

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE MEDICINA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM OBSTÉTRICA

ANDRESSA DE MELLO RAMALHO

TRADUÇÃO DO PLANO DE PARTO PARA A LINGUA CRIOULO HAITIANO.

UBERLÂNDIA

2020

ANDRESSA DE MELLO RAMALHO

TRADUÇÃO DO PLANO DE PARTO PARA A LINGUA CRIOULO HAITIANO.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica da Universidade Federal de Uberlândia como pré-requisito para obtenção do título de Enfermeira Obstetra.

Orientadora: Prof. Dra. Suely Amorim de Araújo

UBERLÂNDIA

2020

ANDRESSA DE MELLO RAMALHO

TRADUÇÃO DO PLANO DE PARTO PARA A LINGUA CRIOULO HAITIANO.

Data: 07/12/2020. Resultado: _____.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica da Universidade Federal de Uberlândia como pré-requisito para obtenção do título de Enfermeiro Obstetra.

BANCA EXAMINADORA



Prof. Dra. Suely Amorim de Araújo (orientadora)

Universidade Federal de Uberlândia - Faculdade de Medicina

Prof.ª Dr.ª Carla Denari

Prof.ª Dr.ª Bruna Melado

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	7
2 JUSTIFICATIVA.....	8
3 FUNDAMENTAÇÃO TEORICA.....	9
3.1 Humanização do parto no Brasil	9
3.2 O plano de Parto	13
3.3 Imigração Haitiana	16
4 OBJETIVOS	
4.1 Objetivo geral	19
4.2 Objetivos específicos	19
5- PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	
5.1 Etapas da intervenção: transcrição transcultural do plano de parto	20
5.2 -Procedimentos de tradução usado para este estudo	21
5.3 Caracterização do local da intervenção	23
6 DISCUSSÃO E RESULTADOS	24
7 CONCLUSÃO	32
8 REFERÊNCIAS	34
9 ANEXOS	
9.1 Plano de parto do município de Uberlândia	39
9.2 Plano de parto traduzido para a língua crioulo haitiano	40

RESUMO

Na busca pela humanização do parto, e trazer de volta a mulher no papel de protagonista do seu processo de parturição, o plano de parto exerce um papel primordial. Podemos perceber no Brasil, um aumento expressivo de mulheres estrangeiras ao longo dos anos, necessitando de atendimento, mas tendo dificuldades devido aos entraves de comunicação entre ela e a equipe que a assiste, pois muitas vezes não possui conhecimento da língua portuguesa. Com este objetivo desenvolvemos a tradução do plano de parto já existente no município de Uberlândia, para a língua nativa Crioulo haitiana, para promover a comunicabilidade entre haitianas e equipe que assiste sua parição Metodologia: A tradução deste instrumento foi realizada por nativos, pois não encontramos tradutor juramentado. Resultados e discussão: No estudo em questão, o processo de validação foi executado através da laboração de alguns nativos haitianos, encontramos dificuldades de encontrar estudos já realizados na área de tradução de instrumento nesse idioma, e não existe referencial teórico de tradução e adaptação transcultural do português para o crioulo, existindo uma carência de discussão sobre o assunto. Conclusão: Desta maneira podemos concluir que a humanização do parto vem acontecendo de forma gradual, e vem se fortalecendo de forma concreta, mas ainda encontra dificuldades principalmente com a equipe que assiste a parturiente, proponho que deve haver mais capacitação e orientação no intuito de fomentar a necessidade de mudança para garantir as mulheres o direito de exercer sua autonomia e tomada de decisão através do plano de parto. Explicamos que as mulheres brasileiras já exerciam o seu direito ao plano de parto e que elas também tinham direito a tudo ali proposto, pois o direito era adquirido por todas as mulheres que vivem no território brasileiro.

Palavras chave: Parto, Haiti, Tradução, Gravidez, Gestantes, Humanização de Assistência.

ABSTRACT

In the search for the humanization of childbirth, and bring back the woman in the role of protagonist of her parturition process, the delivery plan plays a primordial role. We can perceive in Brazil, a significant increase in foreign women over the years, in need of care, but having difficulties due to the barriers of communication between her and the team that assists her, because she often does not have knowledge of the Portuguese language. With this objective, we developed the translation of the delivery plan already existing in the municipality of Uberlândia, into the native Haitian Creole language, to promote communicability between Haitians and the team that assists their birth

Methodology: The translation of this instrument was performed by native sorders, because we did not find a sworn translator. Results and discussion: In the study in question, the validation process was performed through the work of some Haitian natives, we found it difficult to find studies already carried out in the area of translation instrument in this language, and there is no theoretical framework for translation and cross-cultural adaptation from Portuguese to Creole, and there is a lack of discussion on the subject. Conclusion: In this way we can conclude that the humanization of childbirth has been happening gradually, and has been strengthening in a concrete way, but still encounters difficulties mainly with the team that assists the parturient, I propose that there should be more training and guidance in order to foster the need for change to ensure women the right to exercise their autonomy and decision-making through the delivery plan. We explained that Brazilian women already exercised their right to the birth plan and that they were also entitled to everything proposed there, because the right was acquired by all women living in Brazil.

Keywords: Childbirth, Haiti, Translation, Pregnancy, Pregnant Women, Humanization of Care.

1 INTRODUÇÃO

Na antiguidade, a vivência do parto era compartilhada pelas mulheres da família, e parteiras da comunidade, mas com o tempo isso foi se tornando cada vez mais escasso, foi sendo introduzida no parto a visão de que era necessário ser realizado dentro de hospitais e por médicos. A partir do século XX, o parto tornou-se hospitalar e muitas vezes a mulher foi submetida a procedimentos cirúrgicos. Dessa maneira, observou-se uma perda da autonomia da mulher na condução do seu parto, muitas vezes, com a realização de intervenções desnecessárias durante a parturição (MEDEIROS *et al.* 2019).

De acordo com Medeiros *et al.* (2019), em 1970 foi criado o plano de parto, com o objetivo de ajudar na comunicação entre a parturiente e a equipe que vai assistir a mesma, e assim, proporcionar através desse instrumento público as escolhas que ela deseja que seja realizado durante o seu parto. Desse modo, o plano de parto colabora com a humanização do processo de nascimento, pois é um documento escrito e com validade legal, em que a parturiente expressa seus desejos, expectativas, anseios e necessidades para que possam ser realizados conforme desejo da mulher durante o trabalho de parto. Este documento é entregue à equipe que a recebe na sua admissão no hospital (NARCHI *et al.* 2019). Portanto, o plano de parto veio para resgatar a importância do diálogo, de forma educativa e não impositiva, permitindo que o profissional possa enxergar a mulher como ela gostaria que seu parto fosse conduzido, buscando sempre o melhor para a mãe e o bebê (ANDREZZO, 2016). É inegável diante das evidências aqui citadas, que o plano de parto é um eficiente meio de comunicação entre a equipe e a mulher.

Diante desse contexto, em 2018 foi implantado o plano de parto em toda rede de saúde pública no município de Uberlândia, para proporcionar às mulheres o conhecimento sobre o lugar onde ela terá o bebê, quem poderá estar presente na hora do parto, quais procedimentos médicos ela aceitará e quais ela recusará durante a sua vivência de parto, a posição que a mesma deseja parir, se gostaria que houvesse música durante seu trabalho de parto, e se deseja se alimentar durante esse processo, dentre outros itens. Este foi desenvolvido pela Dra. Prof. Efigênia Aparecida Maciel de Freitas, pelo projeto Rede Cegonha, com o objetivo de estimular o parto normal, ganhando âmbito nacional sendo incorporado no Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente pela Fiocruz. (UFU, 2019).

No entanto, o serviço e saúde do município de Uberlândia tem recebido um número crescente de mulheres no pré-natal e no parto, imigrantes do Haiti, as quais só falam o idioma de origem, impossibilitando a compreensão do plano de parto. Ao analisar as estatísticas do Hospital de Clínicas de Uberlândia (HCU-UFU) de 2017 até setembro de 2020 foram atendidas 47 haitianas.

Conforme OTANI (2013), a comunicação humana, possui uma complexidade extrema, e muitas vezes o usuário e o profissional que o assiste, não consegue estabelecer uma interlocução clara e sucinta, compreendendo a importância na formulação de estratégias que facilitem o diálogo e viabilizem o conhecimento de preferências, expectativas, e participação do usuário quanto de familiares na tomada de decisão. Destaca-se que profissionais de saúde que possuem qualidades humanizadas, são aqueles que têm uma percepção no tratamento dos usuários com afetividade, respeitosamente e atenciosamente, buscando proporcionar ao mesmo um atendimento personalizado e satisfatório. Cada vez mais fica afirmado que a comunicação é um elemento fundamental para o cuidado com as mulheres que por meio dela que se inicia o processo de cuidar. Desta forma buscamos através da tradução do plano de parto para o idioma crioulo facilitar e promover a comunicabilidade entre haitianas e a equipe que vão as assistir durante a sua parição.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 HUMANIZAÇÃO DO PARTO NO BRASIL

Apesar do processo de nascimento dentro do âmbito hospitalar ter como objetivo proporcionar segurança para a mãe e recém-nascido, este processo apresenta dois paradigmas, uma vez que com o avanço da tecnologia médica, obtivemos melhoria da morbimortalidade tanto materna quanto perinatal, mas houve altíssimas taxas de intervenções desnecessárias, perdendo assim a humanização necessária e particular de cada gestante assistida (BRASIL, 2017).

