. 5. Parto humanizado. I. Título.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a minha família, Márcia, Vantuil, Carlos Eduardo e Wesley, que foram fundamentais para essa conquista.

AGRADECIMENTOS

Desde antes de terminar a graduação, eu tinha certeza de que queria fazer a residência em enfermagem obstétrica no Instituto Fernandes Figueira. E para que esse sonho pudesse acontecer, logo iniciei a preparação para as provas. Hoje, com o apoio da minha família, professores e colegas de profissão, consigo chegar ao fim do curso que tanto sonhei.

Agradeço primeiramente a Deus e a Nossa Senhora por se fazerem presentes em todos os momentos da minha vida, e por terem me permitido concluir a residência com êxito.

Aos meus pais, Márcia e Vantuil, pelo carinho, amor, cuidado e paciência durante esse processo.

Ao meu irmão, Carlos Eduardo, que faz tudo ficar mais descontraído e leve mesmo nos dias mais difíceis.

Ao meu namorado, Wesley, pelo apoio, compreensão e amor ao longo desses dois anos.

A minha orientadora, Thalita, por me acompanhar nessa trajetória.

As minhas colegas de residência, Carla Castro, Gabrielle Medeiros, Gabrielle Souza e Kelly Pinheiro pelos momentos de troca e por tornarem esses dois anos mais alegres.

RESUMO

O plano de parto é um documento legal recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), mas pouco utilizado no contexto obstétrico brasileiro. É notório a baixa propagação de informação acerca desse instrumento, e um desconhecimento tanto dos profissionais de saúde, quanto das mulheres assistidas por estes. Objetivos: Compreender o conhecimento das mulheres sobre o plano de parto. Metodologia: Trata-se de um estudo descritivo, exploratório de abordagem qualitativa. O estudo abrangeu um total de 15 puérperas, respeitando os critérios de inclusão e exclusão, que estavam internadas na enfermaria alojamento conjunto entre os meses de abril a outubro de 2023. As entrevistas foram transcritas na íntegra e submetidas ao processo de análise de dados, segundo Bardin. Resultados: Houve uma baixa elaboração do plano de parto, apesar de um quantitativo expressivo das entrevistadas conhecerem o documento. Os grupos educativos obtiveram grande adesão pelas participantes e seus familiares e todas as participantes relataram uma boa experiência de parto. Considerações finais: Apesar da experiência positiva de parto, é necessário promover constantes atualizações e treinamentos da equipe de saúde, fortalecer a políticas públicas de saúde, implementar consultas de enfermagem obstétrica com o intuito educativo no pré-natal de alto risco e garantir mais espaço da enfermeira no centro obstétrico.

Palavras-chave: Plano de parto; enfermagem obstétrica; humanização da assistência; cuidado pré-natal e parto humanizado

ABSTRACT

The birth plan is a legal document recommended by the World Health Organization (WHO), but little used in the Brazilian obstetric context. The low dissemination of information about this instrument is notable, and there is a lack of knowledge among both health professionals and the women they care for. Objectives: Understand women's knowledge about the birth plan. Methodology: This is a descriptive, exploratory study with a qualitative approach. The study covered a total of 15 postpartum women, respecting the inclusion and exclusion criteria, who were hospitalized in the rooming-in ward between the months of april and october 2023. The interviews were transcribed in full and submitted to the data analysis process, according to Bardin. Results: There was a low level of preparation of the birth plan, despite a significant number of interviewees knowing the document. The educational groups were highly supported by participants and their families and all participants reported a good birth experience. Final considerations: Despite the positive birth experience, it is necessary to promote constant updates and training of the health team, strengthen public health policies, implement obstetric nursing consultations with educational purposes in high-risk prenatal care and guarantee more space in the nurse in obstetric center.

Keywords: Birth plan; obstetric nursing; humanization of assistance; prenatal care and humanized birth

LISTA DE ABREVIATURAS

BDENF - Base de Dados em Enfermagem
BVS - Portal Biblioteca Virtual em Saúde
CEP- Comitê de Ética em Pesquisa
CPN - Centros de Parto Normal
DECS - Descritores de Ciências em Saúde
IFF- Instituto Fernandes Figueira
IHAC - Iniciativa Hospital Amigo da Criança
FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz
LILACS - Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE - Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica
MS- Ministério da Saúde
NBCAL - Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças na Primeira Infância
PAISM - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PHPN - Política Nacional de Humanização do Parto de Nascimento
PIP - Plano Individual de Parto
RC - Rede Cegonha
OMS- Organização Mundial da Saúde
SINASC - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SISPRENATAL- Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização do Parto e Nascimento
SUS- Sistema Único de Saúde
TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

1-INTRODUÇÃO.....	11
1.1 Inquietação pessoal e problemática.....	14
1.2 Objeto de pesquisa e pergunta norteadora.....	15
1.3 Objetivos.....	15
1.4 Justificativa.....	15
2- REVISÃO DE LITERATURA.....	20
2.1 O cuidado pré-natal.....	20
2.2 Educação em saúde.....	24
2.3 Boas práticas obstétricas.....	27
3- METODOLOGIA.....	29
3.1 Tipo de estudo.....	29
3.2 Cenário.....	31
3.3 Participantes.....	32
3.4 Instrumento da coleta de dados.....	32
3.5 Coleta de dados.....	33
3.6 Aspectos éticos.....	33
3.7 Análise de dados.....	34
4- RESULTADOS.....	37
4.1 Grupos educativos na atuação da promoção de saúde.....	38
4.2 Plano de parto: A garantia da lei Nº 7191 em uma maternidade de um hospital de ensino.....	40
4.3 A vivência do parto e nascimento para as mulheres em uma maternidade de um hospital de ensino.....	43
5- DISCUSSÃO.....	45
6- CONSIDERAÇÕES FINAIS	51
7- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	53
8- APÊNDICES.....	63
Apêndice A.....	63

9- ANEXOS.....	66
Anexo 1.....	66
Anexo 2.....	67

1. INTRODUÇÃO

A atenção pré-natal pode ser definida como a assistência prestada por profissionais de saúde qualificados às mulheres grávidas e adolescentes, a fim de garantir as melhores condições de saúde para a mãe e o bebê durante a gravidez. Os componentes do pré-natal incluem: identificação de risco; prevenção e gestão de doenças relacionadas com a gravidez ou concomitantes; e educação em saúde e promoção da saúde. (WHO, 2016)

A assistência pré-natal é o primeiro passo para um parto e nascimento saudável, o qual tem por objetivo acolher a mulher desde o início da gestação. (JARDIM, SILVA e FONSECA, 2019). Bem como assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna, inclusive abordando aspectos psicossociais e as atividades educativas e preventivas. (BRASIL, 2012)

Embora haja divergências nos estudos sobre os critérios para avaliar a cobertura do pré-natal por região, a pesquisa Nascer no Brasil apontou que a cobertura nacional do pré-natal (realização de pelo menos uma consulta pré-natal pelo profissional médico ou enfermeiro) foi de 98,7%, sendo superada nas regiões Sudeste (98,8%) e Sul (99,5%). (SOARES e AQUINO, 2021)

Apesar da elevada cobertura da assistência no Brasil, ainda há inadequações no serviço, revelados pelos indicadores de proporção de aconselhamentos e de acesso à realização de exames laboratoriais, além das disparidades da cobertura de alguns serviços entre as regiões brasileiras. (NUNES, et.al, 2017)

Além disso, é necessário estar atento aos dados de qualidade do pré-natal. O estudo de Lansky (2014) sobre a pesquisa Nascer no Brasil revela que as taxas foram também elevadas para as mães que tiveram atenção inadequada no pré-natal e durante o trabalho de parto/parto, de forma a deixar margem para que o acompanhamento seja satisfatório quantitativamente, mas inadequado qualitativamente.

Na busca pela melhoria dessa condição, o profissional enfermeiro é capacitado para realizar consulta de pré-natal de risco habitual na atenção primária, respaldado no Brasil pela Lei do Exercício Profissional nº 7.498/1986, e para realizar

o processo de Enfermagem, conforme Resolução COFEN Nº 736/2024, no qual dispõe sobre a implementação do Processo de Enfermagem em todo contexto socioambiental onde ocorre o cuidado de enfermagem.

Assim, sendo previsto pelo Ministério da Saúde (MS), a realização de atividades de educação em saúde de caráter individual ou coletivo, podendo ser realizada em grupos ou na sala de espera (MAZZETTO et al, 2020). Essas podem ser realizadas por todos os profissionais que compõem a equipe de saúde, como forma de estimular a autonomia e trocar informações que fortaleçam o vínculo com o usuário. Tal fato pode ser retratado no estudo de Vilar et. al (2020), onde a atividade foi realizada pela equipe multiprofissional.

Para fazer educação em saúde, o usuário do serviço a ser atingido deve ser colocado em primeiro lugar, assim como seus anseios, seus medos, suas necessidades e também sua realidade. Deve-se saber olhar, com atenção, os interesses pessoais de cada um e tentar trabalhar, de forma geral, suas particularidades, por meio de um profissional qualificado, para que toda e qualquer orientação seja efetiva no processo de educação em saúde. (SOUZA, BASSLER E TAVEIRA, 2019)

Dessa forma, uma tecnologia de educação em saúde recomendada é o plano individual de parto. Refere-se a um documento escrito, com valor legal, elaborado pela mulher e seu parceiro ou familiar durante a gravidez, com o suporte do profissional de saúde que a acompanha nas consultas pré-natais. Nesse documento, a gestante expressa seus desejos e preferências pelo processo de parturição (TRIGUEIRO, et.al,2022) e trata-se de uma técnica que deve ser amplamente estimulada durante a gestação e que obedece às normas internacionais da Organização Mundial da Saúde. (PEREIRA, et.al, 2020)

O Plano de Parto, se mostra como garantia e incentivo ao processo de humanização do nascimento, além de ser parte do pressuposto do parto como um evento fisiológico e afetivo, em que as escolhas da mulher e de sua família necessitam ser respeitadas (PEREIRA, et. al, 2020). Dessa forma, influencia positivamente no processo de parto e na finalização dele, aumentando as dimensões da segurança, eficácia e satisfação das mulheres, bem como o empoderamento delas. (SUÁREZ-CORTÉS, et. al, 2015)

O instrumento oferece aos provedores de cuidados obstétricos detalhes importantes sobre as escolhas das mulheres, orienta a atenção prestada ao longo de todo o processo de parturição e permite ao profissional de saúde oferecer um cuidado personalizado e de qualidade para cada mulher, o que proporciona o estabelecimento de vínculo e favorece o trabalho de parto. (MEDEIROS, et al., 2019)

Entendendo a importância desse recurso a fim de favorecer o empoderamento de mulheres e seus acompanhantes para a vivência de experiências positivas e significativas de parto e nascimento, a Organização Mundial da Saúde através da diretriz Cuidados durante o parto: uma experiência de parto positiva (2016), recomenda a presença do acompanhante, atenção à maternidade respeitosa, comunicação eficaz, continuidade de cuidados liderados por parteiras, uso de métodos não farmacológicos para o alívio da dor, estímulo de posições verticais e movimentação, permitir a ingestão de líquido e alimentos por gestantes de risco habitual de necessitar de anestesia geral, entre outras condutas.

Corroborando com o assunto, a Política Nacional de Humanização do Parto de Nascimento (PHPN) tem como uma das prioridades adotar medidas que assegurem a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, puerpério e neonatal. Além de trazer os seguintes princípios:

Toda gestante tem direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério; Toda gestante tem direito de saber e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto; Toda gestante tem direito à assistência ao parto e ao puerpério e que esta seja realizada de forma humanizada e segura, de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas na prática médica; Todo recém-nascido tem direito à assistência neonatal de forma humanizada e segura. (BRASIL, 2002, p. 6)

Nesse sentido, a Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal (2017) salienta que caso a mulher tenha um plano de parto, o profissional de saúde deve discutir o mesmo com ela para que se estabeleça melhor comunicação e também melhoria da assistência em saúde.

1.1 - Inquietação pessoal e problemática

Durante a vivência da graduação e também enquanto residente de enfermagem obstétrica, pude perceber que a maioria das gestantes não estavam em posse do plano de parto ao serem admitidas nas maternidades. E, por vezes, as que apresentavam o documento, não receberam informações suficientes para a elaboração consciente do mesmo.

No período em que pude acompanhar os diferentes serviços de saúde, como maternidade de alto risco, maternidade de risco habitual e atenção primária à saúde, pude notar ainda um desconhecimento dos profissionais e também pouco difundida a informação sobre a existência do plano de parto. Ademais, observou-se em um dos campos práticos, uma maternidade de risco habitual vinculada a Secretaria Municipal de Saúde do Estado do Rio de Janeiro que o plano de parto institucional possuía itens que deveriam ser marcados com um X e não tinha um espaço para que a mulher pudesse escrever de fato seus desejos.

Em um dos serviços, algumas gestantes tiveram a oportunidade de receber informações e esclarecimentos sobre a elaboração do plano de parto durante a visita à maternidade. Essa visita é uma atividade oficializada em cumprimento da lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007, que garante o conhecimento e a vinculação à maternidade onde a gestante será assistida em caso de intercorrências durante a gravidez e também onde ocorrerá o parto. Porém outras mulheres recebiam o impresso em uma eventual ida à emergência obstétrica, quando por vezes estavam com dor e inseguras sobre o prognóstico, e não eram orientadas quanto o propósito do documento. Além do mais, muitas pacientes não conheciam nem mesmo a estrutura da maternidade para saberem de fato o que poderia ser ofertado no momento do trabalho de parto e parto.

Portanto, a inquietação da temática surge a partir de vivências que mostram que apesar de diversas recomendações, políticas que estimulam a gestante elaborar um plano de parto e de estudos que trazem os benefícios da utilização do documento, as rotinas dos estabelecimentos de saúde não o fazem da maneira adequada.

1.2 Objeto de pesquisa e pergunta norteadora

Este estudo tem como temática as boas práticas na atenção obstétrica, sendo o objeto de pesquisa o conhecimento das mulheres acerca do conhecimento do plano de parto e a questão norteadora: “Qual é o conhecimento das mulheres sobre o plano de parto?”.

1.3 - Objetivos

- Objetivo Geral
 - Compreender o conhecimento das mulheres sobre o plano de parto.

- Objetivos específicos
 - Identificar se as mulheres receberam informação no pré-natal sobre o plano de parto;
 - Identificar se as mulheres elaboraram o plano de parto durante o pré-natal;
 - Conhecer como as puérperas tiveram informação sobre o plano de parto.

1.4 - Justificativa

Ao longo dos anos, as mulheres lutaram para conseguirem direito ao voto, aos estudos, à informação, à entrada no mercado de trabalho, a contraceptivos seguros e a tantos outros direitos conquistados. O acesso à saúde de qualidade é um direito fundamental conquistado também por mulheres, assim como as políticas públicas de saúde que passam a ver de forma integral esse público.

Atualmente, programas de saúde pública lutam pela assistência de qualidade também no período gravídico-puerperal e defendem um parto seguro e respeitoso com a utilização de algumas tecnologias em saúde, como o plano de parto. Porém, o que se tem observado nas pesquisas, é que a informação necessária, nem sempre chega à gestante.

A atenção obstétrica e neonatal prevalente na grande maioria das instituições brasileiras está pautada no modelo biomédico de assistência, voltado à utilização de tecnologias complexas, organização hierárquica, centrado na figura do médico e da instituição hospitalar, na sistematização rígida das rotinas; esta organização faz com

que o processo do parto seja usualmente percebido como patológico e não como um evento natural, fisiológico e intuitivo. (BARROS et. al, 2017)

Contudo, no Brasil, os cuidados à mulher durante o parto vêm sofrendo diversas modificações ao longo dos anos, tendo como principal objetivo a transformação do modelo intervencionista em uma assistência humanizada, baseada em evidências científicas, que resgatem o poder de escolha e o protagonismo da mulher. (Biescas et. al, 2017)

Nessa perspectiva, o plano de parto passa a ser uma recomendação do Ministério da Saúde e considerado uma boa prática obstétrica. O documento geralmente é construído ainda durante o pré-natal pela gestante sob orientação do profissional de saúde que a acompanha. Sua aplicação durante o parto, permite que os profissionais da assistência e a mulher se apropriem das condutas, assim contribuindo para uma melhoria da saúde materna e neonatal.

