

Plano de parto: O conhecimento da gestante sobre esta ferramenta para empoderamento durante a assistência obstétrica**Birth plan: Pregnant women's knowledge about this tool for empowerment during obstetric assistance**

DOI:10.34119/bjhrv3n4-239

Recebimento dos originais: 13/07/2020

Aceitação para publicação: 13/08/2020

Manuela Leite dos Santos

Especialista em urgência e emergência pela universidade UNIFAVIP wyden

Endereço: rua Canadá 04 Coqueiral Toritama PE

E-mail: manuela-leite2013@bol.com.br

Daiane Karine Ferreira da Silva

Graduada em enfermagem pela universidade UNIFAVIP wyden

Endereço: rua José Chagas filho 16, Boa Vista Caruaru, PE

E-mail: Daianekarineenfermeira@gmail.com

Poliana da Silva Andrade

Especialista em ginecologia e obstetrícia pela universidade Wyden

Endereço: rua Siqueira Campos 130 Caruaru PE

E-mail: Polianavariedades@hotmail.com

Thaise Torres de Albuquerque

Mestre Pela universidade federal de Pernambuco

Endereço: Avenida Brasil, nº 1860, Residencial Acauã, Bloco 22, Apartamento 101. Bairro Universitário.

E-mail: thaise.torres@outlook.com.br

RESUMO

Objetivo: Analisar o conhecimento das gestantes a cerca do plano de parto e quais os impactos causados diante do empoderamento feminino durante a assistência obstétrica. Método: Trata-se de um estudo transversal, descritivo, com abordagem quantitativa, com variáveis referentes ao conhecimento das gestantes a cerca do plano de parto. A coleta dos dados ocorreu através da aplicação de um questionário validado, no período de março a abril de 2019. Os dados foram analisados pelo programa estatístico epi-info versão 3.5.2. O estudo foi aprovado pela Plataforma Brasil sob parecer nº 3.198.680. Resultados: Foram analisadas 80 questionários onde obteve-se resultados relacionados ao plano de parto e sua influência no empoderamento das gestantes. Conclusão: Os enfermeiros da atenção primária não realizam o pré-natal de forma adequada no que se diz respeito ao plano de parto, repercutindo de forma direta na maternidade.

Palavras-chave: Plano, Parto humanizado, Enfermagem Obstétrica.

ABSTRACT

Objective: to Analyze the knowledge of pregnant women about the plan and what are the impacts on women's empowerment during obstetric assistance. Method: this is a cross-sectional, descriptive study, with a quantitative approach, with variables of interest to the attention of pregnant women about birth plan. The data collection occurred through the application of a questionnaire validated in the period from March to April 2019. The data was analyzed by statistical program epi-info version 3.5.2. The study was approved by the Brazil under opinion No. 3.198.680. Results: we analyzed 80 questionnaires where obtained results related to the plan and your influence in the empowerment of pregnant women. Conclusion: The primary care nurses do not carry out prenatal care in a proper manner in respect of the delivery plan, reflecting directly on motherhood.

Key Words: Flat, Humanized childbirth, Obstetric Nursing.

1 INTRODUÇÃO

O parto com o passar dos anos sofreu muitas modificações em relação ao modelo assistencial, até o século XVI as parteiras era as responsáveis pelo partejar da parturiente, e existia ainda uma grande variedade de crenças populares que acreditavam diminuir as dores do parto.¹

Com o passar dos anos pouco a pouco, entre o século XVI e XVII entra em cena a figura do cirurgião, diminuindo a prioridade da parteira no parto. Com essa inclusão em ascensão a posição dorsal e o uso de equipamentos passa a ser mais adotada devido a maior facilidade para o médico. No fim do século XVIII devido aos riscos de óbito na cesariana não serem mais tão elevados as parteiras foram esquecidas, aumentando ainda mais a realização de cesarianas desnecessárias.¹

Devido os indicadores de saúde no Brasil não serem eficazes repercutem diretamente na assistência de má qualidade as gestantes, resultando em consequências para o binômio, mãe e bebê, situações estas que implicam altas taxas de mortalidade materna e perinatal como também em altos números de cirurgias cesárias, frente a este cenário o Ministério da saúde tem como propósito melhorar a qualidade da assistência bem como desenvolver boas práticas científicas através de portarias e implantação de ações que visem a redução de riscos desenvolvidos por atividades inseguras e desnecessárias.¹

O plano de parto é um documento escrito no qual a mulher tem o poder e direito de decidir antecipadamente sobre suas escolhas durante o parto, como escolher a posição mais satisfatória de parir, quem irá lhe acompanhar para prestar apoio, quais técnicas para alívio da dor podem ser utilizadas, o uso ou não de analgesia, a ingesta de alimentos, tudo com o propósito de evitar procedimentos dispensáveis que não lhe ofereçam benefícios ou impliquem em riscos para a mãe e bebê.²

Para construção e elaboração do plano de parto a mulher precisa ser orientada pelo profissional enfermeiro ainda na consulta de pré-natal, sobre a importância deste documento, deve ser esclarecida sobre a fisiologia da gestação e mecanismos do parto natural, deve estar ciente dos riscos da cesariana programada. Deve o enfermeiro estar atento a dúvidas quem possam surgir e esclarecê-las, a partir disso é possível garantir um empoderamento feminino, assumindo seu papel de protagonista durante toda a gestação, parto e puerpério. Quando elaborado, o plano de parto deve ser entregue no momento ao profissional responsável pela admissão, para que o mesmo compreenda e respeite suas preferências expostas no documento, que influenciará na qualidade da assistência prestadas pela equipe multiprofissional.²

Compreende-se que existe uma relação direta de benefícios, entre o maior grau de cumprimento do plano de parto com a obtenção dos melhores desfechos, tanto para a mãe quanto para

o feto/recém-nascido. Assim, à medida que o cumprimento do plano de parto aumenta, a taxa de cesáreas eletivas diminui, melhoram os resultados no teste de Apgar no primeiro minuto e no pH do cordão umbilical.³

2 OBJETIVO

Analisar o conhecimento sobre o plano de parto de gestantes assistidas em uma maternidade de risco habitual no interior de Pernambuco.

3 MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal, de natureza descritiva, com abordagem quantitativa, e variáveis referentes ao conhecimento das gestantes admitidas em uma maternidade de um município do interior de Pernambuco, acerca da confecção do plano de parto.

A metodologia de estudo tipo transversal trata-se da pesquisa que envolve a exposição a um fator ou condição que esteja vinculado ao efeito de um determinado momento ou intervalo de tempo previamente conhecido. Os fatores relacionados às características permanentes da população e as investigações dos efeitos são aplicados na abordagem das pesquisas transversais.

