

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE SAÚDE
Curso de Especialização em Saúde Coletiva

LUIZA SANTANA FERREIRA

**Empoderando pessoas grávidas de Franco da Rocha para
que suas vozes sejam escutadas no processo de
atualização do Plano de Parto**

SÃO PAULO

2022

LUIZA SANTANA FERREIRA

**Empoderando pessoas grávidas de Franco da Rocha para
que suas vozes sejam escutadas no processo de
atualização do Plano de Parto**

**Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Instituto de Saúde, para obtenção do título de
Especialista em Saúde Coletiva.**

Orientadora: Profa. Dra. Silvia Helena Bastos
de Paula

SÃO PAULO

2022

FICHA CATALOGRÁFICA

É permitida a reprodução total ou parcial para fins pessoais, científicos ou acadêmicos, autorizada pelo autor, mediante citação completa da fonte.

Elaborada pela Biblioteca do Instituto de Saúde - IS

Ferreira, Luiza Santana

Empoderando pessoas grávidas de Franco da Rocha para que suas vozes sejam escutadas no processo de atualização do Plano de Parto / Luiza Santana Ferreira -- São Paulo, 2022.
92 f.

Orientador (a): Profa. Dra. Silvia Helena de Bastos Paula

Monografia (Especialização) – Instituto de Saúde – Secretaria de Estado da Saúde – Curso de Especialização em Saúde Coletiva

1. Cuidado pré-natal 2. Direitos sexuais e reprodutivos 3. Parto humanizado 4. Violência obstétrica 5. Autonomia pessoal I. Paula, Silvia Helena de Bastos

CDD: 612.6

DEDICATÓRIO

Dedico este trabalho para minha mãe, Regina Aparecida, uma mulher feminista, nutricionista e trabalhadora do SUS. Minha verdadeira inspiração de vida, ela me criou para ser uma mulher independente e lutar pelos meus ideais, e me proporcionou todos os meios possíveis e impossíveis para alcançar meus objetivos, desde a minha educação básica até hoje como sanitarista.

Também dedico à minha avó, Maria Luiza (in memoriam) por sua coragem e carinho compartilhados comigo em toda minha vida, O cuidado que recebo por essas mulheres, segue me inspirando a seguir uma profissão que se propõe em cuidar de pessoas, em especial, de outras mulheres.

Também dedico essa obra a todos meus familiares profissionais de saúde pelo trabalho prestado na pandemia.

AGRADECIMENTOS

Minha história neste mundo não começou no momento que nasci, por isso, devo agradecer, primeiramente, aos meus ancestrais. Se hoje posso ter o privilégio de acessar e me dedicar à vida acadêmica, foi graças às suas sementes plantadas por eles no passado, que hoje eu posso colher esses frutos.

Agradeço também a minha família de axé, principalmente minha zeladora Kátia Regina por me ensinar a respeitar meus processos, reconhecer minhas potencialidades e aprender com meus erros.

À Lilian, minha parceira de trabalho no Eixo SSR, pela parceria durante todos esses meses de projeto, pelas trocas genuínas de aprendizado e pela amizade que construímos nesta fase tão importante de nossas vidas.

À todas e todos os colegas de especialização, em especial ao trabalho das obstetrias que me antecederam no Eixo SSR.

À minha orientadora Profa. Dra. Silvia Bastos pelos ensinamentos e inspiração acadêmica e pessoal.

À todas as mulheres participantes deste estudo, profissionais de saúde e gestantes residentes de Franco da Rocha.

Ao Instituto de Saúde - IS, pela possibilidade de realização do trabalho de campo, aos pesquisadores e aos demais funcionários que se dedicaram plenamente durante o planejamento e execução de todas as atividades, fornecendo ensinamentos necessários ao meu aprendizado.

“Exu matou um pássaro ontem, com uma pedra que só jogou hoje”

“Ditado Yoruba ”

Ferreira, Luiza Santana. **Empoderando pessoas grávidas de Franco da Rocha para que suas vozes sejam escutadas no processo de atualização do Plano de Parto** [monografia]. São Paulo: Instituto de Saúde, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo; 2022.

RESUMO

Introdução: O plano de parto é um instrumento, altamente recomendado pela OMS (2018), que surge como uma forma de assegurar as necessidades e desejos das mulheres, para que parturientes recebam informações durante o trabalho de parto e participem ativamente dos processos de tomada de decisão, bem como forma de prevenção quaternária à violência obstétrica. **Objetivo:** Promover a escuta de pessoas grávidas no contexto da pandemia de modo a captar suas contribuições para atualização do plano de parto, de forma que sua implementação nos serviços de Franco da Rocha favoreça à promoção da autonomia desse grupo e para o enfrentamento da violência obstétrica. **Metodologia:** Trata-se de um estudo qualitativo, com recorte transversal, baseado na expressão das mulheres residentes de Franco da Rocha, por meio de uma roda de conversa e entrevistas de profissionais de saúde da rede de atenção à saúde do município. **Resultados:** A violência obstétrica sistemática é uma barreira reconhecida e presente na fala dos diferentes grupos das usuárias e das profissionais. O grupo educativo para pessoas gestantes identificado em UBS local é uma fortaleza reconhecida em comum tanto no grupo de mulheres como no dos profissionais, fortalecendo o vínculo entre serviço e usuárias e fonte genuína de trocas entre pares. **Conclusão:** O plano de parto permanece relevante para o município de Franco da Rocha, devendo ser considerada como prioridade das ações em saúde sexual e reprodutiva para que pessoas gestantes municipais tenham acesso à um cuidado integral e equitativo, alcançando a autonomia em seus processos de parto e nascimento, bem como forma de combate direto à violência obstétrica.

Palavras-chave: Plano de Parto, Cuidado Pré-Natal, Direitos Sexuais e Reprodutivos, Parto Humanizado, Violência Obstétrica, Autonomia Pessoal.

Ferreira, Luiza Santana. Empowering pregnant people of Franco da Rocha so that their voices are heard in the process of updating the Birth Plan [monografia]. São Paulo: Instituto de Saúde, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo; 2022.

ABSTRACT

Introduction: The birth plan is an instrument, highly recommended by the WHO (2018), which emerges as a way to ensure the needs and desires of women, so that parturients receive information during labor and actively participate in decision-making processes, as well as a form of quaternary prevention of obstetric violence. **Objective:** Promoting listening to pregnant people in the context of the pandemic in order to capture their contributions to update the birth plan, so that its implementation in Franco da Rocha's services favors the promotion of the autonomy of this group and for the confrontation of obstetric violence. **Methodology:** This is a qualitative, cross-sectional study, based on the expression of women residing in Franco da Rocha, through a conversation circle and interviews with health professionals from the city's health care network. **Results:** Systematic obstetric violence is a recognized barrier present in the speech of different groups of users and professionals. The educational group for pregnant women identified in the local UBS is a strength recognized in common both in the group of women and professionals, strengthening the bond between service and users and a genuine source of exchanges between peers. **Conclusion:** The birth plan remains relevant for the municipality of Franco da Rocha, and should be considered a priority for sexual and reproductive health actions so that pregnant residents have access to comprehensive and equitable care, achieving autonomy in their childbirth and birth processes, as well as a way to directly combat obstetric violence.

Keywords: Birth Plan, Prenatal Care, Sexual and Reproductive Rights, Humanized Childbirth, Obstetric Violence, Personal Autonomy.

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1.** População de Franco da Rocha, segundo idade e sexo, 2021 15
- Figura 2.** Certificado de participação da Roda de Conversa, Franco da Rocha, 2021. 38
- Figura 3.** Roda de conversa realizada na UBS Parque Vitória, Franco da Rocha, 2021. 49

LISTA DE QUADROS

- | | |
|---|----|
| Quadro 1. Caracterização dos servidores participantes entrevistados no estudo, Franco da Rocha, 2021 | 40 |
| Quadro 2. Caracterização das participantes da Roda de Conversa, Franco da Rocha, 2021. | 49 |
| Quadro 3. Categorização das formas de violência obstétrica relatadas pelas participantes da Roda de Conversa, Franco da Rocha, 2021. | 56 |
| Quadro 4. Principal ponto de convergência entre profissionais de saúde e participantes da Roda de Conversa, Franco da Rocha, 2021. | 57 |

LISTA DE ABREVIATURAS

| | |
|-----------------|--|
| AB | Atenção Básica |
| ACS | Agente Comunitário de Saúde |
| APS | Atenção Primária À Saúde |
| COVID-19 | Coronavírus |
| CASRPPP | Caderno de Atenção à Saúde Reprodutiva, Pré-natal, Parto e Puerpério |
| FR | Franco da Rocha |
| IS | Instituto de Saúde |
| MS | Ministério da Saúde |
| PP | Plano de Parto |
| OMS | Organização Mundial de Saúde |
| OPAS | Organização Pan-Americana da Saúde |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| VO | Violência Obstétrica |
| UBS | Unidade Básica de Saúde |

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| 1. INTRODUÇÃO | 13 |
| 1.1.Contexto de Franco da Rocha | 14 |
| 1.2A Saúde Reprodutiva e gravidez na pandemia | 16 |
| 2. BASES CONCEITUAIS | 19 |
| 2.1 O Parto ao longo do tempo | 19 |
| 2.2 Políticas públicas e direitos sexuais e reprodutivos | 21 |
| 2.3 Violência Obstétrica | 23 |
| 2.4 Plano de Parto | 26 |
| 3. JUSTIFICATIVA | 28 |
| 4. OBJETIVOS | 31 |
| 4.1 Geral.... | 31 |
| 4.2 Específicos | 31 |
| 5. METODOLOGIA | 32 |
| 5.1Tipo de estudo | 32 |
| 5.2Coleta de dados e Participantes da pesquisa | 32 |
| 5.3 Procedimentos Éticos | 32 |
| 5.4Estratégia Metodológica e Análise de Dados | 34 |
| 6.RESULTADOS E DISCUSSÃO | 39 |
| 6.1Percepção dos Profissionais de Saúde de Franco da Rocha sobre o Plano de Parto | 39 |
| 6.1.1 Perfil dos participantes | 39 |
| 6.1.2 Panorama atual do Plano de Parto no município sob o olhar dos gestores e profissionais..... | 41 |
| 6.1.3 Barreiras e Fortalezas para a implementação do Plano de Parto..... | 42 |

| | |
|---|----|
| 6.1.3.1. Barreiras para implementação do Plano de Parto..... | 42 |
| 6.1.3.2. Fortalezas para implementação do Plano de Parto..... | 46 |
| 6.1.4 Possíveis caminhos para a implementação do Plano de Parto..... | 48 |
| 6.2 A voz das mulheres gestantes na elaboração do plano de parto | 48 |
| 6.2.1 Perfil das participantes | 48 |
| 6.2.2 Partindo do princípio | 50 |
| 6.2.3“Parirás com dor” | 51 |
| 6.2.4“Nossas vozes precisam ser ouvidas” | 55 |
| 6.3Plano de Parto para Franco da Rocha | 56 |
| | |
| 7.CONSIDERAÇÕES PARA A IMPLEMENTAÇÃO DO PLANO DE PARTO | 61 |
| | |
| REFERÊNCIAS..... | 63 |
| | |
| APÊNDICES..... | 68 |
| APÊNDICE A: ROTEIRO DE ENTREVISTA - ACS..... | 68 |
| APÊNDICE B: ROTEIRO DE ENTREVISTA- ENFERMEIRAS..... | 76 |
| APÊNDICE C: ROTEIRO DE ENTREVISTA- PROFISSIONAL DO NASF..... | 78 |
| APÊNDICE D: ROTEIRO DE ENTREVISTA - Diretora da Atenção Básica...80 | |
| APÊNDICE E: MODELO DE PLANO DE PARTO PARA FRANCO DA ROCHA..... | 84 |
| | |
| ANEXOS..... | 87 |
| ANEXO A: PARECER TÉCNICO DE APROVAÇÃO DO PROJETO..... | 87 |
| ANEXO B: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS PROFISSIONAIS DE FRANCO DA ROCHA..... | 90 |
| ANEXO C: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPANTES DA RODA DE CONVERSA..... | 91 |
| ANEXO D: TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM E VOZ..... | 92 |

1. INTRODUÇÃO

Este estudo foi realizado para elaboração do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) do Curso de Especialização em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde (IS), que é um órgão de pesquisa da Secretaria Estadual de Saúde do Estado de São Paulo (SES-SP) cujas atividades formação e de pesquisas são destinadas prioritariamente a gerar conhecimento e evidências sobre o Sistema Único de Saúde do estado. Se insere no contexto do sexto ano de ações de assessoria do IS (2014-2021), para fortalecimento da atenção básica do sistema municipal de Saúde do município de Franco da Rocha, no caso deste estudo a ênfase foi colocada na Linha de cuidado e no eixo de Saúde Sexual e Reprodutiva.

Os cuidados de Saúde Sexual e Reprodutiva (SSR), se constituem em elementos essenciais no cotidiano dos sistemas de saúde, pois suas ações atendem a uma preocupação com a saúde de um público com vulnerabilidades específicas e cujo indicadores de saúde, representam a resposta dos serviços na efetividade e na integralidade da atenção em saúde nesse segmento, em particular nos eventos de gravidez durante o período da pandemia de SARS-CoV-2 (COVID-19) ainda em curso em 2022 e perda de espaços de troca e de fala devido à necessidade de isolamento social para reduzir a velocidade de disseminação do vírus.

Discute-se desde 2020 sobre os efeitos de interrupções de atendimentos e adaptações efetuadas nos serviços de atenção básica e nas maternidades sobre a forma de prestação dos cuidados destinados a atenção a gravidez e ao parto, e nas questões de direitos sexuais e da reprodução. Por parte de usuárias e usuários sabe-se que diante do medo da disseminação do vírus muitas pessoas grávidas ficaram em casa o que alterou a realização de consultas, prejudicou a escuta dessas pessoas pela suspensão de atividades presenciais individuais e de grupos no pré-natal, tal situação interferiu também na prática de atividades físicas, na implementação de direitos sexuais e reprodutivos na maternidade o que interferiu já conquistados como a elaboração de plano de parto, presença de acompanhante, visita prévia à maternidade (DEMA, *et al.*, 2022; RAIMUNDO, 2020, GUEDES, 2020).

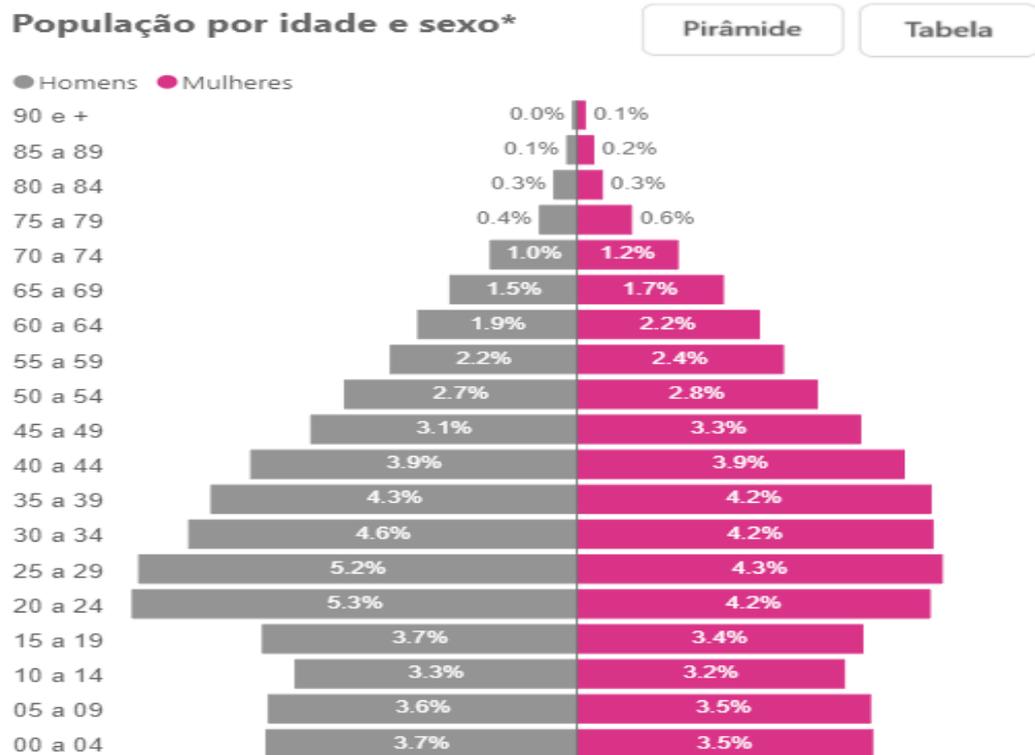
Os efeitos podem ter caráter positivo, constituindo-se como oportunidade de criações, com adaptações e inovações que denotem a resiliência do sistema de saúde, ou efeitos negativos do isolamento, mesmo que parcial, nos demais serviços de saúde. Ressalte-se que no país a implementação de medidas de fechamento (*lock down*) foram insignificantes e pontuais, mas mesmo a recomendação da ciência para a importância e o potencial de proteção do afastamento e isolamento social aconteceu sob contestações de descobertas provisórias, que mudavam sempre que havia um novo estudo elucidando pontos ainda desconhecidos sobre o comportamento e disseminação do vírus e diante disso aconteceu uma enxurrada de fake News, ocorridas desde março de 2020.

Diante do exposto o foco do presente estudo é, a promover a escuta de pessoas grávidas e sua percepção e contribuição na reformulação do Plano de Parto no município de Franco da Rocha. A autora considera na sua reflexão que o fenômeno da gravidez e a partição acontece com pessoas trans e não binárias que cada situação exige discussão sobre os aspectos de sua experiência singular no plano pessoal e nos serviços de saúde, sendo esse aspecto um objeto digno de ampliação e aprofundamento com mais estudos

1.1 Contexto de Franco da Rocha

A cidade de Franco da Rocha pertence à Região Metropolitana de São Paulo na microrregião de Franco da Rocha, com população estimada de 158.438 pessoas (IBGE 2021). É caracterizado por ser um município dormitório, onde a maioria dos trabalhadores necessitam se deslocar para o trabalho em outras cidades, principalmente São Paulo. Considerada uma população jovem com idade média de 31,5 a 33,9 anos, uma parcela expressiva da população, encontra-se em idade reprodutiva (Figura 1), o que orienta as ações de saúde para este grupo (FUNDAÇÃO SEADE, 2022). Junto dos municípios de Caieiras, Cajamar, Francisco Morato e Mairiporã, compõe a Rede Regional de Atenção à Saúde - RRAS 03.

Figura 1. População de Franco da Rocha, segundo idade e sexo, 2021.



Fonte: Fundação SEADE, 2022.

Segundo dados da SESSP/Fundação SEADE, Franco da Rocha teve 2.018 Nascidos vivos no ano de 2021, desses nascimentos as taxas de cesárias dos anos de 2020 e 2021 foram respectivamente 51,04% e 46,93%, consideradas altas já que a recomendação da Organização Mundial de Saúde (OMS) é de 15% de nascimentos pela via da cirurgia cesariana.