Desde 1996 o plano de parto é uma das recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) para assistência ao parto normal, reforçado em 2018 em sua última atualização sobre a atenção ao parto e nascimento, na qual se reafirma que ele deve ser individualizado, considerando as preferências e necessidades das gestantes (TRIGUEIRO et. al, 2022). Assim, sua implementação garante o respeito ao princípio bioético da autonomia, a melhoria na assistência prestada e a participação ativa da mulher durante esse período. (SILVA et.al, 2019)

Silva (2017) menciona um estudo realizado na Espanha, onde o plano de parto é fundamental no Sistema Nacional de Saúde local e traz benefícios como, aumento da segurança, eficácia, satisfação das mulheres e empoderamento. Para tal, o plano de parto passa a ser um aliado nesse movimento, uma vez que fortalece a autonomia do paciente, diminui as taxas de cesariana sem indicação, aumenta a satisfação com o parto e proporciona maior participação na tomada de decisão. Além de favorecer melhores índices de Apgar do recém-nascido e no pH do cordão umbilical, bem como aumento do contato pele a pele e clampeamento oportuno do cordão umbilical, de acordo com Trigueiro et.al (2021).

Frente a isso, Silva et. al (2019) traz a reflexão de que quando o instrumento está inserido no plano de cuidados da gestante, favorece o empoderamento da mulher, de forma a diminuir as taxas de intervenções desnecessárias e violência

obstétrica, à medida que as informações são discutidas para a elaboração do documento. Além de melhorar a experiência de parto, também favorece melhores desfechos maternos e perinatais.

Porém, mesmo com todos os benefícios e recomendações, o desconhecimento das mulheres quanto a utilização da tecnologia ainda é uma realidade brasileira. Para Trigueiro et. al (2022), a respeito do plano de parto foi percebido desconhecimento sobre o instrumento, sendo tal achado não específico desse estudo, mas outras pesquisas também evidenciaram achados semelhantes. Além do desconhecimento das mulheres, também perpassa o desconhecimento dos profissionais e as barreiras impostas nos serviços de saúde.

Sob esta perspectiva, foi realizado o estado da arte sobre a temática no mês de outubro de 2022 nas bases de dados online Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados em Enfermagem (BDENF) e Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica (MEDLINE) via Portal Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Os descritores utilizados foram “cuidado pré-natal”, “humanização da assistência”, “enfermagem obstétrica”, “parto humanizado” e “educação em saúde” consultados nos Descritores de Ciências em Saúde (DECS), e os filtros “artigo completo”, “língua portuguesa”, língua inglesa”, “língua espanhola”, recorte temporal de 2017 a 2022, definido a partir da divulgação do Manual de Recomendações de Assistência ao Parto Normal (CONITEC, 2017). Ao aplicar o recurso busca avançada, foi obtido os achados distribuídos na tabela abaixo.

Quadro 1 - Estratégias de busca utilizadas e produções selecionadas sobre Plano de parto: LILACS, MEDLINE E BDENF, 2017-2022.

Descritores	LILACS	MEDLINE	BDENF	Achados
“Cuidado pré-natal AND Humanização da assistência”	145	4	143	14
“Cuidado pré-natal AND Parto humanizado”.	136	-	136	14

“Cuidado pré-natal AND Enfermagem obstétrica”.	127	53	147	11
“Cuidado pré-natal AND Educação em saúde”.	200	532	128	12
Total	608	589	554	51

Fonte: A autora, 2024.

Após a análise dos títulos, assuntos e resumos dos 1751 artigos encontrados na busca acima, foram excluídos dos achados, 41 textos duplicados, totalizando então 10 artigos que se relacionavam com a temática proposta por este estudo, o que por sua vez, elucida a necessidade de ampliar as investigações sobre o conhecimento das mulheres sobre o plano de parto, enquanto prática obstétrica recomendada.

Quadro 2- Distribuição da bibliografia potencial de acordo com o ano, os autores e o local de publicação.

Ano	Autores	Título	Local de publicação
2022	Trigueiro TH, Arruda KA, Santos SD, Wall ML, Souza SRRK, Lima LS	Experiência de gestantes na consulta de Enfermagem com a construção do plano de parto.	Escola Anna Nery 26 2022
2021	Trigueiro TH, Pardo HN, Berteloni GMA, Franco CS, Wall ML, Souza SRRK	O uso do plano de parto por gestantes no pré-natal: uma revisão de escopo.	Rev Min Enferm. 2021;25:e-1391
2019	Narchi NZ, Venâncio KCMP, Ferreira FM, Vieira JR	O plano individual de parto como estratégia de ensino-aprendizagem das boas práticas de atenção obstétrica.	Rev Esc Enferm USP · 2019;53:e03518
2019	Silva WNS, Azevedo JAF, Holanda VR, Gomes ALV, Albuquerque GPM	Plano de parto como instrumento das boas práticas no parto e nascimento: Revisão integrativa.	Rev baiana enferm (2019); 33:e32894

2017	Silva ALNV, Neves AB, Sgarbi AKG, Souza RA	Plano de parto: ferramenta para o empoderamento de mulheres durante a assistência de enfermagem.	Rev Enferm UFSM 2017 Jan/Fev.;7(1): 144-151
2017	Barros APZ, Lipinski JM, Sehnem GD, Rodrigues AN, Zambiasi ES	Conhecimento de enfermeiras sobre plano de parto.	Rev Enferm UFSM 2017 Jan/Fev.;7(1): 69-79
2017	Rodrigues, MS	Humanização no processo de parto e nascimento: implicações do plano de parto.	<i>Belo Horizonte; s.n; 2017. 98 p. ilus, tab.</i>
2019	Medeiros RMK, Figueiredo G, Correa ACP, Barbieri M.	Repercussões da utilização do plano de parto no processo de parturição.	Rev Gaúcha Enferm. 2019;40:e20180233
2019	Santos FSR et al.	Os significados e sentidos do plano de parto para as mulheres que participaram da Exposição Sentidos do Nascer.	Cad. Saúde Pública 2019; 35(6):e00143718
2022	Feltrin AFS, Manzano JP, Freitas TJA	Plano de parto no pré-natal: conhecimento dos enfermeiros da atenção primária à saúde.	Cuid Enferm. 2022 jan.-jun.; 16(1):65-73.

Fonte: A autora, 2024.

Trigueiro et. al (2022) descreve a experiência das gestantes atendidas na Consulta de Enfermagem a partir de 37 semanas e que elaboraram seu plano de parto; e Trigueiro et. al (2021) busca identificar a literatura existente sobre a elaboração e utilização do plano de parto. Enquanto Narchi et. al (2019) deseja verificar o conhecimento dos estudantes sobre o plano individual de parto e conhecer sua opinião a respeito da utilização dessa estratégia de ensino-aprendizagem e das boas práticas obstétricas.

Silva et. al (2019) analisa as evidências disponíveis sobre as principais contribuições do plano de parto como instrumento das boas práticas obstétricas no processo de parto e nascimento em ambiente hospitalar. Já Barros et. al (2017)

busca identificar qual o conhecimento dos enfermeiros que atendiam pré-natal acerca do Plano de Parto; e Silva et. al (2017) refletir sobre a importância do plano de parto na assistência de enfermagem, visando à autonomia da mulher.

Rodrigues (2017) visa 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. E Medeiros et. al (2019) analisa as repercussões da utilização do Plano de Parto no processo de parturição a partir da produção científica nacional e internacional.

Santos et. al (2019) traz sobre a percepção das mulheres que realizaram o plano de parto sobre a experiência de parto, os significados do plano de parto, seus elementos constituintes e a relação do plano de parto com o trabalho de parto e parto. Enquanto Feltrin, Manzano e Freitas (2022) trabalharam com o conhecimento dos enfermeiros da Atenção Primária à Saúde sobre o plano de parto; ação educativa com os enfermeiros da Atenção Primária à Saúde acerca do plano de parto e identificar seu impacto; informaram e destacaram junto aos enfermeiros da Atenção Primária à Saúde a importância e a abordagem do plano de parto durante o Pré-Natal.

Logo, nenhum estudo buscou avaliar o conhecimento das mulheres e a implantação deste instrumento em maternidades e na atenção primária durante as consultas de pré-natal. Desse modo, o estudo se justifica por avaliar essa temática e conhecer quais são suas implicações, além de possuir grande relevância na assistência e na gestão, uma vez que contribuirá para formulação e implantação de medidas que favorecem a qualidade da assistência obstétrica e também reafirma os direitos reprodutivos das mulheres.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 - O cuidado pré-natal

Ao longo dos anos, houve uma evolução nas práticas de acompanhamento pré-natal e conseqüentemente da experiência de parto vivenciada pela mulher. No século passado, os partos eram considerados algo natural, no qual ocorria na própria casa da parturiente, sem intervenções e acompanhados por uma parteira, segundo Vendruscolo e Kruehl (2015).

De acordo com Pimenta et al. (2013), a parteira possuía muitos conhecimentos em decorrência da vasta experiência com grávidas e crianças, além do mais as trocas sobre partos no meio feminino era muito recorrente, devido à predominância das mulheres durante a parturição e também no acompanhamento do ciclo gravídico-puerperal.

Com o decorrer do tempo, o modelo biomédico afastou a mulher do seu protagonismo durante a gestação e o parto. As decisões que antes eram tomadas em conjunto, muitas vezes não ocorrem mais, e o médico acaba decidindo “a melhor conduta” a ser tomada sem que a mulher participe do processo, de forma a dificultar que a mesma tenha voz. Todo esse quadro trouxe uma grande mudança na avaliação da experiência de parto vivenciada pelas mulheres, uma vez que seu protagonismo foi perdendo espaço. (Vilela, 2018)

Visto a necessidade de mudança para atingir uma melhor qualidade do acompanhamento pré-natal, parto e nascimento, o governo brasileiro lançou políticas públicas de saúde que tendem para um pré-natal adequado e a humanização do parto, como Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em 1984, o Programa de Humanização do Parto e Nascimento (PHPN) e o Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização do Parto e Nascimento (SISPRENATAL) nos anos 2000 e a Rede Cegonha em 2011

Para somar na assistência ao período gravídico-puerperal, o Ministério da Saúde elabora o Caderno de atenção básica pré-natal de baixo risco (2012), que traz os 10 Passos para o Pré-Natal de Qualidade na Atenção Básica.

4º PASSO: Promover a escuta ativa da gestante e de seus(suas) acompanhantes, considerando aspectos intelectuais, emocionais, sociais e culturais e não somente um cuidado biológico: "rodas de gestantes". 8º PASSO: Estimular e informar sobre os benefícios do parto fisiológico, incluindo a elaboração do "Plano de Parto". (BRASIL, 2012, p. 38)

Logo, os cuidados pré-natais devem promover uma gestação saudável e tranquila e a preparação para um trabalho de parto, parto e nascimento respeitoso e seguro, em consonância com a fisiologia do processo de gestar, parir, nascer e amamentar, tornando a mulher conhecedora de seus direitos e fazendo-a compreender o que vai/pode acontecer com ela, o que a tornará capaz de tomar

decisões a partir da escolha informada e pautada nos princípios da autonomia e do empoderamento materno. (Amorim et. al, 2022)

De acordo com Souza et. al (2020), umas das ações do Ministério da Saúde voltadas para o bem-estar materno-infantil é o acompanhamento pré-natal. Esse acompanhamento tem como objetivo a promoção e prevenção de doenças, assim como tratar possíveis problemas que possam surgir no período, de forma a reduzir as taxas de mortalidade materna e neonatal.

Assim, as ações de saúde devem estar voltadas para a cobertura de toda a população-alvo da área de abrangência da unidade de saúde, assegurando minimamente 6 (seis) consultas de pré-natal e continuidade no atendimento, no acompanhamento e na avaliação do impacto destas ações sobre a saúde materna e perinatal. (BRASIL, 2012)

Em 2016 a OMS fez uma série de recomendações, que incluiu o aumento da quantidade mínima para oito consultas de pré-natal. Com esse novo número mínimo de consultas, indicadores apontaram redução de mortes perinatais em até oito para cada mil nascidos vivos. Ademais, evidência aponta que o número de natimortos poderia ser reduzido em um terço e a mortalidade materna em 50% com atenção efetiva no período antenatal e no nascimento. (Pereira et. al, 2022)

Para Brasil (2012) para que se tenha um pré-natal efetivo, é necessário identificação precoce das gestantes para início precoce do acompanhamento (até o primeiro trimestre), acolhimento, realização do cadastro, classificação de risco gestacional em todas as consultas, realizar consultas mensais até 28 semanas, quinzenais de 28 a 36 semanas e semanais a partir de 36 semanas. Além da solicitação de exames, prescrição de medicamentos e atualização da caderneta vacinal, entre outras recomendações.

Pereira et. al (2022) afirma que houve um declínio da morte materna em decorrência do aumento do aumento das ações e assistência à saúde materno-infantil e aumento da condição socioeconômica, especialmente das mulheres em idade fértil. Contudo, ainda existe uma proporção expressiva do número de natimortos e óbitos maternos por causas evitáveis. Essas taxas são relacionadas por Brega et. al (2021) com a assistência inadequada de pré-natal.

Os dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) mostram a evolução da cobertura da atenção pré-natal no Brasil, de nenhuma consulta para

mais de 10% das gestantes brasileiras há vinte anos, em 1995, caindo para 2,2% em 2015. Menos da metade das mulheres grávidas faziam sete ou mais consultas, e esse percentual aumentou para 66,5% em 2015, mostrando a expansão dessa cobertura e a importância do Sistema Único de Saúde (SUS), criado em 1990, na difusão desse benefício. (Leal, et. al, 2020)

Com o aumento da iniciativa do governo ao parto humanizado, diversos manuais e cartilhas têm sido lançados com o intuito de favorecer a prática nos estabelecimentos de saúde. Entretanto, mesmo com o desejo de mudança e respeito aos direitos da mulher, as práticas recomendadas ainda são pouco realizadas. Para que essas práticas ganhem força, é importante que as mulheres sejam cada vez mais informadas de seus direitos, e os profissionais de saúde se esforcem para que o conhecimento seja transmitido através das consultas de pré-natal, grupos de gestantes ou até mesmo ações educativas.

Silva et al. (2018) diz que apesar de haver um número mínimo de consultas de pré-natal, o nível de conhecimento é insuficiente de modo a atrapalhar o posicionamento da gestante durante o parto, interferindo diretamente na sua vivência.

Riegert et al. (2018) vai de encontro a Silva et al. (2018) ao constatar em seu estudo que, apesar de existir uma taxa alta de gestantes que realizaram o pré-natal (93,4%), ainda há uma parcela expressiva do grupo (31,8%) que não concluíram as seis consultas mínimas preconizadas pelo Ministério da Saúde. As taxas insatisfatórias de consultas podem estar associadas a experiência negativa de parto, visto que mais da metade (52,7%) das parturientes não puderam ter acompanhante durante o trabalho de parto e parto. Este resultado, remete a importância do diálogo aberto, principalmente sobre os direitos da mulher, entre gestante e profissionais de saúde responsáveis por acompanhar a gestação.

O estudo de Brega et. al (2021) teve como objetivo avaliar o conhecimento de gestantes e puérperas acerca de condutas pré-natais. Quanto ao conhecimento sobre o início do pré-natal, 98% das mulheres responderam que deve ser iniciado ainda no primeiro trimestre de gestação. Já em relação a rotina de exames de HIV e VDRL, 96% e 100%, respectivamente, sabiam que era necessário a realização desses testes durante a gravidez. Quanto às orientações sobre alimentação, 4% das

mulheres afirmaram que foram orientadas, 5% quanto à alimentação e atividade física, 10% receberam informação sobre amamentação, 2% sobre planejamento familiar e 1% sobre pré-natal e vacinas.

Em relação às condutas a serem tomadas frente ao acompanhamento gestacional, Souza et. al (2020) evidenciou em seu estudo que a presença e participação do companheiro durante o pré-natal e o processo parturitivo foi uma experiência positiva. Além de ajudar no fortalecimento do vínculo entre o casal e o recém-nascido. O autor também identifica falhas de assistência quanto ao pré-natal, uma vez que a ausência do registro vacinal foi um dos achados do estudo, assim como o registro ineficaz das mulheres que realizaram teste de HIV, apenas 80% e a sorologia para toxoplasmose que atingiu apenas 20% das gestantes.

Leal et. al (2020) vai ao encontro do autor ao evidenciar que quanto a cobertura de exames, a avaliação quanto a pelo menos um exame de VDRL e de HIV, correspondeu a 88% e 79% respectivamente, sendo as menores taxas pertencentes às regiões Norte e Nordeste. Quanto ao EAS e glicemia foi próximo de 85%, sendo mais prevalente na região Sul.

