

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

KAREN FERREIRA DOS SANTOS

**INFLUÊNCIA DO PLANO DE
PARTO SOBRE A EXPERIÊNCIA DAS MULHERES**

Porto Alegre

2017

KAREN FERREIRA DOS SANTOS

**INFLUÊNCIA DO PLANO
DE PARTO SOBRE A EXPERIÊNCIA DAS MULHERES**

Trabalho de Conclusão de Curso em
Enfermagem - Escola de Enfermagem da
Universidade Federal do Rio Grande do Sul -
pré-requisito para obtenção do título de
Enfermeira.

Orientadora: Prof^a Enf^a Dr^a Mariene Jaeger
Riffel.

Porto Alegre

2017

Dedico esse trabalho à memória da minha mãe,
que sempre teve o sonho da minha formação em
uma Universidade e acreditou no meu potencial.

AGRADECIMENTOS

Agradeço imensamente a minha família e amigos que compreenderam minhas ausências durante a graduação e elaboração desse trabalho.

Agradeço ao meu marido Anderson Jardim que esteve ao meu lado durante toda essa jornada, me compreendeu, auxiliou, incentivou, acompanhou e presenteou com a semente que carrego no ventre ao término desse curso.

Agradeço à minha irmã Tatiani que sempre esteve muito orgulhosa com minhas conquistas. Meu irmão Roger que mesmo longe buscou em mim incentivo para uma vida melhor.

Agradeço aos tios Vanilda, Vilson e Trajano que tiveram papel importante na minha aprovação para cursar Enfermagem em uma Universidade Federal.

Agradeço aos inúmeros funcionários do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Unidades básicas de saúde e Estratégias de saúde da família onde estagiei, cada um teve um papel importantíssimo no meu processo de formação e impacto na profissional que me tornei.

Agradeço às irmãs o hospital Divina providência, às Enfermeiras Adriana e Renita, minhas colegas técnicas de enfermagem que me apoiaram, incentivaram e possibilitaram o desenvolvimento das minhas atividades laborais juntamente à graduação.

Agradeço aos integrantes do projeto IVAPSA onde desenvolvi atividades de iniciação científica, por onde publiquei dois artigos, vocês foram o impulso para meu salto na vida de pesquisadora. Aos meus maiores parceiros de coletas e escrita, principalmente à Amanda Ferreira, Bianca Cazarotto, Bruna Pezzini, Charles Ferreira, Daniela Kretzer, Diego Almeida, Felipe Junior, Mariana Brito, Pedro Teichmann, Salete Matos, Tanara Vogel, Thiago Marcelino, professores responsáveis, principalmente à professora Juliana Bernardi que foi mais do que uma orientadora e a quem admiro muito.

Agradeço aos meus colegas de graduação pelo que me agregaram no caminho que trilhamos nos últimos cinco anos, em especial aqueles que além de colegas viraram amigos os quais desejo manter pelo resto da vida Claudenilson Régis, Edson Muller, Gabriela Salvalaggio, Letícia Passos e Manoela Figueiredo.

Agradeço aos professores da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, pela paciência e compreensão nesses cinco anos, principalmente à minha orientadora de TCC e modelo de profissional Mariene Jaeger Riffel.

Obrigada a todos que contribuíram até aqui, prometo-lhes exercer minha profissão com seriedade, responsabilidade e muito amor!

RESUMO

Com a modernidade, surgiu a hospitalização do parto no intuito de proporcionar mais segurança e conforto. Algumas práticas, pelo fato de serem praticadas dentro em local com aparato para atenção em situações de urgência e sob controle foram “naturalizadas” como benéficas mesmo sem comprovação científica ou aprovação de usuárias (SUÁREZ-CORTÉS *et al.*, 2015). Este estudo buscou identificar a influência que o esclarecimento sobre as boas práticas recomendadas pela Organização Mundial da Saúde, para elaboração de um Plano de Parto exerce sobre a experiência das mulheres no parto e nascimento de seus filhos. O estudo, de caráter exploratório-descritivo e de abordagem qualitativa, incluiu mulheres residentes na cidade de Porto Alegre que receberam orientações sobre parto e nascimento e elaboraram Plano de Parto em conjunto com profissionais pré-natalistas. Os critérios de exclusão de participantes do estudo foram mulheres cujos recém-nascidos foram prematuros ou gemelares e portadoras de HIV. As participantes responderam a um questionário semiestruturado, tiveram suas informações registradas, categorizados e analisadas, até que houvesse a saturação dos dados. A amostra foi composta por 10 mulheres entrevistadas no período entre três dias e nove meses após o nascimento dos filhos. Sete mulheres (70%) apresentaram partos vaginais; oito nascimentos (80%) ocorreram em instituições públicas; seis mulheres apresentaram seus Planos de Parto nas instituições onde seus bebês nasceram. Foi possível evidenciar que as orientações durante o pré-natal influenciaram as experiências das mulheres aguçando suas percepções de práticas consideradas violentas na atenção ao parto e valorizando práticas antes desconhecidas. Sendo assim, o Plano de Parto se mostrou um excelente instrumento de comunicação e circulação de conhecimentos, onde as linguagens utilizadas foram melhor compreendidas pela mulher e equipe de saúde em situação de fragilidade para a usuária e importância para a sociedade: parto e nascimento.

Descritores: Enfermagem, Parto humanizado, Nascimento, Plano.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 OBJETIVO	9
3 REVISÃO DA LITERATURA	10
4 METODOLOGIA	12
5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	15
5.1 Categorização da amostra	15
5.2 Percepções sobre o conhecimento adquirido e os benefícios da elaboração do Plano de Parto em práticas que vão para “além da sobrevivência”	19
5.3 Percepções sobre o conhecimento adquirido e os benefícios da elaboração do Plano de Parto quanto às práticas de parto	23
5.4 Percepção das mulheres que apresentaram o plano de parto sobre seu atendimento e sobre a receptividade dos profissionais	28
5.5 A necessidade de outras abordagens de planejamento do parto	30
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	32
REFERÊNCIAS	33
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO	37
APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO PARA LEVANTAMENTO DE DADOS PARA A PESQUISA: INFLUÊNCIA DO PLANO DE PARTO SOBRE A EXPERIÊNCIA DAS MULHERES	38
ANEXO A – PARECER COMPESQ UFRGS	39
ANEXO B – TERMO DE CIÊNCIA PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE	40
ANEXO C – PARECER COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA	41
ANEXO D – NASCIMENTOS DECORRENTES DE PARTO VAGINAL, CESAREANA E OUTRAS FORMAS, NOS ANOS DE 2004 E 2014 NO BRASIL	43

1 INTRODUÇÃO

O parto é um acontecimento fisiológico que vem sendo assistido com práticas intervencionistas nem sempre necessárias. O Programa de Humanização do Parto e Nascimento (PHPN) alerta sobre as práticas realizadas sem o apoio das evidências científicas descritas para tais ocasiões e sem a participação ou autorização da mulher (BRASIL, 2014a; MOURA et al., 2007).

A assistência ao nascimento com intervenções consideradas iatrogênicas durante o trabalho de parto tem contribuído para o aumento de cesáreas e, em consequência, à elevação das taxas de morbimortalidade materna e infantil (CARDOSO; ALBERTI; PETROIANU, 2010). Estatísticas brasileiras apontam um aumento de 15% no número de cesarianas entre 2004 e 2014, ou seja, de 42% para 57% do total de nascimentos no país. No entanto, se considerou-se o período de 1994 a 2014, verifica-se que o aumento do percentual em 20 anos foi de 25%, ou seja, de 32% para 57% (DATASUS, 2015). Na rede privada de atenção à saúde o percentual de nascimentos por cesariana pode atingir 100% e, o percentual médio de cesarianas entre as instituições privadas é de aproximadamente 85% (CONITEC, 2016). Tais cifras indicam que o Brasil se encontra bastante distante do percentual de cesarianas considerado adequado para uma atenção obstétrica da qualidade e com menos riscos, que é entre 10% e 15%, conforme recomenda a Organização Mundial da Saúde (OMS) (OMS, 2016).

O Ministério da Saúde (MS) atribui à atenção pré-natal a consecução de práticas que incluem o fornecimento de informações adequadas e pertinentes sobre os benefícios do parto fisiológico e aponta, assim como a OMS (1996), para a importância da elaboração de um plano individual para atenção ao parto de cada mulher (BRASIL, 2012a). Este plano tem sido denominado Plano de Parto e deveria ser elaborado por escrito, com detalhamento das preferências e expectativas da mulher sobre seu parto com o auxílio de um profissional que esclarecesse suas dúvidas. O esclarecimento sobre os direitos da gestante no parto e nascimento permite que as mulheres se tornem cientes das políticas de saúde e das boas práticas de atenção (ARAGON et al., 2013).

Ao elaborar um Plano de Parto deve-se pensar que cada uma das práticas indicadas pela mulher precisa ser cuidadosamente esclarecida, *pari passu* às melhores evidências científicas. O Plano de Parto, incentivado e auxiliado por profissional que acompanha a gestante no pré-natal e, valorizado pelos profissionais das maternidades ao colocarem tal plano em operação, promove melhores condições para o autocuidado e reduz o risco de

complicações durante um trabalho de parto e parto. A adequação ao direito à segurança, ao conforto e à privacidade inclui o apoio familiar, o fornecimento de informações sobre cada passo do processo de parturição e possibilidades de individualização de tais práticas (MOURA et al., 2007).

A elaboração do Plano de Parto é uma ferramenta que possibilita a ampliação da autonomia da mulher, auxilia no esclarecimento sobre práticas cientificamente comprovadas e capazes de manter a fisiologia dos processos nele envolvidos. Além disso, evita possíveis prejuízos à saúde da mulher e do bebê, beneficiando toda a família e sociedade.

2 OBJETIVO

Identificar a influência da elaboração do Plano de Parto sobre a experiência das mulheres no parto e nascimento de seus filhos.