A Razão de Mortalidade Materna, no ano de 2010 foi de 92,38 por 100 mil nascidos vivos (2 casos), e no ano de 2011, a RMM foi de 143,54 por 100 mil nascidos vivos (3 casos) (INSTITUTO DE SAÚDE, 2014. MARTINS (2020) evidencia, a partir de dados coletados diretamente da Vigilância Epidemiológica, que a RMM nos entre os anos de 2014 a 2019 foi de 44,58; 0; 44,94; 86,28; 90,74;0, respectivamente, apontadas como média, baixa, média, alta, alta e baixa. Essas mulheres, em sua maioria, eram pretas e pardas, sem parceria e desempregadas, segundo a autora do estudo.

A mortalidade materna é indicador de saúde importante já que ele reflete não obstante as condições de saúde das mulheres, bem como de maneira indireta, o desenvolvimento da população em geral, “Taxas elevadas de mortalidade materna estão associadas à insatisfatória prestação de serviços de saúde a esse grupo, desde o planejamento familiar e a assistência pré-natal, até a assistência ao parto e ao puerpério”, segundo a RIPS (2008). MARTINS (2006) analisa em seu artigo diversos relatórios de Comitês de Morte Materna no país que indicaram que o risco de mortalidade materna é maior entre mulheres negras, incluídas pretas e pardas, demonstrando essa disparidade racial.

Além das treze unidades básicas de saúde, a população francorochense pode contar na rede de atenção com os serviços do Centro de Atenção À Saúde da Mulher, onde é realizado o pré-natal de alto risco, planejamento reprodutivo e auxílio adequado em situações consideradas de risco, em casos de vulnerabilidade e em todas as fases do desenvolvimento e bem-estar. Junto a rede estão as Maternidades: Hospital Estadual Prof. Carlos da Silva Lacaz em Francisco Morato e Hospital Estadual de Caieiras, responsáveis pelo alto risco e risco habitual, nesta ordem, ambas unidades estão localizadas em municípios vizinhos de Franco da Rocha.

1.2 A Saúde Reprodutiva e gravidez na pandemia

A crise provocada pelo vírus Sar-cov-2, já era prevista por cientistas de diversas áreas do conhecimento, um dos principais fatores é o modo de vida em um mundo globalizado, onde a conectividade aparece neste cenário como um fator potencializador para a disseminação de microrganismos que são os responsáveis por essas crises, além de afetar a vida de milhões de pessoas ao redor do mundo. O vírus COVID-19 se espalha principalmente por meio de gotículas de saliva ou secreção nasal. Os sintomas mais comuns são: febre, tosse seca, cansaço. Menos comuns: dor de garganta, diarreia, conjuntivite, dor de cabeça, perda do paladar e olfato, eritema cutâneo, descoloração dos dedos da mão e/ou pés. E os sintomas graves: dificuldade de respirar ou respiração curta, dor/pressão no peito, perda da fala ou movimento (OMS, 2020).

Gestantes e puérperas foram consideradas grupo de risco para a Covid-19, devido às alterações anatômicas e fisiológicas da gestação, especialmente no sistema imunológico e respiratório, assim tornando gestantes mais vulneráveis para contrair pneumonias virais (OMS; SOUZA e AMORIM, 2020). Desde abril de 2020, O Grupo Brasileiro de Estudos de COVID-19 e Gravidez publicou diversos estudos analisando os impactos do Sar-cov-2 no período gravídico-puerperal, em especial, destacando o risco de morte devido à infecção. Com dados providos do Sistema de Informações de Vigilância Epidemiológica da Gripe (SIVEP Gripe), de fevereiro a junho de 2020, nota-se que 978 gestantes e puérperas foram diagnosticadas com Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) por COVID-19 e dessas 124 foram a óbito (taxa de letalidade de 12,7%). Outro fato elucidado no artigo foram graves falhas na assistência tendo como exemplo: 15% das mulheres não tinham recebido qualquer tipo de assistência ventilatória, 28% não tiveram acesso a leito de unidade de terapia intensiva (UTI) e 36% não foram intubadas nem receberam ventilação mecânica (TAKEMOTO *et al.*, 2020).

Em outro estudo publicado pelo mesmo grupo analisa o impacto desigual do racismo estrutural da mortalidade materna por Covid-19, em um comparativo com mulheres brancas, mulheres negras foram internadas com quadros mais graves, com uma prevalência maior de dispneia e menor saturação de oxigênio, ademais de maior taxa de admissão na unidade de terapia intensiva (UTI) e de ventilação assistida, constatando para mulheres negras um risco de morte quase duas vezes maior quando comparadas às brancas (SANTOS *et al.*, 2020).

Certos efeitos provocados pela pandemia do coronavírus foram observados por RAIMUNDO (2021) em Franco da Rocha, o período analisado no estudo foi dos anos de 2019 e 2020, com uma redução da média de consultas de pré-natal, em 2019 foi de 4,86, em 2020 a média foi 1,05 consultas, de acordo com os profissionais do território entrevistados, essa baixa se deve ao medo das usuárias em comparecer ao serviço nos momentos de maior transmissão do vírus. O teleatendimento realizado pela vigilância municipal aliado à divulgação de informações acerca de providências de segurança pessoal e controle da COVID-19 para pessoas gestantes e famílias, foram algumas medidas para responder esses desafios de acesso provocados pela pandemia (RAIMUNDO, 2021).

Se para alguns a pandemia aproximação entre entes da família, para outras essa proximidade foi perigosa, suspeitava que os casos de violência doméstica fossem aumentar em virtude do isolamento social, devido a convivência maior com agressores, tais suspeitas foram confirmadas, atingindo mulheres francorochenses. Segundo dados do SINAN (Sistema de Notificação de Agravos), os casos de violência contra mulher na faixa de 10 a 49 anos, em 2019 e 2020, indicam, nesta ordem, 93 e 116 casos, um aumento de 15,45%. Em relação a questão da violência física foram observados 49 casos em 2019 e 67 em 2020. O quesito raça/cor também foi relevante nesta análise, já que a maior prevalência das ocorrências foi entre mulheres jovens, pretas ou pardas (SILVA, 2020).

Houve barreiras no acesso à métodos contraceptivos em Franco da Rocha, com a paralisação das entregas deles no início da pandemia, junto de demoras e até suspensão para a preparação da esterilização cirúrgica, além do aumento da demanda de 7,5% por testes de gravidez, entre 2019 e 2020. Novos arranjos para acesso ao planejamento reprodutivo, como novos horários e modelos de funcionamento, associados a medidas de proteção foram a resposta do município para atender as demandas de métodos contraceptivos (GUEDES, 2020).

2. BASES CONCEITUAIS

2.1 O Parto ao longo do tempo

O parto sempre foi imerso por diversos ideais e visões que permeiam o cenário da assistência obstétrica no decorrer da história, sentido de humanizar também vem sendo trabalhado por diferentes sentidos. O modelo assistencial baseado em preceitos cristãos entende o parto e o nascimento como desígnio divino, assim a parturiente “parirá com dor”, pena pelo pecado original do sexo. Já a Obstetrícia médica surge como a grande salvadora das mulheres, oferecendo a ideia de: *“uma preocupação humanitária de resolver o problema da parturição sem dor, revogando assim a sentença do Paraíso, iníqua e inverídica, com que há longos séculos a tradição vem atribulando a hora bendita da maternidade”* (DINIZ, 2005 *apud* MAGALHÃES, 1916).

O corpo feminino tanto para a ciência como para cultura cristã é visto como um corpo falho, incorreto, sempre passível de intervenções para que assim seja possível aprimorá-lo. A humanização da assistência sugere uma mudança de paradigma daquilo que já posto, entendo o parto como uma experiência humana e para quem participar da atenção do que se pode chamar de obstétrica, uma mudança “no fazer” da assistência (DINIZ, 2005).

A perspectiva feminista utilizada no texto de ÁVILA (2003) define direitos reprodutivos aqueles que garantem a igualdade e à liberdade no âmbito das escolhas da vida reprodutiva ou não reprodutiva. Já a definição de direitos sexuais, nasce da contribuição não apenas do movimento feminista, bem como de outros movimentos sociais, movimento gay e de mulheres lésbicas. Assim, definindo direitos sexuais como aqueles que se referem à igualdade e a liberdade do exercício da sexualidade. A partir desta perspectiva adota-se a postura de que a sexualidade e a reprodução são dimensões da cidadania e da vida democrática.

Para as mulheres era prescrito a submissão da sexualidade apenas para a reprodução e a heterossexualidade obrigatória pela moral conservadora, e contra essa norma os movimentos de LGBTQIA+ da época aportam sua contribuição estratégica para a emergência dos direitos sexuais em uma relação política com o movimento feminista (ÁVILA,2003). No Brasil, assim como no resto da América Latina,

entendem a saúde como uma dimensão da política pública, que são o alvo daqueles que trabalham e atuam politicamente no campo dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos. Assim a demanda por políticas de saúde que pensem no exercício destes direitos sempre foi priorizada por movimentos sociais. A autora alega que é necessário pensar estes direitos também fora do âmbito da saúde, de modo a garantir um Estado promotor de bem-estar e de transformação social.

Esse movimento reverbera em diversos sentidos e por diversas disciplinas: a partir do movimento de mulheres, principalmente graças a contribuição das feministas que pensavam na assistência a partir da perspectiva dos direitos sexuais e reprodutivos; de profissionais como do método Lamaze e Leboyer (parto sem violência); da abordagem psicosssexual trabalhada por Sheila Kitzinger (1985); a redescritção da fisiologia do parto de Michel Odent (2000), e a proposta de parto ativo de Janet Balaskas (1996); também da abordagem da parteira Naolí Vinaver (2001), que pensa o parto como uma experiência genital e erótica (DINIZ, 2005).

No campo das Ciências sociais a discussão sobre a humanização era presente em obras de Howard e Strauss (1975), no final da década de 1970, a Antropologia do Parto erguer-se trazendo a proposição que a assistência em saúde seria fruto de um: *“construto social, sua reveladora variabilidade cultural e seu caráter ritual tanto nas sociedades tidas como primitivas quanto nas chamadas sociedades complexas”*, pensamentos presentes em obras de como Brigitte Jordan e Robbie Davis-Floyd. Jordan comenta que *“conhecimentos autoritativos”* são pressupostos dentro da assistência, um exemplo seria o modelo tecnocrático de atenção, presente e vigorante até os dias atuais, definido pela alta presença de tecnologias duras e por uma suposta neutralidade de valores (DINIZ, 2005).

DINIZ (2005) considera que um marco para movimentos de humanização do parto no Brasil foi a fundação da Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento (Rehuna) em 1993, a partir do seu documento fundador, conhecido como Carta de Campinas, caracterizado por uma série de denúncias em relação à assistência ao parto no Brasil, indicando-a como *“não humana e violadora dos direitos de mulheres e bebês ao nascer.”*

A pesquisa Nacer no Brasil surge para descrever as práticas de atenção ao parto e nascimento no país, no século XXI. Este estudo foi coordenado pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), incorporando 266 maternidades com 500 ou mais partos por ano, de forma representativa dos nascimentos hospitalares, onde ocorrem 83% dos

partos do país. Foram visitados 191 municípios e 23.940 mulheres foram entrevistadas entre fevereiro de 2011 e outubro de 2012. Exigindo, desta forma, pesquisadores e inúmeros institutos de pesquisa do Brasil inteiro (LEAL e GAMA, 2014).

Sucintamente, os dados da pesquisa apresentaram que das mulheres atendidas nas maternidades e hospitais participantes, em diferentes regiões do país, apenas 5,6% tiveram o parto normal assistido sem nenhuma intervenção, e em 45,5% das mulheres foram realizadas cesarianas, apesar de 56,8% terem sido consideradas como casos de risco habitual. Além de descrever inúmeras intervenções que essas mulheres foram submetidas durante o trabalho de parto, como: punção venosa (70% da amostra), administração de ocitocina intravenosa e amniotomia (romper a bolsa das águas que envolve o feto) para a aceleração da progressão do trabalho de parto (cerca de 40%), a posição litotômica (a mulher deitada de costas com as pernas flexionadas e afastadas em suportes) foi realizada em 92% dos caso, a manobra de Kristeller (aplicação de pressão na parte superior do útero), prática obsoleta e altamente não recomenda, teve uma porcentagem de 37% e a episiotomia (corte na região do períneo) ocorreu em 57% dos partos (LEAL *et al.*, 2014).

2.2 Políticas públicas e direitos sexuais e reprodutivos

Previamente a existência do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), o foco das políticas de saúde voltadas para a atenção às mulheres era a saúde materno infantil, de modo que os corpos femininos fossem capazes de produzir uma prole adequada para a reprodução social. Em junho de 1983, devido a um depoimento do então Ministro da Saúde, Waldyr Arcoverde, para uma Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) do Senado onde era investigado o crescimento populacional, apresentou uma proposta para a criação do PAISM. Tal proposta havia sido elaborada por uma equipe do Ministério da Saúde composta por dois médicos ginecologistas, uma médica sanitária da equipe do ministério e indicada pelo movimento de mulheres e uma socióloga. A composição deste grupo reflete sobre o movimento político necessário para o desenvolvimento do PAISM (OSIS, 1998).

Em 1984, o PAISM foi lançado pelo Ministério da Saúde, que se propunha a ser um programa que pensasse na saúde da mulher, extrapolando a lógica materno infantil.

“...O conceito de assistência integral, aqui preconizado, envolve a oferta de ações globalmente dirigidas ao atendimento de todas as necessidades de saúde do grupo em questão, onde todo e qualquer contato que a mulher venha a ter com os serviços de saúde seja utilizado em benefício da promoção, proteção e recuperação de sua saúde” (OSIS, 1998 *apud* MS, 1984:15).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes foi publicada em 2004 pelo Ministério da Saúde em diálogo com movimentos sociais, como movimento de mulheres, negro e de trabalhadoras, além de outros atores importantes da sociedade civil, sociedades científicas, pesquisadores e estudiosos da área, organizações não governamentais, gestores do SUS e agências de cooperação internacional. Norteada pelo enfoque de gênero, a integralidade e a promoção da saúde, visando fortalecer os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com foco na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual. Conjuntamente, incorporando a prevenção e o tratamento de mulheres vivendo com HIV/aids e as portadoras de doenças crônicas não transmissíveis e de câncer ginecológico (BRASIL, 2004)

Em 2004, o Ministério da Saúde adotou o Pacto Nacional pela Redução da Morte Materna e Neonatal, entendendo que a mortalidade materna é um problema social e político, além de ser uma violação de direitos humanos de mulheres e crianças é uma questão séria para a saúde pública. Neste documento são apresentadas diversas ações estratégicas para alcançar este objetivo, como: parcerias e corresponsabilidades com diferentes instituições; construção de pactos locais; estímulo ao controle social; assegurar o direito ao acompanhante; garantir o acolhimento nos serviços de saúde, atendimento humanizado em situações de abortamento e na atenção ao parto e nascimento, entre outras (BRASIL, 2004).

CAVALCANTI *et al.* (2013) pontua sobre a relevância do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher e do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal na elaboração de diversas ações de saúde dirigidas para diferentes segmentos populacionais de forma abrangente dentro do SUS para assim atingir a redução de tais indicadores.

A mortalidade materna sempre foi um desafio a ser superado pelas políticas públicas de saúde no país, inclusive de relevância internacional, já que a redução da mortalidade materna é considerada no quinto Objetivo do Milênio (ODM) “Melhorar a Saúde Materna”, a meta seria alcançar em até 2015 um valor igual ou inferior a 35 óbitos por 100.000 nascidos vivos. Esta meta não foi cumprida pelo país, ROMA (2019) comenta que apesar da taxa reduzir em 55% de 1990 a 2011, esse valor ainda estaria distante da meta estipulada para o Brasil.

A mortalidade materna é indicador de saúde importante já que ele reflete não obstante as condições de saúde das mulheres, bem como de maneira indireta, o desenvolvimento da população em geral, “Taxas elevadas de mortalidade materna estão associadas à insatisfatória prestação de serviços de saúde a esse grupo, desde o planejamento familiar e a assistência pré-natal, até a assistência ao parto e ao puerpério”, segundo a RIPS (2008). MARTINS (2006) analisa em seu artigo diversos relatórios de Comitês de Morte Materna no país que indicaram que o risco de mortalidade materna é maior entre mulheres negras, incluídas pretas e pardas, demonstrando essa disparidade racial.

Apesar dos esforços, ainda existia alguns obstáculos a serem enfrentados para a melhoria destes indicadores, CAVALCANTI et al. (2013) inclui a produção do cuidado biomédica pautada pela medicalização e intervenção desnecessária em corpos gravídicos como desafio, além do financiamento precário, da desregularização do sistema, a fragmentação das ações e dos serviços de saúde e pôr fim a organização dos serviços, no que tange a gestão do trabalho das equipes de saúde.

Assim, em 2011, o Ministério da Saúde inicia a Rede Cegonha (RC) com o respaldo da Portaria nº 1.459, com a intenção de amplificar 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. Alinhada com a Rede de Atenção à Saúde (RAS), a RC visa *“promover a integração das ações e serviços de saúde para possibilitar uma atenção eficiente e de qualidade em todos os pontos de atenção, com foco na satisfação dos usuários, e a melhoria dos indicadores de morbimortalidade materno infantil”* (CAVALCANTI et al., 2013 *apud* Brasil, 2011).

2.3 Violência Obstétrica

A Defensoria Pública do Estado de São Paulo (2018) define violência obstétrica (VO), em sua Cartilha informativa a respeito do tema, essencialmente como o desrespeito à mulher, seu corpo e seus processos reprodutivos, podendo ocorrer tanto na gravidez como no pós-parto, inclusive em situações de abortamento, similarmemente é capaz de afetar o bebê e os familiares da parturiente. Ela se dá devido ao tratamento desumano na atenção obstétrica, além de patologizar processos naturais do parto e da hipermedicalização, desta forma impossibilita às mulheres a decidirem sobre seus corpos.

A naturalização da VO e de más práticas, dentro do cenário de atenção obstétrica no país, são o maior obstáculo para o enfrentamento deste tipo de violência, inclusive existe um grande desconhecimento por parte das mulheres, que muitas vezes não reconhecem as experiências vividas como VO. Quando se fala de VO é natural citar exemplos explícitos de violência verbal e física relacionados a condutas obstétricas obsoletas, como por exercer o uso da manobra de Kristeller contraindicada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2016). Todavia ela se dá de forma sutil no cotidiano dos serviços de saúde, com práticas tidas como rotineiras, sem embasamento científico, que não são efetivas, além do uso de falas que subjagam as mulheres durante seus processos de parir.

A Venezuela foi um dos primeiros países latino-americanos a tipificar esse tipo de violência (TESSER *et al.*, 2015 *apud* VENEZUELA, 2015):

“Qualquer conduta, ato ou omissão por profissional de saúde, tanto em público como privado, que direta ou indiretamente leva à apropriação indevida dos processos corporais e reprodutivos das mulheres, e se expressa em tratamento desumano, no abuso da medicalização e na patologização dos processos naturais, levando à perda da autonomia e da capacidade de decidir livremente sobre seu corpo e sexualidade, impactando negativamente a qualidade de vida de mulheres (p.30)”.