O Brasil foi mudando suas políticas de atendimento à mulher, e trabalhando no avanço para modificar o atendimento de pré-natal, parto e pós-parto na rede pública, oferecendo recursos financeiros e de conhecimento científico. Começou-se então, a aplicar diretrizes clínicas baseadas em evidências, facilitando o acesso e promovendo capacitação aos profissionais atuantes.

A Portaria nº 569 de 01 de junho de 2000, foi criada para aprimorar a assistência à mulher no transcorrer da gravidez, parto, puerpério e período neonatal, validando normas para o aperfeiçoamento do ingresso, abrangência e qualidade no auxílio prestado no atendimento durante o pré-natal, assistência no parto e período puerperal. Toda gestante tem direito a um suporte decente e de qualidade. A humanização da assistência obstétrica e neonatal é a premissa par o satisfatório acompanhamento do parto. A legitimação de condutas humanizadas e seguras implica na estruturação de técnicas, estratégias, procedimentos e de infraestrutura física, bem como a integração de práticas acolhedoras e não intervencionistas (BRASIL, 2000).

Em 2001, o Ministério da saúde implantou a Política Nacional de Humanização de Assistência Hospitalar (PNHAH), para garantir a população um atendimento de qualidade tanto para o usuário como para os profissionais de saúde com foco na valorização de quem cuida para assim mudar a forma de atendimento prestada. O PNHAH vem para melhorar e aprimorar a relação entre profissionais e usuários, fortalecendo a valorização humana, tornando os espaços modernos e solidários, com uma nova cultura de humanização, capacitando profissionais em um conceito de assistência que valorize a vida humana e a cidadania, beneficiando assim os usuários com um atendimento digno e com um sistema de incentivo como uma forma de gratificação aos estabelecimentos que adotam esse tratamento

humanizado. Sem falar da importância que os gestores e os órgãos governamentais a necessidade do reconhecimento e estímulo dando prioridade aos hospitais que efetivamente incorporaram a humanização no seu local de trabalho. (BRASIL,2001)

Ainda de acordo com a PNHAH o processo de humanizar é inquestionavelmente apresenta uma postura ética de respeito ao outro, acolhendo de forma afetiva e personalizada, reconhecendo os limites que surgem durante o processo, em virtude de admitir que o outro seja um ser autônomo e digno e que merece ser reconhecido como tal.

Em 2004 foi efetivado a Política Nacional de Humanização (PNH) com a intenção de unificar gestores, trabalhadores e usuários na promoção e construção de uma nova forma de organizar e transformar o cuidado através de rodas de conversa, movimentos sociais e de gestão de conflitos guiados com a finalidade de oferecer a todo o povo brasileiro a mesma atenção à saúde. Além disso, propõe uma luta por um SUS mais humano, comprometido com a qualidade, sendo mais ágil, resolutivo e acolhedor, melhorando o ambiente, as condições de trabalho e atendimento, com foco nas necessidades dos cidadãos, valorizando o processo de trabalho e as relações sociais no trabalho, modernizando tanto a estrutura física, como a capacitação dos profissionais com práticas de saúde baseadas em evidências científicas, que comprovem a necessidade de mudança nos modelos de gestão e atenção(BRASIL,2004).

As diretrizes do Humaniza SUS, apresentam o acolhimento como primordial, uma vez que o vínculo que promove a confiança, da escuta ativa oferecida ao usuário, assegurando um atendimento adequado as suas necessidades. Posteriormente, temos a gestão participativa e cogestão que abrange grupos formados para analisar processos que ajudam na tomada de decisão para as práticas e organização das unidades de saúde. A ambiência inclui novos espaços saudáveis, acolhedores e confortáveis que respeitem a privacidade, tornando se um espaço de encontro entre pessoas e não um local de problemas a serem resolvidos de forma triste e vazia. A clínica ampliada e compartilhada surge para contribuir no enfrentamento do adoecimento e sofrimento, para possibilitar que as decisões quanto ao diagnóstico e tratamento sejam focadas no processo físico, psíquico e emocional, promovendo a qualificação do dialogo tanto para usuários quanto para os profissionais, facilitando assim que o atendimento seja humanizado (BRASIL,2004).

A valorização do trabalhador com toda a certeza é o ponto central da PNH, pois é no fortalecimento deste grupo que se alcança êxito no processo de humanização, dando

visibilidade à experiência e inserindo-os na tomada de decisão que demonstra ao profissional que a Gestão tem interesse na promoção de mudanças sustentáveis e resolutivas. A PNH busca transformar o cuidado e a assistência, reconhecendo as diferentes especialidades e práticas de saúde, ampliando a comunicação entre pessoas envolvidas, valorizando e incentivando sua atuação na produção de saúde. A partir daí, podemos concluir que o Brasil começou a enfatizar a necessidade urgente de mudança no atendimento que estava sendo prestada a população, e com um grande desafio na criação de políticas voltadas para grupos específicos, que necessitavam de uma atenção mais focada, onde encontramos a saúde da mulher (BRASIL,2004).

O Brasil foi mudando suas políticas de atendimento à mulher, e trabalhando no avanço para modificar o atendimento de pré-natal, parto e pós-parto na rede pública, oferecendo recursos financeiros e de conhecimento científico. Começou-se então, a aplicar diretrizes clínicas baseadas em evidências, facilitando o acesso e promovendo capacitação aos profissionais atuantes. Em 2004, foi criado o Pacto Nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal, com o objetivo de reduzir a taxa de morbimortalidade materna e perinatal através de um atendimento humanizado. Em 2005 foi criado um pacto específico para o atendimento à mulher negra, pois se observou que o índice de mortes era maior nessa população.

A lei nº 11.108 de 07 de abril de 2005, vem para alterar a lei 8080, garantindo as parturientes o direito a presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, obrigando os serviços de saúde a cumprir o que foi determinado, sendo de escolha da mulher quem vai estar com ela durante todo o momento em que ela precise, apoiando-a em todo o processo de parição.

Em 2011, é apresentada pelo governo federal a Rede Cegonha, sendo um marco importante para a saúde das gestantes, pois foi um incentivo de investimento disponibilizado para todo o território brasileiro, para a implantação de centros de parto e reforma de maternidades, visando um atendimento qualificado e organizado as mulheres. Além do aporte financeiro, foi proposto também proporcionar as mulheres uma qualidade da atenção prestada, foi-se percebido que o parto necessita ser vivenciado de forma natural, pois é uma experiência marcante na vida tanto da mulher como do seu parceiro, que podem vivenciadas de forma positiva ou negativa, e a equipe que a assiste tem papel importante na forma como essa vivencia vai ser desenvolvida, pois ali se inicia uma nova família. (BRASIL, 2013)

Para Rodrigues (2019), a humanização no processo de parto e nascimento se inicia através do atendimento durante o pré-natal quando é mostrada a gestante durante rodas de conversas como pode ser construído o plano de parto, como o empoderamento e a autonomia da mulher são essenciais para uma vivência de parto tranquilo e seguro, e como os profissionais são importantes para que o respeito e a vontade da parturiente possam prevalecer durante o seu atendimento. Salientamos ainda que o conhecimento e a propagação do plano de parto devem começar na sala de aula, estimulando os alunos a discussão e reflexão sobre a humanização, sobre o respeito, a privacidade, direitos, escolha de via de parto, tudo isso baseado em práticas científicas, abrindo assim para uma visão diferenciada o que é apresentado nas universidades hoje em dia.

Em conformidade com Narchi (2019), foi realizada uma pesquisa com alunos de graduação, onde todos conheciam o plano de parto, e a maioria aplicou o mesmo durante a assistência no pré-natal. Ficou evidente que grande parte dos alunos consideram profundamente importante a aprendizagem e o significado que esse instrumento representa para a mulher assistida, e enxerga como ferramenta de redução de violência obstétrica, e na valorização da mulher como personagem principal da parturição, enfocando os enfermeiros como principais atores na atenção primária.

Consoante com Pereira *et al.* (2018), apresenta uma pesquisa realizada nas regiões Sudeste e Sul, na qual permaneceu óbvio que mesmo existindo uma diligência em ofertar um apoio humanizado no momento precedente, durante e após o parto contemplamos uma debilidade do sistema de saúde, na oferta de assistência a população carente sendo humanizada ou não. Deste modo, se faz indispensável a integração de modernas condutas visando uma cooperação interdisciplinar com perspectiva no trabalho em conjunto, certificando as gestantes um atendimento humanado.

É de extrema importância que a equipe participante no momento do parto entenda que quem faz o parto e a mulher, é ela que protagoniza o nascimento, a equipe ali presente, está para auxiliar nas necessidades que possam vir a existir e ajudar dando apoio físico, emocional a mulher e seu acompanhante, oferecendo métodos não farmacológicos de alívio da dor, formas que facilitem o processo de parto.

3.2 O PLANO DE PARTO

Em 1996, a OMS desenvolveu diretrizes para “As Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento”, baseado em evidências conhecidas através de pesquisas realizadas pelo mundo. Nestes estudos, foram apresentadas práticas que são recomendadas a serem implementadas, pois, obtiveram sucesso quando aplicadas, e também práticas que não são recomendadas, uma vez que, os estudos mostraram serem prejudiciais e por isso, precisam ser evitadas, e práticas que podem ser utilizadas com cautela por não possuírem comprovação da sua eficácia (OMS, 1996). Com este documento da OMS, houve um despertar para a necessidade urgente, na promoção, e mudança na visão do que se tinha a respeito do atendimento prestado durante o processo de parto e nascimento. Dentre as que são úteis e devem ser disseminadas e praticadas, está o plano de parto, que apresentou grande eficácia para as parturientes quando aplicado, promovendo satisfação e grande aceitação por parte das mulheres em que foi disponibilizado (MEDEIROS *et al.* 2019; ANDREZZO, 2016).

