

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL**

**YASMIN ARAÚJO CECATO**

**ELABORAÇÃO DO PLANO DE PARTO EM UMA UNIDADE BÁSICA DE  
SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA**

**Porto Alegre**

**2016**

**YASMIN ARAÚJO CECATO**

**ELABORAÇÃO DO PLANO DE PARTO EM UMA UNIDADE BÁSICA DE  
SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Trabalho de conclusão de curso (TCC) apresentado ao curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Virgínia Leismann Moretto

**Porto Alegre**

**2016**

“ Hoje ao me olhar no espelho, lembrei que uma vez pedi a Deus alguns centímetros a mais. Ele acabou me fazendo alta como o céu, tão alta que eu não consegui me medir. ”

Malala Yousafzai

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço às inúmeras mulheres que cruzaram a minha vida acadêmica, cada uma com a sua história e condições, mas todas poderosas e batalhadoras. A cada gestante que confiou e participou das atividades propostas e abriram seus corações.

Muito obrigada mãe, que abdicou de tudo em prol das tuas filhas. Muito obrigado pela paciência, amor e dedicação. Mãe, eu sonho com um mundo em que mulheres como tu não precisem ser tão fortes.

Às minhas irmãs que formam parte dessa família de mulheres que me dão muito orgulho. Batalhadoras como só uma filha da “Mariazinha” poderiam ser, obrigado por serem também minhas mães, eu realmente tenho muita sorte de crescer aos cuidados de vocês.

Ao meu pai que mesmo sempre sério confiou em mim e me deu o suporte para concluir essa fase da minha vida. Tia Val sempre presente, mesmo de longe, me incentivando e apoiando na minha vida pessoal e acadêmica.

A minha orientadora, Virgínia, que me ensinou mais que o cuidado, me ensinou o verdadeiro sentido da humanização. Tu sempre me emocionas nas tuas falas, porque tu falas com o coração.

Ao meu amor, Rafael, que está sempre presente nos principais momentos da minha vida e me acolhe quando não tenho forças para prosseguir. Obrigado por participar das minhas lutas como se fossem tuas também.

## RESUMO

**Introdução:** Este estudo é um relato sobre a experiência da autora nos projetos de implementação de Planos de Parto durante a atenção pré-natal, vivenciada como aluna de graduação, monitoria e extensão da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. **Objetivo:** Relatar a experiência de uma acadêmica de enfermagem na implementação do plano de parto em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) de Porto Alegre, RS, Brasil. **Método:** Trata-se de um método qualitativo, o relato de experiência é um projeto que se constitui de aspectos vivenciados pela autora no processo de implementação do Plano de Parto, na oportunidade de um estágio curricular, de atividade de monitoria da disciplina de Cuidado às Mulheres e aos Recém-nascidos e de participações no grupo de gestantes em uma UBS, durante o ano letivo de 2015. **Resultados:** A experiência da monitoria acadêmica oportunizou à autora um olhar humano a saúde das mulheres em vários cenários de cuidado. Também se alcançou o aprendizado sobre o plano de parto e seus benefícios para as usuárias do serviço público de saúde, pois é uma ferramenta que pode garantir algumas práticas na atenção ao parto e cuidados com o binômio mãe-bebê. **Considerações finais:** O plano de parto traz a mulher o protagonismo da luta pelo direito de conhecer e decidir sobre o seu corpo e seu bebê. A construção do plano de parto permitiu um vínculo da gestante e sua família com a equipe da atenção básica e certeza de suas escolhas, o que se pode traduzir em empoderamento feminino. Observamos que estas mulheres saíram fortalecidas desta experiência.

**Descritores:** Enfermagem, Humanização, Saúde da mulher

## ABSTRACT

**Background:** This study is about the author's experience on birth plans implementation projects during the antenatal attention, experienced as graduation student, monitoring and extension student of Universidade Federal do Rio Grande do Sul. **Objectives:** Report the experiences of nursery school student on the birth plan implementation in a Basic Unit of Health (BUH) of Porto Alegre, RS, Brazil. **Method:** It is a qualitative method, the reporting is a project that compose of experience aspects of author on the process of birth plan implementation, on the opportunity of an internship, monitoring activity on the subject of Care for Women and the Newborns and participation on classes to pregnant women in a BUH, during the academic year of 2015. **Results:** The monitoring students experience has provided the opportunity to the author of a humane view to the women's health in many care scenarios. The author also achieved the knowledge about the birth plan and it is their benefits to the women, as it is a tool that can ensure some practices in the birth attention and minimum care to mother and baby. **Final considerations:** The birth plan brings to the woman the protagonism of their fight for the right to know and decide about their bodies and their babies. The making of a birth plan allowed a bond between the pregnant woman and their relatives to and the care providers and beyond that, the certainty of their choices, which we can translate to feminine empowering. We observed that these women were strengthened after this experience.