3 REVISÃO DA LITERATURA

O parto no Brasil é, desde a metade do século XX, um acontecimento hospitalar associado a práticas rotineiras às quais as mulheres se submetem, independentemente de sua validade científica ou desejo pessoal. Estas práticas foram disseminadas ao longo de, pelo menos 50 anos, quando se tornaram “naturalizadas”. Com isso passou-se à crença de que, se não fossem realizadas, haveria prejuízo no processo de parir e nascer (SUÁREZ-CORTÉS et al., 2015). No entanto, a partir da década de 1980, mulheres e estudiosos passaram a colocar em questão todas as práticas relacionadas ao parto e nascimento, categorizando-as conforme benefícios e utilidades a partir de evidências científicas (OMS, 1996). Algumas práticas evidenciaram-se inadequadas, inseguras e de efetividade duvidosa bem como outras pouco utilizadas e que tem se mostrado favoráveis à fisiologia feminina durante o parto, modificando a atenção e individualizando-a; práticas centradas nas necessidades apresentadas pela mulher e seu bebê tornando-as quase que específicas para cada situação, o que tem resultado em um novo modelo de assistência (SUÁREZ-CORTÉS et al., 2015).

O Programa de Humanização do Parto e Nascimento, cuja trajetória iniciou ao final da década de 1980, teve como objetivo principal a reorganização da assistência e sua adequação aos princípios do SUS. Um de seus pontos culminantes foi a publicação da Portaria/GM nº 569, de 01 de junho de 2000 (BRASIL, 2000) que reafirmou direitos femininos (BRASIL, 2002). Até aquele momento, o programa incluía práticas de atenção aplicadas às mulheres sem considerá-las indivíduos partícipes desta atenção (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005) ou com direito a informações e orientações adequadas sobre as melhores práticas disponíveis nos processos decisórios sobre a parturição (BRASIL, 2011a).

A partir de 1980 foi possível a publicação de consensos e recomendações sobre práticas em atenção ao parto e nascimento que valorizavam o protagonismo da mulher e que foram compiladas, em 1996, no Guia Para Atenção Ao Parto Normal e Maternidade Segura. Nesta publicação, o Plano de Parto é descrito como um plano individual determinando onde e por quem o parto será realizado, recomendando que sua elaboração seja realizada em conjunto com a mulher durante a gestação, que seja comunicado ao seu marido/companheiro e, se aplicável, a sua família. Dentro da lista de práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas, o Plano de Parto é colocado em primeiro lugar (OMS, 1996).

Elaborar um Plano de Parto parece ser ato de simples execução. No entanto, sua elaboração envolve a necessidade de orientações amplas e ao mesmo tempo acessíveis, realizada por profissionais sobre cada prática orientada bem como das consequências de seus

efeitos sobre mãe e bebê, além de envolver a previsão de tempo e recursos para sua implantação nos serviços. A escrita dos desejos da mulher para seu parto, numa lista em forma de documento, possibilita a materialização destes desejos bem como o esclarecimento e discussão das práticas nele listadas implicando em escuta qualificada do profissional e sua atualização quanto às boas práticas evidenciadas (OMS, 1996).

A implantação do Programa de Humanização ao Pré-natal e ao Nascimento visou a integralidade da assistência obstétrica e afirmação dos direitos da mulher com objetivo principal de reorganizar a assistência (BRASIL, 2002). Em 2005 foi sancionada a Lei Federal 11.108, legitimando a obrigatoriedade das instituições em permitir presença de um acompanhante indicado pela parturiente a partir de sua internação e durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (PASCHE; VILELA; MARTINS, 2010).

O Plano de Parto vem ao encontro da satisfação das mulheres e da redução de seus temores (SUÁREZ-CORTÉS et al., 2015). Sua construção pode ser considerada um dispositivo pedagógico e, como tal, pode ocorrer em “qualquer lugar no qual se aprende ou se modificam as relações que o sujeito estabelece consigo mesmo” (LARROSA, 1994, p. 57). Assim constituído, pode-se dizer que o Plano de Parto modifica a experiência de si e do outro, seja este outro a gestante ou o profissional presente na relação pedagógica. No entanto sua aplicabilidade enfrenta resistência, principalmente de profissionais que trabalham em maternidades, visto os relatos das usuárias quanto à recusa dos mesmos ao recebimento ou leitura dos planos apresentados por ocasião de suas internações, indicando recusa em diversificar e ampliar seus modos de assistir ao parto e, conseqüentemente, impede ou dificulta que as escolhas das mulheres se realizem por ocasião do nascimento do, muitas vezes, único filho que planejou (MARQUE; DIAS; AZEVEDO, 2006).

4 METODOLOGIA

A metodologia visa atingir o objetivo proposto que, no caso deste estudo foi identificar a influência da elaboração do Plano de Parto sobre a experiência das mulheres no parto e nascimento de seus filhos. O estudo, de caráter exploratório-descritivo e de abordagem qualitativa, teve suas informações registradas e os dados categorizados para a análise apoiado em pensamentos pós-críticos no intuito de unir ciência e literatura, teoria e realidade (MEYER; PARAÍSO, 2012).

O projeto foi elaborado conforme normas para pesquisa com seres humanos, atendendo às orientações da resolução 466 de 2012 (BRASIL, 2012b). Os autores elencados no texto do projeto e no relatório final foram referenciados conforme normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT, 2002) e respeitados os direitos autorais conforme legislação vigente (BRASIL, 1998). O projeto foi encaminhado à Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFRGS (ANEXO A), aos Comitês de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (ANEXO B), cuja aprovação inicial se deu pelo parecer número 2.132.513, e após emenda para solucionar questão de comunicação com a Prefeitura, parecer número 2.421.155.

O estudo foi financiado pela pesquisadora. Sabe-se que toda pesquisa com humanos envolve risco em tipos e gradações variados. Entre as possibilidades de risco para as respondentes foi considerado o desconforto relacionado ao tempo previsto para a aplicação de questionário elaborado previamente. A previsão para a aplicação do questionário foi de aproximadamente 60 minutos, no entanto nenhuma entrevista durou mais do que 30 minutos ou menos que 10 minutos. Outra preocupação prévia à aplicação do roteiro de entrevista foi relacionada aos sentimentos mobilizados pela lembrança das experiências do parto e nascimento.

Não foram identificados riscos ou malefícios nas participantes em decorrência da participação neste estudo e nenhuma respondente se mostrou incomodada ou constrangida com os questionamentos. A possibilidade de partilhar informações relacionadas ao momento do parto gerou dúvidas que foram sanadas logo após cada entrevista.

A coleta de dados ocorreu entre os meses de julho a setembro de 2017. As participantes do estudo elaboraram seus Planos de Parto em conjunto com profissionais que acompanham o pré-natal em Unidades de Saúde da cidade de Porto Alegre, pertencentes ao distrito Centro (Santa Cecília) e/ou Estratégia de Saúde da Família (ESF) Nossa Senhora

Medianeira, inclusas no Distrito Docente-Assistencial Glória/Cruzeiro/Cristal, ESF Chácara do Banco no Distrito Restinga /Extremo Sul.

Por se tratar de pesquisa de caráter qualitativo a amostra de dez entrevistas foi considerada adequada, visto ter refletido a saturação da amostra (MINAYO, 2010). Os critérios escolhidos para inclusão no estudo foram: mulheres residentes na cidade de Porto Alegre que receberam orientações sobre parto e nascimento, elaboraram Plano de Parto em conjunto com profissionais pré-natalistas nas Unidades de Saúde acima mencionadas e que aceitaram participar. Já, os critérios selecionados para exclusão do estudo foram mulheres cujos recém-nascidos eram prematuros ou gemelares, ou cujos nascimentos se deram em situações de urgência/emergência ou, ainda, mulheres portadoras de HIV.

As participantes do estudo foram recrutadas a partir de buscas realizadas nos registros da unidade de saúde conforme anotação de elaboração de Plano de Parto, independentemente do local de ocorrência dos nascimentos e critérios de inclusão e exclusão do estudo. O momento de abordagem para este recrutamento foi o retorno à Unidade de Saúde para a consulta de binômio mãe-filho, consulta de puerpério, de puericultura ou, ainda, quando os agentes de saúde comunicaram o parto/nascimento.

As entrevistas, com perguntas semiestruturadas (APÊNDICE B), ocorreram nos domicílios das participantes ou na unidade de saúde, conforme disponibilidade de espaço físico na unidade ou condições de mobilização das participantes e atenção às prerrogativas de confidencialidade das informações, em encontro único, até que houvesse a saturação dos dados. As mulheres que concordaram em participar do estudo receberam informações sobre o mesmo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A). As participantes foram identificadas por códigos a fim de que fossem garantidos seus anonimatos. Os dados decorrentes foram apresentados com números e letras em substituição aos seus nomes. A coleta de dados teve início a partir da liberação deste projeto pelos comitês de ética e pesquisa envolvidos conforme ANEXOS A e B.

A análise dos dados foi elaborada a partir da dimensão discursiva, onde se estabeleceu e constituiu o que o sujeito pode dizer acerca de si mesmo, ou seja, a influência da elaboração do Plano de Parto sobre a experiência das mulheres. Para Larrosa (1994)

A história das formas nas quais os seres humanos construíram narrativamente suas vidas e, através disso, sua autoconsciência, é também a história dos dispositivos que fazem os seres humanos contar-se a si mesmos de determinada forma, em determinados contextos e para determinadas finalidades. A história da auto-narração é também uma história social e uma história política (p. 33).

Após aplicação do questionário, as informações, transcritas em planilha de excel foram exaustivamente lidas. As falas foram destacadas em unidades de discurso e distribuídas conforme os diferentes temas emergidos em categorizações como seguem: Percepções sobre o conhecimento adquirido e os benefícios da elaboração do Plano de Parto em práticas que vão para “além da sobrevivência”; Percepções sobre o conhecimento adquirido e os benefícios da elaboração do Plano de Parto quanto às práticas de parto; Percepções das mulheres que apresentaram o Plano de Parto sobre seu atendimento e sobre a receptividade dos profissionais. Na sequência das análises foi possível identificar falas que não se enquadravam nos temas identificados inicialmente. Isto exigiu nova e ampla e criteriosa análise do trabalho realizado até então e a geração de nova categoria: a Necessidade de outras abordagens de planejamento do parto.

A análise crítica do discurso buscou visibilizar as informações de diferentes vozes e culturas; no caso deste estudo, a voz das mulheres que elaboraram seus planos de parto e cultura entendida como processos por onde se identifica o mundo e que é indispensável para a análise do que cada grupo entende como melhor para si (MEYER; PARAÍSO, 2012).

