



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO  
EM ENFERMAGEM  
MESTRADO PROFISSIONAL**

**ALESSANDRA SOUZA MACHADO EVANGELISTA**

**CONTRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO  
PRIMÁRIA À SAÚDE NO PREPARO DA GESTANTE PARA A  
PARTURIÇÃO: Aprimorando o plano de parto e nascimento**

**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

**Florianópolis  
2019**



**ALESSANDRA SOUZA MACHADO EVANGELISTA**

**CONTRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO  
PRIMÁRIA À SAÚDE NO PREPARO DA GESTANTE PARA A  
PARTURIÇÃO: Aprimorando o plano de parto e nascimento**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação Gestão do Cuidado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, modalidade Mestrado Profissional, para obtenção do grau de Mestre em Gestão do Cuidado em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Izabel Jatobá de Souza

Linha de Pesquisa: O Cuidado e o processo de viver, ser saudável e adoecer.

Florianópolis  
2019

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

Evangelista, Alessandra Souza Machado  
Contribuições dos profissionais da Atenção  
Primária à Saúde no preparo da gestante para a  
parturição : Aprimorando o plano de parto e  
nascimento / Alessandra Souza Machado Evangelista ;  
orientadora, Ana Izabel Jatobá de Souza, 2019.  
175 p.

Dissertação (mestrado profissional) -  
Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de  
Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em  
Gestão do Cuidado em Enfermagem, Florianópolis, 2019.

Inclui referências.

1. Gestão do Cuidado em Enfermagem. 2. Atenção  
Primária à Saúde. 3. Cuidado pré-natal. 4. Parto  
humanizado. I. Souza, Ana Izabel Jatobá de. II.  
Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de  
Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem.  
III. Título.



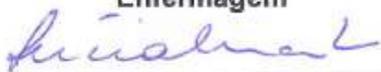
SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO  
EM ENFERMAGEM

CONTRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO  
PRIMÁRIA À SAÚDE NO PREPARO DA GESTANTE PARA A  
PARTURIÇÃO: APRIMORANDO O PLANO DE PARTO E  
NASCIMENTO

Alessandra Souza Machado Evangelista

ESTA DISSERTAÇÃO FOI JULGADA ADEQUADA PARA A  
OBTENÇÃO DO TÍTULO DE: **MESTRE PROFISSIONAL EM  
GESTÃO DO CUIDADO EM ENFERMAGEM**

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: **Gestão do Cuidado em Saúde  
Enfermagem**

  
p/ **Prof. Dra. Jane Cristina Anderson**  
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

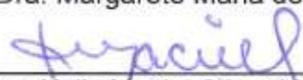
**Luciane Nazareth Amaral**  
Subcoordenadora do Programa de Pós-Graduação em  
Gestão do Cuidado em Enfermagem da UFSC  
Portaria 1280/2017/GR

**Banca Examinadora:**

  
Prof. Dra. Ana Izabel Jatobá de Souza (Presidente)

  
Prof. Dra. Marli Terezinha Stein Backes (Membro)

  
Prof. Dra. Margarete Maria de Lima (Membro)

  
Prof. Dra. Kelly Maciel Silva (Membro)



*Dedico este trabalho aos meus filhos  
**Amanda e Marcus Vinicius**,  
eternamente meu menino, por me  
oportunizarem a verdadeira  
experiência do amor incondicional. E  
ao **Marcos**, meu marido e parceiro,  
pela presença e incentivo constantes e  
por partilhar todas as lágrimas e  
sorrisos nesta intensa aventura  
chamada vida.  
Amo vocês.*



## AGRADECIMENTOS

*Neste momento, agradeço a **Deus** pelo seu amor infinito e aos anjos celestiais por me protegerem em todas as horas e guiarem meus passos nesta trajetória.*

*Aos meus pais, **Juvêncio e Eva**, por me darem a vida e estarem ao meu lado em todos os momentos, sou eternamente grata a vocês.*

*Ao **Marcos**, meu fiel companheiro, pelo apoio constante e por embarcar nas minhas aventuras, sempre com disposição e bom humor.*

*Ao **Marcus Vinicius**, agora meu anjo da guarda, e **Amanda**, meus amados filhos, por me permitirem vivenciar a maternidade e experimentar o amor de forma incondicional.*

*Aos **meus familiares**, irmãos, sobrinhos, cunhados e **amigos** por acreditarem nos meus sonhos e compartilharem as minhas conquistas com alegria.*

*A **Enfermagem**, por transformar a minha essência, oportunizar conhecimento e me presentear com verdadeiras amigadas nesta trajetória de atenção e cuidado.*

*A minha orientadora, **Ana Izabel Jatobá de Souza**, por me acolher, compreender as minhas limitações e ansiedades, por respeitar o meu tempo e as minhas escolhas. Obrigada pelos ensinamentos, confiança e o teu carinho constante.*

*A banca examinadora, as enfermeiras doutoras **Kelly Maciel Silva, Margarete Maria de Lima, Marli Terezinha Stein Backes, Roberta Costa** e a doutoranda **Iris Elizabete Messa Gomes** pelas valiosas contribuições na construção deste trabalho.*

*A **Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis**, pelo aceite e colaboração no desenvolvimento desta pesquisa.*

*Aos **participantes** do estudo e a todos os **profissionais do Centro de Saúde Trindade**, pela amizade, incentivo, carinho e respeito demonstrados no exercício da minha prática profissional.*

*Gratidão a todos que não medem esforços pela valorização e o respeito à vida!!*



### ***Saber Viver!!***

*Não sei... se a vida é curta  
ou longa demais para nós,  
mas, sei que nada  
do que vivemos tem sentido,  
se não tocamos o coração das  
pessoas.*

*Muitas vezes basta ser:  
o colo que acolhe,  
o braço que envolve,  
a palavra que conforta,  
o silêncio que respeita,  
a alegria que contagia,  
a lágrima que corre,  
o olhar que acaricia,  
o desejo que sacia,  
o amor que promove.*

*E isso não é coisa de outro mundo,  
é o que dá sentido à vida.  
É o que faz com que ela não  
seja nem curta, nem longa demais,  
mas que seja intensa, verdadeira,  
pura enquanto ela durar...*

*Cora Coralina*



EVANGELISTA, Alessandra Souza Machado. **Contribuições dos profissionais da Atenção Primária à Saúde no preparo da gestante para a parturição**: aprimorando o Plano de Parto e Nascimento. 175p. Dissertação (Mestrado Profissional) - Programa de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2019.

## RESUMO

A Organização Mundial da Saúde, na tentativa de resgatar a humanização da assistência pré-natal e parto, recomenda a elaboração do plano de parto como estratégia para preparação da mulher para o momento do parto, permitindo que durante o pré-natal sejam abordadas questões relacionadas ao processo de nascimento, bem como sobre a rotina da assistência ofertada no ambiente hospitalar. Apesar de ser reconhecido, no Brasil, como uma ação governamental para a melhoria e humanização do parto no Sistema Único de Saúde, esta ferramenta ainda é desconhecida por muitos profissionais e de pouca utilização nos serviços públicos de saúde. Diante desta realidade, este estudo teve como objetivo geral: construir estratégias conjuntas com os profissionais da Estratégia de Saúde da Família que contribuam para o aprimoramento e implementação do modelo existente de Plano de Parto durante o acompanhamento pré-natal na Atenção Primária à Saúde e, como objetivos específicos: identificar as fragilidades e estratégias adotadas pelos profissionais da Estratégia de Saúde da Família na preparação da mulher para a parturição durante o acompanhamento pré-natal; conhecer os motivos que levam a não utilização do Plano de Parto pelos profissionais de saúde durante o acompanhamento pré-natal na Atenção Primária à Saúde e sensibilizar os profissionais de saúde para utilização do Plano de Parto como ferramenta integrante na rotina da assistência pré-natal na Atenção Primária à Saúde. Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, desenvolvido a partir do método de Pesquisa Convergente Assistencial. O local do estudo foi em uma unidade básica de saúde do município de Florianópolis/SC/Brasil, tendo como participantes médicos, enfermeiros e residentes de Enfermagem vinculados às equipes de saúde da família do referido local, totalizando 10 profissionais. A coleta de dados ocorreu no período de setembro a novembro de 2018, tendo como instrumentos: entrevista semiestruturada e uma atividade em grupo, proporcionando momento educativo e de construção do produto deste estudo: o plano de parto. Os dados foram analisados seguindo o

referencial da Pesquisa Convergente Assistencial, fazendo emergir três categorias: organização da assistência pré-natal na preparação da gestante para a parturição; informação como estratégia de humanização e mudanças no ato de parir e; aproximação entre os serviços de saúde interfere na continuidade dos cuidados. Os resultados refletem a importância da adoção de estratégias que propiciem a troca de informações durante o período gestacional referente ao processo de parturição e que permitam que a gestante e família estabeleçam posturas proativas e a participação na tomada de decisões através de escolhas informadas. A utilização do plano de parto integra um conjunto de ações que favorecem o acesso à atenção humanizada, tornando-se um instrumento importante na divulgação e conhecimento das boas práticas assistenciais voltadas para ao parto, trabalho de parto e nascimento, no respeito aos desejos e necessidades da mulher e família e na continuidade dos cuidados ofertados nos serviços de referência ao parto. Recomenda-se a introdução do plano de parto na rotina assistencial durante o acompanhamento pré-natal, bem como a educação permanente dos profissionais inseridos na Atenção Primária à Saúde para que estes possam colaborar na construção de redes de serviços voltadas à atenção humanizada, a partir de práticas respeitadas e inclusivas, colaborando com as transformações necessárias para o nascimento saudável.

**Descritores:** Atenção Primária à Saúde. Cuidado Pré-natal. Parto Humanizado.

EVANGELISTA, Alessandra Souza Machado. **Contributions of Primary Health Care professionals in the preparation of the pregnant for participation: improving the Plan of Birth and Birth.** 175p. Dissertation (Professional Master's Degree) - Graduate Program in Nursing Care Management, Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, 2019.

## ABSTRACT

The World Health Organization, in an attempt to rescue the humanization of prenatal care and childbirth, recommends the preparation of the birth plan as a strategy to prepare the woman for the moment of delivery, allowing prenatal care to be addressed to the process of birth, as well as on the routine of care offered in the hospital environment. Despite being recognized in Brazil as a governmental action for the improvement and humanization of childbirth in the Unified Health System, this tool is still unknown by many professionals and of little use in public health services. In view of this reality, this study had as a general objective: to build joint strategies with the professionals of the Family Health Strategy that contribute to the improvement and implementation of the existing model of Delivery Plan during prenatal care in Primary Health Care and, as specific objectives: to identify the fragilities and strategies adopted by professionals of the Family Health Strategy in the preparation of women for parturition during prenatal care; to know the reasons that lead to the non-use of the Delivery Plan by health professionals during prenatal care in Primary Health Care and to make health professionals aware of the use of the Birth Plan as an integral tool in routine prenatal care in the Primary Health Care. This is a study with a qualitative approach, developed from the Convergent Care Research method. The study site was located in a basic health unit in the city of Florianópolis / SC / Brazil. The participants were doctors, nurses and Nursing residents linked to the health teams of the family of the mentioned place, totaling 10 professionals. Data collection took place from September to November 2018, with the following instruments: semi-structured interview and a group activity, providing the educational and construction momentum of this study product: the birth plan. The data were analyzed according to the Convergent Care Research Framework, giving rise to three categories: organization of prenatal care in the preparation of the pregnant woman for parturition; information as a strategy of humanization and changes in the act of giving birth and; approximation between health services

interferes with the continuity of care. The results reflect the importance of adopting strategies that allow the exchange of information during the gestational period regarding the parturition process and that allow the pregnant woman and family to establish proactive postures and participation in decision making through informed choices. The use of the delivery plan integrates a set of actions that favor access to humanized care, becoming an important instrument in the dissemination and knowledge of good care practices focused on childbirth, labor and birth, respecting the desires and needs of the woman and family and in the continuity of the care offered in the referral services. It is recommended that the birth plan be included in the routine care during prenatal care, as well as the permanent education of the professionals inserted in the Primary Health Care so that they can collaborate in the construction of networks of services focused on humanized care, from of respectful and inclusive practices, collaborating with the transformations necessary for a healthy birth.

**Key words:** Primary Health Care, Prenatal Care, Humanized Delivery

EVANGELISTA, Alessandra Souza Machado. **Contribuciones de los profesionales de la Atención Primaria a la Salud en la preparación de la gestante para la parturición: mejorando el Plan de Parto y Nacimiento.** 175p. Disertación (Maestría Profesional) - Programa de Posgrado en Gestión del Cuidado en Enfermería de la Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2019.

## RESUMEN

La Organización Mundial de la Salud, en el intento de rescatar la humanización de la asistencia prenatal y el parto, recomienda la elaboración del plan de parto como estrategia para la preparación de la mujer para el momento del parto, permitiendo que durante el prenatal se aborden cuestiones relacionadas al proceso de nacimiento, así como sobre la rutina de la asistencia ofrecida en el ambiente hospitalario. A pesar de ser reconocido en Brasil como una acción gubernamental para la mejora y humanización del parto en el Sistema Único de Salud, esta herramienta aún es desconocida por muchos profesionales y de poca utilización en los servicios públicos de salud. Ante esta realidad, este estudio tuvo como objetivo general: construir estrategias conjuntas con los profesionales de la Estrategia de Salud de la Familia que contribuyan al perfeccionamiento e implementación del modelo existente de Plan de Parto durante el seguimiento prenatal en la Atención Primaria a la Salud y, como objetivos específicos: identificar las fragilidades y estrategias adoptadas por los profesionales de la Estrategia de Salud de la Familia en la preparación de la mujer para la parturición durante el seguimiento prenatal; conocer los motivos que conducen a la no utilización del Plan de Parto por los profesionales de salud durante el seguimiento prenatal en la Atención Primaria a la Salud y sensibilizar a los profesionales de salud para utilizar el Plan de Parto como herramienta integrante en la rutina de la atención prenatal en la Atención Primaria a la Salud. Se trata de un estudio con abordaje cualitativo, desarrollado a partir del método de Investigación Convergente Asistencial. El local del estudio fue en una unidad básica de salud del municipio de Florianópolis / SC / Brasil, teniendo como participantes médicos, enfermeros y residentes de Enfermería vinculados a los equipos de salud de la familia del referido local, totalizando 10 profesionales. La recolección de datos ocurrió en el periodo de septiembre a noviembre de 2018, teniendo como instrumentos: entrevista semiestructurada y una actividad en grupo, proporcionando momento

educativo y de construcción del producto de este estudio: el plan de parto. Los datos fueron analizados siguiendo el referencial de la Investigación Convergente Asistencial, haciendo emerger tres categorías: organización de la asistencia prenatal en la preparación de la gestante para la parturición; información como estrategia de humanización y cambios en el acto de parir y; aproximación entre los servicios de salud interfiere en la continuidad del cuidado. Los resultados reflejan la importancia de la adopción de estrategias que propicien el intercambio de informaciones durante el período gestacional referente al proceso de parturición y que permitan que la gestante y familia establezcan posturas proactivas y la participación en la toma de decisiones a través de elecciones informadas. La utilización del plan de parto integra un conjunto de acciones que favorecen el acceso a la atención humanizada, convirtiéndose en un instrumento importante en la divulgación y conocimiento de las buenas prácticas asistenciales dirigidas al parto, trabajo de parto y nacimiento, en el respeto a los deseos y necesidades de la mujer y de la familia y en la continuidad de los cuidados ofrecidos en los servicios de referencia al parto. Se recomienda la introducción del plan de parto en la rutina asistencial durante el seguimiento prenatal, así como la educación permanente de los profesionales insertados en la Atención Primaria a la Salud para que éstos puedan colaborar en la construcción de redes de servicios orientadas a la atención humanizada, a partir de prácticas respetuosas e inclusivas, colaborando con las transformaciones necesarias para el nacimiento saludable.

**Descriptores:** Atención Primaria a la Sade, Cuidado prenatal, Parto Humanizado

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Movimentos de aproximação, distanciamento e convergência da pesquisa e da prática assistencial.....	67
Figura 2 - Etapas do Arco de Maguerez.....	80
Figura 3 - Slide “Fragilidades encontradas” elaborado na Atividade em Grupo.....	81
Figura 4 - Slide “Mudanças no Processo de Parir” .....	83
Figura 5 - Registro fotográfico do “Almoço de Ideias” .....	84
Figura 6 - Slide “Hipóteses de solução para o problema apresentado” .....	85
Figura 7 - Modelo existente do Plano de Parto (frente) .....	131
Figura 8 - Modelo existente do Plano de Parto (verso).....	132
Figura 9 - Versão Preliminar do Instrumento de Plano de Parto (frente).....	139
Figura 10 - Versão Preliminar do Instrumento de Plano de Parto (verso) .....	140
Figura 11 - Autorização provisória da visita à maternidade.....	142
Figura 12 - Instruções fornecidas na entrega do produto .....	143
Figura 13 - Versão Final do Modelo de Plano de Parto (página 1).....	144
Figura 14 - Versão Final do Modelo de Plano de Parto (página 2).....	145
Figura 15 - Versão Final do Modelo de Plano de Parto (página 3).....	146
Figura 16 - Versão Final do Modelo de Plano de Parto (página 4).....	147



## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Rotina de exames complementares por período gestacional.....	47
Quadro 2 - Cuidados no Trabalho de Parto e Parto: recomendações da OMS .....	52
Quadro 3- Caracterização dos participantes e participação na Coleta de Dados .....	74
Quadro 4 - Codificação das Informações das Entrevistas e Atividade em Grupo.....	88
Quadro 5 - Síntese dos cuidados relacionados ao processo de parturição.....	133



## LISTA DE SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
CS	Centro de Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAISM	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PCA	Pesquisa Convergente Assistencial
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PMF	Prefeitura Municipal de Florianópolis
PHPN	Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RC	Rede Cegonha
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina



## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	25
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	33
2.1	OBJETIVO GERAL .....	33
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	33
<b>3</b>	<b>FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....	35
3.1	ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	35
3.2	POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE PARA A ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL.....	40
3.3	ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE .....	45
3.4	BOAS PRÁTICAS NA ATENÇÃO HUMANIZADA AO PARTO .....	49
<b>4</b>	<b>CAMINHO METODOLÓGICO</b> .....	65
4.1	A PESQUISA CONVERGENTE ASSISTENCIAL .....	65
4.2	FASE DE CONCEPÇÃO .....	68
4.3	FASE DE INSTRUMENTAÇÃO .....	69
<b>4.3.1</b>	<b>Tipo de estudo</b> .....	69
<b>4.3.2</b>	<b>Local do estudo</b> .....	70
<b>4.3.3</b>	<b>Participantes</b> .....	72
<b>4.3.4</b>	<b>Estratégias de negociação para obtenção de dados</b> .....	74
4.4	FASE DE PERSCRUTAÇÃO.....	75
<b>4.4.1</b>	<b>Entrevista semiestruturada</b> .....	76
<b>4.4.2</b>	<b>Atividade em grupo</b> .....	77
4.5	FASE DE ANÁLISE .....	86
4.6	ASPECTOS ÉTICOS .....	89
<b>5</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	91
5.1	CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES.....	91
5.2	MANUSCRITO.....	93
5.3	APRESENTAÇÃO DO PRODUTO TÉCNICO .....	128
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	149
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	153
	<b>APÊNDICE A - Roteiro da Entrevista</b> <b>Semiestruturada</b> .....	163
	<b>APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e</b> <b>Esclarecido</b> .....	164
	<b>ANEXO A - Modelo de Plano de Parto Apresentado no</b> <b>Protocolo de Enfermagem: Saúde da Mulher na</b> <b>Atenção Primária - Florianópolis/2016</b> .....	168

<b>ANEXO B – Autorização da Instituição Emitida pela CAPPS/SMS.....</b>	<b>170</b>
<b>ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....</b>	<b>171</b>
<b>ANEXO D – Instrução Normativa nº 03/MPENF/2014 ...</b>	<b>175</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A maternidade é uma das experiências mais significativas no ciclo de vida da mulher, iniciada com as transformações físicas e emocionais sofridas durante a gestação e intensificada pela agregação de um novo papel a ser encenado neste contexto: o surgimento de uma mãe.

O momento do parto torna-se o ápice destas mudanças, sendo vivenciado de maneira única e singular e envolto em um turbilhão de sentimentos e inseguranças, entre estes, os temores relacionados ao sofrimento e dores no trabalho de parto e a preocupação com os cuidados e a saúde da criança que irá chegar.

Muitas vezes, estes medos acabam sendo influenciados pelos relatos negativos compartilhados por outras mulheres, as vivências anteriores frustrantes e algumas práticas profissionais que induzem a mulher a escolhas equivocadas, o que produzem efeitos estressantes e assustadores sobre a parturição, resultando em certa resistência por parte da gestante frente a prática do parto vaginal, espontâneo e natural (VIELLAS *et al.*, 2014).

Ao falar sobre parturição, lembro das histórias contadas pela minha mãe sobre os partos que presenciou durante a sua adolescência, pois minha avó era parteira e a levava para ajudar nos cuidados com a mulher em trabalho de parto. Esta experiente parteira, inclusive teve a oportunidade, no dia do seu aniversário, de ajudar minha mãe a parir uma das suas filhas.

Contudo, o relato mais impressionante feito pela minha mãe é do trauma vivido no meu nascimento, onde ela conta que ao iniciarem as contrações, a minha avó orientou buscar o hospital pois seria um parto difícil. E realmente foi! No dia 07 de março de 1975, após três dias de internação, com dores intensas, pouca resposta na evolução do trabalho de parto, submetida ao isolamento em um leito hospitalar, restrição alimentar e uma série de intervenções consideradas adequadas na época, recebeu um ultimato pelo médico responsável que teria que dar à luz naquele dia. Nas suas recordações sobre a minha chegada, ela apenas lembra de uma enfermeira em cima de sua barriga a empurrando, das dores insuportáveis ao ser introduzido um fórceps para a minha retirada e de um médico extremamente irritado e grosseiro, utilizando expressões nada adequadas para o momento, como “segura esse cordão, se não a vaca vai para o brejo com corda e tudo”.

Quando engravidei pela primeira vez, em 2000, todos estes relatos vieram à tona e a minha única certeza em relação ao parto é que faria uma

cesariana, para não viver todo aquele sofrimento que minha mãe relatava. Apesar de fazer um acompanhamento gestacional regular, com consultas e exames mensais, seguido todas as recomendações e cuidados recebidos na gestação, a questão do parto acabou sendo pouco discutida e ouvia apenas a médica dizer que daria tudo certo e não era necessário me preocupar.

No dia 03 de julho de 2000, estava no trabalho quando a bolsa amniótica rompeu e como não tinha nenhuma contração fui para a maternidade convicta que faria a cesariana. Para minha frustração, logo que cheguei foram realizados diversos procedimentos, alguns bem constrangedores, colocada em uma cama e em seguida foi instalado soro com medicamentos, que minutos depois desencadearam contrações extremamente fortes e assustadoras, tanto que as minhas mãos e a boca começaram a ficar dormentes. Tudo foi tão intenso, que três horas após a minha admissão no serviço, já fui encaminhada para a sala de parto, colocada em uma maca com as pernas suspensas, recebi uma anestesia próximo a vagina, sendo feito um corte para “facilitar a passagem” do meu menino e orientada a fazer muita força.

Diante das modificações tão intensas e dolorosas, as minhas expectativas frente a um parto tranquilo e seguro foram desfeitas e meu único conforto era ter meu marido junto de mim, mesmo ele estando assustado e nervoso. Naquele momento o cansaço e o medo predominavam e falta de compreensão em relação a tudo aquilo incomodava ainda mais, contudo, ao ver meu menino foi tanta emoção e amor, que todos os desconfortos foram envolvidos pela magia do nascimento e minha atenção se concentrava apenas naquele ser pequenino, chamado Marcus Vinicius.

Em 2003, prestes a parir pela segunda vez, com as lembranças assustadoras ressurgindo na minha memória e novamente sem receber muita orientação sobre o momento do parto, decidi que minha filha viria ao mundo através de uma cesariana, por ter a certeza que a cirurgia me proporcionaria tranquilidade e conforto. No dia 26 de fevereiro, ao me preparar para a última consulta médica, percebi o início dos sinais do trabalho de parto, com evolução tranquila, porém não permiti a hipótese de prolongar o trabalho de parto e rapidamente a equipe organizou a intervenção cirúrgica, uma vez que a pequena Amanda estava com pressa em conhecer o mundo. A interrupção do trabalho de parto e a realização rápida da cesariana acabaram gerando uma pequena hemorragia e queda da pressão arterial, o que prolongou a nossa estadia na maternidade.

Atualmente, ao refletir sobre estas vivências e a partir da atuação profissional na Enfermagem no atendimento à gestante durante o pré-

natal, percebo que estes fatos negativos exercem importante influência nas escolhas das gestantes e para a desmistificação destes medos é fundamental que os profissionais de saúde disponibilizem informações mais detalhadas possíveis, ainda no período gestacional, que fortaleçam a preparação da mulher para o ato de parir, permitindo que esta reconheça este processo como algo fisiológico e natural.

Presume-se, então, que a assistência pré-natal seja o espaço mais adequado para a preparação da gestante e família para um parto e nascimento saudável e isto exige que os profissionais envolvidos tenham uma atuação dialógica que promova a troca de informações e de saberes, permita a participação ativa da gestante, resgatando e respeitando seu protagonismo e autonomia, bem como preparando-a para as diferentes etapas do processo gravídico-puerperal (COSTA *et al.*, 2011).

De acordo com o Ministério da Saúde, a assistência pré-natal integra as ações programáticas vinculadas à saúde da mulher no âmbito nacional, tendo como princípio fundamental o acolhimento da gestante e família, assegurando o pleno desenvolvimento da gestação e permitindo a humanização do nascimento, evitando assim danos para o binômio mãe e filho (BRASIL, 2011).

É notório, que os avanços tecnológicos na área da saúde, surgidos nas últimas décadas, vêm contribuindo com o aprimoramento e qualidade da assistência pré-natal, principalmente diante das situações de riscos e complicações decorrentes da gestação e puerpério. Contudo, a intensificação de procedimentos e técnicas invasivas e a centralização do saber médico-científico proposto pelo modelo biomédico em diversos países, resultaram na submissão da gestante às rotinas e normas institucionais, sendo negligenciada a sua autonomia e participação nos processos decisórios (PONTES *et al.*, 2014).

Neste novo panorama, o momento do parto acaba sofrendo importantes mudanças mundialmente. O ato de parir que, até o final do século XIX, era visto como um evento natural e familiar, realizado no ambiente doméstico e tendo como principal protagonista a gestante e família, a partir do século XX, passa a ocorrer dentro dos hospitais, com a adoção de procedimentos invasivos e tendo a participação de novos atores, como médicos e enfermeiros, o que resulta na exclusão da família e a anulação da mulher como sujeito deste processo (POSSATI *et al.*, 2017).

Com a institucionalização do parto, a mulher passou a ser submetida às rígidas normas institucionais, através de uma assistência padronizada e práticas intervencionistas, em muitos casos desnecessárias, tendo suas necessidades individuais negligenciadas e os seus desejos e

vontades negados. Neste contexto, sob a justificativa de ser uma assistência aparentemente mais segura para a mãe e seu filho, o parto tornou-se predominante medicalizado e as intervenções cirúrgicas no momento do nascimento tendem a ser uma prática usual, rotineira e tida como segura (PONTES *et al.*, 2014).

No Brasil, o parto médico-hospitalar e tecnocrático tornou-se um modelo hegemônico, o que contribuiu também para mudanças importantes no modo de nascer em todo o território nacional, somente na última década mais de 95% dos partos realizados ocorreram no âmbito hospitalar (FIOCRUZ, 2018) e as intervenções cirúrgicas tornaram-se a forma mais comum de nascimento, chegando a liderar o ranking mundial das cesarianas em 2012 (UNICEF, 2014).

De acordo com as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), a cesariana deve ser adotada como prática eletiva para salvar a vida de mães e bebês, mediante a indicação médica que justifique este ato, uma vez que esta intervenção cirúrgica pode causar complicações significativas para a saúde da mulher e concluiu que taxas acima de 10% não evidenciam a redução de mortalidade materna e neonatal (WHO, 2015).

Todavia, os dados nacionais apresentados apontam que cerca de 56,7% do número total de nascimentos realizados no país, em 2016, foram por cesarianas e este índice se torna mais assustador quando é feita a comparação entre serviços públicos e a rede suplementar: 85% dos nascimentos realizados na rede suplementar foram por cesarianas, sendo que nos serviços públicos este percentual atingiu a 40% do total de nascimentos (BRASIL, 2016).

Apesar do aumento dos partos vaginais nos serviços públicos de saúde, vale ressaltar que estes dados não expressam melhoria na qualidade da atenção para humanização e incentivo ao parto natural. Estudos apontam que hospitais e maternidades utilizam medidas intervencionistas nas suas rotinas de atendimento, entre elas, o uso excessivo de ocitocina para estimulação das contrações uterinas e episiotomias preventivas, resultando em partos extremamente traumáticos (BRASIL, 2017a).

Com intuito de modificar esta realidade e melhorar a oferta de serviços durante a gravidez, parto e puerpério, nas últimas décadas vem sendo discutidas políticas públicas que promovam a participação da mulher e a humanização das ações em saúde. Em 2000, foi instituído o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), tendo como metas primordiais a diminuição dos índices de mortalidade materno-infantil, a ampliação do acesso e das condições de atendimento

às gestantes na rede pública e a oferta de assistência qualificada e humanizada à mulher durante todo o ciclo gravídico-puerperal (BRASIL, 2002).

A saúde da população feminina também passou a exigir ações governamentais que garantissem a integralidade do cuidado às necessidades da mulher em todos os seus ciclos de vida e estas reivindicações resultaram, em 2004, na aprovação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), promovendo a articulação entre os serviços nos diferentes níveis de atenção e ampliação da participação das mulheres nos diferentes contextos sociais (COSTA, 2012).

Como estratégia de enfrentamento à baixa qualidade da rede de atenção ao pré-natal, parto e nascimento, a redução da mortalidade materna e a violência obstétrica, ainda predominante em todo o país, em 2011, é lançada a Rede Cegonha (RC), através da portaria MS/GM nº 1.459/2011. Dentre as finalidades, a RC visa organizar uma rede de cuidados que assegure o direito ao planejamento sexual e reprodutivo e a atenção à saúde materno-infantil no território nacional, enfatizando o papel da Atenção Primária à Saúde como ordenadora do cuidado e principal porta de entrada dos usuários em toda a rede de serviços de saúde dentro do Sistema Único de Saúde (CAVALCANTI *et al.*, 2017; BRASIL, 2011).

No que se refere a assistência pré-natal, a RC reforça a implementação de ações com a garantia de recursos financeiros a serem aplicados na construção de uma rede de cuidados primários à mulher e criança, alicerçada junto as unidades básicas de saúde (UBS), melhorando o acesso aos exames laboratoriais, referência a outros níveis de atenção, incluindo a definição de leitos maternos pelo SUS para o momento do parto, incentivo a adoção de boas práticas (direito ao acompanhante, acesso a métodos para alívio da dor, contato pele a pele com o recém-nascido e incentivo à participação do pai) e a instituição de Centros de Parto Normal (BRASIL, 2011).

Estas estratégias governamentais reforçam o importante papel da APS na implementação de modelos assistenciais que promovam a humanização e qualidade da assistência, através de uma oferta de serviços vinculada às reais necessidades do indivíduo e comunidade, permitindo o acesso aos serviços de saúde e tendo a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como norteadora das ações e do cuidado ofertado a toda população adscrita, tornando-se o eixo estruturante da reorganização da prática assistencial.

Portanto, cabe aos profissionais de saúde vinculados à ESF o acolhimento, acompanhamento e resolução das principais necessidades de saúde do indivíduo e família, dentro do território, o que promove o estabelecimento de vínculos e planejamento de ações voltadas a integralidade e singularidade dos sujeitos, de forma longitudinal, contínua e participativa.

No que tange à assistência pré-natal, estes profissionais contribuem para o diagnóstico precoce da gravidez, acolhimento e acompanhamento da mulher durante todo o desenvolvimento da gestação, através de medidas profiláticas, detecção precoce e intervenções nas situações de riscos, bem como na preparação para o parto e a continuidade da assistência no puerpério e o cuidado do recém-nascido.

Por isso, o acompanhamento pré-natal passa a exercer uma importante função na construção de novas percepções e paradigmas, sendo visto como um espaço fundamental para fomentar mudanças no núcleo do cuidado, através da oferta de práticas acolhedoras e atenção de qualidade, passando a ser um componente de cidadania (BRASIL, 2013).

Para que na prática isto aconteça, é primordial a readequação das condutas e posturas profissionais, sendo necessário o estabelecimento de relações pautadas no respeito e no diálogo, na valorização de credos e valores e na troca constante de informações, propiciando assim que os protagonistas do ato de parir sejam a gestante e sua família. Sendo assim, o acompanhamento pré-natal poderá tornar-se instrumento de informação e empoderamento da gestante frente às questões relacionadas à gestação e nascimento, contribuindo para uma participação proativa diante do plano de cuidados e na tomada de decisões (SODRE *et al*, 2010).

No exercício profissional, atuando como enfermeira na ESF no município de Florianópolis, há 12 anos, percebo que a assistência pré-natal é uma ação programática prioritária dentro das unidades básicas de saúde, contando com rotinas organizadas para a detecção precoce da gestação e acompanhamento contínuo, apoio diagnóstico através da execução de exames laboratoriais e os protocolos de atendimento existentes que auxiliam os profissionais diante da escolha de condutas e encaminhamentos necessários.

Nas consultas de acompanhamento pré-natal, é possível observar que os profissionais demonstram desenvolver práticas acolhedoras e informativas no atendimento à gestante, através do esclarecimento de dúvidas sobre as modificações e desconfortos gravídicos, os cuidados para manutenção de uma gestação saudável e os sinais que anunciam a necessidade de procurar a maternidade. Entretanto, alguns fatores ainda são poucos abordados, principalmente no que se refere a fisiologia,

evolução e as condutas relacionadas ao trabalho de parto e parto, situações normalmente vivenciadas no ambiente hospitalar. Tenho a impressão que, por serem assuntos relacionados a outro nível de atendimento, os profissionais da ESF deixam estas informações por conta da maternidade, evitando possíveis conflitos e a transmissão de informações equivocadas.

A discussão rasa referente as questões que envolvem o parto podem contribuir com a insegurança da gestante e favorecer a sua submissão frente às decisões médicas, inibindo seu protagonismo e a exposição de seus desejos e expectativas diante de um momento tão único e singular. Esta ausência ou superficialidade nas orientações sobre o parto, durante a gestação, evidenciam o papel insuficiente da assistência pré-natal na preparação da mulher para a parturição (VIELLAS *et al.*, 2014).

Como forma de minimizar estas dificuldades e promover maior aproximação entre a UBS e os serviços de referência ao parto, o MS estabeleceu os “10 Passos para o Pré-Natal de Qualidade na Atenção Básica”. Este documento ressalta a importância da estimulação e informação sobre os benefícios do parto fisiológico, incluindo a elaboração do plano de parto, a visita programada ao serviço de saúde onde ocorrerá o parto, o direito a um acompanhante durante o período de hospitalização, além do conhecimento e exercício dos direitos garantidos por lei no período gravídico-puerperal (BRASIL, 2013).

O plano de parto surge como estratégia para preparação da mulher para o momento do parto, permitindo que durante o pré-natal sejam abordadas questões relacionadas ao processo de nascimento, bem como sobre a rotina da assistência ofertada no ambiente hospitalar. Este pode ser entendido como um documento elaborado pela gestante, com o auxílio do profissional que a assiste no pré-natal, para descrever seus desejos e os procedimentos aceitáveis por ela durante o parto, possibilitando a participação e tornando a sua decisão informada (CORTES *et al.*, 2015).

Portanto, a construção do plano de parto possibilita uma melhor comunicação entre a gestante e a equipe profissional, favorecendo a diversificação de opiniões, a reflexão sobre as práticas clínicas e a melhoria da qualidade dos serviços (WHITFORD *et al.*, 2014).

No Brasil, a elaboração do plano de parto integra as ações para humanização do parto, instituída em 2013, através da Portaria 1020/GM/MS (BRASIL, 2013), tornando-se componente estruturante do acompanhamento pré-natal. No município de Florianópolis, sua implementação foi oficializada em 2016, quando passou a integrar o Protocolo de Enfermagem voltado à Saúde da Mulher elaborado pela Secretaria Municipal de Saúde (FLORIANOPOLIS, 2016a).

Apesar de ser reconhecido como uma ação governamental para a melhoria e humanização do parto no SUS, esta ferramenta ainda é desconhecida por muitos profissionais e de pouca utilização nos serviços públicos de saúde, indo ao encontro com a minha experiência profissional, uma vez que durante estes 15 anos que atuo como enfermeira, não tive a oportunidade de conhecer nenhuma equipe que tivesse em sua rotina pré-natal a elaboração ou discussão sobre o plano de parto na APS.

Para modificar esta realidade e possibilitar que o plano de parto seja utilizado nos diferentes espaços terapêuticos é primordial que os profissionais de saúde estejam sensibilizados e habilitados para o emprego deste instrumento, bem como às questões relacionadas a humanização do parto e nascimento, o que traz à tona a importância do desenvolvimento de ações voltadas a educação em serviço sobre o referido tema.

Partindo deste ponto, a intenção deste estudo foi promover a discussão e reflexão sobre o plano de parto, junto aos profissionais de saúde da unidade onde atuo, através da elaboração de estratégias que propiciassem o aprimoramento desta ferramenta e a sua inserção na rotina assistencial, possibilitando assim a troca de informações e adequada preparação da gestante e família para o momento do parto.

A relevância do presente estudo justificou-se pela necessidade de incentivar a elaboração do plano de parto na APS, oportunizando aos profissionais de saúde da ESF momentos de discussão e reflexão sobre a prática assistencial frente ao parto, fortalecendo a assistência pré-natal no que tange a preparação adequada da gestante e família, o protagonismo da mulher e o nascimento saudável.

Diante do exposto e ao refletir sobre a importância dos profissionais de saúde no que diz respeito a preparação da gestante para o parto, surgiram os seguintes questionamentos norteadores deste estudo: ***Quais as estratégias adotadas pelos profissionais da Estratégia de Saúde da Família na preparação da mulher para a parturição durante o acompanhamento pré-natal na Atenção Primária à Saúde? Como os profissionais de saúde podem contribuir com aprimoramento e a implementação do modelo existente de Plano de Parto na Atenção Primária à Saúde?***

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 OBJETIVO GERAL

Construir estratégias conjuntas com os profissionais da Estratégia de Saúde da Família que contribuam para o aprimoramento e implementação do modelo existente de Plano de Parto durante o acompanhamento pré-natal na Atenção Primária à Saúde.

### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Identificar as fragilidades e estratégias adotadas pelos profissionais da Estratégia de Saúde da Família na preparação da mulher para a parturição durante o acompanhamento pré-natal;
- b) Conhecer os motivos que levam a não utilização do Plano de Parto pelos profissionais de saúde durante o acompanhamento pré-natal na Atenção Primária à Saúde;
- c) Sensibilizar os profissionais de saúde para utilização do plano de parto como ferramenta integrante na rotina da assistência pré-natal na Atenção Primária à Saúde.



### 3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Ao refletir sobre as questões apresentadas referentes à elaboração do plano de parto e as contribuições da Atenção Primária à Saúde no aprimoramento e divulgação desta ferramenta, surgiu a necessidade de utilizar como suporte teórico as políticas públicas de relevância em relação à humanização do pré-natal e nascimento, englobando as boas práticas para um parto saudável, por acreditar que estes conteúdos são norteadores da prática assistencial dos profissionais da ESF no atendimento à gestante e sua família. Desta forma, a presente fundamentação teórica foi realizada de forma narrativa a fim de contemplar os grandes temas que cercam a problemática do estudo relacionado ao plano de parto.

#### 3.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

No Brasil, a Constituição Federal de 1988, também conhecida como constituição cidadã, estabelece a saúde como “Direito de todos e dever do Estado”, onde passa a considerar as necessidades individuais e coletivas de interesse público e o atendimento destas um dever do Estado. A assistência médico-sanitária integral passa a ter caráter universal e destina-se a assegurar a todos o acesso aos serviços de saúde em todo o território nacional (BRASIL, 2007).

A regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90, estabeleceu os princípios e diretrizes para reorganizar o Sistema de Saúde, formalizou princípios de igualdade e de comprometimento público, além de ter reconhecido a saúde como um conjunto de fatores que engloba alimentação, moradia, emprego, lazer, educação, entre outros, reconhecendo-a como direito universal de todos (BRASIL, 2007).

Neste novo cenário, o SUS passou a ser considerada uma nova ordem social no âmbito da saúde, baseado nos princípios de *universalidade* de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis; *integralidade* de assistência, com prioridade para as atividades preventivas e sem prejuízo dos serviços assistenciais e; de *equidade*, e nas diretrizes organizacionais como a descentralização político-administrativa, a participação da comunidade; a regionalização e hierarquização. A Lei Orgânica nº 8.142/90, dispôs sobre as transferências de recursos financeiros entre União, Estados e Municípios, além das responsabilidades na prestação de serviços de assistência à saúde

da população, bem como o controle social, onde estabeleceu que as ações governamentais fossem submetidas a órgãos colegiados oficiais, os Conselhos de Saúde, com representação paritária entre usuários e prestadores de serviços (BRASIL, 2007).

Este modelo de atenção foi formulado com o objetivo de resgatar o compromisso do Estado para com o bem-estar social, especialmente no que refere à saúde coletiva, consolidando-o como um dos direitos da cidadania. Surge como um novo paradigma na atenção à saúde, mas que, para se efetivar, requer reorientação do modelo de atenção (BRASIL, 2007).

Como modelo de reorientação assistencial é adotado pelo SUS a proposta da Atenção Básica em Saúde (ABS) ou Atenção Primária à Saúde (APS), modelo apresentado na Conferência Internacional de Cuidados Primários de Saúde, realizada em 1978, na cidade de Alma-Ata, da qual muitos países participaram e afirmaram compromissos com a meta de “saúde para todos no ano 2000” (SOUSA e HAMANN, 2009).

Para melhor entendimento, neste estudo será adotado o termo Atenção Primária à Saúde (APS), que pode ser definida como:

O conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017, p. 68).

A APS passa a ser a principal porta de entrada dos serviços de saúde, tornando-se o centro de comunicação da Rede de Atenção em Saúde (RAS), sendo responsável pela coordenação do cuidado e ordenadora das ações em toda rede de serviços. Em relação à organização de RAS, são consideradas como ações e estratégias de saúde direcionadas para a garantia da promoção do cuidado integral, bem como para direcionamento das necessidades de saúde da população. É constituída por ações e serviços de saúde com diferentes enfoques tecnológicos e assistenciais que funcionam integrados, estabelecendo ferramentas de microgestão, como uso de diretrizes e protocolos clínicos, com o objetivo de complementar a assistência prestada e ofertar qualidade nos serviços (ANDRADE *et al*, 2015; BRASIL, 2013).

O desenvolvimento das ações na APS deve ser centrado no indivíduo, família e comunidade, devendo proporcionar o acesso aos cuidados essenciais de saúde, utilizando métodos e tecnologias práticas, voltados para a promoção e prevenção da saúde, tratamento, reabilitação de doenças e detecção de agravos. Além disso, deve ter como características a justiça social, corresponsabilidade, solidariedade e a busca de um conceito amplo de saúde, incluindo os determinantes e condicionantes sociais (BRASIL, 2017).

Neste modelo, a execução das ações deve ser desenvolvida por meio do trabalho em equipe, do exercício de práticas gerenciais, de cuidado, de gestão, sanitárias, democráticas e participativas, dirigidas à população adscrita, desenvolvendo ações de cuidado que devem auxiliar nos problemas e demandas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. Estas devem observar critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e levar em consideração que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento deve ser acolhida (BRASIL, 2013).

Para a operacionalização desta política no Brasil, em 1994 foi adotado o Programa Saúde da Família (PSF) e em 1998 passou a ser denominado de Estratégia de Saúde da Família (ESF), objetivando integrar, promover e organizar as atividades em na comunidade, dentro de um território delimitado, com a finalidade de proporcionar resolução e enfrentamento dos problemas identificados. A ESF constitui-se como ponto fundamental na organização da rede de atenção, sendo o contato preferencial entre indivíduos e serviço de saúde, tendo como princípios a família, o território definido, o trabalho em equipe interdisciplinar, a corresponsabilidade, a integralidade, a resolutividade, a intersetorialidade e estímulo à participação social (BRASIL, 2007).

Diante destes princípios, a ESF possibilita a realização de várias ações, como a prevenção, promoção, assistência e reabilitação. Sua operacionalização ocorre pelo modo como os profissionais planejam e realizam estas ações de saúde; inserem-se e vinculam-se a uma comunidade; como lidam com as diferentes necessidades e demandas, tanto individuais como coletivas; como acolhem, vigiam e cuidam dos indivíduos, famílias e comunidade e se antecipam ao aparecimento dos agravos à saúde. Ao lidarem com as questões socioambientais e familiares, realizam o reconhecimento dos determinantes do processo saúde e doença, interagem e fomentam o desenvolvimento comunitário, estimulam e fundamentam toda sua atividade na realidade local, por meio da participação popular e do controle social (BRASIL, 2005).

Sob essa ótica, a ESF direciona suas ações à mudança do modelo assistencial vigente, tendo como foco central o indivíduo e a família,

entendidos a partir do ambiente onde vivem, uma vez que é nesse espaço que se constroem as relações intra e extrafamiliares e onde se busca a melhoria das condições de vida. Isso permite ao profissional conhecer a realidade da comunidade sob sua responsabilidade e reconhecer a necessidade de intervenções de maior impacto e significação social.

A partir da republicação da Política Nacional de Atenção Básica, em 2017, foi estabelecido a revisão de diretrizes e normas para a organização dos serviços na rede básica de saúde, enfatizando a importância de estratégias que promovam o acesso universal e contínuo aos serviços de saúde, com a oferta de uma assistência resolutiva e de qualidade, reforçando o papel da ESF como articuladora dos cuidados e porta de entrada preferencial na rede de atenção, bem como a adequação das ações do modelo de atenção tradicional vinculado ao SUS (BRASIL, 2017).

De acordo com Vidal *et al* (2019), é possível observar a preocupação de muitas equipes, em todo o país, com a melhoria do acesso e resolutividade das ações, principalmente no que se refere a reorganização da assistência com a oferta de modelos de agendamento mais ágeis e facilitados, contudo componentes básicos de estrutura e processo ainda necessitam de aprimoramento para que estas estratégias obtenham melhores índices de desempenho, o que evidencia importância de políticas públicas que favoreçam a implementação de estratégias de apoio.

Neste sentido, a Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, capital catarinense reconhecida nacionalmente pela qualidade e cobertura da APS, na qualidade de gestora dos serviços de saúde, o que inclui o local deste estudo, tendo seu modelo de atenção organizado a partir da ESF, vem estimulando as equipes no desenvolvimento de estratégias voltadas a melhoria do acesso, na tentativa de atender às demandas e necessidades locais.

Assim, os esforços governamentais no âmbito municipal tem resultado em avanços significativos relacionados a investimentos em tecnologia de informação e comunicação, criação de serviços especializados municipais e de regulação, além da oferta de tecnologias voltadas a qualificação do processo de trabalho com a criação de protocolos de atenção, ampliação da gestão da clínica através da adoção de ferramentas de integração assistencial como interconsultas e apoio matricial, bem como a informatização dos serviços (SISSON *et al.*, 2011).

A partir da criação da Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem (CSAE), aprovada pela Portaria Municipal nº 79/2015, diversos protocolos clínicos voltados foram lançados com o

objetivo de fortalecer a prática clínica baseada em evidência, favorecer a padronização da assistência ofertada e a promoção da qualificação técnica-científica, resultando em maior autonomia e resolutividade na atuação do enfermeiro na APS, contribuindo com a ampliação do acesso e a visibilidade do trabalho destes profissionais (KAHL *et al*, 2018)

A Política Municipal de Atenção Primária à Saúde (PMAPS), aprovada em 2016, destaca a importância do desenvolvimento de ações que priorizem o acesso, onde recomenda que a organização dos serviços básicos de saúde esteja fundamentada nos *Atributos Essenciais*, ou seja, acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado. Assim, as equipes de saúde necessitam incorporar ao planejamento local estratégias que promovam a oferta de assistência integral e qualidade, a partir da procura espontânea pelos serviços, favorecendo o acolhimento e a escuta qualificada, independentemente das necessidades clínicas apresentadas (urgência, rotina ou atividade preventiva), contribuindo com a redução das filas e o tempo de espera por consultas, bem como o equilíbrio entre a demanda e a oferta de serviços nos diversos pontos que integram a rede de atenção à saúde municipal (FLORIANÓPOLIS, 2016).

Esta nova lógica de atenção, também chamada de acesso avançado, sistema de agendamento que permite a realização do atendimento no mesmo dia, resulta na diminuição de consultas pré-agendadas e no aumento de vagas para o atendimento da demanda espontânea, exigindo organização e mudanças no processo de trabalho dos profissionais envolvidos, incluindo uma abordagem mais objetiva e a otimização do tempo de atendimento, favorecendo a ampliação e resolutividade de acesso (Vidal *et al*, 2019).

A implantação deste novo modelo de acesso na rede de atenção municipal é recente, ainda sem muitos estudos que avaliem seus resultados, contudo alguns fatores são apontados como dificultadores neste processo, entre eles a capacidade instalada, o nível populacional acima do preconizado, a falta de profissionais nas equipes da ESF, colaborando com o aumento da demanda e a diminuição do tempo de atendimento, na sobrecarga de trabalho e prejuízo no acompanhamento longitudinal das situações de risco, sendo necessário a discussão em rede frente a construção de estratégias que viabilizem a sua implementação (Vidal *et al*, 2019).

### 3.2 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE PARA A ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

No Brasil, as políticas públicas relacionadas a saúde da mulher surgiram no início do século XX, através de propostas governamentais que se limitavam a assistência voltada ao ciclo gravídico-puerperal. Os programas materno-infantis, implementados até a década 70, revelavam uma visão limitada sobre a mulher, fundamentada em sua especificidade biológica e na sua função social de mãe e doméstica, responsável pela concepção, criação, educação e pelo cuidado dos filhos e demais familiares (FREITAS *et al.*, 2009).

No início da década de 80, os movimentos feministas começam a demonstrar certa insatisfação com este papel social imposto e passam a exigir a adoção de uma política centrada em uma perspectiva da mulher muito além da função materna e doméstica, todavia com acesso a um modelo de saúde que garantisse a qualidade da assistência obstétrica, o controle da natalidade e a anticoncepção (COSTA, 2012).

Vale ressaltar, que nesse momento histórico, a política de assistência ao ciclo gravídico-puerperal estava direcionada para a ampliação da cobertura e a melhoria da qualidade do pré-natal, a garantia de acesso ao parto, redução de cesáreas desnecessárias, estímulo ao aleitamento materno e garantia de atendimento ao puerpério (FREITAS *et al.*, 2009).

Portanto, para adequar as estratégias governamentais a este novo cenário, em 1984 foi instituído o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que além das diretrizes para assistência pré-natal, parto e puerpério, incorporava ações de saúde voltadas a anticoncepção, esterilidade, detecção precoce do câncer ginecológico, infecções sexualmente transmissíveis, sexualidade, adolescência e climatério, realçando a necessidade de considerar as dimensões psicológicas e sociais, bem como a promoção de práticas educativas nessa atenção (COSTA, 2012).

A implantação do PAISM pode ser considerada um marco histórico, uma vez que introduziu as questões relacionadas à saúde da mulher na agenda política do país, incorporando outras perspectivas como gênero, raça e etnia, extrapolando os limites da saúde reprodutiva. A construção deste programa ocorreu em um contexto de redemocratização do país, sendo influenciado por movimentos sociais, como os feministas e da reforma sanitária. Para além do campo da saúde, o PAISM pode ser considerado o resultado da mobilização das mulheres brasileiras pelo

reconhecimento de cidadania e de direitos, bem como por maior poder decisório nos espaços públicos (TEMPORÃO, 2012).

Contudo, mesmo com as diretrizes estabelecidas pelo PAISM e os avanços tecnológicos ocorridos no âmbito da saúde, a mortalidade materna no Brasil seguiu atingindo elevados índices, tornando-se uma situação não aceitável, uma vez que a maioria dos óbitos apresentavam causas obstétricas evitáveis (BRASIL, 2007).

Diante deste quadro alarmante, no ano 2000 o MS instituiu o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), normatizado pela Portaria GM/MS nº 569 de 1º de junho de 2000, tendo como metas a melhoria das condições de atendimento às gestantes na rede pública de saúde e a humanização da assistência ofertada desde o pré-natal até o puerpério, como direito de cidadania (BRASIL, 2002).

De acordo com o programa, a humanização abrange pelo menos dois aspectos fundamentais:

O primeiro diz respeito à convicção de que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido. Isto requer atitude ética e solidária por parte dos profissionais de saúde e a organização da instituição de modo a criar um ambiente acolhedor e a instituir rotinas hospitalares que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher. O outro se refere à adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias, que embora tradicionalmente realizadas não beneficiam a mulher nem o recém-nascido, e que com frequência acarretam maiores riscos para ambos (BRASIL, 2002, p. 5).

O PHPN visa concentrar esforços para reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal; adotar medidas que assegurem a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, puerpério e neonatal; e ampliar as ações já adotadas pelo MS na área de atenção à gestante, como os investimentos nas redes estaduais de assistência à gestação de alto risco (BRASIL, 2002).

Apesar de todos os esforços para melhorar a saúde da mulher, ainda havia necessidade de fortalecer a assistência prestada e, então, no

ano de 2004, o Ministério da Saúde reformulou o PAISM, ampliando suas diretrizes como Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PNAISM). Criada em parceria com diversos setores da sociedade, como o movimento das mulheres, o movimento negro, o das trabalhadoras rurais, a sociedade científica, as organizações não governamentais, os gestores do SUS e as agências de cooperação internacional, surge com o propósito de expor a saúde da mulher como direito de cidadania devendo nortear as ações de atenção a sua saúde, contribuindo para o avanço nas conquistas das mulheres brasileiras (FREITAS *et al.*, 2009).

A PNAISM tem como objetivo principal a redução da morbimortalidade da mulher em todas as fases da vida, garantindo o acesso aos serviços de saúde de diferentes complexidades, a valorização de ações educativas, considerando o conhecimento prévio do sujeito, com o objetivo de proporcionar uma reflexão sobre saúde promovendo o autoconhecimento e a busca pela autoestima feminina, incorporando a mulher como um sujeito ativo no cuidado a sua saúde (FREITAS *et al.*, 2009).

Outras medidas que merecem destaque no histórico da assistência pré-natal no Brasil: a adesão à Declaração do Milênio, em 2000; o Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil e Materna, lançado pelo MS em 2004; a Política de Atenção Obstétrica e Neonatal aprovada pela Portaria nº 1067, de 04 julho de 2005, a criação do Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (SISPRENATAL); as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde e do Pacto pela Vida e de Gestão (2006).

Quase 10 anos depois da instituição do PHPN, tornava-se evidente o aumento da cobertura dos serviços na atenção à gestação e ao parto, porém ainda eram observadas falhas em diversos pontos do processo de cuidado, resultando em indicadores perinatais insatisfatórios. A baixa qualidade da atenção prestada, a desorganização na oferta de serviços, a fragmentação da assistência entre o pré-natal e o parto, e a indefinição dos sistemas de referência e contra referência representavam os desafios a serem superados pelo sistema de saúde brasileiro (ALVES, 2011).

A proposta da Rede Cegonha (RC) pelo MS, em 2011, vem como resposta a essa realidade, tendo como objetivo reduzir a mortalidade materna e infantil, com ênfase no componente neonatal, a partir da organização e qualificação dos serviços de atenção à gestante e à criança de até 24 meses (BRASIL, 2011).

A RC consiste em uma rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao

nascimento seguro, ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis. Busca estruturar e organizar a atenção à saúde materno-infantil no território nacional, através da implementação de ações e repasse de recursos financeiros a serem aplicados na construção de uma rede de cuidados primários à mulher e criança.

Dentre as finalidades da RC, destacam-se: a ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal; a vinculação da gestante a uma unidade de referência e ao transporte seguro; boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento; atenção resolutiva e qualificada à saúde de crianças; e acesso às ações de planejamento reprodutivo.

A organização da RC se dá a partir de quatro componentes: I - Pré-Natal; II - Parto e Nascimento, III - Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança e; IV - Sistema Logístico, Transporte Sanitário e Regulação (BRASIL, 2011). Este trabalho terá como foco o componente Pré-Natal, uma vez que a sua execução é de responsabilidade da APS, sendo esta a coordenadora do cuidado e o centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), possibilitando a reflexão sobre as questões relacionadas ao componente II – parto e nascimento.

Portanto, no que se refere a assistência pré-natal, as unidades básicas de saúde que integram a APS devem estar organizadas para proporcionar um acompanhamento humanizado e de qualidade, através da oferta de consultas regulares, que contemplem práticas acolhedoras, estratificando riscos e vulnerabilidades e que garantam a realização de exames laboratoriais, conforme protocolo. Além disso, é importante que a UBS tenha conhecimento sobre o fluxo de atendimento a outros níveis de atenção, incluindo a referência de leitos maternos pelo SUS para o momento do parto, bem como divulguem e incentivem a promoção de boas práticas (direito ao acompanhante, acesso a métodos para alívio da dor, contato pele a pele com o recém-nascido e incentivo à participação do pai) e a instituição de Centros de Parto Normal (BRASIL, 2011).

Com o intuito de normatizar as ações desenvolvidas durante o pré-natal, o MS lançou em 2012 o Caderno de Atenção Básica nº 32, onde preconiza os procedimentos e estratégias relacionadas à gestação de risco habitual nos serviços de saúde do SUS, baseada em evidências clínicas atualizadas e objetivando a realização de uma prática humanizada, integral, atuando em rede e garantindo um padrão de acesso e qualidade.

Para isto, o referido caderno orienta que Estados e municípios tenham uma rede de serviços organizada para a Atenção Obstétrica e Neonatal e possibilitem recursos que garantam o alcance dos “10 Passos para o Pré-Natal de Qualidade”, citados a seguir:

1º passo: Iniciar o pré-natal na Atenção Primária à Saúde até a 12ª semana de gestação (captação precoce).

2º passo: Garantir os recursos humanos, físicos, materiais e técnicos necessários à atenção pré-natal.

3º passo: Toda gestante deve ter assegurado a solicitação, realização e avaliação em tempo oportuno do resultado dos exames preconizados no atendimento pré-natal.

4º passo: Promover a escuta ativa da gestante e de seus (suas) acompanhantes, considerando aspectos intelectuais, emocionais, sociais e culturais e não somente um cuidado biológico: "rodas de gestantes".

5º passo: Garantir o transporte público gratuito da gestante para o atendimento pré-natal, quando necessário.

6º passo: É direito do (a) parceiro (a) ser cuidado (realização de consultas, exames e ter acesso a informações) antes, durante e depois da gestação: "pré-natal do (a) parceiro (a)".

7º passo: Garantir o acesso à unidade de referência especializada, caso seja necessário.

8º passo: Estimular e informar sobre os benefícios do parto fisiológico, incluindo a elaboração do "Plano de Parto".

9º passo: Toda gestante tem direito de conhecer e visitar previamente o serviço de saúde no qual irá dar à luz (vinculação).

10º passo: As mulheres devem conhecer e exercer os direitos garantidos por lei no período gravídico-puerperal (BRASIL, 2013, p. 38).

Este caderno está inserido no âmbito do componente pré-natal da Rede Cegonha como uma das ofertas que objetivam apoiar as equipes na APS no que diz respeito a qualificação do cuidado e a articulação em rede. Constitui-se em uma ferramenta que, somada à capacidade das equipes e dos gestores, pode contribuir para a contínua melhoria do acesso e da qualidade na APS.

### 3.3 ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A gestação é uma fase de transição no ciclo de vida da mulher, na qual traz consigo uma série de transformações fisiológicas, físicas e psicológicas no seu organismo, necessitando de apoio e atenção por parte da família e dos serviços de saúde.

A assistência pré-natal, portanto, configura-se em um importante componente da atenção à saúde das mulheres durante o ciclo gravídico-puerperal, tendo como objetivo assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto e nascimento saudável. Esta consiste no acompanhamento contínuo da gestante, através da realização de consultas sistemáticas e regulares, de exames clínico-laboratoriais e de atividades educativas que possibilitem a promoção da saúde, bem como a identificação de situações de riscos, favorecendo a rápida atuação nas intercorrências e evitando o surgimento de complicações e mortes (BRASIL, 2013).

De acordo com a RC, as unidades básicas de saúde são responsáveis pelo acompanhamento pré-natal de risco habitual na APS, destacando a importância das equipes da ESF na captação precoce, acolhimento, cadastramento, acompanhamento e vigilância de todas as gestantes residentes em seus territórios de abrangência. Isto inclui aquelas que realizam o acompanhamento pré-natal em rede suplementar de saúde, onde cabe ao Agente Comunitário de Saúde (ACS) realizar o acompanhamento no domicílio, possibilitando o monitoramento e o acesso à informação pela equipe sobre a assistência prestada por outros serviços. Essa premissa reforça a função de responsabilização da APS sobre a população de referência.

O acompanhamento pré-natal na APS preconiza a assistência compartilhada, através da organização do processo de trabalho das equipes da ESF com a disponibilização de calendários de consultas que intercalem o cuidado entre médicos e enfermeiros e possibilitem o acesso a outros profissionais de referência vinculados ao trabalho das equipes e a organização de fluxos para atendimento das intercorrências e as situações de risco gestacional (BRASIL, 2013).

Neste contexto, a consulta de enfermagem à gestante apresenta como proposta a prestação de uma assistência sistematizada de enfermagem, de forma global e individualizada, objetivando a identificação de potenciais riscos, execução de cuidados que possam contribuir com a promoção e proteção, bem como com intervenções adequadas que permitam uma melhor recuperação e reabilitação de sua

saúde. Esta prática assistencial é regulamentada pela Lei nº 7.498/86, que estabelece essa atividade como privativa do enfermeiro, dentro das definições do Exercício Profissional da Enfermagem e pela Resolução 159/93, onde legaliza a obrigatoriedade da realização da consulta de enfermagem em todos os níveis de assistência à saúde em instituição pública e privada e estabelece as ações do enfermeiro na consulta, prescrição de medicamentos e solicitação de exames (COFEN 1986; COFEN 1993).

Conforme preconiza o MS, o acompanhamento pré-natal na APS deve ser iniciado o mais precocemente possível, preferencialmente até o 4º mês de gravidez (120 dias gestacionais), ter cobertura universal, respeitando um calendário mínimo de 06 (seis) consultas, sendo que o intervalo regular entre os atendimentos até a 28ª semana gestacional deve ser mensal, entre a 28ª e 36ª semana, quinzenalmente e a partir da 37ª até a 41ª semana gestacional devem ser semanais. Se não ocorrer o parto até 41ª semana gestacional é necessário encaminhar a gestante para maternidade de referência para a avaliação do bem-estar fetal, incluindo avaliação do índice do líquido amniótico e monitoramento cardíaco fetal (BRASIL, 2013; FLORIANÓPOLIS, 2016a).

Após o diagnóstico da gravidez, na primeira consulta de pré-natal a gestante deverá receber a Caderneta / Cartão da Gestante constando a identificação pessoal (nome, idade, endereço), data da última menstruação (DUM), cálculo da idade gestacional e data provável do parto (DPP), avaliação nutricional, bem como o trimestre gestacional de início do acompanhamento de acordo com as semanas gestacionais: *1º trimestre* - abaixo da 13 semanas; *2º trimestre* - entre 14 e 27 semanas e *3º trimestre* - acima de 28 semanas (BRASIL, 2000; 2013). Importante salientar, que todo manejo e os dados referentes ao acompanhamento precisam estar registrados no prontuário e na caderneta da gestante, favorecendo a comunicação entre a referência e contra referência (SANTOS *et al.*, 2012).

A realização de uma completa anamnese, abordando aspectos epidemiológicos, como antecedentes familiares, pessoais, ginecológicos e obstétricos e a situação da gravidez atual, permite estratificação de fatores de risco gestacional. O exame físico deverá ser completo, constando avaliação de cabeça e pescoço, tórax, abdômen, membros e inspeção de pele e mucosas, seguido por exame ginecológico e obstétrico. É importante que procedimentos simples sejam realizados em todas as consultas, como verificação do peso materno, pressão arterial, ausculta cardiopulmonar, medição da altura uterina, ausculta dos batimentos cardíacos fetais (BRASIL, 2013).

Em todas as consultas, os profissionais devem realizar ações voltadas ao cuidado integral, promoção da saúde e de prevenção de agravos, através de uma escuta qualificada das necessidades da gestante e família, proporcionando atendimento humanizado, estabelecimento de vínculos e fortalecimento da confiança e apoio, incentivando a autonomia destes atores no processo de gestação, trabalho de parto e parto. As orientações relacionadas aos cuidados gravídicos, a promoção da alimentação saudável, o controle do ganho ponderal gestacional, o incentivo ao aleitamento materno, entre outras, devem compor a rotina de procedimentos, através de práticas educativas individuais ou coletivas.

A assistência pré-natal deve dispor de uma rotina de exames complementares que poderão contribuir com a formulação de diagnóstico e tratamento adequados, conforme descrito no quadro abaixo:

**Quadro 1 - Rotina de exames complementares por período gestacional**

<b>Período Gestacional</b>	<b>Exames Complementares</b>
Primeiro trimestre (até a 13ª semana de gestação)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tipagem sanguínea e fator Rh</li> <li>- Hemograma,</li> <li>- Glicemia de jejum</li> <li>- Parcial de urina, cultura e antibiograma (TSA).</li> <li>- Testagem para HIV</li> <li>- Testagem para Hepatite B</li> <li>- Testagem para Sífilis</li> <li>- Toxoplasmose IgG e IgM,</li> </ul>
Segundo Trimestre (14ª a 27ª semana de gestação)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Coombs indireto (se Rh negativo) mensalmente a partir de 24 semanas</li> <li>- Teste de tolerância com sobrecarga oral de 75g de glicose entre a 24ª e a 28ª semana</li> <li>- Testagem para Sífilis</li> </ul>
Terceiro Trimestre A partir da 28ª semana de gestação	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hemograma,</li> <li>- Glicemia de jejum,</li> <li>- Parcial de urina, cultura e antibiograma (TSA)</li> <li>- Testagem para HIV</li> <li>- Testagem para Hepatite B</li> <li>- Testagem para Sífilis</li> <li>- Toxoplasmose (se IgG e IgM negativos)</li> </ul>

Fonte: Adaptado do PACK - Brasil Adulto (2018)

A ultrassonografia obstétrica não é um exame considerado obrigatório na rotina pré-natal, de acordo com o MS, sendo recomendado a sua realização nos casos que necessitem a certificação da idade gestacional e intercorrências obstétricas, ficando na responsabilidade de

cada município a organização da oferta deste procedimento. O município de Florianópolis estabelece a ultrassonografia obstétrica como rotina no acompanhamento pré-natal, devendo ser realizado na entre a 18ª e 22ª semana gestacional (PACK, 2018).

A oferta de alguns medicamentos também deve ser garantida no acompanhamento pré-natal, como *ácido fólico*, *sulfato ferroso* para tratamento e profilaxia de anemia, *cálcio elementar e ácido acetilsalicílico* se risco de pré-eclâmpsia, além de antibióticos para tratamento de infecções e outros medicamentos mediante a necessidade e a partir da avaliação realizada pelos profissionais da ESF (PACK, 2018).

Dentre as diversas ações preventivas realizadas durante o pré-natal, a vacinação recebe um destaque importante, pois possibilita a proteção da gestante contra doenças e complicações da gestação e promove a proteção do feto, recém-nascido e do lactente nos primeiros meses de vida. O Programa Nacional de Imunizações (PNI) recomenda que as gestantes tenham sua situação vacinal avaliada no pré-natal, sendo necessário a atualização do esquema vacinal dos seguintes imunobiológicos: - *a tríplice bacteriana acelular do adulto - dTpa*, que protege contra a difteria, tétano e coqueluche; - *vacina dupla do tipo adulto - dT*, protege contra tétano e difteria; - *vacina contra a Hepatite B e*; - *vacina contra Influenza* (BRASIL, 2013; PACK, 2018).

A consulta odontológica da gestante também integra as ações preventivas da assistência pré-natal da APS, visto que algumas infecções odontológicas podem aumentar a chance de nascimentos prematuros, comprometendo a saúde do recém-nascido. Esta, deve ser realizada o mais precoce possível para garantir a avaliação e o planejamento das ações relativas a saúde bucal da gestante, uma vez que a idade gestacional pode interferir na a execução de algumas intervenções odontológicas (BRASIL, 2013).

As atividades coletivas de educação em saúde também devem integrar as ações ofertadas pela APS durante o pré-natal, uma vez que estes espaços possibilitam a troca de informações, de esclarecimentos, compartilhamento de experiências e consolidação de vínculos, propiciando momentos educativos e terapêuticos. As ações coletivas promovem a discussão sobre temas relevantes à gestação e nascimento entre usuários e profissionais de saúde, promovendo desta forma o empoderamento através do saber, refletindo o compromisso de uma assistência integral e humanizada. De acordo com o MS, estes espaços de educação em saúde podem ocorrer tanto em “grupos específicos para gestantes quanto em salas de espera, atividades em comunidade e escolas ou em outros espaços de trocas de ideias”. (BRASIL, 2013, p. 147).

De acordo com a Rede Cegonha, os serviços de saúde que integram a APS devem ter vinculados hospitais, maternidades e/ou casas de parto de referência, com garantia de leitos para o momento do parto. É importante que as gestantes sejam informadas sobre o serviço de referência a qual estão vinculadas, favorecendo a logística de deslocamento durante o trabalho de parto ou diante de alguma intercorrência clínica/obstétrica que não possa contar com o atendimento da UBS. Recomenda-se que o nome do estabelecimento de referência esteja descrito no Cartão / Caderneta da gestante, facilitando a informação, bem como a referência e contra referência entre os serviços (BRASIL, 2011).

Além disso, os profissionais da ESF devem orientar à gestante e acompanhante sobre a realização de visita ao serviço de saúde de referência ao parto e, caso seja de seu interesse, realizar o agendamento deste procedimento através do SISREG (Sistema de Centrais de Regulação), sendo que esta ação deverá ocorrer no terceiro trimestre gestacional, ou seja, a partir vigésima oitava semana de gestação (FLORIANÓPOLIS, 2010).

Vale ressaltar, que outros procedimentos podem ser solicitados para facilitar o diagnóstico diante da presença de fatores de risco que podem comprometer o desenvolvimento da gestação, por isso os profissionais devem estar atento e propiciar nas consultas escuta qualificada às queixas da gestante. Na identificação de fatores de risco os profissionais devem encaminhar a gestante para o serviço de Pré-natal de Alto Risco, com agendamento da consulta via SISREG ou para a maternidade de referência em situação de urgência, mantendo o monitoramento e a continuidade do cuidado na unidade básica de saúde com a equipe de ESF responsável (FLORIANÓPOLIS, 2010).

### 3.4 BOAS PRÁTICAS NA ATENÇÃO HUMANIZADA AO PARTO

Dar à luz a um bebê de forma natural e saudável, acredita-se que seja o anseio e uma das experiências mais intensas da vida de uma mulher.

Ao fazermos uma breve retrospectiva, podemos observar que o processo de parto e nascimento por muito tempo foi considerado um acontecimento natural, doméstico, intimamente feminino, onde a mulher era a principal protagonista do ato de parir e recebia o auxílio de parteiras. As parteiras eram responsáveis pelo cuidado das mulheres em trabalho de parto e no puerpério, sendo detentoras de conhecimento e habilidade na prática do parto, cuidados da saúde feminina e do recém-nascido e seu

trabalho reconhecido e respeitado em toda a comunidade (PONTES *et al.*, 2014).

Com o advento da era industrial, o avanço das tecnologias em saúde e a ascensão do modelo biomédico pelo mundo, o parto passou a ser considerado um evento patológico, necessitando de cuidados médicos, altamente medicalizado e sendo realizado dentro de unidades hospitalares com rígidas rotinas. Este tipo de assistência ao parto foi denominado de “modelo tecnocrático”, onde tem se tornado o modelo predominante, quando não hegemônico, principalmente na cultura ocidental (PONTES *et al.*, 2014).

O modelo tecnocrático e intervencionista trouxe mudanças importantes para o ato de parir, entre elas, a presença do médico na cena do parto; o uso de instrumentais próprios (fórceps, pelvímeter, sondas, agulhas, tesouras, ganchos e cefalotribos); a intensa medicalização que resultava na restrição da mulher ao leito e a imposição da posição litotômica (ficar deitada de barriga para cima, com as pernas abertas e suspensas por peneiras) facilitando o exame médico e a condução do parto por este profissional (MAIA, 2010).

A restrição ao leito e posição deitada provocaram a utilização abusiva da ocitocina (hormônio que acelera as contrações uterinas), uma vez que estas medidas prejudicam o andamento do trabalho de parto, resultando no aumento das dores e prejudicando a participação ativa da mulher durante o trabalho de parto. Com isto, a “manobra de Kristeller” (técnica onde o profissional empurra a barriga da gestante com o braço ou o corpo) é introduzida na rotina hospitalar como estratégia para facilitar a expulsão do feto. Além disso, a episiotomia (incisão realizada na musculatura perineal, entre a vagina e anus) passou a fazer parte da rotina do parto vaginal, uma vez que esta incisão amplia o canal de parto e diminuiu a pressão na região perineal, pois o relaxamento do períneo é dificultado com a paciente na posição deitada (MAIA, 2010).

A institucionalização do parto propiciou exclusão da família da experiência do parto e nascimento, promoveu novos protagonistas como médicos e enfermeiras, e tornou a mulher submissa aos pressupostos do modelo tecnocrático, sendo submetida a diversos procedimentos invasivos sem a devida informação e consentimento (PONTES *et al.*, 2014). Neste contexto, o respeito, a privacidade e a autonomia tornam-se totalmente negligenciados e substituídos pelo conhecimento médico-científico, onde a decisão médica precedia as expectativas, desejos, valores e crenças da mulher durante o parto e nascimento (POSSATI *et al.*, 2017).

As elevadas taxas de mortalidade materna e perinatal, no início do século XX, colaboraram para a propagação das condutas intervencionistas e tecnicistas, promovendo a ideia de que a parturição para ter um desfecho positivo necessitasse de atendimento médico e hospitalar, o que resultou em um aumento assustador das intervenções cirúrgicas no momento do nascimento, sob a justificativa de ser uma assistência aparentemente mais segura para o binômio mãe e filho (BRASIL, 2002).

A partir desta realidade, ainda na década de 1980, sob a forte pressão dos movimentos feministas, que reivindicavam a ampliação da assistência à mulher, surge o movimento a favor da humanização do parto, com o propósito de obter uma assistência acolhedora e respeitosa à gestante e ao nascimento, através de medidas baseadas em evidências científicas, contrapondo as condutas do modelo vigente.

Em 1996, esta proposta a favor de uma nova prática obstétrica obteve importante reforço político e técnico com a publicação, pela OMS, do documento “Assistência ao parto normal: um guia prático”, trazendo como referência a humanização na atenção à mulher nos serviços de saúde, enfocando a assistência ao parto sob a perspectiva da maternidade segura. Este documento identificou as práticas mais frequentes realizadas durante o parto e estabeleceu alguns critérios de boas práticas para o nascimento saudável e dividiu estas recomendações em quatro categorias: *Categoria A* - relacionada as práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas; *Categoria B* - práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas; *Categoria C* - práticas em que não existem evidências para apoiar sua recomendação e devem ser utilizadas com cautela e; *Categoria D* - práticas que são frequentemente utilizadas de modo inadequado (WHO, 1996).

Em 2018, com a intenção de garantir os direitos das mulheres e diminuir as intervenções desnecessárias, ainda realizadas indevidamente e sem critérios científicos, mantidas por rotinas institucionais obsoletas ou pela manutenção de hábitos profissionais, a OMS lançou um novo guia intitulado “WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience”, sintetizando em 56 recomendações sobre os cuidados no período “intraparto”, incorporando 30 recomendações apresentadas nas diretrizes propostas no guia elaborado em 1996 e criando 26 novas recomendações (WHO, 2018).