A Argentina em 2009, também criou uma legislação específica para tipificar a violência, em razão das fortes mobilizações da sociedade civil. O país também apresenta avanços no que diz respeito a outros temas dos direitos sexuais e reprodutivos, em 2020, foi aprovado a Legalização do Aborto até 14 semanas de gestação, se tornando o 67º a aprovar a interrupção da gravidez no mundo, seguindo o exemplo de outros países da América do Sul como Uruguai, Guiana e Guiana

Francesa, ademais dentro da América Latina, o aborto é previsto em lei, por países como Cuba e Costa Rica (G1, 2020)

No Brasil, atualmente não existe uma legislação federal específica que caracterize e/ou normatize a violência obstétrica, pelo contrário, o país vem na contramão no que poderia ser considerado de avanços neste sentido. Em maio de 2019, o Ministério da Saúde realizou um despacho, onde tornava proibido o uso do termo violência obstétrica, porém graças à atuação do Ministério Público Federal, recomendou a utilização do termo, alegando que a proibição imposta representava censura a movimentos sociais e as violências de gênero, tempos depois o Ministério da Saúde, recuou de sua proposição inicial (MARQUES, 2020).

A Lei do Acompanhante, Lei 11.108, de 7 de abril de 2005 (BRASIL, 2005), seria a principal marco legal federal que garante os direitos da parturiente no âmbito do SUS, todavia ela não prevê nenhum tipo de punição para aqueles estabelecimentos que não a cumprem. No Dossiê: Violência Obstétrica: Parirás com dor elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI (Senado Federal) da Violência Contra as Mulheres em 2012 apresenta uma proposta de alteração do texto original da Lei 11.108, para que ela valha também na rede privada de saúde, bem como a inclusão de uma sanção pertinente em decorrência de descumprimento desta lei.

É necessário comentar a existência de leis regionais que tipificam a VO, exemplos como: a Lei Distrital nº 6.144/2018, a Lei Estadual de Santa Catarina nº 17.097/2017 e Lei Municipal de João Pessoa nº 13.061/2015. Atualmente tramita pelo Congresso Nacional alguns projetos de lei que visam combater a violência obstétrica, projetos diversos e de diferentes bancadas parlamentares da casa (MARQUES, 2020).

O Estado de São Paulo em 2015 aprovou a Lei Nº 15.759, que “*Assegura o direito ao parto humanizado nos estabelecimentos públicos de saúde do Estado e dá outras providências*”, norma revogada pela Lei nº 17.431 de outubro de 2021, que consolida a legislação paulista relativa à proteção e defesa da mulher, incluindo os aspectos da Lei original, como a previsão do Plano Individual de Parto (SÃO PAULO, 2021).

2.4 Plano de Parto

O plano de parto é um instrumento que surge como uma forma de assegurar as necessidades e desejos das mulheres no decorrer do trabalho de parto, parto e pós-parto. Esse tipo de documento é altamente recomendado pela OMS (2018), assegurando que as parturientes recebam informações durante o trabalho de parto e participem ativamente dos processos de tomada de decisão. O Ministério da Saúde por meio das Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal e do Caderno Humanizadas: Humanização do Parto e do Nascimento (2014) também recomenda o uso do plano de parto. Todavia, eles podem ser elaborados por mulheres, seus pares, companheiros (as), familiares em conjunto com profissionais de saúde e forma individual, ou coletivamente com outras mulheres.

O plano de parto elaborado pelo Núcleo Especializado de Promoção e Defesa dos Direitos das Mulheres (NUDEM) da Defensoria Pública do Estado de São Paulo, em parceria da Associação de Alunas/os e Egressas/os do Curso de Obstetrícia da Universidade de São Paulo (AO/ USP) e do Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde traz diversas informações de forma simples e explicativa sobre os direitos das mulheres, bem como a validade legal deste instrumento para com os serviços de atenção ao parto, além de enfatizar o papel da rede de apoio da Rede de Apoio, Proteção e Cuidado das mulheres e de suas/seus bebês.

TESSER *et al.* (2015) considera o plano de parto como estratégia de prevenção quaternária, da mesma maneira que a Atenção Primária à Saúde seria o ambiente ideal para discussão de planos de parto, principalmente devido ao vínculo entre gestantes e equipes de saúde por conta do pré-natal, tal vínculo poderia ser capaz de reduzir os danos da descontinuidade de cuidado entre o pré-natal e parto, alinhando a equipe cuidadora na APS e o local de assistência ao parto.

O autor e as autoras apontam que tais ações devem extrapolar o contexto da APS, “*construindo formas de organização social do cuidado profissional que signifiquem diminuição de danos/hipermedicalização*”, onde os profissionais da APS, alinhados com movimentos sociais e políticos atuantes pela “humanização” do parto, juntamente com apoio às mudanças nas maternidades já em funcionamento e às novas iniciativas de serviços de cuidado ao parto.

É fato que uma atenção pré-natal de qualidade é fundamental para uma boa assistência obstétrica, impactando diretamente nos desfechos maternos e perinatais.

No entanto, o momento do pré-natal possui inúmeras potências que devem, ou ao menos deveriam, sobrepor o cuidado biomédico, já que, conforme mencionado

Entendendo o pré-natal como um espaço para favorecer a iniciativa acima, durante as consultas as mulheres possuem maior contato com profissionais de saúde. Além desse período representar um momento de preparação e transição de gestantes e suas famílias para uma nova fase da vida, MELO *et al.* (2017) relata em seu artigo a experiência em curso de formação para profissionais de saúde com a utilização de recursos expressivos na Educação Pré-Natal na Atenção Primária, de modo que estes profissionais atuassem como multiplicadores para facilitação de grupos educativos. A partir da Metodologia Criativa Expressiva, com momentos de aprendizados individuais e coletivos, onde foi possível observar que tal método permitiu que os sujeitos se tornassem ativos no processo, impactando na conquista de autonomia e liberdade.

MOUTA *et al.* (2017) em seu estudo investigou se o plano de parto possibilita ou não o empoderamento feminino durante o trabalho de parto e parto para mulheres atendidas em uma Casa de Parto do Rio de Janeiro. As gestantes elaboraram o plano de parto individual no decorrer das consultas pré-natais com a equipe assistencial e pariram neste local. A partir das entrevistas, as autoras consideraram o PP como um instrumento que favorece o empoderamento feminino, já que tiveram autonomia e liberdade de escolha durante o trabalho de parto, além de serem protagonistas de seus processos fisiológicos.

3. JUSTIFICATIVA

Em 2015, o IS/EVIPnet analisou, em contextos municipais, a atenção pré-natal e ao parto na Rede de Assistência, a partir dela encontrou fragilidades na atenção, sendo óbitos maternos ocasionados principalmente pela dificuldade de acesso de mulheres gestantes ao serviço. Junto da assessoria do IS, o município de Franco da Rocha elaborou o Caderno de Atenção à Saúde Reprodutiva, Pré-Natal, Parto e Puerpério, como forma de elaborar estratégias para a melhoria da qualidade da assistência à saúde e indicadores do município (LIMA, 2020).

No princípio, o Plano de Parto não foi uma estratégia priorizada dentro das ações de implementação da Linha de Cuidado de Saúde Reprodutiva, realizadas em 2018, já que a prioridade naquele momento era traduzir conhecimento para transformar práticas de saúde, através das oficinas de implementação realizadas por integrantes do Eixo SSR. Em 2019, a proposta de implementação é retomada dentro das atividades do Eixo, com oficinas de implementação com profissionais de diversos serviços da Rede de Atenção, inclusive profissionais das maternidades de referência.

No ano de 2020, as atividades foram descontinuadas devido a pandemia pelo vírus Sar-cov-2, desviando as ações para sobre os obstáculos e respostas municipais à pandemia com foco na violência de gênero, atenção às grávidas e pré-natal, e atenção e acesso em contracepção (RAIMUNDO, 2020; GUEDES, 2020; SILVA, 2020). Já em 2021 foi prevista a retomada estratégica para a implementação efetiva do PP na Atenção Básica do município, visando a futura inauguração de uma maternidade dentro de FR.

LIMA (2020) comenta sobre a postura das maternidades de referência em não aderir às vontades de gestantes de FR na assistência ao parto, comprometendo assim a comunicação efetiva entre equipe de saúde e usuária, através da discussão sobre as indicações clínicas e suas devidas preferências e escolhas, preconizadas na Portaria Nº 353 de 2017. O que impacta diretamente nos esforços para a redução da violência obstétrica e desfechos desfavoráveis ao parto (BRASIL, 2017).

A realidade vivida por residentes de Franco da Rocha na assistência ao parto não difere do cenário brasileiro, pautado por práticas inadequadas e/ou desnecessárias, produtor de violência obstétrica, dentro de um modelo de atenção

hospitalocêntrico, que exige alta rotatividade de leitos, desrespeitando assim a fisiologia do parto e nascimento, bem como a autonomia das usuárias em decidir sobre a própria saúde (DINIZ, 2005; LIMA, 2020).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2014):

“Todas as mulheres têm direito ao mais alto padrão de saúde atingível, incluindo o direito a uma assistência digna e respeitosa durante toda a gravidez e o parto, assim como o direito de estar livre da violência e discriminação. Os abusos, os maus tratos, a negligência e o desrespeito durante o parto equivalem a uma violação dos direitos humanos fundamentais das mulheres, como descrevem as normas e princípios de direitos humanos adotados internacionalmente. Em especial, as mulheres grávidas têm o direito de serem iguais em dignidade, de serem livres para procurar, receber e dar informações, de não sofrerem discriminações e de usufruírem do mais alto padrão de saúde física e mental, incluindo a saúde sexual e reprodutiva.”

O plano de parto é um instrumento que surge como uma forma de assegurar as necessidades e desejos das mulheres no decorrer do trabalho de parto, parto e pós-parto. Esse tipo de documento é altamente recomendado pela OMS (2018), assegurando que as parturientes recebam informações durante o trabalho de parto e participem ativamente dos processos de tomada de decisão. O Ministério da Saúde por meio das Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal e do Caderno Humanizadas: Humanização do Parto e do Nascimento (2014) também recomenda o uso do plano de parto. Todavia, eles podem ser elaborados por mulheres, seus pares, companheiros(as), familiares em conjunto com profissionais de saúde e forma individual, ou coletivamente com outras mulheres.

O Município de Franco da Rocha em seu “Plano Municipal de Saúde do Quadriênio 2018-2021”, a secretaria de Saúde do município, dentro do eixo de atenção básica, pretende como ação Fortalecer as práticas de orientação e esclarecimento das gestantes acerca do parto normal, visando assim aumentar a proporção de parto normal no Sistema Único de Saúde e na Saúde Suplementar. Ainda, dentro de sua linha de cuidado para saúde reprodutiva, prevê o uso plano de parto como fonte de informação alinhada com o enfrentamento da violência obstétrica e garantia de direitos para residentes no município (FRANCO DA ROCHA, 2018).

À vista disto, o presente estudo objetiva promover a escuta de pessoas grávidas no contexto da pandemia para a atualização do plano de parto, de forma que sua implementação nos serviços de Franco da Rocha contribua para a promoção da autonomia desse grupo, bem como auxiliar no enfrentamento da violência obstétrica nos serviços da Rede de Atenção.

4. OBJETIVOS

4.1 Geral

Captar contribuições para atualização do Plano de Parto a partir da escuta de pessoas gestantes de Franco da Rocha de pessoas grávidas no contexto da pandemia de forma que sua implementação nos serviços do município favoreça à promoção da autonomia desse grupo e para o enfrentamento da violência obstétrica.

4.2 Específicos

- Identificar barreiras e potencialidades para a implementação do plano de parto no município a partir da análise das falas dos profissionais das mulheres e articulação com os trabalhos anteriores.
- Incluir contribuições da população gestante do município no contexto da pandemia na atualização do Plano de Parto por meio da escuta de suas necessidades de saúde.
- Propor estratégias para pactuação junto à gestão municipal, visando a adoção do plano de parto para o município e para as maternidades de referência.

5. METODOLOGIA

5.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo qualitativo, com recorte transversal, baseado na expressão das mulheres residentes de Franco da Rocha, por meio de uma roda de conversa e entrevistas de profissionais de saúde da rede de atenção à saúde do município. E se enquadra dentro da proposta de atuação do Eixo de Saúde Sexual e Reprodutiva do Curso de Especialização em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde (órgão de pesquisa e assessoria da Secretaria Estadual de Saúde) em parceria com o município de Franco da Rocha na implementação na Linha de Cuidado de Saúde Sexual e Reprodutiva do Caderno de Atenção à Saúde Reprodutiva, Pré-Natal, Parto e Puerpério de Franco da Rocha.

A escolha da abordagem qualitativa para esse estudo tem base teórica em MINAYO (2006), onde a autora argumenta que a pesquisa qualitativa viabiliza a compreensão da lógica interna de grupos, instituições e atores, no que tange a “*a) valores culturais e suas histórias; b) relações entre indivíduos, instituições e movimentos sociais; c) processos históricos, sociais de implementações de políticas públicas e sociais*”.

5.2 Coleta de dados e Participantes da pesquisa

O presente estudo conta com três fontes de dados: uma revisão bibliográfica a respeito dos temas trabalhados no decorrer do projeto, plano de parto, violência obstétrica, autonomia em saúde e legislação existente sobre direitos sexuais e reprodutivos no Brasil e no mundo. Além de entrevistas com atores-chaves compostas por trabalhadores de saúde atuantes na rede de atenção à saúde do município de Franco da Rocha e uma roda de conversa com mulheres gestantes usuárias da UBS Parque Vitória do município.

A coleta de dados foi iniciada entre os meses de junho de 2021 e janeiro de 2022. Foram realizadas entrevistas com os profissionais da rede de atenção à saúde

do município de Franco da Rocha (ver Contexto 1.1) e uma roda de conversa com mulheres residentes do município na UBS Parque Vitória.

A coleta foi feita via *on-line*, em função da pandemia e do respeito a medidas de distanciamento, as falas foram processadas por transcrição e por análise temática. A roda de conversa respeitou o distanciamento, uso de máscara e ambiente ao ar livre.

A amostra de pesquisa foi composta por representantes da gestão municipal, da assistência direta, do conselho de saúde e por usuárias. Foi uma amostra de conveniência pactuada previamente com a gestão municipal, que distribuiu de forma aleatória sua rede de serviços entre os diversos eixos de estudo do curso de especialização.

O critério de inclusão dos profissionais que serviu de princípio balizador para a escolha dos participantes do estudo foi profissionais que estivessem diretas ou indiretamente envolvidos nas ações da Linha de Cuidado de Saúde Sexual e Reprodutiva pactuada nas evidências do Caderno de Atenção à Saúde Reprodutiva, Pré-Natal, Parto e Puerpério de Franco da Rocha.

A amostra de profissionais foi composta de quatorze participantes atuantes na rede de atenção à saúde do município, no entanto, foram excluídos três deles pelo conteúdo das falas não se alinharem aos objetivos, sendo eles três agentes comunitários de saúde, quatro enfermeiras com cargo de gestão, uma psicóloga da equipe do Núcleo de Apoio da Saúde da Família (NASF), uma profissional da saúde do trabalhador, duas apoiadoras da Atenção Básica, uma representante da coordenação da AB.

Entre as usuárias foi organizado um grupo de sete mulheres grávidas, convidadas pelos agentes de saúde da UBS e que compareceram por adesão espontânea ao convite. Entre as usuárias estavam mulheres primíparas e múltiparas com experiências diversas e com um ponto em comum, o interesse de ter uma vivência positiva na gestação.

5.3 Procedimentos Éticos

O estudo compõe o projeto geral do curso de especialização do IS, intitulado “Planejamento de ações estratégicas de saúde baseadas em evidências científicas no

município de Franco da Rocha” aprovado em 12 de julho de 2021 parecer nº 4.842.094, pela Plataforma Brasil ao Comitê de Ética em Pesquisa. Além de seguir as normas da Resolução 466/201 e 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisa envolvendo seres humanos (ANEXO A).

Antes do início da entrevista, lia-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO B) e se solicitava para o entrevistado confirmar verbalmente seu consentimento na gravação da chamada de vídeo, posteriormente uma cópia do documento assinada pelas duas pesquisadoras especializadas e pela orientadora foi enviada por e-mail para cada entrevistado.

5.4 Estratégia Metodológica e Análise de Dados

A estratégia metodológica foi organizada em 4 etapas: preparatória; organização do campo; coleta de dados, organização e tratamento dos dados; análise e interpretação.

1. Preparatória:

Levantamento do referencial teórico a respeito de direitos sexuais e reprodutivos, violência obstétrica, autonomia em saúde e plano de parto, de modo a fundamentar os roteiros de entrevistas. Nessa etapa foram feitos os roteiros das entrevistas foram elaborados a partir do referencial teórico e dos objetivos da pesquisa com questões adaptáveis a cada formação ou ocupação dos trabalhadores dentro da rede de atenção, sendo testados com os pesquisadores e gestores e profissionais antes da ampla aplicação. Os roteiros constaram ainda de questões abertas, permitindo também novas colocações, sugestões ou perguntas que surgiram no decorrer das entrevistas.

2. Organização do campo:

Pactuação prévia entre a coordenação da especialização em Saúde Coletiva do IS e a coordenação da Atenção Básica do município para a seleção dos participantes, segundo os critérios estabelecidos pelas pesquisadoras. Devido ao contexto da pandemia ocasionada pelo novo coronavírus e suas variantes e a necessidade de distanciamento social ainda necessária na época das entrevistas, elas foram realizadas de modo por meio virtual, por meio de aplicativos de telecomunicações virtuais como *WhatsApp* e *Google meets*, sempre respeitando a facilidade de acesso e viabilidade de conexão entre os entrevistados e as pesquisadoras, bem como as recomendações pontuadas na Carta Circular no 1/2021- CONEP/SECNS/MS de 03/03/2021.

3. Organização e Tratamento dos dados

Nesta etapa os dados foram colhidos em duas fases (A e B):

FASE A: Aplicação de roteiro de entrevistas semiestruturadas e individuais com profissionais considerados informantes - chaves para atingir os objetivos da pesquisa (os roteiros na íntegra estão presentes nos APÊNDICES A, B, C e D). A partir dessa demanda, a coordenação da especialização, os orientadores e os gestores de saúde do município agendaram as entrevistas no mês de setembro de 2021.

A dinâmica da entrevista on-line foi a condução da entrevista por uma das pesquisadoras, enquanto uma outra fazia o registro da comunicação não verbal e anotações breves a respeito dos temas considerados relevantes para o estudo e que surgiram no desenrolar da entrevista. Solicitou-se permissão para gravar e as gravações foram organizadas em pastas e transcritas levando em consideração processos para garantir o anonimato e sigilo das informações coletadas, conforme previsto no TCLE.

FASE B: Nessa fase foi organizada uma roda de conversa com mulheres gestantes residentes de Franco da Rocha, cujo objetivo principal foi obter elementos da escuta das grávidas para compreender suas necessidades e desejos referentes à atenção ao parto. Esta roda foi pactuada em conjunto com a apoiadora da atenção básica e a UBS Parque Vitória, local onde ela foi realizada em novembro de 2021.

A roda de conversa foi um recurso metodológico utilizado considerando que círculos de conversação a partir da provocação de uma temática, permitem “*partilha de saberes e reflexividade sobre experiências individuais ou coletivas*” (PINHEIRO, 2020). Ainda o autor referenciando Paulo Freire comenta que a participação efetiva no processo se dá pela intenção de dar voz as participantes.

A roda foi realizada na UBS Parque Vitória no dia 26 de novembro de 2021, o convite para as usuárias do serviço foi realizado pela equipe da unidade, dia acordado em comum acordo entre pesquisadoras e o calendário de ações da UBS, já que após a Roda, as gestantes receberam um kit maternidade (bolsa para recém-nascido com algumas roupas e artigos de bebê) oferecido para aquelas que acompanham o pré-natal na rede municipal. Coube às pesquisadoras a organização e o andamento do encontro.