5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

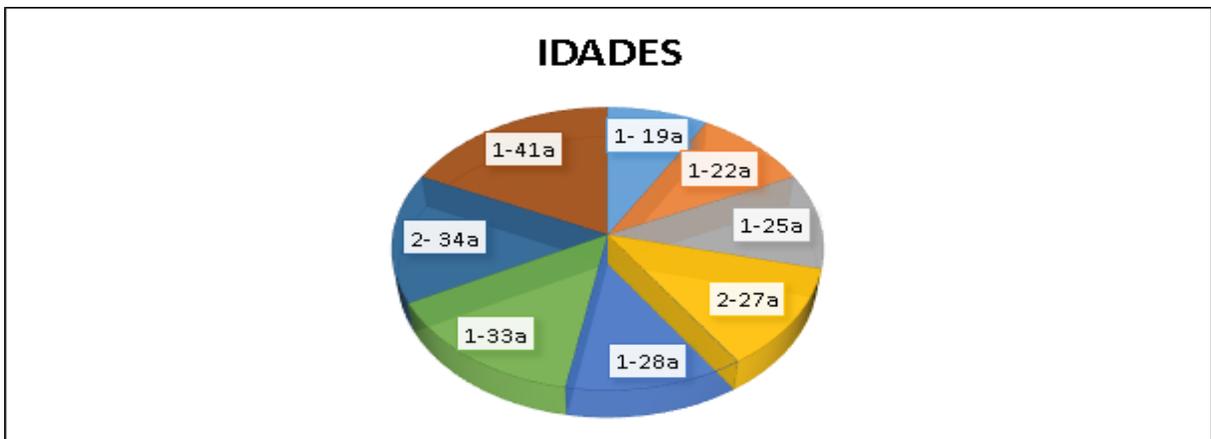
A população estudada é representada em figuras ilustrativas conforme dados coletados nas entrevistas. Sabe-se que em estudos qualitativos esta apresentação é questionável, porém optou-se por esta forma de apresentação a fim de melhor visualização destas características.

5.1 Categorização da amostra

As respondentes tinham idades que variaram entre 19 e 41 anos, com média de 26 anos e nove meses. Percebe-se que a diferença entre a idade da entrevistada mais nova e mais velha é maior que 100%, ou seja, a respondente mais velha tinha mais do que o dobro de idade em relação a mais nova. A maior parte das respondentes tinha mais do que 25 anos de idade.

Segundo o MS, de acordo com a pesquisa “Saúde Brasil de 2014” considera-se que uma mulher entre os 15 e 49 anos de idade encontra-se em idade fértil. Estas informações vão ao encontro das faixas etárias das participantes deste estudo (BRASIL, 2014b).

Figura 1 – Idades das respondentes.



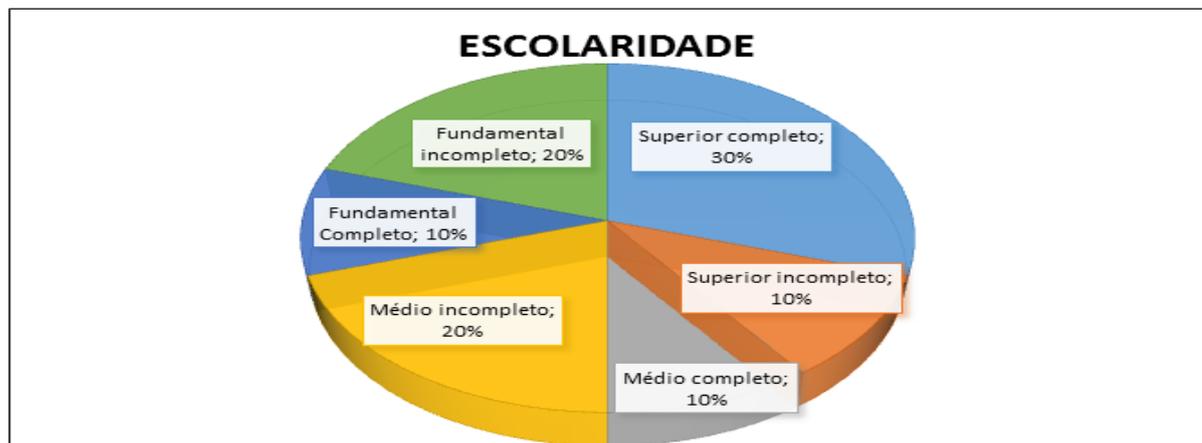
A ocupação das entrevistadas indicou que metade exercia atividade remunerada; algumas (40%) afirmaram se dedicar exclusivamente ao lar e apenas uma respondente (10%) relatou ser estudante e não exercer atividade remunerada.

Figura 2 – Ocupação das respondentes.



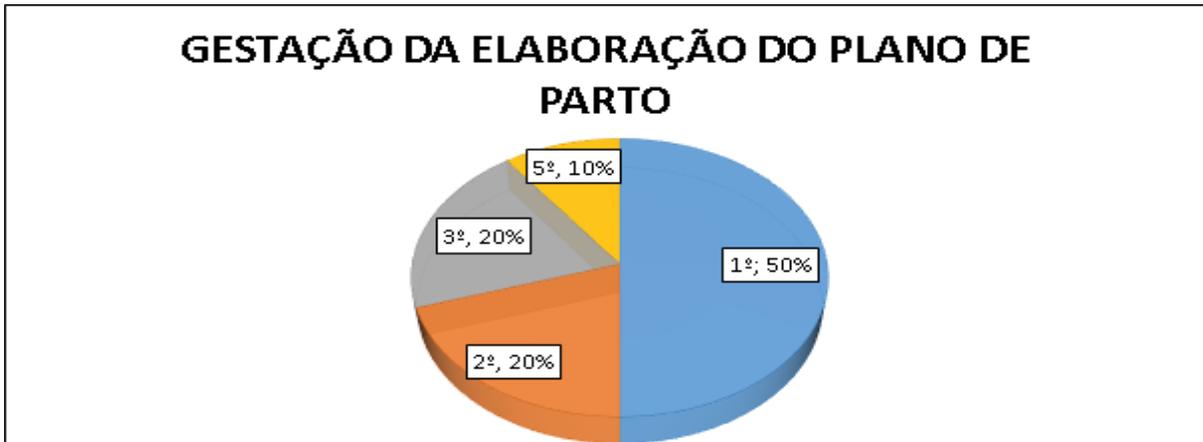
Verificou-se que quatro participantes possuíam curso superior (completo - 30%; incompleto - 10%); três possuíam ensino médio (completo - 10%, incompleto - 20%); três possuem ensino fundamental (completo - 10%; completo - 20%). Com relação a situação conjugal, duas (20%) se identificaram como solteiras e as demais se identificaram como casadas ou em união estável (80%); uma participante referiu que seu marido se encontrava em privação de liberdade judicialmente determinada.

Figura 3 – Escolaridade das respondentes.



Metade das respondentes do estudo encontrava-se em sua primeira gestação por ocasião da elaboração do Plano de Parto; duas participantes (20%) encontravam-se em suas segundas gestações; outras duas participantes (20%) encontravam-se na terceira gestação e, somente uma participante (10%) teve seu Plano de Parto elaborado durante a quinta gestação. Nenhuma das entrevistadas tinha histórico de aborto.

Figura 4 – Gestação na qual foi elaborado o Plano de Parto.



Das dez mulheres que tinham seus Planos de Parto e, portanto, orientação sobre cada prática contida em sua lista de desejos, quatro (40%) não os apresentou à instituição. Destas, uma esqueceu de levar; duas não levaram pois não sabiam que ficariam internadas para o parto e uma, quis elaborar de próprio punho e por considerar que não escrevia bem, resolveu não apresentar.

Figura 5 – Percentual de respondentes que apresentaram o Plano de Parto.



Oito respondentes (80%) tiveram seus filhos nascidos em hospitais públicos e duas (20%) em hospital privado por meio de convênio privado. Todos os nascimentos acontecidos na rede privada foram decorrentes de parto vaginal; houve uma prevalência de 75% de partos vaginais na rede pública e de 25% de cesarianas.

Figura 6 – Dados das respondentes sobre o Local do Parto.



Com relação ao tipo de nascimento, três mulheres foram cesariadas (30%) e sete mulheres tiveram parto vaginal (70%). Dentre as participantes que tiveram cesarianas, apenas a que tinha quatro cesáreas prévias apresentou seu Plano de Parto à instituição por ocasião do nascimento do filho.

Figura 7 – Via de nascimento dos bebês das entrevistadas



Verificou-se um percentual de parto vaginal abaixo dos 85 a 90% preconizado pela OMS (2016) entre as participantes deste estudo. No Brasil os percentuais de partos vaginais e de cesarianas foram respectivamente 60,96% e 39,04% em 2015 (DATASUS, 2015), revelando similaridade entre estes dados e os deste estudo.

5.2 Percepções sobre o conhecimento adquirido e os benefícios da elaboração do Plano de Parto em práticas que vão para “além da sobrevivência”

As respondentes mostraram pontos de vista muito semelhantes quanto às informações recebidas durante a elaboração de seus Planos de Parto. Segundo a OMS existem práticas aparentemente simples que dão suporte à vida melhorando-a, ou seja, que vão para “além da sobrevivência”. Assim, o clampeamento tardio do cordão umbilical, o contato imediato pele-a-pele e o início da amamentação oferecem benefícios instantâneos ao recém-nascido e impacto a longo prazo na saúde da mãe e da criança (BRASIL, 2011b, p. 1). Destas, a prática referida por todas as respondentes foi o contato pele-a-pele, como segue:

O bebê pode ficar comigo no pele-a-pele até eu sair da sala (P2).

Outra entrevistada iniciou seu depoimento falando sobre o Plano de Parto e associou as informações recebidas em sua elaboração com o que observou ter sido realizado. Esta participante esqueceu de levar o Plano de Parto e, por isso, não pôde entregá-lo. Mesmo assim pode relacionar as boas práticas desejadas com as que foram realizadas. As orientações seguiram as recomendações da OMS de “[...] após o nascimento colocar o bebê de bruços com a pele do recém-nascido em contato com a pele da mãe pelo menos durante a primeira hora de vida, postergando todos os procedimentos de rotina e realizando supervisão frequentemente [...]” (BRASIL, 2011b, p. 16). Uma das respondentes disse que:

Fizeram algumas coisas que estavam no Plano de Parto, como corte do cordão e pele-a-pele (P1).