No contexto da assistência pré-natal, a gestão do cuidado de Enfermagem exercida pelo enfermeiro possui como peculiaridades prestar assistência integral às gestantes e suas famílias e no acolhimento destas nos centros de saúde/unidades básicas, nas consultas de pré-natal e no acompanhamento pré-natal como um todo (Amorim et. al, 2022).

Por meio da atuação baseada em conhecimentos técnicos e científicos, a enfermagem obstétrica apresenta papel importante no pré-natal por sua capacitação para se realizar assistência humanizada, integral, resolutiva e de qualidade à gestante durante todo esse período, além de desempenhar importante papel no processo de educação em saúde. (TRIGUEIRO et. al, 2022)

2.2 - Educação em saúde

A educação em saúde é entendida como um processo educativo de construção de conhecimentos, que visa à apropriação da temática pela população. Refere-se a um conjunto de práticas que contribuem para o aumento da autonomia individual e coletiva das pessoas e para o debate com os profissionais e os gestores,

de modo a alcançar uma atenção à saúde de acordo com as necessidades dos indivíduos e das comunidades, melhorando a qualidade de vida e saúde da população. (Seabra et. al, 2019)

O Ministério da Saúde prevê como uma das atribuições do enfermeiro a realização de atividades de educação em saúde de caráter individual ou coletivo, podendo ser realizada em grupos ou na sala de espera. Cabe, portanto, ao enfermeiro a orientação de gestantes e de suas famílias sobre o ciclo gravídico e o pré-natal (Mazzeto et al, 2020).

Nesse sentido, a lei Nº 7.498, DE 25 DE JUNHO DE 1986 regulamenta a consulta de enfermagem, sendo atividade privativa do enfermeiro. Para Trigueiro et. al (2021), a consulta de enfermagem é um espaço importante onde pode ser realizada a educação em saúde, de modo que facilite no esclarecimento de dúvidas e no empoderamento da mulher para o trabalho de parto, parto e nascimento. Ademais, após a consulta houve redução da ansiedade, medo e insegurança. O autor ainda aponta que o plano de parto é um dos meios de educação em saúde durante o acompanhamento pré-natal.

O trabalho é iniciado através do pré-natal, onde a recomendação é que as consultas sejam um local de troca efetiva entre gestante e enfermeiro. Além das consultas, a enfermagem é muito ligada às atividades de educação em saúde, que quando bem aplicadas possuem alta relevância na preparação da gestante para reconhecimento de sinais gravídicos em seu corpo, conhecimento sobre o momento do parto e tudo mais o que for necessário. Lima et al. (2019) traz que essas atividades são uma peça chave no empoderamento da mulher, já que são realizadas com o objetivo de fazê-la entender as orientações, refletir e tomar suas próprias decisões.

Alguns estudos ainda revelam baixos índices de adesão a educação em saúde, como evidenciado no estudo de Brega et. al (2021), onde apenas 20% das mulheres participaram de atividades educativas e 54% das entrevistadas terem relatado não receber informação educacional durante a gravidez, com a presença de um único relato de orientação no pré -natal a respeito do aleitamento materno e da vacinação. Porém, é necessário incentivar as atividades para a melhoria da

qualidade do pré-natal, como forma de difundir informações e empoderamento dessas mulheres para tomada de decisões.

Mazzeto et. al (2020) corrobora com os achados de Brega et. al (2021) ao afirmar que a partir das falas das gestantes, pode-se perceber que, mesmo com a importância das atividades educativas no pré-natal, existe fragilidade dos serviços de saúde quanto à orientação dessas gestantes, pois (71%) delas não tinham participado de nenhuma atividade de educação em saúde durante a gestação.

Trigueiro et. al (2021) ressalta que o desconhecimento por grande parte das gestantes, profissionais e serviços de saúde sobre o plano de parto, acabam contribuindo para a não utilização e para a ideia equivocada de que o instrumento só pode ser aplicado a determinados locais ou em serviços privados de saúde.

Mazzeto et. al (2020) revela em seu estudo, que na opinião das gestantes, as salas de espera são ambientes desconfortáveis, onde elas esperam muito tempo por atendimento e podem gerar nervosismo, medo e insegurança. Porém, tal cenário pode ser mudado com a educação em saúde, de modo a aproveitar o tempo ocioso em que a mulher se encontra ao esperar por consultas. Assim, aumenta a propagação de conhecimento e ao mesmo tempo muda a percepção do tempo de espera da gestante.

Para Casarin et al. (2019) a teia social da gestante faz parte do período gravídico-puerperal, assim sendo importante a inserção da rede de apoio no cuidado com a mulher, adotando a educação em saúde para a grávida e para quem compartilha desse momento com ela, já que aquelas pessoas são mais próximas e também podem compartilhar momentos e experiências sobre a gestação.

Logo, a educação em saúde é uma ferramenta que pode ser utilizada em todos os ambientes para ofertar bagagem teórica para grávida, além de incluir a rede de apoio nesse processo contínuo. Portanto, o profissional de saúde pode se apropriar de momentos como a consulta de pré-natal e a admissão na maternidade para a realização da atividade. Bem como manter uma frequência dos grupos, incentivar a elaboração do plano de parto e utilizar as salas de espera como mais um espaço a ser utilizado.

2.3 - Boas práticas obstétricas

Para além do pré-natal e todas as questões que envolvem a qualidade das consultas, as boas práticas perpassam todas as fases do acompanhamento do ciclo gravídico-puerperal da mulher e de seus familiares. Essas condutas visam respeitar os desejos da mulher e proporcionar escuta ativa qualificada, de forma a identificar e respeitar suas reais necessidades. Assim, a Organização Mundial da Saúde publicou o documento “Care in Normal Birth: a practical guide”, no ano de 1996, que preconiza as boas práticas na assistência obstétrica e inclui o plano de parto como algo que deve ser estimulado durante o acompanhamento pré-natal, de acordo com SILVA, et. al (2017).

Em 2011, o Ministério da Saúde instituiu a Rede Cegonha (RC), política pública que busca implementar um modelo de atenção ao parto e ao nascimento com base nos princípios da humanização. Tal modelo propõe mudanças no cuidado à saúde da mulher e da criança, trazendo como diretriz a garantia das boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento, sendo uma das ações, o incentivo à maior participação da enfermeira na assistência pré-natal, ao parto e nascimento. (Gama et. al, 2021)

Dessa forma, foi ampliada a oferta de formação e capacitação de enfermeiras obstetras e obstetrites, implantados Centros de Parto Normal (CPN), com ambientes propícios às boas práticas obstétricas, e promovida a inserção desses profissionais na assistência ao parto vaginal sem distócia. (Gama et. al, 2021)

As boas práticas no processo de parto são aquelas intimamente relacionadas ao processo de humanização na assistência obstétrica. Conforme recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), estas devem garantir autonomia, respeito ao direito da mulher e família, apoio empático aos profissionais de saúde, estímulo ao uso de métodos não invasivos e não farmacológicos para o alívio da dor, liberdade de posição, uso das melhores evidências na prática clínica, entre outras. (Oliveira et. al, 2019)

De acordo com Silva et. al (2019), o modelo de assistência ao parto humanizado começou a ser discutido a partir de 1980 quando foi notado grandes intervenções e medicalização desnecessária, sendo necessário a presença das boas práticas obstétricas. Assim, a assistência brasileira está passando por uma

modificação, onde visa retomar a autonomia e protagonismo da mulher durante esse processo.

Considera-se importante, ressaltar a atuação do enfermeiro obstetra como um componente fundamental na assistência humanizada ao parto. Percebem-se fortes evidências a respeito da melhoria da qualidade da assistência ao parto com a presença desses profissionais, além de se contribuir para a redução de intervenções, como a episiotomia e o parto instrumental, proporcionando a sensação de controle da experiência do parto pelas mulheres. (Silva et. al, 2021)

Nesse sentido, o estudo de Gama et. al (2021) observou que quando a assistência ao parto é realizada por enfermeiras, há maior prevalência do uso de boas práticas. Dentre essas, são realizadas ofertas de líquidos durante o trabalho de parto, movimentação, métodos não farmacológicos para o alívio da dor, uso de partograma, aleitamento na sala de parto e contato pele a pele após o parto.

Assim, o manual da OMS “Recomendações da OMS Cuidados intraparto para uma experiência de parto positiva” publicado em 2018, traz recomendações de boas práticas recomendadas para melhor assistência da mulher e do recém-nascido. Dentre essas recomendações destacam-se tratamento respeitoso, comunicação efetiva, presença de um acompanhante de livre escolha da mulher, definições e orientações quanto aos períodos clínicos do parto, técnicas para alívio da dor, analgesia, alimentação durante o trabalho de parto, movimentação e livre escolha de posição.

Contudo, puérperas acompanhadas apresentaram maior probabilidade de receber dos profissionais de saúde todas as orientações para o pré-natal, e de construir, junto a esses um plano de parto. Estar acompanhada no parto também se associou a maiores prevalências de boas práticas assistenciais, como amamentação na primeira hora de vida, escolha da posição de expulsão, não ser amarrada, submissão a manobra não farmacológica e analgesia para alívio da dor. (Tomasi, et. al, 2021)

Recentemente foi instituída uma nova legislação para ampliar ainda mais a segurança das mulheres, a Lei Nº 14.737/2023, onde amplia o direito da mulher de ter acompanhante nos atendimentos realizados em serviços de saúde públicos e privados. Além disso, o Rio de Janeiro já avançou bastante em relação ao assunto

quando instituiu a lei Nº 7191 de 06 de janeiro de 2016, que torna a elaboração do plano de parto um direito das gestantes assistidas nos serviços de saúde públicos e privados do estado do Rio de Janeiro (RIO DE JANEIRO, 2016).

A elaboração do plano de parto busca maior autonomia e protagonismo da mulher no momento do parto, assim como na humanização da assistência. O mesmo deve ser combinado entre os profissionais da atenção básica e da maternidade, as escolhas livres e informadas que a mulher deseja, baseadas nas boas práticas obstétricas. (Narchi et. al, 2019)

No Plano de Parto, as gestantes expressam os cuidados que desejam durante o seu trabalho de parto, parto e pós-parto, que incluem desde a ingesta alimentar e hídrica, à posição na hora de parir, ao uso de analgesia, além de evitar a realização de procedimentos rotineiros sem embasamento científico. Dessa forma, estimula o contato pele a pele, clampeamento oportuno do cordão umbilical e um parto mais natural. (Silva et. al, 2019)

De acordo com Souza (2021), o documento resulta em melhor satisfação e autonomia da pessoa grávida durante o período gravídico-puerperal. Além de estar atrelado ao uso das boas práticas, com o objetivo de diminuir as dores através de técnicas específicas de relaxamento e respiração, bem como permitir deambulação, corte tardio de cordão umbilical, aleitamento materno na primeira hora de vida, contato pele a pele, entre outras ações que proporcionam bem-estar ao binômio mãe-bebê, como relata Gonçalves, Silva e Rodrigues (2018).

3. METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório de abordagem qualitativa.

A pesquisa científica objetiva encontrar respostas a respeito de um determinado problema para o qual não se têm informações concretas para solucioná-lo. Para o seu desenvolvimento é necessário realizar todos os procedimentos, estruturar e respeitar as fases do protocolo. (Fontelles et. al, 2009) Assim, as pesquisas descritivas têm como objetivo primordial a descrição das

características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis. Serão inúmeros os estudos que podem ser classificados sob este título e uma de suas características mais significativas estão na utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados, tais como o questionário e a observação sistêmica.(Gil, 2012)

Enquanto que o objetivo principal do estudo exploratório é proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a constituir hipóteses. Pode-se dizer que estas pesquisas têm como objetivo principal o aprimoramento de idéias ou a descoberta de intuições. Seu planejamento é, portanto, bastante flexível, de modo que possibilite a consideração dos mais variados aspectos relativos ao fato estudado. (Gil, 2008)

Já a abordagem de pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. (Minayo, 2001)

Para Fontelle et. al (2009), a pesquisa qualitativa é o tipo de pesquisa apropriada para quem busca o entendimento de fenômenos complexos específicos, em profundidade, de natureza social e cultural, mediante descrições, interpretações e comparações, sem considerar os seus aspectos numéricos em termos de regras matemáticas e estatísticas.

E Yin (2016) traz que a pesquisa qualitativa apresenta cinco características, das quais são: estudar o significado da vida das pessoas, nas condições da vida real; representar as opiniões e perspectivas das pessoas de um estudo; abranger as condições contextuais em que as pessoas vivem; contribuir com revelações sobre conceitos existentes ou emergentes que podem ajudar a explicar o comportamento social humano; e esforçar-se por usar múltiplas fontes de evidência em vez de se basear em uma única fonte.

3.2 Cenário

O hospital onde foi realizada a pesquisa foi fundado em 1924, é uma unidade de assistência, ensino, pesquisa e desenvolvimento tecnológico, reconhecido, em 2006, como hospital de ensino pelo Ministério da Educação e, em 2010, como Instituto Nacional pelo Ministério da Saúde.¹

A Área de Atenção à Saúde é composta por cerca de 139 leitos com uma qualificada estrutura de suporte logístico-operacional que permite a realização, anualmente, de cerca de 4.500 internações, 60 mil atendimentos ambulatoriais, 2.500 cirurgias, 150 mil procedimentos de suporte diagnóstico e terapêutico e 1.200 atendimentos domiciliares para pacientes oriundos do Rio de Janeiro e de outras regiões brasileiras. A maternidade do hospital de ensino realizou, no ano de 2023, 3.261 atendimentos na admissão, 1.146 partos, sendo 407 partos normais e 452 cesarianas de fetos únicos e saudáveis. Além de 73 nascimentos de gemelares e 214 nascimentos de fetos com alguma malformação, incluindo parto normal e cesariana.

A coleta de dados foi realizada no setor Alojamento Conjunto dessa instituição, que é um hospital de ensino referência para saúde da mulher, da criança e do adolescente localizada no município do Rio de Janeiro.

O setor conta com 14 leitos, sendo 4 leitos de pós-parto imediato e 10 leitos de pós-parto mediato. Os leitos são equipados com cama, berço do bebê, mesa de alimentação, escadinha e poltrona do acompanhante, sendo que os 4 leitos de pós-parto imediato também contém monitor multiparâmetros. A unidade de internação conta com assistência da equipe multiprofissional contendo enfermeiros generalistas ou obstetras, médicos obstetras, médicos pediatras, psicólogo, nutricionista, terapeuta ocupacional, assistente social e outros profissionais de acordo com a necessidade da paciente.

Além dos setores da maternidade, as gestantes são atendidas no ambulatório de pré-natal para acompanhamento da gravidez, onde é ofertado, ainda na consulta de triagem, um impresso com o objetivo de informar as gestantes como é o funcionamento do pré-natal na unidade (anexo 1). Durante esse momento, elas são acompanhadas por uma equipe multiprofissional qualificada composta por médicos,

¹ Fonte: <https://www.iff.fiocruz.br/index.php/institucional/sobre-iff-fiocruz>

enfermeiros, psicólogos, nutricionistas e assistente social. As consultas seguem o calendário recomendado pelo Ministério da Saúde e, quando necessário, são encaminhadas para profissionais especialistas, como médico infectologista.

Além disso, a partir de 28 semanas de gravidez, as gestantes são encaminhadas para realizarem a visita à maternidade, onde conhecem a admissão, as enfermarias e o centro obstétrico. Antes da visita à maternidade propriamente dita, as gestantes são reunidas ainda no ambulatório e é realizada uma orientação geral pela enfermeira ou assistente social do pré-natal sobre o funcionamento da maternidade, onde também é entregue um formulário institucional e conversado sobre o plano de parto (anexo 2).

3.3. Participantes

Foram incluídas na pesquisa mulheres que realizaram o pré-natal no serviço de ambulatório deste hospital de Ensino, Pesquisa e Assistência. Critérios de inclusão: mulheres que tenham realizado no mínimo 6 consultas de pré-natal, que acompanharam a gestação no IFF/FIOCRUZ, com via de parto normal e que o feto tenha nascido vivo e esteja com ela no alojamento conjunto. Serão excluídas da pesquisa mulheres menores de 18 anos, estrangeiras que não dominam a língua portuguesa (fala e escrita) e internadas para interrupção judicial.