**Key words:** Nursing, Humanization, Women's health

## Sumário

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>7</b>
<b>2 OBJETIVO</b> .....	<b>10</b>
<b>3 MÉTODO</b> .....	<b>11</b>
<b>4 REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	<b>12</b>
<b>4.1 Acolhimento e Escuta Qualificada</b> .....	<b>12</b>
<b>4.2. Boas práticas</b> .....	<b>13</b>
<b>4.2.1 Acompanhante</b> .....	<b>13</b>
<b>4.2.3 Dieta</b> .....	<b>14</b>
<b>4.2.4 Livre movimentação</b> .....	<b>14</b>
<b>4.2.5 Ocitocina exógena</b> .....	<b>15</b>
<b>4.2.6 Enema e tricotomia</b> .....	<b>15</b>
<b>4.2.7 Primeiros cuidados com o recém-nascido</b> .....	<b>15</b>
<b>5 A ELABORAÇÃO DO PLANO DE PARTO DURANTE O PRÉ-NATAL</b> .....	<b>17</b>
<b>5.1 Conhecimento é poder, ou poder é conhecimento?</b> .....	<b>17</b>
<b>5.2 Boas práticas durante o pré-natal</b> .....	<b>17</b>
<b>5.2.1 Acompanhante</b> .....	<b>18</b>
<b>5.2.2 Restrição da episiotomia</b> .....	<b>18</b>
<b>5.2.3 Dieta</b> .....	<b>19</b>
<b>5.2.4 Livre movimentação</b> .....	<b>19</b>
<b>5.2.5 Ocitocina</b> .....	<b>19</b>
<b>5.2.6 Enema e tricotomia</b> .....	<b>20</b>
<b>5.2.7 Primeiros cuidados com o recém-nascido</b> .....	<b>20</b>
<b>5.3 Consultas Pré-Natal</b> .....	<b>21</b>
<b>5.4 Grupo de gestantes</b> .....	<b>22</b>
<b>6 DISCUSSÃO DO PLANO DE PARTO NO PUERPÉRIO</b> .....	<b>25</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>26</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>28</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Este estudo é um relato sobre a experiência da autora nos projetos de implementação de Planos de Parto durante a atenção pré-natal, vivenciada como aluna de graduação, como monitora e extencionista da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

A pesquisa Nacer no Brasil confirma que o nascimento no nosso país não é uma experiência natural, pois a maioria dos brasileiros nascem por cesariana (52% dos nascimentos). Dentro desse grupo, 46% ocorrem no setor público e 88% na saúde suplementar (LEAL, 2014). Esses números assustam pesquisadores da área e vão de encontro ao recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) de que 10 a 15% dos partos sejam realizados por meio desse procedimento (OMS,2015)

Em um estudo sobre os progressos e desafios da saúde materno-infantil no Brasil, os autores afirmam que a atenção pré-natal é inadequada e os profissionais despreparados para qualificar a assistência. O acesso foi melhorado nas últimas décadas, mas vários desafios e alguns indicadores como a mortalidade materna, mortalidade neonatal e a prematuridade persistem. É frequente ainda, o excesso de medicalização, cesarianas e episiotomias, procedimentos responsáveis por parte evitável de complicações na atenção ao parto (VICTORA et al., 2011).

Para uma atenção pré-natal de qualidade, é necessário que além de uma boa avaliação de riscos exista qualificação do profissional para um cuidado humanizado e respeitoso. Segundo o Ministério da Saúde (MS) a humanização na atenção à gestante, se utilizando de evidencias atuais, é garantia de um padrão de acesso e qualidade (BRASIL,2012).

Atualmente, as práticas recomendadas na atenção ao parto são as mesmas conceituadas de “BOAS PRÁTICAS” pela OMS há vinte anos atrás, que tem como objetivo diminuir as intervenções desnecessárias, reforçando o conhecimento da fisiologia do corpo feminino para um nascimento natural e respeitoso (OMS,1996). Mas, ainda assim, observa-se o desconhecimento ou omissão dessas práticas pelas equipes de saúde que atendem as parturientes no Brasil, transformando a cena do parto em algo planejado pelos profissionais e desconhecida pela mulher.

Um dos “10 Passos para o Pré-Natal de Qualidade” proposto pelo MS defende o estímulo à elaboração do Plano de Parto pela gestante a partir de informações fornecidas pelo pré-natalista sobre os benefícios do parto fisiológico. Porém, o conhecimento sobre o plano de parto e como implementá-lo ainda é escasso tanto no meio profissional quanto no meio acadêmico (BRASIL, 2012).

O plano de parto é a 1ª Prática recomendada pela OMS desde 1996 como uma prática útil que deve ser encorajada: “deve ser um plano pessoal que determine onde e por quem o parto deverá ser atendido, feito pela mulher durante a gestação e conhecido pelo marido/parceiro e se possível, pela família” (OMS,1996, p.3). Porém, mesmo que recomendado pelo MS à todas as gestantes cadastradas no pré-natal e incentivado pela OMS, ainda não é uma realidade no Brasil causando estranheza por equipes de saúde que recebem as gestantes nos Centros Obstétricos.

Segundo Institute of Medicine (2001), um dos seis fatores para a melhora da qualidade do serviço é o cuidado centrado no paciente, onde se leva em consideração as preferências, os valores e as necessidades do paciente principalmente na tomada de decisão. Seguindo esse raciocínio, o plano de parto, além de assegurar a humanização da assistência, traz qualidade para o serviço que o utiliza, já que atende as escolhas informadas da parturiente.

Durante a gestação, as mulheres precisam de informações sobre os seus direitos e sobre as práticas recomendadas para a segurança no nascimento de seus filhos. Com as informações, as mulheres escrevem, ou listam suas escolhas em relação ao seu parto e os primeiros cuidados com o recém-nascido. Formalizando em documento entregue e discutido com a equipe de saúde no momento do parto.