Nem todas as participantes do estudo puderam permanecer com o bebê na primeira hora de vida atribuindo esta dificuldade à cesariana, como pode ser lido nas falas que seguem.

Cortaram o cordão rápido, depois o pediatra trouxe ela para mim, fizeram pele-a-pele um tempinho e o médico levou ela para examinarem (P8).

Fizeram contato pele-a-pele por um tempo. Depois levaram ele e minha acompanhante. Eu ainda fiquei mais um tempo na sala de parto (P1).

Salienta-se que os bebês referentes às falas imediatamente anteriores nasceram bem. No entanto, o bebê de P3, submetida à cesariana, apesar de não ter nascido em boas condições

pôde ser colocado em contato pele-a-pele após sua recuperação, por um longo período. Ressalta-se que essa participante teve seu Plano de Parto bem recebido pela equipe e a oportunidade de discutir quanto às formas de ter seus desejos atendidos.

Depois que ele melhorou colocaram em cima de mim no pele-a-pele até acabar o que eles estavam fazendo comigo (P3).

Uma das participantes, cujo parto foi vaginal e o bebê apresentou problemas respiratórios ao nascer, também pôde ter seu bebê colocado em contato pele-a-pele assim que possível por um longo período.

Quando ele melhorou foi colocado em cima de mim no pele-a-pele comigo por um bom tempo. Não sei quanto tempo (P5).

Das duas participantes do estudo cujos bebês nasceram em instituições exclusivamente privadas utilizando-se de convênios privados, uma lamentou ter permanecido tão pouco tempo com o filho devido à prioridade da instituição para com suas rotinas em desacordo com as melhores evidências. Por outro lado, a outra respondente que teve o parto na mesma instituição, apesar de relatar algo semelhante, não referiu nenhum desconforto em ser afastada do seu bebê para os procedimentos da unidade.

Ficou comigo no pele-a-pele mas senti falta de ficar mais tempo com o bebê no pós-parto pois ela foi levada para fazer as rotinas do hospital (P7).

Fiquei pouco com a bebê e depois ela foi levada para o banho (P10).

O contato pele-a-pele logo após o nascimento favorece a adaptação do recém-nascido fora do útero, além de ser uma forma de promover e incentivar o aleitamento materno precoce; proporciona estabilidade térmica, instiga ao vínculo entre mãe e filho e propicia a colonização da pele do bebê com os microrganismos presentes na pele da mãe, favorecendo a criação de um sistema imunológico adequado cujos benefícios se dão a curto e longo prazo (MICROBIRTH, 2014; SANTOS et al., 2014).

Além do contato pele-a-pele, a OMS e o MS preconizam o clampeamento tardio do cordão umbilical e o aleitamento materno na primeira hora de vida como “práticas simples que, além de proporcionar benefício instantâneo ao recém-nascido, podem ter impacto no longo prazo na nutrição e na saúde da mãe e do bebê e, possivelmente, afetem o desenvolvimento da criança muito além do período neonatal e do puerpério” (BRASIL,

2011b, p. 9). Uma das respondentes atribui o corte imediato do cordão às condições de nascimento de seu filho. Práticas relacionadas ao clampeamento do cordão e aleitamento materno estão descritas a seguir.

Ele não nasceu bem então o cordão foi cortado rápido, e levaram ele para reanimar (P5).

De acordo com as recomendações da OMS, uma das justificativas para o clampeamento oportuno do cordão umbilical é a manutenção da oxigenação do bebê até que o mesmo consiga estabelecer a nova forma de respiração ao nascer. A orientação reforça que “se o recém-nascido estiver pálido, flácido ou não estiver respirando, é melhor mantê-lo no nível do períneo da mãe, para permitir um fluxo ideal de sangue e oxigenação enquanto se realizam as medidas de reanimação” (BRASIL, 2011b, p. 4), ressaltando que mais de 90% de recém-nascidos necessitam apenas de estimulação tátil para que a respiração se estabeleça adequadamente. Desse modo espera-se que os cordões umbilicais dos bebês sejam clampeados tardiamente, principalmente nas situações de dificuldades respiratórias.

Muitas vezes os profissionais não são suficientemente treinados para atenção a um recém-nascido que necessite alguma reanimação sem que o cordão seja seccionado previamente. Entretanto, a elaboração do Plano de Parto trouxe a percepção de que para as usuárias há um momento melhor para a secção do cordão umbilical e isto fica claro quando uma das participantes do estudo diz:

Eu sabia o que era certo ou errado, como o corte do cordão muito rápido (P2).

Sobre o clampeamento tardio é comprovado que “[...] o fluxo sanguíneo continua da placenta para o recém-nascido por mais de três minutos depois do nascimento; a partir daí o fluxo sanguíneo é insignificante” (BRASIL, 2011b, p.5). O corte do cordão umbilical se reveste de importância também no que se refere a vínculos familiares. Em diferentes sociedades cabe ao pai a secção do cordão umbilical.

Fiz pele-a-pele e meu marido cortou o cordão depois de um tempo (P10).

A importância do corte do cordão pelo pai, tem se evidenciado de forma que existem profissionais divulgando nas mídias modos de valorização da prática. Um enfermeiro do estado do Amazonas, criou em 2013 um juramento que é proferido por ocasião do corte do cordão umbilical pelo pai. Esta prática tem resultado numa prorrogação do período antes da

laqueadura do cordão associada à emoção do pai que assume a responsabilidade de prover o filho de condições importantes para sua vida ao mesmo tempo que “desliga” o bebê de sua mãe. O Juramento diz: “Eu assumo o compromisso de cuidar, amar e criar meu filho (a) sob meus cuidados. Ensinando a trilhar nos caminhos que o levem a verdadeira felicidade. Neste momento tão especial desligo meu filho (a). Porque agora nasce uma mãe, nasce um pai e nasce a minha família” (REDE GLOBO, 2017). Na repetição deste juramento a cada nascimento pode-se evidenciar uma das contribuições da enfermagem para a implementação de políticas de paternidades responsáveis e o apoio que programas televisivos podem promover ao divulgar tais práticas.

Eventualmente alguma mulher reconhece em si a realização de várias práticas recomendadas para a atenção ao parto e nascimento. A seguir, ressalta-se a fala de uma das respondentes cujo parto não teve episiotomia, houve clampeamento adequado do cordão umbilical e o bebê permaneceu em contato pele-a-pele por longo tempo.

Não fizeram corte em mim, demoraram para cortar o cordão e o bebê ficou comigo no pele-a-pele (P4).

A Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal afirma que a episiotomia é preconizada de forma não rotineira durante o parto vaginal espontâneo. Sobre o clampeamento do cordão é preconizado que seja realizado entre um a cinco minutos ou de forma fisiológica quando cessar a pulsação. Sobre o contato pele-a-pele é preconizado que este seja estimulado logo após o nascimento. Para que seja prevenido o resfriamento do bebê é recomendado cobri-lo com um campo ou toalha morna enquanto mantém o contato pele-a-pele; que “se evite a separação mãe-filho na primeira hora após o nascimento para procedimentos de rotina tais como, pesar, medir e dar banho a não ser que os procedimentos sejam solicitados pela mulher ou que sejam realmente necessários para os cuidados imediatos do recém-nascido” (CONITEC, 2016 p. 53-4).

A importância dada à amamentação, a terceira das práticas que vão para “muito além da sobrevivência” (BRASIL, 2011b, p. 33) remete-nos a fala que segue, onde percebe-se a preocupação da instituição em atender a usuária assim que possível.

Eu pedi para amamentar na primeira hora. O bebê demorou a vir ficar comigo por que não nasceu muito bem (P3).

Um dos 10 passos para o sucesso do aleitamento materno preconiza a importância de “ajudar a mãe a iniciar a amamentação na primeira meia hora após o parto” (UNICEF, 1990)

reforçando assim, dentre outros benefícios, a importância de não afastar mãe e bebê durante esse período. Neste sentido, retorna-se à importância do contato pele-a-pele para que esta prática aconteça adequadamente, como é referido na seguinte fala.

Fez pele-a-pele e mamou porque nasceu procurando peito (P6).

A OMS e o MS recomendam o contato pele-a-pele “contínuo e ininterrupto, pois favorece a primeira mamada”. Reforça ainda que, quando realizado na primeira hora de vida “promove um comportamento [...] organizado, no qual o recém-nascido inicia movimentos de busca e sucção espontâneos, a seguir localiza a mama, abocanha o mamilo e começa a sugar” (BRASIL, 2011b, p. 17).

Apesar das indicações, o contato pele-a-pele nem sempre é um direito respeitado ou cumprido. O mesmo ocorre em relação à presença do acompanhante, como citado na fala que segue, na qual a participante informa que o bebê permaneceu por pouco tempo ao colo, porém logo a criança foi levada para longe bem como seu acompanhante.

Até colocaram o bebê comigo no pele-a-pele, mas logo levaram ele e meu acompanhante (P9).

A chamada “lei do acompanhante”, publicada em 2005, que modificou a Lei 8080 que instituiu o Sistema Único da Saúde em 1990, prevê que um acompanhante de escolha da mulher possa permanecer desde sua internação até a alta institucional. A fala anterior evidenciou a perda da oportunidade de manter mãe, acompanhante e criança juntos, restringindo a oportunidade de início do aleitamento materno precoce.

Neste capítulo evidenciou-se a importância que a elaboração conjunta do Plano de Parto teve sobre as práticas realizadas por ocasião do parto e nascimento das respondentes. As orientações basearam-se, sempre, nas boas práticas e melhores evidências científicas disponíveis sobre o assunto (BRASIL, 2011b).

5.3 Percepções sobre o conhecimento adquirido e os benefícios da elaboração do Plano de Parto quanto às práticas de parto

As percepções das respondentes foram bastante diversas no que se refere à associação entre as práticas discutidas no Plano de parto e sua aplicação. A compreensão de tal dificuldade fica mais clara quando P1 evidencia a importância do trabalho de parto mesmo

que o desfecho final tenha sido direcionado à cesariana. As práticas realizadas indicam pouca movimentação e a permanência preponderante do decúbito horizontal em detrimento da livre movimentação em vez da adoção das posições verticais durante o trabalho de parto e parto.

Caminhei em alguns momentos, fiquei bastante tempo em monitorização, mas a dor era muito forte. Cheguei a ter a dilatação completa, mas não foi suficiente para ele nascer. Quando olharam de novo, a dilatação tinha diminuído e fui para cesárea por mau posicionamento do bebê (P1).