O presente estudo foi realizado no Hospital e Maternidade Municipal Casa de Saúde Bom Jesus localizado no Bairro Maurício de Nassau, no município de Caruaru, no estado de Pernambuco, aproximadamente 138,5 km de Recife no Agreste Pernambucano. A população estimada pelo senso do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2017 é de 356.128 habitantes, sendo considerada a mais populosa cidade do interior pernambucano e a terceira mais populosa do interior nordestino. Justifica-se a escolha do campo para pesquisa pelo fato de ser o serviço de referência indicado para a assistência ao parto de risco habitual das munícipes caruaruenses, possuindo uma capacidade instalada de 10 leitos de Pré-Parto, Parto e Pós-Parto (PPP) para assistência a parturiente e 44 leitos de Alojamento Conjunto para o binômio (mãe-bebê).

A população foi composta por gestantes no terceiro trimestre que realizaram acompanhamento pré-natal de risco habitual nas Unidades Básicas de Saúde do município de Caruaru, e que foram admitidas no Hospital Municipal Casa de Saúde Bom Jesus

Foram incluídas todas as gestantes no terceiro trimestre que tenham realizado consultas de pré-natal, que sejam maiores de 18 anos, munícipes de Caruaru e que aceitaram participar da pesquisa após o preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram excluídas todas as gestantes que responderam os questionários de forma incompleta e/ou ilegível, as analfabetas

e as que não apresentaram um comportamento de orientação/lucidez durante a abordagem das pesquisadoras.

A coleta de dados foi realizada por meio de um questionário semiestruturado, individual, autoaplicável e anônimo aplicados as gestantes que foram admitidas no Hospital e Maternidade Municipal Casa de Saúde Bom Jesus e que aceitaram participar da pesquisa após orientação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A coleta de dados foi executada após a aprovação e parecer favorável sob número 3.198.680 e CAAE: 08915519.0.0000.5666 para a realização do estudo pela Plataforma Brasil, respeitando a resolução 466/2012 e 510/2016 que discorre sobre a realização de pesquisas com seres humanos.

Os dados foram armazenados no programa Microsoft Excel para Windows com tripla digitação, onde foram checados erros e/ou omissões de dados. A análise foi realizada através do pacote estatístico Epi-info versão 3.5.2.

Os dados foram analisados com base nas médias e desvio padrão que utilizadas para a construção de tabelas e que sejam capazes de representar os resultados da pesquisa.

4 RESULTADOS

Foram aplicados os questionários validados as gestantes assistidas na maternidade municipal que participaram de consultas de pré-natal de baixo risco no município de Caruaru. Após a análise de todos os questionários aplicados, foi realizada a interpretação das respostas obtidas, de forma individual e semiestruturada, através dos resultados de cada variável. A amostra da pesquisa foi composta por 80 gestantes no terceiro trimestre de gestação, após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão adotados nesta pesquisa.

A tabela 1 retrata o perfil e dados sociodemográficos das 80 pesquisadas. As idades destas gestantes estão contempladas dentro das seguintes faixas etárias: 18 a 25 anos, com o quantitativo de 38 e percentual de (47,5%); 35 das pesquisadas apresentam idade entre 26 a 35 anos, um percentual de (43,8%) e maiores de 35 anos, apenas 7 (8,7%). 16 delas são casadas, demonstrando um percentual de (20%), 37 das pesquisadas vivem em união estável (46,2), 23 são solteiras representando (28,8%), divorciadas foram 2, com percentual de (2,5%) e 2 são viúvas (2,5%). 56 delas tem uma renda de até 01 salário mínimo (70%), de 01 e 02 salários mínimos foram 22, demonstrando um percentual de (27,5%) e de 03-04 salários mínimos foram 2, com percentual de (2,5%). 04 dizem ter o ensino fundamental incompleto totalizando percentual de (5%), com ensino fundamental completo foram 30 representando (37,5%), 16 delas possuem ensino médio completo (20%), de ensino médio incompleto

foram 20 com percentual de (25%), as que possuem ensino superior incompleto foram 6 demonstrando (7,5%) e com ensino superior completo 4 (5%).

Tabela 1. Dados Sociodemográficos das gestantes que compuseram a amostra desta pesquisa. (Caruaru/PE, 2019).

Variável	Quantidade (n)	Percentual (%)
Idade		
18 a 25 anos	38	47,5
26 a 35 anos	35	43,8
> 35 anos	07	8,7
Estado Civil		
Casada	16	20
União Estável	37	46,2
Solteira	23	28,8
Divorciada	02	2,5
Viúva	02	2,5
Renda Familiar		
Até 01 Salário Mínimo	56	70
01 e 02 Salários Mínimos	22	27,5
03 - 04 Salários Mínimos	02	2,5
Escolaridade		
Ensino Fundamental Incompleto	04	5
Ensino Fundamental Completo	30	37,5
Ensino Médio Completo	16	20
Ensino Médio Incompleto	20	25
Ensino Superior Completo	06	7,5
Ensino Superior Incompleto	04	5

Fonte: elaborada pelas autoras

A tabela 2 apresenta dados Obstétricos das gestantes, onde 40 delas relatam já possuir filhos, representando (50%) da amostra e as outras 40 não possuem filhos demonstrando os outros (50%) da pesquisa. 23 delas relataram ter 01 filho com percentual de (28,8%), com 02 filhos foram 10 representando (12,5%), 05 delas possuem 03 filhos, percentual de (6,2%) e 02 tinham 04 filhos compondo (2,5%). A respeito da participação nas consultas de pré-natal as 80 afirmaram ter frequentado totalizando (100%) da amostra. 01 delas esteve presente em 03 consultas, demonstrando percentual (1,3%), 03 participaram de 04 consultas, percentual de (3,7%), 03 delas foram a 05 consultas mostrando (3,7%) e 73 das pesquisadas frequentaram 6 ou mais consultas de pré-natal, totalizando (91,3%).

Tabela 2. Dados Obstétricos das gestantes que compuseram a amostra desta pesquisa. (Caruaru/PE, 2019).

Variável	Quantidade (n)	Percentual (%)
Possui Filhos		
Sim	40	50
Não, esta é a 1 ^o gestação	40	50
Se Sim, quantos filhos		
Um	23	28,8
Dois	10	12,5
Três	05	6,2
Quatro	02	2,5
Participou das Consultas de Pré-Natal		
Sim	80	100
Se Sim, quantas consultas		
Três	01	1,3
Quatro	03	3,7
Cinco	03	3,7
Seis ou mais	73	91,3

Fonte: elaborada pelas autoras

A tabela 3 refere-se ao conhecimento das gestantes a cerca do plano de parto, onde constatou-se que 71 delas, representando o percentual de (88,7%) não conhecem o plano de parto e apenas 09 delas, percentual de (11,3%) conhecem o plano de parto. 79 das entrevistadas não realizaram o plano de parto, percentual de (88,7%) e apenas 01 das pesquisadas realizou o plano de parto demonstrando (1,3%) da amostra e diz ter sido orientada pelo profissional enfermeiro onde a mesma relatou ter confeccionado sozinha e não ter sentido dificuldade para realizá-lo.

Tabela 3. Dados referentes ao Plano de Parto das gestantes que compuseram a amostra desta pesquisa. (Caruaru/PE, 2019).