3.4. Instrumento da coleta de dados

Foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturado (apêndice A) para coleta de dados, contendo perguntas abertas e fechadas, a fim de enriquecer as informações sobre o objeto de estudo. As perguntas fechadas abordam a caracterização obstétrica e as questões norteadoras que abordam o pré-natal, educação em saúde, informação sobre gestação e parto, plano de parto e experiência de parto.

O instrumento semiestruturado conta com perguntas que se diferem do tipo aberto, por obedecer a um guia que é apropriado fisicamente e utilizado pelo pesquisador na interlocução. Por ter um apoio claro na sequência ordenada de um roteiro, a abordagem dos entrevistados é assegurada, sobretudo, aos investigadores

menos experientes, para que tenham suas hipóteses ou pressupostos contemplados numa espécie de conversa com finalidade. (Minayo, 2018)

3.4. Coleta de dados

Previamente a coleta de dados foi consultado em prontuário médico, pela pesquisadora, as participantes que realizaram o acompanhamento pré-natal no IFF/FIOCRUZ. Em seguida, a pesquisadora se apresentou para a mulher em momento oportuno, onde foi explicado os objetivos da pesquisa. Se a puérpera manifestou interesse na participação, ela foi encaminhada para uma sala com privacidade para garantir conforto e sigilo à participante. Logo, a entrevista ocorreu em uma sala de exames localizada dentro do alojamento conjunto, que conta com uma mesa ginecológica, uma pia, uma mesa de escritório, 2 cadeiras e um suporte com os prontuários das puérperas internadas.

O critério para a finalização das entrevistas foi a saturação teórica dos dados em pesquisa qualitativa. O fechamento amostral por saturação teórica é operacionalmente definido como a suspensão de inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, uma certa redundância ou repetição, não sendo considerado relevante persistir na coleta de dados. (Fontanella, Ricas e Turato, 2008). Dessa forma, foram coletadas 15 entrevistas, entre abril e outubro de 2023, com puérperas que estavam no alojamento conjunto, conforme os critérios de inclusão e exclusão da pesquisa.

3.5 Aspectos éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz (CAAE: 66854723.4.0000.5269) em 16 de março de 2023 e as participantes da pesquisa foram informadas e confirmaram seu interesse em participar, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A entrevista foi gravada mediante autorização prévia da mulher com a assinatura do TCLE e também no início da gravação através da autorização verbal. A gravação deu-se em aparelho de celular digital e transcrita no programa de processamento de texto Microsoft Word.

3.6 Análise de dados

Após a coleta de dados, as entrevistas foram transcritas e categorizadas pela pesquisadora, sendo a análise dos dados realizada através da análise de conteúdo segundo Bardin.

Santos (2011) descreve a análise de conteúdo na visão de Bardin, como um conjunto de instrumentos de cunho metodológico em constante aperfeiçoamento, que se aplicam a discursos (conteúdos e continentes) extremamente diversificados.

Outro estudo destaca que a análise de conteúdo de Bardin é um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção [...] destas mensagens”. (Bardin, 1977 apud Caregnato e Mutti, 2006).

Dessa forma, a análise dos dados seguirá as etapas de Bardin: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados (Sousa e Santos, 2020). Para Bardin (2011), a fase de pré-análise consiste na organização das ideias iniciais, de forma a direcionar as próximas operações e conduzir a um esquema preciso de desenvolvimento a um plano de análise. Geralmente possui três momentos: escolha dos documentos que serão submetidos à análise, formulação de hipóteses de dos objetivos e elaboração dos indicadores que fundamentam a interpretação final.

O segundo momento, se concentra na exploração do material, onde são realizadas as etapas de codificação, decomposição ou enumeração, a partir de regras previamente formuladas. Enquanto que a terceira fase consiste no tratamento dos resultados brutos de forma torná-los válidos. Após os resultados fiéis disponíveis, é possível propor inferências e adiantar interpretações sobre os objetivos previstos.

Desse modo, ao final das 15 entrevistas analisadas, foram geradas 351 unidades de significação (citações) e 19 unidades de registro (códigos). Este processo está representado no quadro a seguir.

Quadro 3 – Unidades de registro emergentes das narrativas e as respectivas frequências de aparição das unidades de significação

UNIDADES DE REGISTRO		Frequência da Unidade de Significação
01	Grupos educativos	77
02	Profissional envolvido na atividade educativa	6
03	Presença do acompanhante nas consultas de pré-natal e grupos educativos	39
04	Conhecimento da puérpera sobre o plano de parto	26
05	Elaboração do plano de parto	18
06	Ciência da equipe quanto o plano de parto	2
07	Desejos e vontades descritos no plano de parto	4
08	Plano de parto respeitado	2
09	Pontos levados em consideração a elaboração do plano de parto	3
10	Local em que conheceu o plano de parto	11
11	Orientação do pré-natalista quanto a elaboração do plano de parto	2
12	A variabilidade do plano de parto conforme necessidade	2
13	Experiência de parto	37
14	Acompanhante no trabalho de parto	30
15	Equipe de saúde no trabalho de parto	21
16	Boas práticas no trabalho de parto e parto	21
17	Expectativas não contemplados na formulação do plano de parto	22
18	Experiência da mulher com o plano de parto	5
19	A experiência do parto com a possível formulação do plano de parto	23
Total		351

Fonte: A autora (2024).

Após isso, iniciou-se o processo de categorização, etapa que compreende o grupamento de unidades de registro conforme semelhança e correspondência dos elementos. Assim, originou após análise das unidades de registros com ideias semelhantes, 4 núcleos temáticos, a saber: “Educação em saúde no pré-natal”, “Elaboração do plano de parto - Lei estadual Nº 7191 de 06 de janeiro de 2016”, “Adesão da equipe de saúde ao plano de parto” e “Parto e nascimento”. Estas ações estão representadas a seguir.

Quadro 4 – Agrupamento das unidades de registro em Núcleos Temáticos

NÚCLEO TEMÁTICO	UNIDADES DE REGISTRO
Educação em saúde no pré-natal	Grupos educativos Profissional envolvido na atividade educativa Presença do acompanhante nas consultas de pré-natal e grupos educativos
Elaboração do plano de parto - Lei estadual Nº 7191 de 06 de janeiro de 2016.	Conhecimento da puérpera sobre o plano de parto Elaboração do plano de parto Desejos e vontades descritos no plano de parto Pontos levados em consideração a elaboração do plano de parto Local em que conheceu o plano de parto Orientação do pré-natalista quanto a elaboração do plano de parto
Adesão da equipe de saúde ao plano de parto	Ciência da equipe quanto a elaboração do plano de parto Plano de parto respeitado A variabilidade do plano de parto conforme necessidade
Parto e nascimento	Experiência de parto Acompanhante no trabalho de parto Equipe de saúde no trabalho de parto Boas práticas no trabalho de parto e parto Expectativas não contemplados na formulação do plano de parto Experiência da mulher com o plano de parto A experiência do parto com a possível formulação do plano de parto

Fonte: A autora (2024).

Para Bardin (2016), as categorias terminais provêm do reagrupamento progressivo de categorias com uma generalidade mais fraca. Nesse sentido, o avançar da categorização possibilitou organizar os 04 núcleos temáticos em 03 categorias a saber: “Grupos educativos para promoção de saúde”, “Plano de parto: A garantia da lei Nº 7191 em uma maternidade de um hospital de ensino” e “A vivência do parto e nascimento para as mulheres em uma maternidade de um hospital de ensino”. O caminho percorrido está descrito no quadro abaixo.

Quadro 5: Núcleos temáticos para a elaboração das categorias

NÚCLEOS TEMÁTICOS	CATEGORIA
Educação em saúde no pré-natal	Grupos educativos para promoção de saúde
Elaboração do plano de parto - Lei estadual N° 7191 de 06 de janeiro de 2016	Plano de parto: A garantia da lei N° 7191 em uma maternidade de um hospital de ensino.
Adesão da equipe de saúde ao plano de parto	
Parto e nascimento	A vivência do parto e nascimento para as mulheres em uma maternidade de um hospital de ensino.

Fonte: A autora (2024).

4. RESULTADOS

O estudo é composto por mulheres majoritariamente pardas, com ensino médio completo, solteiras e que possuem renda familiar de até dois salários mínimos. O maior grupo de mulheres que participaram da pesquisa foram as multíparas e que iniciaram o pré-natal na unidade básica de saúde e foram encaminhadas para o hospital de ensino ao longo da gestação. O médico foi o profissional citado por todas as mulheres durante o acompanhamento pré-natal, tendo um percentual importante também os enfermeiros. A distribuição foi semelhante entre puérperas que apresentaram ou não alguma comorbidade ao longo da gravidez. Houve pouco incentivo e elaboração do plano de parto.

Quadro 6 – Características socioeconômicas, paridade, comorbidades, local de realização do pré-natal e profissionais que acompanharam o pré-natal.

Cor/raça	Participantes (N)	Porcentagem
Preta	4	26,7%
Parda	7	46,6%
Branca	4	26,7%
Indígena	0	0%
Amarela	0	0%
Escolaridade		
Ensino fundamental incompleto	1	6,7%
Ensino fundamental completo	0	0%
Ensino médio incompleto	2	13,3%
Ensino médio completo	10	66,6%
Ensino superior incompleto	1	6,7%
Ensino superior completo	1	6,7%

Estado civil		
Solteira	8	53,3%
Casada/união estável	6	40%
Divorciada	1	6,7%
Viúva	0	0%
Paridade		
Nulípara	5	33,3%
Multípara	10	66,7%
Comorbidades		
Sim	7	46,7%
Não	8	53,3%
Local onde iniciou o pré-natal		
Hospital de ensino	6	40%
Iniciou fora e foi encaminhada	9	60%
Profissionais que acompanharam o pré-natal/gestação		
Médico	15	100%
Enfermeiro	10	66,7%
Nutricionista	3	20%
Psicólogo	1	6,7%
Assistente social	5	33,3%

Fonte: A autora (2024).

4.1 Grupos educativos na atuação da promoção de saúde

Nesta categoria foi observado a participação das gestantes nos grupos de educação em saúde, processo esse importante para o período gestacional, além de quais profissionais de saúde estavam envolvidos nas atividades. Outro ponto de análise foi a presença de acompanhante durante as consultas de pré-natal e também nos grupos educativos disponíveis nas unidades.

Dessa forma, foi visto que treze gestantes (86,66%) afirmaram participar de algum grupo educativo, tendo maior destaque o de aleitamento materno oferecido pelo Banco de Leite Humano do cenário do estudo, seguido pela visita à maternidade.

“Grupo de banco de leite aqui sobre amamentação né, explicando o que se deve fazer o que não se deve fazer foi muito bom. (...) Amamentar somente até os 6 meses no peito, evitar a mamadeira, chupeta né, introduzir a partir dos 6 meses o alimento aos pouquinhos”. (PN5)

“Falou da pega, como que se pega quando botar ele pra dar de mamar, e falou sobre de algumas coisas que não pode ser usada, tipo aqueles negócio

de silicone não pode ser usado, falou também da também dos copinhos para poder doar negócio, de limpeza essas coisas e outras coisas que eu não me recordo muito bem”. (PN6)

“Ah sobre a importância do leite, prevenir de muitas doenças, é bom contato entre eu e ele, é importante não dar chupeta, mamadeira, essas coisas, que ele tem que mamar em livre demanda, na vontade dele, fica uns 15,20 minutos”. (PN9)

No decorrer dos relatos, é possível identificar grande satisfação com as atividades, e que além do aprendizado e compartilhamento de ideias, é interessante perceber que mitos são quebrados em relação a amamentação e também podemos observar mulheres que mesmo com uma experiência anterior, sempre se beneficiam dos grupos.

“Assim, eu particularmente, eu não sabia que a chupeta atrapalhava a amamentação, eu descobri nos cursos, porque eu acho tão bonitinho criança de chupeta, foi novidade, não sabia que não podia. Eles ensinaram também que não, não pode deixar algo parar de amamentar, que é muito importante. E os cuidados, conselho, massagem como ele deve pegar no peito direitinho”. (PN9)

“Eu gostei porque você acha que sabe, mas quando você participa do grupo você vê que tem muita coisa pra aprender. E é bom porque ensina bastante coisa como pega, na amamentação, explica o que é... Então eu gostei de ter participado”. (PN14)

Durante a visita à maternidade, a fim de cumprir a lei N° 11.634/2007, foi possível observar que em algumas apresentações foram abordados pontos chave como o trabalho de parto, via de nascimento, métodos não farmacológicos para alívio da dor e a presença do acompanhante.

“Eles mostraram o hospital, mostraram o quarto.(...) aquele banquinho para ter o neném sentada né? Mostraram as coisinhas do neném, onde ia ficar. (...) “Falaram sobre parto, que a gente podia escolher a posição. (...) que tinha direito a acompanhante, a doula”. (PN11)

“Sim, explicaram como iria acontecer caso fosse normal, caso fosse cesárea, onde eu ficaria durante o trabalho de parto, depois ia vim pra cá [alojamento conjunto]... Então foi tudo explicadinho”. (PN14)

“Sobre a hora de vir para o hospital, a importância da amamentação pro bebê, pra gente também, é interação, é várias coisas importantes para a importância do pai também, do apoio, entendeu?”. (PN10)

No que se refere aos profissionais envolvidos nos grupos de educação em saúde, a maioria foi conduzido por enfermeiros, sendo mencionado por uma participante a presença do médico.

“Eu acho que era uma enfermeira sim [que conduziu o grupo de amamentação], mas eu não lembro o nome”. (PN2)

“(…) teve a enfermeira, que veio até aqui hoje me ajudar com a amamentação, ela falou sobre o parto, de cortar o cordão que o pai que iria cortar, falou sobre segurar o bebê, essas coisas”. (PN3)

“Lembro a médica explicando que tem as bolas, os exercícios para fazer para ajudar para estimular dilatar, o neném e também descer, lembro dela explicando que tem todo o apoio dos médicos, dos enfermeiros pra poder ganhar o neném e só”. (PN7)

Em especial, no que tange a presença de acompanhantes, 66,66% das mulheres relataram possuir acompanhante, porém nem sempre os mesmos conseguiram participar das consultas e atividades. Além disso, elas relataram sempre conversar com o acompanhante ou com o companheiro sobre a gestação e como tinha sido os atendimentos e grupos.

“Sempre veio a minha irmã, aí pra ficar [no parto] foi minha mãe (...) Ela era muito participativa, entrava também para ver a ultra sempre me acompanhando em tudo”. (PN5)

“Meu esposo (...) [conversavam] Sobre ele [o bebê], quando ele vim, como que ia ser, essas coisas assim (...) sobre o medo do parto também, tinha medo como é que vai ser o jeito dele crescer, até porque eu sou mãe de primeira viagem eu não conheço nada né, aí fica complicado”. (PN6)

“Sim, mas nem sempre meu esposo conseguia entrar por causa de vaga de estacionamento. Aí ele ficava lá fora (...) Só agora no finalzinho que ele conseguiu entrar e se esforçou um pouquinho”. (PN2)

“[...] Conversava mais ou menos, porque eu ainda tava em fase de aceitação do bebê, da gravidez e tudo mais. Mas eu conversava mais com meu marido do que com qualquer outra pessoa”. (PN13)

Desse modo, percebe-se grande adesão das gestantes e acompanhantes aos grupos educativos, e o enfermeiro como principal facilitador das atividades propostas.

4.2 Plano de parto: A garantia da lei Nº 7191 em uma maternidade de um hospital de ensino

Essa segunda categoria tem o objetivo de identificar o conhecimento das mulheres sobre o plano de parto e seus desdobramentos. Assim, foi observado que seis gestantes (40%) conheceram o plano de parto.

“Então, eu ouvi falar (...) É um planejamento que você faz, né? Eu não sei se tem que levar em cartório ou alguma coisa. Você coloca lá o que você quer no seu parto, o que você aceita, o que você não aceita ... da indução, né? (...) É basicamente isso que eu entendi”. (PN1)

“Que eu podia montar um plano pra como eu quisesse que fosse meu parto e trazer para o hospital”. (PN7)

“Já ouvi falar mas não me interessei pra falar a verdade (...) Eu ouvi falar só ‘plano de parto’... Que existia alguma coisa dentro disso. Mas nunca fui a fundo ver o que realmente era”. (PN13)

Porém apenas duas (13,3%) mulheres relataram a elaboração do documento. Sendo que uma das entrevistadas que escreveu o plano individual de parto (PIP) não foi informada que o que ela estava preenchendo era o PIP, portanto a mesma nem sabia que elaborou o documento como forma de garantir sua autonomia.