Após uma breve apresentação das pesquisadoras e dos objetivos do encontro, leitura do TCLE (ANEXO C) e do Termo de Uso de Voz e Imagem (ANEXO D), em seguida, iniciou o encontro com uma dinâmica de apresentação, onde se solicitava para as mulheres para que cada uma se apresentasse, dizendo o nome, idade, tempo de gestação e do que gostava de fazer para relaxar. Em conjunto com a entrega de kits com materiais informativos: Cartilha de Violência Obstétrica produzida pelo IS (ANEXO X), Modelo de Plano de Parto da Defensoria Pública do Estado de São Paulo, Cartilha sobre Sífilis, preservativos para pessoas com pênis e/ou vulva.

Em seguida, a “Dinâmica de Expectativas sobre o Parto”, neste momento cada gestante e/ou seus parceiros/acompanhantes irão anotar, nas folhas de sulfite entregues a cada um, um desejo, impressão e/ou ideia sobre o parto. Depois estes papéis eram espalhados no chão do espaço essas impressões e pedido que, para elas circulassem pelo ambiente. Perguntou o que elas acharam do que viram, como elas reagiam sobre o que leram, se tinham algo para compartilhar com o grupo.

No decorrer da roda, outras questões também serviram como disparadoras para o diálogo, como por exemplo: se alguém tem alguma experiência de parto e se gostaria de compartilhar, se elas sabiam o que é consentimento e o que vocês acreditam ser fundamental no momento do parto. A pesquisadora apresentou e explicou o que é um plano de parto, a partir das falas também nomeou a violência

obstétrica, indagou se mais alguém gostaria de compartilhar algo e encerrou a roda de conversa. Foi entregue os certificados de participação conforme a figura abaixo:

Figura 2. Certificado de participação da Roda de Conversa, Franco da Rocha, 2021.



Fonte: Convite elaborado pela autora.

4. Análise e interpretação:

A partir do cruzamento das transcrições das entrevistas com as anotações realizadas pelas pesquisadoras surgiram elementos simbólicos selecionando assim unidades de significados, de acordo com os objetivos da pesquisa, agrupando-se em temas a fim de organizar a análise do conteúdo (MINAYO, 2010).

O material foi organizado por grupo de informante sob o seguinte critério: GRUPO 1: Agentes Comunitárias (o) de Saúde; GRUPO 2: Profissionais de Saúde;

GRUPO 3: Diretora e apoiadoras da Atenção Básica; GRUPO 4: Mulheres gestantes. Com a seleção das unidades e temas foram escolhidas as principais categorias para atender aos objetivos do estudo.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 Percepção dos Profissionais de Saúde de Franco da Rocha sobre o Plano de Parto

6.1.1 Perfil dos participantes

Como citado acima, a coleta de dados aconteceu em duas etapas: A e B. As entrevistas da etapa A ocorreram entre os dias 8,9,10,11, 13,14,15,16, e 22 de setembro de 2021, através da plataforma Google Meet para videochamadas online em horários previamente acordados, entre os participantes, gestão do município e as pesquisadoras.

As participantes foram: três agentes comunitários (as) de saúde, quatro enfermeiras, uma psicóloga profissional e apoiadora do NASF, duas apoiadoras da Atenção Básica, e a ex-diretora da Atenção Básica.

A caracterização dos participantes das entrevistas está descrita na tabela abaixo. Nota-se que o gênero predominante é o feminino, bem como a formação destas servidoras é em enfermagem. Sobre o tempo de trabalho em Franco da Rocha, os resultados existem maior variedade, desde servidoras com 14 anos de funcionalismo no município, que atuou em diversos equipamentos da rede de atenção, como funcionárias com 2 anos de trabalho.

Quadro 1: Caracterização dos servidores participantes entrevistados no estudo, Franco da Rocha, 2021;

| Participantes | Cargo/Função | Tempo de trabalho | Serviço de Referência |
|---------------|---|-------------------|-----------------------|
| ACS 1 | Agente Comunitário de Saúde | 5 | UBS Osório César |
| ACS 2 | Agente Comunitário de Saúde | 2 | UBS Osório César |
| ACS 3 | Agente Comunitário de Saúde e Conselheira Municipal | 4 | UBS Parque Vitória |
| Enfermeira 1 | Enfermeira | 2 | UBS Osório César |
| Enfermeira 2 | Enfermeira gestora | 5 | UBS Jose Graciano |
| Enfermeira 3 | Enfermeira gestora | 2 | UBS Parque Vitória |
| Enfermeira 4 | Enfermeira gestora | 2 | UBS Parque Vitória |

| | | | |
|----------------------|--|---------------|---|
| Profissional do NASF | Psicóloga e Apoiadora do Núcleo | | UBS Parque Vitória, UBS Lago Azul, UBS Monte Verde e UBS Mato Dentro |
| Apoiadora da AB 1 | Enfermeira e Apoiadora da AB | 14 | UBS Osório César, UBS Marcelo Gois, UBS Doutor Franco da Rocha, UBS Vila Neusa Ramos e a UBS Parque Lane. |
| Apoiadora da AB 2 | Administradora e Apoiadora da AB | 7 | Apoiadora da Rede Cegonha |
| Diretora da AB 1 | Enfermeira e antiga Coordenadora da AB | Não declarado | |

Fonte: dados da pesquisa sistematizados pela autora.

Das entrevistadas 5 participaram das oficinas do processo de implementação do CASRPPP realizadas por integrantes do Eixo Saúde Sexual e Reprodutiva nos anos de 2018 e 2019. Apenas duas participaram das Oficinas de Plano de Parto em 2019, notou-se, no decorrer das entrevistas, que há rotatividade dos profissionais da atenção no município, fazendo necessário o fornecimento de novas oficinas num processo de educação permanente.

É importante comentar que no decorrer do ano de 2021, especificamente no período de coleta de dados, houveram mudanças na gestão do município com a troca da coordenadora da atenção básica, o eixo de SSR entrevistou as duas gestoras (antiga e atual), todavia para este estudo a diretora atual não compôs a amostra por não estar ainda apropriada das discussões a respeito do plano de parto em Franco da Rocha.

Notou-se que alguns participantes não apresentaram apropriação ou familiaridade com a discussão sobre o plano de parto no município, devido às mudanças recentes na gestão, por esse motivo quatro entrevistados foram excluídos do estudo.

6.1.2 Panorama atual do Plano de Parto no município sob o olhar dos gestores e profissionais

A respeito do uso do plano de parto dentro de Franco da Rocha, as falas são variadas, é possível observar que o uso do PP dentro do município, onde existem profissionais que afirmam utilizar o instrumento no decorrer de suas atividades de pré-

natal e outras não. A própria gestão afirma que o PP não está ativo na rede, observado na fala da diretora da AB abaixo:

“Neste momento, não tem um plano de parto ativo (...) Apesar que faltou também um pouco de planejamento aí, de colocar em prática esse plano de parto, a pandemia mudou muito toda a rotina não só do município, como de vários outros. Acredito que ainda a gente não consiga retomar.” (Diretora da AB).

Existem algumas iniciativas de profissionais que trabalham com orientações às mulheres gestantes a respeito das escolhas no momento do parto, mesmo que não nomeiam como plano de parto, um exemplo é a ACS 3. Ela foi indicada por outras participantes do estudo como a pessoa que movimenta as ações no que tange o ciclo gravídico-puerperal, como facilitadora de grupos de gestantes e puérperas, na modalidade online durante o momento de pandemia, de modo que este vínculo não fosse perdido. Ela ainda reforça a relevância do PP como ferramenta para a garantia que a autonomia destas mulheres seja respeitada:

“Inclusive, eu as fazer até a cartinha, porque embora a maternidade possa não ter todos os caminhos, planos de parto, pelo menos as meninas estão cientes do desejo delas, do que elas podem ter de informações (...) que elas pudessem saber e ser informadas de todo tipo de procedimento que viesse a ser realizado nelas” (ACS 3)

6.1.3 Barreiras e Fortalezas para a implementação do Plano de Parto

6.1.3.1. Barreiras para implementação do Plano de Parto

No decorrer das entrevistas, observou-se algumas barreiras para a implementação do PP em Franco da Rocha, muitas delas estão associadas com a relação entre o município e a maternidade de referência, destaca-se a resistência da maternidade em aderir ao PP e a frustração dos profissionais e das usuárias perante a isso.

Não foi incomum nos relatos emergir o tema que haveria uma resistência das Maternidade de Referência frente ao Plano de Parto, as enfermeiras são profissionais, que possuem um contato direto com as pessoas no pós-parto, comentam sobre

ouvirem mulheres relatam não terem suas vontades descritas no PP respeitadas pelos profissionais da assistência ao parto. A Enfermeira 3 foi a única que usou o termo violência obstétrica para se referir às condutas presentes no hospital.

“Eu falo pelo que eu escuto - não atuo na maternidade, não sei como que é, mas a fala que elas me trazem é o incentivo a fazerem o plano de parto, até o link da modelo para elas poderem se basear, mas as que fizeram o plano de parto, elas relatam que não foi cumprido nem um terço. Tem muita violência obstétrica, que (sobe) em cima da mulher, e a maioria delas me relata isso.” (Enfermeira 3).

Ainda dentro da maternidade, na visão da ACS 1 há uma resistência por parte da equipe médica, em relação a novas práticas de assistência, preocupação também da Apoiadora da AB 1:

“Eu acho que nas próprias maternidades é, eu acho que a dificuldade é na maternidade por conta dos médicos mesmo, sei lá, eu acho que eles não dão essa opção pra mãe.” (ACS 1).

“Eu acho que se for feito um protocolo direitinho, não teremos problemas no município, porém eu não sei como vai ser isso na maternidade, em relação aos médicos.” (Apoiadora da AB 1).

Tal resistência citada é emblemática, o plano de parto, de certo modo apresenta uma afronta ao saber biomédico por subverter a hierarquia do cuidado, já que a própria formação tem esse caráter prescritivo e disciplinador, onde médicos (as) são donos do conhecimento e os sujeitos pacientes (ANDREZZO, 2016). Nesta pesquisa não contou com a participação de nenhum profissional médica, o que dificulta a proposta de diálogo para novas estratégias de cuidado.

ACS1, uma trabalhadora, que atua há 5 anos como agente comunitária de saúde, em muitos momentos apresenta uma visão pessimista a respeito dos conteúdos discutidos na entrevista, ela ainda comenta que não gostaria de aderir o uso do plano de parto por acreditar, baseado em sua trajetória profissional, que ele simplesmente não funcionaria.

"Eu, (ACS1) pessoalmente não. (...), mas com a experiência que a gente já tem, a gente sabe que não funciona, então por isso que eu falei na minha resposta que eu não me interessa, eu acho que é uma coisa que não funciona." (ACS 1)

No decorrer do estudo, a pesquisadora participou como ouvinte de uma reunião com serviços da rede cegonha da região do município de FR, uma fala marcante desse encontro foi de uma médica coordenadora do pré-natal de alto risco de um hospital em São Paulo referir ao PP como uma "lista de desejos" que gestantes levam para o parto. Dessa forma, não seria coerente o médico ou profissional de saúde, não deveria se submeter às "vontades" trazidas por elas no momento do parto.

Integrantes do grupo 2, alegaram que a rotina de trabalho na atenção básica pode levar os profissionais a trabalhar no que chamam de "modo automático de atendimento", atendimento feito de forma mecânica, devido à sobrecarga de trabalho sobrecarga, os impedindo de buscar novos conhecimentos ou até mesmo aderir novas práticas de assistência.

"Porque a gente entra numa rotina, entra no automático; e, às vezes, por falta de tempo - e por falta de interesse também - acaba se limitando a buscar novos conhecimentos, e entra no automático" (Enfermeira 3).

"Ele é generalista e, por conta disso, muitas coisas não são vividas, muitas coisas não são perguntadas e aí não é feito, não é planejado? **Eu paro para pensar assim, em questão de que tem muitas pessoas que não em questão que não aceitam, mas acaba ficando no automático.** Aceitação, é que nem a gente vai no curso, a gente conhece isso, mas colocar em prática eu acho que é bem a minoria. Eu penso assim." (Enfermeira 4).

Percebe-se na fala da gestão um receio dos profissionais da ponta em adotar o PP como parte da rotina de atendimento pré-natal devido a resistência da maternidade em aderir o PP, pensando principalmente na reação das usuárias em se planejarem para o parto e não terem suas vontades atendidas na hora do parto.

"...que há uma certa insegurança em conduzir o plano de parto (...) inclusive, em uma das oficinas que eu participei, eu questionei quem estava perto, as

enfermeiras. Por que não faziam? ‘Porque eu não sei se eu vou fazer isso e depois eu vou frustrar a gestante, porque a maternidade não vai realizar o serviço o qual ela tinha preferência.’ Por isso eu penso mesmo que a gente vai ter que discutir isso muito com a maternidade, para não ter esse sofrimento da gestante de ter feito uma opção e não ser atendida na opção.” (Apoiadora da AB 2).

Na fala da Enfermeira 4, ela pontua sobre as expectativas e as possíveis frustrações que as mulheres podem ter no trabalho de parto, bem como os recursos que estariam disponíveis, orientações que compõem o trabalho no momento de pré-natal, todavia ficariam a cargo da situação da maternidade naquele momento, reforçando a importância do engajamento da equipe do hospital e da UBS nestas orientações.

“Eu sempre deixo elas cientes de que tudo vai depender também do momento em que elas estão passando naquilo, porque, às vezes, você chega em uma maternidade, você está preparada para ser daquela forma e, de repente, não sai da forma que a gente quer. (...) Também para que elas não fiquem frustradas (...) às vezes você se planeja, tem um plano de parto e você chega na maternidade e não é um plantão bom, está com falta de obstetra, é todo mundo parindo, é falta de pessoal e envolve tudo” (Enfermeira 4).

As representantes da gestão discutem sobre como era a relação de Franco da Rocha com as maternidades, mesmo que exista uma comunicação, o fato delas pertencerem a outro município há dificuldade em efetivar o PP.

“A gente faz uma comunicação, mas a intervenção ela é mais complicada(...) o município ele não tem autonomia dentro das maternidades, então essa é a preocupação você orientar, você educar a sua população e dentro das maternidades o plano não ser efetivo, isso preocupa muito toda a parte técnica do município referente ao plano de parto. (..)” (Diretora da AB).

Quando se questionava às entrevistadas a que elas atribuíam esta resistência da equipe da maternidade em aplicar ou até mesmo dialogar sobre o plano de parto, ninguém conseguia explicar o porquê disto. Na oficina de Implementação do PP promovida pelo Eixo de SSR em 2019 contou com a participação de profissionais da maternidade de Caieiras e de Francisco Morato. Segundo LIMA (2020), no momento

pós oficina, a respeito da inserção do instrumento dentro de suas atividades, 80% dos participantes alegaram que sim, apenas três participaram alegaram não adotar o instrumento por acreditar que não cabia dentro de sua atuação.

Quando o plano de parto é encorajado pela gestão da maternidade, ele pode melhorar a qualidade da atenção, propondo a realização de diretrizes e protocolos clínicos, além de respeitar a diversidade de opiniões (WHITFORD *et al.*, 2014). Porém para alcançar isto exige romper, mesmo que parcialmente, com o modelo tecnocrático de atendimento, pautado na hiper medicalização do parto, este é um dos pilares da assistência hospitalar e abrir um diálogo significativo com as usuárias.

No fim, as dificuldades abordadas, de algum modo, voltam para a relação entre equipe assistencial do município e da maternidade, mesmo que haja uma tentativa de diálogo por parte de Franco da Rocha.

6.1.3.2. Fortalezas para implementação do Plano de Parto

No campo das Fortalezas destaca-se a Linha de Cuidado à Saúde Sexual e Reprodutiva, Pré-Natal, Parto e Puerpério de Franco da Rocha, Grupos educativos de pré-natal *online*, profissionais interessadas e a Maternidade em Franco da Rocha.

O CASRPPP aparece como um aliado para a adoção do PP já que o plano de parto é previsto por ele, além de trazer avanços na assistência à saúde reprodutiva no município, inclusive reconhecidos pelo prêmio “Cases Inovadores” em 2021 do governo do Estado de São Paulo, por apresentar redução nas taxas de Mortalidade Infantil e Materna (FRANCO DA ROCHA, 2021). As melhorias com o Caderno também foram sentidas pelos profissionais da rede, principalmente nas ações de planejamento reprodutivo e no puerpério. Todavia, devido a rotatividade dos profissionais é necessária uma atualização dos processos de formação por meio de processos de educação permanente.

Anteriormente à pandemia, algumas unidades realizavam ações educativas grupais sobre o pré-natal e consideram ter boa adesão da população. Com o isolamento social mudou o formato desses grupos, agora existe a iniciativa de grupos virtuais, em redes como Facebook e Whatsapp e encontros síncronos, que contam

com a participação de profissionais, principalmente do NASF, uma estratégia iniciada na UBS Parque Vitória que se expande para outras unidades da rede. A potência desse grupo está no vínculo que as participantes mantêm entre si e para com a equipe da UBS, permanecendo até o puerpério, graças a ele foi possível realizar a roda de conversa.

A característica principal destes grupos se dá pela forma vertical de transmissão de conhecimento, ou seja, existe um tema, escolhido pelas mulheres e os profissionais preparam aulas respondendo a este tema, seria interessante abordagens mais participativas, que permita a contribuição de mulheres gestantes na produção do conhecimento.

Apesar das barreiras, existe um interesse por das trabalhadoras, principalmente das enfermeiras com exceção de uma conforme tratado acima, em aplicar o PP no cotidiano das ações de pré-natal, similar os achados na pesquisa LIMA em 2020, o que diminui obstáculos que a gestão enfrentaria para cumprir com o plano de institucionalizar o plano de parto em Franco da Rocha.

A inauguração de uma maternidade em Franco da Rocha gera grandes expectativas nos profissionais e na gestão para que a implementação do PP seja satisfatória e permanente. Alguns movimentos foram feitos para que isto ocorra, inclusive o PP ser aprovado na Conferência de Saúde Municipal, conforme a fala da ACS 3. A chegada de uma maternidade no município é uma aposta da gestão para alcançar esse objetivo, já que o modelo assistencial preconizado pelo serviço estaria alinhado com a Linha de Cuidado à Saúde Sexual e Reprodutiva, Pré-Natal, Parto e Puerpério de Franco da Rocha:

“...esse Plano de Parto, o projeto foi votado na Conferência, para que a gente possa ter na nossa maternidade. Eu estou muito, muito feliz, muito mesmo. Eu idealizo a nossa maternidade como a maternidade do plano humanizado” (ACS 3).

“Mas a gente aposta bastante também com a mudança da maternidade. Então a gente vira referência dentro do município com a maternidade de baixo e médio risco, então a gente aposta muito no plano de parto efetivo. Então é o que nos conforta, na verdade, a gente conseguir colocar o plano de parto em ação, implementação porque nós vamos estar com a maternidade dentro do nosso município.” (Diretora da AB 1).

6.1.4 Possíveis caminhos para a implementação do Plano de Parto

As profissionais acreditam que para que o plano de parto seja efetivo dentro de Franco da Rocha ele deve ser institucionalizado de alguma maneira, seja em forma de lei, protocolo, acompanhados ou não de sanção para aqueles que o violem, porém que seja comum para todas as unidades da rede.