Variável	Quantidade (n)	Percentual (%)
Conhece o Plano de Parto		
Não	71	88,7
Sim	09	11,3
Realizou o seu Plano de Parto		
Não	79	98,7
Sim	01	1,3
Se Sim, quem a orientou a realizar		
Enfermeiro	01	100
Se Sim, como realizou a confecção do Plano de Parto		
Sozinha	01	100
Se Sim, apresentou dificuldade para realizar		
Não	01	100

Fonte: elaborada pelas autoras

5 DISCUSSÃO

O desenvolvimento do presente estudo objetivou analisar a identificação do plano de parto pelas gestantes, preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) desde 1980, é conhecido e aplicado nas unidades básicas de saúde pelos enfermeiros durante as consultas de pré-natal de baixo risco, bem como, analisar os efeitos desta repercussão durante o trabalho de parto na maternidade de referência.

A finalidade do plano de parto é descrever os valores e desejos pessoais das gestantes, bem como relatar suas necessidades particulares preparando-as para o parto a fim de estabelecer uma relação entre a mulher grávida e o enfermeiro da unidade, contribuindo para fornecer efeitos positivos, dentre eles, a autonomia sobre suas decisões a partir de esclarecimento e informação durante o período gestacional e empoderamento sobre o seu corpo com direcionamento no momento do parto. Pois, historicamente todas as ações voltadas á gestação incluem o binômio: mãe-bebê, porém, segundo a Organização Mundial de Saúde recomenda as boas práticas ao parto, que são medidas que tem o intuito de oferecer a mulher conforto e bem estar no trabalho do parto e parto, a fim de reduzir ou eliminar intervenções invasivas durante o parto.⁴

De acordo com os achados desta pesquisa constatou-se que as gestantes apresentaram uma boa adesão as consultas de pré-natal neste município, o que garantem que o objetivo do pré-natal de baixo risco assegura o bom desenvolvimento durante a gestação, bem como a proteção e prevenção da saúde obstétrica, possibilitando a identificação de intervenções oportunas e sobre os fatores de riscos que possam trazer complicações a saúde dos recém-nascidos. Corroborando com Gomes (2017), afirma que a não realização ou realização inadequada da assistência na atenção a gestante durante as consultas de pré-natal estão diretamente relacionadas a maiores índices de morbimortalidade materna e infantil.⁴

É percebido também que através deste estudo as gestantes sendo a maior parte relataram que desconhecem a existência do plano de parto, nem tão pouco fora mencionado durante as consultas de pré-natal, relatando que não haviam qualquer conhecimento sobre o mesmo. Dados estes que se assemelham a pesquisa de Cortés (2015), entre as mulheres que deram entrada na maternidade apresentaram diferenças baixas e significativas sobre a elaboração do plano de parto. No entanto, a confecção do plano de parto está sendo deficiente e até inexistente pelos enfermeiros da atenção básica e com atividades educativas em busca do conhecimento da mulher, refletindo seus aspectos psicológicos, culturais e sociais.⁵

Segundo Silva e Rodrigues (2017), a partir do plano de parto elaborado, a gestante é informada sobre os riscos e os benefícios dos procedimentos utilizados, sendo capaz de expressar os seus desejos

e expectativas conscientes no plano de parto como medida de rearticulação da mulher com os processos do parto, reaproximando suas decisões ao seu corpo, que discute sobre a proposta de que as mulheres gestantes sempre tem a necessidade de planejar e comunicar aos profissionais de saúde sobre aquilo que é importante para elas, para então sentir-se seguras e protegidas durante a gestação e processo de parto.⁶

Uma das variáveis presentes no questionário descreve os dados sociodemográficos das gestantes onde foi percebido a baixa escolaridade pelas mesmas, no entanto, pode-se considerar a educação como um processo facilitador para o alcance da saúde, contribuindo para a formação humana, orientação e que dá sentido a um ser, sendo um processo adaptativo, crítico, evolutivo e inacabado. Para Quentel (2017), os profissionais da enfermagem tem papel fundamental no processo de educação em saúde, contribuindo para a multiplicação de informações para a população, desenvolvendo um auto controle individual.⁷ Para Pio (2015), a comunicação de forma adequada, o profissional consegue por meio dessa desenvolver mudanças de atitudes e comportamentos ao indivíduo, alcançando uma assistência eficaz. ⁸

Nascimento, (2015), afirma em seu estudo que existe uma insensibilidade por parte dos profissionais em identificar às necessidades das gestantes, a comunicação muitas vezes se dá de forma unilateral, não havendo uma escuta qualificada, tornando então um diálogo restrito, sem construção de vínculos, e as dúvidas e anseios das mulheres não são devidamente esclarecidos. Frisando que a educação em saúde deve ser estabelecida desde a primeira consulta, ou seja, a gestante deve receber o máximo de informações referentes á gestação durante todo o ciclo gravídico. Vale salientar que o local para ocorrer esse preparo, ou instruções que podem modificar pensamentos e até quebrar paradigmas é na atenção básica, durante as consultas de pré-natal tendo como responsável o profissional enfermeiro.⁹

Com base nos achados, esta pesquisa constatou que as gestantes em sua maioria já tinham mais de seis consultas de pré-natal, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde, que estabelece o quantitativo mínimo de seis consultas durante a gestação, sendo a primeira o mais cedo possível ainda no primeiro trimestre. Através de consultas agendadas regularmente, em um número mínimo de seis, com acompanhamento intercalado do profissional médico e enfermeiro. Estas consultas devem seguir um cronograma para um retorno de acordo com a idade gestacional, sendo mensal até a 28^a semana, quinzenal da 28^a até a 36^a semana e semanal da 36^a a 41^a semana.¹⁰

Referente ao número de consultas foi observado uma equivalência entre os resultados das consultas realizadas, entrando em concordância com o estudo de Roveri e Fonseca (2016).Pois é durante estas consultas que o profissional enfermeiro através de exames laboratoriais e de imagem

podem identificar patologias pré existentes, bem como, riscos e agravos que possam repercutir de forma negativa para a gestação, parto e puerpério. Assim a assistência ao pré-natal torna-se um momento oportuno para discussão e esclarecimento de dúvidas, que são individuais e particulares para cada mulher, onde através de um diálogo franco e uma escuta qualificada permitem que a mulher relate sua intimidade de forma segura e se fortaleça com conhecimento de si mesma, levando uma gestação saudável e um parto tranquilo. 11

A pesquisa de campo intitulada de Plano de Parto: O conhecimento da gestante sobre esta ferramenta para empoderamento durante a assistência obstétrica contou com a participação de oitenta gestantes no terceiro trimestre que deram entrada na maternidade de referência sob esclarecimento do TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido), prestaram as devidas informações supracitadas.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A assistência de enfermagem contempla vários setores da saúde, desde o planejamento reprodutivo até as consultas de puericultura, dessa forma a enfermagem presta assistência á mulher durante toda a preparação para a construção de uma família, estando presente em todos os níveis de atenção a saúde e atuando de forma íntegra garantindo o melhor acesso aos serviços.