Já se sabe que o plano de parto na Espanha, por exemplo, teve resultados positivos nas taxas de parto normal, contato pele a pele e clampeamento tardio do cordão, o que reduziu gastos com internações da mãe e do bebê em Unidade de Terapia Intensiva neonatal. O estudo ainda demonstrou que o empoderamento das parturientes teve uma nova dimensão por conta da autonomia que o plano de parto trás as mulheres e conseqüentemente o aumento da satisfação com o serviço. (CORTÉS et al.,2015)

Este relato de experiência busca expor o aprendizado de uma graduanda de enfermagem a partir de sua atuação na monitoria nas consultas pré-natal, grupos de

gestantes e visitas domiciliares, com enfoque no incentivo à elaboração do plano de parto.

## **2 OBJETIVO**

Relatar a experiência de uma acadêmica de enfermagem na implementação do plano de parto em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) de Porto Alegre, RS, Brasil.

### 3 MÉTODO

O relato de experiência se constitui aspectos vivenciados pela autora no processo de elaboração do Plano de Parto, na oportunidade de um estágio curricular, de atividade de monitoria da disciplina de Cuidado às Mulheres e aos Recém-nascidos e de participações no grupo de gestantes em uma Unidade Básica de Saúde durante o ano letivo de 2015. O estudo usou um método qualitativo para abordar a inserção de um plano assistencial construído durante as consultas de pré-natal, visitas domiciliares e grupo de gestantes.

O relato de experiência é uma ferramenta da pesquisa descritiva que apresenta uma reflexão sobre uma ação ou um conjunto de ações que abordam uma situação vivenciada no âmbito acadêmico de interesse da comunidade científica (CAVALCANTE, LIMA;2012). Este trabalho contou com suporte na literatura especializada para promover discussões e descrever os resultados desta iniciativa.

As atividades de atenção ao pré-natal ocorreram na Unidade Básica de Saúde Santa Cecília fundada em 2004 por meio de uma parceria entre o Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) e a Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, pertencente à Gerência Distrital Centro, situada na Rua São Manoel, número 543, no bairro Santa Cecília. A área de abrangência da UBS se delimita entre as Avenidas: Ramiro Barcelos até a Protásio Alves, Passo da Pátria, Carazinho (lado ímpar) e Ipiranga. No início de 2006, o núcleo Juliano Moreira, localizado junto ao Jardim Botânico, foi incorporado à área de abrangência da Unidade. A partir de julho de 2010, passou a ser uma Unidade de Saúde Escola com profissionais exclusivamente da UFRGS e do HCPA, onde somente os agentes comunitários de saúde são vinculados ao Instituto Municipal de Estratégia de Saúde da Família (HCPA, 2015).

A coleta de dados se deu a partir da observação, consulta ao prontuário de família, participação de atividades gerenciais (controle de adesão ao pré-natal e discussão de casos com equipe multidisciplinar) e consulta a órgãos normatizadores e regulamentadores dos serviços de saúde. O estudo respeitou os aspectos éticos, preservando o anonimato dos casos e das participantes. Foram utilizados artifícios para dificultar a identificação das usuárias.

## **4 REVISÃO DA LITERATURA**

Para descrever o relato de experiência percebeu-se a importância de discutir alguns conceitos e recomendações da OMS e MS, pois é nesta direção que a autora e a UBS trabalham para qualificar a atenção à gestante e sua família.

### **4.1 Acolhimento e Escuta Qualificada**

O acolhimento é uma tecnologia leve utilizada para facilitar o acesso da usuária, aumentando a adesão ao pré-natal. A resolutividade é um dos objetivos do acolhimento pré-natal, ouvindo a usuária e garantido o acesso a outros serviços, respeitando o cuidado integral. Cabe a equipe de saúde, no serviço ou na comunidade, buscar compreender o contexto psicossocial da gestante (BRASIL, 2012).

A escuta qualificada sempre foi um dos principais meios utilizados nas consultas pré-natal como forma de acolher a gestante e sua família. Essa ferramenta proporciona confiança da mulher na equipe de saúde, já que representa o respeito à diversidade e singularidade (RAIMUNDO; CADETE, 2012). A escuta qualificada está além de apenas ouvir a gestante, é uma escuta aberta que permite que a usuária fale sobre sua intimidade com segurança e fortalece o vínculo proporcionando a construção do conhecimento sobre si mesma (BRASIL, 2012).

Durante o pré-natal algumas iniciativas eram essenciais para o sucesso da escuta qualificada, como por exemplo: se apresentar para a gestante e seu acompanhante; incentivar a presença do acompanhante e da família; explicar e informar sobre procedimentos, exames e condutas; valorizar o saber da usuária e acompanhante; etc. Esses passos se mostraram indispensáveis para a construção do vínculo, facilitando o acesso da gestante aos serviços de saúde.

Um dos pontos principais da escuta era a valorização das experiências de partos anteriores ou de alguém conhecido ou da família. A partir dessas experiências prévias podíamos analisar o saber da mulher e com isso fornecer informações para

a preparação do próximo parto. Era nessa hora que muitas vezes as mulheres compreendiam os procedimentos por quais já haviam sido submetidas e começavam a se apropriar de termos e conhecimentos científicos. Assim se iniciava o processo de elaboração do plano de parto.