A elaboração do Plano de Parto e os conhecimentos das melhores evidências mostrou uma face violenta da assistência, antes não percebida pelas respondentes. A dor, uma das principais queixas das gestantes em trabalho de parto, que dificultava sua movimentação, foi identificada como “preguiça” da gestante por profissional que a assistia. Condutas como estas nos instigam a questionar o conhecimento de profissionais sobre a fisiologia da dor no trabalho de parto e suas implicações para a assistência.

Fiquei umas 48h em trabalho de parto, meu bebê era GIG (Grande para a Idade Gestacional). Não pude caminhar porque tive muita dor, uma profissional me disse que era porque eu era preguiçosa (P1).

Achei que não ia aguentar a dor. Sempre vinha uma médica e me dizia que se eu fiz plano de parto deveria saber isso (P4).

O conceito de violência obstétrica nos remete às distintas maneiras e expressões durante a gestação, parto e puerpério, entre elas a agressão física, emocional, verbal assim como a negligência na assistência e discriminação em suas diferentes formas (FLEURY-TEIXEIRA; MENEGHEL, 2015). Ser chamada de preguiçosa é ato desrespeitoso para com uma gestante e para com os preceitos que regem a boas práticas de atenção ao parto e ao ser humano. Às orientações fornecidas às mulheres deveriam ser consideradas importantes para o momento, contudo, como relatou a P4, isso foi usado contra ela. Na atualidade, desafios precisam ser superados no que se refere à aplicação das boas práticas e da resistência de profissionais implicados na importante tarefa de realizar mudanças necessárias aos serviços para adequá-los às práticas recomendadas (VICTORA, et al., 2011).

A evidência do despreparo de profissionais é reforçada pela fala da P2, onde evidencia-se que a dor, novamente, esteve presente nas lembranças das mulheres bem como a falta de experiência dos profissionais na implementação de tecnologias para seu alívio.

Não quero mais o hospital. Tive muita dor e ninguém fazia nada (P2)

A percepção da respondente de não haver nada para ser realizado para aliviar da dor no trabalho de parto remete-nos à reflexão do que a enfermagem poderia realizar para dar suporte ou implementar práticas não farmacológicas para alívio da dor, tal como preconizadas pelas Diretrizes de Assistência ao Parto e Nascimento. Nestas diretrizes os profissionais são instigados a refletirem sobre seus conceitos, crenças e valores em relação à dor do parto e formas de garantir cuidados e práticas de apoio às mulheres em suas escolhas. Recomenda, ainda, que sejam oferecidos métodos farmacológicos e tecnologias não invasivas para alívio da dor, de acordo com a vontade e necessidade da mulher (CONITEC, 2016 p. 32-36)

Entre as solicitações das participantes do estudo, uma refere-se a necessidade de informações sobre os motivos que ocasionariam mudanças nas práticas desejadas, no momento em que tal alteração fosse necessária. As respondentes que seguem, não foram comunicadas das alterações nas condutas nem no momento em que foram tomadas tais decisões nem posteriormente.

Quando ela nasceu rasgou tudo. Tive muito sangramento. Fiquei na sala mais de uma hora depois do parto. As médicas pareciam preocupadas comigo. Sei que estava sangrando muito, mas não me explicaram, em momento algum, o que estava acontecendo (P 9).

Eu pedi para colocarem soro e me disseram que estava indo muito rápido, nem fizeram exame de toque, só disseram que não iriam colocar (P4).

As noções aprendidas sobre a ação da ocitocina sobre o trabalho de parto e a necessidade de dilatação do colo uterino para que o bebê nasça fica evidente na fala anterior. A intenção da usuária era a antecipação do parto para aliviar o desconforto e dores provocados pelas contrações. A Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal prevê que na falha de progresso no primeiro período de parto a mulher deve ser avaliada para identificar qual a melhor forma de manejo a ser aplicada. No caso de decisão pelo uso de ocitocina a mulher deve receber explicação sobre o motivo da escolha ou, no caso da entrevistada acima, sobre o motivo pelo qual não seria utilizada (CONITEC, 2016).

Não foram somente situações relacionadas diretamente com as entrevistadas que resultaram na ausência de respostas: quando o foco dos questionamentos foram seus filhos a conduta não foi muito diferente em relação à falta de informações. Uma das respondentes ficou sem saber dos perigos que representam as desacelerações da frequência cardíaca do tipo II (DIP II) para o feto. Além de informações pouco adequadas, ainda foi lhe retirado o direito

ao acompanhante, entendido por ela como algo que não deveria solicitar ou reivindicar como direito previsto em lei.

Eu não sei se tinha dilatação, só me disseram que o coração da bebê estava com DIP II, que era perigoso e fui para cesárea direto. Não autorizaram a entrada do acompanhante, eu estava preocupada com ela, não quis exigir (P 8).

Cabe ressaltar que a desaceleração cardíaca no feto é monitorada por cardiocografia (CTG), os valores considerados como normais para a frequência cardíaca fetal situam-se entre 110 e 160 batimentos por minuto, contudo esse padrão pode ser modificado pelo uso de certos fármacos, tabagismo, hipoglicemia, hipertermia, sono fetal, prematuridade ou até mesmo hipóxia fetal. Pelo CTG é possível monitorar além dos batimentos cardíacos fetais, a atividade uterina o que caracteriza o tipo de desaceleração. Segundo o MS, a conduta profissional deve ser adotada de acordo com os resultados do CTG em repouso. (BRASIL, 2012c).

A falta de divulgação da lei do acompanhante, após 12 anos de sua publicação, é notória e conveniente às instituições que, equivocadamente, entendem a presença de pessoa externa ao serviço, mas próxima à gestante no momento do parto, como algo nocivo à instituição. Os motivos alegados são diversos como: estrutura física inadequada, ausência de preparo da família no pré-natal e ansiedade do acompanhante em situações de urgência (SANTOS, 2012).

As atitudes de passividade das respondentes em relação aos questionamentos e solicitações podem ser, eventualmente, entendidas como medo de represálias a si e aos bebês. Podem, também, evidenciar o distanciamento histórico entre o conhecimento do profissional e o saber das usuárias dos serviços, privativos ou públicos, em relação às suas necessidades. A ausência de informações corretas, assim como decisões médico-centradas foram identificadas como principais fatores geradores de ansiedade (PÉREZ; OLIVEIRA; LAGO, 2015) podendo influenciar de forma negativa o futuro obstétrico ou emocional da mulher. Essas considerações são evidenciadas nas falas que seguem.

Acho que ela nasceu bem, senti ela nas minhas pernas, mas pelo barulho estavam aspirando ela eu não sabia o que pensar, não queria aquilo. Eu sabia que só deveriam aspirar se ela não estivesse bem (P8).

Não me senti confortável em pedir para o bebê ficar mais tempo comigo, eu sabia que o hospital tinha rotinas (P7).

As duas mulheres que experienciaram situações inesperadas no momento do parto referiram sentir falta de informações sobre tais intercorrências e práticas realizadas nestas situações. Se por um lado os desejos listados nos seus Planos de Parto não puderam ser atendidos, ficou claro que o entendimento e a abordagem de determinadas práticas são importantes e necessárias durante o pré-natal.

Duas respondentes mostraram grande satisfação com o resultado da elaboração de seus Planos de Parto. Enquanto uma sentiu-se bastante segura quanto aos sintomas que identificava, a outra relacionou o atendimento de seus desejos à descrição do mesmo em seu Plano.

Eu já sabia bem como acontece, esperei bastante para ir ao hospital. Uma hora depois de internada a bolsa rompeu e nem deu tempo de fazer muita coisa. Foi tudo muito rápido: o bebê nasceu no pré parto mesmo (P5).

Leram no meu plano minha decisão e vontade pela ligadura. Confirmaram se eu queria mesmo e eu disse que sim. Assinei os papéis e fizeram (P3).

Assim, pode-se pensar que a elaboração de um Plano de Parto em conjunto com um profissional que esclareça as práticas relacionando-as com as melhores evidências tem provocado a percepção de segurança quanto a sinais e sintomas durante o trabalho de parto e parto e é, também, uma das formas de intervenção efetiva para prevenir situações de violência obstétrica. A elaboração e apresentação do Plano de Parto pode ter impacto positivo em práticas como o contato pele-a-pele, a escolha da posição para parir, a ingestão de líquidos e clampeamento oportuno do cordão, quando comparado com mulheres que tiveram tais experiências (CORTÉS et al., 2015). Além disso, as mulheres podem usufruir de uma maior satisfação relacionada a melhora na comunicação e no apoio da equipe profissional ao nascimento dos seus filhos (FARAHAT et al., 2015).

Percebe-se que as práticas experienciadas nem sempre acompanham as recomendações preconizadas nacional ou internacionalmente e ditadas pelas melhores evidências disponíveis. As respostas proferidas pelas mulheres reforçam a capacidade das mesmas em realizar associações entre as orientações fornecidas e o cuidado recebido de forma crítica, identificando as consideradas inadequadas no processo de parto e nascimento.

5.4 Percepção das mulheres que apresentaram o plano de parto sobre seu atendimento e sobre a receptividade dos profissionais

Três respondentes tiveram boa receptividade ao apresentarem seus Planos de Parto; duas tiveram seus partos em hospitais públicos e uma em instituição privada. Estes dados nos indicam que alguns profissionais das redes pública e privada possuem alguma familiaridade com este documento, compreendendo-o como importante forma de valorização dos desejos da parturiente para um desfecho adequado do parto e do nascimento.

Quatro respondentes não apresentaram seus Planos de Parto: uma esqueceu; duas não tiveram tempo de apresenta-lo devido a encaminhamento à cesárea de emergência ou porque não identificou o trabalho de parto; a quarta respondente não se sentiu à vontade em apresenta-lo por julgar que o texto elaborado por ela estava mal escrito e por temer que o mesmo não expressasse adequadamente seus desejos. Uma das participantes que teve seu Plano de Parto apresentado relatou não saber da reação do profissional pois o mesmo foi entregue pelo acompanhante em sua ausência. Contudo, as práticas nele contidas foram proporcionadas.

Não fizeram corte e o bebê ficou em contato pele-a-pele depois que melhorou. O cordão eles cortaram rápido porque ele não estava respirando bem (P5).