A enfermagem obstétrica necessita ter a sua inserção garantida pelos gestores na assistência às parturientes, pois se notou que os níveis de satisfação das pacientes são maiores nesse modelo de atendimento e os níveis de intervenções são menores. A espontaneidade e facilidade de comunicação são características presentes nesse grupo de atendimento, facilitando o vínculo da parturiente a equipe que a atende, onde a enfermagem desempenha seu dever respaldado na ação de cuidar e assegurar comodidade e autoconfiança para a gestante. A enfermagem precisa compreender a magnitude e contribuição que tem frente ao cuidado com a mulher não exclusivamente no parto, mas do mesmo modo antes e após o parto, com a visão de a parturiente ser um sujeito singular que precisa ser visualizada como um todo, resguardando o direito, respeito, atenção e cidadania a ela imputada (MINISTÉRIO DA SAÚDE, (2017); ALMEIDA, (2015); BRANDT *et al.* (2016)).

No entanto, é importante destacar que é responsabilidade da atenção primária, fomentar as mulheres durante o pré-natal, a importância da assistência integrativa e participativa durante o seu parto, encorajando as parturientes a estabelecer uma comunicação ativa de suas necessidades de forma clara e sucinta. Através do desenvolvimento do plano de parto para que ocorra uma assistência de qualidade é necessário que prevaleça os valores culturais das mulheres que estão sendo assistidas, suas crenças e costumes, de forma que o cuidado prestado seja personalizado e atenda suas expectativas e anseios, para que sua

vivência de parto possa ser o mais próximo possível ao que ela tem conhecimento, sem trazer prejuízo à vida e a saúde da mãe e do bebê. (ANDREZZO, 2019)

As mulheres como protagonistas no parto vêm para mostrar um fortalecimento na aplicação de novas práticas, reconhecendo a importância da autonomia que as mesmas possuem no processo de parto. É necessário uma reflexão de como o plano de parto contribui para humanização e materialização do pensamento e propósito que a mulher idealiza e espera sobre o seu parto (CUNHA *et al.* 2017 e SILVA E RODRIGUES 2017). Quando a gestante percebe que ela tem o poder de voz sobre o seu parto, ela começa a buscar informações que a preparem para o parto de forma automática, pois ela deseja que tudo ocorra da melhor forma possível (BARROS, 2018).

Segundo Rodrigues (2017), foi criado um projeto “Construindo estratégias para o fortalecimento e o resgate de autonomia no processo de parto e nascimento”, onde as gestantes eram estimuladas a discutir e refletir sobre a sua trajetória durante a gestação até o nascimento, permitindo o debate e exposição de ideias e experiências com o intuito de fornecer informações para que elas juntamente com o seu companheiro ou familiar possa desenvolver o seu plano de parto. Percebemos neste momento como é imprescindível a participação da equipe profissional no aporte de orientação e explanação de conhecimento para a gestante, para que ela possa conhecer e perceber quais necessidades e perspectivas ela possui quanto ao seu parto. O plano de parto é uma representação, como um meio de discussão, preparação, na forma de possibilidades, através da escolha informada, disposta por direitos que a mulher possui através do empoderamento, como um instrumento de comunicação entre a parturiente e os profissionais que a acolherão no momento do seu parto.

Para Rodrigues (2017), ficou evidenciado a importância das informações adquiridas pelas gestantes sobre a fisiologia do seu corpo, o processo do parto e nascimento, o direito que elas possuem tanto no pré-natal quanto durante o parto, posições de nascimento, direito ao acompanhante, foram importantíssimos, que foram abordados durante rodas de conversa, no período do pré-natal. Foram notáveis a satisfação e a tranquilidade que foi proporcionado a elas, o planejamento da sua parturição, pois se sentiram mais seguras e confiantes por terem recebido informações precisas e coerentes para facilitar a compreensão sobre o seu parto. Ademais, a roda de conversa é um dos mecanismos disponíveis para a construção do plano de parto eficaz e satisfatório para a parturiente, sendo realizado de forma lúdica, centradas na

escuta ativa e sanando dúvidas existentes, baseando-se em práticas científicas, desmistificando crenças e mitos que essas mulheres receberam ao longo do tempo.

Quando a mulher passa a planejar, e construir o seu conhecimento, através do empoderamento como mulher passível de parir sua criança, e autonomia para tomada de decisão, plausível por meio do plano de parto, fica comprovado que os resultados para ela são positivos, de maneira evidente, tanto física quanto emocionalmente (RODRIGUES, 2017).

De conformidade com Cunha *et al.* (2012), o medo da dor presente no parto, é o principal ponto discutível para as gestantes, que gostariam que fosse explanado pelos profissionais que a assistem durante o seu pré-natal, participando a elas como encarar a dor, orientando-as sobre métodos não farmacológico para alívio da mesma, possibilidades de analgesia quando disponível, para que fossem preparadas e cientes de como planejar o seu momento de parto. A humanização do parto fica evidente quando o respeito permeia o ambiente, onde a mulher é vista por todos os aspectos que a norteiam fisicamente, socialmente, psicologicamente, culturalmente e espiritualmente, proporcionando uma relação terapêutica e benéfica entre profissional e mulher. O vínculo estabelecido entre profissional e parturiente, dá a ela o poder da escolha, a evolução efetiva do trabalho de parto, transformando o parto em um momento único e especial para aquele núcleo familiar. Desta forma a humanização exerce papel fundamental no planejamento da assistência que será oferecida desde o pré-natal até o pós-parto.

Recentemente foi realizada uma pesquisa com mulheres onde se percebeu que o plano de parto tem uma influência positiva, onde se percebeu também um respeito dos profissionais com o cuidado e se sentiram confiantes e seguras com uma experiência positiva no seu parto. Há também uma legitimidade na reivindicação e participação ativa delas em defesa destes direitos e a observação da frustração das mesmas quanto suas demandas e necessidades não foram atendidas (SANTOS *et al.*, 2019).

Infelizmente, não é o que estamos presenciando, ainda enfrentamos dificuldades, pois a cada dia estamos recebendo gestantes que durante o pré-natal, se preparam tanto no conhecimento de como o parto pode ser vivenciado de forma natural e sem intervenções desnecessárias, e quando chegam para a realização do parto na rede pública, se deparam com uma equipe resistente e agressiva, quando a mesma solicita como gostaria que seu parto fosse

conduzido, e recebem como resposta que a mesma deveria ter se dirigido a rede privada para que a vontade dela fosse realizada.

Em 2018 a OMS realizou um comunicado de imprensa onde se emitiu novas recomendações e diretrizes para padronizar globalmente o atendimento para grávidas saudáveis, vindo para somar e reafirmar que a mulher é quem deve estar como protagonista do parto, e a equipe como coadjuvante durante esse processo (OPAS/OMS BRASIL, 2018).

No município de Uberlândia, também temos percebido um avanço gradativo no atendimento a gestante, o programa Mãe Uberlândia, desenvolvido pela prefeitura, envolve o acolhimento, orientações sobre a gestação, parto e pós-parto, programa de vacinação e testes fundamentais, além de oferecer um enxoval e bolsa para o bebê para todas as gestantes que realizaram no mínimo sete consultas na rede pública e três oficinas que são oferecidas para orientação sobre a importância do pré-natal, parto e puerpério, a partir da 30ª semana de gestação.

3.3 IMIGRAÇÃO HAITIANA

Em dezembro de 2018, foi publicado um vídeo pela ONU-Brasil, onde foi relatado que o Haiti possui a maior taxa de mortalidade materno-infantil em todo o ocidente. Apenas 37% das mulheres dão à luz sobre os cuidados de uma parteira habilitada para reconhecer e resolver possíveis complicações que possam surgir durante o processo de parturição. As mulheres relatam que quando buscam o hospital local. Não encontram médico disponível, e tanto mãe quanto bebê morrem por falta de assistência. A pobreza lá é extrema e se agravou muito após o terremoto em 2010.

Houve um crescente número de imigrantes, para o Brasil, na busca de melhorar a vida, e prover recursos para enviar ao Haiti para a família que permaneceu lá. A partir desse fenômeno migratório, as mulheres haitianas começaram a ser atendidas na rede pública, mas com grande dificuldade na comunicação, devido ao não conhecimento da língua e a falta de vontade de aprender a mesma das mulheres haitianas (REGIS,2018).

Para o imigrante as diferenças no dialeto, constitui um empecilho enorme tanto para ter acesso ao atendimento médico, quanto para sua inserção no mercado de trabalho, repercutindo assim diretamente na sua saúde tanto física como emocional, devido às

condições em que sobrevivem muitas vezes insalubres tanto no local de trabalho como no local onde mora. Por conseguinte, podemos destacar que a migração das mulheres, a maioria em fase fértil, apresentará demanda na atenção ao pré-natal, parto e puerpério (MEJÍA, 2017).