## **4.2. Boas práticas**

As “Boas práticas para o parto e nascimento” (OMS,1996) foram base científica para a nossa equipe no processo de elaboração do plano de parto. As boas práticas se baseiam principalmente em um cuidado integral onde se considera o bem-estar psicossocial da mulher recomendando o menor número de intervenções possível.

As principais práticas que foram abordadas com as usuárias foram a liberdade de posição e movimentação, presença do acompanhante, dieta, restrição da episiotomia, uso de ocitocina exógena, enema e tricotoma e primeiros cuidados com o recém-nascido. É importante salientar que no Protocolo de Atendimento ao Pré-Natal da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre não existe incentivo ao plano de parto como prática nos pré-natais da rede em nenhum momento da Diretriz é mencionado alguma possibilidade de plano de parto (PORTO ALEGRE,2015).

### **4.2.1 Acompanhante**

Sempre esclarecemos às gestantes que o acompanhante traz os benefícios de um tempo de trabalho de parto mais curto, reduz a analgesia e a possibilidade de cirurgia cesariana. Proporciona uma maior satisfação materna com o serviço, e para o recém-nascido escalas de Apgar maiores que 7 no quinto minuto de vida (HODNETT et al., 2013).

No Brasil a lei do acompanhante só foi aprovada em 2005, até então as mulheres passavam pelo momento do parto desacompanhadas (BRASIL, 2005).

#### **4.2.2 Restrição da episiotomia**

Segundo CARROLI; MIGNINI (2009) unidades que tem a episiotomia como um procedimento rotineiro tem um percentual de 75,2 % de episiotomias enquanto os serviços que restringem o uso dessa pratica se limitam a 28,4%. A restrição da episiotomia nos serviços de saúde diminui os riscos de trauma perineal grave, trauma posterior, trauma anterior, sutura perineal, dor e infecção perineal.

#### **4.2.3 Dieta**

Singata, Tranmer e Gyte (2013) utilizaram cinco ensaios clínicos randomizados com 3.130 mulheres por meio dos quais evidenciou-se que a restrição de alimentos e líquidos não influencia nas taxas de cesáreas, partos instrumentais, Apgar menor que sete e duração do parto. O motivo mais citado como justificativa por profissionais que atendem as mulheres em Centros Obstétricos são náuseas ou a ocorrência da Síndrome de Mendelson se fosse necessária uma anestesia geral, porém de todas as mulheres incluídas nesses estudos nenhuma foi afetada. Portanto não existe evidência científica para o jejum durante o trabalho de parto de baixo risco. A alimentação durante o trabalho de parto nos hospitais durante muito tempo não existiu.

#### **4.2.4 Livre movimentação**

A livre movimentação durante o trabalho de parto foi vista pelas mulheres como um dos piores impedimentos durante a sua estadia no CO. De acordo com LAWRENCE et al. (2013) a liberdade de posição e movimentação influencia positivamente o trabalho de parto e é dever do profissional informar para as mulheres sobre as possibilidades de posições.

A livre deambulação e posição vertical diminuem o tempo do primeiro estágio de trabalho de parto e conseqüentemente diminui o uso da anestesia epidural e a cirurgia cesariana. Há evidências que essa prática também reduz o número de internações dos recém-nascidos em unidades neonatais. (LAWRENCE et al., 2013)

#### **4.2.5 Ocitocina exógena**

CLARK et al. (2009) descreve em seu estudo alguns protocolos que deveriam ser seguidos na utilização de ocitocina endógena, como por exemplo, a discussão com a mulher sobre a indução eletiva do TP seus riscos e benefícios. A regulação da dosagem da ocitocina deve ser focada na resposta uterina e fetal e não em regulamentos de dosagem e quando instalada deve permanecer com a mulher um profissional que avalie a infusão e ação da droga. Se esses passos acontecerem e a ocitocina for regulada conforme a dose mínima adequada com a taxa fisiológica implicará, na maioria dos casos de indução uma redução ou até interrupção da ocitocina.

#### **4.2.6 Enema e tricotomia**

Em relação à tricotomia, foram realizados três ensaios clínicos randomizados com 939 mulheres onde se concluiu que não houve diferença na morbidade febril materna e nem nas taxas de infecção e deiscência perineal. Portanto, as evidências científicas para que se recomende tricotomia de rotina são insuficientes. (BASEVI; LAVENDER, 2009)

Achados científicos são contra o uso enema, pois não tem efeito sobre infecções neonatal e puerperal, não previne a eliminação de fezes no primeiro e segundo estágio de trabalho de parto e não afeta a duração do trabalho de parto nem a dinâmica uterina (REVEIZ; GAITÁN; CUERVO, 2013).