Desta forma, foi possível perceber que a maioria dos enfermeiros que atuam nas unidades básicas de saúde não realizam de forma adequada as consultas de pré-natal. Logo, foi possível identificar um déficit na preparação das gestantes para com a elaboração do plano de parto, sendo um documento indispensável para poder praticar sua liberdade, suas escolhas e desejos para um momento único e inesquecível na vida de uma mulher, havendo assim um desrespeito para com o seu corpo, podendo levar a sentimentos negativos como a ansiedade e o medo em relação ao parto, assim influenciando negativamente seu estado psicológico e físico.

Ao longo dos anos as mulheres reivindicaram os seus direitos e lutaram pela igualdade de gênero, o que foi possível obter grandes conquistas tornando-se ativamente na sociedade, no entanto atualmente o atendimento ofertado as mulheres gestantes durante as consultas de pré-natal na atenção básica, as informações de qualidade estão sendo deficientes, impedindo-as de dar opinião e decidir suas escolhas, implicando em uma involução, repercutindo negativamente a qualidade da assistência prestada pelos profissionais enfermeiros.

Sugere-se que novas pesquisas sejam realizadas em diferentes unidades e regiões, a fim de conhecer e analisar se o pré-natal está sendo efetuado de forma eficaz, e, além disso, se os enfermeiros estão de fato preparados para prestar uma assistência individualizada e humanizada. É de suma

importância que exista atualizações dos enfermeiros frente aos programas de assistência à saúde, em especial os profissionais da atenção primária, no entanto, estes precisam estar preparados e capacitados, atuando de forma consciente o seu dever, pois a medida que se presta um atendimento que prime pela autonomia e dignidade da gestante é possível desenvolver o protagonismo e empoderamento feminino.

AGRADECIMENTOS

Não tenho palavras para agradecer a Deus, a quem devo tudo, por todas as oportunidades que sem sombra de dúvidas Ele me concedeu, sou grata por toda força, coragem, apoio e consolo que encontrei em Sua palavra em todos os momentos que precisei, por prover tudo de uma forma linda e incrível, onde foi nítido todo seu cuidado e amor por mim. A Ti Senhor toda honra, glória e louvor.

Agradeço imensamente os meus incríveis e maravilhosos pais Dael e Betânia que são o meu alicerce, inspiração e o motivo de todo o meu esforço e dedicação. Ao melhor irmão do mundo, meu Daelzinho, por sempre acreditar em mim, me apoiar, incentivar e me dar o melhor presente, minha Sofia, te amo coisa linda. Agradeço ao meu esposo Alexandre, por seu apoio e incentivo, obrigada por ter enfrentado comigo esses cinco anos. E não poderia esquecer a minha perfeita Sofia que com seu jeitinho nada meigo e doce provoca em mim os sorrisos mais espontâneos, você nem sabe mas é minha alegria de 6 aninhos, a princesa de titia.

Agradeço a todos os meus familiares que perto ou longe sempre me apoiaram na realização desse sonho.

Sou extremamente grata a nossa orientadora, que é muito mais do que isso, Thaíse Torres você é exemplo de dedicação de humanização, empoderamento e de profissional, você nos inspira. Obrigada por ter acreditado em nós e em nosso projeto, por ter dedicado tempo a ele e a nós. Com certeza levaremos você para o resto de nossas vidas. Tu é maravilhosa mulher!

Sou grata aos mestres que tanto contribuíram para nossa formação em sala de aula e em campos de estágio, o amor de vocês pela profissão e o respeito que demonstram pela vida é de grande inspiração e admiração, estarão sempre em meu coração.

Agradeço as gestantes que aceitaram participar de nossa pesquisa, que sem nem saber contribuíram tanto para o melhoramento da saúde pública, sem vocês seria impossível conseguirmos os resultados. Desejo sorte a todas.

Daiane Karine

Quero agradecer primeiramente á Deus pelo dom da sabedoria, em realizar este sonho em minha vida, que nunca desistiu de mim e viu meu sofrimento durante essa jornada, sempre me ajudou a superar todas as dificuldades de cabeça erguida, a Ele toda honra e toda glória.

A minha mãe que todos os dias reza por mim e que não dorme sem me dá a sua benção, a senhora é minha referencia e inspiração para a vida, muito obrigada pela sua paciência e não desistir de mim, sempre me encorajando a ser melhor na vida. Ao meu pai que sempre lutou incansavelmente para não me deixar faltar nada, se preocupou comigo e fez de tudo para as coisas darem certo, painho e mainha essa vitória é nossa.

A minha orientadora Thaíse Torres que vai além de uma orientadora, mais uma amiga que acreditou em mim e nunca mediu esforços para me ajudar, e guardarei para sempre seus ensinamentos.

Aos mestres e doutores pelo conhecimento transmitido para construção da minha formação acadêmica, sem vocês eu não teria o conhecimento que tenho hoje.

Aos amigos acadêmicos que sempre me apoiaram e se dispuseram a me ajudar. Enfim agradeço aos meus familiares que mesmo distantes torceram por mim e acreditaram no meu potencial.

Manuela Leite

Antes de tudo, quero externar a minha gratidão a pessoa de Deus, mediante Jesus Cristo, pelo dom da graça não merecida, mas alcançada. Sou grata pela sua infinita misericórdia, justiça e bondade.

Quero agradecer o apoio e a confiança da minha família, que sempre acreditaram no meu potencial.

Quero agradecer aos meus filhos pelo amor, carinho e paciência comigo, entendendo a minha ausência por alguns momentos, mesmo sem perceber eles me ajudaram muito a enfrentar diversos desafios durante esse percurso que parecia ser inacabável. Quero agradecer ao meu sogro e minha sogra, pelo amor, carinho, respeito, confiança, apoio, dedicação e segurança, vocês são responsáveis por essa conquista, sou eternamente grata a Deus e a vocês.

Quero agradecer as minhas amigas que levarei comigo o resto da vida em meu coração, faço questão de mencionar, Daiane, Fabiana e Manuela.

Quero agradecer a todos professores que passaram por minha vida, e deixaram comigo um grande aprendizado, cada um com uma importância diferente, mas todos foram fundamentais para o meu crescimento profissional. Obrigado meus queridos e inesquecível professores.

Sem mais delongas quero agradecer a minha orientadora Thaise Torres de Albuquerque, pelo seu apoio, carinho e atenção para conosco. És um ser uma mulher virtuosa e admirável.