Dentre as modificações estabelecidas, o guia classifica os cuidados de acordo com o **contexto do cuidado intraparto**, divididos em seis momentos distintos: - *Cuidados em todo o trabalho de parto e nascimento*; - *Cuidados durante a primeira fase do parto*; - *Cuidados*

*durante a segunda fase do parto; - Cuidados durante a terceira fase do parto; - Atendimento imediato ao recém-nascido; - Atendimento da mulher após o nascimento e o estabelecimento de diferentes níveis de recomendação: - Recomendado; - Não Recomendado; - Recomendado contextos específicos e - Recomendado no contexto de rigorosas pesquisas. (WHO, 2018).*

O quadro a seguir, apresenta a síntese das principais recomendações estabelecidas pela OMS (WHO, 2018), organizadas de acordo com o contexto do cuidado no processo de parto e divididas quanto ao nível de recomendação para utilização dos referidos cuidados:

Quadro 2 - Cuidados no Trabalho de Parto e Parto: recomendações da OMS

<b>CUIDADOS DURANTE O PARTO E NASCIMENTO</b>		
<b>Opção de Cuidados</b>	<b>Recomendação</b>	<b>Categoria de Recomendação</b>
Cuidados de maternidade respeitosos	1 - Cuidados de maternidade respeitosos, que se referem a cuidados organizados e oferecidos a todas as mulheres de modo que mantenha sua dignidade, privacidade e confidencialidade - garante a ausência de danos e maus tratos e possibilita a escolha informada e apoio contínuo durante o trabalho de parto e parto.	<b>Recomendado</b>
Comunicação efetiva	2 - Comunicação efetiva entre prestadores de cuidados de maternidade e mulheres em trabalho de parto, utilizando métodos adequados para cada cultura.	<b>Recomendado</b>
Acompanhante durante o Parto	3 - Um companheiro de escolha é recomendado para todas as mulheres ao longo do trabalho de parto e do parto.	<b>Recomendado</b>
Continuidade do cuidado	4 - Modelos de continuidade do cuidado da parteira - em que uma parteira conhecida ou um pequeno grupo de parteiras conhecidas apoia uma mulher ao longo do pré-natal, durante o trabalho de parto e o pós-parto, são recomendados para mulheres grávidas em locais com programas de obstetria que funcionam bem. * Esta recomendação foi integrada das recomendações da OMS sobre cuidados pré-natais para uma experiência positiva de gravidez - Contexto específico de recomendação (requer adequação do modelo de assistência e dos recursos humanos disponíveis)	<b>Recomendação em contexto específico</b>

<b>CUIDADOS NO PRIMEIRO ESTÁGIO DO PARTO</b>		
<b>Opção de Cuidados</b>	<b>Recomendação</b>	<b>Categoria de Recomendação</b>
Definições dos primeiros estágios latente e ativo do trabalho de parto	<p>5 - Recomenda-se o uso das seguintes definições dos primeiros estágios latente e ativo do trabalho de parto:</p> <p>- <b>Primeiro estágio latente</b> é um período de tempo caracterizado por contrações uterinas dolorosas e alterações variáveis do colo do útero, incluindo algum grau de apagamento e progressão mais lenta da dilatação até 05 cm para trabalho de parto de nulíparas ou múltiparas.</p> <p>- <b>Primeiro estágio ativo</b> é um período de tempo caracterizado por contrações uterinas dolorosas regulares, um grau substancial de apagamento cervical e dilatação mais rápida de 05 cm até dilatação completa para trabalhos iniciais e subsequentes.</p>	<b>Recomendado</b>
Duração do primeiro estágio trabalho	6 - As mulheres devem ser informadas de que não foi estabelecida uma duração padrão para o primeiro estágio latente e pode variar muito de uma mulher para outra. No entanto, a duração do primeiro estágio ativo (a partir de 5 cm até a dilatação cervical completa) geralmente não se estende além de 12 horas nas nulíparas, e geralmente não ultrapassa 10 horas nas múltiparas.	<b>Recomendado</b>
Progresso do primeiro estágio trabalho	<p>7 - Para as mulheres grávidas com início do trabalho espontâneo, o limiar da taxa de dilatação cervical de 01 cm / hora durante o primeiro estágio ativo (conforme descrito na linha de alerta do partograma) é impreciso para identificar mulheres em risco de resultados adversos de parto e, portanto, não é recomendada para esse fim.</p> <p>8 - Uma taxa mínima de dilatação cervical de 01 cm / hora ao longo do primeiro estágio de trabalho ativo é extremamente rápida para algumas mulheres e, portanto, não é recomendado para identificação da progressão laboral normal. Uma taxa de dilatação cervical mais lenta que 01 cm/ hora por si só não deve ser uma indicação para intervenção obstétrica</p> <p>9 - Não se deve esperar que o trabalho de parto acelere naturalmente antes que a dilatação cervical de 05 cm seja atingida. Assim sendo,</p>	<p><b>Não Recomendado</b></p> <p><b>Não Recomendado</b></p> <p><b>Não Recomendado</b></p>

	o uso de intervenções médicas para acelerar o trabalho de parto (como o uso de ocitocina sintética ou a cesárea) antes desse limiar, não é recomendado, desde que as condições fetais e maternas sejam seguras.	
Política de admissão em salas de partos	10 - Para mulheres grávidas saudáveis que se apresentam em trabalho espontâneo, uma política de atraso na admissão na enfermaria de trabalho de parto até a fase ativa é recomendada apenas no contexto de pesquisas.	<b>Recomendação em contexto de pesquisa.</b>
Pelvimetria clínica de rotina na admissão	11 - Pelvimetria clínica de rotina (avaliação da adequação da forma e tamanho da pélvis materna através do exame pélvico) na admissão em trabalho de parto de gestantes saudáveis não é recomendada.	<b>Não Recomendado</b>
Rotina de Avaliação do bem-estar fetal na admissão	12 - A cardiocografia de rotina não é recomendada para a avaliação do bem-estar fetal na admissão de gestantes saudáveis, que se apresentam em trabalho de parto espontâneo.  13 - Ausculta utilizando um aparelho de ultrassom doppler ou um estetoscópio fetal Pinard é recomendada para avaliação do bem-estar fetal na admissão de gestantes saudáveis em trabalho de parto.	<b>Não Recomendado</b>  <b>Recomendado</b>
Depilação pelos pubianos	14 - A tricotomia ou depilação da região púbica e perineal antes do parto vaginal não é recomendada.	<b>Não Recomendado</b>
Enema na Admissão	15 - A administração de um enema para acelerar o trabalho de parto não é recomendada.	<b>Não Recomendado</b>
Exame vaginal digital / Toque vaginal	16 - O exame vaginal digital (toque vaginal) de rotina em intervalos de quatro horas é recomendado para avaliação da evolução do trabalho de parto em mulheres de baixo risco.	<b>Recomendado</b>
Cardiotocografia Contínua durante o trabalho de parto	17 - Cardiotocografia contínua não é recomendada para avaliação do bem-estar fetal em mulheres grávidas em trabalho de parto espontâneo.	<b>Não Recomendado</b>
Ausculta da Frequência cardíaca fetal intermitente durante trabalho	18 - A ausculta intermitente da frequência cardíaca fetal com um aparelho de ultrassom doppler ou com um estetoscópio fetal de Pinard é recomendado para mulheres grávidas saudáveis em trabalho de parto.	<b>Recomendado</b>
Analgésia epidural para alívio da dor	19 - A analgesia epidural é recomendada para gestantes saudáveis que solicitam alívio da	<b>Recomendado</b>

	dor durante o trabalho de parto, de acordo com as preferências da mulher.	
Analgésia opióide para alívio da dor	20 - Opióides parenterais, como fentanil, diamorfina e petidina, são opções recomendadas para gestantes saudáveis que solicitam alívio da dor durante o trabalho de parto, de acordo com as preferências da mulher.	<b>Recomendado</b>
Técnicas de Relaxamento para alívio da dor	21 - Técnicas de relaxamento, incluindo relaxamento muscular progressivo, respiração, música, atenção plena e outras técnicas, são recomendadas para mulheres grávidas saudáveis que solicitam alívio da dor durante o trabalho de parto, de acordo com as preferências da mulher.	<b>Recomendado</b>
Técnicas manuais para alívio da dor	22 - Técnicas manuais, como massagem ou aplicação de compressas quentes, são recomendadas para mulheres grávidas que solicitam alívio da dor durante o trabalho de parto, de acordo com as preferências da mulher.	<b>Recomendado</b>
Alívio da dor para prevenção de trabalho de parto demorado	23 - O alívio da dor para prevenir evolução lenta e reduzir o uso de ocitocina para acelerar o trabalho de parto não é recomendado.	<b>Não Recomendado</b>
Ingesta de líquidos e alimentos	24 - Para mulheres de baixo risco, a ingestão de líquidos orais e alimentos durante o trabalho de parto é recomendada.	<b>Recomendado</b>
Livre movimentação e posição materna que traga maior conforto	25 - Para mulheres de baixo risco, deve ser encorajada a livre movimentação e uma postura ereta durante o trabalho de parto é recomendada.	<b>Recomendado</b>
Antissepsia vaginal	26 - A limpeza vaginal rotineira com clorexidina durante o trabalho de parto com a finalidade de prevenir morbidades infecciosas não é recomendada.	<b>Não Recomendado</b>
Gerenciamento / Manejo ativo do trabalho de parto	27 - O manejo ativo do trabalho de parto (cuidado contínuo de um para um, ocitocina sintética e amniotomia precoce- rotura artificial das membranas amnióticas) não é recomendado para prevenção do trabalho de parto prolongado.	<b>Não Recomendado</b>
Amniotomia de rotina	28 - Amniotomia precoce isoladamente para prevenção de trabalho de parto prolongado não é recomendado.	<b>Não Recomendado</b>
Amniotomia precoce e ocitocina	29 - Amniotomia precoce associada ao uso de ocitocina sintética para prevenção de trabalho de parto prolongado não é recomendado.	<b>Não Recomendado</b>

Oxitocina para mulheres com analgesia epidural	30 - O uso de ocitocina sintética para prevenir trabalho de parto prolongado em mulheres que recebem analgesia peridural não é recomendado.	<b>Não Recomendado</b>
Agentes Antiespasmódicos	31 - O uso de agentes antiespasmódicos para prevenção do trabalho de parto prolongado não é recomendado.	<b>Não Recomendado</b>
Fluidos intravenosos para acelerar o trabalho de parto	32 - O uso de fluidos intravenosos, de forma rotineira, com o objetivo de encurtar a duração do trabalho de parto não é recomendado.	<b>Não Recomendado</b>
<b>CUIDADOS NO SEGUNDO ESTÁGIO DO PARTO</b>		
<b>Opção de Cuidados</b>	<b>Recomendação</b>	<b>Categoria de Recomendação</b>
Definição e duração do segunda etapa do trabalho	33 - Recomenda-se o uso da seguinte definição: - <b>Segundo Estágio do Parto:</b> é o período de tempo entre a dilatação cervical completa e o nascimento do bebê, durante o qual a mulher tem um desejo involuntário de empurrar, como resultado das contrações uterinas de expulsão. - As mulheres devem ser informadas de que a duração do segundo estágio varia de uma mulher para outra. Entre as primíparas, o parto é geralmente concluído dentro de 03 horas, enquanto nas múltíparas, o parto geralmente é concluído em 02 horas.	<b>Recomendado</b>
Posição de nascimento (por mulheres sem analgesia epidural)	34 - Para mulheres sem analgesia epidural, recomenda-se encorajar a livre escolha de posições, incluindo as verticais.	<b>Recomendado</b>
Posição de nascimento (para mulheres com analgesia epidural)	35 - Para mulheres com analgesia epidural, recomenda-se encorajar a livre escolha de posições, incluindo as verticais.	<b>Recomendado</b>
Método de empurrar / Puxos	36 - Recomenda-se que as mulheres sejam incentivadas e apoiadas a seguir seu próprio desejo de empurrar durante o segundo estágio do parto / fase expulsiva.	<b>Recomendado</b>
Método de empurrar (para mulheres com analgesia epidural)	37 - Para as mulheres com analgesia epidural no segundo estágio do parto, os puxos podem iniciar até 02 horas após a dilatação completa ou até que a mulher recupere o desejo sensorial de empurrar. Recomendado no contexto onde os recursos estão disponíveis para tempos mais longos do segundo estágio e	<b>Recomendação em contexto específico</b>

	a hipóxia perinatal pode ser adequadamente avaliada e gerenciada.	
Técnicas para prevenção de trauma perineal	38 – Para as mulheres no segundo estágio de parto podem ser utilizadas técnicas para reduzir o trauma perineal e facilitar o nascimento espontâneo, incluindo massagem perineal, compressas mornas perineais e proteção de mãos no períneo são recomendadas, com base nas preferências da mulher e nas opções disponíveis.	<b>Recomendado</b>
Uso rotineiro de episiotomia	39 - O uso rotineiro ou liberal de episiotomia não é recomendado para mulheres que evoluem para parto vaginal espontâneo.	<b>Não Recomendado</b>
Pressão manual do fundo uterino	40 – A aplicação de pressão manual no fundo do útero para facilitar o parto durante o segundo estágio não é recomendado.	<b>Não Recomendado</b>
<b>CUIDADOS NO TERCEIRO ESTÁGIO DO PARTO</b>		
Uso Profilático de uterotônicos	41 - O uso de uterotônicos para a prevenção da hemorragia pós-parto (HPP) durante o terceiro estágio é recomendado em todos os partos.  42 - A ocitocina (10 UI - IM ou IV) é a droga uterotônica recomendada para a prevenção da HPP.  43 - Em locais onde a ocitocina não está disponível, o uso de outros uterotônicos injetáveis (ergometrina/ metilergometrina, ou a combinação de ocitocina e ergometrina) ou o misoprostol oral (600 µg) é recomendado.	<b>Recomendado</b>  <b>Recomendado</b>  <b>Recomendado</b>
Clampeamento tardio do cordão umbilical	44 - Recomenda-se retardar o clampeamento do cordão umbilical (não antes de 1 minuto após o nascimento) para melhores resultados na saúde e nutrição materna e infantil.	<b>Recomendado</b>
Tração controlada do cordão (CCT)	45 - Em locais onde há assistentes especializados em parto, a tração controlada do cordão (TCC) é recomendada para partos vaginais se o prestador de cuidados e a parturiente considerarem uma pequena redução na perda de sangue e uma pequena redução na duração da terceira fase do trabalho de parto como importante.	<b>Recomendado</b>
Massagem uterina	46 - A massagem uterina sustentada não é recomendada como uma intervenção para prevenir a HPP em mulheres que receberam ocitocina profilática.	<b>Não Recomendado</b>

<b>CUIDADOS COM O RECÉM-NASCIDO</b>		
Sucção oral ou nasal de rotina	47 - Não se deve aspirar boca e nariz de neonatos que tem líquido amniótico claro e que começam a respirar espontaneamente após o nascimento.	<b>Não Recomendado</b>
Contato Pele a pele	48 - Recém-nascidos sem complicações devem ser mantidos em contato pele a pele com suas mães, durante a primeira hora após o nascimento, para prevenir hipotermia e promover o aleitamento materno.	<b>Recomendado</b>
Estímulo à amamentação precoce	49 - Todos os recém-nascidos, incluindo bebês com baixo peso ao nascer (BPN), que são capazes de amamentar, devem ser colocados no peito o mais rápido possível após o nascimento, quando estão clinicamente estáveis e a mãe e o bebê estão prontos.	<b>Recomendado</b>
Administração da vitamina K para profilaxia de doença hemorrágica	50 - Todos os recém-nascidos devem receber 01 mg de vitamina K, por via intramuscular, após o nascimento (ou seja, após a primeira hora em que o bebê deve estar em contato pele a pele). O contato com a mãe e a amamentação devem ser iniciados o mais breve possível.	<b>Recomendado</b>
Banho e outros imediato cuidados pós-natal do recém nascido	51 - O banho do recém-nascido deve ser retardado até 24 horas após o nascimento. Se isto não for possível devido a razões culturais, o banho deve ser atrasado por pelo menos 06 horas. Roupas apropriadas para a temperatura ambiente são recomendadas. Isso significa de uma a duas camadas de roupas no bebê a mais do que os adultos, e o uso de chapéus/bonés. A mãe e o bebê não devem ficar separados, permanecendo juntos, no mesmo quarto, 24 horas por dia.	<b>Recomendado</b>
<b>CUIDADOS COM A MULHER APÓS O PARTO</b>		
Avaliação do tônus uterino abdominal pós-parto	52 - A avaliação do tônus uterino abdominal pós-parto para identificação precoce da atonia uterina é recomendada para todas as mulheres.	<b>Recomendado</b>
Antibióticos profiláticos para parto vaginal não complicado	53 - A profilaxia antibiótica de rotina não é recomendada para mulheres com parto vaginal não complicado.	<b>Não Recomendado</b>
Antibiótico profilático para episiotomia	54 - A profilaxia antibiótica de rotina não é recomendada para mulheres com episiotomia.	<b>Não Recomendado</b>
	55 - Todas as puérperas devem ter avaliação regular do sangramento vaginal, contração uterina, altura do fundo do útero, temperatura e frequência cardíaca (pulso) rotineiramente durante as primeiras 24 horas a partir da	<b>Recomendado</b>

Avaliação do pós-parto materno	primeira hora após o nascimento. A pressão arterial deve ser medida logo após o nascimento, se valor normal, a segunda aferição da pressão arterial deve ser feita dentro de seis horas. A presença de micção deve ser documentada dentro de seis horas.	
Internação hospitalar por pelo menos 24 horas pós parto e alta hospitalar mediante avaliação da mãe e bebê	56 - Após um parto vaginal descomplicado, em um serviço de saúde, mães e recém-nascidos saudáveis devem receber cuidados nas instalações por pelo menos 24 horas após o nascimento.	<b>Recomendado</b>

Adaptado de WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience (2018)

No Brasil, o processo de institucionalização do parto tornou-se bem-sucedido e persiste até os dias atuais, uma vez que mais de 95% dos partos ocorrem dentro de hospitais e maternidades, sendo que as cesarianas representam a forma mais comum de nascimento, chegando a mais de 56% do número total de partos realizados, deixando o país entre os primeiros no ranking mundial de cesarianas (BRASIL, 2016).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a cesariana deve ser adotada como prática eletiva para salvar a vida de mães e bebês, mediante a indicação médica que justifique este ato, uma vez que esta intervenção cirúrgica pode causar complicações significativas para a saúde da mulher. Em estudos recentes, a OMS concluiu que as taxas de cesarianas acima de 10% não evidenciam a redução de mortalidade materna e neonatal, reforçando a importância da vinculação deste procedimento a uma necessidade clínica instalada durante o trabalho de parto (WHO, 2015).

Diante deste cenário, diversas estratégias governamentais vêm sendo implantadas com o objetivo de diminuir a mortalidade materna e perinatal e promover a humanização da assistência pré-natal e do parto, em consonância com as boas práticas estabelecidas pela OMS, através da reorganização dos serviços, repasses financeiros destinados à melhoria da assistência prestada e o fomento de discussões e reflexões sobre as práticas assistenciais direcionadas aos cuidados da gestante (BRASIL, 2016).

Segundo as normativas instituídas pelo PHPN e a RC em 2011, dentre as principais estratégias adotadas para a transformação do modelo assistencial referente ao pré-natal e parto, está a reorganização da assistência pré-natal dentro das UBS e a melhoria do acesso e qualidade

dos serviços ofertados nos serviços de referência ao parto. (BRASIL, 2011).

Tais discussões, enfatizam a necessidade de práticas humanizadas na assistência pré-natal, que promovam a melhoria da qualidade do atendimento, bem como a participação da mulher e família neste processo de gestar e parir. Sob esta ótica, é necessário que as ações voltadas a assistência pré-natal na APS ultrapassem os aspectos fisiológicos da gestação e propiciem relações pautadas no respeito, no diálogo, na troca de informação, estimulando o resgate da autonomia, a participação ativa e o empoderamento da mulher durante todo o ciclo gravídico-puerperal.

De acordo com as diretrizes nacionais de incentivo ao parto fisiológico, cabe a assistência pré-natal instrumentalizar as mulheres para o enfrentamento da parturição, através de informações relacionadas a:

- Riscos e benefícios das diversas práticas e intervenções durante o trabalho de parto e parto (uso de ocitocina, jejum, episiotomia, analgesia farmacológica, etc.);
- necessidade de escolha de um acompanhante pela mulher para o apoio durante o parto. Este acompanhante deve receber as informações importantes no mesmo momento que a mulher;
- estratégias de controle da dor e métodos disponíveis na unidade, descrevendo os riscos e benefícios de cada método (farmacológicos e não farmacológicos);
- organização e indicadores assistenciais do local de atenção ao parto, limitações (física, recursos disponíveis) relativos à unidade, bem como disponibilidade de certos métodos e técnicas;
- diferentes estágios do parto e as práticas utilizadas pela equipe para auxiliar as mulheres em escolhas bem informadas (BRASIL, 2017a, p. 16).

A presença do acompanhante traduz o resgate da família no processo gestacional e de nascimento, sendo que esta prática “busca garantir que a mulher receba apoio, durante o trabalho de parto e parto, por uma pessoa em quem confie e com quem se sinta segura, sendo esta de sua rede social ou por profissional disponível para esta função” (MONGUILHOTT, 2013, p.81).

Em 2005, indo ao encontro das recomendações das boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento, foi regulamentada a Lei Federal nº

11.108, onde permite a presença do acompanhante junto a parturiente durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, tanto nos serviços de saúde do SUS como na rede suplementar, sendo que tramita na Câmara dos Deputados, em Brasília, o projeto de Lei nº 5656/2013, que visa regulamentar a presença do acompanhante durante a atendimento pré-natal (BRASIL, 2011).

Enquanto isso, com a ausência de regulamentações sobre o direito do acompanhante durante a assistência pré-natal, cabe as equipes da ESF a construção de estratégias que motivem e permita m a sua participação durante as consultas e atividades coletivas. É importante que os profissionais de saúde estejam sensibilizados para esta situação, criando espaços oportunos e de fácil acesso, cujas as ações desenvolvidas possam garantir a participação desta nova clientela.

Com a instituição dos “Dez Passos para o Pré-Natal de Qualidade”, o preparo para a parturição passa a ser intensificado, sendo de responsabilidade da assistência pré-natal o desenvolvimento de ações que discutam sobre os benefícios do parto fisiológico e as boas práticas baseadas em evidências, estimulem a organização do planejamento individual, através da elaboração do plano de parto e favoreçam a vinculação da gestante ao serviço de referência, incentivando maior empoderamento, autonomia e a participação ativa da gestante e família (BRASIL, 2011).

Assim, o plano de parto configura-se como uma das principais ferramentas recomendadas na elaboração do planejamento individual para o parto e sua construção durante o acompanhamento pré-natal auxilia a gestante a descrever seus anseios e expectativas relacionados ao nascimento, além de servir como estratégia para organização das informações compreendidas no preparo para a parturição, sendo que as formas de apresentação:

“... podem assumir variados modelos, que se diferenciam principalmente no formato, tamanho e complexidade, sem que haja uma estrutura melhor ou um modelo “padrão” que sirva para todas as mulheres. Em geral, podem se apresentar como um formulário, composto por questões estruturadas, onde a mulher indica os itens que ela considera apropriados para a sua experiência. Outra possibilidade é elaborá-lo em forma de texto, o que permite a gestante discorrer livremente sobre as suas preferências de forma personalizada (MEDEIROS *et al*, 2015, p. 10).

Portanto, o instrumento de plano de parto pode ser definido como um documento escrito, de caráter legal, fundamentado em evidências científicas, em que a mulher grávida expressa seus desejos e expectativas frente ao nascimento, elencando as condutas que considera aceitáveis (dentro do que recomendam as boas práticas) durante a assistência ao parto (CORTÈS *et al.*, 2015).

Além das preferências e expectativas da gestante, o plano de parto torna-se uma tecnologia importante na preparação para o parto, uma vez que provoca a discussão e colabora com a divulgação das práticas benéficas, muitas vezes desconhecidas pela gestante, como o direito ao acompanhante, o respeito às práticas culturalmente significativas, a livre movimentação e escolha de posições para o parto, a ingesta de líquidos e alimentos, as medidas não farmacológicas (massagens, banhos, música) farmacológicas (analgesia) para o alívio da dor, alojamento conjunto, amamentação e outros cuidados relevantes ao processo de parturição e nascimento (MEDEIROS *et al.*, 2019).

Da mesma forma, este instrumento também promove a conscientização da gestante a respeito de procedimentos e intervenções considerados desnecessários (enema, tricotomia, jejum, restrição ao leito, indução precoce do trabalho de parto, etc) e ainda praticados rotineiramente em algumas instituições; o aumento do seu conhecimento e autoconfiança e; maior empoderamento e compreensão sobre as práticas relacionadas ao parto. Estas discussões favorecem que a mulher tenha garantindo o direito à informação e a participação na tomada de decisão, a partir de escolhas informadas, favorecendo o resgate do protagonismo sobre o ato de parir (WHITFORD *et al.*, 2014; WHO, 2018).

Ademais, a construção do plano de parto durante o pré-natal favorece a comunicação entre os profissionais de saúde, gestante e família, promovendo espaços de discussão sobre os benefícios do parto natural, os riscos da cesariana, a desmistificação da dor, bem como permite uma maior aproximação entre os serviços da APS e de referência ao parto. Esta troca de saberes permite que as responsabilidades sejam assumidas conjuntamente com a equipe de saúde e a tomada de decisões possam ser compartilhadas, garantindo a participação da gestante e família durante este processo (COSTA, 2012).

Apesar de integrar as ações governamentais para melhoria e humanização do parto na rede de serviços do SUS, o plano de parto ainda é pouco utilizado dentro dos serviços responsáveis pela assistência pré-natal e parto, expressando certo desconhecimento por parte dos profissionais e traduz a baixa eficácia da APS na preparação da mulher para a vivência do parto e a fragilidade na adoção de boas práticas nos

serviços de referência ao parto. (MEDEIROS *et al*, 2015; BRASIL, 2006).

Para transformar esta realidade e garantir a humanização e a qualidade no atendimento à gestante e família, torna-se essencial o conhecimento e a sensibilização dos profissionais para a troca de informação e o incentivo da autonomia nas decisões, bem como condutas acolhedoras e que respeitem a individualidade, valores e crenças desta clientela (BRASIL, 2006).

Neste sentido, o Projeto Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia - Apice On, é uma das iniciativas propostas pela RC, com o objetivo de qualificar os processos de atenção, gestão e formação relativos ao parto, nascimento e ao abortamento nos hospitais com atividades de ensino, incorporando um modelo com práticas baseadas em evidências científicas, humanização, segurança e garantia de direitos. De acordo com o projeto, estas instituições ocupam posição estratégica na produção da força de trabalho, onde a formação e a qualificação profissional tornam-se importantes ferramentas no alcance das mudanças no processo de trabalho, possibilitando o desenvolvimento de atenção humanizada e qualidade na assistência ao parto e nascimento (BRASIL, 2017b).

Assim sendo, é imprescindível que os profissionais de saúde, a partir de fundamentação teórica, estejam instrumentalizados e qualificados para implementação de práticas assistenciais respeitadas, que valorizem a autonomia e a participação da mulher e família em todo o processo gravídico-puerperal, estimulem o exercício do protagonismo e destes atores e favoreçam a construção de uma rede de serviço comprometida com o cuidado e aberta para as inovações relacionadas a parturição e o nascimento saudável (COSTA, 2012).



## 4 CAMINHO METODOLÓGICO

A metodologia é considerada um dos aspectos fundamentais em um desenho de investigação, pois fornece ao investigador a estratégia que vai orientar todo o desenvolvimento da pesquisa, permitindo estudar e avaliar as diferentes opções de estudo.

De uma maneira abrangente, Minayo (2014, p. 44) define metodologia:

(...) a) como a discussão epistemológica sobre o “caminho do pensamento” que o tema ou o objeto de investigação requer; b) como a apresentação adequada e justificada dos métodos, técnicas e dos instrumentos operativos que devem ser utilizados para as buscas relativas às indagações da investigação; c) e como a “criatividade do pesquisador”, ou seja, a sua marca pessoal e específica na forma de articular teoria, métodos, achados experimentais, observacionais ou de qualquer outro tipo específico de resposta às indagações específicas (MINAYO, 2014, p.44).

A metodologia procura explicar como o fenômeno e a sua problemática foram investigados e o motivo pelo qual foram utilizados determinados métodos e técnicas, possibilitando o alcance de maior objetividade e precisão do estudo, bem como contribuindo com o êxito do trabalho de investigação.

Esta pesquisa teve como objeto de estudo o aprimoramento do plano de parto como estratégia de preparação para o parto e nascimento no acompanhamento pré-natal ofertado pelas equipes da ESF em um centro de saúde da APS, sendo que o caminho metodológico foi desenhado a partir das premissas da Pesquisa Convergente Assistencial (PCA).

### 4.1 A PESQUISA CONVERGENTE ASSISTENCIAL

A PCA teve seu lançamento em 1999, a partir das “firmes posições em defesa da investigação como instrumento para promover mudanças e aumentar a qualidade do cuidar, nos diferentes contextos” (ELSEN, 2014, p.7), defendidas e idealizadas pelas autoras brasileiras

Mercedes Trentini e Lygia Paim, enfermeiras doutoras responsáveis pela construção desta metodologia de pesquisa.

Dentre os pressupostos da PCA, pode ser destacado a renovação das práticas assistenciais através da junção do “saber-fazer” ao “saber-pensar”, possibilitando a reflexão das situações vivenciadas e a busca de alternativas para soluções de problemas detectados na prática profissional durante o trabalho de investigação (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014, p.23).

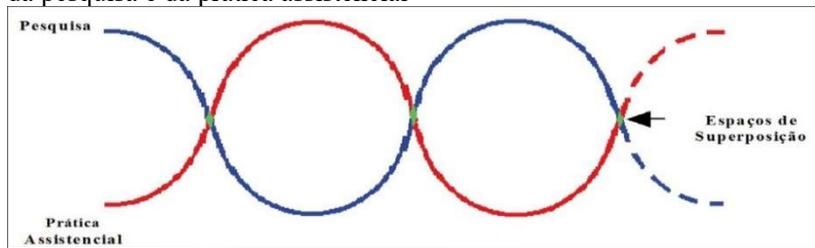
A PCA é empregada nas áreas assistenciais que permitam uma prática com participação ativa e envolvimento do pesquisador e dos sujeitos, a partir de uma relação horizontal e democrática, com o propósito de encontrar alternativas para solucionar ou minimizar problemas, realizar mudanças e/ou introduzir inovações no contexto local, podendo levar a construções conceituais e teóricas (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

Esta abordagem metodológica promove a articulação da produção do conhecimento científico com a prática assistencial em saúde, exigindo maior aproximação do pesquisador com o campo da prática assistencial e estabelecendo estreita relação entre as atividades profissionais cotidianas e as ações de pesquisa.

O termo convergência se insere no método da PCA, como essencial e indissociável, podendo ser definido como “uma hélice que tem a propriedade de fazer a junção das ações de assistência com as de pesquisa no mesmo espaço físico e temporal”, sendo que neste entrecruzamento os fenômenos são descobertos e através da ação dialógica surgem a convergência dos processos da prática assistencial e da investigação, contribuindo para a efetivação de novos conhecimentos e concretização de mudanças ou inovações (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014, p. 23).

Neste sentido, a PCA converge para a mudança das práticas assistenciais, buscando melhorias e qualificação, através da incorporação de ações de assistência no processo de pesquisa e vice-versa, permitindo momentos de proximidade e afastamento diante do saber-fazer assistencial, propiciando a troca de informações, mantendo as especificidades e as características próprias de cada processo, como demonstrado na figura a seguir:

Figura 1 - Movimentos de aproximação, distanciamento e convergência da pesquisa e da prática assistencial



Fonte: Trentini, Paim e Silva (2014)

Para a contribuição desta inovação, construção de um novo conhecimento, deve ser perceptível reconhecer o ponto central deste distanciamento e aproximação, de momentos comuns entre as distintas sistemáticas, a de pesquisar e assistir (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

De acordo com as autoras, esta convergência voltada para a produção do conhecimento, através da justaposição entre a prática assistencial e a pesquisa, está alicerçada em quatro conceitos: dialogicidade, expansibilidade, imersibilidade e simultaneidade (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

A *dialogicidade* é um instrumento imprescindível para a convergência e efetivação das mudanças na prática assistencial, uma vez que o conhecimento se constrói pela interlocução e o compartilhamento de ideias, o que torna o diálogo um mediador da consciência crítica e transformador da realidade, visto que a mudança não ocorre sem a troca entre o pesquisador e participantes (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2017). Este conceito foi desenvolvido a partir da parceria firmada com os profissionais das ESF, através dos momentos de discussão e reflexão coletiva, durante todo o processo de investigação, desde o surgimento do problema de pesquisa até a construção do produto.

A *expansibilidade* significa que o propósito inicial do pesquisador de renovar a prática assistencial poderá ser ampliado no desenvolvimento da pesquisa, indicando a flexibilidade da PCA ao considerar temas emergentes do processo assistencial e investigativo (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2017). Partindo da proposta de sensibilização dos profissionais da ESF para preparação da gestante para o parto durante o acompanhamento pré-natal, através do aprimoramento do instrumento de plano de parto, foi possível ampliar a discussão das práticas assistenciais na APS frente a humanização do parto, gerando reformulações no contexto assistencial.

A *imersibilidade* exige a imersão do pesquisador no campo de assistência em que acontece a investigação, objetivando a construção de mudanças compartilhadas e inovação na prática assistencial. Portanto, o pesquisador comporta-se como um dos agentes da prática assistencial ao mesmo tempo em que continua com sua atividade de pesquisa, sendo assim a pesquisadora conseguiu cumprir esta exigência, uma vez que desenvolve suas atividades laborais diretamente no contexto da pesquisa (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2017).

A *simultaneidade* sustenta que, embora haja a unidualidade no processo da PCA, não há dominância de uma sobre a outra. A pesquisa e a assistência dialogam, mas guardam sua identidade. A interlocução entre a assistência e a pesquisa aconteceu mediante a atuação profissional da pesquisadora no campo da pesquisa, possibilitando maior aproximação e conhecimento da prática assistencial desenvolvida no local (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2017).

Considerando a intencionalidade da PCA em oferecer possibilidades de reflexões acerca da prática assistencial, a partir dos fenômenos vivenciados no contexto da prática, tornou-se primordial a escolha desta abordagem metodológica, uma vez que suas premissas estão alinhadas as propostas deste estudo.

De acordo com Trentini, Paim e Silva (2014), a arquitetura metodológica da PCA contempla quatro diferentes fases: concepção, instrumentação, perscrutação e análise, sendo que estas devem ser desenvolvidas de forma consecutiva, inter-relacionada, não necessariamente linear e com procedimentos que garantam o rigor metodológico exigido na pesquisa científica.

## 4.2 FASE DE CONCEPÇÃO

A fase de concepção pode ser considerada o primeiro grande desafio na elaboração do projeto de pesquisa, uma vez que está relacionada ao processo de definição do problema de pesquisa e “comporta direções mestras referentes à formulação do cérebro do processo de pesquisa” (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014, p. 31)

Nesta etapa metodológica, alguns questionamentos tornam-se essenciais para a definição do problema de pesquisa, tais como: O que pesquisar? Qual conhecimento quer construir? Que mudanças são necessárias para melhorar a assistência? É a partir da reflexão sobre os desafios apresentados no contexto profissional e as fragilidades que envolvem a prática assistencial, que o pesquisador terá argumentos para definir o tema de pesquisa e elaborar as questões norteadoras que

envolvem o problema de pesquisa, delineando os objetivos do estudo (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

As decisões referentes ao problema de pesquisa e as questões norteadoras emergiram das necessidades oriundas da prática profissional da pesquisadora, conforme citado na introdução e justificativa deste estudo, referentes a preparação da gestante para o parto durante o acompanhamento pré-natal na APS.

Esta fase englobou também a estruturação do alicerce teórico, conforme apresentado na revisão de literatura, bem como a sustentação científica do processo investigativo. De acordo com os preceitos da PCA, a maturação referente ao espaço físico (local do estudo), participantes e dos procedimentos para a coleta de dados tiveram início junto a fase de concepção da pesquisa, porém são detalhados na fase de instrumentação.

### 4.3 FASE DE INSTRUMENTAÇÃO

A fase de instrumentação se caracteriza pela continuidade do processo investigativo, tendo o pesquisador que estabelecer os critérios para definição do tipo de estudo, o local a ser desenvolvido a pesquisa, a escolha dos participantes e os instrumentos necessários para a coleta de dados.

Considerando que nesta fase, “o pesquisador está obrigatoriamente envolvido no conhecimento da prática assistencial seja ela do tipo clínica, promocional e ou educativa” (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014, p. 34) foi delimitado o cenário de atuação profissional da pesquisadora como local do estudo, uma vez que as propostas elencadas necessitaram que a mesma estivesse inserida no contexto da prática assistencial durante o desenvolvimento da pesquisa.

#### 4.3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo na modalidade da PCA, de natureza qualitativa, com a intenção de construir o conhecimento através da convergência da investigação científica e a prática assistencial, de modo simultâneo, possibilitando a participação dos profissionais de saúde no processo de fazer e pensar e a concretização de mudanças no cenário de atuação profissional de todos os envolvidos (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

Segundo Minayo (2014), a abordagem qualitativa procura investigar o fenômeno em sua totalidade, permitindo a análise de intenções, desejos, valores e significados peculiares e individuais,

adentrando em um espaço mais profundo das relações e dos processos, não podendo ser reduzida à operacionalização de variáveis. Esta abordagem possibilita obter detalhes da experiência dos participantes em relação ao fenômeno estudado.

Pope e Mays (2009) reforçam que a pesquisa qualitativa está diretamente relacionada ao significado atribuído pelas pessoas em suas experiências do mundo social e de como o compreendem, sendo estudadas em seu ambiente natural ao invés do campo artificial ou experimental.

De acordo com os autores Polit *et al* (2004), este tipo de abordagem apresenta-se com características específicas e preocupa-se com os aspectos da realidade que não podem ser quantificados, centrando-se na compreensão e explicação da dinâmica das relações sociais e o contexto onde ocorrem.

### **4.3.2 Local do estudo**

O presente estudo foi desenvolvido em um centro de saúde do município de Florianópolis, capital do Estado de Santa Catarina.

O município de Florianópolis atualmente adota como modelo orientador das ações de saúde a ESF no âmbito da APS, conforme Portaria SS/GAB/nº22/2016 e para o desenvolvimento e oferta de serviços tem implantado 126 equipes da ESF distribuídas em 49 (quarenta e nove) centros de saúde, sendo responsáveis pelo atendimento de uma população de 469.960 habitantes (estimativa IBGE, 2015).