#### **4.2.7 Primeiros cuidados com o recém-nascido**

As três práticas recomendadas no manual intitulado: Além da Sobrevivência da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) que o MS divulgou no Brasil são as mais recomendadas para as gestantes durante o pré-natal. São elas: o clampeamento oportuno do cordão umbilical, essa prática proporciona ao recém-nascido um maior aporte sanguíneo e conseqüentemente de ferro, além de diminuir as hemorragias intraventriculares e sepse; contato pele a pele entre mãe e bebê, assegurar esse contato garante regulação térmica, vínculo e maior efetividade da

primeira mamada; e início precoce da amamentação, logo após o parto e durante o contato pele a pele é incentivada a amamentação, esse método possibilita prevenção da mortalidade neonatal e aumenta as chances de um período de amamentação duradoura e exclusiva. (BRASIL,2011)

## **5 A ELABORAÇÃO DO PLANO DE PARTO DURANTE O PRÉ-NATAL**

O incentivo e elaboração do plano de parto se deu em todo o pré-natal, não somente em consultório, mas na comunidade em visitas domiciliares e coletivamente em grupos de gestantes. O plano de parto era elaborado pela mulher a partir principalmente de informações fornecidas pela equipe, sempre se baseando nas boas práticas recomendadas pela OMS (1996) e eram esclarecidas não somente para as mulheres, mas também para seu acompanhante e familiares.

Todas as gestantes atendidas foram informadas sobre seus direitos em qualquer serviço de saúde, principalmente o de serem ouvidas e informadas sobre qualquer procedimento que se fizesse necessário. Sempre deixamos claro que o parto poderia tomar outro rumo que não o desejado pela mulher, porém o motivo para a intervenção deveria ser conhecido por ela e seu acompanhante.

### **5.1 Conhecimento é poder, ou poder é conhecimento?**

Considera-se responsabilidade social e civil da Universidade proporcionar um ambiente de discussões baseadas em evidências científicas com as gestantes e seus familiares, durante as consultas, grupos e visitas domiciliares. Portanto este relato tem como objetivo iniciar uma discussão sobre o Plano de Parto baseado na divulgação das Boas Práticas (OMS, 1996) para estas gestantes que a autora acompanhou durante os estágios da graduação em enfermagem.

O empoderamento da mulher sobre o seu corpo e gestação foi essencial para produção do plano de parto, pois assim elas se sentiam livres para fazerem suas escolhas. As consultas e grupos proporcionados são em espaços de educação em saúde onde a gestante pode discutir sobre as suas experiências e coletar informações sobre a gestação, parto e saúde da criança (BRASIL,2012).

### **5.2 Boas práticas durante o pré-natal**

Durante a minha experiência pude observar o desenvolvimento das mulheres e seus familiares na elaboração do plano de parto. Farei um breve registro sobre

suas impressões e alguns pontos que foram discutidos com elas sobre as boas práticas.

### **5.2.1 Acompanhante**

A presença do acompanhante sempre foi incentivada em todas as consultas durante a gestação, visto que é uma condição básica para que o saber em saúde seja colocado à disposição da mulher e sua família, por tanto o nosso acolhimento sempre se estendeu aos acompanhantes e familiares das usuárias. Mesmo passados dez anos a lei ainda do acompanhante é negada às mulheres em alguns serviços, por isso a informação desse direito e benefício é indispensável no pré-natal.

Na minha experiência, para as usuárias a presença de alguém do círculo íntimo da mulher se tornava importante para o conhecimento do plano de parto. O acompanhante estava presente na elaboração do plano de parto e dava suporte a mulher nas suas escolhas, na hora do parto era a única pessoa que já conhecia as preferências da mulher.

### **5.2.2 Restrição da episiotomia**

A prática que causou maior surpresa das usuárias foi a restrição do uso da episiotomia, a maioria das mulheres imaginava que esse procedimento fosse indispensável, pois todas que já tinham a experiência do parto já haviam sofrido essa intervenção. É importante que qualquer procedimento no corpo da mulher seja discutido com ela sobre ocorrência e necessidade, essa discussão com as mulheres é a base das recomendações sobre o plano de parto.

O uso rotineiro da episiotomia, assim como qualquer outra intervenção é contraindicado há muito tempo por inúmeras pesquisas, ainda assim é realidade diária em muitos serviços. E por isso que é dever do pré-natalista orientar a mulher quanto a essa informação, para que ela inclua em seu plano de parto de que está ciente que a episiotomia é uma intervenção e que a decisão de aplica-la deve ser dividida com a parturiente e seu acompanhante na hora do parto. A episiotomia é

uma prática que deve ser utilizada somente quando existe uma boa justificativa, pois tem uma forte influência no bem-estar da mulher na sua vida após o parto.

### **5.2.3 Dieta**

A informação de que o jejum durante o trabalho de parto e parto não é mais uma prática recomendada pela comunidade científica é uma grande libertação para as gestantes. Elas relatavam experiências de grandes períodos sem alimentação durante os trabalhos de parto anteriores e queixavam-se principalmente de sede. Sempre recomendamos às mulheres a preferência por uma dieta líquida e pastosa para o trabalho de parto. Se sabe do gasto energético da parturiente, o jejum acaba esgotando as energias da mulher o que traz mais desconforto a experiência de parir. Essa é mais uma informação indispensável para a gestante que planeja o seu parto, negar alimentação à parturiente é iatrogênico.

### **5.2.4 Livre movimentação**

Foi esclarecido para todas as gestantes que acompanhei que a livre movimentação deve ser respeitada também no período expulsivo, já que notamos por relatos das usuárias que alguns COs proporcionavam a liberdade de movimentação nos primeiros estágios do TP, mas no período expulsivo a mulher era levada a uma maca ginecológica. A utilização da posição supina às parturientes foi imposta quando a cena do parto saiu do domicílio e entrou nos hospitais, essa posição beneficia somente o profissional que atende a mulher.