Consoante com MOMADE (2018) aborda o contexto em que as mulheres imigrantes haitianas, enfrentam desafios dia a dia, para manter chama acesa de suas origens e costumes mesmo longe da sua pátria, e buscar se inserir em uma cultura diferente do seu povo. O primeiro grande obstáculo é a barreira de comunicação, em seguida as diferenças culturais. Para elas, aqui no Brasil, os serviços de saúde são gratuitos e garantem agilidade no atendimento. Mas fica evidenciado a complexidade quanto a comunicação e as entaves culturais vivenciados. As haitianas enfrentam situações que as deixam fragilizadas moralmente e psicologicamente, causando um estresse extremo, devido a difícil realidade em que se encontra que é a discriminação no mercado de trabalho, onde são desvalorizadas quanto à formação que possuem e quanto ao valor de salário que recebem. Isto influencia muito a forma como as mesmas encaram a sua presença no país, desestimulando-as a não se sentir parte na sociedade brasileira, diminuindo assim o interesse no aprendizado da língua brasileira.

Na cultura haitiana, a mulher é mais reservada, não tem vínculo com a cultura do país ao que está inserido, o homem que leva os filhos ao médico ou a escola, quando que no Brasil as mulheres que exercem esse papel. Muitas vezes observamos que a mulher sempre está acompanhada de algum homem quando levada em atendimento médico, muitas vezes não sendo o marido que a acompanha. Eles amam suas origens culturais e o seu país de origem com um senso de orgulho por ser negro, mesmo que enfrentem discriminação por causa da cor da pele. Para eles ser estrangeiro e uma forma de demonstrar que pertencem ao seu país de origem (MEJÍA, 2017)

Em conformidade com AMORIM *et al* (2019), a mulher haitiana enfrenta conflitos constantes, colocando em notoriedade princípios, hábitos, tradições que são trazidos do seu país de origem e se deparam com uma cultura diferente quando migram para o Brasil, principalmente em relação a autonomia feminina existente aqui e a submissão em que se encontram no país pátrio. Desta maneira, aprofundar-se em um nosso país, propicia uma inquietação e incessante ajuste entre preservação cultural e amoldamento de costumes novos

adquiridos da cultura local, transformando assim estrangeiros e pátrios, visando um convívio de aprendizado constante.

Com o aumento crescente de imigrantes haitianos em Uberlândia, atentou-se para a necessidade de ofertar para as mulheres, humanização durante a vivência do parto, principalmente para aquelas que estão em um país que não é o dela, onde não é falado o idioma que a mesma conhece, onde os costumes e crenças são diferentes ao que ela presenciou durante toda a sua vida.

Quando ela se depara com uma assistência que apresenta a barreira da língua para uma comunicação sobre como ela quer sua vivência de parto, ela não consegue expressar nada do que ela quer e necessita, gerando frustração e decepção, durante o momento que deveria ser de êxtase e alegria.

Para a cultura haitiana quando ocorre o nascimento de uma criança, a família toda se envolve no processo, ajudando tanto nos afazeres domésticos como no cuidado da mãe e bebê por um período de 3 meses, possibilitando que a mãe possa se restabelecer e aprender a cuidar da criança. Já no Brasil elas enfrentam dificuldades, pois não encontram rede de apoio, gerando um sofrimento grande para essas mulheres, pois encontram-se sozinhas neste momento.

Segundo a reportagem do jornal diário de Uberlândia, em 2018, foi constatado que Uberlândia era a 3º cidade com o maior número de haitianos no estado de Minas. Dados obtidos na Polícia federal demonstra que cerca de 4.000 imigrantes solicitaram a regularização da sua situação no país, sem contabilizar os que estão vivendo de forma irregular (DIÁRIO DE UBERLÂNDIA,2018)

Em dados obtidos no Hospital de Clínicas de Uberlândia, no setor de estatística, de 2017 até outubro de 2020, ficou registrado o atendimento de 47 haitianas no momento do parto, com um aumento gradativo, sendo em 2017 4 pacientes, 2018 11pacientes, 2019 18 pacientes e ate outubro 2020 14 pacientes, mas acreditamos que esse número deva ser maior, pois o registro muitas vezes não é feito de forma correta quando é apresentado os documentos para abrir um prontuário no sistema pelo usuário, ficando a estatística parcialmente comprometida.

4 – Objetivos

4.1- Objetivo Geral

- Realizar a validação do plano de parto do município de Uberlândia para o idioma nativo Crioulo, falado pela maioria das mulheres do Haiti.

4.2- Objetivos Específicos

- Proporcionar as haitianas o uso do plano de parto na sua língua nativa;
- Facilitar o entendimento das gestantes haitianas e suas famílias sobre a função do plano de parto.
- Facilitar a comunicação do profissional que atende a parturiente Haitiana e a equipe de saúde, durante o parto.

5- PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

5.1- ETAPAS DA INTERVENÇÃO: TRADUÇÃO DO PLANO DE PARTO

O plano de parto utilizado para a tradução foi desenvolvido pela Dra. Prof. Efigênia Aparecida Maciel de Freitas, pelo projeto Rede Cegonha, com o objetivo de estimular o parto normal, ganhando âmbito nacional sendo incorporado no Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente pela Fiocruz. (UFU, 2019), sendo em 2018 implantado o plano de parto em toda rede de saúde pública no município de Uberlândia, para proporcionar às mulheres o conhecimento sobre o lugar onde ela terá o bebê, quem poderá estar presente na hora do parto, quais procedimentos médicos ela aceitará e quais ela recusará durante a sua vivência de parto, a posição que a mesma deseja parir, se gostaria que houvesse musica durante seu trabalho de parto, e se deseja se alimentar durante esse processo, dentre outros itens.

De acordo com Herdman *et al.*(1997) e Reichenheim E Moraes (2007), existem quatro tipos de abordagens que regem o processo de adaptação transcultural. O primeiro se apresenta como tradução simples e informal do instrumento original. O segundo utiliza alguns meios que sejam pertinentes ao local que será aplicado. O terceiro foca somente na tradução e re-tradução, sem levar em conta a cultura onde será utilizado o instrumento. E por último o quarto tipo procura estabelecer uma paridade cultural e interpretação do instrumento de acordo com a cultura presente no local de destino.

A proposta para que o instrumento fosse funcional e atingisse o objetivo sem perder elementos da cultura para o qual foi traduzido, utilizou-se a quarta abordagem de Herdman, na qual foi realizada a investigação e imersão na cultura para a adaptação do instrumento, valendo-se do costume, crença, valores pertinentes para a população atendida, buscando o equilíbrio ente o instrumento original e o que foi transcrito. (HERDMAN, 1997)

Rogers *et al.*(2013), apresenta a metodologia de tradução usada de forma básica, sendo a tradução do idioma A para o idioma B, conseguinte um individuo maneja a versão traduzida e efetua uma retrotradução do dialeto B para o dialeto A. Depois são acareadas e observa-se a equipolência das significação do instrumento proposto.

5.2 -PROCEDIMENTOS DE TRADUÇÃO USADO PARA ESTE ESTUDO

PRIMEIRO ESTÁGIO

Neste estágio há a necessidade de tradução do instrumento proposto por um ou dois tradutores juramentados, como não encontramos tradutor juramentado para a realização da tradução para a língua nativa crioulo haitiana, a aluna Ana Carolina da Silva Domingues, estagiária do projeto de extensão do Hospital de Clínicas atua como intérprete para pacientes haitianas atendidas durante consultas ou internação, realizou a tradução deste instrumento, pois é casada com um haitiano e já possui algum domínio da língua, e obteve ajuda do esposo Thierry Deneus para realizar a tradução.

SEGUNDO ESTÁGIO

Durante a segunda etapa, tivemos conhecimento sobre uma ONG Refugiados UDI, que presta assistência para estrangeiros, e realizaria uma reunião com haitianas para a distribuição de fraldas e roupas para bebe, e solicitamos que nos fosse permitido participar da reunião e apresentar o plano de parto traduzido par que obtivéssemos a opinião das haitianas a respeito da tradução que foi realizada.

A reunião foi realizada no dia 22/11/2020, tomando todos os cuidados devido à Corona vírus, e apresentamos o plano de parto já traduzido para 27 mulheres sendo 12 gestantes, para que as mesmas opinassem e dissessem se deveria haver alguma alteração ou sugestão do que foi proposto no instrumento.

TERCEIRO ESTÁGIO

Nesta etapa do processo, construímos um questionário para avaliação de aparência e conteúdo para realizar a aplicação do mesmo após a apresentação do plano de parto na reunião na ONG Refugiados UDI.

Abaixo temos o questionário:

Validação do plano de parto traduzido na língua crioulo haitiano

Numerar de acordo com o descrito	0	1	2	NR
1. O plano de parto é de fácil entendimento				
2. A tradução ficou clara e de mesmo valor semântico				
3. Os itens descritos estão de acordo com o tema				
4. Proporciona reflexão sobre o parto				
5. Incentiva mudança de comportamento quanto ao seu parto				
6. Linguagem adequada e de fácil compreensão				
7. Linguagem apropriada ao material educativo apresentado				
8. Linguagem interativa, permitindo envolvimento ativo no processo de parto				
9. Informações corretas				
10. Esclarecimento sobre as dúvidas a respeito das posições de parto				
11. Informações esclarecedoras sobre o parto				
12. Informações necessárias				
13. Sequência lógica das ideias				
14. Tema atual				
15. Tamanho do texto adequado				
16. Estimula o aprendizado				
17. Contribui para adquirir conhecimento sobre a gestação parto e puerpério				
18. Desperta interesse pelo tema parto humanizado				

0- Discordo; 1- concordo parcialmente; 2- concordo; NR- não responderam

QUARTO ESTÁGIO

Foi apresentada a tradução a Rodson Belizaire e Roodeline Belizaire, dois nativos para que fizessem a correção e verificação da semântica do plano de parto, já que estes já possuíam algum conhecimento da língua portuguesa.