“Elaborei [o plano de parto]. Aqui no hospital eu entreguei para a médica obstetra e ela leu com atenção, me explicou que a maior parte poderia fazer, mas que tipo ,se a placenta não sair naturalmente, depois de 30 minutos ela ia ter que tirar e tal, mas aí a maior parte, assim eu consegui ser atendida”. (PN8)

“Então, nessa questão assim eles [no pré-natal] deram um papel com algumas coisas que poderiam fazer e coisas que não poderiam fazer... Tipo ‘gostaria de fazer durante o meu parto ou não?’ (...) Tipo assim como eu queria que acontecesse na hora, tipo a questão do meu acompanhante cortar o cordão umbilical, tipo assim...”. (PN14)

Em relação ao local de conhecimento do plano de parto, as respostas variaram entre internet, pré-natal, doula e grupos educativos.

“Mais pela internet mesmo, mas aqui [hospital de ensino] não foi apresentado pra mim não”. (PN1)

“Ah sim a médica falou, se eu quero ouvir música (...) Ah, se eu quero é tipo assim, é luz apagada ela me explicou (...) Foi no pré-natal, só que aí na hora assim nem fiz nada, só mesmo fiquei lá”. (PN5)

“(...) Quando eu conheci a maternidade lá na sala de parto, eles dão tipo meio que uma palestra conversando sobre o que você bota né, o que você deseja explicando tudo, o que você pode pedir no parto, você faz a planilha e traz”. (PN7)

“Eu fiquei sabendo através da minha doula, porque como o bebê estava com baixo peso, fiquei com muito receio de ter o neném sozinha. Aí eu procurei uma orientação, aí ela me falou sobre o plano de parto, como que era, que era só eu fazer um documento dizendo, relatando aquilo que eu gostaria que acontecesse no meu parto comigo, com o bebê no pós-parto, aí eu também dei uma pesquisada na internet”. (PN8)

Durante as entrevistas as puérperas também revelaram quais eram seus desejos que registraram no plano de parto para vivenciarem a experiência do parto de forma mais prazerosa. Dentre esses foram citados dequitação espontânea da placenta, clampeamento oportuno de cordão umbilical, liberdade de posição, contato pele a pele e não realização de episiotomia.

“Eu lembro isso da placenta que eu não queria que retirasse que era para esperar naturalmente. Também não cortar o cordão umbilical nos primeiros minutos de vida, não fazer corte nenhum, que preferia que fosse.. Se tivesse necessidade, que o bebê mesmo tivesse laceração (...) Porque no plano de parto eu coloquei que eu queria, não queria uma coisa assim presa, né? Queria ter autonomia para saber que posição gostaria de ter o bebê. (...) “ Não queria, não, não [usar bola, chuveiro,].. (PN8)

“Ah, questão que tinha lá de quando a criança nascesse, colocar imediatamente em cima de mim, eu marquei essa opção... Nos primeiros momentos de vida eu poder amamentar, do meu acompanhante estar comigo e todo o momento, de fazer o corte do cordão umbilical... No caso, se fosse preciso medicamento pra poder aliviar a dor de alguma forma.”. (PN14)

As mulheres também relataram que os profissionais estavam cientes do plano de parto e que foram respeitadas quanto às vontades descritas no documento. Além disso, ficou evidente que o plano de parto não é um documento fechado, podendo variar a qualquer momento de acordo com a vontade da mulher.

“Achei que foi respeitado. Achei até interessante, porque eu fiquei com receio de entregar por parecer alguma coisa assim, é e é incômoda, né? Pra médica né, mas porque eu nunca realmente tinha ouvido falar disso. (...) “Eu fiquei um pouco assim porque eu falei que não era pra colocar o colírio de prata, mas depois eu fiquei com medo e falei: ‘ah melhor colocar’, melhor pecar pelo excesso do que pela falta, depois acontece alguma coisa”. (PN8)

“Foi assim, cada procedimento eles foram falando antes, como ia ser feito, porque ia ser feito (...) No meu e na minha bebê principalmente, porque meu primeiro parto não foi algo muito agradável, então eu queria que esse segundo fosse diferente, que fosse bom para mim e pra minha filha, então foi na questão minha e dela mesmo”. (PN14)

Outro ponto interessante a ser destacado foi que atualmente existem muitos modelos de PIP prontos na internet, contudo o ideal é que se faça um próprio para cada mulher e com a orientação do pré-natalista que acompanha a gestação, até mesmo para entender as possibilidades durante o trabalho de parto.

“É, tinham várias listagens já assim, pré-elaboradas e que algumas eu concordava, outras não. Assim tinha muita coisa que eu achei bobeira, tipo assim ambiente com a luz não sei o que, é importante para algumas mães, mas na hora assim eu pensei isso: Se tiver que a luz amarelo, branco, isso aí, tanto faz. Eu pensei mais na linha de raciocínio de do meu bem-estar e do bebê, entendeu? Não na do ambiente, da luz, da música, sei lá, essas coisas assim não me fizeram chamar tanta atenção”. (PN8)

“Não, não cheguei a conversar sobre não [com o pré-natalista sobre o PIP]”. (PN14)

Portanto, de acordo com os dados, é possível notar infelizmente uma baixa elaboração do plano de parto, apesar de um quantitativo maior de mulheres conhecerem o documento. Contudo, as que escreveram o PIP relataram boa experiência e aceitação da equipe de saúde.

4.3 A vivência do parto e nascimento para as mulheres em uma maternidade de um hospital de ensino

A vivência do trabalho de parto e parto é algo que marca a história das mulheres que passam por esse momento. Ao decorrer das entrevistas foi percebido que as mulheres atendidas na maternidade estudada contemplaram uma experiência de parto positiva.

“Ah, foi tranquila. (...) eu já cheguei e já estava com 4 cm de dilatação, aí quando umas 23:30h mais ou menos, comecei a sentir umas dores mais fortes, aí fui no banheiro e estava sangrando. Aí pedi pra enfermeira chamar a médica. Aí a médica veio, me deu um toque e eu já estava com 5 cm, aí já me levaram pro trabalho de parto. (...) Aí eles[médicos] ficavam lá a todo momento, ouvindo os batimentos dela, aí de duas em duas horas que eles faziam o toque, né? Aí quando deu 2:30h eu já estava com 7cm, quando deu 4:30h estava com 9 cm, aí foi rapidinho. Questão de meia hora, eu estava com 10cm, aí foi a hora de botar o bebê pro mundo. Mas foi tranquilo, foi 5 horas e pouquinho de trabalho de parto, foi perfeito”. (PN1)

“Toda vez que eu ia pro banheiro (...), tudo foi respeitado. A enfermeira com muita paciência, calma (...) eu gostei muito dela”. (PN3)

“Aí eu tive o bebê meio que de lado e ela [médica] segurou a minha perna. Então não foi aquela posição de ginecologia. Então foi para mim, foi mais confortável”. (PN8)

“Não tem nem como explicar. Gente, os médicos foram literalmente muito pacientes, muito! (...) Eles me botaram no banquinho que eu esqueci o nome (...) pra eu poder ficar mais relaxada para poder conseguir colocar ele para fora,(...) mas aí por eles terem tanta paciência, ajuda bastante”. (PN9)

“Foi boa. É como eu falei, foi bastante diferente. Até porque realmente, nenhum parto é igual ao outro. Então eu fiquei, como disse o meu marido, eu faltei pouco para virar a sala de cabeça para baixo, porque realmente eu usei

tudo o que estava ali a minha disposição para poder auxiliar e ajudar no parto”. (PN12)

Durante as falas sobre a experiência de parto, é possível observar a presença dos métodos não farmacológicos para o alívio da dor e as boas práticas recomendadas pelo Ministério da Saúde (MS).

“Sim, foi tudo do jeito que a outra enfermeira falou né, que iria ser no dia que a gente fez a visita para conhecer a maternidade. Que ia ser o negócio da bola, tudo que eu também queria né o parto humanizado, aí que ia ter o negócio da bola do chuveiro, ... do chuveiro eu fiz, deu uma relaxada, o da bola eu não fiz, mas o do chuveiro foi essencial”. (PN6)

“A bola, o chuveiro quente eu já estava usando desde que eu fui internada e eu optei por não fazer os outros, porque eu estava com muita dor. E aí quando eu deitei foi a hora já de fazer força para ganhar ela. Eu também gostei do cabo de guerra né que eles fizeram para poder me ajudar, me ajudou muito, foi a hora que eu comecei a botar ela pra fora”. (PN7)

“Assim que ele nasceu, eles [equipe de saúde] colocaram no meu colo, dei de mamar pra ele, eu preferi que minha mãe cortasse o cordão umbilical”. (PN9)

A presença do acompanhante durante o trabalho de parto e parto também foi citado pelas mulheres. Porém, em algumas falas é possível identificar que ao serem internadas durante os pródromos de trabalho de parto, as mulheres são acomodadas na enfermaria de gestantes e muitas vezes sem a presença do acompanhante. O mesmo é acionado quando as parturientes são encaminhadas para a sala de parto durante a fase ativa do trabalho de parto.

“Sim, meu esposo. Muito bom, né?! É uma ajuda (...) Na hora da massagem que vinham as contrações e até mesmo na hora do parto. Ele e até o médico ali segurando minha mão, me ajudou bastante”. (PN2)

“Foi muito bom, né? É totalmente diferente. Para ele, também foi uma experiência nova, cortar o cordão. Então, ele também participou, mas não teve isso. Então ele pra ele foi novidade cortar o cordão, então ele ficou também super a vontade. Ficou o tempo todo do meu lado e foi bastante diferente, foi muito bom”. (PN12)

“Não teve ninguém porque foi muito rápido. Meu marido chegou depois, a doula chegou depois. Como era indução, poderia aplicar um remédio ou aplicar vários remédios, né?! Só que no meu caso, aplicou só um e já pegou, aí como era de madrugada até o pessoal chegar, acordar e chegar aqui, eu tive neném”. (PN8)

A elaboração do plano de parto também foi citado, assim como as mulheres que não realizaram a confecção do documento puderam refletir sobre a possibilidade de construção do PIP.

“(...) eu fiquei mais tranquila em relação a já ter tomado algumas decisões, caso precisasse. Mas eu mudei depois também”. (PN8)

“É, teria sido legal [elaborar o plano de parto]. Eu já ia planejar uma coisa e sabendo que aconteceria porque a gente vem com um pouco de medo, na verdade né? Quando a gente chega, a gente chega com medo, por mais que você sabe que está com uma equipe show, te bate um medo na hora”.(PN2)

“Não, porque para mim já foi bom, então não mudaria nada assim [se tivesse elaborado o plano de parto], foi ótimo pra mim”. (PN10)

De maneira geral, as puérperas puderam experimentar uma experiência de parto positiva, por meio das práticas recomendáveis durante o trabalho de parto e parto, bem como a qualificação da equipe multidisciplinar do centro obstétrico.

5- DISCUSSÃO

A caracterização sociodemográfica das mulheres é de suma importância para planejar o atendimento em saúde e prever possíveis riscos em decorrência disso. Como visto, a maioria das mulheres se declararam como pardas (46,6%), tal fato deve ser olhado atentamente pelo pré-natalista, uma vez que segundo Neto et. al (2020), essa população tem maior risco de desenvolver hipertensão arterial sistêmica precoce na gestação, de forma mais precoce e mais grave, o que corresponde a grande causa de mortalidade materna.

Além disso, o nível de escolaridade tem papel de destaque quando se pensa em cuidado à saúde, visto que quanto menor a escolaridade, maior a necessidade de uma atenção mais especializada e atenta. Spindola et. al (2020) reforça que a nível de escolaridade influencia no entendimento da necessidade de cuidados especiais no decorrer da gravidez, levando ao início tardio e ausência de pré-natal, alimentação inadequada, hábitos e vícios incompatíveis com a gravidez, muitas vezes acarretando até ao óbito neonatal.

O período gestacional é um novo momento vivenciado pelas famílias, onde é necessário preparação para tal. Dessa forma, a educação em saúde ganha espaço e torna-se fundamental na preparação para o parto, conhecimento das mudanças

fisiológicas do corpo, amamentação, cuidados com o recém-nascido, puerpério e tantas outras temáticas que englobam o universo da gestação.

Sousa, Lima e Passos (2022) ressaltam que a educação em saúde proporciona maior adesão e início precoce do pré-natal, além de favorecer maior interação entre os profissionais de saúde, a gestante e também o pai, com o intuito de promover troca de conhecimento sobre assuntos que englobam o período gestacional, inclusive a amamentação. Além de ressaltar a importância do papel do enfermeiro a frente das ações em saúde, uma vez que estão preparados para intervir quando necessário e dar as devidas orientações.

Dessa forma, percebe-se que o estudo vai ao encontro da literatura, quando foi possível observar que a maior parte das mulheres relataram participar das atividades educativas ofertadas pela instituição, tendo destaque para o grupo de amamentação e visita à maternidade. Assim como a estratégia das atividades educativas foram coordenadas por enfermeiros.

A amamentação é uma temática de suma importância para garantir um desenvolvimento saudável para a criança. Portanto, visando o bem-estar da família, o hospital de ensino onde foi realizado o estudo segue os dez passos para o sucesso da amamentação, como promoção de grupos educativos sobre amamentação, prática de alojamento conjunto, profissionais treinados, incentivo ao aleitamento materno em livre demanda, dentre outras orientações, em virtude de ser acreditada como Hospital Amigo da Criança.

A Iniciativa Hospital Amigo da Criança - IHAC é uma iniciativa global da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), lançada em 1991, que visa oferecer a todos os bebês o melhor começo de vida possível, ao criar um ambiente de atendimento à saúde que tenha como norma o apoio ao aleitamento materno. Para ser amigo da criança, o hospital deve também respeitar outros critérios, como o cuidado respeitoso e humanizado à mulher durante o pré-parto, parto e o pós-parto, garantir livre acesso à mãe e ao pai e permanência deles junto ao recém-nascido internado, durante 24 horas, e cumprir a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças na Primeira Infância (NBCAL). (BRASIL, 2009)

Além disso, a Rede Cegonha, instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde, consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao

puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2011) também possui pilares que sustentam e incentivam o aleitamento materno. Ademais, também oferta componentes voltados para a vinculação da gestante à maternidade de referência e a ambientação realizada através da visita à maternidade, que favorece na diminuição do medo/ansiedade, permite conhecer os ambientes, normas e rotinas institucionais.

A presença do acompanhante é garantido pela Lei Nº11.108 de 2005 que prevê a presença do acompanhante de livre escolha da mulher, e recentemente o direito das mulheres foi reforçado com a Lei Nº 14.737/2023, que permite a presença do acompanhante em consultas, exames e procedimentos realizados em unidades de saúde públicas ou privadas, toda mulher tem o direito de fazer-se acompanhar por pessoa maior de idade, durante todo o período do atendimento, independentemente de notificação prévia.

O estudo revela que cumpre a legislação em partes, uma vez que estimula a presença do acompanhante durante as consultas, participação dos grupos educativos, visita à maternidade, parto e puerpério. Contudo, mesmo com as leis regulamentadoras, a limitação do espaço físico da maternidade influencia na presença do acompanhante desde o momento da internação da parturiente até o pós-parto, uma vez que enquanto não está estabelecido o trabalho de parto ativo, as mulheres são acomodadas na enfermaria de gestantes. Desse modo, a depender da evolução do trabalho de parto, as mesmas podem não ter acompanhante durante o parto e nascimento, por motivos de tempo de locomoção do acompanhante até a maternidade, como visto em um dos relatos apresentados.

Bohren et al. (2019) realizou uma revisão de literatura onde revela que o acompanhante durante o trabalho de parto apoiou as mulheres de quatro maneiras diferentes, a saber: apoio informativo, como defensores, apoio prático e apoio emocional. Na primeira categoria, foi destacado que quem acompanhava as mulheres forneceu informações sobre o parto, facilitou a comunicação entre profissionais de saúde e pacientes e ajudou no alívio não farmacológico da dor. A segunda e terceira categorias, se concentraram na defesa dos desejos das pacientes e no incentivo à liberdade de movimentos, respectivamente. Enquanto que a quarta categoria ressaltou os elogios e garantia para ajudar as pacientes a se sentirem seguras.