Os centros de saúde (CS), denominações utilizadas pelo município que correspondem a UBS, são a porta de entrada preferencial na rede municipal de saúde e orientam a atenção integral, o acesso e o seguimento nos demais níveis de atenção e encontram-se vinculados aos Distritos Sanitários de Saúde (DS) – subdivisões da SMS para a regionalização da administração da assistência à saúde. Os DS são responsáveis pela vigilância e acompanhamento do desempenho da atenção à saúde das equipes de saúde pertencentes a sua área de abrangência, estando distribuídos em quatro regiões: DS Continente, DS Centro, DS Sul e DS Norte.

O município também conta com outros serviços que apoiam a APS: 04 Policlínicas Municipais, 02 Unidades de Pronto Atendimento (UPA) 24 horas, 04 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Laboratório Municipal, Farmácia Escola UFSC/PMF, Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), Centro de Controle de Zoonoses (CCZ), Administração Central e Vigilância em Saúde.

Conforme destacam Trentini e Paim (2004), a escolha do espaço para desenvolvimento da pesquisa deve ser “aquele onde foi identificado o problema a ser solucionado ou as mudanças a serem feitas” (TRENTINI; PAIM, 2004, p.74). Além disso, a PCA pode ser aplicado em qualquer cenário de prática assistencial, seja no âmbito preventivo, curativo, restaurativo e promocional, sendo que este último envolve valores como capacitação, solidariedade, desenvolvimento, participação entre outros (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014, p.34).

Partindo desses eixos norteadores, o estudo teve como espaço de pesquisa um centro de saúde pertencente ao DS Centro, cenário de atuação profissional da pesquisadora, o que propiciou a convergência da prática assistencial e da pesquisa de maneira simultânea e contínua.

Este centro de saúde atua sob a ótica da ESF, tendo 05 (cinco) equipes da ESF e 02 (duas) equipes de saúde bucal (ESB) para o atendimento de uma população de 22.761 habitantes (IBGE 2015). Cada equipe da ESF é composta por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS) e a ESB conta com cirurgião dentista e auxiliar de saúde bucal (ASB). Atuam na unidade um residente da Medicina, duas residentes da Enfermagem e uma residente da Odontologia, integrante dos Cursos de Residência em Medicina de Família e Comunidade e Residência Multiprofissional em Saúde da Família, ambos pertencentes a Escola de Saúde Pública de Florianópolis.

De acordo com a divisão territorial proposta pela ESF, o CS é dividido em vinte e seis microáreas, sendo que no momento conta com apenas seis ACS, resultando num montante de vinte microáreas descobertas, fato que compromete as ações de vigilância do território.

Além desses profissionais, o CS possui uma coordenação local, auxiliares administrativos e profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), composta por farmacêuticos, educador físico, assistente social, nutricionista, psicólogo, psiquiatra, pediatra e fisioterapeuta e que auxiliam as equipes da ESF nas condutas e intervenções clínicas através de discussão de casos, apoio matricial, interconsultas e atendimento ambulatorial individualizado.

Dentre os principais serviços ofertados pelo CS destacam-se o atendimento da população através de consultas médicas, de enfermagem e odontológicas, imunização, procedimentos de enfermagem, grupos de apoio à saúde, visitas domiciliares, dispensação de medicamentos básicos e controlados, atividades de caráter acadêmico desenvolvidas junto a Rede Docente Assistencial, onde torna-se campo de estágios para cursos de graduação na área da saúde da UFSC e curso técnico de enfermagem do IFSC.

No que se refere as ações voltadas a saúde da mulher, o CS oferece um cardápio de serviços que abrange as principais necessidades que permeiam os diferentes ciclos de vida da mulher, como planejamento familiar, métodos contraceptivos, prevenção do câncer de mama e colo uterino, doenças sexualmente transmissíveis, acompanhamento da gravidez e puerpério, climatério, menopausa e envelhecimento.

Em 2015, a estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) apontou que o percentual de mulheres em idade fértil residentes na área de abrangência do CS era de 36,62%, correspondendo a cerca de 8.324 mulheres entre 10 a 49 anos, o que indica a necessidade de planejamento e a continuidade de ações direcionadas a este público. De acordo com o Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (SISPRENATAL), no período de janeiro a agosto de 2018, foram cadastradas cerca de 100 (cem) gestantes, sendo que estas são acompanhadas no período gravídico-puerperal pelos profissionais vinculados as equipes da ESF pertencentes ao CS.

Estas informações reforçam a importância do estudo, uma vez que a discussão referente a preparação para o momento do parto e nascimento devem emergir durante o acompanhamento pré-natal e para isto é primordial que os profissionais estejam sensibilizados e envolvidos na oferta de uma atenção humanizada, pautada na informação e no respeito.

### **4.3.3 Participantes**

A PCA traz como proposição que os participantes constituem parte integrante do estudo e não apenas meros informantes, devendo exercer participação ativa durante todo o processo, contribuindo com sugestões, validando as propostas e divulgando os resultados alcançados. Quanto a amostra, esta deve abranger os sujeitos mais envolvidos no problema, contemplando aqueles que apresentam mais condições para contribuir e valorizando a representatividade em relação à profundidade e diversidade das informações (TRENTINI; PAIM, 2004).

Desta forma, para alcançar os objetivos propostos neste estudo, a escolha dos participantes foi intencional, sendo convidados médicos e enfermeiros que integram as equipes da ESF do CS e residentes de enfermagem e medicina vinculados a estas equipes, uma vez que estes profissionais são responsáveis pelo acompanhamento pré-natal das gestantes de risco habitual neste serviço.

Em relação a estas categorias, o CS possui no seu quadro funcional cinco médicos de família e comunidade, sete enfermeiros, duas residentes

de enfermagem (R1 e R2) e um residente de medicina (R3), totalizando 15 (quinze) profissionais.

Dentre os **critérios de inclusão** foram utilizados: a) pertencer ao quadro funcional do CS, com tempo de atuação de, no mínimo, 6 meses (período considerado satisfatório para familiaridade das rotinas e funcionamento do serviço); b) estar vinculado as equipes da ESF existentes no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e; c) ter disponibilidade para participar das etapas propostas para coleta dos dados. Os **critérios de exclusão** foram vinculados ao afastamento do profissional por férias ou licença no período da coleta de dados.

Diante dos critérios estabelecidos, a população do estudo foi constituída por dez participantes, assim divididos: cinco médicos, quatro enfermeiras e um residente de enfermagem. Foram excluídos do estudo três enfermeiras (uma com tempo de atuação menor que o exigido; outra por estar na coordenação e não ter vinculação direta com a equipe e; a terceira por ser a pesquisadora), 01 residente de enfermagem que se encontrava afastada devido ao estágio externo e o residente de medicina que possuía tempo de atuação inferior a 6 meses.

A primeira etapa da coleta de dados, caracterizada pela entrevista individual, contou com os dez participantes do estudo. A discussão em grupo, segunda etapa da coleta de dados, obteve a presença de oito participantes, pois dois participantes não puderam comparecer no horário previsto.

O quadro 3 apresenta a caracterização dos participantes do estudo quanto a categoria profissional, idade, sexo, tempo de formação, tempo de atuação no CS, e participação nas propostas para coleta de dados.

### Quadro 3- Caracterização dos participantes e participação na Coleta de Dados

Categoria Profissional	Idade	Sexo	Tempo de Formação	Tempo de Atuação no CS	Participação	
					Entrevista	Discussão em Grupo
Enfermeiro	25	F	5 anos	3 anos	Sim	Sim
Enfermeiro	37	F	10 anos	8 anos	Sim	Sim
Enfermeiro	41	F	17 anos	6 anos	Sim	Sim
Enfermeiro	41	F	19 anos	14 anos	Sim	Sim
Enfermeiro Residente	23	F	10 meses	8 meses	Sim	Sim
Médico	34	F	10 anos	6 meses	Sim	Não
Médico	36	F	13 anos	4 anos	Sim	Sim
Médico	37	F	13 anos	6 meses	Sim	Sim
Médico	41	M	17 anos	6 anos	Sim	Não
Médico	51	F	28 anos	2 anos	Sim	Sim

Fonte: Elaborado pela autora (2018)

#### 4.3.4 Estratégias de negociação para obtenção de dados

De acordo com Trentini, Paim e Silva (2014) para que o processo de mudança ou de inovações ocorra no espaço coletivo, é necessário que todos envolvidos estejam comprometidos com as propostas trazidas pelo pesquisador e para isto é fundamental que exista negociação da proposta de pesquisa com os participantes. Esta negociação exige que o pesquisador disponibilize alguns elementos como tempo, paciência e persistência, bem como uma proposta bem elaborada e viável, para que os participantes possam comprometer-se e dar continuidade ao processo de melhoria da assistência desenvolvido durante a pesquisa.

Desta forma, após aprovação do estudo pela Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, a proposta foi apresentada ao local da pesquisa em dois momentos distintos: primeiramente na reunião do Colegiado Gestor que ocorreu no dia 03 de setembro de 2018 e posteriormente na reunião de planejamento do CS no dia 12 de setembro de 2018.

O Colegiado Gestor é um espaço coletivo de negociação e definição de prioridades relacionado a gestão a local do CS, onde é deliberado sobre principais atividades a serem desenvolvidas pelo serviço, conta com a participação de um representante de cada categoria profissional e as reuniões ocorrem semanalmente. A reunião de planejamento do CS ocorre mensalmente, é destinada a todos os

trabalhadores deste serviço e torna-se um espaço para o desenvolvimento de atividades relacionadas ao planejamento local e educação permanente.

Nesta apresentação foi possível falar sobre o a importância do tema da pesquisa, os objetivos, a definição dos participantes, os passos a serem desenvolvidos para a obtenção dos dados, enfatizado sobre as questões éticas relacionadas ao anonimato e a liberdade de participação e aberto para esclarecimento de dúvidas. Em ambos os momentos, foi notória a aprovação do tema e a demonstração de interesse por parte dos profissionais participantes desses encontros. Posteriormente, foi realizado o agendamento das entrevistas individuais com cada participante, sendo reservado um horário específico em cada agenda de atendimento, com duração de 20 minutos, conforme organização e disponibilidade dos profissionais. O espaço destinado as discussões em grupos foram pactuadas com a coordenação local, respeitando assim o planejamento local e evitando prejuízos ao serviço, sendo realizada a reserva prévia do auditório do CS, local adequado para o desenvolvimento destas atividades.

#### 4.4 FASE DE PERSCRUTAÇÃO

A fase de perscrutação pode ser definida como o momento em que se investiga a situação e pode ser verificado as reais intenções dos participantes no desenvolvimento de mudanças ou inovações da prática assistencial. Inclui a coleta e o registro dos dados que se destinam a obtenção de informações com a intenção de promover a produção científica nas atividades de pesquisa e favorecer o aperfeiçoamento da prática assistencial

Esta fase está entrelaçada as fases de instrumentação e análise e se caracteriza como uma “procura de modo minucioso e profundo de condições para mudanças em todo o contexto da investigação” (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014, p. 46).

A abordagem qualitativa propõe que a obtenção de dados seja feita a partir de interações sociais do pesquisador com o fenômeno pesquisado e o acesso à informação desejada deve ocorrer junto aos participantes, de forma sistemática, com a ajuda de técnicas escolhidas para este fim (APPOLINÁRIO, 2011)

De acordo com a PCA, a coleta de dados se caracteriza pela triangulação de métodos e técnicas na obtenção e análise de informações, devendo a dinâmica do processo ser movida por essas estratégias, podendo o pesquisador utilizar-se de mais de um instrumento para pesquisar determinado fenômeno, desenvolvendo-os a partir da sua

criatividade, desde que sejam compatíveis e adequados ao método (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

Dentre os instrumentos mais apropriados para a obtenção de dados, a PCA destaca a entrevista conversação, a observação e a discussão em grupo (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014). Considerando o objeto e os objetivos deste estudo, elegeu-se como técnicas para a obtenção das informações, durante o processo investigatório, a entrevista semiestruturada e a discussão em grupo.

#### **4.4.1 Entrevista semiestruturada**

A entrevista semiestruturada consiste em uma técnica de produção de dados em pesquisa qualitativa, a partir da interação entre pesquisador e participantes em forma de diálogo, possibilitando assim o desenvolvimento e compreensão das relações entre os atores sociais e sua realidade (MINAYO, 2014).

Neste tipo de entrevista, o entrevistador tem a função de encorajar os participantes a falarem sobre as experiências vividas em relação aos tópicos abordados e à medida que a interação entre ambos progride, a conversa vai oportunizando a focalização do assunto e aprofundamento do tema pesquisado (POLIT *et al.*, 2004).

A organização das entrevistas individuais possibilitou conciliar o tempo e horário de acordo com a disponibilidade dos profissionais, não prejudicando a rotina do serviço, uma vez que os participantes do estudo pertenciam a categorias profissionais distintas e desenvolviam suas atividades em horário de trabalho diferenciado, pois o CS tem seu horário de funcionamento das 07 às 19 horas.

Segundo Minayo (2014) a preparação da entrevista deve ser uma das etapas mais importantes para que os objetivos possam ser alcançados, em vista disto, foram realizadas no espaço físico do CS, durante o horário de trabalho dos participantes, agendadas previamente através da reserva de horário nas agendas de atendimento, com duração média de 20 minutos, entre os meses de setembro a novembro de 2018. Participaram desta etapa cinco médicos, 04 enfermeiros e um residente de enfermagem, correspondendo a um total de 10 participantes.

Gaskell (2007) refere que a entrevista semiestruturada deve ser caracterizada pela organização de tópicos ou questões amplas sobre o tema que está sendo estudado e permite que o entrevistado fale livremente sobre assuntos que vão surgindo como desdobramentos do tema principal. Desta forma, foi elaborado um roteiro específico (APÊNDICE A), contendo questões relacionadas à caracterização do participante, como

dados de identificação pessoal e sociodemográficos, seguido de questões norteadoras da pesquisa, com o propósito de identificar as estratégias adotadas na preparação e planejamento do parto da gestante e família durante o acompanhamento pré-natal na APS.

Por conseguinte, cada entrevista individual foi iniciada com a apresentação resumida da temática, os objetivos, as etapas da coleta de dados, bem como os riscos e benefícios do estudo e esclarecimentos de dúvidas. Após apresentação e a concordância do participante foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B), estimulado a leitura, o preenchimento dos dados e posterior assinatura pelos envolvidos e solicitado à permissão para utilização de equipamento de áudio mp3 para a gravação das falas, sendo enfatizado sobre a garantia do sigilo e do anonimato dos participantes. Os dados obtidos durante a entrevista foram transcritos integralmente pela pesquisadora, através da digitação dos dados e preservando a veracidade dos depoimentos.

Cada participante, durante a entrevista, recebeu o modelo de plano de parto (anexo A) apresentado no Protocolo de Enfermagem Saúde da Mulher na Atenção Primária (FLORIANÓPOLIS, 2016a, p. 83), para que pudesse ter maior familiaridade com o material existente e, conseqüentemente, favorecer a discussão e o aprimoramento deste instrumento nas etapas subsequentes da coleta de dados.

Vale ressaltar, que as entrevistas estavam programadas para o mês de setembro de 2018, porém devido as necessidades do serviço decorrentes da oferta de treinamentos externos, que exigiram a reorganização dos profissionais para o atendimento da população; a mudança do processo de trabalho das equipes que ampliou o acesso da demanda espontânea; a falta de recursos humanos e a sobrecarga de trabalho culminaram na remarcação de alguns horários, prorrogando esta etapa até o início do mês de novembro do corrente ano.

#### **4.4.2 Atividade em grupo**

Atualmente, a utilização da técnica de discussão em pequenos grupos tem sido muito difundida na literatura, principalmente no que se refere aos grupos de natureza operativa que implicam em importantes instrumentos de trabalho e agregam qualidades como método de investigação, podendo cumprir também uma função terapêutica.

De acordo com Trentini, Paim e Silva (2014), um tipo de grupo utilizado como técnica de coleta de dados na PCA é denominado “grupo de convergência”, cuja finalidade é “desenvolver pesquisa em simultaneidade com a prática assistencial em educação para a saúde ou na

prática clínica”, podendo ser formado por usuários e também profissionais da saúde, com objetivo de implementar projetos de cunho participativo no processo de busca e construção do conhecimento (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014, p. 41).

O pesquisador ao utilizar, como técnica de coleta de dados na PCA, a discussão em grupo deve participar do processo como facilitador, evidenciando aspectos geradores de conflitos e interesses individuais e buscando delinear estratégias para solução destes problemas. Ao coordenar as atividades de pequenos grupos, é indispensável ao pesquisador o desenvolvimento de alguns atributos como respeito, paciência, empatia, comunicação, coerência e o poder de síntese, com o intuito de alcançar um denominador comum entre os participantes. Além disso, o pesquisador deve estar aberto para receber e fornecer informações, proporcionar temas atrativos, ambiente agradável e acolhedor e favorecer a boa comunicação entre os participantes (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

A constituição de pequenos grupos, enquanto estratégia de investigação da PCA, procura alcançar a coesão entre os participantes, uma vez que as mudanças e ou inovações propostas dependem diretamente desse entendimento coletivo. O alcance da coesão do grupo, segundo as autoras, deve percorrer o processo denominado de Quatro Erres (Rs), onde é composto por quatro fases inter-relacionadas: a) **Fase do Reconhecimento** - caracterizada pelas relações sociais estabelecidas, sendo iniciada pelo convite e o primeiro contato do grupo, despertando o interesse dos participantes em relação aos seus pares e a finalidade do encontro; b) **Fase da Revelação** - pode ser entendida como o momento em que os participantes exteriorizam suas expectativas, desejos e opiniões, compartilhando as experiências vivenciadas em relação ao assunto em discussão; c) **Fase do Repartir** – constituída pelo intercâmbio de experiências e saberes, estabelecendo condições para a tomada de decisões compartilhadas referente a proposta do encontro e; d) **Fase do Repensa** - representada pela reflexão do problema em questão e suas implicações, possibilitando fazer a transferência do conhecimento compartilhado e apreendido para as situações reais do cotidiano (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

Neste estudo, a segunda etapa da coleta de dados foi configurada através de uma *atividade em grupo*, tendo como objetivo refletir junto aos participantes sobre a preparação da gestante para o momento do parto, sensibilizando-os para a utilização do plano de parto na rotina da assistência pré-natal e promovendo a discussão referente a criação de estratégias para o aprimoramento e implementação desta ferramenta.

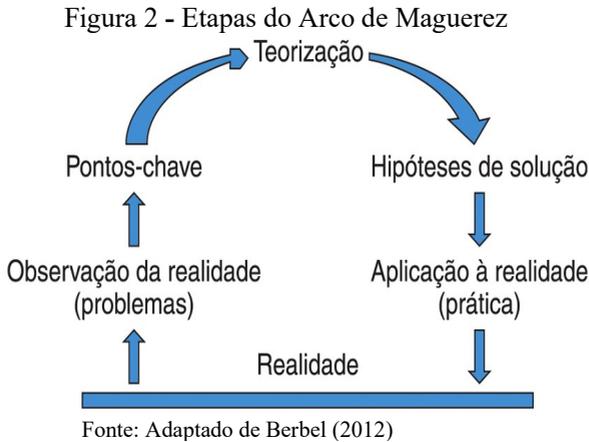
A proposta inicial era a realização de dois encontros entre os participantes, em dias alternados, porém com a prorrogação do prazo das entrevistas que acarretou em alterações no cronograma do estudo, tornou-se necessário concentrar a segunda e terceira etapas em um único encontro.

A motivação para este encontro ocorreu durante as entrevistas individuais e o convite com data e horário foi enviado posteriormente pelo aplicativo do WhatsApp, através do contato individual e dos grupos da categoria profissional de cada participante. A organização do encontro foi realizada junto a coordenação local, onde a mesma sugeriu o fechamento prévio das agendas dos profissionais como estratégia de participação e a reserva do local.

Para melhor estruturação e avaliação da atividade em grupo foi utilizado a Metodologia da Problematização, uma alternativa metodológica que procura problematizar a realidade, a partir da elaboração do esquema proposto por Charles Maguerez, também conhecido como Método do Arco. Trata-se de uma metodologia de ensino, associada a pesquisa, propícia para o desenvolvimento de habilidades intelectuais, aquisição de conhecimentos e ampliação do potencial crítico-reflexivo dos profissionais, estimulando uma atuação mais consciente, informada e envolvida com seu meio (BERBEL, 2012).

Comumente utilizada nos processos de formação dos profissionais de saúde, possibilita o aprender de maneira crítica, estando voltada não somente no “saber”, mas integrando o “saber fazer”, partindo da observação das necessidades reais e levando em consideração, além do conhecimento, as vivências e experiências individuais, favorecendo o desenvolvimento reflexivo, cognitivo e autônomo de cada integrante, bem como a motivação para as mudanças necessárias para a solução dos problemas levantados (BERBEL, 2012).

Este método foi designado como Arco de Maguerez, uma vez que sua estrutura tem seu ponto de partida e de chegada alicerçados nos problemas surgidos a partir da realidade vivenciada, sendo sua trajetória desenhada a partir da observação, reflexão, discussão e busca de soluções para transformação desta realidade, conforme demonstrado a seguir:



De acordo com Berbel (2012), a problematização é pertinente ao grupo e ao modo como este visualiza a realidade a qual está inserido, a partir dos seus próprios conceitos e valores, resultando num entendimento específico de uma determinada situação. Por isso, os sujeitos devem ser estimulados a refletir sobre suas crenças, valores e conceitos, permitindo colocá-los em dúvida ou até mesmo reformulá-los a partir de novos conhecimentos.

A atividade em grupo, denominada de “Almoço de Ideias”, ocorreu no dia 16 de novembro de 2018, no auditório do CS, com início às 11:30 horas e término às 14 horas, totalizando duas horas e trinta minutos de duração, sendo realizada durante o horário de trabalho e contou com a presença de quatro enfermeiros, três médicos, uma residente de enfermagem, correspondendo a um total de oito participantes. A residente de Educação Física, demonstrou interesse pelo tema e permaneceu com o grupo, como ouvinte, auxiliando também na organização do encontro.

No auditório, as cadeiras foram organizadas em um semicírculo e os participantes foram acolhidos pela pesquisadora, que agradeceu a presença e colaboração de todos, fez a apresentação do projeto de pesquisa, dos objetivos e o cronograma das atividades propostas para o encontro. Por ser um grupo de trabalho que possui muita proximidade e convívio constante, não houve necessidade de apresentação individual, sendo solicitado a todos que expressassem suas expectativas em relação ao encontro, sendo perceptível o interesse pela temática na fala dos participantes.

Foi acordado entre os presentes a gravação da atividade, através de um gravador de áudio mp3 e dispensado o fornecimento de TCLE, uma vez que todos já haviam assinado durante a entrevista semiestruturada e o mesmo contemplava todas as etapas de coleta de dados. O material audiovisual utilizado nesta atividade foi elaborado no programa PowerPoint, sendo os slides projetados pelo equipamento de Datashow.

De acordo com a trajetória metodológica sugerida pelo Arco de Magueréz, a primeira etapa é constituída pela **observação da realidade**, motivada pela reflexão em conjunto do contexto em que o problema se insere (BERBEL, 2012).

Dando seguimento ao encontro, os participantes foram motivados a refletir sobre a realidade da prática assistencial, tendo como ponto de partida os resultados obtidos na entrevista semiestruturada realizada no início da coleta de dados, cujos objetivos eram conhecer as estratégias adotadas no acompanhamento pré-natal relacionadas a preparação das gestantes para o momento do parto, bem como as fragilidades encontradas pelos profissionais na utilização do plano de parto na rotina assistencial.

A partir dos resultados apresentados e com a discussão realizada pelo grupo, com o consenso coletivo, as informações foram sendo digitadas em slide pré-definido na própria apresentação, conforme demonstrado na figura 3:

Figura 3 - Slide “Fragilidades encontradas” elaborado na Atividade em Grupo

### Nossa realidade



### Fragilidades levantadas

- *Superficialidade das informações referente ao parto durante o pré-natal*
- *Organização das informações sobre trabalho de parto e nascimento junto a gestante e acompanhante (Plano de Parto)*
- *Fluxo de agendamento da visita a maternidade*
- *Aproximação com o serviço de referência ao parto*
- *Tempo / Duração das consultas*
- *Organização do espaço físico para consultas de pré-natal*
- *Estratégias que estimulem a presença do acompanhante*

A segunda etapa do Arco, é reconhecida pela **determinação dos pontos-chave**, onde a partir da discussão sobre as situações-problema, define-se o que é mais importante a ser estudado sobre o problema levantado e as variáveis determinantes da situação, tornando-se um momento de síntese dos aspectos que precisam ser conhecidos e melhor compreendidos (BORDENAVE; PEREIRA, 2000; BERBEL, 2012).

Observou-se nesta discussão que dentre as fragilidades encontradas no contexto da preparação da gestante para o momento parto, estava vinculado a superficialidade das informações referente ao parto fornecidas no acompanhamento pré-natal, reforçada pelo desconhecimento do plano de parto entre a maioria dos participantes. As demais situações-problema estariam relacionadas a questões estruturais e organizacionais, devendo ser repensadas no contexto da prática assistencial, uma vez que exercem influência direta sobre o problema levantado.

A **teorização**, é a etapa investigativa, em que os sujeitos buscam suporte teórico-científico e informações acerca do problema, sendo este estudo a base para a transformação da realidade (BERBEL, 2012).

Baseada nas discussões feitas até aqui e com o intuito de promover a compreensão do problema, não somente pelas indagações e experiências individuais, mas também pelos princípios teóricos, foi realizada uma breve contextualização da temática pela pesquisadora, apresentando as mudanças culturais no mundo ocidental relacionadas ao parto, denominada: “de um evento natural e doméstico passou a um procedimento institucionalizado e medicalizado”.

Para motivar a participação e reflexão sobre as mudanças ao longo do tempo e o empoderamento biomédico sobre a parturição decorrente dos avanços tecnológicos no século XX, foi projetada uma imagem resgatando uma cena da década de 70, onde mostrava uma gestante hospitalizada e enfermeiras oferecendo mamadeiras aos recém-nascidos com a seguinte pergunta: “Cadê a Mulher?”.

Figura 4 - Slide “Mudanças no Processo de Parir”



Fonte: Elaborado pela autora (2019)

A partir das observações e comentários trazidos pelos participantes em relação a imagem visualizada, foram discutidos e apresentados slides referente as mudanças de paradigmas nas últimas décadas, políticas públicas atuais voltadas a Humanização do Parto e Nascimento, Rede Cegonha, Boas Práticas recomendadas no Trabalho de Parto e Parto e, o papel dos profissionais que atuam APS referente a importância da informação no resgate da autonomia e para a tomada de decisão esclarecida pela gestante e família.

Neste momento, o grupo demonstrou ter consciência sobre a importância da troca de saberes e como a correta informação gerada durante o acompanhamento pré-natal pode influenciar positivamente na preparação da gestante para o parto, possibilitando a tomada de decisão a partir de escolhas informadas e esclarecidas.

Antes de seguir para a próxima etapa, o grupo foi convidado a fazer uma pausa nas discussões, de aproximadamente trinta minutos, onde a pesquisadora ofereceu um almoço, propiciando socialização entre os presentes e como forma de agradecimento pela colaboração de todos no desenvolvimento deste estudo. Foi possível perceber o interesse do grupo, mesmo no intervalo a temática continuou sendo discutida e também os entraves relacionados ao processo de trabalho.

Figura 5 - Registro fotográfico do “Almoço de Ideias”



Fonte: Arquivo de imagens da autora

Após o almoço, o grupo foi convidado a retornar ao semicírculo e iniciado a discussão sobre as **hipóteses de solução**, quarta etapa do Arco, o que consiste na elaboração de alternativas viáveis para solucionar os problemas identificados, de maneira crítica e criativa, a partir do confronto entre a teoria e a realidade (BERBEL, 2012).

Na discussão coletiva, os participantes puderam refletir sobre as ações a serem desenvolvidas para modificar a prática assistencial e promover melhorias para a realidade local no que tange a preparação da gestante para a parturição, sendo pactuado pelo grupo e digitado as sugestões em slide determinado, ilustrado na figura 6:

Figura 6 - Slide “Hipóteses de solução para o problema apresentado”

## Modificando nossa realidade

### O que podemos fazer??



- Reservar horário duplicado na agenda para consulta de pré-natal de rotina;
- Flexibilizar horário de atendimento para estimular a presença do acompanhante;
- Organizar as informações sobre o parto por escrito para entrega à gestante;
- Disponibilizar este documento de forma acessível;
- Definir forma de agendamento que garanta a visita na maternidade pelas gestantes;
- Programar visita de reconhecimento na maternidade referência para os profissionais;
- Promover outros encontros que possibilitem discutir temas pertinentes.

Fonte: Elaborado pela autora (2019)

A **aplicação à realidade** é definida pela escolha das propostas de soluções mais viáveis, que poderão ser postas em práticas e ajudarão a superar o problema no todo ou em parte, contribuindo para a transformação da realidade (BERBEL, 2012).

Neste sentido, o grupo chegou à conclusão que a utilização do instrumento de plano de parto poderia ser uma estratégia interessante a ser adotada na rotina do acompanhamento pré-natal, uma vez que este concentra as informações necessárias para organização junto a gestante, permitindo a intensificação da troca de saberes e favorecendo a dinâmica de atendimento dos profissionais durante as consultas de pré-natal.

Para organização deste instrumento, os participantes foram divididos em dois pequenos grupos, com a intenção de discutir sobre modelo de plano de parto existente e, a partir das reflexões realizadas durante o encontro, elaborar sugestões a serem adicionadas neste

instrumento, favorecendo sua utilização e promovendo o planejamento do parto junto a gestante e família. Além das informações elencadas para inclusão no plano de parto, também foi definido o período gestacional a ser entregue, sendo estipulado o final do segundo trimestre gestacional preferencialmente e antecedendo o agendamento da visita à maternidade, para que as informações pudessem ser discutidas simultaneamente entre os serviços.

O detalhamento referente a reformulação do instrumento do plano de parto encontra-se descrito na apresentação dos resultados no item relacionado a elaboração do produto técnico deste estudo.

Ao final do encontro, foi apresentado um cenário montado representando um leito hospitalar convencional contendo apenas maca, suporte de soro e cadeira e ao fundo um biombo, que ao ser retirado, agregava a este ambiente outros acessórios como bolinhas de massagem, bola suíça (Pilates), frutas e suco, chuveiro e aparelho de som, sendo enfatizado a importância da informação na conquista de atenção humanizada e práticas assistenciais mais respeitosas e menos invasivas.

Os participantes foram convidados a fazer a avaliação do encontro, sendo disponibilizado papel e caneta, porém o grupo optou por fazê-la verbalmente, sendo que as manifestações foram positivas em relação ao local acolhedor, os materiais apresentados e a possibilidade de refletir sobre a prática profissional, os cuidados destinados a preparação da gestante e família para o momento do parto e a troca de experiências ente o grupo de trabalho.

#### 4.5 FASE DE ANÁLISE

A análise dos dados na pesquisa qualitativa busca alcançar os significados atribuídos pelos participantes sobre o tema estudado, tendo como finalidade a estruturação dos dados obtidos para melhor organização e interpretação, conforme o processo investigativo avança (POLIT; BECK, 2011).

A análise dos dados neste estudo, tanto das entrevistas semiestruturadas como da atividade em grupo, foi realizada de acordo com os preceitos da PCA, ocorrendo de maneira simultânea e propiciando reflexões acerca das informações coletadas, contemplando suas quatro etapas: apreensão, síntese, teorização e transferência (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

Quando há **apreensão** do sentido das informações têm-se condições de descrever profundamente o fenômeno em estudo, assim sendo, o processo de apreensão iniciou com a coleta das informações a

partir da interação com os participantes através das entrevistas e da discussão em grupo.

Paralelamente, ocorreu a organização dos relatos das informações com a transcrição fidedigna das falas, evitando a perda de informações essenciais, bem como dos registros de campo realizados pela pesquisadora, sendo que o material transcrito foi impresso e encadernado para facilitar a leitura. Esta etapa implicou na leitura e releitura aprofundada dos dados coletados, possibilitando a aproximação do conteúdo das falas mediante as semelhanças e diversidades para posterior codificação.

A codificação consiste em destacar trechos das transcrições com símbolos, para que assim, possa rastrear as falas semelhantes e significativas para o estudo, as quais são reunidas em categorias (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014). Para facilitar a organização desta etapa, foram utilizadas tabelas em documento do Word, uma com as transcrições de falas significativas e outra com a respectiva codificação, conforme exemplificado no quadro 4. Os códigos utilizados foram constantemente comparados e redefinidos, sendo reagrupados por semelhança e resultando em 19 agrupamentos diferentes das falas significativas.

#### Quadro 4 - Codificação das Informações das Entrevistas e Atividade em Grupo

**A - A organização da assistência pré-natal na preparação da gestante para o parto.**

1. Acompanhamento sistematizado como garantia de continuidade do cuidado na assistência pré-natal.
2. A facilidade de acesso permite o estabelecimento de vínculos entre profissionais e gestantes.
3. O processo de trabalho propicia um atendimento compartilhado, pautado no olhar multiprofissional e favorece a integralidade do cuidado
4. A consulta de enfermagem proporciona a troca de saberes e o cuidado individualizado na preparação da gestante e família para o parto.

**B - A informação como ferramenta de mudança no processo de parturição.**

1. A participação da gestante no planejamento do parto contribui para o resgate de seu protagonismo no ato de parir.
2. O incentivo a presença do acompanhante integra a atenção humanizada
3. A informação possibilita a compreensão do parto como um processo fisiológico e natural.
4. O desconhecimento do plano de parto contribui com a superficialidades das informações referente ao parto e trabalho de parto.

**C - A aproximação entre os serviços de saúde interfere na continuidade dos cuidados**

1. A falta de conhecimento das rotinas do serviço de referência torna limitado o repasse de informações referentes ao parto e trabalho de parto.
2. A comunicação entre os serviços de saúde possibilita agilidade no atendimento e continuidade do cuidado ofertado à gestante.

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

O processo de **síntese** consiste em reunir diferentes elementos, concretos ou abstratos, unindo-os de forma coerente e procurando mostrar dados essenciais para desvelar o fenômeno (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014). Neste processo, foi possível a familiarização com os dados obtidos na apreensão e realizado a associação das informações, a partir de inúmeras leituras e minuciosa análise e contemplando os objetivos de pesquisa e prática assistencial, o que resultou na configuração de 3 categorias: *“Organização da assistência pré-natal na preparação da gestante para a parturição”*, *“Informação como estratégia de humanização e mudança no ato de parir”* e *“Aproximação entre os serviços de saúde interfere na continuidade dos cuidados”*.

De acordo com as autoras, o processo de **teorização** consiste em descobrir valores contidos nas informações levantadas durante o processo de síntese, por meio da relação com a fundamentação teórica realizada no estudo, auxiliando na formulação de questionamentos, pressupostos e novos conceitos. Além do mais, podem-se realizar inferências e

interpretações acerca dos dados obtidos, com o objetivo de possibilitar a produção de previsões de fenômeno investigado, denominando teoria (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

O processo de **transferência** dos resultados consiste na possibilidade de atribuir significados a determinados achados ou descobertas, contextualizá-los em situações similares, tendo como principal intenção a transferência do conhecimento e a socialização destes resultados, promovendo a reflexão sobre a qualidade da assistência e novas práticas assistenciais (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

A partir da discussão coletiva e mediante as necessidades levantadas junto aos participantes, foi realizado o aprimoramento do modelo existente de plano de parto, sendo inseridas informações e diagramação apropriada para o período gestacional, resultando em um instrumento personalizado direcionado ao planejamento do parto durante o acompanhamento pré-natal, configurando o produto final e que será descrito nos resultados deste estudo.

Neste processo de convergência entre pesquisa e prática assistencial, além da busca de respostas às perguntas de pesquisa, houve a intenção de proporcionar a reflexão e discussão junto aos participantes acerca das estratégias de informação e preparação para a parturição e, para dar real sentido às descobertas, foi possível materializar através do aprimoramento do instrumento de plano de parto, favorecendo a promoção de atenção humanizada e continuidade de cuidados à gestante e família.

#### 4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Considerando os aspectos éticos, este estudo respeitou as normas e diretrizes que regulamentam as pesquisas com seres humanos, em conformidade com a Resolução 466/2012, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde e os princípios do Código de Ética dos profissionais de enfermagem – Resolução do Conselho Federal de Enfermagem nº 311/2007 (COFEN, 2007; BRASIL, 2012).

O projeto desta pesquisa foi submetido e aprovado pela Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde – CAPPs da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis (anexo B) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina - CEP/UFSC, através do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 95058418.5.0000.0121 e Parecer nº 2.833.033 (anexo C). O desenvolvimento do estudo ocorreu após cumpridas as

exigências legais e a aprovação das referidas instituições, mediante documentação apresentada.

Durante o estudo, foi garantido o direito de voluntariedade e desistência aos participantes em qualquer momento ou etapa, bem como os preceitos éticos relacionados à autonomia, anonimato, sigilo, beneficência, não maleficência e justiça social (BRASIL, 2012). No que diz respeito ao sigilo dos participantes, os mesmos foram identificados por codinomes, sendo que para o registro das entrevistas foi utilizada a letra E seguido de um número cardinal, iniciado pelo algarismo 1, assim estabelecida sucessivamente E1, E2, E3..., da mesma forma para a atividade em grupo, onde foi utilizado a letra AG seguido de número cardinal, assim descritos AG1, AG2..., de acordo com o total de participantes em cada etapa.

O fornecimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), bem como a solicitação de sua leitura e posterior assinatura, tornou-se condição indispensável na relação entre pesquisador e cada participante da pesquisa.

Todo material produzido durante as entrevistas e atividade em grupo, como TCLE, gravações e as transcrições realizadas ficarão sob a responsabilidade da autora, devendo ser guardado por 5 anos e descartado após a expiração deste prazo.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo serão apresentados seguindo a instrução normativa 01/MPENF/2014, de 03 de dezembro de 2014 (anexo D), que define as normas para elaboração e o formato de apresentação dos trabalhos de conclusão de Curso de Mestrado Profissional do Programa de Pós-Graduação Gestão do Cuidado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

Assim, os resultados provenientes deste processo investigativo, elaborados a partir da convergência entre a pesquisa e a prática assistencial, serão apresentados através de um manuscrito científico intitulado **“Contribuições dos profissionais da Atenção Primária à Saúde no preparo da gestante para a parturição: aprimorando o Plano de Parto e Nascimento”** que descreve as estratégias utilizadas na assistência pré-natal pelos profissionais de saúde integrantes das equipes de Saúde da Família, na preparação da gestante para o momento do parto e nascimento e um produto técnico denominado **“Instrumento de Plano de Parto: contribuições e possibilidades”**. Este foi elaborado para aplicação na rotina assistencial voltada ao pré-natal, auxiliando os profissionais de saúde na preparação da gestante para o momento do parto.