QUINTO ESTÁGIO

Revisão da tradução e adaptação da escrita no plano de parto original com o intuito de quando um profissional receber o plano de parto em crioulo possa entender o que se está descrito pois a ordem das perguntas e das respostas estarão no mesmo lugar.

5.2 – CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DA INTERVENÇÃO

O HC – UFU é um hospital universitário de referência em média e alta complexidade, possui 520 leitos de internação, sendo 18 leitos para Alojamento Conjunto e 19 leitos de internação destinados ao pré-natal de alto risco. Além disso, possui Pronto Socorro de Ginecologia e Obstetrícia, Ambulatório de Pré-Natal de alto risco e Centro Obstétrico. O serviço ambulatorial de pré-natal de alto risco é referência para uma região de 18 municípios.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A tradução e adaptação de um idioma para outro, necessita de um padrão metodológico, em que ao realizar essa tradução, sejam fidedignos aos valores e significados do instrumento em questão, mantendo a equidade proposta entre uma cultura e a outra, de maneira uniforme, impessoal e obediente ao instrumento proposto.

Conforme Herman *et al.* (1997), a maneira de mensurar o seu instrumento de tradução será eficaz e atenderá o que foi proposto, devemos estar atentos para a forma como a população alvo será receptiva ao material desenvolvido, observando se os conceitos apresentados no original possuem correspondência e relevância com o qual está sendo adaptado. Imprescindivelmente, a contemplação do sentido semântico precisa ser observada quanto aos conteúdos existentes no instrumento original e a versão proposta para que tenham o mesmo sentido, produzindo um efeito correspondente nas duas culturas. Os sentidos conotativos e denotativos da tradução devem apresentar o mesmo significado do original, sendo a captação dos conceitos dentro do contexto de origem e da nova versão, buscando a adaptação de palavras que tenham similaridades na equipolência desejada.

Arribas (2006) salienta que a adaptação cultural está embasada na utilização de um mesmo instrumento, em diferentes culturas adaptados à sua respectiva língua-mãe. O modo de

tradução deve ser o mais apropriado e congruente possível para o idioma sugerido de maneira que seja compreendido pelo maior número de pessoas que profiram esse idioma. Conseqüentemente, a prudência para a igualdade conceitual e técnica seja tanto quanto para a leitura e compreensão entre o original e a nova versão. Não deve haver imprecisão e repetição de palavras, certificando-se que a transposição seja compreensível. A verificação da equivalência da versão final com a original deve estar pautada na semântica, idiomática, experimental e conceitual de maneira que a versão concordante seja condizente com a de origem.

No Haiti, o francês, língua oficial do país, deveria ser aprendido por todos os habitantes, mas como a educação é extremamente deficiente, a predominância é do crioulo haitiano, onde enfrentou muitos desafios até ser oficializado como uma língua no país, devido a relevância política existente nas elites de não oficializar a língua materna falada pelos nativos, dando voz a paridade histórica e linguística da nação (CAISSE (2012); PIMENTEL et al (2016)).

No estudo em questão, o processo de validação foi executado através da laboração de alguns nativos haitianos, que realizou a tradução do plano de parto já existente no município de Uberlândia, pois não encontramos tradutores juramentados na língua nativa crioulo, ainda encontramos dificuldades de encontrar estudos já realizados na área de tradução de instrumento nesse idioma, e não existe referencial teórico de tradução e adaptação transcultural do português para o crioulo, existindo uma carência de discussão sobre o assunto. A partir do projeto do trabalho proposto, é que referências devem ser construídas e valorizadas para a população haitiana receba tratamento e que seu direito a saúde seja de maneira equitativa e integrativa conforme rege a constituição de 1988.

A tradução foi realizada por Ana Carolina Silva Rodrigues e Thierry Deneus, que se propuseram voluntariamente a desempenharem a tradução, pois percebem a dificuldade que as mulheres haitianas enfrentam para serem compreendidas durante um atendimento, uma vez que a barreira da língua é um dos principais entraves, tanto que a Ana está inserida no Hospital de clínicas como estagiária atuando como interprete das mulheres haitianas durante o atendimento no pronto-socorro, pré - parto e pós parto, possibilitando um atendimento mais humanizado e digno para as mesmas.

Nesse sentido, Regis (2018) destaca a relevância e a necessidade de se desenvolver estudos sobre os imigrantes no Brasil, com enfoque nas mulheres haitianas, e a urgência na

implementação de protocolos de atendimento, focadas no acolhimento, registro de dados e diagnósticos clínicos, para que não ocorram diferenças ou parcialidade de forma a trazer prejuízo à saúde dessa população específica.

Após a tradução, foi realizada uma reunião com mulheres haitianas onde foi apresentado o plano de parto traduzido com o objetivo de avaliar a aparência e o conteúdo do instrumento. Participaram da reunião 27 mulheres, sendo 12 gestantes, e as demais em idade fértil. Nesta oportunidade, foi realizada a aplicação de um questionário no qual apenas 13 haitianas aceitaram por meio da assinatura do termo de consentimento a responderem individualmente o mesmo.

Esta tabela apresenta os dados obtidos no questionário aplicado:

Validação do plano de parto traduzido na língua crioulo haitiano

Numerar de acordo com o descrito	0	1	2	NR
1. O plano de parto é de fácil entendimento	0	2	11	0
2. A tradução ficou clara e de mesmo valor semântico	1	2	7	3
3. Os itens descritos estão de acordo com o tema	1	1	10	1
4. Proporciona reflexão sobre o parto	0	4	7	2
5. Incentiva mudança de comportamento quanto ao seu parto	0	0	12	1
6. Linguagem adequada e de fácil compreensão	0	3	8	2
7. Linguagem apropriada ao material educativo apresentado	0	2	9	2
8. Linguagem interativa, permitindo envolvimento ativo no processo de parto	0	4	8	1
9. Informações corretas	0	2	8	3
10. Esclarecimento sobre as dúvidas a respeito das posições de parto	0	3	8	2
11. Informações esclarecedoras sobre o parto	0	0	12	1
12. Informações necessárias	1	1	8	3
13. Sequência lógica das ideias	0	2	8	3
14. Tema atual	0	2	8	3
15. Tamanho do texto adequado	0	2	8	3
16. Estimula o aprendizado	1	1	9	2

17. Contribui para adquirir conhecimento sobre a gestação parto e puerpério	0	0	12	1
18. Desperta interesse pelo tema parto humanizado	0	1	10	2

0- Discordo; 1- concordo parcialmente; 2- concordo; NR- não responderam

Ao observarmos a tabela podemos obter os seguintes resultados:

O plano de parto é de fácil entendimento, 84,62% concordaram e 15,38% concordaram parcialmente demonstrando positivamente que esse item atende o que foi proposto. A tradução ficou clara e de mesmo valor semântico apresentou 15,38% concordam parcialmente; 53,85% concordam; 7,69% não concordam e 23,08% não responderam essa questão. Os itens descritos estão de acordo com o tema 76,92% concordam, 7,69% concordam parcialmente, 7,69% não concordam e 7,69% não responderam. Proporciona reflexão sobre o parto 53,85% concordam, 30,77% concordam parcialmente, 15,38% não responderam. Incentiva mudança de comportamento quanto ao seu parto 92,31% concordam e 7,69% não responderam. Linguagem adequada e de fácil compreensão 61,54% concordam, 23,08% concordam parcialmente e 11,36% não responderam. Linguagem apropriada ao material educativo apresentado 69,23% concordam, 15,38% concordam parcialmente e 15,38% não responderam.

Linguagem interativa, permitindo envolvimento ativo no processo de parto 61,54% concordam, 30,77% concordam parcialmente e 7,69% não responderam. Informações corretas 61,54% concordam, 15,38% concordam parcialmente, 7,69% não responderam. Esclarecimento sobre as dúvidas a respeito das posições de parto 61,54% concordam, 23,08% concordam parcialmente, 23,08 não responderam. Informações esclarecedoras sobre o parto 92,31% concordam e 7,69% não responderam. Informações necessárias 61,54% concordam, 7,69% concordam parcialmente, 7,69% não concordam e 23,08% não responderam. Sequência lógica das ideias 61,54% concordam, 15,38% concordam parcialmente e 23,08% não responderam. Tema atual 61,54% concordam, 15,38% concordam parcialmente e 23,08 não responderam. Tamanho do texto adequado 61,54% concordam, 7,69% concordam parcialmente e 23,08% não responderam. Estimula o aprendizado 69,23% concordam, 7,69% concordam parcialmente, 7,69% não concordam e 15,38% não responderam. Contribui para adquirir conhecimento sobre a gestação parto e puerpério 92,31% concordam e 7,69% não responderam. Desperta interesse pelo tema parto humanizado 76,92% concordam, 7,69 concordam parcialmente e 15,38% não responderam.

Não foi encontrado na literatura científica artigos que apresentem dados relacionados aos encontrados neste estudo, dificultando a discussão dos mesmos.