Poliana Andrade

REFERÊNCIAS

1. SILVA, A. et al. Plano de parto: Ferramenta para o empoderamento de mulheres durante a assistência de Enfermagem. Revista de Enfermagem da UFSM . Janeiro/Fevereiro 2017, vol. 7, pp. 144-151 [consult. 14 abr. 2018]. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/22531/pdf>. ISSN 2179-7692
2. TOMASI. E. et al. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde no Brasil: Indicadores e desigualdade, Cadernos de Saúde Pública, Pelotas RS,2017
- 3.HIDALGO-LOPEZOSA, Pedro; HIDALGO-MAESTRE, María; RODRÍGUEZ-BORREGO, Maria Aurora. Birth plan compliance and its relation to maternal and neonatal outcomes. Revista Latino-americana de Enfermagem, [s.l.], v. 25, p.1-6, 11 dez. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2007.2953>. Acesso em: 01 maio 2018
- 4.GOMES. R. et al. Plano de Parto em Rodas de Conversas: Escolhas das mulheres. Revista min. Enfermagem. Agosto, Belo Horizonte MG 2017
- 5.CORTÉS, M. et al. Uso e influencia dos Planos de Parto e Nascimento no processo de parto humanizado. Revista Latino Americana Enfermagem. Hospital Clínico Universitario Virgen de La Arrixaca, Murcia, Espanha, dezembro, 2015
- 6.SILVA, JC; RODRIGUES, MS. Boas Práticas na Assistência ao Parto: Implicações do Plano de Parto. Sete Lagoas, MG, fev. 2017
- 7.QUENTEL, L.L.C. et al. Práticas Educativas com Gestantes na Atenção Primária á Saúde. Revista de Enfermagem UFPE online, Recife, 11(supl.12):5370-81, 2017
- 8.PIO, Danielle Abdel Massih; CAPEL, Mariana da Silva. Os significados do cuidado na gestação. Rev. Psicol. Saúde, Campo Grande, v. 7, n. 1, p. 74-81, jun. 2015. Disponível em<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2015000100010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 07 maio 2018.
- 9.Nascimento RRP, Arantes SL, Souza EDC, Contrera L, Sales APA. Escolha do tipo de parto: fatores relatados por puérperas. Revista Gaúcha de Enfermagem [Internet] 2015 [acesso em 2017 maio 31];36(esp):119-26. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1983-14472015000500119&lng=p
- 10.BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed. rev. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013. 318 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, n° 32
- 11.Roveri LL, Fonseca MRCC. Fatores que influenciam a gestante na escolha do tipo de parto em uma maternidade do interior de São Paulo. Revista Saúde UNG On line [Internet]. 2016 [acesso em 2017 maio 31]; 10(3/4). Disponível em: <http://revistas.ung.br/index.php/saude/article/view/2172>

APÊNDICE A
INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Idade: () <15 anos () 16 a 25 anos () 26 a 35 anos () > 35 anos
Estado Civil: () solteira () casada () divorciada () união estável () viúva
Renda Familiar: () até 1 salário mínimo () 1-2 salários mínimos () 3-4 salários mínimos
 () >5 salários mínimos
Escolaridade: () 1° ao 4° ano () 5° ao 9° ano () ensino médio completo () ensino médio incompleto () ensino superior incompleto () ensino superior completo

DADOS OBSTÉTRICOS

Possui Filhos: () Sim () Não, esta é a primeira gestação
Se Sim, Quantos? () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ou mais
Participou das consultas de pré-natal? () Sim () Não
Quantas consultas de pré-natal você realizou? () 1 () 2 () 3 () 4 () 5
 () 6 ou mais

CONHECIMENTO SOBRE O PLANO DE PARTO

Sabe o que é plano de parto ? () Sim () Não

Realizou confecção do plano de parto? () Sim () Não

*Obs: Se Sim, responder as duas perguntas abaixo:

Se sim, quem foi que lhe informou/orientou a realizar? () Enfermeiro () Médico
 () Doula () Amigos/Familiares () Outros Profissionais de Saúde () Mídias
 (internet/jornais/televisão) () Mais de uma fonte de informação () Outros _____

Se Sim, como você realizou a confecção do plano de parto? () Sozinha () Com auxílio do parceiro () Com auxílio de amigos/familiares () Com auxílio de um profissional de saúde () Doula

Teve dificuldade para elaborar o seu plano de parto? () Sim () Não

Se **Sim**, qual foi a dificuldade que você apresentou durante a elaboração?

**APENDICE B
CARTA DE ANUÊNCIA****CARUARU**Secretaria Municipal de Saúde de Caruaru-PE
Coordenação de Educação em Saúde**DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA**

Declaro estar ciente da realização da pesquisa intitulada: **PLANO DE PARTO: O CONHECIMENTO DA GESTANTE SOBRE ESTA FERRAMENTA PARA EMPODERAMENTO DURANTE A ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA**, pelas alunas Daiane Karine Ferreira da Silva, Manuela Leite dos Santos e Poliana da Silva Andrade, do curso de Bacharelado em ENFERMAGEM, do Centro Universitário do Vale do Ipojuca - UNIFAVIP-WYDEN, sob orientação da professora Thaise Torres de Albuquerque.

Tem por objetivo principal analisar o conhecimento sobre o plano de parto de gestantes assistidas em uma maternidade de risco habitual no interior de Pernambuco, facultando-lhe a coleta de dados para a referida pesquisa no Hospital Municipal Casa de Saúde Bom Jesus, deste município.

A realização da pesquisa está autorizada, desde que o pesquisador cumpra com os requisitos da Resolução do CNS/CONEP nº466/2012 e suas complementares, comprometendo-se a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para fins de pesquisa.

Mediante autorização, o(a) pesquisador(a) se compromete ao término do trabalho, enviar uma cópia da versão final, para fazer parte do acervo da Coordenação Educação em Saúde, podendo ainda ser convidado a apresentar os resultados da pesquisa à Gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Caruaru.

Caruaru, 18 de fevereiro de 2019

Suellen Silva

Coordenadora de Educação em Saúde

Suellen Silva
Coordenadora de Educação em Saúde
Matrícula: 15.553-5

APÊNDICE C

CENTRO UNIVERTÁRIO DO VALE DO IPOJUCA – UNIFAVIP/ Wyden
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

PESQUISADORAS: Daiane Karine Ferreira da Silva, Manuela Leite dos Santos e Poliana da Silva Andrade

ORIENTADORA: Msc. Thaíse Torres de Albuquerque

ENDEREÇO: Rua Estácio de Sá, Edifício RR Filho, nº 51, apt 03, Maurício de Nassau, Caruaru/PE

TELEFONES: (081) 9-9216-5102, (081) 9-9940-0043 e (081) 9-97061020

E-MAILS: daikfds25@gmail.com, manuela-leite2013@bol.com.br,
polianavariedades@hotmail.com.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar como voluntário da pesquisa intitulada como: **PLANO DE PARTO: O CONHECIMENTO DA GESTANTE SOBRE ESTA FERRAMENTA PARA EMPODERAMENTO DURANTE A ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA**, sob a responsabilidade dos pesquisadores acadêmicos de enfermagem do Centro Universitário do Vale do Ipojuca – UNIFAVIP/Wyden onde pretende-se descrever o conhecimento sobre a confecção do plano de parto durante o pré-natal de baixo risco nas gestantes admitidas em uma maternidade no município de Caruaru – PE.