Estes materiais resultaram das discussões e reflexões entre os envolvidos neste estudo, buscando mudanças e inovações para a realidade do serviço, firmando assim o compromisso e as contribuições previstas no programa de mestrado profissional.

### 5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Na primeira etapa da coleta de dados, os entrevistados deste estudo totalizaram um número de 10 profissionais, sendo que 50% eram médicos e 50% eram enfermeiras, havendo a predominância do sexo feminino, representado por 90% dos participantes, o único representante do sexo masculino era pertencente a categoria médica.

Quanto ao vínculo profissional, 90% dos participantes eram servidores públicos efetivos, o que representou a grande maioria, sendo que apenas uma enfermeira pertencia ao quadro de residentes do Curso de Residência Multiprofissional em Saúde da Família.

Em relação a faixa etária, os médicos apresentaram idades entre 34 a 51 anos, enquanto as enfermeiras entre 23 a 41 anos, o que representou

um grupo de trabalho de adultos jovens, uma vez que 60% dos participantes possuíam idade entre 20 a 40 anos.

Quanto ao tempo de formação profissional, a categoria médica variou entre 10 a 28 anos e as enfermeiras entre 10 meses a 19 anos, expressando maior experiência profissional entre os médicos. No que se refere ao tempo de atuação no local do estudo, observa-se que as enfermeiras atuam há mais tempo no serviço, entre 8 meses a 14 anos e os médicos tem uma atuação mais recente, entre 6 meses a 6 anos, o que permite concluir que as enfermeiras possuem maior vivência das rotinas do serviço e do processo de trabalho estabelecido a nível local.

Na atividade em grupo, segunda etapa da coleta de dados, houve a participação de 08 profissionais, composta por cinco enfermeiras (62,5%) e três médicos (37,5%), tendo o total predomínio do sexo feminino. Os demais indicadores não sofreram alteração, uma vez que os participantes que não compareceram estavam entre as médias dos valores apresentados.

## 5.2 MANUSCRITO

**CONTRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO  
PRIMÁRIA À SAÚDE NO PREPARO DA GESTANTE PARA A  
PARTURIÇÃO: APRIMORANDO O PLANO DE PARTO E  
NASCIMENTO**

**CONTRIBUTIONS OF PRIMARY HEALTH CARE  
PROFESSIONALS IN THE PREPARATION OF THE  
PREGNANT FOR PARTICIPATION: IMPROVING THE PLAN  
OF BIRTH AND BIRTH**

**CONTRIBUCIONES DE LOS PROFESIONALES DE LA  
ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD EN EL PREPARADO DE  
LA GESTANTE PARA LA PARTURICIÓN: APRIMIENDO EL  
PLAN DE PARTO Y NASCIMIENTO**

Alessandra Souza Machado Evangelista<sup>1</sup>  
Ana Izabel Jatobá de Souza<sup>2</sup>

**RESUMO:** Trata-se de pesquisa qualitativa, convergente-assistencial, que objetivou conhecer as estratégias adotadas e as dificuldades encontradas na preparação da mulher para a parturição, pelos profissionais da Estratégia de Saúde da Família, e construir estratégias conjuntas que promovam a utilização do plano de parto na rotina de acompanhamento pré-natal na Atenção Primária à Saúde. Desenvolvida em uma unidade básica de saúde, do Município de Florianópolis/SC, contou com a participação de 10 profissionais, representados por médicos e enfermeiros vinculados as equipes de Saúde da Família. A coleta de dados ocorreu nos meses de setembro a novembro de 2018, sendo utilizado a entrevista semiestruturada e uma atividade em grupo organizada a partir das cinco etapas do Arco de Maguerez. A análise dos dados, seguiu a proposta da pesquisa convergente assistencial, envolvendo os processos de apreensão, síntese, teorização e transferência,

---

<sup>1</sup> Enfermeira Especialista em Saúde da Família, mestranda do Mestrado Profissional Gestão do Cuidado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, atuante no Centro de Saúde Trindade - Florianópolis, SC, Brasil. E-mail: asmenf@gmail.com

<sup>2</sup> Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil. Pesquisadora do GEPESCA. Orientadora do Estudo. E-mail: aijsenfl@gmail.com

fazendo emergir três categorias: Organização da assistência pré-natal na preparação da gestante para a parturição; Informação como estratégia de humanização e mudança no ato de parir e Aproximação entre os serviços de saúde interfere na continuidade dos cuidados. Os resultados apresentados refletem a importância da assistência pré-natal na preparação para o momento do parto, a partir de práticas acolhedoras e respeitadas, e a necessidade de adoção de tecnologias que propiciem a troca de informações durante o período gestacional, favorecendo posturas proativas e a participação da gestante no processo de parturição. Para facilitar a comunicação e a organização do cuidado no preparo da gestante para a parturição foi proposta a introdução do plano de parto na rotina assistencial, através do aprimoramento do modelo recomendado pela rede municipal de saúde, sendo considerado um importante instrumento para a divulgação e o conhecimento das boas práticas assistenciais voltadas ao parto, trabalho de parto e nascimento. Recomenda-se a inserção do plano de parto na rotina assistencial durante o acompanhamento pré-natal, bem como a educação permanente dos profissionais inseridos na Atenção Primária à Saúde para que possam colaborar na construção de redes de serviços voltadas a atenção humanizada, a partir de condutas respeitadas e inclusivas, colaborando com as transformações necessárias para o nascimento saudável.

**Descritores:** Atenção Primária à Saúde. Cuidado Pré-natal. Parto Humanizado.

**ABSTRACT:** This is a qualitative, convergent-assistance research that aimed to know the strategies adopted and the difficulties encountered in the preparation of women for parturition, by the professionals of the Family Health Strategy and to build joint strategies that promote the use of the birth plan in the routine of prenatal follow-up in Primary Health Care. Developed in a basic health unit of the Municipality of Florianópolis/SC, it was attended by 10 professionals, represented by doctors and nurses linked to the Family Health teams. The data collection took place in the months of September to November of 2018, being used the semi-structured interview and a group activity organized from the five stages of the Arch of Magueréz. The analysis of the data followed the proposal of convergent care research, involving the processes of apprehension, synthesis, theorization and transference, giving rise to three categories: Organization of prenatal care in the preparation of pregnant women for parturition; Information as a strategy of humanization and change in the act of giving birth and Approach among health services

interferes with the continuity of care. The results presented reflect the importance of prenatal care in preparation for delivery, based on warm and respectful practices, and the need to adopt technologies that allow the exchange of information during the gestational period, favoring proactive postures and participation of the pregnant woman in the parturition process. To facilitate the communication and organization of care in the preparation of the pregnant woman for parturition, it was proposed to introduce the delivery plan in the care routine, through the improvement of the model recommended by the municipal health network, being considered an important instrument for the dissemination and the knowledge of good care practices focused on childbirth, labor and birth. It is recommended the insertion of the birth plan in the care routine during the prenatal care, as well as the permanent education of the professionals inserted in the Primary Health Care so that they can collaborate in the construction of networks of services focused on humanized care, starting from respectful and inclusive behaviors, collaborating with the transformations necessary for a healthy birth.

**Descriptors:** Primary Health Care. Prenatal Care. Humanized Delivery.

**RESUMEN:** Se trata de una investigación cualitativa, convergente-asistencial, que objetivó conocer las estrategias adoptadas y las dificultades encontradas en la preparación de la mujer para la parturición, por los profesionales de la Estrategia de Salud de la Familia y construir estrategias conjuntas que promuevan la utilización del plan de parto la rutina de seguimiento prenatal en la Atención Primaria a la Salud. Desarrollada en una unidad básica de salud, del Municipio de Florianópolis / SC, contó con la participación de 10 profesionales, representados por médicos y enfermeros vinculados a los equipos de Salud de la Familia. La recolección de datos ocurrió en los meses de septiembre a noviembre de 2018, siendo utilizado la entrevista semiestructurada y una actividad en grupo organizada a partir de las cinco etapas del Arco de Maguerez. El análisis de los datos, siguió la propuesta de la investigación convergente asistencial, involucrando los procesos de aprehensión, síntesis, te orización y transferencia, haciendo emerger tres categorías: Organización de la asistencia prenatal en la preparación de la gestante para la parturición; Información como estrategia de humanización y cambio en el acto de parir y Aproximación entre los servicios de salud interfiere en la continuidad del cuidado. Los resultados presentados reflejan la importancia de la asistencia prenatal en la preparación para el momento del parto, a partir de prácticas acogedora y

respetuosa, y la necesidad de adopción de tecnologías que propicien el intercambio de informaciones durante el período gestacional, favoreciendo posturas proactivas y la participación de la gestante en el proceso de parturición. Para facilitar la comunicación y la organización del cuidado en la preparación de la gestante para la parturienta, se propuso la introducción del plan de parto en la rutina asistencial, a través del perfeccionamiento del modelo recomendado por la red municipal de salud, siendo considerado un importante instrumento para la divulgación y el desarrollo conocimiento de las buenas prácticas asistenciales dirigidas al parto, trabajo de parto y nacimiento. Se recomienda la inserción del plan de parto en la rutina asistencial durante el seguimiento prenatal, así como la educación permanente de los profesionales insertados en la Atención Primaria a la Salud para que puedan colaborar en la construcción de redes de servicios orientadas a la atención humanizada, a partir de conductas respetuosas e inclusivas, colaborando con las transformaciones necesarias para el nacimiento saludable.

**Descriptor:** Atención Primaria a la Salud. Cuidado prenatal. Parto humanizado.

## 1 INTRODUÇÃO

A gravidez provoca mudanças físicas e emocionais intensas na mulher e neste período é comum o surgimento de diversos sentimentos, emoções, dúvidas e curiosidades. Durante o atendimento à gestante é possível observar que um dos maiores motivos de inseguranças e ansiedade está relacionado ao momento do parto, principalmente pelo medo das dores vinculadas ao trabalho de parto e pela preocupação com a saúde de seu filho ao nascer.

Portanto, a assistência pré-natal torna-se o espaço mais adequado para a preparação da gestante e família para um parto saudável e a propagação do nascimento como uma experiência positiva, sendo necessário a adoção de práticas acolhedoras por parte dos profissionais, pautadas no diálogo e no respeito e que favoreçam a troca de informações e a participação ativa, resgatando a autonomia e o protagonismo da mulher durante o processo gravídico-puerperal e promovendo o estabelecimento de vínculos e acesso a serviços de qualidade.

Segundo as recomendações do Ministério da Saúde (MS), a assistência pré-natal é um importante componente da atenção à saúde no período gravídico-puerperal, onde possibilita o acompanhamento e monitoramento contínuo da gestante, através da oferta de consultas

regulares e a realização de exames clínico-laboratoriais, o desenvolvimento de ações preventivas e educativas voltadas à promoção da saúde, a detecção precoce de patologias e de situações de risco, favorecendo a rápida atuação nas intercorrências e evitando o surgimento de complicações e mortes, promovendo assim melhores desfechos perinatais (VIELLAS *et al.*, 2014, BRASIL, 2013).

Os avanços tecnológicos na área da saúde vêm contribuindo com o aprimoramento e qualidade da assistência pré-natal, contudo a intensificação de procedimentos e técnicas invasivas contribuiu com a centralização do saber médico-científico proposto pelo modelo biomédico e estas mudanças interferiram diretamente no processo de parto e nascimento (POSSATI *et al.*, 2017).

A partir da metade do século XX, o parto passou a ser considerado um procedimento hospitalar, altamente medicalizado, submetido a rotinas rígidas e invasivas e centralizado no poder do médico, sendo negligenciado a autonomia e o protagonismo da mulher e participação da família no processo de nascimento. A institucionalização do parto promoveu o aumento de intervenções cirúrgicas no momento do nascimento, desnecessárias em muitos casos, sob a justificativa de ser uma assistência aparentemente mais segura para a mãe e seu filho (PONTES *et al.*, 2014).

Com o propósito de modificar este cenário e resgatar a parturição como um evento natural, fisiológico e familiar, a Organização Mundial da Saúde (OMS) vem estimulando a adoção de boas práticas voltadas a humanização do parto, enfocando a assistência ao parto sob a perspectiva da maternidade segura, através de recomendações clínicas baseadas em evidências científicas que promovam uma experiência positiva do parto, através de cuidados centrados na mulher por meio de uma abordagem abrangente e pautada no respeito aos direitos humanos (WHO, 1996, 2018).

No Brasil, diversas estratégias governamentais têm sido estabelecidas para o alcance das recomendações propostas pela OMS para a humanização do parto e nascimento, em especial a implantação do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) em 2000, com o propósito de reduzir os índices de mortalidade materno-infantil, sendo estruturado nos princípios de garantia de acesso a atendimento digno e de qualidade durante o pré-natal, parto, e puerpério, reforçando a ideia de melhorar os serviços prestados a gestante baseado no modelo de atenção integral, humanizada, segura e de qualidade e asseguradas também pela Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PNAISM) aprovada em 2004 (SILVA, SILVEIRA E MORAIS, 2017).

As estratégias governamentais adotadas contribuíram, nas últimas décadas, com o aumento da cobertura dos serviços na atenção ao pré-natal, parto e nascimento, porém alguns indicadores perinatais permaneceram insatisfatórios associados a baixa qualidade, desorganização na oferta dos serviços e a fragmentação da assistência prestada no pré-natal e parto. Como medida para a reorganização dos serviços, em 2011 foi lançado pelo MS a proposta da Rede Cegonha, com o objetivo de ampliar o acesso e melhorar a qualidade da atenção pré-natal, a assistência ao parto e ao puerpério e a assistência à criança com até 24 meses de vida (CAVALCANTI *et al.*, 2017, BRASIL, 2011).

Inserida no conceito de redes de atenção à saúde, esta estratégia vem reforçar as responsabilidades da Atenção Primária à Saúde, resgatando o importante papel das equipes de Saúde da Família na execução e acompanhamento das ações voltadas ao pré-natal, a fim de preparar a gestante para o parto, propiciar o vínculo com a maternidade de referência, por meio de transporte seguro, garantir o direito de acompanhante durante o trabalho de parto e pós-parto e organizar os serviços através da readequação dos modelos assistenciais com a adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos e seguros para o acompanhamento do parto e do nascimento (BRASIL, 2011, 2013).

Para que essas diretrizes sejam alcançadas, é essencial que os serviços e profissionais de saúde promovam uma assistência que ultrapasse os cuidados fisiológicos inerentes ao desenvolvimento gestacional e permitam que a gestante e família possam se tornar protagonistas desse processo. Para isto, é necessário que as relações estabelecidas no acompanhamento pré-natal favoreçam a participação ativa e a autonomia, a partir do acesso à informações esclarecedoras e não tendenciosa, baseada em evidências científicas, contribuindo com o empoderamento e a tomada de decisões a partir de escolhas informadas, possibilitando a vivência da parturição como um evento natural, fisiológico e singular.

Neste sentido, o presente estudo apresenta como questão norteadora: Quais as estratégias adotadas pelos profissionais da Estratégia de Saúde da Família na preparação da mulher para a parturição durante o acompanhamento pré-natal na Atenção Primária à Saúde?

Diante do exposto e a partir da atuação profissional em unidade básica de saúde de um município da região Sul do Brasil, que dentre as responsabilidades encontra-se o acompanhamento integral e contínuo da gestante e família, ocorreu a necessidade de realizar um estudo com o objetivo de conhecer as estratégias adotadas e as dificuldades encontradas na preparação da mulher para a parturição, pelos profissionais da

Estratégia de Saúde da Família, e construir estratégias conjuntas que promovam a utilização do plano de parto na rotina de acompanhamento pré-natal na Atenção Primária à Saúde.

## 2 MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, na modalidade da Pesquisa Convergente Assistencial (PCA), sendo desenvolvida junto a uma unidade básica de saúde no Município de Florianópolis/SC. A escolha desta abordagem metodológica deu-se pela mesma proporcionar convergência entre a investigação científica e a prática assistencial e possibilitar a participação dos profissionais de saúde no processo de fazer e pensar, buscando a concretização de mudanças e inovações no contexto das práticas de saúde (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

Este tipo de pesquisa compromete-se com a melhoria do contexto social pesquisado, bem como adota a perspectiva de que o pesquisador deve se envolver com a realidade juntamente com os sujeitos. O trabalho de investigação ocorre à medida que se busca, na reflexão de situações vivenciadas, as alternativas de soluções para problemas detectados na prática profissional (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2017).

A escolha dos participantes foi intencional, uma vez que a assistência pré-natal de risco habitual é de responsabilidade das equipes de Saúde da Família, através de uma atuação multiprofissional de médicos e enfermeiros, sendo que o estudo contou com cinco médicos, quatro enfermeiros e um residente de enfermagem, totalizando dez profissionais. Foram excluídos os profissionais que não integravam as equipes de Saúde da Família; que possuíam tempo de atuação menor do que seis meses no local do estudo e aqueles afastados das suas atividades por férias ou licença de qualquer natureza no período da realização da coleta de dados. Desta maneira, na atividade em grupo participaram oito profissionais, entre eles: três médicos, quatro enfermeiros e um residente de enfermagem.

A coleta de dados foi realizada no período de setembro a novembro de 2018, sendo dividida em duas etapas e utilizou como instrumento para obtenção dos dados a entrevista semiestruturada e uma atividade em grupo.

As entrevistas foram realizadas no horário e local de trabalho dos participantes, mediante agendamento prévio, com duração média de 20 minutos, inicialmente foi apresentado o conteúdo do estudo, fornecido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) com as devidas assinaturas em duas vias e utilizado um roteiro de entrevista abrangendo

informações sociodemográficas e questões norteadoras relacionadas a temática da pesquisa.

Na segunda etapa da coleta de dados, foi promovida uma atividade em grupo, no dia 16 de novembro de 2018, no auditório da unidade de saúde, com duração de 150 minutos, com o intuito de refletir junto aos participantes sobre a preparação da gestante para o momento do parto, sensibilizando-os para a utilização do plano de parto na rotina da assistência pré-natal e promovendo a discussão referente a criação de estratégias para o aprimoramento desta ferramenta.

O encontro foi estruturado utilizando o Método do Arco de Maguerez, metodologia de ensino voltada à resolução de problemas, que busca a transformação da realidade a partir do desenvolvimento crítico-reflexivo dos sujeitos, contemplando cinco etapas sucessivas e interdependentes: observação da realidade, definição dos pontos-chaves, teorização, hipóteses de solução e aplicação a realidade (BERBEL, 2012), sendo que todas as etapas desta metodologia foram aplicadas em um único encontro.

Na etapa de *observação da realidade*, os participantes foram motivados a refletir sobre a realidade da prática assistencial partindo dos resultados obtidos na entrevista, que objetivou conhecer as estratégias adotadas na preparação da gestante para o parto durante o pré-natal, e após a discussão as informações foram compiladas em um slide, sendo definidas pelo consenso coletivo.

Na etapa de *determinação dos pontos-chave*, os profissionais ao discutir sobre a preparação da gestante para o parto levantaram algumas situações-problema relacionadas a prática assistencial no atendimento à gestante, sendo evidenciado a superficialidade das informações referente as fases relacionadas ao parto e o desconhecimento do instrumento de plano de parto pela maioria dos participantes.

A etapa de *teorização* foi o momento de refletir sobre o problema, não somente pelas indagações e experiências individuais, mas também pelos princípios teóricos e para isto foi realizado uma breve contextualização sobre as mudanças culturais referentes ao parto (“De um evento natural e doméstico passou a um procedimento institucionalizado”), as políticas públicas atuais voltadas a Humanização do Parto e Nascimento e o papel dos profissionais que atuam Atenção Primária à Saúde (APS) referente a importância da informação na preparação das gestantes durante o pré-natal.

Na etapa de *hipóteses de solução*, os participantes foram estimulados a elaborar estratégias para promover melhorias na prática assistencial voltada a preparação da gestante para a parturição a nível

local. A partir dos subsídios teóricos apresentados, foi possível confrontar as possibilidades entre o ideal e o real, gerando soluções apropriadas à realidade do serviço, o que possibilitou na etapa de *aplicação à realidade* definir, entre as estratégias levantadas, a adoção do instrumento de plano de parto como meio de organização das informações e troca de saberes, favorecendo a dinâmica de atendimento durante as consultas de pré-natal.

A análise dos dados seguiu a proposta da pesquisa convergente assistencial, constituída por quatro passos: apreensão, síntese, teorização e transferência (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014). Na apreensão, ocorreu a organização das informações obtidas nas entrevistas e da atividade em grupo e dos registros de campo, a partir da transcrição fidedigna das falas, sendo codificadas as informações relevantes. O processo de síntese exigiu inúmeras leituras do material obtido, sendo realizada a depuração das informações resultantes do processo de codificação, guiando a elaboração das categorias empíricas. Na teorização foi realizado o esquema teórico, partindo das relações reconhecidas no processo de síntese, definindo detalhadamente temas e conceitos. O processo de transferência atribuiu significados aos achados, tendo como intenção a transferência do conhecimento e a socialização dos resultados.

Para a realização da pesquisa foram respeitados os aspectos éticos abordados nas Normas e Diretrizes que regulamentam a Pesquisa com Seres Humanos conforme a Resolução 466/2012, e nos princípios do Código de Ética dos profissionais de enfermagem – Resolução do Conselho Federal de Enfermagem nº 311/2007 (BRASIL, 2012; COFEN, 2007).

Para garantir o anonimato e o sigilo das informações, os nomes dos participantes nas entrevistas foram substituídos pela letra E seguido de um número cardinal (E1, E2...) e da atividade em grupo pelas letras AG também seguido de um número cardinal (AG1, AG2...), de acordo com o total de participantes em cada etapa.

Além disso, foi aprovado pela Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde da instituição e pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina - CEP/UFSC, através do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 95058418.5.0000.0121 e Parecer nº 2.833.033.

### **3 RESULTADOS**

Com relação aos participantes do estudo, prevaleceu o sexo feminino com 90% de participação e as idades variaram entre 23 a 51 anos. O tempo de formação profissional variou entre 10 meses e 28 anos,

sendo que 60% dos participantes estava formado há mais de 10 anos. No que se refere ao tempo de atuação na unidade de saúde, os intervalos variaram entre 8 meses a 14 anos, sendo que a maioria dos participantes trabalha há menos de 10 anos.

A partir do processo de análise dos dados, provenientes das entrevistas e atividade em grupo, emergiram três categorias, sendo exemplificadas pelos trechos das falas dos participantes e assim denominadas: - Organização da assistência pré-natal na preparação da gestante para a parturição; - Informação como estratégia de humanização e mudanças no ato de parir e – Aproximação entre os serviços de saúde interfere na continuidade dos cuidados.

### **Organização da assistência pré-natal na preparação da gestante para a parturição**

Os participantes apontaram que o nível organizacional do serviço é um fator importante na qualidade da assistência pré-natal e revelaram que a prática assistencial voltada a esta clientela procura seguir os fluxos pré-estabelecidos, com rotinas estruturadas, obedecendo assim os padrões determinados pelos protocolos vigentes.

*“O atendimento ao pré-natal de risco habitual acontece na unidade de saúde, de forma sistemática...” (E5)*

*“... a paciente vem na primeira consulta, traz o resultado de beta HCG, ultimamente eu tenho feito o teste rápido de gravidez, daí já inicio a ficha de pré-natal do Info (prontuário eletrônico), solicito os exames do primeiro trimestre. Se ainda estiver em época de usar ácido fólico, prescrevo o ácido fólico...” (E4)*

*“A gente faz a consulta de rotina, pesa, mede pressão, ausculta BCF, examina, enfim, conversa.” (E7)*

*“... vamos seguindo aquele cronograma de consultas mensais até 36 semanas e depois quinzenais, até 38 semanas, semanais até completarem as 41 semanas, onde a gente encaminha para a maternidade...” (E3)*

*“Acho que o pré-natal em si é bom, a gente segue o cronograma de atendimento, consegue pedir os exames de acordo com período gestacional, a marcação é ágil, gestante tem prioridade...” (E9)*

*“acho que o agendamento dos exames, aqui acaba sendo uma prioridade, não demora muito, então a gente consegue seguir o pré-natal tendo a rotina obedecida.” (E2)*

Esta organização da rotina de atendimento à gestante permite que o acesso aos profissionais seja mais facilitado, promovendo o fortalecimento de vínculos e possibilitando a continuidade do cuidado.

*“... acho que a gestante não tem dificuldade em acesso, é uma coisa bem clara na rede.” (E3)*

*“... o acesso da gestante é através de consultas, né, horas programadas, horas chegam por demanda espontânea.” (E3)*

*“... eu acho que a gestante tem uma facilidade de retorno, de acessar a equipe quando ela quer. A gente não deixa a gestante desassistida, mesmo se ela vem fora do dia agendado.” (E4)*

*“As consultas, as gestantes vêm no dia, coloca o nome na agenda e ela é atendida no mesmo dia.” (E7)*

*“A gente cria bastante vínculo com as gestantes ... e elas acabam se entregando bem ao pré-natal aqui com a gente, né.” (E8)*

*“Todas as gestantes, mesmo as que vão pro alto risco, elas continuam em acompanhamento com a equipe, tem um vínculo e a gente reforça esse vínculo, assim, até porque elas retornam pra gente no final (puerpério)...” (E10)*

No que se refere ao processo de trabalho, os relatos indicam a existência de uma assistência compartilhada, pautada no conhecimento técnico e integrando as diferentes práticas profissionais.

*“... normalmente eu tenho a médica que trabalha comigo na equipe e a gente intercala as consultas, um mês comigo e um mês com a médica” (E2)*

*“... assim, uma consulta com médico e outra com enfermeiro, tentando sempre ter um olhar que consiga ter todas as demandas do pré-natal, né, exames, vacinas...” (E1)*

*“... a odonto ajuda, né, se precisa, a nutricionista também avalia. O fisioterapeuta, em relação a mulher que tem dor, dor nas costas, ele orienta exercícios de alongamento pra diminuir a dor.” (E7)*

*“a educadora física ... às vezes eu encaminho gestantes para orientar sobre a bola (pilates), exercício para ajudar no trabalho de parto e ela tem feito bastante coisa.” (E9)*

*“Eu acho que a questão da gente (rede) ter criado ferramentas de atendimento, seja com os protocolos de enfermagem, com o PACK..., facilitaram bastante a sistematização da parte biomédica da consulta.” (E5)*

*“Uma coisa que facilita também é a nossa planilha, que a gente utiliza pra organizar o trabalho, cada gestante que vem a gente insere na planilha ... consegue fazer busca-ativa quando elas faltam e acompanhar os atendimentos por esta planilha.” (E8)*

As enfermeiras exercem relevante papel no acompanhamento da gestante, sendo reconhecida as orientações geradas e a individualização dos cuidados ofertados.

*“...a enfermagem acho que tá excelente nesse ponto, passam todas as informações, tudo que a gestante precisa para ter segurança e fazer um acompanhamento com todas as orientações necessárias... “ (E9)*

*“... vejo que o paciente dá o retorno de que a consulta da enfermeira é boa, em relação as orientações, algumas queixas principais, assim, a gente ouve mais, de que a gente tenta resolver com mais afinco a situação da gestante.” (E1)*

*“O pré-natal na minha equipe, normalmente, a primeira consulta é feita com a enfermeira, daí ela já explica toda a rotina, como vai ser o atendimento.” (E4)*

*“... é uma coisa da enfermagem, a gente domina bastante o conteúdo, a gente consegue orientar com propriedade tudo o que ela precisa fazer durante o pré-natal.” (E4)*

*“... que elas já chegam na consulta dizendo que a enfermeira orientou que vai ser todo mês e no final a consulta é toda semana...” (E9)*

Alguns fatores foram considerados dificultadores no desenvolvimento da assistência pré-natal, como e a inadequação da estrutura física e a mudanças decorrentes do processo de trabalho.

*“... quando a gente consegue a ter garantia do tempo de consulta dobrado, a consulta estendida, dá para fazer com qualidade o pré-natal.” (E3)*

*“A questão da falta de tempo, o tempo reduzido de atendimento, eu acho que é uma coisa que atrapalha, porque tu tá sempre correndo atrás do tempo pra dar conta daquela consulta” (E1)*

*“... a estrutura física de onde tu estás atendendo não está adequada, falta de material, tem que bater nas portas dos outros, tem que estar incomodando, entrar em alguma consulta para pegar um sonar, uma fita, né.” (E1)*

### **Informação como estratégia de humanização e mudança no ato de parir**

A participação da gestante no planejamento das ações relacionadas a gestação e preparação para o parto foi considerada como estratégia

importante no resgate da autonomia e protagonismo, sendo percebida diferentes reações no comportamento da mulher em relação ao exercício do seu próprio protagonismo

*“Eu vejo com excelentes olhos, eu acho, não, eu tenho certeza, que é um direito fundamental, o momento do parto é um momento dela ...” (E5)*

*“Eu acho que hoje em dia, as mulheres estão cada vez mais esclarecidas e estão estudando mais sobre o assunto, né, para poder ter, na realidade, a questão do domínio do parto.” (E2)*

*“Elas não sabem que elas têm esse direito, né, a maioria das mulheres não tem ciência de que elas podem optar por receber intervenções ou não.” (E4)*

*“Eu vejo que elas não muito curiosas, não são muito empenhadas e nem participativas no que diz respeito o próprio parto.” (E8)*

O estímulo à participação ocorre mediado pelo diálogo entre profissionais e usuárias, não havendo registro de outras estratégias que possam contribuir com o fortalecimento da autonomia e protagonismo.

*“... a gente, desde o começo, já começa a conversar, orienta a ir pensando sobre o momento do parto ...” (E8)*

*“... eu costumo orientar, dizer que ela é o ator principal no momento, ela tem que expressar a vontade dela lá na maternidade na hora do parto, o que ela deseja ...” (E3)*

Quanto a participação da família na preparação para a parturição, o acompanhante é visto como um importante aliado nos cuidados à gestante e sua presença precisa ser estimulada.

*“Eu acho muito importante o apoio do companheiro, do parceiro nesse momento, né, para as coisas fluírem, mais facilmente, né, a mulher se sentir amparada.” (E2)*

*“Tem um cartazinho, ali tá: “Pai, uma nova vida precisa de você”, eu botei de propósito ali, porque eu acho fundamental ...” (E5)*

*“... a maioria justifica que eles (parceiros) não podem faltar o trabalho por isso, a gente sabe que de fato a lei trabalhista não privilegia muito o homem para este tipo de acompanhamento.” (E6)*

*“No geral eles vêm pouco, mas na nossa área eu noto que eles são mais esclarecidos e mais companheiros.” (E9)*

*“A flexibilidade da consulta, a gente tem oferecido pra eles, o horário melhor, eu sempre mostro a agenda e sempre pergunto qual o melhor horário que você pode vir.” (E10)*

Quanto as informações relacionadas a preparação da gestante para o parto, durante o pré-natal, foram mencionadas orientações relacionadas aos sinais de trabalho de parto e as urgências obstétricas.

*“A gente acaba orientando as questões técnicas, sinais de trabalho de parto mesmo, né, em que momento procurar a maternidade.” (E2)*

*“... ênfase muito a questão dos sinais de trabalho de parto, perda de líquido, contrações, ... o momento que elas devem procurar a maternidade, para não correr o risco de ir lá, ser avaliada e ter que voltar pra casa.” (E4)*

*“Normalmente nas consultas finais a gente dá orientações sobre trabalho de parto, quando procurar a maternidade, os sinais de que realmente está em trabalho de parto.” (E6)*

*“... eu falo sobre o que vai apresentar na época do trabalho de parto, desde as contrações isoladas, de Braxton Hicks que eles chamam, que é o pré-preparo do trabalho de parto até as contrações, bolsa (amniótica), liberação do tampão mucoso...” (E9)*

*“A gente fala de todas as indicações de buscar a maternidade, né, critérios de trabalho de parto, como identificar um trabalho de parto em casa, como identificar sinais de risco na gestação.” (E10)*

Em relação a troca de informações relacionadas ao parto e trabalho de parto, os profissionais referiram que estas são repassadas verbalmente, sendo abordadas no final do terceiro trimestre gestacional.

*“Normalmente são orientações verbais, eu não faço uma listinha.” (E1)*

*“É só conversado na consulta, como orientação, geralmente lá trigésima quarta semana em diante.” (E3)*

*“... e é verbal, não tem nenhum instrumento para isso.” (E4)*

*“... por escrito não, só verbalmente.” (E5)*

*“... são orientações verbais, mesmo. A partir de umas trinta e quatro semanas já começo a falar.” (E6)*

*“Ah, é mais falada, eu não registro. Em várias consultas eu vou falando, assim, porque nas últimas (consultas) elas vêm com mais frequência, né. Mas realmente, uma coisa mais falada.” (E7)*

*“Em geral, a gente não tem um roteiro de orientações estruturado, poderíamos ter e não temos, então é mais um tira dúvidas, onde a gente responde mais as dúvidas da gestante.” (E10)*

A maioria dos profissionais revelou desconhecimento sobre o plano de parto, evidenciando a não utilização desta ferramenta na rotina assistencial durante o acompanhamento pré-natal.

*“Puxa vida, eu não sabia que eu existia esse plano de parto. Eu não sabia que tinha.” (E7)*

*“Bom, estruturalmente eu não conheço muito bem. Eu sei que seria, né, colocado no papel tudo o que a mulher deseja que aconteça durante esse processo de trabalho de parto ... dentro de uma possibilidade real.” (E2)*

*“Não, eu não conheço. Sei que existe, mas nunca tive acesso, assim, pra tá lendo.” (E3)*

*“Ah, eu não conheço este instrumento, nunca utilizei.” (E6)*

*“Eu não conheço, nunca utilizei.” (E10)*

A minoria dos profissionais que referiu algum conhecimento sobre o plano de parto afirmou não fazer uso do mesmo durante o acompanhamento pré-natal.

*“Conheço, mas não usei especificamente com a paciente, aqui no posto não vejo ninguém utilizar também.” (E1)*

*“Então, eu sei pouco sobre o plano de parto, sei que ele está no nosso protocolo... Na verdade, eu uso pouco porque não me lembro dele... se tivesse impresso, sempre a nossa mão, seria mais fácil” (E4)*

*“Eu já trabalhei com o plano de parto ... tive contato com o protocolo de enfermagem através da enfermeira em outra unidade. Aqui eu quase não vejo ninguém fazer ... Agora, fiquei pensando que aqui eu não fiz nenhum plano de parto ... a gente também vai se adaptando as coisas do serviço, né.” (E6)*

Na apresentação do modelo existente do plano de parto, foram realizadas sugestões que culminaram no aprimoramento deste instrumento.

*“... orientações com relação a buscar a maternidade... quando as contrações tiverem a cada 5 a 7 minutos, né.” (AG2)*

*“... sobre o acompanhante que ela vai escolher pra tá junto no momento do parto, né. E que depois ela vai pro alojamento conjunto, vai ficar o tempo todo com o bebê, né, se o bebê não tiver nenhuma intercorrência.” (AG4)*

*“... dos procedimentos que não vai precisar fazer como tricotomia, enema ...” (E6)*

*“...também em relação ao pós-parto... dos testes de triagem neonatal que vai fazer na maternidade, as vacinas que o bebê vai receber, a visita do Programa Capital Criança.” (AG3)*

*“Deveria orientar o que fazer depois da alta (hospitalar) também, como teste do pezinho do terceiro ao quinto dia, a oferta do agendamento da consulta pra unidade de saúde ...” (AG1)*

A partir do interesse demonstrado pelos participantes quanto a inserção do plano de parto na rotina assistencial a nível local, foi elaborado uma nova versão do modelo existente, sendo aprovada pelo consenso coletivo.

*“... achei super legal, as informações ficaram organizadas e fica mais fácil a gente abordar o assunto com as gestantes.” (AG3)*

*“... seria interessante imprimir e deixar com os profissionais, daí a gente lembra de usar.” (AG8)*

*“Ficou muito prático e com uma apresentação bem bonita. Já vou usar na consulta.” (E6)*

## **Aproximação entre os serviços de saúde interfere na continuidade do cuidado**

Dentre os relatos, os participantes consideraram que o acesso ao serviço de referência ao parto é facilitado pela proximidade geográfica, uma vez que está localizado dentro da área de abrangência da unidade de saúde, o que favorece a agilidade no atendimento às intercorrências obstétricas e possibilita maior vinculação da gestante ao serviço.

*“Eu acho que um dos aspectos facilitadores é a gente ter a maternidade do HU perto da unidade..., numa situação de emergência a gente consegue encaminhar com facilidade.” (AG2)*

*“A gente tem a maternidade do HU, né, é legal que fica bem perto.” (E8)*

*“... elas (gestantes) realmente já sabem como funciona e daí preferem o HU.” (AG7)*

Contudo, os profissionais referiram desconhecimento em relação as rotinas estabelecidas pelo serviço de referência no atendimento à mulher durante o processo de parturição, resultando em limitações e insegurança referente as orientações e práticas assistenciais desenvolvidas no âmbito hospitalar e interferindo na preparação e na continuidade do cuidado destinados à gestante e família.

*“Ah, eu sempre fico muito receosa de dar orientação do momento de parto, de criar expectativas de um atendimento que eu não vou realizar, de uma instituição que eu não conheço, que não é a minha, onde eu não atuo...” (AG3)*

*“Eu acho que o que falta, assim, é as vezes a gente recebe alguns questionamentos que a gente não consegue responder pela falta do contato com a maternidade, por não conhecer muito.” (AG2)*

*“Eu acho muito falho, assim, a gente desconhece as rotinas mesmo. A gente só tá mais íntimo das rotinas de acesso à maternidade e de que é feito na admissão, mas depois que entra a gente não sabe mais o que acontece e não sabe orientar também.” (AG10)*

*“Você quer dizer a maternidade? Eu não conheço nada.” (E9)*

Quanto a comunicação estabelecida entre as equipes da APS e o serviço de referência, foi apontado que a realização de encaminhamento por escrito nas situações que necessitam avaliação e orientações às gestantes a procurarem a diretamente o serviço diante de sinais de alerta obstétricos.

*“a gente faz o encaminhamento com os dados daquela gestante, semana gestacional, um resuminho, né, daí pede para que ela compareça na maternidade.” (E2)*

*“A comunicação, vai por escrito, quando passa, com quarenta e uma semanas, a gente gera aquele encaminhamento por escrito, pra avaliação da maternidade.” (E3)*

Quanto ao retorno das informações e condutas realizadas no serviço de referência, sendo apontadas falhas na contra referência, o que dificulta a comunicação entre os serviços e a continuidade do cuidado.