É muito importante destacar que o instrumento proposto foi bem avaliado pelas haitianas, mesmo apresentando alguns pontos que não ficaram tão claros para algumas, mas buscamos o consenso e adaptamos a tradução da melhor maneira possível, visando a qualidade e aprimoramento do conteúdo, que foi revisado por mais dois nativos após a apresentação para o grupo, sendo eles Rodson Belizaire e Roodeline Belizaire.

A respeito das respostas do público alvo, observamos um nível de concordância positiva de 84%, mas precisamos levar em conta a dificuldade de compreensão das mesmas a respeito do plano de parto, pois ninguém tinha conhecimento sobre o que era o objetivo do mesmo e qual a utilização desse instrumento, onde na reunião foi explanado sobre o plano de parto, no qual foi o primeiro contato que tiveram sobre o assunto.

Neste aspecto fica claro o impasse enfrentado pela autora, defronte um público que não possuía conhecimento sobre seus direitos, barreira linguística e sem orientação sobre a forma correta de atendimento referente ao pré-natal.

A tradução do plano de parto para a língua crioulo haitiano é uma proposta de favorecer e oferecer um atendimento humanizado para as mulheres haitianas, e também uma forma de mostrar o empoderamento da mulher frente ao seu processo de parturição, sendo disponível a todas, independente de raça, cor ou língua e despertar nessas mulheres o valor existente nelas, como mulher e como ser humano.

As mulheres haitianas que tiveram filhos recentemente no serviço público relataram que não tiveram acesso ao plano de parto durante o seu pré-natal, mesmo sendo distribuído em toda a rede, deixando assim claro que os profissionais de saúde não estão apresentando o plano de parto para as usuárias e nem incentivando o preenchimento do mesmo. Não sabemos ao certo que não foi apresentado por serem estrangeiras ou se realmente não estão apresentando a nenhuma usuária.

O plano de parto é subdividido em 18 itens, que tratam da ambiência, posição de parto, necessidades biológicas, como sede e fome, recepção do recém-nascido, presença do acompanhante. Foi realizada a avaliação de cada um dos itens propostos no plano de parto durante a realização do grupo focal com as haitianas, sendo analisada a discussão que houve

entre elas. Abaixo listamos cada um dos itens seguido dos discursos apresentados pelas mulheres.

No item 1 “ Desejo conhecer a maternidade”, as haitianas questionaram o que seria a maternidade, onde elas ficariam internadas, se seria o hospital, pois para a cultura delas o hospital é um local onde as pessoas procuram atendimento somente como último recurso, sendo um serviço privado e muito caro em seu país de origem. Entretanto, como possuem acesso gratuito no Brasil, elas não entendem muito bem esse procedimento ir ao hospital somente para “visitar” e não para fazer um procedimento. Mas, após a explanação elas compreenderam e afirmaram ter o interesse de conhecer a maternidade antes do parto.

No item 2 “ Desejo que me acompanhe durante a minha internação na maternidade”, elas compreenderam tranquilamente e houve uma aceitação geral quanto a esse item sem gerar dúvidas.

No item 3 “ Terei uma doula me acompanhando (lei Municipal 12.314 de 2015) ”, não sabiam o que era esse termo “doula”, mas após o esclarecimento, houve assentimento total relacionado ao direito.

No item 4 “Desejo que eu e meu acompanhante sejamos informados sobre todos os procedimentos a serem realizados comigo e com meu bebê”, foi assimilado por todas as presentes e possuem o desejo de receberem todas as informações pertinentes.

No item 5 “ Desejo que meu parto seja fotografado”, houve concordância total quanto a esse item.

No item 6 “ Desejo ter como opção os seguintes métodos para alívio da dor: massagens (podem ser realizadas pelo acompanhante ou pela doula); orientações sobre técnicas de respiração; movimentar e/ou andar caso eu queira; exercícios de relaxamento com a bola do nascimento; banho de chuveiro; analgesia medicamentosa por anestesia quando disponível”; gerou algumas dúvidas em relação ao não conhecimento da bola do nascimento, e a analgesia, pois na cultura delas não existem medicamentos para alívio da dor do parto, pois encaram de forma natural, tranquila e necessária a dor durante o trabalho de parto. Mas após a elucidação houve consentimento comum.

No item 7 “ No trabalho de parto é recomendado que a mulher se movimente livremente e a posição deitada de costas deve ser evitada. Gostaria de ter liberdade de escolher diversas posições durante o meu trabalho de parto”; apresentou corroboração integral após a aclaração do item.

No item 8 “Sei da importância de me manter hidratada e em me alimentar durante o trabalho de parto. Portanto, desejo ingerir alimentos leves, tais como (assinale um ou mais itens): água, chás, suco de frutas e gelatina; neste tópico a gelatina é um alimento desconhecido para elas, culturalmente não é consumido alimentos doces, e não se utiliza gelatina no seu país de origem, descartando assim esse item do plano de parto.

No item 9 “ Cuidar da ambiência ajuda a tranquilizar e favorece a evolução do trabalho de parto. Portanto desejo, se possível, os seguintes cuidados (assinale um ou mais itens): um ambiente com pouca luminosidade; ouvir música de minha escolha (levar fone de ouvido); pouco barulho e conversas; privacidade; esse item causou muita estranheza quando apresentado, pois para elas não é relevante os cuidados listados acima, não tem influência nem positiva em negativa para a evolução do trabalho de parto.

No item 10 “Desejo que comuniquem a mim e ao meu companheiro sobre qualquer intervenção necessária durante o trabalho de parto (soro, oxigênio, rompimento da bolsa, ocitocina ou cesárea)”, houve consenso comum quanto ao desejo que todos os procedimentos necessários fossem comunicados de forma clara e de fácil compreensão para possam ficar tranquilas durante o trabalho de parto.

No item 11 “A posição na hora do nascimento pode ser escolhida pela mulher. Gostaria de ter as seguintes opções (assinale um ou mais itens): sentada/cócoras (banqueta); semi-sentada com a cabeceira elevada; de quatro apoios (Gaskin)”, este item em questão, foi bastante questionado pelas mulheres, pois lá no Haiti as gestantes só procuram o hospital em extrema necessidade, e quem toma a decisão sobre o parto é o médico, e também só conheciam duas posições citadas, sendo a agachada e sentada. As mesmas possuem muita resistência quanto a novidades propostas, só aceitam quando outra já tenha passado pela experiência e que tenha comunicado a elas positivamente sobre o que foi proposto.

No item 12 “Desejo que o toque vaginal seja realizado a cada 4 horas, conforme recomendado pelo Ministério da Saúde e Organização Mundial de Saúde, e se necessário o toque com maior frequência, que comuniquem a mim e ao meu acompanhante”; item 13 “Desejo que na hora do nascimento, sejam evitadas tanto a manipulação do meu períneo quanto a realização de episiotomia” e o item 14 “caso seja necessária a cesárea desejo a presença de meu acompanhante conforme Lei 11,108/2005”; todos esses itens são para elas de autonomia profissional, ao compete a elas tomada de decisão sobre eles, pois se submetem ao que foi colocado “a elas por quem as assiste. Percebemos a cultura forte do modelo biomédico enraizado pela disponibilidade que no país de origem só se procura o hospital quando não existe mais o que fazer, e ao chegar lá se submetem ao que lhes é oferecido sem questionamentos, desconhecem direito de autonomia no processo de parturição. É ensinado à essas mulheres desde a tenra infância, as serem submissas em tudo, onde o papel desenvolvido por elas é quanto ao cuidado da casa e dos filhos, diferente da nossa cultura onde mostramos a necessidade da autonomia, empoderamento e participação efetiva da mulher e quanto a importância de se fazer valer os seus direitos.

No item 15 “Assim que o bebê nascer gostaria de (assinale um ou mais itens): pegar meu bebê no colo imediatamente; receber meu bebê quando se sentir pronta para tal; iniciar a amamentação o mais rápido possível e dentro da 1ª hora de vida; ter pelo menos 1 hora continua com meu bebê no colo, se estiver tudo bem; se houver necessidade, ele será assistido pela equipe”; esse item foi unânime que a tomada de decisão será realizada pela equipe profissional que as assiste, pois para elas não compete às mesmas decidir sobre isso, pois não se acham aptas para essa decisão. Aqui fica claro mais uma vez que a cultura prevalece acima de tudo e todos, pois culturalmente a responsabilidade fica para o médico decidir, mostrando que a participação ativa da parturiente não existe.

No item 16 “Quanto ao corte do cordão umbilical, desejo que seja feito em tempo oportuno: pelo profissional; por mim mesma; pelo marido/parceiro”, foi bem aceito pelo grupo, e inclusive houve relato de mulheres que o marido já havia realizado esse item durante o nascimento dos filhos.

No item 17 “Gostaria que todos os cuidados com o meu bebê sejam realizados após a 1ª hora de vida conforme as diretrizes da Organização Mundial de Saúde e do Ministério da

Saúde” ficou claro para elas que é um direito oferecido á elas permanecer com o seu bebê no colo durante a primeira hora de vida e os benefícios que irá proporcionar para mãe e filho (a).

No item 18 “Desejo, se possível, a inserção do DIU de cobre ou Implanon (conforme critérios médicos) no pós-parto imediato, para aproveitar a internação e garantir minha contracepção”; as mesmas desconhecem esses contraceptivos disponíveis, e não utilizam métodos contraceptivos, pois para elas a felicidade está na quantidade de filhos, normalmente só utilizam contraceptivos depois de mais idade, quando o risco para a saúde é grande que pensam nisso.