### **5.2.5 Ocitocina exógena**

A ocitocina exógena era discutida entre as mulheres e muitas delas não sabiam para que servia essa medicação. Elas relatavam um soro que era instalado na sua chegada ao hospital. Todas as mulheres que tinham a experiência do uso de

ocitocina não foram consultadas pela equipe que as atendeu e nem tinham informações sobre o motivo de tal intervenção.

Desconheciam seus efeitos, não eram consultadas sobre o uso dessa medicação e não sabiam as indicações de usa-la. Deixamos claro para as mulheres que o uso da ocitocina exógena não deve ser rotineiro e tem que ser discutido com a parturiente e seu acompanhante. Existem casos em que seu uso é indicado, mas deve ser monitorada e avaliada.

### **5.2.6 Enema e tricotomia**

O enema e a tricotomia são práticas características de instituições retrógradas, as duas não tem nenhuma indicação e geram somente desconforto e mais complicações para as mulheres. Muitas mulheres já tinham o habito de fazer a tricotomia em casa antes de ir ao hospital pois, imaginavam que a equipe de saúde iria raspar seus pelos pubianos.

Tinham em mente que a “lavagem intestinal” era necessária para que não fizessem cocô na frente da equipe. Quando eram informadas que essas práticas não são necessárias sentiam um grande alívio, pois as que já tinham a experiência de parir relatavam um grande desconforto durante esses procedimentos que muitas vezes eram os primeiros a serem feitos, logo que eram admitidas nos COs.

### **5.2.7 Primeiros cuidados com o recém-nascido**

Os primeiros cuidados com o recém-nascido, assim como o pós-parto imediato, também fazem parte do plano de parto. A gestante destinava uma parte do seu plano de parto para descrever os cuidados e práticas que ela julgava adequados para as primeiras horas de vida do seu bebê.

Esses cuidados eram discutidos principalmente no encontro do grupo de gestantes que era destinado a esse tema. As mulheres não tinham ideia que poderiam opinar também sobre os cuidados destinados aos seus bebês e

principalmente que poderiam ficar com seus filhos na primeira hora de vida, se não se fizesse necessário nenhum atendimento de emergência. A possibilidade de planejar também os primeiros cuidados trouxe ainda mais satisfação para as gestantes.

### **5.3 Consultas Pré-Natal**

O acolhimento no pré-natal ocorreu em todos os espaços, nas relações individuais e nas coletivas, na recepção, no grupo de gestantes, nas consultas e na visita domiciliar, em forma relacional e comunicativa entre equipe de saúde e usuárias. A acolhida foi disponibilizada não somente para a mulher, mas ao seu acompanhante de escolha.

Na primeira consulta, além de avaliação de gestação anteriores e solicitação de exames, a mulher era estimulada a contar sobre suas experiências com o atendimento ao parto. A partir de seus saberes eram apresentadas as boas práticas e desmistificado alguns tabus da sociedade a respeito do parto, puerpério e cuidados com o recém-nascido.

Nas consultas subsequentes além de todas as avaliações, o plano de parto era apresentado e encorajado. O plano era discutido em todas as consultas e as mulheres traziam dúvidas e solicitavam mais informações sobre os assuntos que lhes interessavam. Algumas vezes foi incluído na elaboração do plano de parto outros tipos de profissionais, por exemplo, uma mulher tinha finalizado seu plano e pediu para que o enfermeiro e médico assinassem seu plano de parto como forma de comprometimento da equipe de prenatalistas.

A participação dos acompanhantes nas consultas era indispensável, sempre que presentes eram convidados a fazerem as manobras de palpação e “sentir” o bebê. Na auscultação dos batimentos cardíacos fetais seguravam o sonar e aprendiam sobre os parâmetros de bem-estar fetal. Nesse momento pediam para tirar fotos e gravar vídeos para mostrar para família e guardar para recordação. Essa forma de atenção a gestante e seu acompanhante tinha como resposta, além da inclusão do acompanhante no processo de gestação e parto, um vínculo maior de toda a família com o serviço. Todos os passos da consulta foram explicados para as mulheres,

exames, procedimentos e a importância de preencher e carregar a carteira do pré-natal.

Quando se apresenta a proposta de plano de parto, tornava-se evidente o espanto e surpresa da gestante e seus acompanhantes durante a consulta de pré-natal. Observa-se nos rostos uma reação impressionante, pois ao mesmo tempo em que demonstravam total desconhecimento sobre a ferramenta, abria-se a possibilidade de alguma participação no processo de nascimento fora dos controles rígidos e regradados das instituições que persistem nas maternidades da cidade. Percebe-se que as mulheres continuam a acreditar que sua participação no seu parto é definida por profissionais e seus corpos a eles pertencem.

Os esclarecimentos sobre algumas práticas abrem um leque de possibilidades e empodera as mulheres, a mais evidente foi sobre a ocitocina exógena, a sua necessidade, quando e por quê deve ser prescrita.

#### **5.4 Grupo de gestantes**

Ocorreu na UBS um grupo de gestantes, com a participação das equipes de enfermagem e nutrição. Tem como objetivo informar as mulheres e seus acompanhantes sobre a gravidez, parto, puerpério e cuidados com o recém-nascido, ocorre todas as quintas-feiras pela manhã. Era um momento em que se podia discutir em grupo aspectos fisiológicos da gravidez, parto, puerpério e cuidados com o recém-nascido. Era um momento onde várias dúvidas surgiam e ocorria também a visita ao CO do hospital de referência.