*“Muitas vezes elas voltam sem um retorno escrito pra gente e acaba que a comunicação fica prejudicada. A contra referência quase que não existe.” (E8)*

*“... as vezes a gestante traz a ficha de atendimento, normalmente elas trazem e tem alguns dados ali de ultrassom que fez, um exame que fez no dia do atendimento.” (E4)*

Em relação a vinculação da gestante ao serviço de referência ao parto, os profissionais indicaram a visita prévia como importante estratégia na preparação para o momento do parto, porém foram evidenciadas dificuldades no agendamento desta atividade.

*“A gente tem a maternidade do HU, né, que oferecem a visita lá, a gente sempre encaminha pra fazer a visita na maternidade.” (E8)*

*“A visita na maternidade, acho que ajuda bastante, normalmente depois que elas vão para a visita, elas voltam um pouco mais tranquilas em relação ao parto e a questão da ansiedade.” (E2)*

*“É legal a visita a maternidade, mas tá complexo o agendamento desse negócio...” (E1)*

*“... a gente tem a visita a maternidade, que é marcada pelo SISREG, mas a última informação que eu tive que não tava saindo nenhuma.” (E4)*

A indisponibilidade de vagas via sistema de marcação (SISREG), vem gerando transtornos no agendamento da visita à maternidade, mesmo estando o serviço de referência ao parto localizado dentro da área da abrangência da unidade de saúde.

#### 4 DISCUSSÃO

O estudo realizado com médicos e enfermeiros pertencentes às equipes de Saúde da Família, em uma unidade básica de saúde, possibilitou o conhecimento e a reflexão sobre as práticas profissionais referente a preparação da gestante para a parturição.

Em relação a participação, todos os profissionais que atendiam aos critérios de inclusão foram entrevistados e 80% estiveram presentes na atividade em grupo, sendo considerada como um nível de adesão aceitável. Quanto as categorias profissionais, na primeira etapa a participação foi igualitária, ou seja, 50% médicos e 50% enfermeiras e na atividade em grupo prevaleceu a presença das enfermeiras (62,5%).

A maioria dos participantes pertencia ao quadro efetivo do serviço público municipal (90%) e uma amostra representada por adultos jovens, onde 60% possuíam idades entre 20 a 40 anos. Quanto ao tempo de formação, os médicos apresentaram maior experiência profissional, contudo, as enfermeiras possuíam maior tempo de atuação no local do trabalho, representando na prática maior articulação com a comunidade, conhecimento do território e das necessidades locais por parte desta categoria profissional.

No que tange as práticas profissionais voltadas a preparação para o parto durante o acompanhamento pré-natal, os resultados apontaram a importância da organização do serviço e estruturação do processo de trabalho; da troca de informações entre profissionais e usuárias e; da aproximação entre os serviços de saúde, nos diferentes níveis de atenção, como premissas para o alcance da atenção humanizada voltada a gestante durante o ciclo gravídico- puerperal.

Constata-se que a assistência pré-natal é o espaço mais adequado para a preparação da gestante e família para o parto e nascimento saudável, devendo ser ofertada de maneira sistemática e organizada, permitindo o desenvolvimento de vínculos, o acesso facilitado e a promoção de práticas assistenciais baseadas na atenção e no cuidado integral (COSTA *et al.*, 2011).

Nos serviços públicos de saúde, os profissionais das equipes de Saúde da Família tornam-se responsáveis pelo acompanhamento da mulher durante o ciclo gravídico- puerperal, sendo necessário que estes

adotem condutas acolhedoras, tenham rotinas e fluxos de atendimento pré-estabelecidos, que facilitem a captação precoce, o acompanhamento contínuo e a estratificação de riscos, evitando intervenções desnecessárias e promovendo a integração entre os diferentes níveis de atenção na rede de serviços (CARDOSO; RIBEIRO; OLIVEIRA *et al.*, 2011).

Estudo recente mostra o aumento da cobertura da atenção pré-natal ao longo dos últimos anos no país, contudo a qualidade da assistência ainda é considerada baixa, sendo referenciado como fatores contribuintes a não realização de exames laboratoriais e procedimentos básicos, prescrições e orientações deficientes durante as consultas (NUNES *et al.*, 2016).

Contrapondo esta realidade, os resultados do estudo apontaram o desenvolvimento de ações voltadas à promoção de vínculos, facilidade de acesso e a continuidade do cuidado durante o período gravídico-puerperal, sendo que a organização e os fluxos de atendimentos a nível local foram considerados adequados e resolutivos, contando com uma rotina assistencial estruturada, através de condutas padronizadas conforme as recomendações contidas nas ferramentas de apoio clínico, como o PACK – Brasil Adulto<sup>3</sup> e os protocolos de enfermagem, o que expressa o desenvolvimento de atenção prioritária no atendimento à gestante e sua família.

O acompanhamento pré-natal na Atenção Primária à Saúde preconiza o planejamento das ações a partir do trabalho multiprofissional, ordenado pela cooperação, complementaridade do cuidado e de responsabilidades compartilhadas, descentralizando assim a atenção do profissional médico, propondo a participação de outras categorias profissionais que integram as equipes de Saúde da Família, o que propicia a articulação de diferentes saberes (SILVEIRA; SENA; OLIVEIRA, 2011).

Nesta perspectiva, o papel do enfermeiro vem se tornando de grande relevância no processo de trabalho das equipes de Saúde da Família, uma vez que colabora com a definição de estratégias para manutenção do cuidado, atuando como um importante articulador entre os profissionais de saúde e usuários e um agente de mudanças, buscando sempre a implementação de novas práticas para a melhoria da qualidade assistencial (PAVANATTO; ALVES, 2015).

---

<sup>3</sup> **PACK** - Brasil Adulto: versão Florianópolis – ferramenta abrangente para suporte à tomada de decisão clínica na Atenção Primária à Saúde, voltada para o manejo de pacientes adultos, com 18 anos ou mais (PACK, 2018).

A consulta de enfermagem é estabelecida como atividade privativa do enfermeiro e no que se refere a assistência pré-natal tem como finalidade desenvolver ações que promovam a qualidade de vida e o desenvolvimento gestacional saudável, através de práticas baseadas na escuta qualificada e ação dialógica (BRASIL, 2013).

No Brasil, estudos revelam que o acompanhamento pré-natal realizado por enfermeiro é limitado, ocorrendo em menos de 25% dos atendimentos à gestante (VIELLAS *et al.*, 2014), diferentemente, neste estudo foi observado que a atuação das enfermeiras foi considerada relevante na assistência voltada a mulher durante o processo gestacional. A promoção da qualificação clínica e o estímulo ao desenvolvimento da autonomia, a partir da implantação dos protocolos de enfermagem e instrumentos de gestão da clínica no âmbito municipal, contribuíram com a reestruturação da prática assistencial dos enfermeiros, principalmente no que se refere a solicitação de exames, prescrições e encaminhamentos, favorecendo a adoção de condutas mais efetivas na qualidade no cuidado.

A inserção de práticas interdisciplinares voltadas à gestante também foi identificada como estratégia para oferta de assistência integral e de qualidade, exercida através do apoio matricial, discussão de casos e a avaliação clínica conjunta, onde envolve profissionais de diferentes áreas de conhecimento, como as equipes Saúde Bucal e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), formado por psicólogo, psiquiatra, nutricionista, fisioterapeuta, educador físico e farmacêutico.

Apesar da rotina de atendimento e o processo de trabalho serem reconhecidos como adequados e resolutivos no acompanhamento gravídico-puerperal, foram mencionados problemas relacionados a estrutura física e sobrecarga de trabalho. O espaço físico foi evidenciado como insuficiente, refletindo a inadequação do número de consultórios em relação ao quantitativo de profissionais atuantes no local do estudo, onde fazem parte 05 equipes de Saúde da Família, os profissionais do NASF e alunos dos cursos de graduação e pós-graduação da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

As estruturas físicas adequadas contribuem para o desenvolvimento dos processos de cuidado, influenciam nos resultados e são centrais na melhoria e qualidade na prestação dos serviços (BOUSQUAT *et al.*, 2017). Durante o desenvolvimento do estudo, ocorreu a ampliação do horário de funcionamento do serviço e a redução de carga horária de alguns profissionais e com isto, foi pactuado com o grupo de trabalho a realização de escalas para organização dos consultórios, bem como a disponibilidade de equipamentos nos setores promovendo maior conforto na atuação dos profissionais.

Outrossim, também ocorreram mudanças na forma de acesso ao serviço local de saúde priorizando a demanda espontânea, Este novo modelo, denominado de acesso avançado, é sistema de agendamento que permite a realização do atendimento no mesmo dia, resultando na diminuição de consultas pré-agendadas e no aumento de vagas para o atendimento da demanda espontânea, exigindo organização e mudanças no processo de trabalho dos profissionais envolvidos, incluindo uma abordagem mais objetiva e a otimização do tempo de atendimento, favorecendo a ampliação e resolutividade de acesso (VIDAL *et al*, 2019).

A implantação deste novo modelo no local do estudo, apresentou diversas fragilidades em sua fase de adaptação, sendo enfatizando o aumento do número de atendimentos e a redução na duração das consultas, expressado pela preocupação com a qualidade do cuidado, principalmente no que se refere aos grupos prioritários, como portadores de doenças crônicas e gestantes, onde normalmente exigem um maior tempo para atendimento. Inicialmente, as agendas estavam programadas para cada atendimento ter duração de vinte minutos, contudo com a proposta de inserção de novas práticas relacionadas a atenção humanizada na preparação da gestante para a parturição, os participantes consideraram importante a manutenção de “horário estendido”, ou seja, a disponibilidade de quarenta minutos para as consultas de pré-natal, o que levou a articulação e reorganização no processo de trabalho referente ao planejamento local.

Ao pensar sobre o planejamento individual e preparação para o parto, vale ressaltar que a informação torna-se um eixo importante para o alcance da atenção humanizada, o resgate da autonomia e protagonismo da mulher e família no processo de parturição. O acompanhamento pré-natal deve, portanto, oferecer informações claras e completas sobre todo o cuidado a ser prestado, possibilitando a participação ativa da mulher na tomada de decisão, a partir de escolhas informadas e a estimulação de boas práticas relacionadas ao parto, incentivando a adoção de condutas que garantam segurança e conforto e evitando intervenções desnecessárias (SODRE *et al*, 2010).

De acordo com o estudo, as práticas assistenciais voltadas ao acompanhamento pré-natal são construídas a partir do diálogo e propiciam a participação da gestante e família, promovendo o estreitamento de vínculos e favorecendo a corresponsabilidade do cuidado. Quanto a passividade da gestante na preparação para o parto, tal submissão pode estar relacionada ao domínio do saber médico, proposto pelo modelo biomédico e que ainda vigora em muitas rotinas assistenciais, devendo ser desenvolvidas atividades que promovam a

troca horizontalizada do conhecimento e estimulem o empoderamento e tomada de decisão na parturição (PONTES *et al.*, 2014).

O apoio e suporte emocional ofertados pelo companheiro, família ou até mesmo amigos, conferem maior tranquilidade e segurança no transcorrer da gestação e nascimento, além de contribuir com o fortalecimento das relações familiares (CARPES; RESSEL; STUMM, 2016). Corroborando com estes autores, a presença do acompanhante é reconhecida como uma influência positiva durante a preparação para o parto, promovendo o compartilhamento das responsabilidades e maior envolvimento deste nos cuidados com a gestante e a criança que irá chegar.

A participação do acompanhante é representada, na maioria, pelo companheiro, tendo uma frequência ainda discreta, sendo que a ausência é justificada pelos entraves envolvendo as questões de trabalho. A presença do acompanhante é um direito legal, no âmbito do Sistema Único de Saúde, regulamentado pela Lei nº 11.108, de 07 de abril de 2005, contudo esta obrigatoriedade se remete apenas a parturição, não expandindo seus efeitos no acompanhamento durante o processo gestacional (BRASIL, 2011).

Esta limitação dificulta a presença do acompanhante durante a assistência pré-natal, uma vez que a negociação com o empregador nem sempre é favorável (SILVA *et al.*, 2013) e exige dos profissionais a oferta de estratégias que favoreçam a sua participação, como a emissão de justificativas legais e a disponibilidade de horários flexíveis para agendamento de consulta.

Para que o momento do parto e de nascimento sejam vivenciados pela gestante e família de forma positiva é primordial que a assistência pré-natal estimule a compreensão da gestação como um processo fisiológico e natural e favoreça a troca de conhecimento e o repensar sobre as práticas adotadas, permitindo dessa forma a desconstrução das condutas impostas pelo modelo biomédico e propagando as boas práticas recomendadas para o nascimento respeitoso e saudável (SANTOS *et al.*, 2012).

A influência das experiências adquiridas ao longo da vida, resultantes das próprias vivências ou originadas das relações interpessoais, podem tornar o momento do parto como um evento temeroso e com expectativas negativas. Para mudança desta realidade é necessário o desenvolvimento de práticas assistenciais mais informativas, a partir de atitudes responsivas, que possibilitem o esclarecimento de dúvidas e inseguranças, a desmistificação da dor e garantam o acesso à informação, cientificamente embasadas e não tendenciosas, quanto às

rotinas e procedimentos voltados a gravidez, trabalho de parto, parto e puerpério (COSTA *et al.*, 2011).

A ênfase dada as informações referentes a preparação para o parto devem ser concentradas no início do terceiro trimestre gestacional, com a organização de um plano de cuidados mediante a quantidade de informações e o grau de compreensão da gestante (BRITO *et al.*, 2015). Observa-se que a nível local esta discussão ocorre mais tardiamente, por volta da 34<sup>a</sup> semana gestacional, sendo relacionado ao período em que os intervalos entre as consultas costumam ser menores e o profissionais mantém contato mais regular com a gestante. Contudo, diante da possibilidade de ocorrer a antecipação do nascimento e/ou alguma intercorrência que impeça a continuidade do acompanhamento pela APS, a abordagem frente a preparação para esta abordagem pode ser prejudicada e informações podem ser omitidas.

No que concerne a preparação para o parto, observa-se também limitações na troca de informações, sendo que as discussões abordam principalmente os sinais do trabalho de parto (contrações uterinas, bolsa amniótica, tampão mucoso), os sinais de alerta obstétrico (sangramento, vitalidade fetal) e alguns cuidados puerperais (amamentação, cuidados com o recém-nascido, consulta puerperal), incluindo a importância da apresentação da caderneta da gestante e o direito ao acompanhante junto ao serviço de referência ao parto.

Constata-se que estas informações direcionam para os fatores desencadeantes da necessidade de procura à maternidade, através do surgimento de urgências obstétricas e/ou evolução do trabalho de parto, sendo que os cuidados relacionados ao período intraparto e as boas práticas recomendadas na parturição não foram citadas, o que reflete a superficialidade no preparo para a parturição relacionada ao processo ativo do trabalho de parto e a rotina hospitalar.

Considerando que a parturição e o nascimento são eventos significativos para a vida da mulher, Sodré *et al.* (2012) enfatiza que a informação e o empoderamento são mais importantes do que a própria tomada de decisão no momento do parto, e para isso os profissionais devem disponibilizar recursos de apoio e suporte no compartilhamento das orientações. Neste sentido, os resultados revelaram que as informações geradas no preparo para a parturição durante o acompanhamento pré-natal são ofertadas através da comunicação verbal, não sendo disponibilizados material impresso ou outro de tipo de instrumento para organização das informações, evidenciando o desconhecimento sobre existência do plano de plano por parte dos profissionais.

De acordo com a OMS, o plano de parto é primeira de uma série de recomendações denominadas “Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento”, preconizadas desde 1996, com o intuito de reorganizar e humanizar a assistência obstétrica mundialmente, sendo este considerado uma tecnologia utilizada para facilitar a comunicação entre gestantes e profissionais de saúde (MEDEIROS *et al.*, 2019).

O plano de parto é entendido como um documento escrito, de caráter legal, onde as gestantes expressam suas necessidades particulares e preferências, segundo as boas práticas recomendadas, referentes ao nascimento e os cuidados que gostariam de receber durante o trabalho de parto e parto sob condições normais, evitando intervenções desnecessárias (MEDEIROS *et al.*, 2019).

No Brasil, esta tecnologia passou a ser recomendada a partir da regulamentação de políticas públicas voltadas a humanização do pré-natal, parto e nascimento e integra o documento denominado “10 passos para o Pré-Natal de Qualidade” (BRASIL, 2013). No âmbito municipal, o protocolo de enfermagem voltado à saúde da mulher, instituído em 2016, também apresenta um modelo de plano de parto enfatizando a sua utilização na rotina voltada a assistência pré-natal (FLORIANÓPOLIS, 2016).

Apesar do uso do plano de parto ser recomendado internacionalmente e regulamentado no território nacional, este instrumento ainda é desconhecido por profissionais de saúde e serviços de referências como hospitais e maternidades (MOUTA *et al.*, 2017). Neste estudo, os participantes reconheceram que o desconhecimento referente ao plano de parto está associado à falta de atualizações pertinentes a assistência ao pré-natal, ao fato desta tecnologia integrar um material técnico de uma categoria profissional específica e a divulgação ser deficiente, o que impede a sua utilização na rotina de atendimento, o que nos leva a refletir sobre a importância e o estímulo acerca de incorporações de novas práticas na assistência.

Para que ocorra a inserção do plano de parto no cotidiano da atenção pré-natal, é imprescindível que os profissionais estejam preparados e atentos às novas diretrizes recomendadas ao exercício da prática assistencial (BARROS *et al.*, 2017). A partir da realidade apresentada e o interesse demonstrado pelos participantes, durante o estudo foi um possível a construção de um espaço que favoreceu a discussão coletiva sobre a importância desta tecnologia e a utilização na rotina assistencial. Esta atividade coletiva resultou no aprimoramento do modelo existente, possibilitando a inclusão de novas informações, modificações no layout e a disponibilidade deste material impresso,

possibilitando que a sua aplicabilidade se torne mais efetiva no acompanhamento à gestante durante o pré-natal.

Para que as práticas e a atenção humanizada sejam respeitadas e mantidas no momento do parto, é primordial que haja a integração do pré-natal com os demais serviços da rede de atenção à saúde (VIELLAS *et al.*, 2014). Os resultados confirmam este pensamento, sendo apontados a necessidade de aproximação com o serviço de referência ao parto e articulação entre os profissionais de saúde, promovendo assim maior conhecimento sobre fluxos de atendimento e rotinas, a intensificação das orientações fornecidas na preparação para o parto e a promoção da continuidade do cuidado à gestante nos diferentes níveis de atenção.

Neste sentido, a Rede Cegonha (RC), estratégia de governo instituída em 2011, foi delineada para superar os elevados níveis de segmentação e fragmentação dos sistemas de atenção à saúde das mulheres e crianças no território nacional, visando a redução da mortalidade materna e infantil, o combate da violência obstétrica, oferta de boas práticas e a redução das intervenções e medicalização durante o parto. Dentre as suas diretrizes propostas referentes a gestação e parto, estão a garantia de acesso e qualidade no pré-natal, a vinculação da gestante à unidade de referência, transporte seguro e a implementação de boas práticas na atenção ao parto e nascimento (BRASIL, 2011).

De acordo com a RC, é direito de toda gestante acompanhada pelo SUS ter conhecimento prévio quanto a maternidade ou serviço de referência que deverá procurar no desencadeamento do trabalho de parto ou em casos emergenciais no período gestacional até o puerpério, objetivando a criação de vínculos com os serviços e a redução da peregrinação de mulheres no momento da admissão em trabalho de parto (BRASIL, 2011).

Os resultados evidenciaram que o acesso e a vinculação da gestante ao serviço de referência ao parto tornam-se mais facilitados, uma vez que este está localizado dentro da área de abrangência do local do estudo. Além disso, por ser um hospital escola, a atenção humanizada e as práticas respeitadas são reconhecidas, bem como a existência de pronto-atendimento às urgências obstétricas e a disponibilidade de visita à maternidade propiciarem maior aproximação das gestantes ao serviço.

A visita programada das gestantes e seus acompanhantes é uma estratégia de continuidade da linha de cuidado entre os serviços que acompanham o pré-natal e a parturição, proporcionando o conhecimento prévio dos ambientes físicos e a discussão sobre assuntos decorrentes aos momentos que serão vivenciados durante o parto (LIMA *et al.*, 2015). A aproximação e reconhecimento prévio da estrutura e rotina do serviço de

referência ao parto foram apontados como uma ação efetiva para a desmistificação dos medos e preocupações relacionados ao parto, ajudando no controle da ansiedade e permitindo que a gestante torne mais real as suas expectativas frente ao nascimento.

Assim sendo, para melhorar a prática assistencial é necessário o desenvolvimento do trabalho em rede, possibilitando a construção de estratégias que favoreçam a qualidade da assistência em saúde, possibilitando a articulação entre os serviços nos diferentes níveis de atenção e promovendo a integralidade do cuidado (BARROS *et al.*, 2017). Diante dos entraves burocráticos, mencionados pelos participantes, relacionados ao agendamento da visita à maternidade via sistema de marcação (SISREG), algo que estava prejudicando a oferta do serviço e não aceitável devido à proximidade territorial entre as instituições, foi articulado entre os serviços a elaboração de uma autorização provisória a nível local, garantindo assim o acesso e a vinculação ao serviço de referência pelas gestantes ao final do segundo trimestre gestacional.

Um dos grandes desafios enfrentados na assistência pré-natal está relacionado a continuidade e a integralidade dos cuidados durante o parto, trabalho de parto e nascimento, para isto é necessário que as instituições que integram a rede de serviços tenham conhecimento sobre a estrutura e o funcionamento dos serviços, para que possam exercer a cooperação e alcançar os resultados de forma coletiva e resolutiva (THUROW, 2016).

Cabe destacar que os relatos apontaram a superficialidade de conhecimento sobre as rotinas estabelecidas no âmbito hospitalar, o que pode justificar as lacunas existentes na troca de informações no preparo para o parto, principalmente no que se refere aos cuidados intraparto, a partir da admissão no serviço obstétrico. Diante da proximidade geográfica e com o intuito de modificar esta realidade, foi sugerido a visita dos profissionais ao serviço de referência ao parto, em conjunto com as gestantes, promovendo maior aproximação e troca de conhecimentos entre as instituições.

Por ser um processo dinâmico, a rede de serviços deve funcionar a partir da interligação entre os serviços e as relações serem estabelecidas de maneira organizada, favorecendo a comunicação e a continuidade da assistência prestada (THUROW, 2016). Os relatos apresentaram que a comunicação entre os serviços ocorre de forma escrita, através de encaminhamentos gerados nas situações de urgências obstétricas detectadas pelos profissionais e no final do processo gravídico, a partir da quadragésima primeira semana gestacional, conforme recomendando pelos protocolos vigentes.

Contudo, revelaram que a contra referência nas situações de urgência obstétricas atendidas no serviço hospitalar é deficiente, sendo que as gestantes retornam normalmente com uma cópia da ficha de atendimento gerado, apenas com dados de avaliação e não havendo orientações quanto ao seguimento e plano de cuidados a serem desenvolvidos pela APS, o que compromete a continuidade do cuidado e a garantia de condutas clínica organizadas conjuntamente, necessitando maiores discussões e pactuações entre os serviços na busca e garantia de atenção humanizada e práticas assistenciais mais resolutivas.

Diante da realidade apresentada, o estudo possibilitou a discussão junto aos profissionais a respeito das práticas assistenciais desenvolvidas no atendimento à gestante e família referente a preparação para o parto, resgatando a importância do diálogo e condutas respeitadas, a troca de informações, e a sensibilização para a introdução e divulgação das boas práticas, culminando com o aprimoramento do modelo de plano de parto apresentado no protocolo de enfermagem, adequando-o as necessidades locais, favorecendo a sua utilização na rotina de atendimento, possibilitando uma comunicação mais efetiva entre a gestante, profissionais e serviço de referência.

Cabe ressaltar que neste estudo, o plano de parto foi abordado sob a ótica educativa, com a intenção de disponibilizar uma tecnologia de apoio e suporte para a discussão e o repasse de orientações recomendadas e disponíveis na assistência ao parto, pois parte-se do princípio que a informação permite maior conscientização frente às condutas consideradas aceitáveis. Espera-se que a utilização deste favoreça o estabelecimento de relações respeitadas entre gestantes e o serviço de referência ao parto, contribuindo com a concretização das mudanças nas práticas assistenciais, a partir de decisões compartilhadas, favorecendo a participação e a autonomia desta clientela no resgate do seu protagonismo frente ao nascimento saudável.

A junção do pensar e o fazer, a partir da reflexão das situações vivenciadas, possibilita a busca de alternativas para soluções dos problemas, contribuindo com a renovação das práticas assistenciais (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014). Assim sendo, as propostas apresentadas neste estudo exprimem os esforços coletivos na tentativa de aprimorar a assistência profissional no atendimento à gestante, a partir das vivências e contribuições dos participantes, resultando na construção de alternativas viáveis frente aos problemas enfrentados.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O acompanhamento pré-natal exerce um papel importante na construção de novas percepções e paradigmas, tornando-se um espaço primordial para o fomento de mudanças no núcleo do cuidado, principalmente no que se refere a preparação da gestante para o momento do parto.

Os resultados deste estudo permitem reconhecer que a assistência pré-natal desenvolvida pelos profissionais de saúde busca ofertar um cuidado de qualidade, a partir de práticas acolhedoras e respeitadas, promovendo o diálogo e a participação da gestante e família.

Apesar da preocupação com a organização e estruturação do serviço para o atendimento da mulher no período gestacional, foi evidenciado que as informações relacionadas a parturição necessitam ser intensificadas, principalmente as boas práticas recomendadas no trabalho de parto e parto, sendo que a inserção do plano de parto na rotina assistencial foi avaliado como uma tecnologia interessante e adequada para a reestruturação das práticas, ampliação das orientações e a oferta de atenção humanizada.

Destaca-se como limitações do estudo a coleta de dados ter tido uma amostra local, inserida em uma única realidade, representando percepções de um grupo em particular, o que torna as análises limitadas e impede a generalizações dos resultados.

Os espaços de discussão favorecidos pela metodologia utilizada propiciaram o processo reflexivo e troca de conhecimento e experiências, e espera-se que o estudo tenha contribuído com a melhoria do acompanhamento pré-natal ofertado pelos participantes e que este seja o despertar para outras inovações no cuidado e preparo da gestante para o parto e nascimento.

## REFERÊNCIAS

BARROS, A. P. Z. *et al.* Conhecimento de enfermeiras sobre plano de parto. **Rev Enferm UFSM**, Jan/Fev., 7(1): 69-79, 2017. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/23270/pdf>>. Acesso em: 15 maio 2019.

BERBEL, N. A. N. Metodologia da Problematização com o Arco de Maguerez: **Uma reflexão teórico-epistemológica**. Londrina: EDUEL, 2012. Cap. 1, p. 15-46.

BOUSQUAT, A *et al.* Tipologia da estrutura das unidades básicas de saúde brasileiras: os 5 R. **Cad. Saúde Pública** 2017; 33(8):e00037316. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v33n8/1678-4464-csp-33-08-e00037316.pdf>>. Acesso em: 20 maio 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. [recurso eletrônico]. 1. ed. rev. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013, 318 p.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. Ministério da Saúde. **Resolução CNS nº 466/12**. Brasil, 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2019.

\_\_\_\_\_. 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. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRITO, C. A. *et al.* Puerperal women's perceptions regarding preparation for birth in prenatal care. **Rev Rene**. 2015 jul-ago; 16(4):470-8. DOI: <<http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.2015000400003>>. Acesso em: 15 maio 2019.

CARDOSO M D; RIBEIRO C M S; OLIVEIRA I B; *et al.* Percepção de gestantes sobre a organização do serviço/assistência em um pré-natal de baixo risco de Recife. **Rev Fund Care Online**. 2016 out/dez; 8(4):5017-5024. DOI: <<http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i4.5017-5024>>. Acesso em: 20 maio 2019.

CARPES, F. F.; RESSEL, L. B.; STUMM, K. E. Assistência pré-natal sob a ótica de gestantes e familiares. **Revista Saúde** (Santa Maria), v.42, n. 2, p. 41-48, jul-dez. 2016. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/revistasaude/issue/view/1049/showToc>>. Acesso em: 1 abr. 2019.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução nº 311/2007 de 08 de fevereiro de 2007**. Dispõe sobre a reformulação do código de ética dos profissionais de enfermagem. Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <[http://www.coren-ro.org.br/resolucao-cofen3112007\\_2102.html](http://www.coren-ro.org.br/resolucao-cofen3112007_2102.html)>. Acesso em: 8 abr. 2019.

COSTA, A. P., *et al.* Contribuições do pré-natal para o parto vaginal: percepção de puérperas. **Rev Rene**, Fortaleza, v. 3, n. 12, p. 548-554, jul./set. 2011. Disponível em: <[http://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/12483/1/2011\\_apcosta.pdf](http://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/12483/1/2011_apcosta.pdf)>. Acesso em: 30 mar. 2019.

FLORIANÓPOLIS. Prefeitura Municipal de. Secretaria Municipal de Saúde. Protocolo de Enfermagem volume 3. **Saúde da mulher**: Acolhimento às demandas da mulher nos diferentes ciclos de vida. Florianópolis, 2016 (atualizado em setembro de 2017).

LIMA, A. E.F. *et al.* Assistência ao parto após a implementação do Programa Cegonha Carioca: a perspectiva da enfermagem. **Rev Rene**. 2015, set-out; 16(5):631-8. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/3240/324042637003/index.html>>. Acesso em: 12 maio 2019.

MEDEIROS, R. M. K. *et al.* Repercussões da utilização do Plano de Parto no processo de parturição. **Rev Gaúcha Enferm.** 2019;40:e20180233. Disponível em: doi: <<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180233>>. Acesso em: 15 maio 2019.

MOUTA, R.J.O. *et al.* Plano de parto como estratégia de empoderamento feminino. **Rev baiana enferm.** 2017; 31(4): e20275. Disponível em: <<https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/20275/15372>>. Acesso em: 30 mar.2019

NUNES, J. T. *et al.*, Qualidade da assistência pré-natal no Brasil: revisão de artigos publicados de 2005 a 2015. **Cad. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p.252-261, jun.2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1414-462X201600020171>>. Acesso em: 9 abr. 2019.

PACK - Brasil Adulto: versão Florianópolis. **Kit de cuidados em atenção primária**. Ferramenta de manejo clínico em Atenção Primária à Saúde. University of Cape Town Lung Institute's Knowledge Translation Unit, 2018.

PAVANATTO, A.; ALVES, L. M. S. Programa de humanização no pré-natal e nascimento: indicadores e práticas das enfermeiras. **Revista de Enfermagem da UFSM**, [S.l.], v. 4, n. 4, p. 761-770, jan. 2015. ISSN 2179-7692. Disponível em: doi:

<<http://dx.doi.org/10.5902/2179769211329>>. Acesso em: 9 abr. 2019.

PONTES, M.G.A. *et al.* Parto nosso de cada dia: um olhar sobre as transformações e perspectivas da assistência. **Rev. Ciênc. Saúde**, Nova Esperança, v. 12, n. 1, p. 69-78, jun. 2014.

POSSATI, A. B. *et al.* Humanization of childbirth: meanings and perceptions of nurses. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, e20160366, 2017. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452017000400203](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452017000400203) &lng=en &nrm=iso>. Acesso em: 25 mar. 2019.

SANTOS, D. S. *et al.* Sala de espera para gestantes: uma estratégia de educação em saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, supl. 2, p. 62-67, mar. 2012.

SILVA, L. N. M., SILVEIRA A.P.K.F., MORAIS, F. R.R., Programa de Humanização do Parto e Nascimento: aspectos institucionais na qualidade da assistência. **Rev. Enferm. UFPE on line.**, Recife, ed 11(supl.8), p. 3290-3294, ago., 2017. Disponível em;

<<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/110195/22085>>. Acesso em: 2 abr. 2019.

SILVA, M. M. J. *et al.* O envolvimento paterno na gestação sob o olhar de gênero. **Rev. Enferm. UFPE on line.**, Recife, v. 7, n. 5, p. 1276-1381, maio 2013. Disponível em:

<<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/11622/13682>>. Acesso em: 2 abr. 2019.

SILVEIRA, M. R., SENA, R. R., OLIVEIRA, S. R., O processo de trabalho das equipes de Saúde da Família: implicações para a promoção da saúde. **Rev. Min. Enferm.**;15(2): 196-201, abr./jun., 2011

SODRE, T. M *et al.* Necessidade de cuidado e desejo de participação no parto de gestantes residentes em Londrina-Paraná. **Texto Contexto – enferm.**, Florianópolis, v. 19, n 3 a06v19n3, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n3/a06v19n3.pdf>>. Acesso em: 20 maio 2019.

THUROW, Mara Regina Bergmann. **Ações do enfermeiro nos serviços que integram a Rede Cegonha na perspectiva ecossistêmica.** Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do Rio Grande (FURG), Rio Grande, 2016.

TRENTINI, M.; PAIM, L.; SILVA D. M. G. O método da Pesquisa Convergente Assistencial e sua aplicação na prática de Enfermagem. **Texto Contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 26, n.4, e1450017, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017001450017>>. Acesso em: 15 maio 2019.

TRENTINI, M.; PAIM, L.; SILVA D. M. G. **Pesquisa convergente assistencial:** delineamento provocador de mudanças nas práticas de saúde. 3. ed. Porto Alegre: Moriá, 2014, 176p.

VIELLAS, E. F. *et al.* Assistência pré-natal no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S85-S100, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0085.pdf>>. Acesso em: 6 fev. 2019.

WHO (World Health Organization). **Recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience.** Geneva, 2018. Disponível em: <<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines>>. Acesso em: 30 jan. 2019.

### 5.3 APRESENTAÇÃO DO PRODUTO TÉCNICO

#### INSTRUMENTO DE PLANO DE PARTO: CONTRIBUIÇÕES E POSSIBILIDADES

Em 1996, a Organização Mundial da Saúde com o intuito de reorganizar e humanizar a assistência obstétrica no mundo, lançou uma série de recomendações denominadas “Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento”, apresentando o Plano de Parto como tecnologia de promoção das práticas baseadas em evidências e atenção humanizada durante a parturição.

O Plano de Parto é definido como um documento escrito, de caráter legal, fundamentando em evidências científicas, em que a mulher grávida expressa seus desejos e expectativas frente ao nascimento, elencando as condutas que considera aceitáveis, dentro das recomendações de boas práticas, durante a assistência ao parto (CORTÉS *et al.*, 2015).

Dentre os benefícios relacionados a utilização desta tecnologia, são evidenciados a promoção do processo de parto como evento natural e fisiológico; a comunicação mais efetiva entre profissionais de saúde e gestante; maior conscientização da mulher sobre a fisiologia e as etapas que envolvem o trabalho de parto e parto; o estímulo ao exercício da autonomia e protagonismo; melhores resultados obstétricos e maior grau de satisfação materna (MEDEIROS *et al.*, 2019).

Assim sendo, torna-se necessário a divulgação e a implementação desta tecnologia na rotina assistencial voltada ao acompanhamento pré-natal na Atenção Primária à Saúde, propiciando a inserção de novas práticas profissionais, pautadas no diálogo e na troca de informação, favorecendo a qualidade da assistência e atenção humanizada.

Diante do exposto, este estudo apresentou como **objetivo geral**: construir estratégias conjuntas com os profissionais da Estratégia de Saúde da Família que contribuam para o aprimoramento e implementação do modelo existente de Plano de Parto para a utilização durante o acompanhamento pré-natal na Atenção Primária à Saúde e como **objetivos específicos**: identificar as fragilidades e estratégias adotadas pelos profissionais da Estratégia de Saúde da Família na preparação da mulher para a parturição durante o acompanhamento pré-natal; conhecer os motivos que levam a não utilização do Plano de Parto pelos profissionais de saúde durante o acompanhamento pré-natal na Atenção Primária à Saúde e; sensibilizar os profissionais de saúde para utilização do plano de parto como ferramenta integrante na rotina da assistência pré-natal na Atenção Primária à Saúde.

Dentre as estratégias propostas pelos profissionais para incrementar a prática assistencial e promover melhorias no que tange a preparação da gestante para a parturição, foi sugerido o uso do plano de parto na rotina de atendimento, elencado a necessidade de incorporar orientações ao modelo existente, que será apresentado nas etapas a seguir, bem como realizar a adequação do conteúdo, organização das informações e layout, tornando o instrumento mais atrativo e propiciando praticidade para a rotina de atendimento pré-natal.

A reformulação do referido instrumento foi elaborada em diferentes etapas, descritas a seguir:

**a) Primeira Etapa – Apresentação do Instrumento de Plano de Parto**

Nas entrevistas realizadas durante a coleta de dados, cujo propósito foi identificar as estratégias adotadas na preparação e planejamento do parto durante o acompanhamento pré-natal, foi possível observar certa superficialidade na abordagem dos profissionais sobre o processo de parturição, sendo que as orientações fornecidas se resumiam aos sinais de trabalho de parto e urgências obstétricas.

*“A gente acaba orientando as questões técnicas, sinais de trabalho de parto mesmo, né, em que momento procurar a maternidade.” (E2)*

*“... enfatizo muito a questão dos sinais de trabalho de parto, perda de líquido, contrações, ... o momento que elas devem procurar a maternidade, para não correr o risco de ir lá, ser avaliada e ter que voltar pra casa.” (E4)*

*“Normalmente nas consultas finais a gente dá orientações sobre trabalho de parto, quando procurar a maternidade, os sinais de que realmente está em trabalho de parto.” (E6)*

*“... eu falo sobre o que vai apresentar na época do trabalho de parto, desde as contrações isoladas, de Braxton Hicks que eles chamam, que é o pré-preparo do trabalho de parto até as contrações, bolsa (amniótica), liberação do tampão mucoso...” (E9)*

*“A gente fala de todas as indicações de buscar a maternidade, né, critérios de trabalho de parto,*

*como identificar um trabalho de parto em casa, como identificar sinais de risco na gestação.” (E10)*

A maioria dos profissionais também referiu desconhecimento referente ao modelo de plano de parto existente, apesar de este integrar o protocolo de enfermagem utilizado pela rede municipal de saúde (FLORIANÓPOLIS, 2016a), o que evidencia certa fragilidade em relação a preparação da gestante no que diz respeito à evolução do processo de parto no ambiente hospitalar dentro do serviço de referência ao parto..