“...um documento mesmo que fosse encaminhado da UBS para maternidade, assinado tudo direitinho com alguma lei específica né, tipo obrigando o médico a fazer o que esta paciente quer né” (ACS 1).

Dentro do grupo 2, repara-se na variedade de visões do que possibilitaria a implementação do plano de parto no município. As Enfermeiras 2 e 3 possuem uma ideia parecida do que poderia ser uma solução, bem como a Apoiadora da AB 2, um protocolo ou instrumento que fosse ativo no seguimento do pré-natal, todavia a Enfermeira 3 ainda pontua que o que quer que for pactuado deveria possuir uma espécie de sanção para aqueles que não respeitassem as vontades de pessoas gestantes no momento do parto.

“Se há um protocolo e já sanção em cima, creio que começa já a respeitar um pouco mais da vontade dessa gestante no parto.” (Enfermeira 3).

“Eu acho que desenhar, capacitar, fazer as oficinas com os profissionais e colocar para funcionar, implantar definitivamente. (...)Eu acho que tem que haver essa sensibilização do profissional com a importância do plano” (Apoiadora da AB 2).

A Enfermeira 1 acredita que as visitas para a maternidade, paralisadas devido a pandemia, poderiam contribuir com o bem-estar das usuárias, já que com as visitas as mulheres poderiam ter uma ideia do que seria ou não possível na hora do trabalho de parto. Agora a Enfermeira 4 salienta sobre a importância da educação permanente e informação dos profissionais que atuam com essas mulheres.

"A gente tem um plano de parto, mas a gente tem que colocar em prática, e os funcionários têm que estar instruídos referente a isso (...) Por isso que eu falo, seria bom, no caso, um compartilhamento, tanto do pessoal das UBS, juntamente com o pessoal da maternidade, para que a gente possa falar da mesma coisa, para que elas possam ter as informações corretas, e trabalhar

em cima disso” (Enfermeira 4).

6.2 A voz das mulheres gestantes na elaboração do plano de parto

6.2.1 Perfil das participantes

Conforme já citado, a roda de conversa compõe a fase B do estudo, e a amostra de mulheres participantes, o Grupo 4 de análise. A roda de conversa contou com a participação de sete mulheres gestantes residentes do município de Franco da Rocha, com acompanhamento pré-natal na UBS Parque Vitória com idades entre 20 a 41 anos, e idade gestacional de 26 a 38 semanas, apenas uma delas era primigesta, uma não teve parto normal (parto cesárea anterior, as demais todas possuíam experiência de parto em maternidades da rede. Apenas uma levou sua criança mais nova e nenhuma foi com acompanhante. Uma gestante chegou a assinar o termo de consentimento, todavia não permaneceu no espaço de realização da roda. Estavam presentes no local, alguns funcionários da UBS, como gerente e outros da equipe assistencial, porém eles não participaram da roda, apenas observaram. A descrição das participantes estão presentes na tabela abaixo:

Quadro 2. Caracterização das participantes da Roda de Conversa, Franco da Rocha, 2021.

| Participantes | Idade | Histórico Obstétrico | Idade Gestacional |
|----------------|--------------|----------------------|-------------------|
| Participante 1 | 41 | G4 | 37 semanas |
| Participante 2 | Não informou | G3 | 26 semanas |
| Participante 3 | 25 | G3A1 | 38 semanas |
| Participante 4 | 20 | G3 | 27 semanas |
| Participante 5 | 29 | G2 | 35 semanas |
| Participante 6 | 34 | G3 | 26 semanas |
| Participante 7 | 26 | G1 | 36 semanas |

Fonte: dados da pesquisa sistematizados pela autora.

A partir das respostas produzidas na “Dinâmica de Expectativas sobre o Parto” a discussão foi iniciada. Certos temas apareceram mais vezes nas sulfitas escritas pelas participantes como: medos relacionados à assistência ao parto em si, principalmente de sofrer com a dor, de se desgastar para ter um parto normal e no

final ser uma Cesária, medo de precisar de pontos após o parto ou de ficar sozinha e medo com a amamentação. Além de ter frases com dúvidas sobre qual seria o melhor momento para ir para a maternidade e uma com um desejo de ser atendida com igualdade.

Figura 3. Roda de conversa realizada na UBS Parque Vitória, Franco da Rocha, 2021.



O encontro foi realizado em momento oportuno, com distanciamento social e todas com máscaras.

Fonte: Registro Fotográfico da Roda de Conversa.

Ao final da roda, as facilitadoras distribuíram os certificados de participação e uma lembrancinha para as usuárias. Os profissionais da UBS realizaram a distribuição de materiais fornecidos pelo município para as gestantes, como kits de maternidade e reforçaram a importância do acompanhamento do pré-natal na unidade.

As categorias de análise observadas na roda com mulheres gestantes de Franco da Rocha surgem a partir da fala delas, bem como na escrita das frases proposta pela “Dinâmica de Expectativas sobre o Parto”. Dentre as categorias estão:

Acompanhante no parto, Medos, Direito de Escolha, Hora de ir para a maternidade, Violência Obstétrica e Nossas vozes precisam ser ouvidas.

6.2.2 Partindo do princípio

A pessoa acompanhante no trabalho de parto, de escolha da parturiente, é fundamental para que suas vontades sejam respeitadas, nas entrevistas com profissionais, afirmavam que era comum que esta companhia fosse figuras femininas: mães, irmãs, tias e/ou sogras. Porém na roda quando foi levantada esta questão a participante 7 preferiu que seu marido fosse o acompanhante, afirmando sua relação de parceria e confiança:

“...acho que elas (mãe e sogra) são preparadas para o parto(...), mas eu o quero (o pai) e ele também quer essa conexão(...) ele é um pai muito presente, muito preocupado, é um paizão, na barriga, imagine fora. E eu só vou ter ele.” (Entrevista 7)

No decorrer da roda apareceram muitas dúvidas a respeito do momento certo de ir para a maternidade, não é incomum gestantes chegarem para serem atendidas e retornarem para suas casas, muitas vezes sem orientações do momento certo para a admissão no trabalho de parto. Nota-se que as duas maternidades de referência de Franco da Rocha localizam-se em outros municípios, o que implica que este deslocamento seja custoso e cansativo, ainda mais para aquelas que não conseguem arcar com estes gastos.

“...muitas meninas falando que com uma semana nem estava sentido dor, não sabe a hora certa de ir para o hospital, às vezes muitas vão para o hospital mais de três vezes, às vezes sozinha, pegando condução, nem tendo dinheiro para isso e chega lá, eles falam que está com três, quatro dedos e manda voltar (...) não adianta ficar mandando para casa sem saber a hora, e muita gente fica com medo de ir, e acaba que depois nem passando” (Entrevista 6).

6.2.3 “Parirás com dor”

O medo foi um dos sentimentos mais citados nas falas a respeito das expectativas do parto, com características e sentidos diversos: medo da dor, medo do parto, medo da solidão e medo da amamentação emergiram nas falas e nas frases escritas para a “Dinâmica de Expectativas sobre o Parto”. Para algumas era medo até de falar sobre o ele, sendo que muitas escreveram, mas poucas comentaram abertamente sobre os medos que as afligiam. A fala da participante 7 sintetiza o foi dito:

“(...) eu tenho medo de estar sozinha, eu tenho medo de sofrer na mão das pessoas, da amamentação, porque o leite está muito caro” (Participante 7).

Parte desse medo nasce da desorientação e desinformação que essas mulheres têm sobre o trabalho de parto, do que se esperar e do que pode acontecer, principalmente no que tange aos sinais do próprio corpo para o início do trabalho de parto. Para usuárias do SUS é emblemático que o medo do parto esteja associado à garantia de acesso à saúde, já que existe o medo de serem maltratadas pelos profissionais, ou até mesmo de sofrerem alguma retaliação por se posicionar contra alguma conduta prestada (ANDREZZO, 2016).

Outro medo manifestado pela participante 7, compartilhado por outras, foi em relação com a cesariana:

“Cesárea que é o meu medo também, de tentar vários dias, tentando normal, sofrendo e no final ser cesárea, eu não queria (...)” (Participante 7).

Aqui o medo não seria da cirurgia em si, mas do sofrimento associado por elas na tentativa de ter um parto normal, ou seja, de sentir dor por horas e esse esforço ser em vão, já que o desfecho não seria o desejado, e sim uma cesariana, onde ela receberia analgesia e não precisaria sentir esta dor. Este ponto foi levantado também pela participante 2, porém com outra perspectiva, para ela as pessoas gestantes poderiam ter o direito de escolher a via de parto previamente, devido a Lei 17.137/2019, que liberava as cesáreas sem indicação médica no estado de São Paulo

(SÃO PAULO, 2019), e não serem sujeitadas ao que ela refere como imposição dos profissionais na atenção ao parto.

“ Tem (a lei) que a mãe pode escolher a forma que prefere ter o filho, cesárea ou normal, mas quando chega na hora, que chega lá, não é dessa forma, é eles que impõem se vai ser normal (...)então eu acho que isso tinha que ser diferente, como eu optei pela cesárea, eu teria que ter o meu direito de chegar lá na data certa, eu opto por meu parto ser cesárea e que seja cesárea, não eles ficarem segurando para ser normal.” (Participante 2).

Atualmente a cesariana não se trata apenas de uma via de parto segura para os 10% e 15% da população que de fato necessitarão desta intervenção. Pelo contrário, ela perpassa fatores culturais, sociais e interesses mercadológicos que impactam no processo de escolha da via de parto. A Lei 17.137/2019 de autoria da deputada estadual Janaína Paschoal (PSL-SP) se apropria, de forma desonesta, de discussões sobre a defesa dos direitos das mulheres ao próprio corpo e ao respeito por suas preferências para o parto, defendidas pelos próprios movimentos de Humanização do Parto, bem como apoiando-se na tese que desfechos negativos oriundos de partos vaginais contribuem para a mortalidade materna no Brasil (BRASILEIRO e PERREIRA, 2021).

Apesar de pontuar sobre os riscos que a cesariana, como qualquer procedimento cirúrgico, pode gerar para a parturiente, principalmente aqueles a longo prazo pra ela e bebê, não traz à luz discussões, também feitas pelo movimento de humanização, que repudia o cenário obstétrico brasileiro baseado em intervenções desnecessárias e obsoletas, sem o menor embasamento científico. Também não conta com o impacto financeiro que este procedimento pode acarretar para o sistema de saúde como um todo. Ao invés de apoiar a luta contra a violência obstétrica, a deputada oferece uma solução que falsamente beneficia pessoas gestantes, já que a cesárea não é sinônimo de qualidade de assistência, e sim de interesses mercadológicos e da própria classe médica.

As intervenções dolorosas alimentam o estigma com o parto normal, principalmente se o desfecho não for satisfatório, ou seja, todo o esforço e sofrimento seriam em vão, o que nutre este medo é a fragilidade oriunda da perda de protagonismo. Na literatura, bem como na prática da assistência, existe o entendimento de uma intervenção fracassada levar para outra, e assim

sucessivamente, formando uma “cascata de intervenções”. A cesárea aqui pode-se ser entendida como uma fuga da violência obstétrica a ser vivida pelas intervenções do trabalho de parto (ZANARDO, et al., 2017).

Para RUSSO (2017 *apud* a BURKE, 2014), a dor, seja a do parto ou qualquer outra, não seria:

“A simples resposta a um estímulo (uma qualidade intrínseca da sensação crua), mas o modo como percebemos a experiência e avaliamos o estímulo. É uma maneira de sentir, de vivenciar e nomear uma experiência”.

Fato que a dor no parto é um processo fisiológico, não é um sinônimo de sofrimento. Para RUSSO *et al.* (2019), ele acontece quando esta dor é acompanhada do “*excesso de intervenções e pela falta de acolhimento e proteção, a dor transformando-se, neste caso, em um ‘monstro’*”, dentro de serviços ela é potencializada como força de punição para parturientes.

“Então o meu primeiro filho, quando eu tive, porque eu tive muito nova, eu tive com 14 anos, então eu sofri bastante, o meu primeiro, eu levei 33 pontos, então se eu tivesse trocado de plantão eu estaria ali” (Participante 4).

Vocalizar a dor é uma maneira comum de expressá-la, quase involuntária, porém gritar não cabe dentro do modelo biomédico de atenção, constata-se que ao agir de forma contrária aquilo que é considerado o certo para o trabalho mulher, a mulher é punida com a falta de assistência. Ou seja, se elas gritarem de dor, não serão atendidas pela equipe, elas devem sofrer em silêncio:

“Quanto mais você grita, você fala que está doendo e não sei o que, eles falam, na hora de fazer não doeu, (então para de gritar)” (Participante 2).

“Mas elas tratam você diferente. (quando a mulher grita durante o trabalho de parto)” (Várias participantes concordam).

Silenciar as pessoas e puni-las são expressões da violência obstétrica. Na literatura vários autores discutem sobre os tipos de VO e seus impactos na saúde das vítimas, alguns tipos podem ser descritos como:

“Negligência (omissão do atendimento), violência psicológica (tratamento hostil, ameaças, gritos e humilhação intencional), violência física (negar o alívio da dor quando há indicação técnica) e violência sexual (assédio sexual

e estupro)” (ZANARDO *et al.*, 2017 *apud* D’OLIVEIRA, DINIZ e SCHRAIBER, 2002).

ZANARDO *et al.*, 2017(*apud* SANFELICE *et al.*, 2014; WOLFF e WALDOW, 2008) considera violência física, desnecessariamente, manipular ou expor os corpos de parturientes, que dificulte ou impacte negativamente em suas experiências de parto. Ainda para as autoras, também se enquadram nesta definição, a indução da escolha da cesariana eletiva por meio da mentira ou omissão de informações necessárias para o consentimento deste tipo de conduta. A violência psicológica dentro da VO se caracteriza por ironias, ameaças e coerção.

Existe pele alvo da violência obstétrica contando que mulheres pretas e pardas são aquelas que mais sofrem discriminação na assistência, a mortalidade materna é maior para estas mulheres (MARTINS, 2006), o racismo estrutural é ativo e presente, inclusive nas maternidades de referência, questão essa que angústia a participante 1, ao narrar sobre uma de suas experiências de parto, ela conta uma situação que ela entende como diferença na assistência por conta da cor das sujeitas:

“Porque tem muito muito preconceito de classe, de raça e de cor, então seria, eu achava muito importante ser tratada com igualdade, um direito (que umas têm) e outras não. (...) É porque eu já vi, uma vez eu estava no hospital e tinha uma menina que era branquinha, ela foi atendida melhor do que a outra, eu falei até para a enfermeira, por que que vocês a trataram melhor do que a outra? Ela não respondeu, mas a gente vê que foi um tipo de racismo por causa da desigualdade” (Participante 1).

LEAL e colaboradores (2017) abordam a respeito das iniquidades raciais presentes na atenção pré-natal e parto do país, evidenciando que a raça é um determinante importante na experiência de gravidez e parto para gestantes brasileiras. Quando comparadas a mulheres brancas, puérperas de cor preta possuíram maior risco de terem um pré-natal inadequado (OR = 1,6; IC95%: 1,4-1,9), falta de vinculação à maternidade (OR = 1,2; IC95%: 1,1-1,4), ausência de acompanhante (OR = 1,7; IC95%: 1,4-2,0), peregrinação para o parto (OR = 1,3; IC95%: 1,2-1,5) e menos anestesia local para episiotomia (OR = 1,5 (IC95%: 1,1-2,1). Não obstante as

mulheres pretas e pardas possuem pior cuidado na atenção à gestação e parto em relação a mulheres brancas. Para a autora, WERNECK (2016):

“A eliminação das disparidades raciais na saúde e a produção de respostas adequadas para a promoção de saúde das mulheres negras requerem o desenvolvimento de ações afirmativas em diferentes níveis, o que implica o estabelecimento de medidas singularizadas, baseadas em diagnósticos aprofundados e igualmente singularizados, os quais devem fundamentar o desenho de processos, protocolos, ações e políticas específicos segundo as necessidades e singularidades de cada grupo populacional.”

O quadro abaixo representa as formas de violência obstétrica relatadas pelas mulheres participantes da roda de acordo com as categorias descritas no artigo de TESSER *et al.* (2015):

Quadro 3. Formas de violência obstétrica relatadas pelas participantes da Roda de Conversa, Franco da Rocha, 2021.

| Categoria | Exemplo |
|---|--|
| Cuidado indigno e abuso verbal. | “Quanto mais você grita, você fala que está doendo e não sei o que, eles falam, na hora de fazer não doeu, (então para de gritar)” (Participante 2). |
| Discriminação baseada em certos atributos. | “É porque eu já vi, uma vez eu estava no hospital e tinha uma menina que era branquinha, ela foi atendida melhor do que a outra, eu falei até para a enfermeira, por que que vocês a trataram melhor do que a outra? Ela não respondeu, mas a gente vê que foi um tipo de racismo por causa da desigualdade.” (Participante 1) |
| Abandono, negligência ou recusa de assistência. | “Então o meu primeiro filho, quando eu tive, porque eu tive muito nova, eu tive com 14 anos, então eu sofri bastante, o meu primeiro, eu levei 33 pontos, então se eu tivesse trocado de plantão eu estaria ali” (Participante 4). |

Fonte: Elaborado pela autora baseado em TESSER *et al.* (2015).

6.2.4 “Nossas vozes precisam ser ouvidas”

A violência obstétrica é um instrumento de deslegitimação de parturientes, tornando sujeitos passivos aos processos do hospital, interligada à violência de gênero e outras violações de direitos cometidas nas instituições de saúde contra suas usuárias (DINIZ, 2005). A reação à isto ainda é um processo individual, ouvindo as

falas de outras gestantes a respeito das violências vividas por elas, muitas vezes até não entendidas como processos violentos, a Participantes 3 pontua:

“A gente pode reclamar, não pode gritar? , não, gritar, não pode gritar, mas você tem que falar o que você está sentido (...) ele (o médico)" mãezinha, mas você não pode gritar ", eu estou falando com você, se você não escuta eu vou ter que falar mais alto (...) se você não falar o que está sentindo, eles não vão saber se está bem, "ela está calada, então ela está ótima, deixa ela lá(...) eu sei se é a primeira filha minha, mas eu conheço o meu corpo, eu não estou aguentando" (Participante 3).

Ela ainda reafirma a importância desta ação para a atenção à saúde, “às vezes você tem que reclamar para poder ter um atendimento ótimo”. Porém a escuta é um processo de dois lados, alguém estar atento para ouvir esta reclamação, a partir disto construir um atendimento respeitoso.

MANTILLA e DI MARCO (2020) afirmam em seu estudo que o plano de parto ser uma ferramenta possibilita a apropriação e mobilização de mulheres em suas interações com o sistema de saúde, ademais de “se comportar como um termômetro para medir a predisposição dos profissionais em respeitá-los”. Informações a respeito da fisiologia do parto e nascimento repercutem nos processos de empoderamento das mulheres participantes do estudo.