Após a análise do questionário podemos concluir que não há a necessidade de alteração na tradução que foi apresentada.

7 CONCLUSÃO

Segundo Amorim (2019) o crioulo é a língua ensinada em casa, já o francês nas escolas, e como a educação no Haiti é privada, os homens são ensinados nas escolas devido ao patriarcado presente na cultura, onde a valorização do homem é extremamente marcada, e a mulher fica em casa e é ensinada a cuidar da casa e das tarefas domésticas, dificultando as mulheres quanto ao aprendizado da língua oficial, em vista que não possuem acesso à escola como os homens.

De acordo com Batista (2018) a relevância e a necessidade de desenvolver estudos sobre os imigrantes no Brasil, com enfoque nas mulheres haitianas, pois grande parte dessas mulheres possuem pouco estudo, conseqüentemente, exerce uma influência extrema quando ao cuidado com a saúde e o conhecimento sobre a necessidade da busca por resolutividade dos problemas relacionados à saúde, incluindo baixa adesão ao pré-natal, e como consequência baixo peso ao nascer.

O plano de parto vem atrelado ao pré-natal, uma vez que seja apresentado à gestante, a importância do acompanhamento de qualidade a oportunidade de se adquirir conhecimento baseado em práticas científicas, preparando a mesma para vivenciar sua parturição de maneira tranquila e satisfeita.

Desta maneira podemos concluir que a humanização do parto vem acontecendo de forma gradual, e vem se fortalecendo de forma concreta, mas ainda encontra dificuldades principalmente com a equipe que assiste a parturiente, proponho que deve haver mais capacitação e orientação no intuito de fomentar a necessidade de mudança para garantir as mulheres o direito de exercer sua autonomia e tomada de decisão através do plano de parto.

Podemos observar durante a apresentação do plano de parto, que as mulheres ali presentes, achavam surreal tudo o que estávamos apresentando, sem acreditar que realmente pudesse por em prática, durante o seu trabalho de parto tudo o que foi dito ali. Explicamos que as mulheres brasileiras já exerciam o seu direito ao plano de parto e que elas também tinham direito a tudo ali proposto, pois o direito era adquirido por todas as mulheres que vivem no território brasileiro.

Um alerta que evidenciamos, foi que mesmo tendo 12 gestantes presentes, nenhuma teve acesso ao plano de parto durante o pré-natal, mesmo o plano de parto sendo disponível desde 2018 no município de Uberlândia, não esta sendo disponibilizado para as gestantes durante o seu pré-natal, na UAI Tibery e no UBSF Custodio Pereira, relatado pelas gestantes

que estavam presentes na reunião. Precisa ser trabalhado com a equipe que faz o atendimento, sobre a importância que o plano de parto tem no momento de parturição, pois é através dele que a gestante expõe suas preferências e desejos no momento do parto à equipe que a assiste.

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMORIM DE ARAÚJO K et PINHO DE ALMEIDA L, (2019). Discutindo gênero e cultura: um estudo sobre mulheres haitianas em Campo Grande-MS, Brasil. *Trayectorias Humanas Trascontinentales*, 6. URL : <http://dx.doi.org/10.25965/trahs.1916>

ANDREZZO, H. F. A. *O desafio do direito à autonomia: uma experiência de Plano de Parto no SUS*. 2016, 111p. Dissertação (Mestrado em Ciências). Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016. DOI: 10.11606/D.6.2016.tde-07112016-141429

BALDISSEROTTO, M. L. Associação entre as boas práticas de assistência ao trabalho de parto e parto e a avaliação pelas puérperas do cuidado recebido. 2015, 111f. Dissertação (Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca). Rio de Janeiro, 2015.

BARROS, T. C. X. de et al. Assistência à mulher para a humanização do parto e nascimento. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, [S.l.], v. 12, n. 2, p. 554-558, fev. 2018. ISSN 1981-8963. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/25368>>. Acesso em: 13 nov. 2020. doi:<https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i2a25368p554-558-2018>.

BATISTA, D. R. R.; GUGELMIN, S. A.; MURARO, A. P. Acompanhamento pré-natal de mulheres brasileiras e haitianas em Mato Grosso. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.*, Recife, v.18, n. 2, p. 317-326, June 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151938292018000200317&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01/12/2020. <https://doi.org/10.1590/1806-93042018000200005>

BRANDT, G.P. et al. O PAPEL DA ENFERMAGEM NO PARTO HUMANIZADO. *Revista Gestão & Saúde*, v. 15, n. 1, p. 34 - 38, 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde – Gravidez, parto e nascimento com saúde, qualidade de vidas e Bem-estar. 2013

BRASIL. Lei nº 11.108 de 07, de abril de 2005. Altera a Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990, para garantia 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. *Diário Oficial [da] União*, número 67, seção 1, p. 1. Brasília, Distrito Federal; 2005.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Humanização do parto e do nascimento / Ministério da Saúde. Universidade Estadual do Ceará. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014.465 p. : il. – (Cadernos HumanizaSUS ; v. 4). Rita de Cássia Calfa Vieira Gramacho1 Rita de Cássia Velozo da Silva. Enfermagem na cena do parto. Nursing in the Scene of Labour. Pag 183-200

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) a Rede Cegonha. Diário Oficial [da] União. Brasília, Distrito Federal. Brasília: MS; 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 569/GM, de 1º de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial [da] União, seção 1, p. 4. Brasília, Distrito Federal; 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar / Brasília: Ministério da Saúde.2001. 60p.: il. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios, n. 20).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 20 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

CAISSE, P. T. 1986- A vitalidade linguística dos crioulos do Haiti e da Luisiana: os limites da política e das atitudes linguísticas / Peter Thomas Caisse. -- Campinas, SP : [s.n.], 2012.

CORTÉS, M. S *et al.* Uso e influencia de los Planes de Parto y Nacimiento en el proceso de parto humanizado. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, v. 23, n.3, p.520-526, mai.-jun, 2015.

CUNHA, *et al.* O vivido de mulheres no parto humanizado. *Revista Interdisciplinar UNINOVAFAPI*, Teresina. v.5, n.2, p.32-38, Abr-Mai-Jun. 2012.

GOMES RPC, *et al.* Plano de parto em rodas de conversa: escolhas das mulheres. *REME Rev Min Enferm* 2017; 21:e1033.

HERDMAN M, Fox-Rushby J, Badia X. "Equivalence" and the translation and adaptation of health-related quality of life questionnaires. *Qual Life Res.* 1997;6(3):237-47 <http://www.periodicoeletronicos.ufma.br/index.php/rpcsoc/article/view/6452/4117>

Jornal Diário de Uberlândia.

<https://diariodeuberlandia.com.br/noticia/16902/uberlandia-e-a-3--cidade-com-maior-numero-de-imigrantes-em-minas>. 21/05/2018. Acesso em 20/10/2020

MEDEIROS RMK, Figueiredo G, Correa ACP, Barbieri M. Repercussões da utilização do plano de parto no processo de parturição. *Rev Gaúcha Enferm.* 2019; 40:e20180233. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180233>.

MEJÍA, M.R.G., Cazarotto, R.T. (2017). “O papel das mulheres imigrantes na família transnacional que mobiliza a migração haitiana no Brasil”. *Repocs*, 14, (27), 171-190. Disponível em:

Ministério da Saúde. Nota técnica para organização da rede de atenção à saúde com foco na atenção primária à saúde e na atenção ambulatorial especializada. SAÚDE DA MULHER NA GESTAÇÃO, PARTO E PUERPÉRIO 2019. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein.

MOMADE, K. C. Os cenários dos cuidados em saúde de haitianas residentes em Chapecó (SC). Dissertação de Mestrado. - 2018. 88 f.: il.

NARCHI NZ, Venâncio KCMP, Ferreira FM, Vieira JR. Individual birth planning as a teaching-learning strategy for good practices in obstetric care. *Rev Esc Enferm USP.* 2019;53:e03518. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2018009103518>

NARCHI, N. Z. et al. O plano individual de parto como estratégia de ensino-aprendizagem das boas práticas de atenção obstétrica. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v.53, e03518, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342019000100473&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 13/11/2020. <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2018009103518>.

NARCHI, N.Z; CRUZ, E. F.; GONCALVES, R. O papel das obstetrias e enfermeiras obstetras na promoção da maternidade segura no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 18, n. 4, p.1059-1068, Apr. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232013000400019&lng=en&nrm=iso>. access on 01 Dec. 2020. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000400019>.

OPAS/OMS BRASIL, 2018
https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5596:oms-emite-recomendacoes-para-estabelecer-padrao-de-cuidado-para-mulheres-gravidas-e-reduzir-intervencoes-medicas-desnecessarias&Itemid=820

Organização Mundial da Saúde. Maternidade segura. Assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra: OMS; 1996.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Maternidade Segura. Assistência ao Parto Normal: Um Guia Prático (OMS 1996). Disponível em: <http://www.saude.mppr.mp.br/arquivos/File/kit_atencao_perinatal/manuais/assistencia_ao_prt_o_normal_2009.pdf>. acesso em 25/10/2020

PEREIRA RM, Fonseca GO, Pereira ACCC, Gonçalves GA, Mafra RA. Novas práticas de atenção ao parto e os desafios para a humanização da assistência nas regiões sul e sudeste do Brasil Cien Saude Colet. 2018 Nov;23(11):3517-3524. doi: 10.1590/1413-812320182311.07832016. PMID: 30427425.