*“Então, eu sei pouco sobre o plano de parto...” (E4)*

*“Puxa vida, eu não sabia que existia esse plano de parto. Eu não sabia que tinha.” (E7)*

*“Eu sei pouca coisa. Na verdade, assim, eu já peguei algum pra ver, mas usar, usar, eu nunca usei.” (E1)*

*“Bom, estruturalmente eu não conheço muito bem. Eu sei que seria, né, colocado no papel tudo o que a mulher deseja que aconteça durante esse processo de trabalho de parto ... dentro de uma possibilidade real.” (E2)*

*“Não, eu não conheço. Sei que existe, mas nunca tive acesso, assim, pra tá lendo.” (E3)*

*“Ah, eu não conheço este instrumento, nunca utilizei.” (E6)*

*“Eu não conheço, nunca utilizei.” (E10)*

Para gerar maior familiaridade com o modelo de plano de parto existente, durante a entrevista, foi fornecido uma cópia do instrumento para cada participante, conforme imagem ilustrativa apresentada a seguir (Figura 7), sendo proposto a leitura e orientado quanto a utilização deste material na atividade em grupo, a ser realizada posteriormente.

Figura 7 - Modelo existente do Plano de Parto (frente)



## ANEXO I – MODELO DE PLANO DE PARTO

<p><b>Sugestão de roteiro para o Plano de Parto</b></p> <p>O plano de parto é uma carta que a gestante elabora, relatando os itens sobre o trabalho de parto e o parto ajudando a refletir sobre como ela quer parir seu bebê. É um importante instrumento de empoderamento feminino e de informação sobre as práticas recomendadas para a assistência ao parto.</p>
<p>1. Você quer a presença de pessoas durante o parto? ( ) sim ( ) não</p> <p>2. Quem você quer presente durante o parto?</p> <p>( ) Marido/parceiro/pai do bebê ( ) Filha(o) ( ) Outros _____</p> <p>( ) Mãe ( ) Outros familiares</p> <p>( ) Amiga(o) ( ) Doula</p>
<p>No trabalho de parto é recomendado que a mulher se movimente livremente. A posição deitada de costas deve ser evitada. A raspagem dos pelos é desnecessária, assim como a lavagem intestinal. Caso deseje, poderá solicitar um supositório de glicerina para esvaziar o intestino, evitando saída de fezes no momento do parto.</p>
<p>3. Deseja usar supositório de glicerina? ( ) sim ( ) não</p>
<p>Várias técnicas podem ser utilizadas para aliviar a dor durante o trabalho de parto. Você pode, ainda, escolher usar remédios para aliviar a dor. Neste caso, o anestesista irá injetá-los num espaço próximo da coluna vertebral.</p>
<p>4. Métodos de alívio da dor que deseja ter como opção?</p> <p>( ) Exercícios de relaxamento com a bola do nascimento ( ) Massagens</p> <p>( ) Banho de banheira ou chuveiro ( ) Respiração profunda</p> <p>( ) Anestesia com medicamentos ( ) Outros _____</p>
<p>5. Você também pode tomar líquidos para manter-se hidratada. Que deseja ingerir?</p> <p>( ) Água ( ) Chás</p> <p>( ) Suco de fruta ( ) Outros _____</p> <p>( ) Gelatina</p>
<p>6. Manter o ambiente com pouca luminosidade e com música para ajudar a relaxar e tranquilizar.</p> <p>( ) Desejo um ambiente com pouca luminosidade durante o trabalho de parto.</p> <p>( ) Desejo ouvir música durante o trabalho de parto.</p>
<p><b>A posição do parto deve ser escolhida pela mulher</b></p>

Figura 8 - Modelo existente do Plano de Parto (verso)



<p>7. Qual posição deseja ter o parto?  <input type="checkbox"/> Sentada/Cócoras                      <input type="checkbox"/> De lado  <input type="checkbox"/> Deitada com cabeceira elevada    <input type="checkbox"/> Outros: _____</p>
<p><b>Em poucos casos pode ser necessário realização a episiotomia (corte na vagina), uso de extratores e de indução ao parto. Caso necessário você deverá ser informada pelo profissional e dar seu consentimento.</b></p>
<p><b>O bebê que nasce bem é secado e matido em contato pele a pele com a mãe, antes mesmo de cortar o cordão. Este só deve ser cortado após parar de pulsar (depois de um minuto de vida). O bebê deve ser colocado para mamar logo que nascer e permanecer junto a mãe durante toda a internação hospitalar.</b></p>
<p>8. O bebe ao nascer deve ter seu cordão umbilical cortado após parar de pulsar (após 1 minuto de vida), e quanto ao corte a paciente pode escolher quem irá cortar ou se ela mesma quiser cortar:  <input type="checkbox"/> Pelo profissional                      <input type="checkbox"/> Pelo marido/perceiro/pai do bebê  <input type="checkbox"/> Por você mesma                      (Outros _____)</p>
<p><b>Após o parto administra-se vitamina K no músculo da perninha do bebê, para evitar hemorragia, e pinga-se um colírio nos olhos para evitar infecção. Deve-se evitar dar banho nas primeiras horas para que o bebê nas esfrie e o curativo do coto umbilical é feito com álcool. Se a mãe estiver bem, pode tomar banho e eliminar-se do que desejar. Os profissionais avaliam periodicamente o sangramento após o parto e ajudam na amamentação.</b></p>
<p>9. Caso tenha outros desejos e expectativas em relação a vivência do parto, registre aqui:</p>

Adaptado da carteira de gestante do Município de Belo Horizonte - MG 2015.

### **b) Segunda Etapa – Revisão das Boas Práticas baseadas em evidências científicas**

Ao analisar as informações obtidas nas entrevistas, seguindo os preceitos da pesquisa convergente assistencial, foi necessário a realização de revisão narrativa para elaboração dos conteúdos teóricos a serem abordados na discussão em grupo, objetivando o aprofundamento da temática e a fundamentação científica necessária para a sustentação e atualização deste produto.

Para contextualizar a temática, foi elaborada revisão de conteúdo para os participantes que abordava as mudanças culturais no mundo ocidental relacionadas ao parto: “*De um evento natural e doméstico passou a um procedimento institucionalizado e medicalizado*”; as recentes mudanças de paradigma relacionadas ao parto e nascimento; as políticas públicas voltadas à Humanização do Pré-Natal, Parto e Nascimento; e as recomendações da OMS relacionadas aos cuidados durante o trabalho de parto, parto e nascimento baseadas em evidências científicas (WHO, 2018), sendo produzido uma síntese dos principais cuidados, como mostra o quadro abaixo:

**Quadro 5 - Síntese dos cuidados relacionados ao processo de parturição**

<b>CUIDADOS RECOMENDADOS DURANTE O PARTO E NASCIMENTO</b>	
<p>- <i>Cuidados de maternidade respeitosos que promovam privacidade, dignidade, a escolha informada e protejam contra danos ou maus tratos.</i></p> <p>- <i>Apoio Físico e Emocional</i></p> <p>- <i>Comunicação efetiva entre profissionais de saúde e as parturientes</i></p> <p>- <i>A garantia do acompanhante durante todo o trabalho de parto (TP) e parto.</i></p>	
<b>CUIDADOS NA PRIMEIRA ETAPA DO TRABALHO DE PARTO</b>	
<b>Recomendados</b>	<b>Não recomendados</b>
<p>- <i>Definição dos estágios de TP:</i>  <u>Fase latente:</u> contrações dolorosas com dilatação do colo uterino &lt; 5cm  <u>Trabalho de parto ativo:</u> contrações regulares e dilatação do colo uterino &gt; 5cm</p>	<p>- <i>Tricotomia</i></p> <p>- <i>Realização de Enema</i></p> <p>- <i>Antissepsia vaginal (limpeza vaginal com clorexidina)</i></p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Duração variável</i>: até 12 horas em nulíparas até 10 horas em múltiparas</li> <li>- <i>Avaliação do bem-estar fetal com ausculta intermitente</i></li> <li>- <i>Toque vaginal em intervalos de 04 horas</i></li> <li>- <i>Alívio da dor com o uso de analgesia e medidas não farmacológicas</i> (massagens, compressas quentes, técnicas de relaxamento)</li> <li>- <i>Ingesta de líquidos e alimentos</i></li> <li>- <i>Livre movimentação</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Amniotomia precoce</i></li> <li>- <i>Uso de ocitocina</i></li> <li>- <i>Uso de Agentes Antiespasmódicos para prevenção de TP prolongado</i></li> <li>- <i>Fluidos intravenosos para acelerar o trabalho de parto</i></li> <li>- <i>Cardiotocografia de rotina</i></li> <li>- <i>Pelvimetria Clínica em admissão</i></li> </ul>
<b>CUIDADOS NA SEGUNDA ETAPA DO TRABALHO DE PARTO</b>	
<b>Recomendados</b>	<b>Não recomendados</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Definição</i>: período entre a dilatação total e o nascimento</li> <li>- <i>Duração variável</i>: até 03 horas em nulíparas até 02 horas em múltiparas</li> <li>- <i>Livre escolha de posições para o nascimento</i></li> <li>- <i>Puxos espontaneos</i></li> <li>- <i>Técnicas para prevenção de trauma perineal</i> (massagem, compressas mornas e proteção com as mãos no períneo)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Uso rotineiro de episiotomia</i></li> <li>- <i>Pressão manual do fundo uterino</i></li> </ul>
<b>CUIDADOS NA TERCEIRA ETAPA DO TRABALHO DE PARTO</b>	
<b>Recomendados</b>	<b>Não recomendados</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Administração profilático de ocitocina 10 UI (IM ou IV) ou outro uterotônico</i> (ergometrina, metilergometrina ou misoprostol)</li> <li>- <i>Tração controlada do cordão (CCT)</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Massagem uterina contínua mediante uso de ocitocina</i></li> </ul>

<p>- <i>Clampeamento tardio do cordão umbilical</i></p>	
<b>CUIDADOS COM RECÉM-NASCIDO (RN)</b>	
<b>Recomendados</b>	<b>Não recomendados</b>
<p>- <i>Contato pele a pele entre RN e a mãe na primeira hora - Hora Dourada</i></p> <p>- <i>Estímulo amamentação precoce</i></p> <p>- <i>Administração da vitamina K intramuscular (profilaxia de doença hemorrágica)</i></p> <p>- <i>Cuidados imediatos (roupas adequadas para manutenção da temperatura corporea do bebê, evitando o banho nas primeiras 24 horas)</i></p> <p>- <i>Alojamento conjunto</i></p>	<p>- <i>Aspiração oral ou nasal de rotina em RN saudável.</i></p>
<b>CUIDADOS COM A MULHER NO PÓS-PARTO</b>	
<b>Recomendados</b>	<b>Não recomendados</b>
<p>- <i>Avaliação materna regular (tônus uterino, sangramento vaginal, contração e altura uterina, pressão arterial, temperatura e frequência cardíaca nas primeiras 24 horas)</i></p> <p>- <i>Internação hospitalar por pelo menos 24 horas de pós-parto</i></p> <p>- <i>Alta hospitalar mediante a avaliação da mãe e do bebê (sangramento materno controlado, amamentação efetiva e ausencia de sinais de infecção em ambos)</i></p>	<p>- <i>Uso de antibióticos profiláticos para parto vaginal não complicado e episiotomia</i></p>

Extraído de WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience (2018)

Com a intenção de promover a reflexão sobre o papel dos profissionais que atuam na Atenção Primária à Saúde (APS) referente as

responsabilidades e o compromisso assumido no cuidado à gestante e a sua preparação para o parto, também foram inseridos na revisão os “Dez passos para o Pré-natal de Qualidade na APS”, citados a seguir:

“1º passo: Iniciar o pré-natal na Atenção Primária à Saúde até a 12ª semana de gestação (captação precoce).

2º passo: Garantir os recursos humanos, físicos, materiais e técnicos necessários à atenção pré-natal.

3º passo: Toda gestante deve ter assegurado a solicitação, realização e avaliação em tempo oportuno do resultado dos exames preconizados no atendimento pré-natal.

4º passo: Promover a escuta ativa da gestante e de seus (suas) acompanhantes, considerando aspectos intelectuais, emocionais, sociais e culturais e não somente um cuidado biológico: "rodas de gestantes".

5º passo: Garantir o transporte público gratuito da gestante para o atendimento pré-natal, quando necessário.

6º passo: É direito do (a) parceiro (a) ser cuidado (realização de consultas, exames e ter acesso a informações) antes, durante e depois da gestação: "pré-natal do (a) parceiro (a)".

7º passo: Garantir o acesso à unidade de referência especializada, caso seja necessário.

8º passo: Estimular e informar sobre os benefícios do parto fisiológico, incluindo a elaboração do "Plano de Parto".

9º passo: Toda gestante tem direito de conhecer e visitar previamente o serviço de saúde no qual irá dar à luz (vinculação).

10º passo: As mulheres devem conhecer e exercer os direitos garantidos por lei no período gravídico-puerperal (BRASIL, 2013, p.38).

Para melhor compreensão dos profissionais em relação ao instrumento de plano de parto, este foi definido como:

*Um documento escrito, de caráter legal, fundamentado em evidências científicas, em que a mulher grávida expressa seus desejos e expectativas frente ao nascimento, elencando as condutas que*

*considera aceitáveis (dentro do que recomendam as boas práticas) durante a assistência ao parto. (CORTÉS et al., 2015).*

A construção deste instrumento, durante o acompanhamento pré-natal, proporciona o diálogo e troca de informações relacionadas ao processo de parturição, de maneira organizada e didática, favorecendo a estimulação de escolhas informadas e atenção humanizada, bem como a reflexão sobre as práticas clínicas e a melhoria da qualidade dos serviços (WHITFORD et al., 2014).

### **c) Terceira Etapa – Reformulação do Instrumento de Plano de Parto**

Esta etapa teve como propósito a reformulação do modelo de parto existente, a partir das sugestões oriundas dos profissionais envolvidos no acompanhamento pré-natal, buscando estratégias viáveis que estimulem e facilitem a utilização deste instrumento na rotina assistencial.

A operacionalização desta ação ocorreu na atividade em grupo, segunda etapa da coleta de dados, ocorrida no dia 16 de novembro de 2018. Após a devolutiva das informações obtidas nas entrevistas promoveu-se a exposição dos conteúdos relacionados à temática, já citados na etapa anterior, procurando sensibilizar os profissionais no que diz respeito à preparação para a parturição e a continuidade da atenção humanizada no serviço de referência ao parto.

Dando continuidade, os profissionais participantes foram divididos em dois pequenos grupos: um grupo formado por uma médica e três enfermeiras e outro grupo formado por duas médicas, uma enfermeira e uma residente em enfermagem. Foi solicitado aos participantes a cópia do modelo existente, que havia sido entregue nas entrevistas (anexo A), sendo disponibilizado novas cópias para aqueles que não possuíam.

Os grupos foram estimulados a analisar o modelo existente e, a partir das reflexões e discussões proporcionadas no encontro, elencar sugestões para otimização deste instrumento na rotina assistencial.

*“... o plano de parto detalhado, com os itens legais, eu acho que facilitaria a gente saber o que orientou pra aquela gestante.” (AG1)*

*“... falta internalizar na equipe pra usar este instrumento, porque facilitaria realmente...” (AG8)*

*“ter o instrumento sempre à mão nos consultórios, isto possibilitaria o uso mais frequente.” (AG3)*

Dentre as sugestões propostas para inclusão no instrumento, foram citadas a identificação da gestante, os sinais de trabalho de parto que indiquem a necessidade de procurar a maternidade e orientações referente ao retorno da mãe e do recém-nascido à unidade básica de saúde.

*“Por exemplo, teste do pezinho do terceiro ao quinto dia, as contrações se tiverem a cada 5 a 7 minutos vai pra maternidade...” (AG1)*

Além das informações elencadas para inclusão no plano de parto, também foi sugerida a retirada da orientação sobre uso de supositório de glicerina, por ser um cuidado não recomendado.

Os profissionais também definiram o período gestacional para o fornecimento do plano de parto à gestante, sendo estipulado o início do terceiro trimestre gestacional preferencialmente e antecedendo o agendamento da visita à maternidade, para que as informações pudessem ser discutidas simultaneamente entre os serviços. Quanto a visita à maternidade, os participantes compartilharam a dificuldade de agendamento via SISREG, sendo que muitas gestantes não estavam conseguindo realizar esta atividade.

#### **d) Quarta Etapa – Definição de layout e produção gráfica**

A partir do modelo de plano de parto existente e com as sugestões obtidas, descritas anteriormente, foi elaborado uma versão preliminar com um novo layout e a organização das informações disponibilizadas no formato de folder instrucional, apresentado na Figura 9 a seguir:

Figura 9 - Versão Preliminar do Instrumento de Plano de Parto (frente)

PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS  
CENTRO DE SAÚDE

**PLANO DE PARTO**

Nome: \_\_\_\_\_ DPP \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

*O plano de parto é uma carta elaborada pela gestante, relatando seus desejos referente ao trabalho de parto e parto, possibilitando o planejamento do nascimento do seu bebê.*

*Este instrumento permite que você receba informações importantes, durante o pré-natal, sobre a assistência ao parto e conheça algumas práticas recomendadas. Converse com sua equipe de saúde*

**a) A caminho da maternidade**

O trabalho de parto inicia com a presença de **contrações regulares e dolorosas** (3 contrações em 10 minutos), podendo ter o **rompimento espontâneo da bolsa amniótica e/ou presença de sangramento**. Então, é hora de procurar o serviço de referência ao parto.

Você deseja realizar seu parto na Maternidade \_\_\_\_\_

**b) Direito ao acompanhante em tempo integral, durante o parto.**

- Você deseja a presença de alguém de sua confiança? ( ) Sim ( ) Não

- Quem você deseja que esteja presente?

( ) Marido/parceir@/pai do bebê ( ) Mãe ( ) Amig@ ( ) Filh@ ( ) Doula ( ) Outra pessoa

*A raspagem dos pelos e a lavagem intestinal é desnecessária. Se houver vontade de evacuar durante o trabalho de parto, não se preocupe, isto é normal e bastante comum.*

**c) Dieta leve e ingestão de líquidos durante o trabalho de parto.**

O que você deseja ingerir durante o trabalho de parto?

( ) Frutas ( ) Sucos ( ) Gelatina ( ) Água ( ) Chás ( ) Outros \_\_\_\_\_

**d) Alívio da Dor.**

*Você poderá usufruir de diversas técnicas para aliviar a dor durante o trabalho de parto, dentre elas poderá optar pelos métodos naturais e também poderá solicitar a administração de medicamentos.*

O que você deseja utilizar para o alívio da dor no trabalho de parto?

( ) Banhos terapêuticos (chuveiro ou banheira) ( ) Massagens ( ) Exercícios respiratórios

( ) Exercícios de relaxamento (bola de pilates) ( ) Música ( ) Pouca luminosidade

( ) Medicamentos / Anestesia - Importante: alguns medicamentos podem causar tonturas, enjoos

e dificultar a movimentação devido aos seus efeitos e a necessidade de instalação de soro.

*No trabalho de parto é recomendado que você se movimente livremente, devendo evitar a posição deitada de costas.*

Fonte: Elaborado pela autora (2019)

Figura 10 - Versão Preliminar do Instrumento de Plano de Parto (verso)

**e) Livre escolha de posições durante o parto**

Qual posição você deseja ficar durante o parto?

- Sentada  De cócoras  De lado  
 Deitada com cabeceira elevada  
 Outras \_\_\_\_\_

**f) Realização de episiotomia**

*A episiotomia é um corte feito próximo a vagina, por médico ou enfermeira obstétrica, durante o parto, não devendo ser realizada rotineiramente ou sem justificativas clínicas.*

Podará ser realizada em caso de estrita necessidade, após as devidas explicações e o seu consentimento?  
 Sim  Não

**g) A hora dourada do Nascimento**

*Ao nascer o bebê é acolhido pelo profissional que assiste o parto, deve ser secado e logo em seguida ser colocado em seus braços, favorecendo o contato pele a pele, antes mesmo de ser cortado o cordão umbilical.*

*O corte do cordão umbilical deverá ocorrer após 01 minuto de vida ou ao parar de pulsar.*

Quem você deseja que faça o corte do cordão umbilical?

- Você mesma  Seu acompanhante  O profissional

Você deseja amamentar seu bebê imediatamente?  Sim  Não

**h) Cuidados com você e o seu bebê**

- Para evitar risco de doença hemorrágica será administrado no seu bebê 01 mg de Vitamina K intramuscular.

- O banho do seu bebê não deve ser realizado antes das 06 primeiras horas de vida, mantendo a proteção da pele e a temperatura corporal.

Quem você deseja que dê o primeiro banho?

- Você mesma  Seu acompanhante  O profissional  Outro \_\_\_\_\_

*Durante o período de internação você e o bebê devem permanecer em alojamento conjunto, ou seja, devem permanecer juntos o tempo todo. Se houver alguma condição de saúde que impeça, a equipe deverá informá-la, esclarecendo suas dúvidas.*

*Ainda na maternidade, vocês receberam a visita do Programa Capital Criança que entregarão a Caderneta da Criança, o Kit de primeiros cuidados contendo termômetro e álcool para realização do curativo do coto umbilical e administração de vacinas.*

Lembre-se:

- Estamos esperando você e seu bebê para a realização do teste do pezinho, entre o 3º e o 5º dia de vida;

- No Centro de Saúde, você tem direito a consulta com a enfermeira e seu bebê com pediatra/médico de família na primeira semana do pós-parto. Informe-se com a sua equipe.

- Traga a certidão de nascimento de seu bebê para atualização do cadastro de saúde.

Fonte: Elaborado pela autora (2019)

Esta versão foi encaminhada para os participantes para avaliação do conteúdo técnico e apresentação do folder, tendo uma devolutiva

favorável ao modelo apresentado e boa aceitação quanto a sua utilização na rotina de atendimento.

Para a estruturação da versão final deste produto, foi solicitado a ajuda de um designer gráfico que realizou a adaptação das imagens encontradas em websites e a diagramação do material, propiciando uma imagem visual mais atrativa e maior qualidade na apresentação do instrumento.

A impressão do folder foi realizada em uma gráfica, em tamanho A4, com papel offset 115g, contendo uma dobra e utilizada as quatro páginas do documento, facilitando assim a manipulação deste produto pelos profissionais e gestantes.

#### **e) Quinta Etapa – Utilização do Instrumento na Prática Assistencial**

Para facilitar a inserção do instrumento na rotina de atendimento às gestantes, possibilitando o acesso e otimizando a dinâmica de trabalho, o material foi entregue aos profissionais já impresso e dobrado, facilitando a utilização durante as consultas de pré-natal.

Durante a atividade em grupo, foi realizada a pactuação entre os profissionais sobre o período gestacional mais adequado para a abordagem e fornecimento deste instrumento, sendo definido o início do terceiro trimestre gestacional, ou seja, em torno da 28ª semana de gestação e também associaram a importância da visita à maternidade neste período para a consolidação das ações relacionadas a preparação da gestante para o parto.

Mediante os relatos dos profissionais de saúde quanto a dificuldade da realização da visita à maternidade, uma vez que os agendamentos não estariam sendo liberados pelo sistema de marcação, realizou-se um contato telefônico com o setor responsável pelas visitas no serviço de referência com o intuito de viabilizar esta ação e minimizar este problema.

O setor responsável argumentou que a regulação das vagas relacionadas ao encaminhamento a visita à maternidade estava vinculada ao nível estadual, não possuindo governabilidade frente a resolução desta dificuldade. Entretanto, até que este problema gerencial fosse resolvido, foi pactuado com o setor responsável (CIAM/HU/UFSC) a liberação das gestantes para a visita, de acordo com o cronograma previsto pela instituição (primeira e terceira 3ª feira de cada mês), mesmo sem autorização emitida pelo SISREG, uma vez que as instituições estão dentro do mesmo território e pela proximidade geográfica torna-se inadmissível a não execução desta ação.

Para melhor organização deste fluxo provisório foi elaborado um convite a ser utilizado pelos profissionais, permitindo assim que as gestantes pudessem comparecer à visita e facilitando a comunicação entre os serviços, sendo mostrado abaixo:

Figura 11 - Autorização provisória da visita à maternidade

The figure displays four identical authorization forms for a maternity visit, arranged in a 2x2 grid. Each form is titled "CENTRO DE SAÚDE TRINDADE" and "AUTORIZAÇÃO VISITA À MATERNIDADE PARA GESTANTE E ACOMPANHANTE". The forms include the following text:

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Horário: 14 horas

Local: Auditório do HU / UFSC

\* Entrada pela portaria de visita do hospital

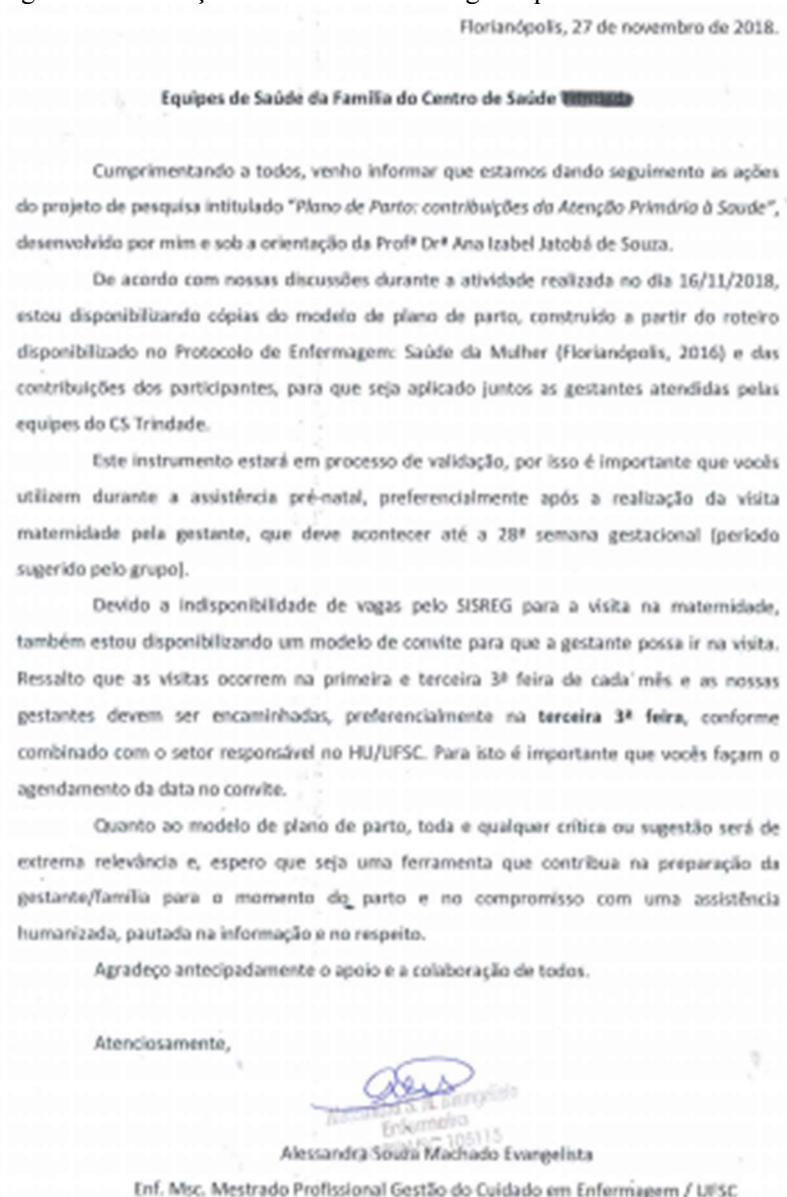
Profissional Responsável

Fonte: Elaborado pela autora (2019)

A elaboração desses materiais necessitou de um certo tempo para sua organização, por isso a entrega do instrumento ocorreu dez dias após a atividade em grupo. Os materiais foram organizados em um envelope, contendo uma matriz do convite à visita da maternidade (Figura 11) e cinco cópias do instrumento de plano de parto (Figura 13).

Para esclarecimentos dos profissionais em relação a utilização dos materiais fornecidos, foi encaminhada uma cartinha com instruções pertinentes e agradecimento a todos pela participação neste processo investigativo, sendo apresentada a seguir:

Figura 12 - Instruções fornecidas na entrega do produto



Fonte: Elaborado pela autora (2019).

A versão final do instrumento de plano de parto foi disponibilizada aos profissionais no final do mês de dezembro de 2018, sendo que o seu aprimoramento foi resultado da participação coletiva e o senso crítico-reflexivo dos envolvidos, a partir das discussões e aprofundamentos teóricos propostos neste estudo. A seguir, encontra-se o produto técnico utilizado como estratégia para fomentar a troca de informações na preparação para o momento do parto e promover mudanças na prática assistencial voltada ao atendimento da gestante. Para melhor visualização do conteúdo, o folder será apresentado em páginas separadas conforme consta nas Figuras 13, 14, 15 e 16 a seguir:

Figura 13 - Versão Final do Modelo de Plano de Parto (página 1)

Logo of Prefeitura de Florianópolis Centro de Saúde and the title 'Plano de Parto' with a baby illustration.

Nome: \_\_\_\_\_ DPP \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**O plano de parto é uma carta elaborada pela gestante, relatando seu desejo referente ao momento do parto, possibilitando o planejamento do nascimento do seu bebê.**

**Este instrumento permite que você receba informações importantes, durante o pré-natal, sobre a assistência ao parto e conheça algumas práticas recomendadas. Converse com sua equipe de saúde**

**a) A caminho da maternidade**

O trabalho de parto inicia com a presença de *contrações regulares e dolorosas* (2 contrações em 10 minutos), podendo ter o *rompimento espontâneo da bolsa amniótica e/ou presença de sangramento*.  
Então, é hora de procurar o serviço de referência ao parto.

Você deseja realizar seu parto na Maternidade \_\_\_\_\_

**b) Direito ao acompanhante em tempo integral, durante o parto.**

- Você deseja a presença de alguém de sua confiança? ( ) Sim ( ) Não  
- Quem você deseja que esteja presente?  
( ) Marido/parceiro/pai do bebê ( ) Mãe ( ) Amigo (a) ( ) Filho (a)  
( ) Doula ( ) Outra pessoa

**A raspagem dos pelos e a lavagem intestinal é desnecessária. Se houver vontade de evacuar durante o trabalho de parto, não se preocupe, isto é normal e bastante comum.**

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Figura 14 - Versão Final do Modelo de Plano de Parto (página 2)

.....

**c) Dieta leve e ingestão de líquidos durante o trabalho de parto**

O que você deseja ingerir durante o trabalho de parto?

( ) Frutas ( ) Sucos ( ) Gelatina ( ) Água ( ) Chás

( ) Outros \_\_\_\_\_

**d) Direito a cuidados respeitosos e um ambiente adequado e confortável.**

Você durante o trabalho de parto deseja

( ) ter sua privacidade respeitada ( ) Ser informada sobre os procedimentos

( ) ter um local com pouca luminosidade ( ) ouvir música

**e) Alívio da Dor**

**Você poderá usufruir de diversas técnicas para aliviar a dor durante o trabalho de parto, dentre elas poderá optar pelos métodos naturais e também poderá solicitar a administração de medicamentos.**

O que você deseja utilizar para o alívio da dor no trabalho de parto?

( ) Banhos terapêuticos (chuveiro ou banheira se tiver)

( ) Exercícios respiratórios ( ) Massagens

( ) Exercícios de relaxamento (bola de pilates)

( ) Medicamentos/ Anestesia (Informe-se durante à visita na maternidade)

**Importante:** alguns medicamentos podem causar tonturas, enjôos e dificultar a movimentação devido aos seus efeitos e a necessidade de instalação de soro.

**No trabalho de parto é recomendado que você se movimente livremente, devendo evitar a posição deitada de costas.**

**f) Livre escolha de posições durante o parto**

Qual posição você deseja ficar durante o parto?

( ) Sentada ( ) De cócoras ( ) De lado

( ) Deitada com cabeceira elevada

( ) Outras \_\_\_\_\_





.....

Fonte: Elaborado pela autora (2019)

Figura 15 - Versão Final do Modelo de Plano de Parto (página 3)

g) **Realização de episiotomia**

A episiotomia é um corte feito próximo a vagina, pelo médico ou enfermeira obstétrica, durante o parto, não devendo ser realizada rotineiramente ou sem justificativas clínicas.

Diante da avaliação e necessidade clínica e após as devidas explicações, você autoriza esse procedimento?

( ) Sim ( ) Não

h) **A hora dourada do Nascimento**

Ao nascer o bebê é acolhido pelo profissional que assiste o parto, deve ser secado e logo em seguida ser colocado em seus braços, favorecendo o contato pele a pele, antes mesmo de ser cortado o cordão umbilical.

O corte do cordão umbilical deverá ocorrer após 01 minuto de vida ou ao parar de pulsar.

Quem você deseja que faça o corte do cordão umbilical? ( ) Você mesma  
( ) Seu acompanhante ( ) O profissional que estiver assistindo o parto

A Organização Mundial da Saúde recomenda que a amamentação seja iniciada na primeira hora de vida, pois este gesto estimula a produção do leite materno, favorece o vínculo da mãe com o bebê e reduz as mortes infantis, além de prolongar o período do aleitamento.

Você deseja amamentar seu bebê imediatamente? ( ) Sim ( ) Não

i) **Cuidados com você e o seu bebê**

- Para evitar risco de doença hemorrágica será administrado no seu bebê 01 mg de Vitamina K intramuscular.

- O banho do seu bebê deve ser realizado após as primeiras 24 horas de vida, mantendo a proteção da pele e a temperatura corporal.

Quem você deseja que dê o primeiro banho?

( ) Você mesma ( ) Seu acompanhante ( ) O profissional de saúde  
( ) Outro



Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Figura 16 - Versão Final do Modelo de Plano de Parto (página 4)

Deixe registrado aqui outros desejos e expectativas que você tenha referente a vivência do parto:

Durante o período de internação você e o bebê devem permanecer em alojamento conjunto, ou seja, devem permanecer juntos o tempo todo.  
Se houver alguma condição de saúde que impeça isto, a equipe deverá informá-la, esclarecendo suas dúvidas.  
Ainda na maternidade, vocês receberão a visita do Programa Capital Criança que entregará a Caderneta da Criança, o Kit de primeiros cuidados contendo termômetro e álcool para realização do curativo do coto umbilical e administração de vacinas.

Fui informada sobre as recomendações e escolhas relacionadas ao parto e desejo receber atenção humanizada e respeitosa no nascimento do meu bebê.

Grata,

\_\_\_\_\_

**Lembre-se:**

- Estamos esperando você e seu bebê para a realização do teste do pezinho, entre o 3º e o 5º dia de vida;
- No Centro de Saúde, você tem direito a consulta com a enfermeira e seu bebê com pediatra/médico de família na primeira semana após o parto. Informe-se com a sua equipe.
- Traga a certidão de nascimento de seu bebê para atualização do cadastro de saúde.

Adaptado do modelo contido no Protocolo de Enfermagem: Saúde da mulher, Florianópolis 2016, vol 3.  
Elaboração: Msc. Enfl Alessandra S.M. Evangelista / Orientação: Profl Dra. Ana Izabel Játoba de Souza.



Fonte: Elaborado pela autora (2019)



## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dentre as razões que me conduziram a realização deste processo investigativo, posso identificar o desejo de estimular a discussão entre os profissionais de saúde sobre as práticas assistenciais promovidas na preparação para o parto e, desta forma, possibilitar às gestantes maior conhecimento e entendimento das experiências frente ao ato de parir.

Entendo que a informação é uma ferramenta importante na mudança de hábitos e na construção de novos conceitos e quando utilizada de forma responsável pode resultar em maior compreensão e coragem diante dos enfrentamentos e dificuldades trazidas pelas experiências de vida de cada indivíduo.

Por ser a gestação um período de intensas mudanças físicas e emocionais, que envolve diversos medos e preocupações, principalmente, no que se refere ao momento do parto e nascimento, é importante que a mulher receba uma assistência pré-natal de qualidade e, para isto, é imprescindível que os profissionais de saúde propiciem uma atenção humanizada, baseada no respeito e no diálogo e favoreçam a troca de informações para que a parturição e nascimento possam ser vivenciados de maneira positiva e segura.

Assim, este estudo foi desenvolvido com o objetivo de desenvolver estratégias conjuntas com os profissionais de saúde para o aprimoramento do plano de parto e a sua inserção na rotina de cuidados no acompanhamento pré-natal realizado pelas equipes de Saúde da Família. O caminho metodológico adotado, ou seja, a Pesquisa Convergente Assistencial, favoreceu a reflexão, discussão e proposição de alternativas para a melhoria da prática assistencial voltada à gestante no preparo para o parto.

No alcance dos objetivos propostos, a realização das entrevistas permitiu a proximidade e a percepção dos profissionais em relação a temática, sendo detectadas algumas deficiências em relação ao preparo da gestante para a parturição, como a ausência do planejamento individual e a superficialidade das informações relacionadas ao trabalho de parto e parto, reforçadas pelo desconhecimento do plano de parto e a pouca ênfase dada as boas práticas recomendadas para a humanização do nascimento.

A partir destes resultados e com a receptividade e o interesse demonstrados pelos profissionais, durante as conversas, houve motivação para dar continuidade na pesquisa, o que culminou em uma atividade em grupo e na discussão coletiva frente às boas práticas recomendadas ao

parto e, na sensibilização dos profissionais quanto à inserção do plano de parto na rotina assistencial, uma vez que esta tecnologia integra as diretrizes governamentais voltadas à humanização do parto e nascimento e sua utilização ainda não é percebida dentro dos serviços públicos.

O desenvolvimento desta prática educativa oportunizou um espaço de interação, troca de experiências, crescimento pessoal, estreitamento de vínculos entre os profissionais, o que possibilitou o repensar das ações e a instrumentalização profissional para incrementação de novas ideias na rotina assistencial. Dentre elas, a possibilidade de explorar e discutir sobre o modelo de plano de parto proposto pela própria rede de serviços, ainda desconhecido pelo grupo de trabalho, bem como a implementação de estratégias para a utilização deste instrumento na rotina assistencial durante o pré-natal.

Para a condução da discussão coletiva e reconstrução do instrumento de plano de parto o suporte teórico utilizado foi fundamentado nos princípios do SUS e nas políticas públicas de relevância para a APS e voltadas para a humanização da assistência pré-natal, parto e nascimento, o que nos leva a reconhecer as diversas lacunas existentes entre os serviços de saúde que comprometem a continuidade do cuidado, principalmente no que se refere à articulação e comunicação entre os diferentes níveis de atenção, sendo necessário um esforço de todos os envolvidos para a garantia da atenção humanizada e qualidade da assistência.