O estudo de Castro et. al (2022) reforça a legislação e também as boas práticas obstétricas ao afirmar que a presença de um acompanhante é considerada uma prática com utilidade para a qualidade do processo do parto e deve ser estimulada, tendo como ponto focal a questão do respeito à decisão de escolha da mulher pelo acompanhante que assim desejar. Nesse sentido, Anjos e Gouveia (2019) corroboram ao afirmarem que as mulheres que possuem acompanhante durante o trabalho de parto relatam experiências positivas, além de estar associado com menos intervenções desnecessárias e analgesia, bem como maior índice de partos vaginais espontâneos e com menor duração.

No que se refere a boas práticas no trabalho de parto e parto, foi visto baixa elaboração (13,3%) do Plano Individual de Parto (PIP) pelas mulheres que deram à luz no hospital, apesar de um índice maior (40%) de mulheres relatarem conhecimento sobre o documento. No mesmo sentido do Brasil, o estudo de Garrett (2023) demonstra que em Portugal, o plano de parto também é pouco difundido e conhecido, e para além disso, acabam desencadeando atritos entre os profissionais de saúde e as mulheres. Outro ponto importante ressaltado pelo autor é que desde a sua construção até à sua implementação, o plano de parto está repleto de limitações.

Em contrapartida, o estudo de Loiola et al. (2020) mostra a realidade de uma casa de parto localizada no município do Rio de Janeiro, onde atuam somente enfermeiras obstétricas, em que foram entrevistadas 11 puérperas que participaram de rodas de conversa e consultas individuais para elaboração do plano de parto e demonstraram satisfação com o uso do PIP durante o trabalho de parto.

Em 2018, para atender às diretrizes e normativas do Projeto Apice On, as discussões sobre a implementação do plano de parto se iniciaram entre os membros da equipe multiprofissional. Com a implementação do processo de acreditação hospitalar, essas discussões foram retomadas e efetivamente o documento foi instituído em julho de 2023, pela enfermeira coordenadora do ambulatório de pré-natal, no hospital de ensino. Foi pensado a realização das rodas de conversa para orientar sobre o documento e trocar informações sobre seus benefícios nos dias em que as mulheres estão agendadas para a visita à maternidade vinculado à Rede Cegonha. Dessa forma, espera-se aumentar o quantitativo de gestantes que irão se beneficiar desta tecnologia de cuidado. Todavia, aponta-se como sugestão

rever o planejamento da atividade, à medida que uma puérpera informou que havia preenchido um documento ofertado pelo pré-natal, mas a mesma não sabia do que se tratava.

Desse modo, ao longo da atividade proposta é importante se certificar de que a mulher e seu familiar tenham entendido sobre o plano de parto e dos benefícios que a elaboração do mesmo trazem à mulher e ao recém-nascido. Além disso, recomenda-se que a temática seja amplamente discutida nos grupos de gestantes e também durante as consultas de pré-natal, de forma a responsabilizar a equipe multiprofissional como co-responsáveis no processo de educação em saúde. Assim como, incluir uma consulta de enfermagem obstétrica no terceiro trimestre, com o intuito de conferir a elaboração do plano de parto e também conversar com a família sobre o que foi escrito.

Desse modo, Santos et al. (2019) salienta que por meio da construção do plano de parto, as mulheres podem fortalecer a confiança em relação ao parto, expressar suas preferências e melhorar a comunicação com a equipe profissional, além de ser um método de prevenção quaternária frente à violência obstétrica e de reafirmação de seus direitos sexuais/reprodutivos e acesso à assistência de qualidade.

Os benefícios da utilização do documento estão relacionados tanto à mulher, quanto ao recém-nascido, tais como: redução de intercorrências, menor taxas de cesarianas, favorece o protagonismo da mulher, facilita o processo de tomada de decisão (Meira e Ferreiras, 2021). Além de melhores resultados de Apgar e no pH do cordão umbilical, aumento do contato pele a pele e menor índice de internações neonatais em UTI. (Branco et al., 2022)

Contudo, tão importante quanto a construção do plano de parto, é o profissional de saúde que irá assistir a parturiente ter ciência do mesmo. No presente estudo, foi visto que quando o plano de parto foi apresentado à médica residente na internação, o documento foi recebido e lido com a gestante. Porém, a literatura retrata que muitos profissionais desconhecem tal documento, o que acaba impactando na assistência mais qualificada e melhora da experiência de parto da mulher, segundo Boff et al. (2023).

Para além do plano de parto, um atendimento respeitoso e centrado na mulher também favorece a experiência positiva de parto, sendo um ponto de grande destaque do estudo, onde boa experiência foi relatada pelas entrevistadas. Assim,

uma boa experiência de parto é considerada a partir de como foi o tratamento durante o parto, se elas tiveram posição livre e com pertencimento intercultural, se houve respeito no consumo de alimentos e águas medicinais de acordo com os costumes da mãe, uso de roupas adequadas, companhia com o parceiro e o tratamento da parteira. (Salazar, 2021).

No ano de 2021 foram publicados estudos avaliativos da Rede Cegonha pelo Caderno de Saúde Pública, e dentre os estudos, Leal, et al. (2021) ressalta a fala das puérperas e como foi sua satisfação durante o parto. Dessa maneira, o estudo destaca que o ponto chave para uma melhor experiência de parto foi o diálogo entre a parturiente e os profissionais de saúde que acompanham o trabalho de parto, uma vez que mulheres que estavam munidas de informação e boa comunicação, expressaram maior satisfação durante o parto e nascimento.

Já em relação ao uso de métodos não farmacológicos para o alívio da dor, o banho morno de aspensão e a bola suíça foram as tecnologias mais citadas, sendo 40% e 26,7% respectivamente, seguido da massagem e penumbra. Também foi citado pelas puérperas a livre posição (26,7%), a amamentação na golden hour, contato pele a pele e a presença da doula por 26,7% das mulheres. As boas práticas obstétricas são recomendadas pela Organização Mundial da Saúde, que de tempos em tempos renovam suas orientações, sendo a mais atual disponibilizada em 2018 intitulado “WHO recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience”, onde reforçam recomendações de boas práticas obstétricas e salientam a não recomendação de algumas práticas obsoletas, com o objetivo de melhorar constantemente a assistência obstétrica.

A atuação da enfermeira obstétrica em sala de parto é retratada como fundamental na garantia de direitos e autonomia das parturientes na literatura. E como visto no estudo, também foi perceptível a presença dessa profissional em sala de parto, o que torna a assistência ainda mais qualificada e multiprofissional, ainda que em um cenário de parto e nascimento de alto risco. Almeida et al. (2023) faz um destaque em seu artigo quanto à utilização de métodos não farmacológicos para o alívio da dor, como bola suíça, banho morno, cavalinho, banqueta e respiração consciente, pelas enfermeiras obstétricas durante o acompanhamento do trabalho

de parto. O autor também revela que a partir da implementação do projeto Apice On² na maternidade, houve maior investimento na qualificação dessas profissionais, que baseiam sua prática em evidência científica, mas sem esquecer do cuidado integral e individualizado.

Os desafios são grandes para melhoria da assistência obstétrica brasileira, e entende-se que em muitas instituições, como a do presente estudo, existe defasagem no quadro de profissionais, o que dificulta a implantação de diretrizes e normativas ministeriais.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo permitiu identificar que uma parcela expressiva das participantes conhecem o plano de parto, contudo ainda precisam ampliar a elaboração do mesmo. Tal fato, pode ser relacionado a pouca propagação do documento durante o período gestacional, momento de importante preparo para o parto e nascimento. As participantes que relataram ter conhecimento sobre o plano de parto, obtiveram informações, além da consulta de pré-natal, através da internet, da doula e de participação em grupos de educação em saúde.

No que tange aos grupos educativos, houve grande adesão pelas gestantes e também pelos acompanhantes. Eles puderam se preparar para o trabalho de parto, parto e aleitamento materno, por meio da visita à maternidade vinculada à Rede Cegonha e pelo Banco de Leite Humano do hospital de ensino.

Em relação a experiência de parto, foi expressada grande satisfação pelas participantes, desde a entrada na maternidade até o nascimento, com preservação da autonomia e direito de escolha da parturiente. Também são adotadas práticas como métodos não farmacológicos para o alívio da dor durante o trabalho de parto, além das boas práticas obstétricas, como clampeamento oportuno do cordão umbilical e contato pele a pele, que são essenciais para a saúde materna e do recém-nascido, bem como favorece a criação de vínculo.

² O projeto Apice On – Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia é uma iniciativa do Ministério da Saúde em parceria com a EBSEH, ABRAHUE, MEC e IFF/ FIOCRUZ, tendo a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) como instituição executora.

Portanto, o fortalecimento das políticas públicas de saúde voltadas para atenção obstétrica são de fundamental importância para cada vez mais obter melhoria do cuidado às mulheres, além da promoção da educação em saúde que foi vista como uma aliada no processo gravídico-puerperal, uma vez que permite a troca de conhecimento entre os profissionais de saúde e mulheres. Contudo, é necessário estar sempre atento e buscar por constantes atualizações e treinamentos da equipe de saúde para que o melhor cuidado seja oferecido às gestantes, bem como a criação de protocolos institucionais.

Nesse sentido, o movimento acerca da implantação do plano de parto iniciado pela enfermeira obstétrica coordenadora do ambulatório de pré-natal, deve ser fortalecido, apoiado e responsabilizado por todos os profissionais de saúde, de forma multiprofissional, para a garantia da lei estadual Nº 7191/ 2016 no hospital de ensino. No que tange a assistência da enfermeira obstétrica tanto no pré-natal, quanto no centro obstétrico, apesar do baixo número dessas profissionais nos diferentes cenários de atuação, como ambulatório de pré-natal e sala de parto, destaca-se a necessidade de maior participação da enfermeira especialista, através de consultas de pré-natal de cunho informativo e assistência ao trabalho de parto e parto, já que as recomendações nacionais e internacionais relacionam a presença dessa profissional com maior satisfação das mulheres e aumento das boas práticas obstétricas.

Como fator limitante da pesquisa destaca-se que o estudo ocorreu em um momento de transição referente a inserção do plano de parto como parte da rotina das orientações de pré-natal. Por isso, recomenda-se pesquisas futuras para avaliar a consolidação dessa tecnologia de cuidado no hospital de ensino.

7 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida VLM ; Alves VH; Rodrigues DP; Pereira AV; Vieira BDG; Santos IMM ; Oliveira TR. O cuidado das enfermeiras no parto e no nascimento após a inserção do projeto Apice On. *Av Enferm.* 2023;41(1):95068. <http://doi.org/10.15446/av.enferm.v41n1.95068>

Alves MTSSB et al. Desigualdade racial nas boas práticas e intervenções obstétricas no parto e nascimento em maternidades da Rede Cegonha. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(3):837-846, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/TgWVvKSQ86KPrsqpVfRsNdKg/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 25 de jul. 2022.

AMORIM, T. S. *et al.* Gestão do cuidado de Enfermagem para a qualidade da assistência pré-natal na Atenção Primária à Saúde. **Escola Anna Nery**, [S. l.], v. 26, 21 fev. 2022. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/ean/a/HGs3P75mn7qvwvNB8WCH6rVL/?lang=pt>. Acesso em: 10 ago. 2022.

BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa. 2011. ISBN: 9788562938047.

BARROS APZ, Lipinski JM, Sehnem GD, Rodrigues AN, Zambiasi ES. Conhecimento de enfermeiras sobre plano de parto. *Revista de Enfermagem da UFSM* 7, no. 1 (June 27, 2017): 69–79. <https://doi.org/10.5902/2179769223270>.

BIESCAS H, BENET M, PUEYO MJ, RUBIO A, PLA M, PÉREZ-BOTELLA M, ESCURIET R. Uma revisão crítica do uso do plano de parto na Catalunha. *Sexual & Reproductive Healthcare*. Volume 13, outubro de 2017 , Páginas 41-50. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2017.05.006>

Branco JSMC; Silva LSB; Silva JLS; Sousa KKB; et. al. A importância do plano de parto para autonomia da parturiente. *Research, Society and Development*, v. 11, n. 7, e43911730102, 2022 (CC BY 4.0) | ISSN 2525-3409 | DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i7.30102>. Acesso em: 01. mar. 2024.

BRASIL. LEI Nº 7.498, DE 25 DE JUNHO DE 1986. Dispõe sobre a regulamentação da enfermagem, e dá outras providências. 1986. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7498.htm. Acesso em: 19. set. 2022.

BRASIL. LEI Nº 11.108 DE 7 DE ABRIL DE 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. 2005. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2004-2006/2005/lei/111108.htm. Acesso em 15. dez. 2023.

BRASIL. LEI Nº 14.737 DE 27 DE NOVEMBRO DE 2023. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde), para ampliar o direito da mulher de ter acompanhante nos atendimentos realizados em serviços de saúde públicos e privados. 2023. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2023-2026/2023/lei/l14737.htm. Acesso em: 26. fev. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2012. 318 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, nº 32). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf. Acesso em: 22 de mar. 2022

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de políticas de saúde. Programa de Humanização do parto - Programa de Humanização no pré-natal e nascimento. Brasília. 2002. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>. Acesso em: 07 de jun. 2022

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2017. 51 p. : il. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf. Acesso em: 24 de ago. 2022

BRASIL. Portaria Nº1.459, DE 24 DE JUNHO DE 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em: 05 de out. 2023

BREGA, C. B. *et al.* Conhecimento de gestantes e puérperas sobre o atendimento na atenção primária do município de Ananindeua, estado do Pará. FEMINA 2021;50(2):121-8. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/04/1366127/femina-2022-502-121-128.pdf#:~:text=Em%20rela%C3%A7%C3%A3o%20ao%20processo%20educativo,o%20atendimento%20realizado%20na%20UBS>. Acesso em: 24 de ago. 2022

Bohren MA, Berger BO, Munthe-Kaas H, Tunçalp Ö. Perceptions and experiences of labour companionship: a qualitative evidence synthesis. Cochrane Database of Systematic Reviews 2019, Issue 3. Art. No.: CD012449. DOI: 10.1002/14651858.CD012449.pub2. Accessed 04 January 2024.

De Santana, WN, Azevêdo JAF, Holanda VR, Gomes ALV e Albuquerque GPM.

PLANO DE PARTO COMO INSTRUMENTO DAS BOAS PRÁTICAS NO PARTO E NASCIMENTO: REVISÃO INTEGRATIVA. *Revista Baiana de Enfermagem*33 (March 17, 2020). <https://doi.org/10.18471/rbe.v33.32894>.

CAREGNATO, RCA; MUTTI R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2006 Out-Dez; 15(4): 679-84. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/9VBbHT3qxByvFCtbZDZHgNP/?format=pdf&lang=pt> . Acesso em: 20 set. 2022.

CASARIN, Sidnéia Tessmer; CAGLIARI, Raquel; ROSADO, Caroline Ramos; MACHADO, Cristina do Amaral. Gravidez, parto e puerpério: conversando com gestantes e familiares. *Revista Caminho Aberto* • Ano 7 • n. 12 • Jan./Jun. 2019 • ISSN 2359-0580. Disponível em: https://periodicos.ifsc.edu.br/index.php/caminhoaberto/article/view/2617/pdf_. Acesso em: 23 de abr. 2021.

DE SOUZA, R. A. *et al.* Avaliação da qualidade da assistência pré-natal prestada pelo enfermeiro: pesquisa exploratória. **Online Brazilian Journal of Nursing**, [S. l.], v. 19, n. 3, 9 nov. 2020. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/6377>. Acesso em: 10 ago. 2022.

Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2008 [cited 2018 Jan 20]; 24(1):17-27. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n1/02.pdf>. Acesso em: 31 out. 2022.

Fontelles MJ, Simões MG, Farias SH, Fontelles RGS. Metodologia da pesquisa científica: diretrizes para a elaboração de um protocolo de pesquisa. *Rev. para. med* ; 23(3)jul.-set. 2009. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-588477>. Acesso em: 20 set. 2022.

Garrett ARD. O papel do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia na implementação do Plano de Parto. *Lisboa; s.n; 2023*. Tese em Português | BDENF - Enfermagem | ID: biblio-1519206. Disponível em: https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/45043/1/MESMO_4465_original.pdf . Acesso em: 04 jan. 2024.