6.3 Contribuições para o Plano de Parto de Franco da Rocha

Em síntese, o Quadro 4 são apresentados os principais pontos de convergência, fortaleza e barreira, entre o grupo das profissionais de saúde e das participantes:

Quadro 4. Pontos de convergência entre profissionais de saúde e participantes da Roda de Conversa, Franco da Rocha, 2021.

| Dimensões de análise | Convergências | Profissionais de Saúde | Participantes da Roda |
|----------------------|---------------|------------------------|-----------------------|
|----------------------|---------------|------------------------|-----------------------|

| | | | |
|-----------|--|---|--|
| Barreira | Violência Obstétrica | “Tem muita violência obstétrica, que (sobe) em cima da mulher, e a maioria delas me relata isso” (Enfermeira 3). | “quanto mais você grita, você fala que está doendo e não sei o que, eles falam, na hora de fazer não doeu, (então para de gritar)” (Participante 2). |
| Fortaleza | Grupo Educativos Pré-Natal e Puerpério | “Pensando nisso e para que pudéssemos ter esse vínculo com eles, não o perder, eu busquei fazer o grupo através do WhatsApp(...)e eu me coloquei à disposição para que nós pudéssemos ter esse contato com as gestantes. Ele chegou a ter 135 gestantes. Durante essa pandemia, o NASF e o pessoal técnico começaram a participar junto comigo.” (ACS 3). | “a gente tem no WhatsApp, muitas meninas falando que com uma semana nem estava sentido dor, não sabe a hora certa de ir para o hospital” (Participante 6). |

Fonte: dados da pesquisa sistematizados pela autora.

A violência obstétrica sistemática é reconhecida e presente na fala dos diferentes grupos de análise. Há por parte das profissionais uma preocupação com a experiência das usuárias na maternidade, devido a isto suas orientações sobre o trabalho se voltam para que elas não se frustrem com necessidades não atendidas.

O grupo educativo para pessoas gestantes identificado principalmente na UBS Parque Vitória é uma fortaleza reconhecida em comum tanto no grupo de mulheres como no dos profissionais, fortalecendo o vínculo entre serviço e usuárias e uma fonte genuína de trocas entre pares.

Apesar das profissionais, principalmente as enfermeiras, enfatizarem sobre as orientações realizadas no pré-natal para as gestantes a respeito do parto, muitas delas comentaram que existem dúvidas sobre a hora ideal de ir para a maternidade, ainda mais por ela estar localizada em outro município, então o custo emocional e financeiro de se deslocar para outra cidade, tem que ser considerado pelas equipes assistenciais tanto da maternidade como da Atenção Básica.

Em resposta as barreiras e fortalezas apresentadas no Quadro 4, o conteúdo resultante das entrevistas e a roda de conversa, junto com os questionamentos apresentados por ANDREZZO (2016 *apud* LOTHIAN 2006) e o modelo produzido pela Defensoria Pública de São Paulo em conjunto com a Associação de Alunas/os e Egressas/os do Curso de Obstetrícia da Universidade de São Paulo (A.O.USP) e do Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, serviram de base para a construção de uma

atualização de plano de parto (na íntegra no APÊNDICE E) como resposta ao município.

O parto é um evento fisiológico onde a mulher (pessoa gestante) e seu bebê são protagonistas de seu processo de nascimento, para isso é necessário que estejam conectados, mulheres sabem parir e bebês sabem nascer. O modelo biomédico de captura este protagonismo para si, retirando das pessoas parturientes sua confiança e segurança, tornando-a assim sujeita de suas intervenções. Para resgatar este protagonismo é necessário inverter esta relação, de modo que a assistência favoreça a fisiologia do parto.

Assim, o plano de parto com foco nas vontades de pessoas gestantes, segundo ANDREZZO (2016 *apud* LOTHIAN 2006) precisa responder, minimamente, aos seguintes pontos: “o que eu farei para estar confiante e me sentir segura? O que farei para encontrar conforto em resposta à dor? Quem vai me dar apoio no trabalho de parto e o que precisarei dessas pessoas?”.

O modelo adotado como base está em consonância com as leis: Lei Federal nº 8.080/1990, *dispõe sobre condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências* (BRASIL, 1990); Lei Federal nº 11.108/2005, direito ao acompanhante (BRASIL, 2005); Lei Federal nº 11.634/2007, direito à gestante de ser informada previamente sobre sua maternidade de referência (BRASIL, 2007); Lei Estadual nº 17.431 de Outubro de 2021, prevê a gestante o direito ao parto humanizado e o uso do Plano Individual de Parto (SÃO PAULO, 2021). Além das Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017), Caderno Humanizaus volume 4 Humanização do Parto e do Nascimento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014) e Recomendações da Organização Mundial de Saúde para os cuidados durante o parto para uma experiência de parto positiva (OMS, 2018).

As contribuições marcantes da participação das mulheres da Roda de Conversa para modelo de PP escolhido teve como contribuição os pontos que dizem respeito a autonomia, consentimento e escuta ativa dessas pessoas sejam respeitadas no momento do parto, conforme exemplificado abaixo:

- Desejo ser informada A TODO MOMENTO sobre as condutas realizadas em meu corpo e no corpo de meu (minha) filho (a)?
- Não autorizo condutas realizadas sem meu consentimento durante toda minha internação na maternidade?
- Desejo liberdade de me expressar sem qualquer prejuízo para o seu acompanhamento pela equipe de saúde?

Outro aspecto relevante da contribuição da escuta das mulheres foi incluir um espaço onde elas possam expor seus medos, dúvidas ou inseguranças em relação ao trabalho de parto e parto para a equipe de saúde, visto que o medo do nascimento foi um tema recorrente nas falas no decorrer da Roda de Conversa e pontuadas pelas profissionais entrevistadas.

A partir das falas foram acrescentados quatro pontos apontados no parágrafo anterior e destacados em negrito no APÊNDICE E. Considera-se importante um espaço para a assinatura profissional da AB responsável elaboração do PP junto da pessoa gestante e assinatura do profissional que recebeu este PP na admissão na maternidade, e que este profissional responsável para transmitir para a equipe de atenção ao parto os desejos expressos no PP, além de anexá-lo ao prontuário da usuária no serviço de saúde. As demais questões do modelo correspondem as necessidades apontadas pelas mulheres participantes da Roda de Conversa.

Sem a volta das visitas prévias às maternidades por conta da pandemia, o ideal seria que a gestão do hospital/maternidade de referência comunicasse para a gestão municipal quais são os recursos possíveis dentro do estabelecimento, bem como fornecer outras opções de realizar essas visitas, por exemplo, uma opção seria utilizar uma modalidade *online* ou visitas presenciais de pessoas vacinadas e com observância de medidas proteção e de distanciamento. Já que é de conhecimento que esse contato anterior promove a segurança e conforto para parturientes.

Assim, recomenda-se que o Plano Individual de Parto seja preenchido no decorrer das consultas de Pré-Natal pelos profissionais com maior vínculo, e se possível com o acompanhante escolhido para o parto, para que as dúvidas possam ser esclarecidas e preocupações em relação ao conteúdo das proposições descritas.

7. CONSIDERAÇÕES PARA A IMPLEMENTAÇÃO DO PLANO DE PARTO

A partir do presente trabalho pôde-se concluir que a temática do Plano de Parto permanece relevante para o município de Franco da Rocha, devendo ser considerada como prioridade das ações em saúde sexual e reprodutiva para que pessoas gestantes munícipes tenham a oportunidade de contribuir e receber melhor acesso à um cuidado integral e equitativo, de forma que avance para o alcance do ideal de respeito para com a autonomia dessas pessoas em seus processos de parto e nascimento, como forma de ação efetiva de redução de situações e práticas que se configurem em violência obstétrica. Porém ainda existe um caminho longo e sinuoso a percorrer para que este objetivo seja alcançado.

Em consonância com trabalhos anteriores realizados pelo eixo SSR, a resistência de algumas equipes das maternidades de referência contra com adoção ao plano de parto é preponderante para a implementação efetiva do PP. Tanto na fala das profissionais como na das participantes do grupo, a maternidade é apontada com o foco onde acontecem as principais barreiras para a implementação do plano de parto no município, nota a permanência da violência obstétrica nas práticas assistenciais (conforme exposto no Quadro 4), fazendo-se necessários diálogos articulados entre a gestão municipal e os demais componentes da Rede Cegonha da gestão estadual.

A esperança é gestada na expectativa de uma maternidade dentro do território, o municipal assim poderia ter um real impacto nos modelos assistenciais preconizados. Considera-se também que a abertura dessa maternidade que será de gestão estadual favoreça a consolidação da Rede Cegonha a nível municipal.

Para tanto, minhas contribuições ao final desse estudo, considerando a escuta de profissionais e de gestantes, são as seguintes estratégias: criação de um espaço de escuta de medos e inseguranças no pré-natal com apoio psicossocial em grupo e individual; seminários sobre a qualificação das equipes de pré-natal para utilização dos protocolos e/ou diretrizes com ênfase no PP para ampliar a pauta para com equipe assistencial tendo em vista a implementação do plano de parto; reforço da atividades de Educação permanente dos profissionais de toda a rede com foco para

prestar um cuidado em saúde baseado em evidências científicas, inclusive para que possa atender a alta rotatividade de trabalhadores no município; criação de um fórum participativo composto pelos representantes dos serviços básicos e de referência na atenção ao pré-natal, parto e puerpério com vistas a ampliação do diálogo e ao cumprimento dos direitos de SSR; estímulo da população gestante nas discussões em SSR com o foco na assistência obstétrica;

A prevenção e o enfrentamento da violência obstétrica precisa ser uma prioridade para gestão municipal em todos os níveis da rede de atenção, pensando em uma futura maternidade no território. Tendo em vista que obstetrites são profissionais formadas a partir dos ideais da humanização, saúde baseada em evidências e respeito à autonomia e singularidades de pessoas gestantes, assim podem ser consideradas como aliadas para a construção de um modelo de atenção à saúde integral para a população francorochense. Assim, considera-se oportuna a incorporação destas profissionais em toda a rede de atenção, já que os ganhos seriam para as pessoas gestantes ou em idade reprodutiva que receberiam este cuidado.

Enfim, todo e qualquer esforço, é preciso apoiar-se em um dos princípios básicos do SUS, a participação social. O plano de parto não se trata apenas de uma lista de desejos, e sim de uma ferramenta crucial para o exercício de autonomia no ciclo gravídico-puerperal. As pessoas gestantes francorochense precisam ser ouvidas e precisam de profissionais de saúde que levem a sério suas vontades, mesmo que signifique um insulto ou afronta. Sua participação dentro da Linha de Cuidado já é presente e potente no grupo de gestantes, apresentando-se como uma fortaleza para a implementação do Plano de Parto em Franco da Rocha.

REFERÊNCIAS

ÁVILA, Maria Betânia. Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para as políticas de saúde. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Humanização do parto e do nascimento / Ministério da Saúde. Universidade Estadual do Ceará. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº8080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. D.O.U de 20/09/1990, pág. nº 1 Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 02 de julho de 2021.

BRASIL. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. D.O.U. de 08/04/2005, p. 1. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11108.htm>. Acesso em: 02 de julho de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei Federal nº 11.634/2007. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. D.O.U. DE 28/12/2007, P. 2. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/lei/l11634.htm>. Acesso em: 02 de julho de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Manual prático para Implementação da Rede Cegonha. Brasília: 2011

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004 a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Pacto pela redução da mortalidade materna e neonatal. Brasília, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2017.

BRASILEIRO, Ana Clara Matias; PEREIRA, Fernanda Araújo. Cesarianas eletivas no Brasil: exercício ou negação da autonomia das pacientes?. *Revista do Instituto de Ciências Penais*, v. 6, n. 1, p. 185-222, 2021.

CAVALCANTI, Pauline Cristine da Silva et al. Um modelo lógico da Rede Cegonha. *Physis: revista de saúde coletiva*, v. 23, p. 1297-1316, 2013.

DEMA, Emily *et al.* Initial impacts of the COVID-19 pandemic on sexual and reproductive health service use and unmet need in Britain: findings from a quasi-representative survey (Natsal-COVID). *The Lancet Public Health*, v. 7, n. 1, p. e36-e47, 2022.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciência & saúde coletiva*, v. 10, p. 627-637, 2005.

DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE SÃO PAULO. Núcleo Especializado de Promoção e Defesa dos Direitos das Mulheres (NUDEM)- Defensoria Pública do Estado de São Paulo. *Conversando sobre Violência Obstétrica*. 2018. Disponível em: <[https://www.defensoria.sp.def.br/dpesp/repositorio/0/Cartilha_VO_JUL_2018%20\(3\).pdf](https://www.defensoria.sp.def.br/dpesp/repositorio/0/Cartilha_VO_JUL_2018%20(3).pdf)>. Acesso em: 2 de julho de 2021.

DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE SÃO PAULO. Núcleo Especializado de Promoção e Defesa dos Direitos das Mulheres (NUDEM)- Defensoria Pública do Estado de São Paulo e Associação de Alunas/os e Egressas/os do Curso de Obstetrícia da Universidade de São Paulo e do Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde. *Plano de Parto*. 2016. Disponível em: <https://www.defensoria.sp.def.br/dpesp/Repositorio/41/Documentos/Plano_Partos_A5.pdf>. Acesso em: 2 de julho de 2021.

FRANCO DA ROCHA (município), Prefeitura Municipal. *Caderno de Atenção à Saúde Reprodutiva, Pré-Natal, Parto e Puerpério de Franco da Rocha (CARSGPP)*, São Paulo. Instituto de Saúde, 2018.

FRANCO DA ROCHA (município), Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. *PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DO QUADRIÊNIO 2018-2021*, Franco da Rocha. 2018.

FUNDAÇÃO SEADE. *Perfil dos Municípios Paulistas*. São Paulo; 2021 . Disponível em: <<http://perfil.seade.gov.br/>>. Acesso em: 10 de janeiro de 2022.

G1. Argentina aprova legalização do aborto; veja onde prática é permitida. Dezembro, 2020. Disponível em: <<https://g1.globo.com/mundo/noticia/2020/12/29/senado-da-argentina-decide-legalizacao-do-aborto-veja-onde-a-pratica-e-legalizada.ghtml>>. Acesso em: 02 de julho de 2021.

GUEDES, K. *Saúde Reprodutiva e o acesso a contraceptivos no contexto da Pandemia Covid – 19 em Franco da Rocha: barreiras e resposta*. São Paulo: Instituto de Saúde; 2020. Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização de Saúde Coletiva.

IBGE. População estimada de Franco da Rocha: 2021. São Paulo, 2021.
Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/sp/franco-da-rocha.html>.
Acesso em: 10 de janeiro de 2022.

LEAL, Maria do Carmo; GAMA, Silvana Granado Nogueira da. Nascer no Brasil. Cadernos de Saúde Pública, v. 30, p. S5-S5, 2014.

LEAL MC et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 30 Sup:S17- S47, 2014

LEAL, Maria do Carmo et al. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. Cadernos de Saúde Pública, v. 33, 2017.

LIMA, GC. Barreiras e estratégias na implementação do plano de parto em Franco da Rocha. São Paulo: Instituto de Saúde; 2020. Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização e Saúde Coletiva.

MANTILLA, María Jimena; DI MARCO, Martín Hernán. Reflexividad, autonomía y consentimiento. Un análisis de las experiencias de mujeres en la búsqueda de un parto fisiológico en la Ciudad de Buenos Aires. Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro), p. 260-282, 2020.

MARQUES, Silvia Badim. Violência obstétrica no Brasil: um conceito em construção para a garantia do direito integral à saúde das mulheres. Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário, v. 9, n. 1, p. 97-119, 2020.

MARTINS, Alaerte Leandro. Mortalidade materna de mulheres negras no Brasil. Cadernos de Saúde Pública, v. 22, p. 2473-2479, 2006.

MARTINS, B. Mortalidade Materna segundo raça-cor: recorte das mortes de mulheres em idade fértil no município de Franco da Rocha-SP. São Paulo: Instituto de Saúde;2019. Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Saúde Coletiva.

MELO, Maria Augusta Silvestre de et al. Educação pré-natal com utilização de Recursos Expressivos: conceitos, estratégias e transposição para atenção primária. BIS, Bol. Inst. Saúde (Impr.), p. 82-94, 2017.

MOUTA, Ricardo José Oliveira et al. Plano de parto como estratégia de empoderamento feminino. Revista Baiana de Enfermagem, v. 31, n. 4, 2017.

OSIS, Maria José Martins Duarte. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. Cadernos de Saúde Pública, v. 14, p. S25-S32, 1998.

PARTO DO PRINCÍPIO. Dossiê da Violência Obstétrica. Parirás com dor. Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres. 2012. Disponível em: <<https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>> . Acesso em: 02 de julho de 2021.

PINHEIRO, Leandro Rogério. Rodas de conversa e pesquisa: reflexões de uma abordagem etnográfica. *Pro-Posições*, v. 31, 2020.

RAIMUNDO VK. Saúde Reprodutiva na Pandemia Covid-19: os desafios e respostas na atenção ao pré-natal em Franco da Rocha [internet]. São Paulo: Instituto de Saúde; 2021. Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização de Saúde Coletiva. Disponível em: <<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/03/1151752/tcc-vitoria-karen.pdf>>. Acesso em: 20 de agosto de 2021.

REDE Interagencial de Informação para a Saúde. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações / Rede Interagencial de Informação para a Saúde - Ripsa. – 2. ed. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008

ROMA, Júlio César. Os objetivos de desenvolvimento do milênio e sua transição para os objetivos de desenvolvimento sustentável. *Ciência e cultura*, v. 71, n. 1, p. 33-39, 2019.

RUSSO, Jane et al. Escalando vulcões: a releitura da dor no parto humanizado. *Mana*, v. 25, p. 519-550, 2019.

SANTOS, Debora de Souza et al. Disproportionate impact of COVID-19 among pregnant and postpartum Black Women in Brazil through structural racism lens. *Clinical Infectious Diseases*, 2020.

SILVA, I. Pandemia da Covid-19 e o Enfrentamento à Violência contra as Mulheres em Franco da Rocha. São Paulo: Instituto de Saúde; 2020. Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização de Saúde Coletiva.

SOUZA, Alex Sandro Rolland; AMORIM, Melania Maria Ramos. Mortalidade materna pela COVID-19 no Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, v. 21, p. 253-256, 2021.

SÃO PAULO (Estado). Lei nº 15.759, de 25 de março de 2015. Assegura o direito ao parto humanizado nos estabelecimentos públicos de saúde do Estado e dá outras providências. *Diário Oficial - Executivo*, 26/03/2015, p.1. Disponível em: <<https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei/2015/original-lei-15759-25.03.2015.html>>. Acesso em: 20 de dezembro de 2021.

SÃO PAULO (Estado). Lei nº 17.137, de 23 de agosto de 2019. Garante à parturiente a possibilidade de optar pela cesariana, a partir de 39 (trinta e nove) semanas de gestação, bem como a analgesia, mesmo quando escolhido o parto normal. *Diário Oficial - Executivo*, 24/08/2019, p.1. Disponível em: <<https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei/2019/lei-17137-23.08.2019.html#:~:text=Garante%20%C3%A0%20parturiente%20a%20possibilidade e,quando%20escolhido%20o%20parto%20normal&text=Artigo%201%C2%BA%20%2D%20A%20parturiente%20tem,ser%20respeitada%20em%20sua%20autonomia.>>. Acesso em: 20 de dezembro de 2021.

SÃO PAULO (Estado). Lei nº 17.431, de 14 de outubro de 2021. Consolida a legislação paulista relativa à proteção e defesa da mulher. Diário Oficial do Estado de São Paulo, São Paulo, 14 de outubro de 2021. Diário Oficial - Executivo, 15/10/2021, p.1. Disponível em: <<https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei/2021/lei-17431-14.10.2021.html>>. Acesso em: 20 de dezembro de 2021.