As respondentes mostram compreender a importância das boas práticas, contudo parecem não saber como agir frente à negativa das práticas solicitadas em seus Planos de Parto. Tal receio pode justificar-se uma vez que suas solicitações têm sido, muitas vezes, interpretadas como afronta à competência dos profissionais, principalmente quando o assunto foi a preferência de alguns pela cesariana em detrimento do parto vaginal. Esta situação foi evidenciada pela fala de uma das respondentes.

Eu pesquisei mais sobre o “perfil” médico, sobre as desculpas para fazer cesárea. Enxerguei a forma como alguns médicos entendem o processo do parto (P10).

Foi possível identificar que, independente da apresentação do Plano, as mulheres consideraram importante o que aprenderam ao elaborá-lo. A postura de estranheza dos profissionais da instituição que o receberam por ocasião da internação hospitalar geraram sensação de descaso pelo documento.

Olharam por cima e devolveram, acho que nem leram. Estava com dor, só lembro que não falaram nada, não fizeram nenhuma questão de falar sobre (P2).

Achei que era uma coisa natural apresentar o Plano de Parto, mas o profissional estranhou. Não senti que fui bem acolhida, não parecia uma coisa normal levar o Plano (P9).

Foi minha acompanhante que entregou: eu não estava junto. Ela disse que pegaram e levaram para outro lugar: não olharam nem falaram nada na hora (P4).

Os relatos indicam que alguns profissionais não valorizaram os Planos de Parto e que isto foi decepcionante: algo como uma desconsideração das expectativas das mulheres em relação ao momento do parto. Contudo, duas respondentes relataram a postura receptiva dos profissionais perante apresentação do Plano de Parto: se disponibilizaram ao diálogo sobre seus desejos e práticas possíveis.

A pessoa que recebeu disse que ia ver com a equipe e levou o Plano. Depois outra pessoa voltou dizendo que era da equipe e leu todo Plano junto comigo (P9).

Muito tranquila. Leu tudo, disse que sabia o que era um Plano de Parto e que tentaria realizar tudo que pudesse (P3).

A participante do estudo que realizou pré-natal e elaborou seu Plano de Parto com médica da rede privada, relatou que a apresentação de seu Plano teve excelente efeito do sobre a equipe de saúde do hospital que a atendeu sendo motivo de uma comunicação efetiva entre si e membros da equipe sobre as práticas solicitadas. Os números elevados de cesarianas em hospitais privados, quando comparados aos públicos chegou a ser 29% maior, subsidiando a preocupação de uma das participantes em relação ao seu desejo por um parto vaginal (BRASIL, 2014b). Mesmo sabendo das taxas de cesariana praticadas na instituição escolhida, P10 não desistiu de buscar formas para que seus desejos fossem atendidos.

Entreguei para minha médica um dia antes do parto. Quando cheguei no hospital ela me informou que já tinha entregue cópias para a equipe. Estava preocupada por ser um hospital privado campeão em cesarianas, mas percebi que realmente tudo foi acontecendo como escrevi no meu Plano (P10).

O estudo evidenciou que as participantes percebiam quando as práticas orientadas aconteciam mesmo quando o Plano de Parto não era apresentado. A discussão das práticas por ocasião da elaboração do Plano de Parto criou oportunidades de uma consciência sobre os melhores cuidados possíveis na atualidade e que a realização dos desejos nele contidos não dependem

exclusivamente de sua apresentação, mas também do poder de argumentação das usuárias sobre as práticas desejadas (LOPEZOSA; MAESTRE; BORREGO, 2017).

5.5 A necessidade de outras abordagens de planejamento do parto

Em geral as mulheres desejam situações que aliviem a dor e que se dirijam a um desfecho favorável para si e seus bebês. O Plano de Parto é um dispositivo criado para a atenção a um trabalho de parto que suporte práticas não invasivas e não iatrogênicas para que tal desfecho se dê: em sua origem, foi criado para ser uma lista de desejos relacionados a um parto e nascimento sem complicações. Mais de vinte anos se passaram desde a publicação da recomendação de sua implementação no Brasil (OMS, 1996). Daí que este estudo evidenciou a necessidade de orientações sobre situações inesperadas e não previstas na publicação referida no entanto bastante corriqueiras no dia a dia das instituições hospitalares que atendem um grande número de nascimentos como, por exemplo, a ocorrência de situação fetal não tranquilizadora.

A questão do sofrimento fetal me pegou de surpresa. Não me preparei para isso (P8).

As orientações recebidas não foram suficientes para deixar as participantes do estudo tranquilas em relação a efetividade de determinadas práticas como o clampeamento oportuno em caso de bebês que necessitassem de alguns segundos a mais para se estabilizarem.

Não estava preparada para algo errado. Não fui orientada sobre esta possibilidade no pré-natal (P9).

As médicas pareciam preocupadas comigo, sei que estava sangrando muito, mas não me explicaram em momento algum o que estava acontecendo. Foi um período em que eu quis ficar com meu bebê e não pude (P9).

O estudo evidenciou o receio de represálias por parte dos profissionais frente às solicitações das respondentes. O medo de não receber cuidados adequados ou de ser maltratada em reação à solicitação de ter a presença do acompanhante ao seu lado é emblemático. Mesmo sabendo que a presença do acompanhante é um direito seu e uma obrigação tanto da instituição quanto do profissional a respondente não se sentiu em condições de argumentar em seu favor.

Na hora eu sabia que as coisas poderiam ser diferentes, mas eu fiquei sem reação para falar: eu estava em choque e com medo. A única coisa que eu pedi algumas vezes, e me negaram, foi meu acompanhante. Não briguei pela presença dele porque fiquei com medo do que a médica que negou esta presença pudesse fazer, pois era a mesma que ia me operar (P8).

As mudanças que ocorrem a partir do que é pensado como natural tendem a provocar questões difíceis de lidar em momento de grande labilidade como o parto (BARBOZA, 2013). As falas anteriores confirmam a dificuldade existente em algumas instituições para a incorporação das boas práticas de assistência ao parto e nascimento em suas rotinas bem como em proporcionar orientações que se aproximem das diversas realidades possíveis. Tais dificuldades podem decorrer de aspectos culturais, naturalizados em nossa sociedade em diversas formas, principalmente ao esperar condutas submissas de pessoas pobres, com escolaridade básica ou precária, de doentes e outros institucionalizados e de mulheres grávidas que internam para o nascimento dos seus filhos (ZANARDO et al., 2017). A elas se retiram as roupas, os sapatos, a família, e dependendo da instituição, qualquer aparelho que lhe seja indispensável para ver e ouvir, como lentes, aparelhos auditivos e celulares, dificultando-lhes a visão, a audição e a comunicação (PASQUALOTTO; RIFFEL, 2017). Percebe-se, então, a elaboração do Plano como dispositivo que previne situações de violência na área obstétrica contra a mulher.

As respostas das participantes do estudo evidenciaram a compreensão das orientações fornecidas e a necessidade de orientações adicionais direcionadas a situações inesperada indicando a necessidade de estudos voltados às necessidades específicas das mulheres que experienciam tais situações de maneira a superá-las conforme indícios também relatados por Pasqualotto (PASQUALOTTO; RIFFEL, 2017).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho possibilitou a reflexão sobre a elaboração conjunta de alguns Planos durante minha trajetória acadêmica e a comprovação de que o desconhecimento da mulher sobre o processo da parturição pode ser minimizado por este importante dispositivo para a mudança das práticas relacionadas ao modo de parir e nascer.

Pode-se evidenciar as diferentes formas de influência do Plano de Parto sobre a experiência das mulheres. Foi possível identificar o Plano de Parto como importante dispositivo pedagógico que modifica as relações que o sujeito estabelece consigo mesmo, seja este sujeito a mulher no ciclo gravídico-puerperal ou o profissional que a assiste. Sua elaboração estimula as mulheres a buscarem o parto que desejam e instiga profissionais para o conhecimento e aplicação das melhores evidências relacionadas ao parto e nascimento.

Este estudo evidenciou, também, a necessidade de disseminar as boas práticas desde o pré-natal até a alta hospitalar e, indo além, em toda a sociedade, nas famílias, escolas e meio acadêmico. Por ser de elaboração individualizada instiga as mulheres a se questionarem sobre o que acontece no momento do parto, esclarecer as reais possibilidades, podendo ser desenvolvido ao longo da gestação de forma a reforçar práticas de escuta qualificada e a orientação precisa, identificada a cada encontro.

O estudo evidenciou, ainda, que o Plano de Parto pode ser um excelente instrumento de comunicação entre parturiente e equipe de saúde em um momento de vulnerabilidade como é o parto e o nascimento. Faz com que as mulheres se apropriem dos benefícios de suas escolhas evitando a atenção rotineira e, muitas vezes, desnecessárias, iatrogênicas ou violentas.

O estudo evidenciou uma cultura alicerçada em práticas e rotinas medico-centradas, intervencionistas, sem bases científicas ou utilizadas de forma inadequada. A elaboração do Plano de Parto aponta para serviços bem estruturados e profissionais qualificados para a atenção baseada nas melhores evidências.

O Plano de Parto, dispositivo criado para a atenção a um trabalho de parto que suporte práticas não invasivas e não iatrogênicas mostrou-se insuficiente para as necessidades de algumas mulheres que experienciaram situações inesperadas evidenciando uma importante vertentes para outros estudos.

REFERÊNCIAS

- ABNT. Associação Brasileira de Normas Técnicas. Norma nº 10520, de agosto de 2002. **Informação e Documentação - Citações em Documentos - Apresentação**. Disponível em: <<http://www.usjt.br/arq.urb/arquivos/nbr10520-original.pdf>>. Acesso em: 19 out. 2016.
- ARAGON, Melissa et al. Perspectives of Expectant Women and Health Care Providers on Birth Plans. **Journal of Obstetrics and Gynecology** Canada. [s.i.], p. 979-985. nov. 2013.
- BARBOZA, Heloisa Helena. **A pessoa na era da biopolítica, autonomia, corpo e subjetividade**. Instituto Humanitas Unisinos, São Leopoldo, v. 194, n. 2, p.1-20, maio 2013.
- BRASIL. **Lei nº 9.610, de 20 de fevereiro de 1998**. Altera, atualiza e consolida a legislação sobre direitos autorais e dá outras providências. Brasília, DF, 1998.
- BRASIL.MS. **Além da sobrevivência: práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde de mães e crianças**, 1. ed., Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos Humaniza SUS**. Volume 4 – Humanização do parto e do nascimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Saúde Brasil 2014: uma análise da situação de saúde e das causas externas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011**. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha, 2011a. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em: 16 out 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Humanização no Pré-Natal e Nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprovar as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 2012b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 569, de 01 de junho de 2000**. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco / Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica, nº 32 - Série A. Normas e Manuais Técnicos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. 318 p.: il.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. 5º edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2012c. 320p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Saúde Brasil 2014: uma análise da situação de saúde e das causas externas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/saude_brasil_2014_analise_situacao.pdf Acesso em 20 Nov 2017.