PIMENTEL. M.L; COTINGUIBA .G. C; RIBEIRO; A. A. S. O crioulo haitiano e o seu reconhecimento político. *Universitas Relações Internacionais*, Brasília, v. 14, n. 1, p. 31-40, jan./jun. 2016 *DOI: 10.5102/uri.v14i1.3921

POSSATI, A. B. *et al.* Humanização do parto: significados e percepções de enfermeiras. *Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro , v. 21, n. 4, e20160366, 2017 . disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452017000400203&lng=en&nrm=iso>. access on 13 Nov. 2020. Epub Aug 07, 2017. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2016-0366>.

RECOMENDAÇÃO Nº 038, DE 23 DE AGOSTO DE 2019 Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/images/Reco038.pdf> acesso em 13/11/2020

REICHENHEIM, M. E.; MORAES, C. L. Operacionalização de adaptação transcultural de instrumentos de aferição usados em epidemiologia. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo

, v. 41, n. 4, p. 665-673, ago. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000400024&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 24 nov. 2020. Epub 29-Maio-2007. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102006005000035>.

RODRIGUES, M.S. Humanização no processo de parto e nascimento: implicações do plano de parto. Dissertação de Mestrado. Belo Horizonte 2017. 102 páginas.

SANTOS F.S.R, *et al.* Os significados e sentidos do plano de parto para as mulheres que participaram da Exposição Sentidos do Nascer. *Cad Saude Publica*. 2019 Jul 4;35(6):e00143718. doi: 10.1590/0102-311X00143718. PMID: 31291428.

SILVA, J. C; RODRIGUES, M.S. Boas práticas na assistência ao parto: implicações do plano de parto. 2017. Disponível em: <http://jornalold.faculadecienciasdavidacom.br/index.php/RBCV/article/view/403>. acesso em 25/10/2020

SILVA; A.L.N.V, Neves A.B, S AKG, Souza R.A. Plano de parto: ferramenta para o empoderamento de mulheres durante a assistência de enfermagem. *Rev Enferm UFSM* [Internet]. 2017 [citado 2018 jan. 10];7(1):144-51. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/22531/pdf>

UFU;2019-<http://www.comunica.ufu.br/noticia/2019/03/enfermagem-da-ufu-desenvolve-projeto-para-reducao-de-cesarianas-desnecessarias>. Acesso em 25/10/2020

9- ANEXOS

9.1 Plano de parto do município de Uberlândia

Informações importantes

Já organizou o que você deve levar para a maternidade?

() Roupas para você e para o bebê;

() Chinelos para o banho;

() Material de higiene íntima (sabonete, absorvente pós-parto, etc.);

() Exames, Ultrassons e cartão de pré-natal;

() Documentos pessoais com foto (seu e do acompanhante)

Outros: _____

Assinatura da gestante _____

Nome da Gestante: _____

Nome do Bebê: _____

Nome de Acompanhante: _____

Serviço de Referência para o parto: _____

Vivência aqui seus desejos e expectativas em relação à maternidade?

Parabéns pela gravidez!

O momento do nascimento se aproxima .

É importante se preparar e se informar sobre suas fases, os recursos de alívio da dor e os procedimentos que devem ou não ser realizados para ajudar você e seu bebê.

Lembre-se que, na maioria dos casos, o parto normal é a via de nascimento mais segura. A cesariana deve ser realizada com indicação médica por ser uma cirurgia de grande porte e apresentar riscos.

Para atendermos suas necessidades no parto é importante que você anote aqui os seus desejos e expectativas.

Meu plano de Parto



Comissão organizadora:
Coordenação do Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica CEEU/UFU
Secretaria Municipal de Saúde – Área técnica de Saúde da Mulher, da Criança e Atenção Básica
Departamento Materno Infantil HCUFU
Departamento Ginecologia e Obstetria HMMDOLC

Referências:
BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal: versão resumida, 2017. BRASIL. Ministério da Saúde. Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal, 2016. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS para la conducción del trabajo de parto, 2015. Assistência ao Parto e Nascimento Diretrizes para o cuidado multidisciplinar. Prefeitura de Belo Horizonte, 2015.

Ilustrações: Natan Ruiz








01 Desejo conhecer a maternidade
() Sim () Não
Visita agendada para: ____/____/____

02 Desejo que me acompanhe durante a internação na maternidade:
() Marido/ parceiro/ pai do bebê;
() Mãe;
() Filho(a) maior de 18 anos;
() Amigo(a);
() Outro familiar;
() Nenhum.

03 Terei uma doula me acompanhando (Lei Municipal 12.314 de 2015)
() Sim () Não

04 Desejo que eu e meu acompanhante sejamos informados sobre todos os procedimentos a serem realizados comigo e com meu bebê.
() Sim () Não

05 Desejo que meu parto seja fotografado.
() Sim () Não

06 Desejo ter como opção os seguintes métodos para alívio da dor (assinale um ou mais itens):
() Massagens (podem ser realizadas pelo acompanhante ou pela doula);
() Orientações sobre técnicas de respiração;
() Movimentar e/ou andar caso eu queira;
() Exercícios de relaxamento com bola do nascimento;
() Banho de chuveiro;
() Anestesia medicamentosa por anestesia, quando disponível;
() Outros: _____



07 No trabalho de parto é recomendado que a mulher movimente-se livremente e a posição deitada de costas deve ser evitada. Gostaria de ter liberdade de escolher diversas posições durante o meu trabalho de parto.
() Sim () Não

08 Sei da importância de me manter hidratada e me alimentar durante o trabalho de parto. Portanto, desejo ingerir alimentos leves, tais como (assinale um ou mais itens):
() Água () Sucos de frutas () Chás
() Gelatina () Outros: _____

09 Cuidar da ambiência ajuda a tranquilizar e favorece a evolução do trabalho de parto. Portanto, desejo, se possível, os seguintes cuidados (assinale um ou mais itens):
() Um ambiente com pouca luminosidade;
() Ouvir música de minha escolha (levar fone de ouvido);
() Pouco barulho e conversas;
() Privacidade.

10 Desejo que comuniquem a mim e ao meu acompanhante sobre qualquer intervenção necessária durante o trabalho de parto (soro, oxigênio, rompimento de bolsa, ocitocina ou cesárea).
() Sim () Não

11 A posição na hora do nascimento pode ser escolhida pela mulher. Gostaria de ter as seguintes opções (assinale um ou mais itens):
() Sentada/ Cócoras (banqueta);
() Semi-sentada com cabeceira elevada;
() De quatro apoios (Gaskin);
() Outras: _____



12 Desejo que o toque vaginal seja realizado a cada 4 horas, conforme recomendado pelo Ministério da Saúde e Organização Mundial de Saúde, e se necessário o toque com maior frequência, que comuniquem a mim e ao meu acompanhante.
() Sim () Não

13 Desejo que, na hora do nascimento, sejam evitadas tanto a manipulação do meu perineo quanto a realização de episiotomia.
() Sim () Não

14 Caso seja necessária a cesárea desejo a presença do meu acompanhante, conforme Lei 11.108/2005.
() Sim () Não



As atuais diretrizes do Ministério da Saúde contra indicam a manobra de Kristeller (profissional empurrar com a mão/braço a barriga da mulher na hora do nascimento).
A antissepsia (limpeza) da região genital com "povidine" também é desaconselhada e pode ser prejudicial para a saúde do bebê.

15 Assim que o bebê nascer, gostaria de (assinale um ou mais itens):*

() Pegar meu bebê no colo imediatamente;
() Receber meu bebê quando me sentir pronta para tal;
() Iniciar a amamentação o mais rápido possível e dentro da 1ª hora de vida;
() Ter pelo menos 1 hora contínua com meu bebê no colo, se estiver tudo bem.
*Se houver necessidade, ele será assistido pela equipe.

16 Quanto ao corte do cordão umbilical, desejo que seja feito em tempo oportuno:
() Pelo profissional;
() Por mim mesma;
() Pelo marido/ parceiro/pai do bebê/acompanhante.



17 Gostaria que todos os cuidados com o meu bebê sejam realizados após a 1ª hora de vida, conforme diretrizes da Organização Mundial de Saúde e do Ministério da Saúde.
() Sim () Não

18 Desejo, se possível, a inserção do DIU de cobre ou Implanon (conforme critérios médicos) no pós-parto imediato, para aproveitar a internação e garantir minha contracepção.
() Sim () Não

IMPORTANTE SABER

Para a maioria das mulheres, o trabalho de parto acontece de forma natural e espontânea e o colo uterino dilata até 10 cm para a saída do bebê. Mas existem algumas situações especiais em que pode ser necessária a intervenção medicamentosa para ajudar na indução do parto. Isso pode ser feito por meio de comprimidos via vaginal, soro com ocitocina ou inserção de sonda. Nesses casos, a equipe deve conversar com você para te explicar a real necessidade de algum desses procedimentos.

Deve-se evitar dar banho nas primeiras horas para que o bebê não esfrie. O curativo do coto umbilical é feito somente com álcool. Se a mãe estiver bem, pode tomar banho, acompanhada pela equipe e alimentar-se logo após o parto normal. Os profissionais avaliam periodicamente o sangramento após o parto e apoiam a amamentação.