A sua participação é voluntária e se dará por meio de uma pesquisa através de um questionário semiestruturado, avaliando a assiduidade das consultas de pré-natal e o nível de informação e esclarecimento em relação à confecção do plano de parto.

Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa é o de constrangimento mediante as perguntas empregadas. Se você aceitar participar, estará contribuindo para aperfeiçoamento da assistência de pré-natal de baixo risco, humanização durante o trabalho de parto e diminuição dos casos de violência obstétrica dessa forma colaborando futuramente com a melhoria dos serviços de saúde e da assistência prestada pelos profissionais de enfermagem.

Para participar deste estudo você não terá nenhum custo e nenhum tipo de remuneração. Após o consentimento de sua participação nesta pesquisa, a qualquer momento, você tem o direito e a liberdade de desistir e cancelar sua colaboração em qualquer fase da pesquisa. Os resultados do estudo serão analisados e apresentados, sendo mantido total sigilo sobre sua identidade.

O estudo poderá ser divulgado em eventos ou publicações científicas, porém, nunca reveladas a identidade das suas participantes.

Eu, _____, fui informada dos objetivos do estudo “**PLANO DE PARTO: O CONHECIMENTO DA GESTANTE SOBRE ESTA FERRAMENTA PARA EMPODERAMENTO DURANTE A ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA**” de maneira clara e detalhada, bem como esclareci minhas dúvidas, pelas pesquisadoras, sabendo que não ganharei nenhum tipo de remuneração financeira e poderei sair a qualquer momento do estudo. Eu li e entendi as informações acima descritas e concordo livremente em participar do estudo em questão.

Assinatura da Participante

Data: ____/____/____

Prof^a MsC. Thaíse Torres de Albuquerque

Acadêmica Daiane Karine Ferreira da Silva

Acadêmica Manuela Leite dos Santos

Acadêmica Poliana da Silva Andrade

ANEXO I

NORMAS DA REVISTA (Revista de Enfermagem UFPE On Line – REUOL)

◆ LAYOUT DA PÁGINA:

- 1) PAPEL OFÍCIO (21,59 x 35,56 cm);
- 2) MARGENS DA PÁGINA: de 2,0 cm em cada um dos lados

◆ LETRA: Trebuchet MS de 12-pontos

◆ NÃO USAR rodapé/notas/espacamento entre parágrafos

◆ NÃO SEPARAR AS SEÇÕES DO ARTIGO

◆ ESPAÇAMENTO DUPLO ENTRE LINHAS em todo o ARTIGO

◆ IDIOMAS: Português e/ou Inglês e/ou Espanhol. Em se tratando de tradução* o artigo o ORIGINAL deve ser encaminhado também como documento suplementar ou em arquivo único (ORIGINAL + TRADUÇÃO).

*A Reuol indica ao finalizar o processo de avaliação por meio de LISTA REVISORES/TRADUTORES BI e TRILÍNGUES.

◆ TEXTO: sequencial e justificado sem separar as seções (página inicial e as que se seguem).

◆ NÚMERO DE PÁGINAS:

- 1) 20 PÁGINAS (excluindo-se página inicial, agradecimentos e referências)
- 2) PÁGINAS NUMERADAS no ângulo superior direito a partir da página de identificação
- 3) MARGENS LATERAIS DO TEXTO: 1,25 cm.

◆ NÚMERO DE REFERÊNCIAS: 30 no máximo (atualizadas nos últimos 5 anos, quando convier)

◆ NÃO APRESENTAR, de preferência, referências de monografias, dissertações e teses (exceto quando a pesquisa incluir Banco de dissertações/teses em pesquisas de Revisões), APRESENTAR os ARTIGOS ORIUNDOS.

◆ TÍTULOS: Português/Inglês/Espanhol, com 10 a 15 palavras; NÃO EMPREGAR: siglas e elementos institucional, do universo geográfico, de dimensão regional, nacional ou internacional. Apresentar apenas os elementos do OBJETO DE ESTUDO ou dos DESCRITORES extraídos do vocabulário "Descritores em Ciências da Saúde" (DeCS: <http://decs.bvs.br>), e do Medical Subject Headings (MeSH).

♦ AUTORES: 06 (seis) no máximo. O conceito de autoria está baseado na contribuição substancial de cada uma das pessoas listadas como autores, no que se refere, sobretudo, À CONCEPÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA, ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS, REDAÇÃO E REVISÃO CRÍTICA. A contribuição de cada um dos autores deve ser explicitada em declaração para esta finalidade. Não se justifica a inclusão de nome de autores cuja contribuição não se enquadre nos critérios.

A responsabilidade pelo conteúdo de artigos submetidos à REUOL é dos autores. Embora as informações nesta Revista sejam consideradas verdadeiras e precisas ao serem publicadas, nem o editor nem os membros da equipe editorial podem aceitar qualquer responsabilidade legal por quaisquer erros ou omissões que possam ser feitas. A editoria não oferece nenhuma garantia, expressa ou implícita, com relação ao material publicado.

♦ Abaixo dos títulos (NÃO USAR rodapé), texto sequencial e justificado após o/s nome/s completo/s do/s autor/es:

1) Formação, maior titulação, principal instituição a que pertence, cidade, estado (sigla), país e E-mail.

2) Para o autor responsável para troca de correspondência: endereço completo (Rua; Av.; Bairro; Cidade; Estado; CEP, telefone e fax).

♦ RESUMOS: Português/Inglês/Espanhol, NÃO MAIS que 150 palavras. Deve-se iniciar e sequenciar o texto com letra minúscula após os seguintes termos:

Objetivo: Método: Resultados: Conclusão: **Descritores/Descriptors/Descriptores: **Descritores - Devem ser extraídos do vocabulário "Descritores em Ciências da Saúde" (DeCS: <http://decs.bvs.br>), quando acompanharem os resumos em português, e do Medical Subject Headings (MeSH), para os resumos em inglês. Se não forem encontrados descritores disponíveis para cobrirem a temática do manuscrito, poderão ser indicados termos ou expressões de uso conhecido.

♦ RESUMOS/TRADUÇÕES*: Português/Inglês/Espanhol, NÃO MAIS QUE 150 PALAVRAS. Deve-se iniciar e sequenciar o texto com letra minúscula após os seguintes termos: Objetivo: Método: Resultados: Conclusão: **Descritores/Descriptors/Descriptores:**Extraídos do DECS: <http://decs.bvs.br>

*RESUMO/TRADUÇÕES (ARTIGOS ORIGINAIS E OS QUE ENVOLVEM PESQUISAS COM SERES HUMANOS)

RESUMO

Objetivo: iniciar com o verbo no infinitivo. Método: tipo de estudo, população/amostra, coleta/análise dos dados, citação da aprovação do projeto no Comitê de Ética em Pesquisa e número do CAAE – Certificado de Apresentação para Apreciação Ética. Resultados: os principais. Conclusão: responder apenas ao objetivo. Descritores: indicar de três (3) a cinco (5) termos que identifiquem o tema, limitando-se aos descritores recomendados nos Descritores em Ciências da Saúde [DeCS], traduzido do Medical Subject of Health — MeSH, e apresentado gratuitamente pela BIREME na forma trilingue, na página URL: <http://decs.bvs.br>, seguido do sinal de dois pontos (:), com as iniciais em maiúsculas e separadas por ponto e vírgula (;).