CARDOSO, Priscila Oliveira; ALBERTI, Luiz Ronaldo; PETROIANU, Andy. Morbidade neonatal e maternas relacionada ao tipo de parto. **Ciênc Saúde Coletiva** **15** (2), **427-35**, **2010**. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n2/16.2%20priscila.pdf>. Acesso em: 13 out 2016.

CONITEC. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do SUS. Ministério da Saúde. **Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana**. Nº 179. Março 2016. [Online]. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2016/Relatorio_Diretrizes_Cesariana_N179.pdfv. Acesso em: 19 out. 2016.

CORTÉS, María Suárez et al. Uso e influencia de los Planes de Parto y Nacimiento en el proceso de parto humanizado. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Murcia, v. 3, n. 23, p.520-526, maio 2015.

DATASUS. Tabnet. Nascidos vivos no Brasil. **Nascim p/ocorrência por Ano do nascimento segundo Tipo de parto**. Período: 1994, 2004, 2014. [internet]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>. Acesso em: 13 out 2016.

DATASUS. Tabnet. Nascidos vivos no Brasil. **Nascim p/ocorrência por Ano do nascimento segundo Tipo de parto**. Período: 2015. [internet]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvrs.def>. Acesso em: 20 nov 2017

FARAHAT, Amal Hussain et al. Effect of Implementing A Birth Plan on Womens' Childbirth Experiences and Maternal & Neonatal Outcomes. **Journal Of Education And Practice**. [s.l.], p. 24-31. dez. 2015.

FLEURY-TEIXEIRA, Elizabeth; MENEGHEL, Stela Nazareth. Dicionário feminino da infância: Acolhimento e diagnóstico de mulheres em situação de violência. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015. 422 p.

LARROSA, Jorge. Tecnologias do eu e educação. In: SILVA, Tomaz Tadeu da (Org.). **O sujeito da educação**. Petrópolis, RJ: vozes, 1994.

LOPEZOSA, Pedro Hidalgo; MAESTRE, María Hidalgo; BORREGO, Maria Aurora Rodríguez. Birth plan compliance and its relation to maternal and neonatal outcomes. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, [s.l.], v. 25, p.1-6, 11 dez. 2017. FapUNIFESP (SciELO)

MARQUE, Flavia Carvalho; DIAS, Ieda Maria Vargas; AZEVEDO, Leila. A percepção da equipe de enfermagem sobre humanização do parto e nascimento. **Escola Anna Nery Revista D Enfermagem**, [s.i.], v. 3, n. 10, p.439-447, dez. 2006.

MEYER, Dagmar Estermann; PARAÍSO, Marlucy Alves. **Metodologias de pesquisas pós-críticas em educação**. Belo Horizonte: Mazza Edições, 2012. 312 p.

MICROBIRTH. Direção: Tony Harman & Alex Wakeford. Alto Films Lmted. LondonUK, 2014. 60 min. Color.

MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 2010.

MOURA, Fernanda Maria de Jesus S. Pires et al. A humanização e a assistência de enfermagem ao parto normal. *Revista Brasileira de Enfermagem*, [s.l.], v. 60, n. 4, p.452-455, ago. 2007. FapUNIFESP (SciELO)

NAGAHAMA, Elizabeth Eriko Ishida; SANTIAGO, Silvia Maria. A institucionalização médica do parto no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*. Maringá, v. 3, n. 10, p.651-657, dez. 2005.

OMS. Declaração da OMS Sobre **Taxas de Cesárias**. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO_RHR_15.02_por.pdf. Acesso em: 27 set. 2016.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Saúde Materna e Neonatal. Unidade de ‘maternidade segura’. Saúde Reprodutiva e da Família. **Assistência ao parto normal**: um guia prático. Genebra: Ministério da Saúde do Brasil, 1996.

PASCHE, Dário Frederico; VILELA, Maria Esther de Albuquerque; MARTINS, Cátia Paranhos. Humanização da atenção ao parto e nascimento no Brasil: pressuposto para uma nova ética na gestão e no cuidado. *Revista Tempus Actas Saúde Coletiva*. Brasília, v. 4, n. 4, p. 105-117, 2010.

PASQUALOTTO, Victória Prates; RIFFEL, Mariene Jaeger. **Plano de Parto: novas práticas sugeridas nas mídias sociais**. 2017. Disponível em: <https://www.hcpa.edu.br/cc/semana_enfermagem/assets/anais_2017.pdf>. Acesso em: 21 dez. 2017.

PÉREZ, Bárbara Angélica Gómez; OLIVEIRA, Edilaine Varjão; LAGO, Mariana Santos. Percepções de puérperas vítimas de violência institucional durante o trabalho de parto e parto: revisão integrativa. *Revista Enfermagem Contemporânea*, [s.l.], v. 4, n. 1, p.1-13, 28 ago. 2015. Escola Bahiana de Medicina e Saúde Publica

REDE GLOBO. Encontro com Fátima Bernardes: Enfermeiro, obstetra criou programa para fortalecer laços entre pai e filho durante o parto. 2017. Disponível em: <<https://globoplay.globo.com/v/6316465/>>. Acesso em: 11 dez. 2017.

SANTOS, Luciano Marques dos et al. Experiencing skin to skin contact with the baby during the postpartum period as a mechanical act. *Revista Brasileira de Enfermagem*, [s.l.], v. 67, n. 2, p.202-207, abr. 2014. GN1 Genesis Network.

SANTOS, Luciano Marques dos et al. Percepção da equipe de saúde sobre a presença do acompanhante no processo parturitivo. *Rev Rene, Fortaleza*, v. 13, n. 5, p. 994-100, 2012.

SUÁREZ-CORTÉS, María et al. Use and influence of Delivery and Birth Plans in the humanizing delivery process. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, [s.l.], v. 23, n. 3, p.520-526, jun. 2015. FapUNIFESP (SciELO).

UNICEF / BRASIL. Dez passos para o sucesso do aleitamento materno. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: https://www.unicef.org/brazil/pt/activities_9999.htm Acesso em: 11 dez 2017.

VICTORA, Cesar Gomes et al. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. **The Lancet**, London, v. 377, n. 11, p.1863-1876, 2011.

ZANARDO, Gabriela Lemos de Pinho et al. Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. **Psicologia & Sociedade**, [s.l.], v. 29, p.1-11, 2017. FapUNIFESP (SciELO).

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Título do Projeto: “INFLUÊNCIA DO PLANO DE PARTO SOBRE A EXPERIÊNCIA DAS MULHERES”.

Você está sendo convidada a participar de uma pesquisa cujo objetivo é “Identificar a influência da elaboração do Plano de Parto sobre a experiência das mulheres no parto e nascimento de seus filhos”. Dessa forma, os resultados da presente pesquisa trarão benefícios na compreensão sobre a realização do Plano de Parto e seu impacto no parto e nascimento do seu (a) filho (a). Você está sendo convidada a participar desta pesquisa, por ter recebido orientações sobre as boas práticas no parto e nascimento, assim como auxílio de um profissional de saúde capacitado, para a realização do seu Plano de Parto. O estudo é objeto de Trabalho de Conclusão de Curso e está sendo realizado pelo aluno(a) de curso de graduação de Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul Karen Ferreira dos Santos, sob orientação da professora Mariene Jaeger Riffel, cuja finalidade é identificar os possíveis benefícios da elaboração do Plano de Parto. Se você aceitar participar da pesquisa, o questionário aplicado terá duração de aproximadamente de 60 minutos e contará com informações de identificação, situação conjugal, escolaridade, e dados gerais sobre paridade e seu parto. Esta coleta será realizada através de um questionário previamente estabelecido. Sabe-se que toda pesquisa com humanos envolve risco em tipos e gradações variados. Por isso ressaltamos que a coleta de dados poderá causar desconforto relacionado ao tempo de resposta ao questionário ou devido a sentimentos mobilizados pela lembrança das experiências do parto e nascimento. Salienta-se, também que a pesquisa não produz benefícios diretos, mas poderá contribuir para o conhecimento sobre as boas práticas utilizadas no parto e nascimento. A participação na pesquisa é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Caso você decida não autorizar a participação, ou ainda, retirar a autorização após a assinatura desse Termo, não haverá nenhum prejuízo ao atendimento que o participante da pesquisa recebe ou possa vir a receber nas unidades de saúde. Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela participação na pesquisa e não haverá nenhum custo com respeito ao questionário aplicado ou pesquisa desenvolvida. Os dados coletados durante a pesquisa serão tratados confidencialmente. Os resultados serão apresentados de forma conjunta, sem a identificação dos participantes, ou seja, os nomes não aparecerão na publicação dos resultados. Caso você tenha dúvidas, poderá entrar em contato com o pesquisador responsável Karen Ferreira dos Santos pelo telefone 51-99185-5167, com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS telefone 51-3308-3738 ou Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre telefone 51-3289.5517.

Esse Termo é assinado em duas vias, sendo uma para a participante e outra para a pesquisadora.