Infelizmente o grupo não tinha a adesão de um grande número de mulheres, pois muitas gestantes não tinham liberação de seus trabalhos. Porém o dia da visita ao CO, muitas compareciam e com seus acompanhantes, pois era um dia que todas aguardavam. Todas queriam conhecer o ambiente onde nasceriam seus filhos, essa atividade era a que os acompanhantes mais participavam tirando dúvidas e entendiam seu papel como apoiador das usuárias.

As usuárias conhecendo o lugar do seu parto abriram a discussão de possibilidades ligadas ao ambiente de nascimento e equipe de saúde. Discutiam sobre seus direitos, se aquela equipe aceitaria seu plano de parto e a possibilidade de outros locais para atendimento durante o trabalho de parto.

### **5.5 Visita Domiciliar**

A experiência das visitas domiciliares as gestantes e puérperas era um diferencial positivo do incentivo ao plano de parto. Na visita conseguíamos estimular além da mulher os seus familiares as demais mulheres da comunidade.

Nessa trajetória fizemos inúmeras visitas, uma delas marcou o grupo de maneira positiva por ser uma exposição simples do cuidado humanizado. Era uma casa simples em uma comunidade carente se Porto Alegre. O terreno tinha três casas: uma da gestante, uma da mãe da gestante e uma da avó da gestante. Encontramos a usuária na casa de sua mãe que era de chão de cimento, haviam filhotes de cachorro espalhados pela casa (a família se sustentava com venda de filhotes), na cozinha mesmo iniciamos uma conversa sobre plano de parto com ela e sua mãe. A família não tinha muitas condições, porém reparamos que utilizavam internet e sugerimos a busca de informações por esse meio. Na hora do exame físico da gestante a família se reuniu e ali naquela cozinha, que também era sala de estar, vó, filha, neta e irmã choraram juntas ao escutar o som do coração do bebê que chegaria em breve. O clima de emoção tomou conta de todos que estavam presentes, inclusive da equipe.

A gestante recebeu essa visita por faltar as consultas pré-natal, depois dessa visita ela se tornou uma frequentadora assídua do serviço e se interessou cada vez mais pelas possibilidades de parto que existiam, inclusive escolheu outro hospital para ter seu filho e não o de referência da UBS, exercendo seu direito de escolha pelo local de parto.

Em outras visitas evidenciam-se as mesmas possibilidades desta construção, mas percebe-se que algumas mulheres ainda não entenderam sua participação neste momento. Sempre foi imposto para as mulheres um modelo centrado no profissional de saúde, principalmente no médico. Para mudar conceitos impostos e

organizados para satisfazer organizações e modelos biomédicos é necessário trazer para discussão outras possibilidades e atenções com práticas que garantam a inserção da mulher como protagonista do seu trabalho de parto. As práticas de saúde como um todo têm excelentes resultados quando são elaboradas de uma forma integralizada, através de noções de autonomia e coletividade, em oposição à perspectiva biomédica caracterizada como universalista, biologista, individualista e a-histórica (LANGDON, 2014).

## 6 DISCUSSÃO DO PLANO DE PARTO NO PUERPÉRIO

Após o parto, nos primeiros dez dias de puerpério, as usuárias retornavam ao serviço e relatavam as suas experiências com o plano de parto. As mulheres da UBS em questão utilizaram tanto o hospital de referência, quanto outros de sua escolha. O único caso de parto domiciliar, não foi planejado e não era o desejo da usuária, que após o nascimento foi até o CO para atendimento pós-parto e levou seu plano de parto.

As mulheres que apresentaram seus planos de parto nos COs relatavam uma grande satisfação com o serviço. As múltiparas relatavam uma nova experiência de parto, muito mais acolhedora e humanizada.

Tivemos um caso de uma usuária que planejava seu parto natural e infelizmente a cirurgia cesariana foi necessária, a equipe ciente que era desejo da mulher ser informada de todas as mudanças de rumo do seu plano, discutiu com ela sobre a conduta a ser tomada. Isso fez com que a usuária se sentisse consciente e participante das decisões que seriam tomadas sobre o seu corpo o que gerou uma maior satisfação com o serviço de saúde que a atendeu.

Algumas mulheres relataram que não apresentaram seus planos de parto às equipes por medo de represálias. Pela descrição das usuárias, já foram recebidas sem nenhuma possibilidade de acolhimento ou de escuta. Relataram medo.

Na nossa experiência nenhuma usuária sofreu algum tipo de repreensão quando apresentou seu plano, pelo contrário, quando as mulheres expunham suas preferências os profissionais tinham a tendência de prestar um cuidado diferenciado. É importante destacar que sempre orientamos as famílias expressarem como ocorreu a assistência pré-natal na UBS e que foram orientados por toda a equipe sobre as Boas Práticas.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência da monitoria acadêmica na disciplina Cuidado em Enfermagem às Mulheres e aos Recém-nascidos oportunizou à autora um olhar humano a saúde das mulheres em vários cenários de cuidado. Também se alcançou o aprendizado sobre o plano de parto e seus benefícios para as usuárias do serviço público de saúde.