♦ RESUMOS/TRADUÇÕES*: Português/Inglês/Espanhol, NÃO MAIS QUE 150 PALAVRAS. Deve-se iniciar e sequenciar o texto com letra minúscula após os seguintes termos: Objetivo: Método: Resultados: Conclusão: **Descritores/Descriptors/Descriptores:**Extraídos do DECS: <http://decs.bvs.br>

*RESUMO/TRADUÇÕES (REVISÕES INTEGRATIVA E SISTEMÁTICA)

RESUMO

Objetivo: iniciar com o verbo no infinitivo. Método: tipo de estudo; a definição da questão de pesquisa; fonte de busca em bases de dados e em coleções de bibliotecas virtuais; delimitação temporal; os procedimentos adotados para a análise crítica dos estudos; apresentação da revisão. Resultados: os principais. Conclusão: responder apenas ao objetivo. Descritores: indicar de três (3) a cinco (5) termos que identifiquem o tema, limitando-se aos descritores recomendados nos Descritores em Ciências da Saúde [DeCS], traduzido do Medical Subject of Health — MeSH, e apresentado gratuitamente pela BIREME na forma trilingue, na página URL: <http://decs.bvs.br>, seguido do sinal de dois pontos (:), com iniciais e maiúsculas e separadas por ponto e vírgula (;).

♦ **TEXTO:** os textos de manuscritos originais, estudos de casos clínicos, de revisões de literatura sistemática e integrativa devem apresentar: 1) Introdução; 2) Objetivo/s; 3) Método*; 4) Resultados; 5) Discussão; 6) Conclusão; 7) Agradecimentos (opcional); 8) Referências (Estilo Vancouver: http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html). As demais categorias terão estrutura textual livre, porém as REFERÊNCIAS são obrigatórias.

*♦ O método DEVE estar descrito adequadamente:

Método ARTIGO ORIGINAL/Estudos de casos clínicos (texto na sequência)* tipo de estudo; população/amostra; os procedimentos para a coleta/análise dos dados; citação da aprovação do projeto no Comitê de Ética em Pesquisa e número do CAAE – Certificado de Apresentação para Apreciação Ética.

(*Método — REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA (texto na sequência)*

► tipo de estudo, os procedimentos adotados para a revisão: hipótese ou questão de pesquisa para a elaboração do estudo, instrumento de coleta de dados (QUAL instrumento foi usado na análise da amostra?), critérios utilizados para a seleção daqueles que foram incluídos na revisão (avaliação dos estudos incluídos na revisão (instrumento usado: QUAL instrumento foi utilizado para avaliar a qualidade dos artigos pré-selecionados?)), e os procedimentos empregados na síntese dos resultados obtidos pelos estudos revisados (que poderão ou não ser procedimentos de meta-análise ou metassíntese), análise/discussão dos resultados, apresentação da revisão/síntese do conhecimento), conclusão.

Método — REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA (texto na sequência)

tipo de estudo, os procedimentos adotados para a revisão: hipótese ou questão de pesquisa para a elaboração do estudo, instrumento de coleta de dados, estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/amostragens, ou busca na literatura, definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados (instrumento usado: QUAL instrumento foi usado na análise da amostra?)/categorização dos estudos, avaliação dos estudos incluídos na revisão (instrumento usado: QUAL instrumento foi utilizado para avaliar a qualidade dos artigos pré-selecionados?), interpretação dos resultados, apresentação da revisão/síntese do conhecimento), conclusão.

Na literatura, estudiosos sugerem questões que podem ser utilizadas na avaliação crítica dos estudos selecionados, a saber: qual é a questão da pesquisa; qual é a base para a questão da pesquisa; por que a questão é importante; como eram as questões de pesquisas já realizadas; a metodologia do estudo está adequada; os sujeitos selecionados para o estudo estão corretos; o que a questão da pesquisa responde; a resposta está correta e quais pesquisas futuras serão necessárias.

♦ **TABELAS** (conjunto TABELAS + FIGURAS = 05): devem ser elaboradas para reprodução direta pelo Editor de Layout, sem cores, inseridas no texto, com a primeira letra da legenda em maiúscula descrita na parte superior, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos na ordem em que foram citadas no texto, conteúdo em fonte 12 com a primeira letra em maiúscula, apresentadas em

tamanho máximo de 14 x 21 cm (padrão da revista) e comprimento não deve exceder 55 linhas, incluindo título.

Se usar dados de outra fonte, publicada ou não, obter permissão e indicar a fonte por completo. Não usar linhas horizontais ou verticais internas. Empregar em cada coluna um título curto ou abreviado. Colocar material explicativo em notas abaixo da tabela, não no título. Explicar em notas todas as abreviaturas não padronizadas usadas em cada tabela.

♦ **ILUSTRAÇÕES** (conjunto FIGURAS + TABELAS = 05): fotografias, desenhos, gráficos e quadros são considerados Figuras, as quais devem ser elaboradas para reprodução pelo editor de layout de acordo com o formato da REUOL, sem cores, inseridos no texto, com a primeira letra da legenda em maiúscula descrita na parte inferior, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos na ordem em que foram citadas no texto. As figuras devem ser elaboradas no programa Word ou Excel permitindo acesso ao conteúdo e não serem convertidas em figura do tipo JPEG, BMP, GIF, etc. Os dados devem estar explícitos (n e %). Enviar as planilhas do Excel.

♦ **CITAÇÕES**: as citações serão identificadas no texto por suas respectivas numerações sobrescritas, sem a identificação do autor e ano, sem uso do parênteses e colocado após o ponto final, quando convier (vide exemplo)*.

♦ Citações Ipsi verbis: refere-se a palavras faladas (transliteração de comentários ou de respostas). Usa o recuo de 4 cm, tamanho da fonte 12 e, espaço 2,0 linhas, sem aspas e em itálico, com o código que representar cada depoente entre parênteses? Ex: minha filha gosta de estudar enfermagem. (Pétala)

♦ Citações Ipsi litteris: com as mesmas letras, isto é, “nos mesmos termos”, “textualmente”. As citações diretas até três linhas serão incluídas no texto, entre aspas, sem itálico e a referência numérica sobrescrita correspondente está conforme exemplo? Ex: .15:7, onde 15 é a referência e 7 a página. Ex: “minha filha gosta de estudar enfermagem”^{15:7}; com mais de três linhas, usar o recuo de 4 cm, letra tamanho 12 e espaço 2,0 linhas (sem aspas e sem itálico), seguindo a indicação de autor e data.