TAKEMOTO MLS, *et al.* The tragedy of COVID-19 in Brazil: 124 maternal deaths and counting. *Int J Gynecol Obstet.* 2020; 151: 154-6. Doi:10.1002/ijgo.13300.

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

VENEZUELA. Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia. *Gaceta Oficial* 38.647. Disponível em: <https://siteal.iiep.unesco.org/sites/default/files/sit_accion_files/1165_0.pdf>. Acesso em: 01 de julho de 2021.

WERNECK, Jurema. Racismo institucional e saúde da população negra. *Saúde e Sociedade*, v. 25, p. 535-549, 2016.

WHITFORD, H.M, ENTWISTLE, V.A, VAN TEIJLINGEN, E, AITCHISON, P.E, DAVIDSON T, HUMPHREY T, *et al.* Use of a birth plan within woman-held maternity records: a qualitative study with women and staff in northeast Scotland. *Birth*, v.41, n.3, p.283-239, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Coronavirus disease (COVID-19): Pregnancy and childbirth, 2 September 2020. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19-pregnancy-and-childbirth>. Acesso em: 02 de julho de 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde. 2014. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_por.pdf?sequence=3>. Acesso em: 02 de julho de 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience. 2018. Disponível em: <<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 02 de julho de 2021.

ZANARDO, Gabriela Lemos de Pinho *et al.* Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. *Psicologia & sociedade*, v. 29, 2017.

APÊNDICES

APÊNDICE A: ROTEIRO DE ENTREVISTA - ACS

Eixo de implementação de Saúde Sexual e Reprodutiva

Perfil do entrevistado:

Local ou Segmento que representa (De qual equipamento/serviço de saúde você faz parte?): _____

Cargo que ocupa no conselho: _____

Profissão: _____ Gênero/Sexo: _____

Data: ___/___/_____

Apresentação:

Apresentação:

Cumprimento inicial: Somos profissionais de saúde e pós-graduandas do Curso de Especialização em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde.

Expor o TCLE antes da entrevista, acordar com entrevistado!

1. PANORAMA

1.1 Você participou das oficinas do Caderno de Saúde Reprodutiva, Pré-natal, parto e Puerpério nos anos de 2018 e 2019?

Sim () Não ()

1.2 Você participou da oficina de Plano de Parto em 2019 ?

Sim () Não ()

Se respondeu sim, para alguma das anteriores

1.3 Depois das *oficinas* (encontros) de implementação do Caderno de Saúde Sexual e Reprodutiva - pré-natal parto e puerpério realizadas em 2018 e 2019 houve alguma mudança em relação ao pré-natal e puerpério?

1.4 Você sabe o que é plano de parto?

1.5 Como é o diálogo entre a gestão do município e representantes do controle social na implantação de novas estratégias de cuidado?

2. PERCEPÇÃO

2.1 A pandemia afetou a busca de pessoas gestantes pelo acompanhamento pré-natal, parto e puerpério no município?

2.2 Quais foram as principais barreiras impostas pela COVID-19, para acompanhamento do pré-natal e do encaminhamento da maternidade?

2.3 Quais foram as alternativas/caminhos/sugestões que os serviços para dar continuidade ao acompanhamento pré-natal às gestantes mesmo em meio a pandemia e diante da necessidade de isolamento?

2.4 Como percebe a presença de acompanhante no momento do parto durante a pandemia para parturientes de Franco da Rocha?

- Qual é o perfil desse acompanhante?

2.5 Existe algum tipo de discussão com as pessoas gestantes e seus acompanhantes em relação ao plano de parto?

2.6 Você considera que existe aceitação (dos profissionais e da equipe) do plano de parto, no território? E quanto aos profissionais da maternidade?

2.7 Como você percebe o problema da sífilis entre as grávidas? (como os profissionais responsáveis pelo pré-natal atendem as grávidas com sífilis?)

2.8 Como você percebe o papel dos parceiros/ parceiras das grávidas quando essas são detectadas com sífilis? Em caso de reinfecção, há dificuldades de trazer a parceria para o serviço, para fazer o acompanhamento (testagem, tratamento e afins)?

2.9 A violência doméstica afeta o acompanhamento do pré-natal e puerpério, e o tratamento de sífilis (adquirida, gestacional e congênita)?

2.10 Na sua percepção, o tratamento da sífilis sofre influência de questões relacionadas ao machismo? (Pensando a saúde do homem que é negligenciada, a violência, delegar o cuidado reprodutivo à mulher e afins) Explorar mais

- Alguém faz esse diálogo com os homens?
- E o Pré natal do homem?

2.11 (Agora que você sabe que é plano de parto) Quais ações você acha que seriam necessárias para garantir a sustentabilidade para a manutenção do plano de parto no município e nas maternidades de referência?

3. REDE E AÇÕES DE ATENÇÃO À SAÚDE

3.1 As unidades para as quais você presta serviço - ou sua unidade - realiza o pré natal do parceiro/a? Quais horários e estratégias oferecidas ?

3.2 Você sabe quais profissionais fazem o acompanhamento da pessoa grávida com diagnóstico de sífilis?

3.3 Quais seriam as estruturas, estratégias ou/e pessoas chaves que poderiam se envolver em uma proposta de intervenção em relação à sífilis?

- Quais ações você considera importante?
- Você já elaborou um plano de parto?

3.4 As unidades que você acompanha - ou a sua UBS - realizam ações educativas individuais e grupais sobre o pré-natal? Se sim. Quem realiza e com qual frequência?

3.5 Sobre a vontade da grávida em relação aos cuidados e opções de parto existe algum recurso utilizado neste serviço?

3.6 Conhece alguma UBS que esteja adotando o Plano de Parto no Pré-natal em Franco da Rocha ou em outro município?

- Como são realizadas orientações a respeito do planejamento reprodutivo/familiar no decorrer do pré natal?

3.7 Você pessoalmente se interessa por conhecer e adotar o Plano de Parto como parte de suas atividades de pré-natal?

- Na sua opinião, o que deveria ser feito para que as grávidas tenham sua vontade nos serviços (UBS e maternidade) e escolhas de parto atendidas?

3.8 Quais profissionais em sua opinião deveriam realizar esse cuidado - Plano de parto -, tanto em nível de atenção (A.B, e Atenção secundária), quanto de formação profissional?

- a. Médico ()
- b. Enfermeiro ()
- c. Obstetiz ()
- d. NASF () Quais? _____
- e. ACS ()

3.10 Você conhece e utiliza o PTS (Plano terapêutico singular)? Sua equipe utiliza? Se sim, quais profissionais participam?

Sugestões e ou críticas:

APÊNDICE B: ROTEIRO DE ENTREVISTA- ENFERMEIRAS

Eixo de implementação de Saúde Sexual e Reprodutiva

Perfil do entrevistado: _____

Local ou Segmento que representa (De qual equipamento/serviço de saúde você faz parte?) : _____

Cargo que ocupa no conselho: _____

Profissão: _____ Gênero/Sexo: _____

Data: ___/___/_____

Apresentação:

Apresentação:

Cumprimento inicial: Somos profissionais de saúde e pós-graduandas do Curso de Especialização em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde.etc

Expor o TCLE antes da entrevista, acordar com entrevistado!

1. PANORAMA

1.1 Você participou das oficinas do Caderno de Saúde Reprodutiva, Pré-natal, parto e Puerpério nos anos de 2018 e 2019?

Sim () Não ()

1.2 Você participou da oficina de Plano de Parto em 2019 ?

Sim () Não ()

Se respondeu sim, para alguma das anteriores

1.3 Depois das *oficinas* (encontros) de implementação do Caderno de Saúde Sexual e Reprodutiva - pré-natal parto e puerpério realizadas em 2018 e 2019 houve alguma mudança em relação ao pré-natal e puerpério?

1.4 Você sabe o que é plano de parto?

1.5 Como é o diálogo entre a gestão do município e representantes do controle social na implantação de novas estratégias de cuidado?

1.6 Você sabe como é feita a triagem de Sífilis quando uma gestante é admitida nas maternidades de referência? E quais são os possíveis encaminhamentos?

2. PERCEPÇÃO

2.1 A pandemia afetou a busca de pessoas gestantes pelo acompanhamento pré-natal, parto e puerpério no município?

2.2 Quais foram as principais barreiras impostas pela COVID-19, para acompanhamento do pré-natal e do encaminhamento da maternidade?

2.3 Quais foram as alternativas/caminhos/sugestões que os serviços para dar continuidade ao acompanhamento pré-natal às gestantes mesmo em meio a pandemia e diante da necessidade de isolamento?

2.4 Como percebe a presença de acompanhante no momento do parto durante a pandemia para parturientes de Franco da Rocha?

- Qual é o perfil desse acompanhante?

2.5 Existe algum tipo de discussão com as pessoas gestantes e seus acompanhantes em relação ao plano de parto?

2.6 Você considera que existe aceitação (dos profissionais e da equipe) do plano de parto, no território? E quanto aos profissionais da maternidade?

2.7 Como você percebe o problema da sífilis entre as grávidas?

- Como os profissionais responsáveis pelo pré-natal atendem as grávidas com sífilis?

2.8 Como você percebe o papel dos parceiros/ parceiras das grávidas quando essas são detectadas com sífilis?

- Em caso de reinfecção, há dificuldades de trazer a parceria para o serviço, para fazer o acompanhamento (testagem, tratamento e afins)?

2.9 A violência doméstica afeta o acompanhamento do pré-natal e puerpério, e o tratamento de sífilis (adquirida, gestacional e congênita)?

2.10 Na sua percepção, o tratamento da sífilis sofre influência de questões relacionadas ao machismo? (Pensando a saúde do homem que é negligenciada, a violência, delegar o cuidado reprodutivo à mulher e afins) Explorar mais

- Alguém faz esse diálogo com os homens?
- E o Pré natal do homem?

2.11 Quais ações você acha que seriam necessárias para garantir a sustentabilidade para a manutenção do plano de parto no município e nas maternidades de referência?

3. REDE E AÇÕES DE ATENÇÃO À SAÚDE

3.1 As unidades para as quais você presta serviço realiza o pré natal do parceiro/a? Quais horários e estratégias oferecidas ?

3.2 Você sabe quais profissionais fazem o acompanhamento da pessoa grávida com diagnóstico de sífilis?

3.3 Quais seriam as estruturas, estratégias ou/e pessoas chaves que poderiam se envolver em uma proposta de intervenção em relação à sífilis? (Quais ações você considera importante)

- Você já elaborou um plano de parto?

3.4 As unidades que você acompanha realizam ações educativas individuais e grupais sobre o pré-natal? Se sim. Quem realiza e com qual frequência?

3.5 Sobre a vontade da grávida em relação aos cuidados e opções de parto existe algum recurso utilizado neste serviço?

3.6 Conhece alguma UBS que esteja adotando o Plano de Parto no Pré-natal em Franco da Rocha ou em outro município?

- Como são realizadas orientações a respeito do planejamento reprodutivo/familiar no decorrer do pré natal?

3.7 Você pessoalmente se interessa por conhecer e adotar o Plano de Parto como parte de suas atividades de pré-natal?

- Na sua opinião, o que deveria ser feito para que as grávidas tenham sua vontade nos serviços (UBS e maternidade) e escolhas de parto atendidas?

3.8 Quais profissionais em sua opinião deveriam realizar esse cuidado -Plano de parto -, tanto em nível de atenção (A.B, e Atenção secundária), quanto de formação profissional?

- a. Médico ()
- b. Enfermeiro ()
- c. Obstetiz ()
- d. NASF () Quais? _____
- e. ACS ()

3.9 Você conhece e utiliza o PTS (Plano terapêutico singular)? Sua equipe utiliza? Se sim, quais profissionais participam?

Sugestões e ou críticas:

APÊNDICE C: ROTEIRO DE ENTREVISTA- Profissional do NASF

Eixo de implementação de Saúde Sexual e Reprodutiva

Perfil do entrevistado: _____

Local ou Segmento que representa (De qual equipamento/serviço de saúde você faz parte?) : _____

Cargo que ocupa no conselho: _____

Profissão: _____ Gênero/Sexo: _____

Data: ___/___/_____

Apresentação:

Saúde do trabalhador : Perguntar mais especificamente sobre a função dela dentro do sistema, o que ela faz, quais frentes atua

Apresentação:

Cumprimento inicial: Somos profissionais de saúde e pós-graduandas do Curso de Especialização em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde.etc

Expor o TCLE antes da entrevista, acordar com entrevistado!

1. PANORAMA

1.1 Você participou das oficinas do Caderno de Saúde Reprodutiva, Pré-natal, parto e Puerpério nos anos de 2018 e 2019?

Sim () Não ()

1.2 Você participou da oficina de Plano de Parto em 2019 ?

Sim () Não ()

Se respondeu sim, para alguma das anteriores

1.3 Depois das *oficinas* (encontros) de implementação do Caderno de Saúde Sexual e Reprodutiva - pré-natal parto e puerpério realizadas em 2018 e 2019 houve alguma mudança em relação ao pré-natal e puerpério?

1.4 Você sabe o que é plano de parto?

1.5 Como é o diálogo entre a gestão do município e representantes do controle social na implantação de novas estratégias de cuidado?

2. PERCEPÇÃO

2.1 A pandemia afetou a busca de pessoas gestantes pelo acompanhamento pré-natal, parto e puerpério no município?

2.2 Quais foram as principais barreiras impostas pela COVID-19, para acompanhamento do pré-natal e do encaminhamento da maternidade?

2.3 Quais foram as alternativas/caminhos/sugestões que os serviços para dar continuidade ao acompanhamento pré-natal às gestantes mesmo em meio a pandemia e diante da necessidade de isolamento?

2.4 Como percebe a presença de acompanhante no momento do parto durante a pandemia para parturientes de Franco da Rocha?

- Qual é o perfil desse acompanhante?

2.5 Existe algum tipo de discussão com as pessoas gestantes e seus acompanhantes em relação ao plano de parto?

2.6 Como você percebe o problema da sífilis entre as grávidas? (como os profissionais responsáveis pelo pré-natal atendem as grávidas com sífilis?)

2.7 Como você percebe o papel dos parceiros/ parceiras das grávidas quando essas são detectadas com sífilis? Em caso de reinfeção, há dificuldades de trazer a parceria para o serviço, para fazer o acompanhamento (testagem, tratamento e afins)?

2.8 A violência doméstica afeta o acompanhamento do pré-natal e puerpério, e o tratamento de sífilis (adquirida, gestacional e congênita)?

2.9 Na sua percepção, o tratamento da sífilis sofre influência de questões relacionadas ao machismo? (Pensando a saúde do homem que é negligenciada, a violência, delegar o cuidado reprodutivo à mulher e afins) Explorar mais

- Alguém faz esse diálogo com os homens?
- E o Pré natal do homem?

2.10 Agora que você sabe o que é o plano de parto, quais ações você acha que seriam necessárias para garantir a sustentabilidade para a manutenção do plano de parto no município e nas maternidades de referência?

3. REDE E AÇÕES DE ATENÇÃO À SAÚDE

3.1 As unidades para as quais você presta serviço realiza o pré natal do parceiro/a? Quais horários e estratégias oferecidas ?

3.2 Você sabe quais profissionais fazem o acompanhamento da pessoa grávida com diagnóstico de sífilis?

3.3 Quais seriam as estruturas, estratégias ou/e pessoas chaves que poderiam se envolver em uma proposta de intervenção em relação à sífilis? (Quais ações você considera importante)

3.4 As unidades que você acompanha realizam ações educativas individuais e grupais sobre o pré-natal? Se sim. Quem realiza e com qual frequência?

3.5 Sobre a vontade da grávida em relação aos cuidados e opções de parto existe algum recurso utilizado neste serviço?

3.6 Conhece alguma UBS que esteja adotando o Plano de Parto no Pré-natal em Franco da Rocha ou em outro município?

- Como são realizadas orientações a respeito do planejamento reprodutivo/familiar no decorrer do pré natal?

3.7 Você pessoalmente se interessa por conhecer e adotar o Plano de Parto como parte de suas atividades de pré-natal?

3.8 Quais profissionais em sua opinião deveriam realizar esse cuidado -Plano de parto -, tanto em nível de atenção (A.B, e Atenção secundária), quanto de formação profissional?

- a. Médico ()
- b. Enfermeiro ()
- c. Obstetiz ()
- d. NASF () Quais? _____
- e. ACS ()

3.9 Você conhece e utiliza o PTS (Plano terapêutico singular)? Sua equipe utiliza? Se sim, quais profissionais participam?

3.10 Na sua opinião, o que deveria ser feito para que as grávidas tenham sua vontade nos serviços (UBS e maternidade) e escolhas de parto atendidas?

Sugestões e ou críticas:

APÊNDICE D: ROTEIRO DE ENTREVISTA - Diretora da Atenção Básica 1

Eixo de implementação de Saúde Sexual e Reprodutiva

Perfil do entrevistado: _____

Local ou Segmento que representa: _____

Cargo que ocupa : _____

Profissão: _____ Gênero/Sexo: _____

Data: ___/___/___

Apresentação:

**Cumprimento inicial: Somos profissionais de saúde e pós-graduandas do
Curso de Especialização em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde**

Expor o TCLE antes da entrevista, acordar com entrevistado!

1. PANORAMA

1.1 Qual a situação geral do município, em relação ao plano de parto, no momento atual e quais as repercussões da pandemia nessa atividade?

1.2 Como a Secretaria Municipal de Saúde atua nas questões relacionadas à sífilis, incluindo a sífilis congênita?

1.3 Quais são os serviços/áreas do município que apresentam maior número de notificações de sífilis adquirida, sífilis gestacional e a sífilis congênita e a quais fatores se atribui essa situação?

1.4 Quais serviços apresentam maior resolutividade em relação aos casos de sífilis? Existe algum fator que explique o porquê?

1.5 Quais seriam as estruturas, estratégias ou/e pessoas chaves que poderiam se envolver em uma proposta de intervenção em relação à sífilis?

1.6 Em que locais/serviços acontecem ações educativas individuais e grupais sobre o pré-natal?

1.7 Como é o diálogo entre a gestão do município e representantes do controle social na implantação de novas estratégias de cuidado?

1.8 Existem espaços de escuta para pessoas grávidas, no município, em relação às discussões (sobre pré-natal, parto, puerpério e a sífilis) levantadas pelo conselho de saúde?

1.9 Qual o envolvimento dos conselhos de saúde nas discussões e deliberações sobre as questões relativas ao pré-natal com ênfase no plano de parto e controle da sífilis?

2. PERCEPÇÃO

2.1 Quais as principais necessidades em relação ao pré-natal, parto e puerpério, no município?

2.2 Quais necessidades, especificamente, você apontaria em relação à plano de parto, sífilis congênita e adquirida?

2.3 Como você percebe a comunicação e o diálogo entre a atenção básica e os hospitais de referência de Franco da Rocha?

2.4 Há preocupação dos gestores e dos cargos de gestão intermediários (apoiadores, diretores de serviços e gestores de unidade) em relação à saúde sexual reprodutiva, com ênfase na adoção e utilização do plano de parto? (pausa para resposta). E controle de sífilis adquirida, congênita e gestacional?

2.5 Como descreve a atitude/opinião dos profissionais e dos serviços em relação à adoção de plano de parto? Quais fatores levam a essa situação?