Gil AC. COMO CLASSIFICAR AS PESQUISAS?. 2012. Disponível em: <https://docplayer.com.br/27111896-Como-classificar-as-pesquisas-por-antonio-carlos-gil.html>

GIL, Antônio Carlos. Como elaborar projetos de pesquisa. São Paulo: Atlas, 2008. Disponível em:

https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/150/o/Anexo_C1_como_elaborar_projeto_de_pesquisa_-_antonio_carlos_gil.pdf

GAMA, S. G. N. da *et al.* Atenção ao parto por enfermeira obstétrica em maternidades vinculadas à Rede Cegonha, Brasil – 2017. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 26, n. 3, p. 919–929, mar. 2021. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232021000300919&tlng=pt. Acesso em: 25 jul. 2022.

GONÇALVES LD, SILVA JC, RODRIGUES MS. Boas práticas na assistência ao parto: implicações do plano de parto. v. 6 n. Especial (2018): Revista Brasileira de Ciências da Vida. Disponível em: <http://jornalold.faculdadecienciasdavidacom.br/index.php/RBCV/article/view/747>. Acesso em: 26 de jun. 2022.

JARDIM MJA, SILVA AA, FONSECA LMB, et al. Contribuições do Enfermeiro no Pré-Natal para a Conquista do Empoderamento da Gestante. Rev Fund Care Online. 2019.11(n. esp):432-440. Disponível : DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i2.432-440>. Acesso em: 20 de mar. 2022.

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, Rio de Janeiro, 30 Sup:S192-S207, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/Ss5zQXrMrGrGJvcVMKmJdqR/?lang=pt&format=html>. Acesso em: 24 de agos. 2022

LEAL, M. do C. *et al.* Assistência pré-natal na rede pública do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 54, 20 jan. 2020. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/rsp/a/ztlYnPcNFcszFNDrBCFRchq/?lang=pt>. Acesso em: 10 ago. 2022.

Leal NP et al. Práticas sociais do parto e do nascer no Brasil: a fala das puérperas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(3):941-950, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/c8q3b3jhmngHQftKxfJQBm/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 03 jan. 2024.

Lima VKS, Hollanda GSE, Oliveira BMM, Oliveira IG, Santos LVF, Carvalho CML. Educação em saúde para gestantes: a busca pelo empoderamento materno no ciclo gravídico-puerperal. Rev Fun Care Online. 2019 jul/set; 11(4):968-975. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i4.968-975>. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/6822/pdf_1. Acesso em: 18 de mai. 2020.

MAZZETTO, Fernanda Moerbeck Cardoso; PRADO, Julia Tavares de Oliveira

;SILVA, Joyce Caroline Calixta da; SIQUEIRA, Fernanda Paula Cerântola; MARIN, Maria José Sanches; ESCAMES, Leticia; KIM, Cristina Jin Sil. Sala de espera: educação em saúde em um ambulatório de gestação de alto risco. *Saúde e Pesqui.* 2020 jan-mar; 13(1): 93-104 e-ISSN 2176-9206. Disponível em: <https://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/7433> . Acesso em: 24 de mar. 2022.

MEDEIROS RMK, FIGUEIREDO G, CORREA ACP, BARBIERI M. Repercussões da utilização do plano de parto no processo de parturição. *Rev Gaúcha Enferm.* 2019;40:e20180233. Disponível em: doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180233>. Acesso em: 20 de mar. 2022.

MEIRA, Eduarda Maria Cetto; FERREIRA, Éliton Aparecido. Aspectos positivos e negativos da aplicação clínica do plano de parto: revisão integrativa da literatura. *REINPEC.* V 07, n. 2. 2021. Disponível em: <http://reinpec.cc/index.php/reinpec/article/view/824/604>. Acesso em: 01. mar. 2024.

Minayo MCS, Costa AP. Fundamentos Teóricos das Técnicas de Investigação Qualitativa. *Revista Lusófona de Educação*, 2018, núm. 40, April-June, ISSN: 1645-7250 1646-401X. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/349/34958005002/34958005002.pdf>. Acesso em: 27 de ago. 2022.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). *Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade.* 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001. Disponível em: http://www.faed.udesc.br/arquivos/id_submenu/1428/minayo_2001.pdf. Acesso em: 27 ago. de 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal. 2016. CONITEC. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio_Diretriz-PartoNormal_CP.pdf

NARCHI, Nádia Zanon et al . O plano individual de parto como estratégia de ensino-aprendizagem das boas práticas de atenção obstétrica. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 53, e03518, dez. 2019 . Disponível em <http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342019000100473&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 24 ago. 2022. Epub 05-Set-2019. <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2018009103518>.

Neto LHTS, Silveira EF, Arossi GA, Périco E. Perfil socioeconômico e gestacional de gestantes de um município da Amazônia Brasileira. *Braz. J. of Develop.*, Curitiba, v.6, n.10,p.82253-82269,oct.2020.ISSN 2525-8761. Disponível em:

<https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/18912/15208>.

Acesso em: 28. fev. 2024.

NUNES ADS, AMADOR AE, DANTAS APQM, AZEVEDO UN, BARBOSA IR. Acesso à assistência pré-natal no Brasil: análise dos dados da pesquisa nacional de saúde. *Rev Bras Promoç Saúde*, Fortaleza, 30(3): 1-10, jul./set., 2017. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/6158>.

OLIVEIRA, Patricia Santos de et al. Best practices in the delivery process: conceptions from nurse midwives. *Rev. Bras. Enferm.*, v. 72, n. 2, p. 455-462, abr. 2019. Disponível em

<http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672019000300455&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 24 ago. 2022. Epub 18-Abr-2019.

<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0477>.

OMS. Recomendações da OMS Cuidados durante o parto uma experiência de parto positiva. 2018. ISBN 978-92-4-155021-5. Disponível em:

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf>

PEREIRA CCC, BUTTOW LJR, CREMONESE L, RAMPELOTTO GF, WILHELM LA, BARRETO CN. CONTRIBUIÇÕES DO PLANO DE PARTO E ESTRATÉGIAS PARA INSERÇÃO NO PRÉ-NATAL: REVISÃO NARRATIVA. *Disciplinarum Scientia. Série: Ciências da Saúde*, Santa Maria, v. 21, n. 2, p. 59-71, 2020. Disponível em:

<https://periodicos.ufn.edu.br/index.php/disciplinarumS/article/view/3218#:~:text=O%20plano%20de%20parto%20%C3%A9%20respeitados%20pelos%20profissionais%20de%20sa%C3%BAde>.

PEREIRA, J. de C. N. *et al.* Evolução temporal do pré-natal em Pernambuco nos anos 1997, 2006 e 2016 [Temporal evolution of prenatal care in Pernambuco in the years 1997, 2006 and 2016] [Evolución temporal de la atención prenatal en Pernambuco en los años 1997, 2006 y 2016]. *Revista Enfermagem UERJ*, [S. l.], v. 30, n. 1, p. 64056, 12 abr. 2022. Disponível em:

<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/64056>.

Acesso em: 10 ago. 2022.

Pimenta, D.G., Azevedo Cunha, M., Andrade-Barbosa, T.L., Oliveira e Silva, C.S. y Xavier-Gomes, L.M. 2013. El parto realizado por matronas: una revisión integradora. *Enfermería Global*. 12, 2 (mar. 2013). Disponível em:

<https://revistas.um.es/eglobal/article/view/156451>. Acesso em: 16 jul. 2022.

Riegert IT, Correia MB, Andrade ÂRL de et al. Avaliação da satisfação de puérperas em relação ao parto. *Rev enferm UFPE on line.*, Recife, 12(11):2986-93, nov., 2018. Disponível em:

<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/236863>. Acesso em: 02 de abr. 2022.

RIO DE JANEIRO. Lei ordinária nº 7197 de 6 de Janeiro de 2016. Dispõe sobre o direito ao parto humanizado na rede pública e privada de saúde no estado do rio de janeiro e dá outras providências. Governo do estado do Rio de Janeiro [2016].

Disponível em:

<https://leisestaduais.com.br/rj/lei-ordinaria-n-7191-2016-rio-de-janeiro-dispoe-sobre-o-direito-ao-parto-humanizado-na-rede-publica-de-saude-no-estado-do-rio-de-janeiro-e-da-outras-providencias#:~:text=DISP%C3%95E%20SOBRE%20O%20DIREITO%20AO,pela%20Lei%20n%C2%BA%209238%2F2021>). Acesso em: 26 de ago.. 2022.

SANTOS FM. Resenha análise de conteúdo: a visão de Laurence Bardin. Revista Eletrônica de Educação, v. 6, n. 1, mai. 2012. Resenhas. ISSN 1982-7199.

Disponível em:

<https://www.reveduc.ufscar.br/index.php/reveduc/article/download/291/156>. Acesso em: 20 set. 2022.

Seabra CAM, Xavier SPL, Sampaio YPCC, Oliveira MF, Quirino GS, Machado MSAF. Educação em saúde como estratégia para promoção da saúde dos idosos: Uma revisão integrativa. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. 2019;22(4):e190022.

Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rbagg/a/xmDgQQxDN4gPRWgTQHysZXn/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 24 de ago. 2022

Silva ALNV, Neves AB, Sgarbi AKG, Souza RA. “Plano de parto: ferramenta para o empoderamento de mulheres durante a assistência de enfermagem.” *Revista de Enfermagem da UFSM* 7, no. 1 (May 30, 2017): 144–51.

<https://doi.org/10.5902/2179769222531>.

Silva JCB, Lima RMC, Lins MARA, Lemos MEP, Carvalho MVG, Silva SV. Oficinas Educativas Com Gestantes Sobre Boas Práticas Obstétricas. *Revista de Enfermagem UFPE on Line* 13, no. 1 (January 3, 2019): 255–60.

<https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i1a237573p255-260-2019>.

Silva LF, Sanches METL, Santos AAP, Oliveira JCS, Aciole DMN, Santos JAM. Adherence to good obstetric practices: building qualified assistance in maternity schools. *Rev baiana enferm.* 2021;35:e37891. Disponível em:

http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2178-86502021000100303&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 25 de jul. 2022.

Silva WNS, Azevedo JAF, Holanda VR, Gomes ALV, Albuquerque GPM. Plano de parto como instrumento das boas práticas no parto e nascimento: revisão integrativa. *Rev baiana enferm.* 2019;33:e32894. Disponível em:

<https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/32894/20761>

SOARES MAS, AQUINO R. Associação entre as taxas de incidência de sífilis gestacional e sífilis congênita e a cobertura de pré-natal no Estado da Bahia, Brasil.

Cad. Saúde Pública 2021; 37(7):e00209520. Disponível em:
<https://www.scielo.org/article/csp/2021.v37n7/e00209520/>. Acesso em: 15. set. 2022.

SOUSA, José Raul de; SANTOS, Simone Cabral Marinho dos. Análise de conteúdo em pesquisa qualitativa: modo de pensar e de fazer. Pesquisa e Debate em Educação, Juiz de Fora: UFJF, v. 10, n. 2, p. 1396 - 1416, jul. - dez. 2020. ISSN 2237-9444. DOI: <https://doi.org/10.34019/2237-9444.2020.v10.31559>. Acesso em: 31 out. 2022.

SOUZA, BF. Benefícios da implementação do plano de parto: uma revisão integrativa. Bruna Freitas de Souza; orientador Marli Terezinha Stein Backes, 2021. 58p. Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) - Universidade federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Graduação em enfermagem, Florianópolis, 2021. Disponível em:
https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/228691/TCC_Bruna_Freitas_30.09.21_assinado_assinado.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 26 de ago. 2022.

Souza EVA de, Bassler TC, Taveira AG. Educação em saúde no empoderamento da gestante. Rev enferm UFPE on line., Recife, 13(5):1527-31, maio., 2019. ISSN: 19 ISSN: 1981-8963. Disponível em:
<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1024786>.

Spindola T, Araújo ASB, Dias PDG, et al. Caracterização de Gestantes Atendidas na Estratégia de Saúde da Família: Uma Contribuição para Enfermagem Obstétrica. Rev Fun Care Online.2020. jan./dez.; 12:1221-1226. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v12.934>. Acesso em: 1. mar. 2024.

SUÁREZ-CORTÉS M, ARMERO-BARRANCO D, CANTERAS-JORDANA M, MARTÍNEZ-ROCHE ME. Uso e influencia de los Planes de Parto y Nacimiento en el proceso de parto humanizado [Use and influence of Delivery and Birth Plans in the humanizing delivery process]. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2015 May-Jun [cited 2016 Oct 06];23(3):1-7. Available from:
<http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/102758/101029> Spanish.

TRIGUEIRO TH, PARDO HN, BERTELONI GMA, FRANCO CS, WALL ML, SOUZA SRRK. O uso do plano de parto por gestantes no pré-natal: uma revisão de escopo. REME - Rev Min Enferm. 2021 ;25:e-1391. Disponível em:
<https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/e1391.pdf>. DOI: 10.5935/1415.2762.20210039.

Trigueiro TH , Arruda KA,Santos SD, Wall ML, Souza SRRK, Lima LS. Experiência de gestantes na consulta de Enfermagem com a construção do plano de parto. *Escola Anna Nery* 26 (2022): e20210036.
<https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2021-0036>.

TOMASI, Y. T. *et al.* Do pré-natal ao parto: um estudo transversal sobre a influência do acompanhante nas boas práticas obstétricas no Sistema Único de Saúde em Santa Catarina, 2019. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, [S. l.], v. 30, dez. 2021. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/ress/a/ZHFXkKHPPypjwbthCxsRjQp/?lang=pt>. Acesso em: 25 jul. 2022.

Fundo das Nações Unidas para a Infância. Iniciativa Hospital Amigo da Criança : revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado : módulo 3 : promovendo e incentivando a amamentação em um Hospital Amigo da Criança : curso de 20 horas para equipes de maternidade / Fundo das Nações Unidas para a Infância, Organização Mundial da Saúde. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009. 276 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/iniciativa_hospital_amigo_crianca_modulo3.pdf. Acesso em: 9 jan. 2024.

VENDRÚSCULO CT, KRUEL CS. A história do parto: do domicílio ao hospital; das parteiras ao médico; de sujeito a objeto. *Disciplinarum Scientia. Série: Ciências Humanas*, Santa Maria, v. 16, n. 1, p. 95-107, 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufn.edu.br/index.php/disciplinarumCH/article/view/1842>

VILAR et al. Educação em saúde e direito: em busca da proteção do aleitamento materno e dos direitos das gestantes em uma maternidade pública. *Research, Society and Development*, v. 9, n.1, e22911552, 2020 (CC BY 4.0) |ISSN 2525 - 3409 | DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i1.1552>. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/1552/1407>. Acesso em: 23 fev. 2024.

VIELLAS, E. F. *et al.* Assistência ao parto de adolescentes e mulheres em idade materna avançada em maternidades vinculadas à Rede Cegonha. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 26, p. 847–858, 15 mar. 2021. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/csc/a/vNvVPPNXWNxRTscRRysSm9J/?lang=pt>. Acesso em: 25 jul. 2022.

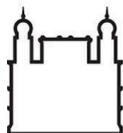
VILELA, Maria Esther de Albuquerque . Atenção ao parto e nascimento em hospitais de ensino: o que dizem as mulheres / Maria Esther de Albuquerque VILELA. - Rio de Janeiro, 2018. 91 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Rio de Janeiro RJ, 2018. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/27406>. Acesso em: 21 set. 2022.

WHO. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. 2016. ISBN 978 92 4 154991 2. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549912>

Yin, Robert K. Pesquisa qualitativa do início ao fim [recurso eletrônico]/ Robert K. Yin ; tradução: Daniel Bueno ; revisão técnica: Dirceu da Silva. – Porto Alegre : Penso, 2016. e-PUB. Editado como livro impresso em 2016. ISBN 978-85-8429-083-3.

8. APÊNDICES

- **APÊNDICE A**



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



IFF

INSTITUTO NACIONAL | FERNANDES FIGUEIRA
DE SAÚDE DA MULHER, DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

Questionário semiestruturado

Entrevista com puérperas

Data da entrevista: ___/___/___

- **Identificação**

1- Iniciais da entrevistada: _____

2- Data de nascimento: _____

3- Raça/cor: _____

4- Escolaridade: _____

5- Estado civil: _____

6- Ocupação: _____

7- Renda familiar: () Até 2 salários mínimos () 2 a 4 salários mínimos () 4 a 10 salários mínimos () 10 a 20 salários mínimos () Acima de 20 salários mínimos

- **Pré-natal**

1- G__P__ (PN__PC__)A__

2- Você realizou o pré-natal? Se sim, quantas consultas foram feitas?