*Ex: (1). deixá-lo sem o parêntese, sobrescrito e colocado após o ponto final. .1

*As citações de NÚMEROS sequenciais devem estar separados por hífen. Ex: .1-5

* As citações de números aleatórios devem estar separadas por vírgula. Ex: .1,5,7

* As citações no texto que apresentam números coincidentes (Ex: p. 38-39; 11-12; 20-21) e os dígitos iguais DEVEM SER eliminados. Ex: 38-9 ; 11-2; 20-1

♦ **REFERÊNCIAS**: de acordo com o Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas — Estilo Vancouver: http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html

• Os títulos de periódicos devem ser referidos abreviados, de acordo com o Index Medicus: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?db=journals>.

• Para abreviatura dos títulos de periódicos nacionais e latino-americanos, consultar o site: <http://portal.revistas.bvs.br> eliminando os pontos da abreviatura, com exceção do último ponto para separar do ano.

• Na lista de referências, as referências devem ser numeradas consecutivamente, conforme a ordem que forem mencionadas pela primeira vez no texto.

• Referenciar o(s) autor(e)s pelo sobrenome, apenas a letra inicial é em maiúscula, seguida do(s) nome(s) abreviado(s) e sem o ponto.

* Números de páginas coincidentes (Ex: p. 38-39; 11-12; 20-21) os dígitos iguais DEVEM SER eliminados. Ex: 38-9 ; 11-2; 20-1

• Quando o documento possui de um até seis autores, citar todos os autores, separados por vírgula; quando possui mais de seis autores, citar todos os seis primeiros autores seguidos da expressão latina “et al”.

• Com relação a abreviatura dos meses dos periódicos consultar: <http://www.revisoeserevisoes.pro.br/gramatica/abreviaturas-dos-meses/> (não considerar o ponto, conforme o Estilo Vancouver recomenda: Jan Feb Mar Apr May June July Aug Sept Oct Nov Dec

EXEMPLOS:

1. Castro SS, Pelicioni AF, Cesar CLG, Carandina L, Barros MBA, Alves MCGP et al. Uso de medicamentos por pessoas com deficiências em áreas do estado de São Paulo. Rev saúde pública [Internet]. 2010 [cited 2012 June 10];44(4):601-10. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v44n4/03.pdf>

2. Rozenfeld M. Prevalência, fatores associados e mau uso de medicamentos entre os idosos: uma revisão. Cad saúde pública [Internet]. 2003 [cited 2012 May 10];19(3):717-24. Available from: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v19n3/15875.pdf>

3. Loyola Filho AI, Uchoa E, Guerra HL, Firmo JOA, Lima-Costa MF. Prevalências e fatores associados à automedicação : resultados do projeto Bambuí. Rev saúde pública [Internet]. 2002 [cited 2011 Nov 12];36(1):55-62. Available from: <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v36n1/8116.pdf>

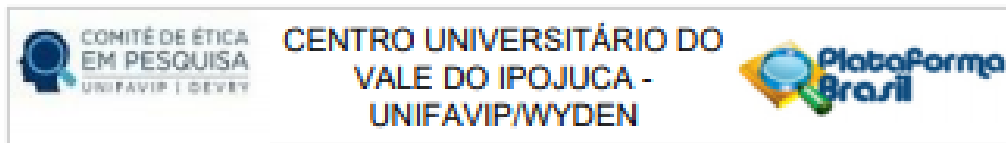
4. Mendes Z, Martins AP, Miranda AC, Soares MA, Ferreira AP, Nogueira A. Prevalência da automedicação na população urbana portuguesa. Rev bras ciênc farm [Internet]. 2004 [cited 2011 June 15];40(1):21-5. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbcf/v40n1/05.pdf>

5. Vilarino JF, Soares IC, Silveira CM, Rodel APP, Bortoli R, Lemos RR. Perfil da automedicação em município do Sul do Brasil. Rev saúde pública [Internet]. 1998 [cited 2011 Dec 13];32(1):43-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v32n1/2390.pdf>

6. Sousa HWO, Silva JL, Neto MS. A importância do profissional farmacêutico no combate à automedicação no Brasil. Rev elet farm [Internet]. 2008 [cited 2010 Nov 10];5(1):67-72. Available from: <http://www.unit.br/mestrado/saudeambiente>

8. Oliveira MD, Lima GAF, Sales LKO, Valença CN, Germano RM. A formação em enfermagem e o sistema único de saúde: história oral de vida. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2012 June [cited 2012 June 13];6(6):1491-4. Available from: http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/2203/pdf_1022 DOI: 10.5205/reuol.2365-18138-1-LE.060

ANEXO C
PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PLANO DE PARTO: O CONHECIMENTO DA GESTANTE SOBRE ESTA FERRAMENTA PARA EMPODERAMENTO DURANTE A ASSISTÊNCIA

Pesquisador: Thaise Torres de Albuquerque

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 08915519.0.0000.5666

Instituição Proponente: Sociedade de Educação do Vale do Ipojuca S/A

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.198.680

Apresentação do Projeto:

INTRODUÇÃO

O parto com o passar dos anos sofreu muitas modificações em relação ao modelo assistencial, segundo Maldonado (1991) até o século XVI as parteiras era as responsáveis pelo parto da parturiente, e existia ainda uma grande variedade de crenças populares que acreditavam diminuir as dores do parto.

Com o passar dos anos pouco a pouco, entre o século XVI e XVII entra em cena a figura do cirurgião, diminuindo a prioridade da parteira no parto. Com essa inclusão em ascensão a posição dorsal e o uso de equipamentos passam a ser mais adotada devido a maior facilidade para o médico. No fim do século XVIII, devido aos riscos de óbito na cesariana não serem mais tão elevados, as parteiras foram esquecidas, aumentando ainda mais a realização de cesarianas desnecessárias (SILVA, et al, 2018).

Os indicadores de saúde no Brasil não são eficazes e isso pode repercutir diretamente na assistência de má qualidade as gestantes, o que resulta em consequências para o binômio, mãe e bebê. Situações como estas implicam em altas taxas de mortalidade materna e perinatal como também em altos números de cirurgias cesárias; frente a este cenário, o Ministério da Saúde tem como propósito melhorar a qualidade da assistência bem como desenvolver boas práticas científicas através de portarias e implantação de ações que visem a redução de riscos desenvolvidos por atividades inseguras e desnecessárias (TEDEIRA et al 2016).

Endereço: Av. Adjar da Silva Cassá, 800
Bairro: INDIANÓPOLIS **CEP:** 55.034-540
UF: PE **Município:** CARUARU
Telefone: (81)3732-8087 **E-mail:** cep@unifavip.edu.br

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CARUARU, 16 de Abril de 2019

Assinado por:
Aline Oliveira Machado
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Adjar da Silva Costa, 800

Cidade: INDIANÓPOLIS

CEP: 55.024-540

UF: PE

Município: CARUARU

Telefone: (81)3722-8087

E-mail: cop@unitivip.edu.br

Página 02 de 08