2.6 Quais foram as alternativas/caminhos/sugestões que os serviços organizam para dar continuidade ao acompanhamento pré-natal às gestantes mesmo em meio a pandemia e diante da necessidade de isolamento?

3. Rede de Atenção e Serviços

3.1 Descreva a articulação da rede de atenção à saúde em relação ao pré-natal, parto e puerpério.

- E em relação ao planejamento reprodutivo?

3.2 Quais seriam os papéis das maternidades de referência em relação a questão do plano de parto e a da sífilis na gravidez e a congênita?

3.3 Considerando os determinantes sociais que envolvem a morbimortalidade materna e a ocorrência de sífilis gestacional e congênita: como atuam os setores da saúde, da educação e assistência social em relação às ações intersetoriais ligadas à saúde reprodutiva (pré-natal e as IST 's /sífilis)?

3.4 Como os serviços e profissionais lidaram com o acompanhamento pré-natal às pessoas grávidas em meio a pandemia e a necessidade de isolamento?

3.5 Quais foram as principais barreiras impostas pela COVID-19, para acompanhamento da pré-natal e para o encaminhamento da maternidade?

3.6 As restrições e medidas de isolamento influíram no direito à presença de acompanhante no momento do parto para parturientes de Franco da Rocha?

3.7 A pessoa que está grávida pode construir e pensar, junto à equipe de saúde, os seus desejos em relação à atenção durante o seu pré-natal, parto e puerpério?

3.8 Como o plano de parto é entendido por trabalhadores da ponta? Qual a relação deles com este instrumento?

3.9 Quais ações seriam necessárias para garantir a adoção e a sustentabilidade para a manutenção do plano de parto no município e nas maternidades de referência?

4. Indicadores

4.1 Quais as principais causas de morbimortalidade materna em Franco da Rocha nos últimos dois anos?

4.2 Na sua perspectiva de gestor, o tratamento da sífilis impacta nos indicadores de morbimortalidade materna?

4.3 Quais são os indicadores prioritários de acompanhamento da Saúde Sexual Reprodutiva, em relação à sífilis adquirida, gestacional e a congênita em Franco da Rocha?

4.4 Quais são os setores/responsáveis pela notificação de sífilis adquirida, gestacional e congênita, no município? Como se dá o fluxo destas informações?

4.5 De acordo com dados do SINAN houve aumento de casos de sífilis congênita de 2018 a 2020. Como o município lida(ou) com a questão?

4.6 Considerando a assessoria do instituto, qual estratégia você julgaria adequada para lidar com a problemática?

Sugestões e críticas:

APÊNDICE E: MODELO DE PLANO DE PARTO PARA FRANCO DA ROCHA

Neste documento você deve assinalar suas preferências em relação ao trabalho de parto, nascimento e pós-parto. Recomenda-se que você tenha a ajuda de um profissional de saúde para elaborar o Plano de parto e esclarecer suas dúvidas sobre condutas realizadas em sua estadia no hospital. Coloque seu Plano de Parto junto de Caderneta da Gestante para a ida à maternidade. Prepare-se para um dos momentos mais importantes da sua vida!

PLANO INDIVIDUAL DE PARTO*

NOME:
TELEFONE:
ENDEREÇO:
NOME DO BEBÊ:
DPP:
UNIDADE DE REFERÊNCIA

TRABALHO DE PARTO

1. Presença de um acompanhante e /ou doula de minha escolha, conforme Lei 11.108/2005?
2. **Desejo ser informada A TODO MOMENTO sobre as condutas realizadas em meu corpo e no corpo de meu (minha) filho (a)?**
3. **Não autorizo condutas realizadas sem meu consentimento durante toda minha internação na maternidade?**
4. **Desejo liberdade de me expressar sem qualquer prejuízo para o seu acompanhamento pela equipe de saúde?**
5. Desejo ter liberdade para caminhar e mudar de posição?
6. Desejo poder ingerir líquidos e me alimentar?
7. Desejo que o coração do (a) bebê seja avaliado de forma regular, mas não contínua?
8. Desejo NÃO ter meus pelos pubianos raspados?
9. Desejo estar em um ambiente com luz baixa e privacidade?

* Plano de Parto Elaborado com base nos resultados da pesquisa em modelos pré-existentes como o da Defensoria Pública do Estado em parceria com a Associação de Alunas e Egressas do Curso de Obstetrícia (EACH-USP) e o Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde.
O Plano Individual de Parto é previsto pela Lei Estadual nº 17.431 de outubro de 2021.

10. Sobre Métodos Não Farmacológicos para Alívio da Dor fornecidos pela Maternidade que gostaria de ter acesso?
 Massagem Aromaterapia Luz Baixa
 Respiração Profunda Bola Chuveiro com Banho Quente
 OUTRAS: _____
11. Desejo que uso do Soro e Ocitocina Sintética seja feito SOMENTE quando necessário e após meu consentimento informado?
12. Desejo que o exame de toque seja feito apenas por um profissional e SOMENTE quando necessário?
13. Desejo que a Bolsa das águas não seja rompida sem necessidade?

NO MOMENTO DO PARTO

14. Desejo poder escolher a melhor posição para parir e fazer força de empurrar somente quando sentir vontade e que NÃO empurrem minha barriga para forçar a saída do (a) bebê?
15. Desejo não receber o corte desnecessário no períneo, caso ocorra abertura espontânea, receber anestesia para sutura?
16. Desejo ter meu (minha) bebê imediatamente colocado no colo para o contato pele a pele, ter a oportunidade de amamentar e se possível, que os procedimentos de rotina sejam realizados no meu colo?
17. Desejo ter o clampeamento oportuno do cordão umbilical e que meu acompanhante tenha a possibilidade de cortá-lo?
18. Caso a CESÁREA FOR NECESSÁRIA, gostaria de ter a presença do meu acompanhante durante toda a cirurgia, ter minhas mãos livres para segurar o(a) bebê e poder amamentar o quanto antes?

CUIDADOS NO PÓS-PARTO E COM O (A) BEBÊ

19. Em casos de laceração, desejo usar gelo para ajudar no alívio da dor?
20. Desejo ter meu (minha) bebê o tempo todo comigo, mesmo para avaliação e exames?
21. Desejo poder amamentar na primeira hora de vida?
22. Desejo ser orientada e auxiliada para a amamentação?
23. Desejo ficar em Alojamento conjunto o tempo todo?

Espaço para falar sobre dúvidas, medos, preocupações, vontades relacionadas à gestação, parto e pós-parto que desejo comunicar a equipe de saúde:

Esse é meu Plano de Parto, que protocolo neste momento para que minha vontade e autonomia sejam atendidas. Solicito que os procedimentos em desacordo com o aqui descrito, sejam devidamente justificados no meu prontuário médico. Desejo que uma cópia do meu Plano de Parto seja anexada ao meu prontuário nesta instituição.

Assinatura do Profissional responsável pelo Pré-Natal

Assinatura da pessoa gestante

Assinatura do profissional responsável pela Admissão na Maternidade

Franco da Rocha, ____ de _____ de 202_.

ANEXOS

ANEXO A: PARECER TÉCNICO DE APROVAÇÃO DO PROJETO

INSTITUTO DE SAÚDE CEPIS -
SP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Planejamento de ações estratégicas de saúde baseadas em evidências científicas no município de Franco da Rocha

Pesquisador: Fabiana Santos Lucena

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 48768921.0.0000.5469

Instituição Proponente: SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.842.094

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo transversal que combinará abordagens quantitativas e qualitativas. Para atingir o objetivo deste projeto serão realizadas as seguintes atividades: análise documental a partir da revisão de documentos, normativas e publicações oficiais nas esferas federal, estadual e municipal, relacionados aos objetivos desta pesquisa; análise de dados secundários provenientes dos sistemas de informação em saúde do município e dos bancos de dados oficiais do SUS; entrevistas semi-estruturadas on-line com atores-chave representantes dos gestores do município, dos trabalhadores dos serviços de saúde e de assistência social; grupos focais on-line com atores-chave representantes de trabalhadores e gestores de serviços de saúde e com adultos jovens; oficinas com trabalhadores de UBS; diálogo deliberativo com atores-chave representantes das Secretarias da Saúde, Educação, Assistência Social e representantes de pais que participam de fóruns de discussão sobre o retorno às aulas de alunos da rede municipal; revisão bibliográfica; entrevista com questionário estruturado (Inquérito on-line) com profissionais de saúde, usuários do SUS, familiares, amigos e/ou cuidadores de usuários. Todas as entrevistas, grupos focais, oficinas e diálogo deliberativo serão realizados virtualmente, gravados e transcritos para análise.

Serão 360 participantes nas atividades previstas no projeto. O cronograma apresentado, que prevê ações até fevereiro do próximo ano, parece adequado.

Endereço: Rua Santo Antônio, 590 - 1º andar
Bairro: Bela Vista **CEP:** 01.314-000
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3116-8606 **Fax:** (11)3116-8523 **E-mail:** cepis@isaude.sp.gov.br

INSTITUTO DE SAÚDE CEPIS -
SP



Continuação do Parecer: 4.842.094

Objetivo da Pesquisa:

Produzir e sistematizar evidências científicas para apoiar o planejamento de ações estratégicas de saúde do município de Franco da Rocha, durante e após a pandemia (Covid-19).

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos para os participantes são mínimos e referem-se a possíveis desconfortos devido ao tempo dispendido para as atividades e ao responder algumas questões, mas está assegurado o direito de interromper a atividade, sem qualquer prejuízo.

Os benefícios esperados são os resultantes do planejamento baseado em evidências para melhora do atendimento pelo SUS.

O projeto inclui a participação dos alunos do Programa de Especialização em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde para elaboração de seus TCC, o que pode ser considerado como um benefício adicional para os formandos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto é relevante considerando-se que a partir do amplo levantamento dos dados da situação do sistema de saúde do município, antes e durante as dificuldades provocadas pelo enfrentamento da pandemia da Covid-19, permitirá planejar ações baseadas em evidências científicas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os 7 TCLEs dirigidos para os participantes das atividades do projeto e o cronograma estão de acordo com as normas vigentes.

Foi anexado o Termo de Anuência Institucional firmado pela Secretaria de Saúde da Prefeitura do Município de Franco da Rocha, e estão previstas apresentações dos resultados, ambos nos termos da Res. 580.

Recomendações:

Como as atividades que envolvem participantes serão realizadas em ambiente virtual, recomenda-se a observância dos termos da Carta Circular nº 1/2021-CONEP/SECNS/MS de 03/03/2021.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Rua Santo Antônio, 590 - 1º andar
 Bairro: Bela Vista CEP: 01.314-000
 UF: SP Município: SAO PAULO
 Telefone: (11)3116-8606 Fax: (11)3116-8523 E-mail: cepis@isaude.sp.gov.br

**INSTITUTO DE SAÚDE CEPIS -
SP**



Continuação do Parecer: 4.842.094

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|---|---|------------------------|-----------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1785489.pdf | 01/07/2021 13:58:22 | | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | Projeto_Especializacao_2021.docx | 01/07/2021 13:57:22 | Fabiana Santos Lucena | Aceito |
| Folha de Rosto | folhaderosto.pdf | 01/07/2021 13:56:30 | Fabiana Santos Lucena | Aceito |
| Outros | carta_autorizacao.pdf | 30/06/2021 19:07:40 | Fabiana Santos Lucena | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLEs.docx | 30/06/2021 19:03:23 | Fabiana Santos Lucena | Aceito |
| Cronograma | Cronograma.docx | 30/06/2021 19:03:09 | Fabiana Santos Lucena | Aceito |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 12 de Julho de 2021

Assinado por:
Maritsa Carla de Bortoli
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Santo Antônio, 590 - 1º andar
Bairro: Bela Vista **CEP:** 01.314-000
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3116-8606 **Fax:** (11)3116-8523 **E-mail:** cepis@isaude.sp.gov.br

ANEXO B: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS PROFISSIONAIS DE FRANCO DA ROCHA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

(Trabalhadores de saúde, Conselheiros e Gestores municipais)

Data:

Horário da entrevista:

Prezado (a), O (A) Sr(a). está sendo convidado (a) a participar da pesquisa sobre "Planejamento de ações estratégicas de saúde baseadas em evidências científicas no município de Franco da Rocha" com ênfase na Saúde Sexual e Reprodutiva, pré-natal, parto e puerpério, na atenção básica no município, que tem por objetivo apoiar o planejamento de estratégias de saúde reprodutiva e sexual no município, durante e após a pandemia de no enfrentamento à COVID-19. Esta pesquisa está sendo realizada com profissionais e gestores da saúde, da assistência social e da educação do município de Franco da Rocha que concordarem em participar das entrevistas, que serão realizadas em ambiente virtual. Cada entrevista durará, em média, 60 (sessenta) minutos e será gravada e posteriormente transcrita para análise. Ela será conduzida por pesquisadoras e/ou pós-graduandas do Programa de Especialização em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde. Os riscos com essa pesquisa são mínimos, sendo que o (a) Sr (a). pode se sentir desconfortável em participar com alguma colocação no grupo, mas tem total liberdade de não participar em algum momento ou interromper sua participação. O (A) Sr (a). tem a liberdade de não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, mesmo após do início da entrevista sem qualquer prejuízo para o seu trabalho. Suas informações pessoais são sigilosas, ou seja, seu nome não será divulgado de maneira nenhuma. O (A) Sr (a). não terá nenhuma despesa e não há compensação financeira pela sua participação na pesquisa. Ao final da pesquisa os resultados serão divulgados para os participantes e para as instituições onde os dados foram coletados. Caso tenha alguma dúvida sobre a pesquisa o (a) Sr (a). poderá entrar em contato com a pesquisadora e/ou alunas responsáveis pelo estudo: *Silvia Helena Bastos de Paula* ([silviabastos@isaude.sp.gov.br/](mailto:silviabastos@isaude.sp.gov.br) (11) 98482-1119); *Luíza Santana Ferreira* ([luizaferreira280297@gmail.com/](mailto:luizaferreira280297@gmail.com) (11) 97468-4662); *Lilian Martins Rocha* ([martinslih54@gmail.com/](mailto:martinslih54@gmail.com) (11) 99362 -4045). Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde (CEPIS), que é um comitê que visa garantir os direitos, a dignidade, a segurança e a proteção dos participantes de pesquisas. O CEPIS analisou e está acompanhando o desenvolvimento do projeto e pode ser consultado em caso de dúvidas em relação às questões éticas da pesquisa, pelo email cepis@isaude.sp.gov.br, ou pelo telefone (11) 3116-8606 ou pelo endereço Rua Santo Antônio, 590, 1º andar, Bela Vista, São Paulo, das 09:00 às 16:00h. Sua participação é importante e voluntária e vai gerar informações que serão úteis para o conhecimento e entendimento das políticas de saúde do município. Em virtude dessa entrevista estar sendo realizada de forma remota, por meio on-line, a autorização será gravada e o (a) senhor (a) receberá uma via do termo por e-mail assinada pela responsável pela pesquisa. Você declara que obteve de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido do participante desta entrevista para a participação neste estudo? SIM () Não ().

Silvia Helena Bastos de Paula

Silvia H. B. de Paula (Orientadora)

Lilian M. Rocha

Lilian Martins Rocha

Luíza Santana Ferreira

Luíza Santana Ferreira

ANEXO C: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPANTES DA RODA DE CONVERSA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Prezado(a), O(A) Sr(a). está sendo convidado(a) a participar da pesquisa sobre “PLANEJAMENTO DE AÇÕES ESTRATÉGICAS DE SAÚDE BASEADAS EM EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS NO MUNICÍPIO DE FRANCO DA ROCHA” com ênfase na Saúde Sexual e Reprodutiva, pré-natal, parto e puerpério, na atenção básica no município, que tem por objetivo apoiar o planejamento de estratégias de saúde reprodutiva e sexual no município, durante e após a pandemia e no enfrentamento à COVID-19.

A sua contribuição com a pesquisa, será participando de uma roda de conversa, com duração máxima prevista de 2 horas. Os (As) participantes podem ser grávidas e seus acompanhantes, residentes no município de Franco da Rocha e que concordarem em participar da dinâmica, sendo que esta será gravada, sob sua autorização, e posteriormente transcrita para análise.

Os riscos com essa pesquisa são mínimos, sendo que o(a) Sr(a). tem a liberdade de não querer participar ou de retirar seu consentimento a qualquer momento, mesmo após o início da dinâmica sem qualquer prejuízo para o seu acompanhamento no serviço de saúde. Suas informações pessoais são sigilosas, ou seja, seu nome não será divulgado de maneira nenhuma. O(A) Sr(a). não terá nenhuma despesa, assim como qualquer compensação financeira, pela sua participação na pesquisa. Ao final do processo da pesquisa os resultados serão divulgados para os participantes e para as instituições onde os dados foram coletados.

Caso tenha alguma dúvida sobre a pesquisa o(a) Sr(a). poderá entrar em contato com a pesquisadora e/ou pós-graduandas responsáveis pelo estudo: *Silvia Helena Bastos de Paula* ([silviabastos@isaude.sp.gov.br/](mailto:silviabastos@isaude.sp.gov.br) (11) 98482-1119); *Luiza Santana Ferreira* ([luizaferreira280297@gmail.com/](mailto:luizaferreira280297@gmail.com) (11) 97468-4662); *Lilian Martins Rocha* ([martinsliih54@gmail.com/](mailto:martinsliih54@gmail.com) (11) 99362 -4045) ou na Rua Santo Antonio, 590, 3º andar, telefone: 31168573, das 8:00 às 17:00.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde (CEPIS), que é um comitê que visa garantir os direitos, a dignidade, a segurança e a proteção dos participantes de pesquisas. Em caso de dúvidas em relação às questões éticas da pesquisa, pelo email cepis@isaude.sp.gov.br, ou pelo telefone (11) 3116-8606 ou pelo endereço Rua Santo Antônio, 590, 1º andar, Bela Vista, São Paulo, das 09:00 às 16:00h.

Sua participação é importante e voluntária e vai gerar informações que serão úteis para o conhecimento e entendimento das políticas de saúde do município. Ao aceitar participar da roda de conversa, será necessário que você assine duas vias deste documento, sendo que uma ficará com você.

Nome completo do participante da pesquisa

Assinatura do participante

Silvia H. Bastos de Paula

Lilian Martins Rocha

Luiza Santana Ferreira

Data : ____/____/____

ANEXO D: TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM E VOZ**TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM E VOZ**

Eu, _____, portador da Cédula de Identidade (RG) nº _____, inscrito no CPF sob nº _____, residente à Rua _____, nº _____, na cidade de _____, AUTORIZO o uso de minha imagem em fotos ou filme, e de gravações da minha voz, sem finalidade comercial e sem nada a reclamar com relação à direitos referentes à minha imagem e voz, no trabalho intitulado ““PLANEJAMENTO DE AÇÕES ESTRATÉGICAS DE SAÚDE BASEADAS EM EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS NO MUNICÍPIO DE FRANCO DA ROCHA””.

Autorizo gratuitamente o uso das imagens e gravações acima mencionadas em todo o território nacional e no exterior, em todas as suas modalidades.

São Paulo, _____ de novembro de 2021.

Assinatura

Para eventuais esclarecimentos sobre questões éticas, você pode contatar o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde: E-mail: cepis@isaude.sp.gov.br/Telefone: (11) 3116-8606. Endereço: Rua Santo Antônio, 590- Bela Vista, São Paulo. Horário de funcionamento: 09:00 às 16:00.