Diante das circunstâncias favoráveis à inserção deste instrumento no cuidado à gestante e, a partir das contribuições oriundas do processo crítico-reflexivo incitado na prática educativa, foi possível realizar o aprimoramento do modelo existente, readequando-o mediante as necessidades locais e facilitando o seu uso com a adaptação de um layout atrativo, no formato de folder e disponibilização do material impresso aos profissionais de saúde.

O processo de aprimoramento do plano de parto permitiu aos profissionais o conhecimento desta tecnologia e a atualização frente às boas práticas relacionadas ao parto, passando a ter em mãos um instrumento de auxílio para a melhoria da comunicação e organização das informações relacionadas ao trabalho de parto e parto, promovendo a integralidade e atenção humanizada durante o pré-natal e visando a continuidade do cuidado dentro dos serviços de referência ao parto e nascimento.

Dessa forma, espera-se que esta pesquisa tenha contribuído com a reflexão sobre as práticas assistenciais e as necessidades de mudanças e inovações exigidas pelo cotidiano do trabalho das equipes de Saúde da

Família, no que se refere à mulher durante o processo gravídico-puerperal, e que através da sensibilização dos profissionais de saúde o plano de parto possa ser utilizado como estratégia de resgate do protagonismo e autonomia da gestante e família para o nascimento saudável.

Portanto, recomenda-se a introdução do plano de parto na rotina assistencial durante o acompanhamento pré-natal, bem como a educação permanente dos profissionais inseridos na Atenção Primária à Saúde para que estes possam colaborar na construção de uma rede de serviços voltada à atenção humanizada, a partir de práticas respeitosas e inclusivas, colaborando com as transformações necessárias para que as experiências relacionadas a parturição e nascimento obtenham resultados positivos e seguros.



## REFERÊNCIAS

- ALVES, P. C. Desafios à integração no SUS: **Uma Análise da Rede de Atenção à Saúde da Mulher em Recife**. 2011. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2011. Disponível em: <<https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/12956/1/DISSERTAÇÃO%20Hérica%20Dantas%20Modesto%20Pinheiro.pdf>>. Acesso em: 30 jan.2019.
- ANDRADE, S.R. et al. Vigilância e a Rede de Atenção à Saúde: suporte para o planejamento e organização das práticas de cuidado. In: SOUZA, G.M.; BACKES, D. (Orgs.). **Cuidado em Enfermagem e Saúde: diversidades e complexidades**. Editora, 2015.
- APPOLINÁRIO, F. **Dicionário de metodologia científica: um guia para a produção do conhecimento científico**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2011.
- BERBEL, Neusi Aparecida Navas. Metodologia da Problematização com o Arco de Maguerez: **Uma reflexão teórico-epistemológica**. Londrina: EDUEL, 2012. Cap. 1, p. 15-46.
- BORDENAVE, J. D., PEREIRA, A. M., O que é ensinar. In: **Estratégias de ensino-aprendizagem**. Petrópolis: Vozes; 2000. p. 39-57.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436/GM, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2017. Disponível em: <<https://www.jusbrasil.com.br/diarios/161636273/dou-secao-1-22-09-2017-pg-68?ref=goto>>. Acesso em: 1 fev. 2019.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal: versão resumida**. Brasília: DF, 2017a. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_nacionais\\_assistencia\\_parto\\_normal.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf)>. Acesso em: 5 fev. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Aprimoramento e inovação no cuidado e ensino em obstetria e neonatologia. **Apice On**. Brasília: 2017b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana**. Brasília: CONITEC, 2016. Disponível em: <[http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2016/Relatorio\\_Diretrizes-Cesariana\\_final.pdf](http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2016/Relatorio_Diretrizes-Cesariana_final.pdf)>. Acesso em: 20 jan. 2019.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários da Saúde. Ministério da Saúde. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde**. Brasília: CONASS, 2015, 127p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Gravidez, parto e nascimento com saúde, qualidade de vida e bem-estar**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em: <<http://mesm.uncisal.edu.br/wp-content/uploads/2017/04/GRAVIDEZ-PARTO-E-NASCIMENTO-COM-SA%C3%9ADE.pdf>>. Acesso em: 10 maio 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. [recurso eletrônico]. 1 ed. rev. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013, 318 p.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. Ministério da Saúde. **Resolução CNS nº 466/12**. Brasil, 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2019.

\_\_\_\_\_. 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. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde **Manual prático para a Implementação da Rede Cegonha**. Brasília: 2011a. Disponível em: <[http://www.saude.mt.gov.br/upload/documento/444/manual-pratico-rede-cegonha-\[5B444-090312-SES-MT\].pdf](http://www.saude.mt.gov.br/upload/documento/444/manual-pratico-rede-cegonha-[5B444-090312-SES-MT].pdf)>. Acesso em: 5 jan. 2019.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília: CONASS, 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada: manual técnico.** Brasília: MS; 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa de Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Participativa. **Saúde da família: panorama, avaliação e desafios.** Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Programa de humanização do parto: humanização do pré-natal e nascimento.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticos de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher.** Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticos de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Assistência pré-natal: manual técnico.** Brasília: Ministério da Saúde, 2000. 66p

CARPES, F. F.; RESSEL, L. B.; STUMM, K. E. Assistência pré-natal sob a ótica de gestantes e familiares. **Revista Saúde** (Santa Maria), vol. 42, n. 2, p. 41-48, jul-dez. 2016. Disponível em <<https://periodicos.ufsm.br/revistasaude/issue/view/1049/showToc>>. Acesso em: 1 abr. 2019

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução nº 311/2007 de 08 de fevereiro de 2007.** Dispõe sobre a reformulação do código de ética dos profissionais de enfermagem. Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <[http://www.coren-ro.org.br/resolucao-cofen3112007\\_2102.html](http://www.coren-ro.org.br/resolucao-cofen3112007_2102.html)>. Acesso em: 8 abr. 2019.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução nº 159/193 de 19 de abril de 1993.** Dispõe sobre a consulta de Enfermagem. Rio de Janeiro, 1993.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Lei nº 7.498/86, de 25 de junho de 1986**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986\\_4161.html](http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html)>. Acesso em 08 abr.2019

CORTÉS, M. S. *et al.* Uso e influência dos planos de parto e nascimento no processo do parto humanizado. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 520-526. maio-jun. 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n3/pt\\_0104-1169-rlae-0067-2583.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n3/pt_0104-1169-rlae-0067-2583.pdf)>. Acesso em: 20 maio 2019.

COSTA, A. M. Política de saúde integral da mulher e direitos sexuais e reprodutivos. In: GIOVANELLA, L. *et al.* **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 979-1010.

COSTA, A. P.; *et al.* Contribuições do pré-natal para o parto vaginal: percepção de puérperas. **Rev Rene**, Fortaleza, v. 3, n. 12, p. 548-554, jul./set. 2011.

ELSEN, I. Prefácio. In: TRENTINI, M.; PAIM, L.; SILVA, D. M. G. V. **Pesquisa convergente assistencial: delineamento provocador de mudanças nas práticas de saúde**. Porto Alegre: Moriá, 2014, p. 7.

FIOCRUZ. **Avaliação do desempenho do sistema de saúde**. Laboratório de Informação em Saúde, ICICT, Rio de Janeiro, 2018.

FREITAS G.L., VASCONCELOS, C.T.M., MOURA, E.R.F., PINHEIRO, A.K.B. Discutindo a política de atenção à saúde da mulher no contexto da promoção da saúde. **Rev. Eletr. Enf.** [online], v.11, n.2, p.424-428, 2009. Disponível em: <<https://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a26.htm>>. Acesso em: 1 fev. 2019.

FLORIANÓPOLIS, Prefeitura Municipal de. Secretaria Municipal de Saúde. **Portaria nº 022/2016, de 08 de novembro de 2016**. Aprova a Política Municipal de Atenção Primária à Saúde para organização dos serviços e gestão e direcionamento das ações de educação permanente no âmbito da Atenção Primária à Saúde. Florianópolis, 2016.

\_\_\_\_\_. Prefeitura Municipal de. Secretaria Municipal de Saúde. Protocolo de Enfermagem volume 3. **Saúde da Mulher: Acolhimento às demandas da mulher nos diferentes ciclos de vida**. Florianópolis, 2016a (atualizado em setembro de 2017).

\_\_\_\_\_. Prefeitura Municipal de. Secretaria Municipal de Saúde. Programa Saúde da Mulher. **Protocolo de atenção integral a saúde da mulher**. Tubarão: Ed. Copiart, 2010.

GASKELL, G. **Entrevistas individuais e grupais**. IN: BAURER, Martin W. Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático. Rio de Janeiro: Vozes, 2007.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2010: **Estimativa 2015**. Disponível em: <[http://www.pmf.sc.gov.br/sistemas/saude/unidades\\_saude/populacao/uls\\_2015\\_index.php](http://www.pmf.sc.gov.br/sistemas/saude/unidades_saude/populacao/uls_2015_index.php)>. Acesso em: 2 mar. 2019.

KAHL, Carolina et al. Ações e interações na prática clínica do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde. **Rev Esc Enferm USP**, v. 52, e03327, 2018. Disponível em: doi:<<http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017025503327>>. Acesso em: 15 maio 2019.

MAIA, M. B. Assistência à saúde e ao parto no Brasil. In: **Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010, p. 19-49. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/pr84k/pdf/maia-9788575413289-03.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2019.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 10 ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MONGUILHOTT, Juliana Jacques da Costa. **A presença do acompanhante e a implementação das boas práticas na atenção ao parto**: a realidade do sul do Brasil. Dissertação (mestrado) – UFSC: Florianópolis, 2013. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/107602>>. Acesso em: 30 jan. 2019.

MOUTA, R. J.O. *et al.* Plano de parto como estratégia de empoderamento feminino. **Rev baiana enferm**, v. 31, n. 4, e20275, 2017. Disponível em: <<https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/20275/15372>>. Acesso em: 30 mar. 2019

NUNES, J. T. *et al.* Qualidade da assistência pré-natal no Brasil: revisão de artigos publicados de 2005 a 2015. **Cad. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p.252-261, jun.2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1414-462X201600020171>>. Acesso em: 9 abr. 2019,

PACK - Brasil Adulto: versão Florianópolis. **Kit de cuidados em atenção primária**. Ferramenta de manejo clínico em Atenção Primária à Saúde. University of Cape Town Lung Institute's Knowledge Translation Unit, 2018.

PAVANATTO, A.; ALVES, L. M. S. Programa de humanização no pré-natal e nascimento: indicadores e práticas das enfermeiras. **Revista de Enfermagem da UFSM**, [S.l.], v. 4, n. 4, p. 761-770, jan. 2015. Disponível em: doi: <<http://dx.doi.org/10.5902/2179769211329>>. Acesso em: 09 abr. 2019.

PEREIRA, R. C. A., **O trabalho multiprofissional na estratégia Saúde da Família**: estudo sobre modalidades de equipes. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2011.

POLIT, D. F. *et al.* **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: avaliação de evidência para prática de enfermagem. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem**: avaliação de evidências para a prática de enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: ArtMed; 2011

PONTES, M.G.A. *et al.* Parto nosso de cada dia: um olhar sobre as transformações e perspectivas da assistência. **Rev. Ciênc. Saúde**, Nova Esperança, v.12, n.1, p.69-78, jun.2014.

POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa quantitativa na atenção à saúde**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

POSSATI, A. B. *et al.* Humanization of childbirth: meanings and perceptions of nurses. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 21, n.4, 2017. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452017000400203&lng=en &nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452017000400203&lng=en &nrm=iso)>. Acesso em: 25 mar. 2019.

SANTOS, D. S. *et al.* Sala de espera para gestantes: uma estratégia de educação em saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, supl. 2, p. 62-67, mar. 2012.

SILVA, L. N. M., SILVEIRA A.P.K.F., MORAIS, F. R.R., Programa de Humanização do Parto e Nascimento: aspectos institucionais na qualidade da assistência. **Rev. Enferm. UFPE on line.**, Recife, v. 11 (supl.8), p. 3290-3294, ago., 2017. Disponível em:

<<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/110195/22085>>. Acesso em: 2 abr. 2019.

SILVA, M. M. J. *et al.* O envolvimento paterno na gestação sob o olhar de gênero. **Rev. Enferm. UFPE on line.**, Recife, v. 7, n. 5, p. 1276-1381, maio 2013. Disponível em:

<<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/11622/13682>>. Acesso em: 2 abr. 2019.

SILVEIRA, M. R., SENA, R. R., OLIVEIRA, S. R., O processo de trabalho das equipes de Saúde da Família: implicações para a promoção da saúde. **Rev. Min. Enferm.**, v. 15, n. 2, p. 196-201, abr./jun., 2011

SISSON, M. C. *et al.* Estratégia de Saúde da Família em Florianópolis: integração, coordenação e posição na rede assistencial. **Saúde Soc.** São Paulo, v.20, n.4, p.991-1004, 2011. Disponível em:

<<https://www.scielo.org/article/sausoc/2011.v20n4/991-1004/>>. Acesso em; 20 maio 2019.

SODRE, T. M *et al.* Escolha informada no parto: um pensar para o cuidado centrado nas necessidades da mulher. **Rev. Cienc Cuid Saude**, v. 11, p. 115-120, 2012. Disponível em:

<<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/17062>>. Acesso em: 2 mar. 2019.

SOUSA, M. F.; HAMANN, E. M. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14 (Supl. 1), p. 1325-1335, 2009.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TEMPORÃO, J. G. Direitos sexuais e reprodutivos das mulheres no Brasil: conquistas recentes e desafios prementes. **Ciência e Cultura**, v.64, n.2, p. 21-23, 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.21800/S0009-67252012000200011>>. Acesso em: 10 maio 2019.

TRENTINI, M.; PAIM, L.; SILVA D. M. G. O método da Pesquisa Convergente Assistencial e sua aplicação na prática de Enfermagem. **Texto Contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 26, n.4, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017001450017>>. Acesso em: 15 maio 2019.

TRENTINI, M.; PAIM, L.; SILVA D. M. G. O método da Pesquisa Convergente Assistencial e sua aplicação na prática de Enfermagem. **Texto Contexto - enferm.** Florianópolis, v. 26, n.4, e1450017, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017001450017>>. Acesso em: 15 maio 2019.

TRENTINI, M.; PAIM, L.; SILVA D. M. G. **Pesquisa convergente assistencial**: delineamento provocador de mudanças nas práticas de saúde. 3. ed. Porto Alegre: Moriá, 2014.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa convergente assistencial**: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em Saúde-Enfermagem. 2. ed. Florianópolis: Insular, 2004.

UNICEF. Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Agenda pela infância 2015 - 2018**: desafios e propostas – eleições 2014. Brasília, 2014. Disponível em: <[https://www.unicef.org/brazil/pt/UNICEF\\_agenda2014.pdf](https://www.unicef.org/brazil/pt/UNICEF_agenda2014.pdf)>. Acesso em: 5 fev. 2019.

VIDAL, Tiago Barra *et al.* Modelos de agendamento e qualidade da atenção primária: estudo transversal multinível. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.53, 38, 2019. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2019053000940>>. Acesso em 30 maio 2019.

VIELLAS, E. F. et al. Assistência pré-natal no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl.1, p.85-100, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00126013>>. Acesso em: 6 fev. 2019.

WHITFORD, H. M. *et al.* Use of a birth plan within woman-held maternity records: a qualitative study with women and staff in northeast Scotland. **Birth (Berkeley, Calif.)**, v. 41, n.3, p. 283-9, set. 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.1111/birt.12109>>. Acesso em: 30 jan. 2019.

WHO (World Health Organization). **Recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience**. Geneva, 2018. Disponível em: <<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines>>. Acesso em: 30 jan. 2019.

WHO (World Health Organization). **WHO Statement on Caesarean Section Rates**. Geneva, 2015. Disponível em: <[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHORHR15.02\\_por.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHORHR15.02_por.pdf)>. Acesso em: 5 jan. 2019.

WHO (World Health Organization). **Care in normal birth: a practical guide**. Genebra: WHO, 1996.



## APÊNDICE A - ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

<b>DADOS DE IDENTIFICAÇÃO</b>	
Nome:	Idade
Categoria Profissional:	Tempo de Formação:
Tempo de atuação na equipe:	Tipo de vínculo:
<b>QUESTÕES</b>	
1)	Fale-me como você normalmente realiza a assistência pré-natal às gestantes de sua área de abrangência?
2)	De acordo com sua experiência, quais aspectos são mais fáceis e os mais difíceis nessa assistência?
3)	A equipe conta com apoio/parceria de outros profissionais no acompanhamento pré-natal? Quais? Como avalia a articulação com estes profissionais?
4)	Qual a sua percepção sobre a presença do acompanhante durante o pré-natal? Quais estratégias a equipe adota para incentivar a presença do acompanhante?
5)	Qual sua opinião sobre a participação da gestante no planejamento do parto?
6)	Na sua prática assistencial, como ocorre a preparação da gestante para o momento do parto? O que você costuma orientar nas consultas? Em que período gestacional estas informações são mais abordadas?
7)	De que forma organiza estas orientações/informações sobre o parto junto a gestante?
8)	Dentre as estratégias para o planejamento individual do parto é recomendado pelo MS / RC a elaboração do plano de parto. Você já utilizou esta ferramenta?
9)	O município de Florianópolis instituiu o plano de parto em 2016, através do Protocolo de Enfermagem. Como ocorreu a divulgação deste instrumento entre os profissionais? Já teve oportunidade de manusear o modelo proposto?
10)	Quais informações você acrescentaria? Quais sugestões você teria para aprimorar o uso desta ferramenta.
11)	Como a equipe organiza o atendimento da gestante junto ao serviço de referência para assistência ao parto? Como é organizada a comunicação entre os serviços?
12)	Como você avalia a preparação da gestante para o nascimento humanizado?

## APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



### UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM ENFERMAGEM MESTRADO PROFISSIONAL GESTÃO DO CUIDADO EM ENFERMAGEM

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Gostaríamos de convidar o (a) Sr. (a) para participar da pesquisa intitulada: **“Contribuições dos profissionais da Atenção Primária à Saúde no preparo da gestante para a parturição: aprimorando o Plano de Parto e Nascimento”**, conduzida por mim, enfermeira Alessandra Souza Machado Evangelista, pesquisadora e mestranda do Programa de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem – Mestrado Profissional da Universidade Federal de Santa Catarina, e orientada pela professora Dra. Ana Izabel Jatobá de Souza. Esta pesquisa tem, como **objetivo geral**: construir estratégias conjuntas com os profissionais da Estratégia de Saúde da Família que contribuam para o aprimoramento e implementação do modelo existente de Plano de Parto durante o acompanhamento pré-natal na Atenção Primária à Saúde e como **objetivos específicos**: identificar as fragilidades e estratégias adotadas pelos profissionais da Estratégia de Saúde da Família na preparação da mulher para a parturição durante o acompanhamento pré-natal; conhecer os motivos que levam a não utilização do Plano de Parto pelos profissionais de saúde durante o acompanhamento pré-natal na Atenção Primária à Saúde e sensibilizar os profissionais de saúde para utilização do plano de parto como ferramenta integrante na rotina da assistência pré-natal na Atenção Primária à Saúde. Você não terá nenhum benefício direto relacionado à pesquisa, mas como benefícios de forma

indireta encontra-se a promoção, junto aos profissionais de saúde da Atenção Primária à Saúde, da discussão e reflexão sobre as questões relacionadas à preparação e planejamento do parto junto a gestante e família durante o pré-natal, através da utilização da ferramenta de plano de parto, o que efetivamente contribuirá para o fortalecimento do protagonismo da mulher no momento do parto e o fortalecimento de ações relacionadas a humanização do pré-parto, parto e nascimento. Igualmente, esta pesquisa trará como benefício para a instituição o aprimoramento do plano de parto como instrumento para o planejamento e preparação para o parto, integrando profissionais de saúde e gestantes/família atendidas, contribuindo assim para a melhoria da qualidade da assistência prestada durante o pré-natal. Caso aceite participar do estudo, receberá duas vias deste Termo para leitura, rubrica em todas as páginas e assinatura no final do documento, ressaltando que uma via ficará com você e a outra será devolvida a pesquisadora. Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, desenvolvido no período agosto a novembro de 2018, onde sua participação acontecerá em três momentos distintos: uma entrevista individual, uma prática educativa e, um encontro entre todos os participantes do estudo para organização do produto final. Todos os encontros serão agendados previamente, com data e local definidos, não devendo ultrapassar o tempo máximo de duração previsto: para entrevista vinte minutos e os encontros duas horas cada, sem trazer ônus às suas atividades cotidianas na instituição. As entrevistas serão gravadas com auxílio de gravador de áudio, posteriormente digitadas e guardadas em compact disc (CD) pela pesquisadora principal por cinco anos, após este período este material será destruído, conforme recomendação da Lei nº 9.610/98 que trata sobre os direitos autorais. As informações obtidas serão utilizadas exclusivamente para os fins desta pesquisa. Não trará nenhum dano físico, porém podem ocorrer desconfortos de natureza emocional relacionado à reflexão sobre a realidade vivida em seu ambiente de trabalho e/ou por qualquer dificuldade relacionada a temática ou mesmo por inibições relacionadas à sua participação em grupo. Na ocorrência de qualquer desconforto estaremos à sua disposição para ouvi-lo individualmente e se assim, o desejar, sua manifestação nos grupos pode ocorrer de forma escrita. De igual forma, podemos interromper sua participação durante a coleta de dados até que se sinta confortável em retornar a ela. Você tem o direito de desistir da pesquisa em qualquer de suas etapas, bastando para tanto manifestar seu interesse sobre isso. Esclarecemos que você não terá qualquer ônus ao desistir de sua participação. Da mesma forma, a pesquisa não prevê nenhum tipo de despesa por sua participação, nem

oferecerá qualquer gratificação monetária. Você terá direito a ressarcimento por qualquer despesa não prevista, mas comprovadamente vinculada a sua participação no estudo. Igualmente você tem direito a indenização por danos comprovadamente vinculados ao estudo.

Os resultados dessa pesquisa serão dados a você, caso o solicite, e estaremos disponíveis em caso de dúvidas sobre o estudo ou sobre os seus direitos como participantes. Informamos que a Comissão de ética em pesquisa com seres humanos pode lhe fornecer informações adicionais sobre a pesquisa, em qualquer momento. Abaixo se encontra os contatos para a obtenção das informações a seres solicitadas: **Pesquisadora / Mestranda** - Alessandra Souza Machado Evangelista, telefones (48) 991112245 e (48) 30862215, endereço eletrônico: asmenf@gmail.com.br; **Pesquisadora / Orientadora** - Ana Izabel Jatobá de Souza, telefone (48) 3721-9480, endereço eletrônico: aijsef1@gmail.com. **Centro de Saúde Trindade** – Av. Henriques da Silva Fontes, nº 6.000 – Trindade, Florianópolis / SC - CEP: 88010-102 – Fone (48) 32340177 e 32349577. **CEPSH / UFSC** - Campus Universitário Prédio Reitoria II R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401, Trindade, Florianópolis/SC CEP 88.040-400. Contato: (48) 3721-6094. cep.propesq@contato.ufsc.br.

Garantimos que seguiremos a Resolução 466/2012 em todas as etapas da pesquisa.

Desde já, agradeço sua participação.

## TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO

Eu, \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_, fui orientado (a) acerca da pesquisa **“Contribuições dos profissionais da Atenção Primária à Saúde no preparo da gestante para a parturição: aprimorando o Plano de Parto e Nascimento”**. Li e compreendi as informações fornecidas sobre minha participação e a realização do trabalho. Tenho vontade em participar desta pesquisa e estou de acordo em fornecer minhas informações para serem utilizadas na mesma. Minha participação será voluntária, não terei gastos ou benefícios financeiros. Sei que tenho a liberdade de desistir de participar a qualquer momento. Estou recebendo uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Florianópolis, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2018.

---

Assinatura do participante

---

Alessandra Souza Machado Evangelista (pesquisadora mestranda)  
(48) 991112245 - (48) 30862215, email: asmenf@gmail.com.br;

---

Dra. Ana Izabel Jatobá de Souza (pesquisadora orientadora)  
(48) 3721-9480, (48) 999222769 email: aijsenf1@gmail.com

## ANEXO A - MODELO DE PLANO DE PARTO APRESENTADO NO PROTOCOLO DE ENFERMAGEM: Saúde da Mulher na Atenção Primária - Florianópolis/2016



### ANEXO I – MODELO DE PLANO DE PARTO

Sugestão de roteiro para o Plano de Parto
<p>O plano de parto é uma carta que a gestante elabora, relatando os itens sobre o trabalho de parto e o parto ajudando a refletir sobre como ela quer parir seu bebê. É um importante instrumento de empoderamento feminino e de informação sobre as práticas recomendadas para a assistência ao parto.</p>
<p>1. Você quer a presença de pessoas durante o parto? ( ) sim ( ) não            2. Quem você quer presente durante o parto?            ( ) Marido/parceiro/pai do bebê ( ) Filha (o) ( ) Outros _____            ( ) Mãe ( ) Outros familiares            ( ) Amiga(o) ( ) Doula</p>
<p>No trabalho de parto é recomendado que a mulher se movimente livremente. A posição deitada de costas deve ser evitada. A raspagem dos pelos é desnecessária, assim como a lavagem intestinal. Caso deseje, poderá solicitar um supositório de glicerina para esvaziar o intestino, evitando saída de fezes no momento do parto.</p>
<p>3. Deseja usar supositório de glicerina? ( ) sim ( ) não</p>
<p>Várias técnicas podem ser utilizadas para aliviar a dor durante o trabalho de parto. Você pode, ainda, escolher usar remédios para aliviar a dor. Neste caso, o anestesista irá injetá-los num espaço próximo da coluna vertebral.</p>
<p>4. Métodos de alívio da dor que deseja ter como opção?            ( ) Exercícios de relaxamento com a bola do nascimento ( ) Massagens            ( ) Banho de banheira ou chuveiro ( ) Respiração profunda            ( ) Anestesia com medicamentos ( ) Outros _____</p>
<p>5. Você também pode tomar líquidos para manter-se hidratada. Que deseja ingerir?            ( ) Água ( ) Chás            ( ) Suco de fruta ( ) Outros _____            ( ) Gelatina</p>
<p>6. Manter o ambiente com pouca luminosidade e com música para ajudar a relaxar e tranquilizar.            ( ) Desejo um ambiente com pouca luminosidade durante o trabalho de parto.            ( ) Desejo ouvir música durante o trabalho de parto.</p>
<p><b>A posição do parto deve ser escolhida pela a mulher</b></p>

7. Qual posição deseja ter o parto?

- ( ) Sentada/Cócoras ( ) De lado  
( ) Deitada com cabeceira elevada ( ) Outros: \_\_\_\_\_

**Em poucos casos pode ser necessário realização a episiotomia (corte na vagina), uso de extratores e de indução ao parto. Caso necessário você deverá ser informada pelo profissional e dar seu consentimento.**

**O bebê que nasce bem é secado e matido em contato pele a pele com a mãe, antes mesmo de cortar o cordão. Este só deve ser cortado após parar de pulsar (depois de um minuto de vida). O bebê deve ser colocado para mamar logo que nascer e permanecer junto a mãe durante toda a internação hospitalar.**

8. O bebê ao nascer deve ter seu cordão umbilical cortado após parar de pulsar (após 1 minuto de vida), e quanto ao corte a paciente pode escolher quem irá cortar ou se ela mesma quiser cortar:

- ( ) Pelo profissional ( ) Pelo marido/perceiro/pai do bebê  
( ) Por você mesma (Outros \_\_\_\_\_)

**Após o parto administra-se vitamina K no músculo da perninha do bebê, para evitar hemorragia, e pinga-se um colírio nos olhos para evitar infecção. Deve-se evitar dar banho nas primeiras horas para que o bebê nas esfrie e o curativo do coto umbilical é feito com álcool. Se a mãe estiver bem, pode tomar banho e alimentar-se do que desejar. Os profissionais avaliam periodicamente o sangramento após o parto e ajudam na amamentação.**

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

Adaptado da carteira de gestante do Município de Belo Horizonte - MG 2015.

## ANEXO B – AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO EMITIDA PELA CAPPS/SMS



Prefeitura Municipal de Florianópolis  
Secretaria Municipal de Saúde  
Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde

Florianópolis, 18 de Julho de 2018.

### DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e efeitos legais, objetivando atender às exigências para a obtenção de parecer do comitê de ética em pesquisa com seres humanos - CEPESH, e como representante legal da instituição, que tomei conhecimento do projeto de pesquisa "PLANO DE PARTO: CONTRIBUIÇÕES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE", da pesquisadora responsável ALESSANDRA SOUZA MACHADO EVANGELISTA. Declaro ainda, que cumprirei os termos da resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 e suas complementares e que esta instituição está de acordo com o desenvolvimento do projeto de acordo com o projeto e rotinas que foram apresentadas pelo pesquisador e ajustes solicitados pelo serviço. Autoriza-se, portanto, a sua execução nos termos propostos, condicionando seu início à apresentação do parecer favorável do CEPESH e ao respeito aos princípios éticos, à autonomia dos sujeitos e à **disponibilidade do serviço**.

**Evelise Ribeiro Gonçalves**

Comissão de Acompanhamento dos  
Projetos de Pesquisa em Saúde  
Matricula 26212-9 SMS/PMF

*Evelise Ribeiro Gonçalves*

---

*Evelise Ribeiro Gonçalves*  
Membro da Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde – CAPPS  
Escola de Saúde Pública de Florianópolis  
Secretaria Municipal de Saúde

## ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** PLANO DE PARTO: CONTRIBUIÇÕES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

**Pesquisador:** ANA IZABEL JATOBÁ DE SOUZA

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 95058418.5.0000.0121

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Santa Catarina

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.833.033

#### Apresentação do Projeto:

Trabalho de Alessandra Souza Machado Evangelista sob orientação de Ana Izabel Jatobá de Souza, do mestrado profissional integrante do Programa de Pós-Graduação Gestão do Cuidado em Enfermagem/UFSC. Estudo de abordagem qualitativa do tipo convergente assistencial (PCA), com 13 participantes (cinco médicos, quatro enfermeiros, dois residentes de medicina e dois residentes em enfermagem). Critérios de inclusão: serão incluídos profissionais vinculados à Estratégia de Saúde da Família (ESF), com 6 meses ou mais de atuação e lotados na Unidade Básica de Saúde onde o projeto se realizará, equipes da ESF cadastradas no CNES e residentes de enfermagem e medicina da Escola de Saúde Pública de Florianópolis integrados a alguma dessas equipes. Critérios de exclusão: profissionais que estiverem em afastamento por férias ou licença no período da coleta de dados. Intervenções: entrevista individual, atividade educativa sobre Política Nacional de Humanização do Parto e Nascimento e apresentação do Plano de Parto disponibilizado pelo Município de Florianópolis.

#### Objetivo da Pesquisa:

**Objetivo Primário:** Construir estratégias conjuntas com os profissionais da Estratégia de Saúde da Família que contribuam com o aprimoramento do modelo existente de Plano de Parto durante o acompanhamento pré-natal na Atenção Primária à Saúde. **Objetivo Secundário:** - Identificar as dificuldades apresentadas pelos profissionais da Estratégia de Saúde da Família sobre a utilização do Plano de Parto como instrumento de preparo para o parto durante o acompanhamento pré-

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R. Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401  
Bairro: Trindade CEP: 88.040-400  
UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS  
Telefone: (48)3721-8094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 2.833.033

natal. -Sensibilizar os profissionais de saúde para utilização do plano de parto como ferramenta integrante da rotina na assistência pré-natal. -Propor estratégias que contribuam para a aplicação do Modelo de Plano de Parto.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Análise adequada dos riscos e benefícios.

Riscos: "Acredita-se que a participação neste estudo não trará nenhum dano físico, porém podem ocorrer desconfortos de natureza emocional relacionados a reflexão sobre a realidade vivida em seu ambiente de trabalho e/ou por qualquer dificuldade relacionada a temática ou mesmo por inibições relacionadas a sua participação em grupo. Na ocorrência de qualquer desconforto estaremos à sua disposição para ouvi-lo individualmente e se assim, o desejar, sua manifestação nos grupos pode ocorrer de forma escrita. De igual forma, podemos interromper a coleta de dados até que o participante se sinta confortável em retornar a ela."

Benefícios: "Não haverá nenhum benefício direto ao participante relacionado a pesquisa, mas como benefícios de forma indireta encontra-se a promoção, junto aos profissionais de saúde da Atenção Primária à Saúde, da discussão e reflexão sobre as questões relacionadas a preparação e planejamento do parto junto a gestante e família durante o pré-natal, através da utilização da ferramenta de plano de parto, o que efetivamente contribuirá para o fortalecimento do protagonismo da mulher no momento do parto e o fortalecimento de ações relacionadas a humanização do pré-parto, parto e nascimento. Igualmente, esta pesquisa trará como benefício para a instituição o aprimoramento do plano de parto como instrumento para o planejamento e preparação para o parto, integrando profissionais de saúde e gestantes/família atendidas, contribuindo assim para a melhoria da qualidade da assistência prestada durante o pré-natal."

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Sem comentários adicionais.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Folha de rosto assinada pela pesquisadora responsável e pela coordenadora do Programa de Pós-Graduação Gestão do Cuidado em Enfermagem/UFSC. Declaração de consentimento, nos termos da resolução 466/12, emitida pela Prefeitura Municipal de Saúde que é responsável pela UBS onde será realizada a pesquisa. Cronograma informando que a coleta de dados ocorrerá entre 30/08/2018 a 30/10/2018. Questionário a ser aplicado aos participantes. TCLE aos participantes

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401  
 Bairro: Trindade CEP: 88.040-600  
 UF: SC Município: FLORIANOPOLIS  
 Telefone: (48)3721-8094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 2.833.033

de acordo com as exigências da resolução 456/12.

**Recomendações:**

Recomenda-se que na versão final seja retirada do TCLE a informação "Termo, previamente assinado pelas pesquisadoras" e também que a palavra cópia seja substituída por via.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Aprovado.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_P ROJETO_1190542.pdf	30/07/2018 14:03:24		Aceito
Declaração de Pesquisadores	DeclaraçaoPesquisador.pdf	30/07/2018 14:02:50	ANA IZABEL JATOBÁ DE SOUZA	Aceito
Outros	Roterodeentrevista.docx	30/07/2018 13:56:03	ANA IZABEL JATOBÁ DE SOUZA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termodeconsentimentolivreeesclarecido. docx	30/07/2018 13:55:44	ANA IZABEL JATOBÁ DE SOUZA	Aceito
Orçamento	orcamento.docx	30/07/2018 13:55:29	ANA IZABEL JATOBÁ DE SOUZA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	anuenciasecretariadesaudeflorianopolis. pdf	30/07/2018 13:55:16	ANA IZABEL JATOBÁ DE SOUZA	Aceito
Cronograma	Cronograma.docx	30/07/2018 13:55:03	ANA IZABEL JATOBÁ DE SOUZA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetooriginapesquisador.docx	30/07/2018 13:54:16	ANA IZABEL JATOBÁ DE SOUZA	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	30/07/2018 13:53:59	ANA IZABEL JATOBÁ DE SOUZA	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401  
 Bairro: Trindade CEP: 88.040-400  
 UF: SC Município: FLORIANOPOLIS  
 Telefone: (48)3721-6094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 2.833.003

FLORIANOPOLIS, 21 de Agosto de 2018

---

Assinado por:  
Nelson Canzian da Silva  
(Coordenador)

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401  
Bairro: Trindade CEP: 88.040-400  
UF: SC Município: FLORIANOPOLIS  
Telefone: (48)3721-8094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

## ANEXO D – INSTRUÇÃO NORMATIVA Nº 03/MPENF/2014

Instrução Normativa 01/MPENF/2014

Florianópolis, 3 de dezembro de 2014

Define os critérios para elaboração e o formato de apresentação dos trabalhos de conclusão do Programa de Pós-graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem (Mestrado Profissional) da UFSC.

A Coordenadora do Programa de Pós-graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, no uso de suas atribuições, considerando o disposto na Resolução 05/CUN/2010 e no Regimento Interno do Curso, e o que deliberou, por unanimidade, o Colegiado Pleno do Curso de Mestrado Profissional Gestão do Cuidado em Enfermagem da UFSC, em reunião realizada em 03/12/2014.

### RESOLVE:

1. As dissertações deverão conter artigos/manuscritos de autoria do discente, em co-autoria com o orientador e co-orientador.

2. A inclusão destes artigos deverá ser feita de modo a fornecer uma visão do conjunto do trabalho da dissertação. O formato incluirá:

- Elementos pré-textuais
- Introdução
- Objetivos
- Referencial teórico e metodológico (em 1 ou 2 capítulos)
- Resultados apresentados na forma de no mínimo 1 manuscrito e o produto técnico/prática de gestão do cuidado ou inovação tecnológica desenvolvidos. O manuscrito/artigo poderá ser inserido como capítulo específico, logo após a introdução (Revisão de literatura sobre o assunto da pesquisa) ou então no capítulo de Resultados e Discussão, juntamente com o(s) artigo(s) que contemplarão os resultados principais da pesquisa e o produto/prática de gestão do cuidado ou inovação tecnológica de gestão do cuidado ou inovação tecnológica apresentado em um capítulo de resultados, desenvolvidos na dissertação.
- Considerações Finais/Conclusões
- Elementos pós-textuais

3. Orientações gerais:

- a) Todos os artigos, assim como os demais capítulos deverão ser apresentados de acordo com a ABNT;
- b) A impressão final deverá seguir as normas de formatação da UFSC. Também a versão para avaliação da Banca Examinadora poderá estar formatada neste padrão;
- c) Após a defesa pública, revisão final do trabalho de conclusão e sua entrega no Programa e Biblioteca Universitária, os artigos deverão ser convertidos às normas dos periódicos selecionados e submetidos aos mesmos;
- d) Os periódicos técnico-científicos selecionados para submissão deverão estar classificados pelo QUALIS/CAPES (área Enfermagem) como B2 ou superior. No caso de periódicos não classificados pelo QUALIS/CAPES (área Enfermagem), deverá ser considerado o índice de impacto JCR ou avaliação QUALIS/CAPES de outras áreas.

*Documento homologado no Colegiado Delegado do Curso de Pós-graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem da UFSC de 03/12/2014*

*Esta Instrução Normativa substitui a Instrução Normativa 03/MPENF/2011.*

*Esta Instrução Normativa será válida apenas para os alunos que ingressaram a partir de 2014.*

Original firmado na Secretaria MPENF