Nome da participante da pesquisa - Assinatura (se aplicável)

Nome do responsável - Assinatura

Nome do pesquisador que aplicou o Termo - Assinatura

Local e Data: _____

APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO PARA LEVANTAMENTO DE DADOS PARA A PESQUISA: INFLUÊNCIA DO PLANO DE PARTO SOBRE A EXPERIÊNCIA DAS MULHERES

Pesquisadora:	
Número de identificação da participante:	
Idade:	Escolaridade:
Profissão:	
Situação conjugal:	
Número de vezes que ficou grávida:	
Número de filhos:	
Número de partos:	Número de cesarianas:
Data do nascimento em que realizou Plano de Parto: / /	
1. Local do parto:	
1.1 SUS	<input type="checkbox"/>
1.2 Convênio	<input type="checkbox"/>
1.3 Hospital público	<input type="checkbox"/>
1.4 Hospital privado	<input type="checkbox"/>
2. Tipo de parto:	
2.1 Vaginal	<input type="checkbox"/>
2.2 Cesariana	<input type="checkbox"/>
3. Recebeu orientações sobre Plano de Parto:	
3.1 Sim	<input type="checkbox"/>
3.2 Não	<input type="checkbox"/>
4. Apresentou Plano de Parto na instituição onde o parto ocorreu:	
4.1 Sim	<input type="checkbox"/>
4.2 Não	<input type="checkbox"/>
<p>4.1 SE SIM: O Plano de Parto influenciou em sua experiência de parto? Sim <input type="checkbox"/> Como? _____ Não <input type="checkbox"/> por que? _____</p> <p>O que você lembra ter ocorrido quando seu Plano de Parto foi apresentado na instituição hospitalar? _____ Como os profissionais receberam seu Plano de Parto? (Como percebeste a reação dos profissionais ao contato com seu Plano de Parto?) _____ As informações/orientações recebidas durante a elaboração do Plano de Parto foram importantes para sua decisão de apresentá-lo? _____</p>	
<p>4.2 SE NÃO: Por qual motivo não apresentou? _____</p>	
<p>5 Você considera que o conhecimento adquirido durante a elaboração do Plano de Parto teve alguma influência no momento do seu parto? _____ Como? _____</p>	
6 Como foi seu parto?	

ANEXO A – PARECER COMPEAQ UFRGS

UFRGS
Universidade Federal de Rio Grande do Sul

Dados Gerais:

Projeto Nº:	32501	Título:	INFLUENCIA DO PLANO DE PARTO SOBRE A EXPERIENCIA DAS MULHERES		
Área de conhecimento:	Enfermagem Obstétrica	Início:	01/03/2017	Previsão de conclusão:	30/12/2017
Situação:	Projeto em Andamento				
Origem:	Escola de Enfermagem Departamento de Enfermagem Materno-Infantil	Projeto Isolado			
Local de Realização:	não informado				
Não apresenta relação com Patrimônio Genético ou Conhecimento Tradicional Associado.					
Objetivo:	IDENTIFICAR A INFLUENCIA DO PLANO DE PARTO SOBRE A EXPERIENCIA DAS MULHERES NO PARTO E NASCIMENTO DE SEUS FILHOS.				

Palavras Chave:
ENFERMAGEM OBSTÉTRICA
PLANO DE PARTO

Equipe UFRGS:
Nome: MARCELO JACQUES SIFFEL
Contato: Início: 01/03/2017 Previsão de término: 30/12/2017

Avaliação:
Comissão de Pesquisa de Enfermagem - Aprovado em 22/02/2017 [Clique aqui para avaliar a pesquisa](#)

Anexo:
Sistema Copalata
Setor de Consentimento Livre e Esclarecido

Data de Envio: 26/01/2017
Data de Envio: 26/01/2017

1. Aspectos científicos:
Título: Compreensível, conciso e reflete o conteúdo do projeto.
Introdução: Apresenta o problema de pesquisa apoiada em revisão da literatura na área. Define claramente problema de pesquisa.
Objetivo: Apresenta um objetivo geral estando claro e congruente com o problema de pesquisa exposto.
Método: O método é apropriado para alcançar o objetivo proposto.
Delimitação: A proposta de um estudo Exploratório-descritivo, de abordagem qualitativa está adequada ao que se propõe o projeto.
População: Mulheres atendidas durante o acompanhamento pré-natal em unidades de atenção primária no município de Porto Alegre - RS. Apresenta critérios de inclusão e exclusão.

Fechar

ANEXO B – TERMO DE CIÊNCIA PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE



Prefeitura Municipal de Porto Alegre Secretaria Municipal de Saúde Comitê de Ética em Pesquisa

TERMO DE CIÊNCIA E AUTORIZAÇÃO DA COORDENAÇÃO ONDE SERÁ REALIZADA A PESQUISA

Eu, Thiago Frank, matrícula 592629-2, coordenador

- (x) Coordenadoria Geral de Atenção Primária
- () Coordenadoria Geral de Atenção Especializada Ambulatorial (CGAEA)
- () Coordenadoria da Rede de Urgências e Emergências
- () Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde (CGVS)
- () Coordenadoria de Regulação de Serviços em Saúde (GRSS)
- () Comissão Multiprofissional de Ensino-Serviço e Pesquisa (COMESP) do Hospital de Pronto Socorro
- () Assessoria de Planejamento (ASSEPLA)
- () Outra área/secretaria: _____

conheço o Protocolo de Pesquisa intitulado **INFLUÊNCIA DO PLANO DE PARTO SOBRE A EXPERIÊNCIA DAS MULHERES**, tendo como Pesquisador Responsável Mariane Jaeger Riffel.

Declaro estar ciente do projeto e autorizo, após o parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, a realização desta pesquisa.

Porto Alegre, 24/02/2017.

Thiago Frank
Matrícula: 592629-2
- CRM-03.2024
Coordenador de Atenção Primária
- CAPA

Assinatura e carimbo

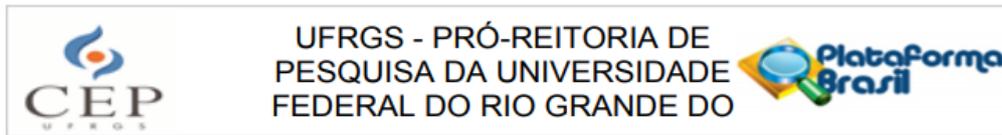
Obs.: Este documento não autoriza o início da pesquisa, sendo apenas um requisito exigido pelo Comitê de Ética da SMSPA para análise do projeto de pesquisa. Sua finalidade é atestar que a Coordenação da área tem ciência e autoriza a realização do projeto de pesquisa, quando forem cumpridas as instâncias de avaliação ética.

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre – CEP SMSPA
Rua Capão Montanha, 27 - 7º andar – CEP 90.010-040

☎ 3289.5517 📧 cep_sms@smsa.prefpoa.com.br cep_sms@hotmail.com

TERMO DE CIÊNCIA E AUTORIZAÇÃO – CEP SMSPA

ANEXO C – PARECER COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA



Continuação do Parecer: 2.132.513

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_887793.pdf	06/06/2017 19:36:30		Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	Resposta_parecer_2094708.docx	06/06/2017 19:36:15	Mariene Jaeger Riffel	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Karen.docx	06/06/2017 19:35:21	Mariene Jaeger Riffel	Aceito
Outros	Questionario_karen.docx	10/05/2017 12:27:12	Karen Ferreira dos Santos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_TCLE.docx	10/05/2017 12:26:29	Karen Ferreira dos Santos	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	30/03/2017 16:57:49	Karen Ferreira dos Santos	Aceito
Outros	Parecer_Compesq.pdf	24/03/2017 19:17:28	Mariene Jaeger Riffel	Aceito
Outros	Termo_lmesf.pdf	24/03/2017 19:16:33	Mariene Jaeger Riffel	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

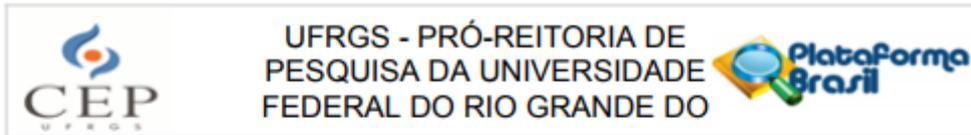
Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 22 de Junho de 2017

Assinado por:
MARIA DA GRAÇA CORSO DA MOTTA
 (Coordenador)

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
 Bairro: Farroupilha CEP: 90.040-060
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3308-3738 Fax: (51)3308-4085 E-mail: etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 2.421.155

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1042416_E1.pdf	29/11/2017 21:14:57		Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	Resposta_parecer_2094708.docx	06/06/2017 19:36:15	Mariene Jaeger Riffel	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Karen.docx	06/06/2017 19:35:21	Mariene Jaeger Riffel	Aceito
Outros	Questionario_karen.docx	10/05/2017 12:27:12	Karen Ferreira dos Santos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_TCLE.docx	10/05/2017 12:26:29	Karen Ferreira dos Santos	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	30/03/2017 16:57:49	Karen Ferreira dos Santos	Aceito
Outros	Parecer_Compesq.pdf	24/03/2017 19:17:28	Mariene Jaeger Riffel	Aceito
Outros	Termo_lmesf.pdf	24/03/2017 19:16:33	Mariene Jaeger Riffel	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 07 de Dezembro de 2017

Assinado por:
MARIA DA GRAÇA CORSO DA MOTTA
 (Coordenador)

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
 Bairro: Farroupilha CEP: 90.040-060
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3308-3738 Fax: (51)3308-4085 E-mail: efica@propesq.ufrgs.br

ANEXO D – NASCIMENTOS DECORRENTES DE PARTO VAGINAL, CESAREANA E OUTRAS FORMAS, NOS ANOS DE 2004 E 2014 NO BRASIL



Ministério da Saúde

INFORMAÇÕES DE SAÚDE

DATASUS Tecnologia da Informação a Serviço do SUS

AJUDA

NOTAS TÉCNICAS

DATASUS

NASCIDOS VIVOS - BRASIL

Nascim p/ocorrênc por Ano do nascimento segundo Tipo de parto
Período: 1994, 2004, 2014

Tipo de parto	1994	2004	2014	Total
TOTAL	2.571.571	3.026.548	2.979.259	8.577.378
Vaginal	1.333.677	1.756.180	1.277.175	4.367.032
Cesário	823.475	1.263.634	1.697.954	3.785.063
Fórceps/outro	21.366	-	-	21.366
Ignorado	393.053	6.734	4.130	403.917

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC

Nota:

1. Em 2011, houve uma mudança no conteúdo da Declaração de Nascidos Vivos, com maior detalhamento das informações coletadas. Para este ano, foram utilizados simultaneamente os dois formulários. Para mais detalhes sobre as mudanças ocorridas e os seus efeitos, veja o documento "[Consolidação do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - 2011](#)".

Legenda:

- - Dado numérico igual a 0 não resultante de arredondamento.
- 0; 0,0 - Dado numérico igual a 0 resultante de arredondamento de um dado originalmente positivo.

COPIA COMO .CSV

COPIA PARA TABWIN

MOSTRA COMO GRÁFICO