O desenvolvimento desse trabalho permitiu constatar que a elaboração do plano de parto no pré-natal é uma ferramenta de apoio às boas práticas no nascimento que parte não mais do imaginário dos profissionais de saúde, mas das preferências das mulheres. O plano de parto traz a mulher o protagonismo da luta pelo direito de conhecer e decidir sobre o seu corpo e seu bebê.

O acolhimento, vínculo e suporte da equipe de saúde da UBS com a família encorajam a mulher para a apresentação do seu plano de parto no momento do parto. Sabe-se que essa construção contribuiu para um resultado sadio deste momento único das mulheres, o conhecimento de toda a evolução do parto e puerpério, além de um protagonismo consciente de suas ações sobre o seu corpo. Observamos que estas mulheres saíram fortalecidas desta experiência. A construção do plano de parto permitiu um vínculo da gestante e sua família com a equipe da atenção básica e certeza de suas escolhas, o que se pode traduzir em empoderamento feminino.

Era evidente que se existia entre as usuárias atendidas uma cultura popular sobre a passividade da mulher no parto. Elas sabiam que não poderiam comer, se movimentar e certamente teriam seus períneos cortados e classificavam isso como um parto natural. Quando era lhes explicado a indicação ou não dessas práticas as gestantes se abriam para novas experiências de parto.

O aumento da satisfação com o serviço público de saúde, tanto na UBS quanto nos hospitais, foi evidente. O trabalho centrado na humanização e nas preferências da mulher traz um ponto positivo para as usuárias e para as instituições que o praticam, além é claro de atender os princípios do SUS de universalidade, integralidade e equidade.

O plano de parto é um conjunto de possibilidades que a usuária descreve e apresenta na sua internação para o parto, não quer dizer que tudo escrito por ela será obrigatoriamente executado, mas certamente o que o plano exige é que tudo seja discutido com ela, este é o objetivo do plano de parto. Através desse trabalho foi possível perceber que a humanização no cuidado a gestante, parturiente e puérpera deve ser um modelo de atenção nos serviços de saúde, pois assim se promove o maior vínculo, autocuidado e segurança na saúde das mulheres.

## REFERÊNCIAS

BASEVI, Vittorio; LAVENDER, Tina. Routine perineal shaving on admission in labour. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, [s.l.], v. 4, p.01-13, 2009.

BRASIL. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. **Lei do Acompanhante**. Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Além da Sobrevivência: Práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde de mães e crianças**. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Básica nº32 – Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco**. Brasília, 2012.

CARROLI, Guillermo; MIGNINI, Luciano. Episiotomy for vaginal birth. **Cochrane Database Of Systematic Reviews**, [s.l.], v. 1, p.01-57, 2009.

CAVALCANTE, Bruna Luana; LIMA, Uirassú Tupinambá. Relato de Experiência de uma estudante de Enfermagem em um Consultório Especializado em Tratamento de Feridas. **Journal of Nursing Health**, Pelotas, v.2, n.1, p.94-103, 2012.

CLARK, Steven L. et al. Oxytocin: new perspectives on an old drug. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, [s.l.], v. 200, n. 1, p.35-36, 2009.

CORTÉS, Maria Suárez et al. Uso e Influencia dos Planos de Parto e Nascimento no Processo de Parto Humanizado. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.23, n.03, p.520-526, 2015.

HCPA. HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE. **Serviços de Enfermagem**. Disponível em: <<http://www.hcpa.ufrgs.br/>>. Acesso em: 12 nov 2015.

HODNETT, Ellen D et al. Continuous support for women during childbirth. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, [s.l.], v. 07, p.01-118, 2013.

INSTITUTE OF MEDICINE. Crossing the Quality Chasm: A new health system for the 21 Century. **National Academy Press**. Washington, DC, 2001.

LANGDON, Esther Jean. Os diálogos da antropologia com a saúde: contribuições para as políticas públicas. **Ciênc. Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 19, n. 4, p.1019-1029, 2014.

LAWRENCE, Annemarie et al. Maternal positions and mobility during first stage labour. **Cochrane Database Of Systematic Reviews**, [s.l.], v. 10, p.01-164, 2013.

LEAL, Maria do Carmo (Org.). **Nascer no Brasil**. 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_issuetoc&pid=0102311X20140013&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=0102311X20140013&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 26 nov. 2015.

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](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO_RHR_15.02_por.pdf)>. Acesso em: 23 set. 2015.

PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. **Protocolo de Assistência ao Pré-Natal de Baixo Risco**. Porto Alegre, 2015.

RAIMUNDO, Jader Sebastião; CADETE, Matilde Meire Miranda. Escuta qualificada e gestão social entre os profissionais de saúde. **Acta Paul. Enferm**, São Paulo, v. 25, n. 02, p.61-67, 2012.

REVEIZ, Ludovic; GAITÁN, Hernando G; CUERVO, Luis Gabriel. Enemas during labour. **Cochrane Database Of Systematic Reviews**, [s.l.], p.327-345, 2013.

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

SINGATA, Mandisa; TRANMER, Joan; GYTE, Gillian MI. Restricting oral fluid and food intake during labour. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, [s.l.], n. 8, p.01-104, 2013.

WHO. Department of Reproductive Health and Research World Health Organization. **Care in Normal Birth**: a practical guide. Geneva: Who, 1996.