- 3- Onde você realizou o pré-natal? Você foi acompanhada por quais profissionais?
- 4- Você tem alguma comorbidade? Se sim, qual?
- 5- Você participou de atividades educativas durante o pré-natal? Se sim, quais eram e o que era falado?
- 6- Você tinha acompanhante durante os grupos de educação em saúde? Se sim, quem?
- 7- Você conhece o plano de parto? O que entende que seja o plano de parto?
- 8- Você elaborou o plano de parto? Se sim, teve orientação ou ajuda de um profissional de saúde ou familiar/amigo?
- 9- Você se recorda quais informações recebeu sobre o plano de parto ?
- 10- Essas orientações foram repassadas pela equipe médicos e enfermeiras do pré-natal ou você obteve essas informações em outro lugar? Me explique?
- 11- O que você levou em consideração para fazer seu plano de parto?

- **Trabalho de parto e parto**

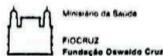
- 1- Você apresentou seu plano de parto para a equipe da maternidade no dia da internação?
- 2- A via de nascimento foi por parto vaginal ou cirurgia cesariana?
- 3- Você acha que seu plano de parto foi respeitado quanto aos itens descritos? Por que? Me explique?
- 4- Você acredita que ter expresso os seus desejos no plano de parto pode favorecer a vivência do nascimento do seu filho?
- 5- Como foi a sua experiência de parto? Me explique como se sentiu sobre suas sensações e desejos, a presença acompanhante e as atitudes da equipe.

6- Caso não conhecesse o plano de parto antes de hoje, o que você gostaria de descrever como um desejo seu a ser atendido pela equipe durante o parto?

7- Você acredita que poderia mudar sua experiência de parto se tivesse elaborado o plano de parto?

9. ANEXOS

- Anexo 1



TERMO DE CIÊNCIA, ORIENTAÇÃO INSTITUCIONAL e ADMISSÃO NO PRÉ-NATAL - IFF

Nome Civil:	Prontuário:
Nome Social:	Data Nascimento:

- 1- Este Pré-natal atende de forma prioritária a gestações com ALTO RISCO FETAL. Pacientes com condições maternas de risco moderado/grave, não informadas ou detectadas durante o pré-natal, poderão ser transferidas para um Pré-natal de risco clínico materno visando garantir a segurança da mesma.
- 2- Durante o Pré-natal poderão ser necessários procedimentos diagnósticos ou terapêuticos invasivos, os quais serão ofertados mediante Termo de Consentimento Informado, sendo que a paciente poderá ou não aceitar fazê-los, sabendo, no entanto, que a recusa poderá comprometer a qualidade da assistência no Pré-natal.
- 3- Por ocasião do parto poderá ocorrer falta de leitos na Maternidade ou mesmo fechamento da UTI Neonatal ou Centro Cirúrgico Obstétrico. Neste caso a paciente será encaminhada para outras Unidades de Saúde e a Instituição proverá meios físicos para a transferência.
- 4- Estou ciente que em determinadas situações de risco de morte poderá ser necessário a transfusão com sangue ou outros derivados de sangue.
- 5- Estou ciente que a DOULA visa dar suporte físico e emocional para a gestante durante o trabalho de parto sendo vedada a execução ou interferência em qualquer procedimento assistencial da equipe médica ou de enfermagem. E para aquelas que desejam a presença da Doula solicita-se a realização do cadastro prévio junto a Maternidade.
- 6- O PLANO DE PARTO será discutido com a equipe assistencial, no grupo de visita à Maternidade, que ocorre após 28 semanas de gestação. A solicitação da gestante somente será aceita se estiver em acordo com as boas práticas assistenciais desta Instituição e nos protocolos do Ministério da Saúde.
- 7- Entendo que a permanência do bebê comigo no alojamento conjunto em tempo integral, favorece o Aleitamento Materno em livre demanda. Esse contato facilita o reconhecimento entre mim e o bebê, e permite os cuidados necessários para aquecer e amamentar meu bebê;
- 8- Entendo que o leite materno deve ser exclusivo (o único líquido oferecido) até os 6 meses de idade, em livre demanda, a não ser que haja indicação médica para o uso de medicações ou contra-indicação clínica ao aleitamento materno. E que é proibido no IFF o uso de chupetas e mamadeiras, pois pode ocorrer a "confusão de bicos", atrapalhando o aleitamento materno.
- 9- Estou ciente que devo retirar antes da internação hospitalar adornos, tais como: piercing, unhas postiças/ acrígel/ fibra de vidro, esmaltes escuros, cílios postiços e cabelos com apliques, pois não há estudos que comprovem a segurança com alguns aparelhos utilizados durante a cirurgia e parto, podendo levar a graves danos.
- 10 Estou ciente que pode ocorrer falta de leitos na Maternidade, na UTI Neonatal ou necessitar de procedimento diagnóstico e/ou terapêutico não disponível no Instituto; e que eu ou o meu bebê poderemos ter necessidade de transferência para outra Unidade de Saúde, que será feita pela Instituição através de Órgão Regulatório do Estado ou Município.
- 11 A necropsia é obrigatória e deve ser autorizada no parto, em todos os casos de "Interrupção Judicial da Gravidez".
- 12 Documentos obrigatórios na 1ª consulta (Matrícula): trazer este documento assinado; Xerox de TODOS os EXAMES já realizados nesta gestação (exames de sangue e ultrassom), cartão de vacinação e cartão de pré-natal da Unidade Básica de Saúde.

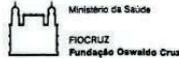
Li e entendi as orientações contidas neste documento.

Rio, ____/____/____ Hora: ____:____

Assinatura

Termo de Ciência do Pré-natal_ V 1.0 _ Jun. 2023_ prévio a comissão de documentos

• Anexo 2



**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
PARA O PARTO ADEQUADO**

Nome Civil:	Prontuário:
Nome Social:	Data Nascimento:

1. Declaro que o profissional que assina este documento me informou que o trabalho de parto visando o parto adequado consiste em esperar que as contrações do útero ocorram de forma regular e frequente até a dilatação completa do colo, terminando no nascimento do feto por via vaginal. E que é importante que eu conheça as práticas de assistência ao parto normal nesta Instituição, onde as minhas escolhas, relativas ao acompanhamento do trabalho de parto serão consideradas e respeitadas, desde que estejam em acordo com as melhores práticas obstétricas recomendadas pelo Ministério da Saúde.
2. Durante o trabalho de parto permanecerei no pré-parto, que é o local adequado para o acompanhamento e o mais seguro para mãe e o concepto. E que poderei receber líquidos claros, sem resíduos, até próximo ao momento do parto.
3. Fui informada que posso ser acompanhada do parceiro ou outro acompanhante que escolher, incluindo uma Doula. Entendo que a Doula é uma acompanhante, e que quando desejada a sua presença deve ser de responsabilidade da parturiente, ter seu registro profissional apresentado a Instituição, não sendo responsável pela condução ou interferência na condução do trabalho de parto e parto.
4. Compreendi que durante a fase ativa do trabalho de parto (mais de 5 cm de dilatação), as contrações do útero determinam a dilatação (abertura) contínua e progressiva do colo uterino até o nascimento do bebê, e que esse período pode durar até 24 horas.
5. Caso deseje, posso receber cuidados não farmacológicos para alívio da dor, tais como, banho morno, massagens, bola suíça, banqueta etc. Nos casos em que a analgesia/anestesia for desejada ou necessária, esta poderá ser local, peridural, raquianestesia e/ou anestesia geral (excepcionalmente) de acordo com o Termo de Consentimento do anestesista.
6. Fui informada que para avaliar o bem-estar da mãe e do bebê nesse período, uma equipe de médicos e enfermeiras realizam alguns procedimentos de rotina:
 - a) A ausculta dos batimentos do coração do bebê é realizada em diferentes intervalos de tempo, e em alguns casos pode ser necessário a ausculta contínua do coração do bebê para aumentar a vigilância sobre seu bem-estar.
 - b) A rotura da bolsa amniótica (bolsa de líquido que envolve o bebê dentro do útero) em geral ocorre de forma espontânea. No entanto, a rotura artificial da bolsa amniótica ou o uso da ocitocina (medicação para regularizar as contrações) podem ser indicados ao longo da assistência ao trabalho de parto para correção de alterações da contração uterina ou da descida do bebê.
 - c) O número de toques vaginais realizado até o nascimento ou no pós-parto imediato é variável, evitando-se a manipulação desnecessária, mas respeitando-se as necessidades técnicas.

- d) A posição para o parto será definida por você e pela equipe obstétrica, de acordo com as condições no momento do nascimento do bebê.
- e) No momento do nascimento, a episiotomia (corte na entrada da vagina/períneo) pode ser usada com indicações médicas muito bem definidas. Não é possível garantir que episiotomia não será realizada ficando reservada apenas para as situações em que seja fundamental para auxiliar o desprendimento (nascimento) completo do bebê.
- f) O uso do fórceps ou extrator a vácuo (instrumentos utilizados para extrair o bebê) pode ser necessário para auxiliar o nascimento do feto, se a descida do bebê não estiver adequada ou se houver suspeita de sofrimento fetal, abreviando o período para o nascimento.
- g) Após o parto aguarda-se a expulsão da placenta. Manobras como massagens e limpeza da cavidade uterina podem ser realizadas para evitar sangramento volumoso ou retenção de material placentário. Administra-se ocitocina para auxílio da contração uterina e redução de risco de sangramento.

7. A qualquer momento que for observado alguma anormalidade que possa interferir no bem-estar materno ou fetal, será discutido comigo e meu acompanhante, os procedimentos a serem realizados buscando-se o consenso, considerando as manifestações de vontade feitas durante o trabalho de parto ou no Plano de Parto. As decisões da equipe profissional seguirão dentro do princípio da autonomia ("liberdade de decisão") de ambas as partes, pois algumas medidas podem ser indispensáveis, em um dado momento, para garantia da segurança da mãe e do bebê, e deverão ser realizadas pela Equipe Médica.

DESCRIÇÃO DOS INSUCESSOS: O trabalho de parto pode não se completar devido ao sofrimento do feto, falta de contrações, parada da descida do bebê, desproporção entre o feto e a bacia da mãe ou outras complicações. Nestes casos, pode ser necessária uma mudança da via do parto para cesariana, e a equipe médica vai conversar comigo o motivo do insucesso.

DESCRIÇÃO DE COMPLICAÇÕES DO PARTO: Mesmo nas gestações de baixo risco pode haver complicações.

- Durante o trabalho de parto ou parto: parada das contrações do útero ou parada da descida do feto, sangramento intenso e necessidade de transfusão de sangue, laceração na vagina, na uretra ou bexiga, no esfíncter anal ou reto, rotura do útero, histerectomia (retirada do útero), hipotensão e choque (queda da pressão arterial), hipóxia fetal (baixa oxigenação para o feto) ou em raros casos morte da mãe e ou do feto, dentre outros.
- Tardias ao parto: Hematoma perineal, embolia (formação de coágulo nos pulmões), trombose (formação de coágulo nos vasos sanguíneos), infecção da ferida operatória, abertura da cicatriz, reinternação hospitalar e outros.

8. Estou ciente que caso necessite de transfusão de sangue ou outros componentes, serão realizados exames prévios no meu sangue, e que foram realizados exames para doenças transmissíveis no sangue do doador, e que o Serviço de Hemoterapia adota todos os procedimentos de qualidade e segurança, de acordo com rígidas normas científicas e de legislação estabelecidas pela ANVISA. Porém, ainda assim, pode haver baixo risco para transmissão de vírus ou bactérias (apesar dos exames serem negativos) e reações potenciais, tais como febre, tremores, alergia, problemas respiratórios, hematoma no local de punção, dentre outros.

9. Compreendi que sou livre para não consentir com o acompanhamento do parto normal conforme descrito, sem qualquer penalização e sem prejuízo ao meu cuidado. Estou ciente que posso aderir ao Plano de Parto proposto por esta Instituição (página 4) ou apresentar um Plano de Parto Individual, e neste caso, devo apresentá-lo durante o pré-natal para discutir as minhas expectativas com a equipe médica, e avaliar se estão de acordo com as normas de segurança e boas práticas seguidas desta Instituição.

10. Outras dúvidas que eu gostaria de esclarecer:

11. Confirmando que fui esclarecida satisfatoriamente quanto ao parto: benefícios, riscos e complicações e que pude esclarecer as minhas dúvidas. Compreendi e concordo com o conteúdo deste documento.

12. Declaro que estou livremente consentindo com a Assistência ao Trabalho de Parto visando o Parto Vaginal e compreendo que a qualquer momento antes da mesma ser iniciada e sem a necessidade de dar nenhuma explicação poderei revogar este consentimento.

() Paciente ou () Responsável Legal (grau parentesco):
 Identidade: _____ Órgão Expedidor: _____
 Nome: _____
 Assinatura: _____
 Data: ____/____/____ Hora: _____

Médico (em situação de emergência, dois médicos deverão assinar)
 () Prestei todas as informações necessárias à paciente e/ou seu responsável legal, conforme termo acima. De acordo com o meu entendimento o paciente/responsável está em condições de compreender o que lhe foi informado.
 () Não foi possível a coleta deste Termo de Consentimento, por se tratar de situação de emergência/urgência pela Equipe Obstétrica.
 Assinatura/ CRM Médico: _____
 Data: ____/____/____ Hora: _____

Revogação do consentimento: Revogo o consentimento prestado no dia ____/____/____ e afirmo que não desejo prosseguir o tratamento que me foi proposto.
 Assinatura: _____
 Data: ____/____/____ Hora: _____
 Assinatura do médico que tomou conhecimento da revogação do termo de consentimento:
 Assinatura/ CRM Médico: _____
 Data: ____/____/____ Hora: _____

Nome Civil:	Prontuário:
Nome Social:	Data Nascimento:

PLANO PARA REALIZAÇÃO DO PARTO ADEQUADO

Gostaríamos de conhecer suas expectativas para o parto e pós-parto, que serão consideradas pela equipe profissional, sempre que possível. Deve ficar claro, que o trabalho de parto e parto são eventos dinâmicos, e que o plano de parto inicial desejado poderá ser modificado a fim de garantir o bem-estar materno e fetal, sempre de acordo com as melhores práticas obstétricas recomendadas pelo Ministério da Saúde.

Plano para o Trabalho de Parto e Parto	SIM	NÃO
1. Desejo um acompanhante de livre escolha para oferecer apoio físico e emocional durante o pré-parto e parto;		
2. Desejo que sejam oferecidos líquidos e alimentos leves durante o trabalho de parto;		
3. Desejo andar e me movimentar durante o trabalho de parto, e adotar posições de minha escolha durante o parto, a não ser que existam restrições médicas;		
4. Desejo ambiente tranquilo e acolhedor, com privacidade e iluminação suave.		
5. Desejo métodos não farmacológicos de alívio da dor tais: chuveiro, respiração, bola suíça, banqueta, compressas quentes e frias, massagem e trarei o óleo de massagem se desejar.		
6. Desejo que seja oferecida analgesia de parto ou anestesia para alívio da dor;		
7. Desejo que sejam evitados procedimentos para prevenir o trabalho de parto prolongado, tais como: rupturas de membranas, episiotomia, uso de ocitocina e partos instrumentais (fórceps e/ou extrator à vácuo) a não ser que haja indicação médica;		
8. Desejo a presença de Doula durante o trabalho de parto e parto, e entendo que deverei informar e cadastrar a profissional previamente junto à maternidade;		
9. Desejo que o meu bebê seja colocado no meu colo o mais rápido possível desde que esteja clinicamente estável. Entendo que o contato pele a pele mantém o bebê aquecido, promovendo o vínculo entre nós.		
10. Desejo amamentar o meu bebê, na primeira hora de vida contribuindo para um bom início da amamentação, nos acalmando, estimulando a livre demanda, regulando a frequência cardíaca e a respiração, desde que esteja clinicamente estável;		
11. Desde que clinicamente estável, desejo que o profissional que assistir o meu bebê aguarde de 1-3 minutos após o nascimento para cortar o cordão umbilical e que seja realizado pelo meu acompanhante.		
12. Desde que clinicamente estável, desejo que o meu acompanhante esteja presente nos procedimentos realizados no meu bebê.		
13. Se possível desejo que realizem <i>print</i> da minha placenta.		

O que mais você deseja ou não deseja para o seu trabalho de parto, parto e pós-parto?

() Paciente ou () Responsável Legal (grau parentesco):	
Nome:	
Assinatura:	
Data: / /	Hora: