



UNIVERSIDADE FEDERAL DO SUL DA BAHIA  
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA  
CENTRO DE FORMAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

Ana Clara Fonseca Santos

**A estratégia do plano de parto na saúde da família no município de  
Camaçari, Bahia.**

Teixeira de Freitas

Maio/2020

Ana Clara Fonseca Santos

**A estratégia do plano de parto na saúde da família no município de  
Camaçari, Bahia.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação  
Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade  
Federal do Sul da Bahia (PROFSAUDE/MPSF) para  
obtenção de título de Mestre em Saúde da Família.

ORIENTADORA: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Rocío Elizabeth Chávez Alvarez.

Teixeira de Freitas

Maio/2020

Dados internacionais de catalogação na publicação (CIP)  
Universidade Federal do Sul da Bahia - Sistema de Bibliotecas

S237e Santos, Ana Clara Fonseca

A estratégia do plano de parto na saúde da família no município de Camaçari, Bahia. / Ana Clara Fonseca Santos. – Porto Seguro, 2020.  
40 p.

Orientador: Rocio Elizabeth Chávez Alvarez  
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Sul da Bahia. Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família. Campus Sosígenes Costa.

1. Parto - Humanização. 2. Saúde da Família. 3. Pré-Natal - Cuidados. Violência - Mulheres. I. Alvarez, Rocio Elizabeth Chávez. II. Título.

CDD: 618.24

Ana Clara Fonseca Santos

**A estratégia do plano de parto na saúde da família no município de  
Camaçari, Bahia.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Federal do Sul da Bahia (PROFSAUDE/MPSF) para obtenção de título de Mestre em Saúde da Família.

BANCA EXAMINADORA

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Rocio Elizabeth Chavez Alvarez  
(Orientadora e Presidente)

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Dora Mariela Salcedo Barrientos  
(Membro Titular Externo)

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Márcia Maria dos Santos de Moraes  
(Membro titular Interno)

Apresentado em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Conceito:

Teixeira de Freitas

Maiio/2020

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço às mulheres participantes deste estudo pela confiança ao compartilharem suas histórias.

À Professora Rocío, minha admiração pela forma de ensinar e contribuir com a construção do estudo.

Aos meus queridos e queridas colegas do mestrado pela amizade e acolhimento nos momentos mais difíceis.

À equipe da USF Novo Horizonte pela grande família que formamos para defender o SUS.

Aos meus pais, irmão e Neia pelo carinho e apoio quando ajudavam nos cuidados de Marina para que eu pudesse me dedicar ao mestrado.

À Victor, pela paciência e companheirismo não permitindo que eu desistisse no meio da caminhada.

A minha doce Marina, pela ternura e por me mostrar o quanto nós mulheres somos fortes.

## LISTA DE SIGLAS

ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
APS	Atenção Primária à Saúde
FHPNC	Fórum pela Humanização do Parto e Nascimento de Camaçari
HGC	Hospital Geral de Camaçari
MBE	Medicina Baseada em Evidências
MFC	Medicina de Família e Comunidade
OMS	Organização Mundial de Saúde
PP	Plano de Parto
REHUNA	Rede pela Humanização do Parto e Nascimento
USF	Unidade de Saúde da Família
VO	Violência Obstétrica

## **ABSTRACT**

The current scenario of childbirth care in Brazil is characterized by excessive interventions and violation of the rights to human dignity. In this context, the movement for the humanization of childbirth calls for care that respects the physiological, is guided by Evidence-Based Medicine and involves women in decision-making at the time of delivery. Little widespread in the SUS, the birth plan acts as a dispute strategy for this model and represents a powerful self-analytical device in the actors involved in this scene: the woman, the prenatal professionals and the delivery care team. This study aimed to promote the birth plan as a strategy in the Family Health, for pregnant women who use the Family Health Unit in the city of Camaçari, Bahia. Action research was developed with women in third trimester of pregnancy and in puerperium. The empirical data were produced from the birth plans elaborated with the women in the pregnant women group and in the prenatal consultations and from the interviews with these parturients assisted in the reference hospital in the city. From the content analysis of the interviews, the following categories emerged: On the fringes of humanization, Witnesses to obstetric violence and "I said No!". It is concluded that the birth plan qualifies prenatal care in Primary Care as it acts as an information and preparation tool for childbirth, as it stimulates the sharing of decisions, contributes to the coordination of care and socially mobilizes the debate between professionals and women on childbirth care models. But there is still little visibility and interest to adhere to this strategy by the actors involved in hospital delivery care.

**KEYWORDS:** Care humanization; Family Health; Prenatal Care; Violence Against Women.

## RESUMO

O atual cenário de assistência ao parto no Brasil caracteriza-se pelo excesso de intervenções e violação dos direitos à dignidade humana. Nesse contexto, o movimento pela humanização do parto reivindica por uma assistência que respeite ao fisiológico, esteja orientado pela Medicina Baseada em Evidências e envolva as mulheres nas tomadas de decisão no momento do parto. Pouco difundido no SUS, o plano de parto atua como estratégia de disputa por este modelo e representa um potente dispositivo auto analítico nos atores envolvidos nesta cena: a mulher, os profissionais do pré-natal e a equipe de assistência ao parto. Este estudo objetivou promover o plano de parto como estratégia na Saúde da Família, para a mulher gestante que utiliza a Unidade de Saúde da Família no município de Camaçari/BA. A pesquisa-ação se desenvolveu com mulheres no terceiro trimestre de gestação e no puerpério. Os dados empíricos foram produzidos a partir dos planos de parto elaborados junto às mulheres no grupo de gestantes e nas consultas do pré-natal e das entrevistas com essas parturientes assistidas no hospital de referência do município. Da análise de conteúdo das entrevistas, emergiram as categorias: À margem da humanização, Testemunhas da violência obstétrica e “Eu disse Não!”. Conclui-se que o plano de parto qualifica o pré-natal na APS na medida em que age como instrumento de informação e preparação para o parto, dado que estimula o compartilhamento das decisões, contribui na coordenação do cuidado e mobiliza socialmente o debate entre os profissionais e as mulheres sobre os modelos de assistência ao parto. Mas ainda existe pouca visibilidade e interesse para aderir a essa estratégia por parte dos atores envolvidos na assistência ao parto hospitalar.

**PALAVRAS- CHAVE:** Humanização da assistência ao parto; Saúde da família; Cuidado pré-natal; Violência contra a Mulher.



## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>9</b>
<b>2. MARCO ANALÍTICO-TEÓRICO .....</b>	<b>13</b>
2.1. O CONTEXTO HISTÓRICO DO PARTO .....	13
2.2. A SITUAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AO PARTO NO BRASIL.....	17
2.3. O MOVIMENTO PELA HUMANIZAÇÃO DO PARTO E NASCIMENTO..	19
2.4. A ESTRATÉGIA DO PLANO DE PARTO .....	22
<b>3. OBJETIVO GERAL .....</b>	<b>24</b>
3.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	24
<b>4. METODOLOGIA.....</b>	<b>25</b>
4.1. CENÁRIO DO ESTUDO.....	27
4.2. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE PESQUISA.....	29
4.3. PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	30
4.4. ANÁLISE DOS DADOS .....	31
4.5. ASPECTOS ÉTICOS DA INVESTIGAÇÃO .....	31
<b>5. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>31</b>
5.1. CARACTERIZAÇÃO DAS GESTANTES E ELABORAÇÃO DOS PLANOS DE PARTO DURANTE O PRÉ-NATAL .....	32
5.2. ARTIGO PARA SUBMISSÃO EM REVISTA CIENTÍFICA.....	38
A ESTRATÉGIA DO PLANO DE PARTO NO SUS: NARRATIVAS DE MULHERES ASSISTIDAS EM MATERNIDADE BAIANA. ....	38
<b>6. CONCLUSÕES.....</b>	<b>56</b>
<b>7. REFERÊNCIAS .....</b>	<b>58</b>
<b>ANEXO A.....</b>	<b>62</b>
<b>ANEXO B.....</b>	<b>64</b>
<b>APENDICE.....</b>	<b>65</b>

## 1. INTRODUÇÃO

*“No pré-parto uma mulher gritava e pedia ajuda para aliviar as fortes dores das contrações. No chão da sala buscou uma posição que trouxesse conforto. Estava sozinha e deste modo permaneceu por ser desobediente. Com pouca reflexão e empatia, o ambiente oprimia e paralisava quem assistia a cena”.* Levou-me um pouco de tempo para compreender aquela sensação de que havia algo de errado na assistência prestada às mulheres, enquanto estudante de medicina, no estágio de obstetrícia.

A aproximação da pesquisadora com o debate sobre a humanização do parto adveio há alguns anos, durante a residência em Medicina de Família e Comunidade (MFC) nas maternidades Tsylla Balbino e José Maria de Magalhães Neto, em Salvador, quando se iniciava, também, a implantação das boas práticas nos serviços<sup>1</sup>. Esta vivência fez despertar um olhar para a questão feminina e a realidade das gestantes. Assim, ao refletir sobre estas e outras vivências nessa trajetória, fez-se necessário revisitar tais experiências.

Nos anos seguintes à residência, seguiu-se o trabalho como médica de uma equipe de saúde da família em Camaçari, no sentido de trilhar o caminho para a efetivação das políticas públicas. Estar próxima das pessoas, dentro do ambiente familiar e comunitário, permitia um leque de possibilidades para o cuidado em saúde e invocava, profissionalmente, atitude frente às desigualdades sociais. Assim, inserida nessa equipe, a demanda das mulheres novamente, era mobilizador.

Em diversas oportunidades observava-se, a rejeição de muitas gestantes da comunidade em realizar seu parto no hospital de referência do município. Essas mulheres relatavam com frequência, situações de violência e de desrespeito na assistência ao parto hospitalar em gestações anteriores.

Por sua vez, as repercussões subjetivas nas mulheres geralmente envolviam a ansiedade e a tentativa de buscar outros serviços, muitas vezes até

---

<sup>1</sup> <http://www.cienciaecultura.ufba.br/agenciadenoticias/noticias/iniciativas-para-melhorar-a-assistencia-a-gestante/>

em Salvador, a fim de vivenciar uma experiência de parto normal com respeito e acolhimento, ou que seja menos traumática. Entretanto, a maioria delas não tinha escolha, restando a resignação e o medo. Acompanhar o itinerário dessas mulheres impulsionou-me para uma reflexão sobre a qualidade da assistência ao parto no município e sobre o papel das equipes de saúde da família nesta problemática.

No meio desse panorama, surgiu o grupo de apoio à maternidade na Unidade de Saúde da Família (USF) onde trabalho até o momento, que tinha como proposta ser um espaço educativo e de compartilhamento de informações com o objetivo de formar mulheres melhor preparadas para protagonizar seus partos. Em rodas de conversa, profissionais da equipe facilitavam a discussão de temas escolhidos previamente junto com o grupo de gestantes. Durante essa trajetória, o grupo passou por diversos momentos, inclusive por períodos de desmobilização e, atualmente, funciona através de encontros mensais no auditório da USF.

Dentre os temas que emergiam no grupo de apoio estavam: tipos de parto, parto humanizado, boas práticas de atenção ao parto e nascimento<sup>2</sup>, medidas não farmacológicas para alívio da dor, direito e papel do acompanhante, processos fisiológicos da gestação, aleitamento materno, puerpério, cuidados com recém-nascido, anticoncepção, entre outros. Sempre com uma aproximação das informações e dos conhecimentos baseados em evidências científicas sobre os temas discutidos dentro do grupo de apoio e com reforço na educação permanente dos profissionais.

À medida que as rodas aconteciam, percebeu-se o constrangimento das facilitadoras do grupo ao dirigir suas falas sobre boas práticas diante de um cenário tão desfavorável de assistência ao parto no município. Uma vez que, durante as rodas, as mulheres questionavam o porquê falar de parto humanizado se elas não teriam acesso aos seus benefícios. Demonstração para nós, trabalhadores de saúde, que atuar apenas no grupo de apoio e rever a forma de conduzir um pré-natal não seriam suficientes para a transformação da realidade.

---

<sup>2</sup> Em 1996, a Organização Mundial de Saúde (OMS) desenvolveu uma classificação das práticas comuns na condução do parto normal, orientando sobre quais são as intervenções médicas com boa evidência científica e aquelas desaconselhadas.

Era necessário atuar para além da USF, de forma intersetorial e com o controle social. Inicia-se assim, a identificação e o diálogo com ativistas do parto humanizado do município, e aos poucos, insiro-me no grupo de trabalho composto por trabalhadores da Atenção Primária à Saúde (APS) e uma doula.

A 6ª Conferência Municipal de Saúde oportunamente aconteceu neste mesmo período, em 2014, e mostrou-se como evento estratégico por reunir diversos atores sociais, proporcionando a mobilização de novos parceiros. Cartazes com a pergunta: “o que você faria se estivesse grávida hoje em Camaçari?”, circulavam no salão da abertura da conferência e chamava a atenção do público para uma reunião durante a programação. A partir daquele encontro, observando a experiência exitosa de outros municípios no Brasil<sup>3</sup>, dava-se início à construção de um Fórum pela Humanização do Parto e Nascimento em Camaçari (FHPNC) para que os interessados em articular ações e pensar estratégias para a melhoria da assistência à mulher gestante pudessem se reunir e atuar no município.

O FHPNC<sup>4</sup> atuou de forma mais intensa nos primeiros dois anos (2015-2016) criando uma agenda positiva de discussões temáticas, de apoio aos grupos de gestantes nas USF, de representação da sociedade civil dentro do grupo condutor da Rede Cegonha no município, e de discussão na mídia e redes sociais. Teve seu ápice de atuação com a elaboração de uma carta pública, reuniões abertas com mais de cinquenta participantes onde aconteciam discussões dos temas, planejamento de ações, além de servir de espaço para as mulheres relatarem suas experiências de parto no município.

Ao longo desta trajetória houve tímidas mudanças dentro do hospital de referência de Camaçari. Há ainda limitações que precisam ser rediscutidas e aprimoradas no município, no entanto, a autora carece de governabilidade para atuar dentro de uma instituição hospitalar à qual não pertence.

Nessa circunstância, retorna-se à reflexão inicial sobre como a prática da MFC pode continuar gerando movimentos de mudança do contexto da assistência

---

<sup>3</sup> Fórum pela Humanização do Parto e Nascimento de Campinas. Disponível em: <https://humanizacaodopartocampinas.milharal.org/>

<sup>4</sup> Fórum pela Humanização do Parto e Nascimento de Camaçari. Disponível em: <https://www.facebook.com/humanizacamacari/>

ao parto no município. Surge assim, a proposta de inserir o plano de parto, uma ferramenta que mesmo presente teoricamente, na política da Rede Cegonha, nunca foi colocada em prática na USF onde atua a pesquisadora, E não se encontrando, também, registros da sua utilização em outras USF, no município.

Ressalta-se que a primeira vez que surgiu a iniciativa de um plano de parto na USF, foi ao acompanhar o pré-natal de uma mulher que desejava um parto domiciliar, alertando que a mesma não pouparia esforços e recursos próprios para garantir uma assistência humanizada durante seu parto. Tal situação gerou certo desconforto profissional, trazendo consigo alguns questionamentos: por que pensar em propor para aquela mulher e não para as outras? Quais seriam os efeitos de levar adiante o plano de parto com todas as gestantes da USF sem distinção? E é nesse desafio que esta pesquisa-ação foi desenvolvida.

Uma justificativa fundamental desta pesquisa é que a APS deve ser protagonista para a transformação da realidade e atuar em defesa de um modelo que respeite a dignidade humana, contrapondo ao modelo assistencial de saúde hegemônica. Assim, o estudo trouxe como questões norteadoras: o plano de parto cria conexões entre atenção primária à saúde e o local do parto? A estratégia do plano de parto reduz a exposição às intervenções desnecessárias e sem evidências? Quais são os possíveis resultados da aplicação dessa estratégia na visão das mulheres que tiveram seus partos em Camaçari?

Alguns estudos nacionais apresentam a experiência sobre o uso do plano de parto em Unidades Básicas de Saúde. No entanto, a maioria aponta os impactos do plano de parto em mulheres assistidas por serviços não caracterizados ou por maternidades em que já existem medidas concretas para mudança do modelo de assistência. Por exemplo, no caso de serviços com assistência ao parto de risco habitual por enfermeiras obstetras (ANDREZZO, 2016; RODRIGUES, 2017; SILVA et al. 2015).

Este trabalho tem sua relevância pela proposta inovadora para Camaçari, ao agregar uma tecnologia de boa evidência na assistência pré-natal (BRASIL, 2017; OMS, 2018). E ainda pelo fato do município representar o perfil da maioria dos serviços de assistência ao parto no país. Isto é, médico-centrado, com utilização de práticas questionáveis, infraestrutura deficitária e com limitado

diálogo entre os pontos da rede de atenção à saúde, entre o nível da atenção básica e nível hospitalar.

## **2. MARCO ANALÍTICO-TEÓRICO**

### **2.1. O CONTEXTO HISTÓRICO DO PARTO**

As práticas e costumes que envolvem o parto e o nascimento variam de acordo com os valores culturais. Nascer em um centro urbano não se dá da mesma forma que nascer em uma tribo indígena ou em uma comunidade rural, tanto do ponto de vista das técnicas e práticas utilizadas como das simbologias e seus atores sociais envolvidos no evento. Segundo Mead e Newton (1967, apud HOTIMSKY, 2001) a cultura incide nas experiências do parto e nascimento produzindo concepções sobre o processo gravídico, podendo-se resumir em duas grandes tendências: o parto como ato fisiológico ou patológico. Desta forma, resgataremos elementos da história do parto na sociedade ocidental na tentativa de expor onde essas tendências foram se expressando no meio social.

Até o final do século XVII, o parto era um evento feminino, assistido por mulheres próximas à parturiente ou pela figura da parteira no domicílio. A participação do médico se limitava às situações de emergência. As parteiras eram as autoridades na assistência ao parto, utilizavam de medidas para alívio da dor, assim como uso de métodos contraceptivos e abortivos. Além disso, existia uma hierarquia de valores favorável à mulher, de modo que em situação de risco, a vida da mulher era considerada mais importante do que o feto (MOTT, 2002; PRIORE, 1995).

Paralelo a isso, a misoginia cristã, marcada pela normatização dos corpos e da sexualidade, associada aos interesses da nobreza, passa a considerar o parto como punição ao pecado original de modo que as mulheres deveriam sofrer a dor do parto para se reconciliar com a igreja. Os sermões pregavam a mulher como um ser defeituoso e originariamente impuro, impondo a devoção à Virgem Maria visando a comportamentos castos, recatados e utilizando o confessionário como instrumento de controle. As normas promulgadas pela igreja afastavam o médico do cenário do parto pelo fato da profissão ser exercida essencialmente por

homens. Dentre os preceitos da igreja destacam-se: considerar pouco decoroso tocar ou palpar o corpo feminino e a repulsa pelo sangue menstrual considerado venenoso (DEL PRIORE e MARCÍLIO, 2009; DINIZ, 1996).

A igreja passa a subordinar a mulher, vigiando sua sexualidade, a reprodução e perseguindo o trabalho das parteiras. O *Malleus Maleficarum* publicado em 1484 pelos dominicanos Kramer e Sprenger tornou-se um guia da inquisição atingindo fortemente as mulheres atribuídas à condição de bruxa. As parteiras eram consideradas como as piores nas perversidades da bruxaria, acusadas de provocarem o aborto ou de fazerem “oferenda de recém-nascidos aos demônios” (DINIZ, 1996, p. 95). Logo, a assistência ao parto foi cada vez mais incorporada pelos médicos pela teoria de que suas técnicas seriam superiores à superstição feminina, marginalizando ainda mais o trabalho das parteiras nos países ocidentais, inclusive no Brasil (DEL PRIORE e MARCÍLIO, 2009; DINIZ, 1996).

No período Brasil colônia, parir fora do domicílio era considerado anormal e procurado apenas em situações difíceis. Nas situações extremas, as mulheres consideradas desclassificadas, como as parturientes solteiras, pobres, escravas e prostitutas, procuravam pelos médicos cirurgiões nas Santas Casas, os quais possuíam condições precárias de higiene. A partir da década de 1820, as parteiras atendiam no domicílio e nas suas próprias casas, com o tempo, esses locais passaram a ser chamados de casa de maternidade. Na primeira década do século XX estas casas foram proibidas por lei de funcionar por serem considerados estabelecimentos onde se praticavam abortos. Exceto as casas onde parteiras atuavam sob a direção de médicos de “reconhecida aptidão”, foram mantidas, sendo institucionalizado o papel subserviente da parteira em relação ao médico (MOTT, 2002, p. 199).

A formação de parteiras diplomadas e a regulamentação desta profissão surgem em um momento que o discurso médico responsabilizava as parteiras tradicionais pelos altos índices de mortalidade materna e infantil. No entanto, o que existia era uma disputa de mercado, à medida que os médicos desejavam ter domínio da prática da obstetrícia. As parteiras limitavam a clientela inclusive para a formação acadêmica, já que as escolas médicas necessitavam de público nos hospitais para o ensino da obstetrícia (HOTIMSKY, 2001; MOTT, 2002).

Dava-se início ao processo da medicalização e institucionalização do parto. O professor Joseph De Lee (1920, apud ODENT, 2003, p. 45), teve papel neste processo por defender o parto como um evento patológico, recomendando o uso rotineiro de fórceps e da episiotomia. No início do século XX também houve uma campanha promovida pelos médicos em defesa do parto sem dor, recomendando-se a utilização de morfina e droga amnésica. Michel Odent (2003) afirma que com o advento do “sono do crepúsculo” os partos foram tornando-se impessoais e previsivelmente semelhantes, tornando-se uma linha de montagem. Desta forma, com a “obstetrícia profilática” o hospital passava a ser o local ideal e seguro para o parto.

A medicina lançou novas técnicas e práticas que prometiam maiores chances de sobrevivência da mãe e do bebê, com a aquisição de novos procedimentos diagnósticos e farmacológicos; descoberta sobre os microrganismos e suas associações com a transmissão de doenças; além das novas técnicas cirúrgicas. Desse modo, as famílias que desejavam o parto no domicílio, não conseguiam cumprir as exigências médicas quanto aos instrumentais para o parto, como atender às regras higiênicas instituídas pelo sistema hegemônico na época (MOTT, 2002).

O modelo hospitalar de assistência ao parto da segunda metade do século XX, vigente até os dias atuais, levou ao afastamento da família e rede social da parturiente do cenário do parto e nascimento. A mulher perde o protagonismo e sua privacidade, assume no parto, uma posição mais cômoda para a equipe médica, mantendo-se calada, restrita ao leito e em posição de litotomia; e o funcionamento de seu útero passa a ser conduzido por hormônio sintético. Uma verdadeira máquina operada por especialista.

Como afirma Davis-Floyd (2015), no estudo desenvolvido em hospitais dos Estados Unidos na década de 90, ao constatar que o parto hospitalar é tratado de forma padronizada, onde a grande maioria das mulheres americanas são conectadas a um monitor eletrônico fetal, recebe medicamentos intravenosos para alívio da dor, são submetidas a episiotomia, os filhos são separados delas após o nascimento e seus partos são acelerados com hormônios sintéticos.

Tudo indica que esses procedimentos seriam vistos como necessidades médicas tanto pela sociedade como pelos próprios profissionais de saúde, o que teria sua explicação nos ritos culturais de passagens que acometem as grandes



transições de vida nas sociedades, que fazem parecer que a própria sociedade afeta a transformação do indivíduo, com isso, se expõe a padronização do nascimento (DAVIS-FLOYD, 2015). Deste modo, ao estarmos inseridos em uma sociedade ocidental com uma cultura dominante, machista e hegemônica, seus reflexos alcançam também o ambiente do parto hospitalar e ou institucionalizado.

Nesse contexto, submetidas às normas de comportamentos e intervenções médicas, as mulheres perdem o domínio e autonomia para condução do próprio parto. Ainda, passa a ser vulnerável, ao que se chama de “cascata de procedimentos”, quando ocorre um risco potencial de complicações geradas por intervenções duvidosas (DINIZ e AYRES, 2001).

A ideia do parto como um evento patológico está ligada fortemente às relações de gênero e poder instituídas ao longo da história. Reforçado pelo discurso médico, o patriarcado se apropria do corpo feminino, controlando e ditando padrões de comportamento. As relações estabelecidas nos hospitais materializam este processo na medida em que os profissionais de saúde se apresentam como os detentores do conhecimento, submetendo a mulher ao saber científico e tecnológico, desconsiderando os desejos da parturiente e os saberes e cultura da mulher. Contrapondo-se a isto, o discurso do parto como ato fisiológico opera resgatando a voz da mulher, devolvendo o protagonismo feminino, regulado pela ideia do parto como um evento biológico e da natureza da própria mulher.

Nesta pesquisa, tomamos o conceito da humanização do parto como uma estratégia de reivindicação e defesa dos direitos humanos, a qual equilibra o respeito ao fisiológico, ao uso de técnicas ou práticas orientadas pela Medicina Baseada em Evidências (MBE). Entretanto, Norman e Tesser (2009) consideram que para evitar a medicalização excessiva, a MBE deve estar aliada a outros dois pilares: o método clínico centrado na pessoa e o fortalecimento dos princípios da APS.

Nesse sentido, se aplicarmos esse tripé ao processo gravídico, teremos como resultado a utilização dos conhecimentos da biomedicina com maior grau de comprovação científica; associados à valorização da mulher como sujeito na construção do plano de parto; e a garantia da integralidade e longitudinalidade do cuidado pelos profissionais de saúde no trabalho em equipe, perpassando pela gestação, parto e puerpério na rede de assistência à saúde da mulher durante todo esse processo.

## 2.2. A SITUAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AO PARTO NO BRASIL

Na última década, foi realizado um estudo multicêntrico de base hospitalar com abrangência nacional que acompanhou 23.984 mulheres e seus recém-nascidos, com o objetivo de conhecer melhor a atenção ao pré-natal, ao parto, nascimento e puerpério no Brasil. Esta pesquisa, chamada Nascer no Brasil, colocou em evidência um cenário de assistência ao parto e nascimento com altas taxas de práticas rejeitáveis e não recomendadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) há três décadas.

Dentre os dados do inquérito Nascer no Brasil, destaca-se que: menos de um terço do grupo de risco habitual se alimentou durante o trabalho de parto e utilizou de medidas não farmacológicas para alívio da dor; mais de 70% das mulheres foi submetida a punção venosa periférica; 40% fizeram uso de ocitocina e foram submetidas à ruptura artificial da bolsa; 92% tiveram seu parto na posição de litotomia; 37% sofreram a manobra de Kristeller e 56% episiotomia; e apenas 18% tiveram o direito garantido da presença contínua do acompanhante (LEAL et al., 2014).

Desenvolvido pela Fiocruz, a pesquisa Nascer no Brasil tem seu mérito por utilizar, além das taxas de morbimortalidade, dados como o levantamento das práticas assistenciais e, principalmente, informações qualitativas, dando visibilidade às experiências das usuárias. Uma vez que, a avaliação quantitativa tem sua limitação para apontar, por exemplo, se existe uma atenção humanizada e respeito à autonomia da mulher.

Para a leitura de um cenário, é necessário compreender o que ocorre dentro das instituições a partir do olhar de todos os atores envolvidos. Deste modo, os dados coletados na pesquisa foram capazes de gerar uma multiplicidade de estudos, que integrados, expuseram a complexidade da assistência à mulher durante a gestação, o parto e nascimento, no país.

Segundo dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), desde 1999 ocorrem uma redução do número de partos vaginais no país, ao mesmo tempo em que aumentava o número das cesarianas; encontrando-se em 2009 ambos os indicadores com 50%. A partir daí, as

cesarianas superaram os partos vaginais em uma proporção de 55,5% para 44,5%, respectivamente, no ano de 2016 (VALADARES, 2017).

Em decorrência disso, o Brasil continua com as taxas mais elevadas de cesárea do mundo, ultrapassando as recomendações da OMS que considera o índice razoável de cesáreas de 15% (OMS, 2015). A proporção de cesáreas é ainda maior nos serviços privados, alcançando 85,5% dos nascimentos no ano de 2016. Em 2017, o Ministério da Saúde em nota oficial anunciou a tendência de estabilização do índice de cesarianas no país, apontando uma queda de 1,5 pontos percentuais (VALADARES, 2017).

No entanto, a demanda pela cesárea, no Brasil, pode estar ligada à busca pela dignidade, devido a que o modelo de parto “normal” apresenta-se intervencionista e traumático (DINIZ, 2009). Como consequência desta cultura, estudos apontam para uma relação entre o excesso de cesáreas no Brasil e as altas taxas de prematuridade, principalmente nas regiões mais desenvolvidas do país (VICTORA, 2013).

Nesse cenário surge um paradoxo quando o fenômeno de medicalização do parto, resultado da incorporação de novas tecnologias, não tem melhorado os índices de morbimortalidade materna e perinatal. Mesmo quando se vê nos últimos 20 anos, ampliação do acesso aos serviços de saúde com a universalização do pré-natal e a melhoria de todos os outros indicadores da saúde materna e das mulheres (DINIZ, 2009).

Paralelamente, algumas políticas públicas nacionais têm sido propostas para mudança do modelo de assistência hegemônico, como o pioneiro Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em 1985; o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento em 2000; a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher em 2004; e a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal. Esta última passa a considerar a atenção obstétrica e neonatal humanizada e de qualidade como direito da mulher e do recém-nascido, garantindo a autonomia e compartilhamento das decisões sobre as condutas a serem adotadas com a mulher e sua família durante o parto (BRASIL, 2005a).

Seguindo nessa direção surge a proposta de disseminar no país um novo modelo de atenção, e em 2011 foi lançada a Rede Cegonha para atuação nas

equipes multiprofissionais e utilização do monitoramento de indicadores dos serviços com o financiamento atrelado ao alcance das metas. Suas ações estão voltadas para garantir o acesso e vínculo com uma maternidade, exames clínicos, apoio financeiro para transporte, além de incentivar as boas práticas, segundo as recomendações da OMS, e a institucionalização de centros de parto normal prevendo o atendimento de mulheres de risco habitual por enfermeiras obstetras e obstetras. Entretanto, a Rede Cegonha retrocede ao deslocar a atenção à saúde da Mulher para a concepção materno-infantil, superado desde o PAISM, e a não trazer referência sobre a assistência humanizada ao aborto, considerada a quarta maior causa de morte materna no país (DINIZ, 2012).

Apesar do avanço das diversas políticas públicas terem o objetivo de ampliar e organizar o acesso ao parto, em diversas cidades e principalmente no Norte e Nordeste, as gestantes ainda peregrinam em busca de assistência. Alguns estudos apontam a relação entre as mortes perinatais e neonatais por asfixia com a busca por vaga hospitalar durante o trabalho de parto (LANSKY et al., 2002).

Na Bahia, um estudo analisou o fluxo intermunicipal das parturientes no período entre 2008 a 2014 e evidenciou o aumento dos deslocamentos intermunicipais para a realização de partos, além do aumento da distância percorrida pelas parturientes (SOUSA et al., 2017).

Dentro de uma atmosfera otimista, a pesquisadora Maria do Carmo Leal, quem coordenou o *Inquérito Nascer no Brasil* (LEAL e GAMA, 2014), reconhece que houve um avanço na melhoria da assistência ao parto no país, e tudo isso graças ao movimento e participação das mulheres, feministas e sociedade civil nas últimas décadas e nos governos que tinham algum interesse em melhorar a saúde e esse é um caminho sem volta (LEAL, 2019).

### 2.3. O MOVIMENTO PELA HUMANIZAÇÃO DO PARTO E NASCIMENTO

O feminismo tem um papel central na luta pela humanização do parto desde o movimento de usuárias pela Reforma no Parto, nos EUA em 1950, com a

criação dos centros de saúde feministas e os Coletivos de Saúde das Mulheres (DINIZ, 2005).

Tratados internacionais na década de 1990 foram fundamentais para consolidar os direitos sexuais e reprodutivos como direitos humanos, definindo os direitos sexuais de maneira mais autônoma em relação aos direitos reprodutivos (BRASIL, 2005b). A Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada em Pequim em 1995, reafirmou esses conceitos e foi além, apresentando o princípio do empoderamento feminino como paradigma para a transformação da realidade de violência contra as mulheres.

Desde o final dos anos de 1980 é possível falar-se de um movimento social pela humanização do parto e do nascimento no Brasil com a articulação de diversas organizações e redes de movimentos identificadas centralmente com a crítica ao modelo de atenção ao parto e ao nascimento, como a Rede de Humanização do Parto e do Nascimento – REHUNA (TORNQUIST, 2002). A carta que marca a fundação em 1993, faz referência à medicalização no parto, que além de gerar o abuso de cesáreas, transforma o parto em um momento de violência e constrangimento no âmbito da assistência hospitalar:

“[...] a violência da imposição de rotinas, da posição de parto e das interferências obstétricas desnecessárias perturbam e inibem o desencadeamento natural dos mecanismos fisiológicos do parto, que passa a ser sinônimo de patologia e de intervenção médica, transformando-se em uma experiência de terror, impotência, alienação e dor. Desta forma, não surpreende que as mulheres introjetem a cesárea como melhor forma de dar à luz, sem medo, sem risco e sem dor” (REHUNA, 1993)

Esse modelo intervencionista de assistência ao parto está também reproduzido nas consultas de pré-natal quando orientações sobre as complicações na gestação e os sinais de risco prevalecem diante das orientações sobre boas práticas no parto.

Um estudo realizado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) em 2007 evidenciou que no início da gravidez apenas 30% das mulheres afirmaram preferir uma cesárea; já no fim da gravidez esta proporção se inverteu quando 70% das mulheres referiam ter decidido pela cesárea. Esta situação reflete a grande influência do que acontece durante o pré-natal seja por escolha

própria da mulher, compartilhada com o médico ou apenas do médico (MAIA, 2010).

Em 2007, o movimento Parto do Princípio denunciou ao Ministério Público o excesso de cesáreas na saúde suplementar o que levou à criação da Resolução Normativa 368, que obriga à ANS a regular e fiscalizar os planos de saúde que devem divulgar os percentuais de cesarianas e partos normais por estabelecimento e por médico. Além disso, os serviços passam a ser obrigados a utilizar o cartão da gestante com todas as informações preconizadas pelo Ministério da Saúde e a utilização do partograma, gráfico onde deve ser registrada a evolução do trabalho de parto (BRASIL, 2016).

Nas últimas décadas, os grupos de apoio e redes sociais têm exercido um papel fundamental na problematização e discussão da violência obstétrica, entendida como o abuso de medicalização e patologização dos processos naturais do trabalho de parto, que causam a perda de autonomia e da capacidade das mulheres de decidir livremente sobre seus corpos e sua sexualidade (OMS, 2014). Tais grupos, conformados majoritariamente por mulheres, têm sido responsáveis por propagar informações baseadas em evidências com efeitos positivos para o empoderamento feminino geral (SENA e TESSER, 2017), contribuindo diretamente nos pequenos avanços da assistência à saúde da mulher durante a gravidez, parto e nascimento, de modo geral.

Em 2014, o caso Adelir, que desejava um parto normal e acabou forçada por ordem judicial a uma cesariana, representou um marco da violação dos direitos humanos, levando milhares de mulheres para as ruas em um Ato Nacional “Somos Todas Adelir: Ato Contra a Violência Obstétrica” (SANTOS, 2014). Diante dos fatos, entidades representativas organizadas (Artemis, REHUNA, Parto do Princípio) apresentaram o Projeto de Lei contra a Violência Obstétrica na Câmara dos Deputados, PL nº 7.633/2014, na tentativa de prevalecer o respeito aos direitos da mulher durante o processo da gravidez e do parto<sup>5</sup>.

Tesser (2015) ao defender a necessidade de reduzir a exposição das mulheres à violência obstétrica, propõe estratégias a serem realizadas pelos profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) e suas entidades. Destaca a

---

<sup>5</sup> <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=617546>

importância das ações individuais, familiares e comunitárias, associadas ao pré-natal e ações em maior escala (social, político e institucional). Dentre as estratégias que devem ser promovidas na atenção do pré-natal, se encontra a elaboração do Plano de Parto com o protagonismo da mulher gestante.

#### 2.4. A ESTRATÉGIA DO PLANO DE PARTO

O conceito de Plano de Parto surge em 1980 nos EUA e foi proposto por Sheila Kitzinger como ferramenta para proteger e informar as mulheres diante do processo crescente de medicalização do parto (SUÁREZ-CORTÉS et al, 2015). Trata-se de uma carta de intenções, na qual a gestante declara qual é o atendimento que espera para si e para seu bebê, durante o parto e nascimento, incluindo quais os procedimentos e intervenções que aceita se submeter e como gostaria ser atendida.

A utilização do plano de parto é capaz de gerar benefícios como: possibilitar que as mulheres expressem seus valores, medos e necessidades no parto, contribuindo para produzir um efeito positivo sobre a satisfação; favorece o protagonismo feminino na medida em que a mulher se torna mais consciente e informada; e a melhora da comunicação com a equipe da assistência ao parto. No entanto, uma das possíveis desvantagens seria o aumento da tensão e de conflitos entre os envolvidos, visto que as mulheres bem orientadas e que recusam intervenções desnecessárias durante o parto, podem ser hostilizadas pelos profissionais da saúde (MEDEIROS, 2019; OLIVEIRA e PENNA, 2017; TESSER et al, 2015).

Na década de 90, a utilização do plano de parto foi rapidamente difundida e em 1993, na Inglaterra, quase 78% das salas dos partos faziam uso desta estratégia (SUÁREZ-CORTÉS et al, 2015). Seu uso foi recomendado desde 1986 pela OMS, o qual classifica o plano de parto como categoria “A” de evidência, isto é, prática demonstrada útil e que deve ser encorajada na assistência às gestantes.

No Brasil, a utilização do plano de parto está prevista na portaria 1020/GM/MS, de 2013, e nas diretrizes nacionais de assistência ao parto normal do Ministério da Saúde, sendo portanto, um dos elementos constantes na

Caderneta da Gestante, de utilização obrigatória nos serviços públicos de saúde, no país. Entretanto, o texto expõe a possibilidade de condicionar a efetivação do plano de parto, às “limitações (físicas, recursos) relativas à unidade e à disponibilidade de certos métodos e técnicas” (BRASIL, 2017).

A implementação do plano de parto na rotina dos serviços da APS pode promover o compartilhamento de informações e possibilidades para reduzir os danos das mulheres e das crianças durante a assistência hospitalar, ao tempo que, incentiva nas mulheres, a procura por serviços qualificados no parto e pós-parto (MEDEIROS, 2019).

Tesser (2015) aponta que elaborar essa estratégia em conjunto promove a reflexão da equipe de saúde sobre a realidade da assistência ao parto na sua região e a sensibiliza para atuar nesse cenário. No entanto é fundamental que as atividades voltadas para a elaboração do plano de parto estejam em constante diálogo com o serviço hospitalar de assistência ao parto, a fim de reduzir as expectativas irrealistas que possam causar insatisfação com a experiência do parto (ANDREZZO, 2016; MEDEIROS et al., 2019).

Deste modo, a confecção do plano de parto pode representar um potente dispositivo auto analítico nos três atores envolvidos nesta cena: na mulher, com a reflexão e maior protagonismo; nos profissionais da APS, com uma avaliação sobre as ofertas dos conteúdos nas consultas de pré-natal que ampliem o cuidado humanizado para esta população; e na equipe hospitalar, que passará a conciliar as decisões e ações com as mulheres durante o parto, isto é, com o compartilhamento dos poderes, de forma dialógica entre os envolvidos.



### **3. OBJETIVO GERAL**

Promover o plano de parto como estratégia na rede de atenção à saúde da mulher no processo gravídico-puerperal, em uma USF do município de Camaçari, Bahia.

#### **3.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Elaborar o plano de parto junto às gestantes atendidas no pré-natal em uma Unidade de Saúde da Família.
- Incentivar a utilização da estratégia do plano de parto durante as visitas de vinculação das gestantes no hospital de referência.
- Conhecer e compreender a importância do plano de parto a partir da vivência do parto e nascimento, das mulheres puérperas acompanhadas na USF.

#### 4. METODOLOGIA

A pesquisa qualitativa permite significar questões particulares, um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, trabalha com o universo dos significados, o que corresponde a um lugar mais profundo das relações sociais, dos processos e dos fenômenos (MINAYO, 2001).

A abordagem da pesquisa-ação se caracteriza pelo reconhecimento do problema a partir do olhar daqueles que o vivenciam e estão implicados para produzir movimentos consensuais capazes de atuar em problemas reais que gerem resultados positivos (THIOLLENT, 2005). Ela facilita a busca de soluções de problemas por parte dos participantes, aspecto em que a pesquisa convencional tem pouco alcance. A proposta permite que na pesquisa-ação participativa as pessoas envolvidas são tanto praticantes quanto pesquisadoras.

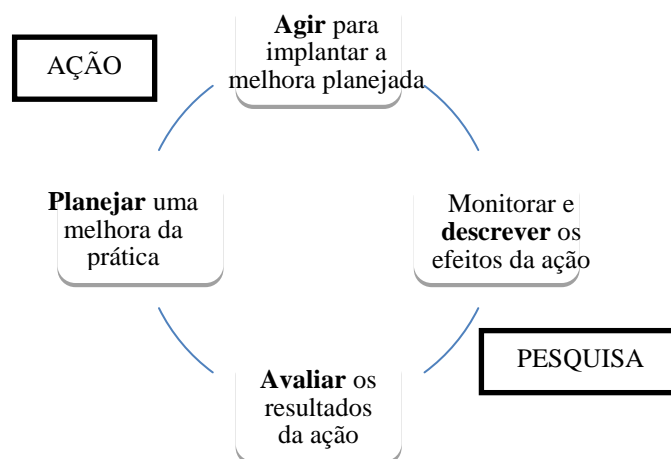
Para Fonseca (2002) a pesquisa-ação pressupõe uma participação planejada do pesquisador na situação problemática a ser investigada. No caso deste estudo, a pesquisadora está implicada no contexto a ser estudado, o que possibilita a escolha deste método por melhor responder à necessidade de utilizar o trabalho como instrumento de transformação da realidade. Além disso, esta metodologia permite o protagonismo das mulheres como sujeitos deste processo, garantindo a autonomia das mesmas em todas as fases envolvidas na pesquisa-ação para a produção de uma consciência modificadora (FREIRE, 1987).

A figura 1 representa como o método pesquisa-ação faz um movimento cíclico durante a trajetória de pesquisa propondo após a identificação do problema, planejar uma ação, operar, monitorar, descrever os efeitos e avaliar os resultados alcançados para conseqüentemente reconhecer novos problemas para uma nova ação.

Pela dinamicidade da situação problema e pelo envolvimento da autora na pesquisa participante, o planejamento das ações foi flexível a fim de não deixar escapar as singularidades da trajetória de pesquisa e de cada uma das mulheres participantes. É fundamental salientar que o direcionamento da trajetória de pesquisa não teve metas predeterminadas, mas seguiu um ciclo que contemplasse: planejar, implementar, descrever e avaliar (TRIPP, 2005). O que de

fato se almejava desenvolver com a estratégia do Plano de Parto das mulheres gestantes de uma Unidade de Saúde da Família, e que as mesmas fossem as protagonistas em todas as etapas desde o planejamento do Plano de Parto, passando pela apresentação desta ferramenta nas visitas de vinculação habituais que ocorrem no hospital de referência até chegar a uma aproximação promovendo a utilização dessa estratégia durante os partos das mulheres no hospital de referência, para que posteriormente, as próprias mulheres pudessem descrever essa experiência vivenciada e avaliar como foi todo esse processo e como saíram dele no final da experiência.

**Figura 1** Representação do ciclo básico da pesquisa-ação.



Fonte: TRIPP, 2005.

O referencial da pesquisa participante defende a postura ética do pesquisador. Schmidt (2008) esquematiza atitudes essenciais para uma formação ética: interlocução e diálogo para compreender o sentido e significados da experiência do outro; distribuição democrática de lugares de escuta, fala e decisão entre os atores; disposição para negociar e refazer as pactuações estabelecidas; respeito às formas de viver desenhadas pelos colaboradores; cuidado com o texto produzido para publicação; compartilhamentos de transcrições e texto com os participantes; atribuição de créditos, bem como omissão sigilosa de nomes ou outras informações que possa identificar o participante, se assim desejar; e discussão da forma de divulgação de resultados que possam interessar aos

colaboradores. Deste modo, pode possibilitar o que Paulo Freire (1987) chama de “palavra verdadeira”, considerando-a como uma *práxis* para transformar o mundo.

#### 4.1. CENÁRIO DO ESTUDO

A USF Novo Horizonte, cenário deste estudo, está localizada no Distrito Sanitário Sede do município de Camaçari, região metropolitana de Salvador.

Camaçari possui 281.413 habitantes/m<sup>2</sup> e aproximadamente 90 mil mulheres em idade fértil. Atualmente tem 30 unidades de saúde da família que realizam pré-natal de risco habitual, isto é, acompanhamento de gestantes saudáveis, e 07 Unidades Básicas de Saúde, apresentando uma cobertura de 72,46% de atenção básica.

O município também conta, como parte da rede de atenção à gestante, com os ambulatórios de especialidade para pré-natal de alto risco e o Hospital Geral de Camaçari onde acontece a maioria dos partos do município e dos municípios adjacentes pelo SUS. No município existem duas clínicas privadas que também realizam partos particulares ou de pacientes que contam com plano de saúde.

A USF, cenário deste estudo trabalha com duas equipes, compostas por duas médicas, duas enfermeiras, um odontólogo, uma auxiliar de saúde bucal, três técnicas de enfermagem, duas auxiliares administrativas e onze agentes comunitários de saúde. No que tange ao atendimento às mulheres, a USF oferta atendimento pré-natal, planejamento familiar, coleta de Papanicolau, acolhimento à demanda espontânea, testes rápidos para infecções sexualmente transmissíveis e roda de apoio à maternidade.

##### Hospital Geral de Camaçari

Inaugurado em 1988 por Waldir Pires, o hospital está localizado na sede do município de Camaçari. É uma unidade de abrangência estadual administrada pela SESAB com cooperação técnica da Prefeitura Municipal de Camaçari. Visa o pronto atendimento em emergência, obstetrícia, ambulatório e de tratamento intra-hospitalar com internamento, atendendo ao público, em maior escala residentes

de Camaçari, mas também à população da região metropolitana de Salvador (Figura 2).

**Figura 2** Território da USF e localização do HGC



Fonte: google maps.

A partir das visitas realizadas pela pesquisadora deste estudo ao hospital de referência, é possível descrever a rotina de atendimento das gestantes neste cenário. Atualmente, o acesso à emergência obstétrica é comum às outras emergências clínicas e o acolhimento com classificação de risco é realizado no turno da manhã em uma sala destinada a essa função. Consta ainda de dois consultórios médicos e uma pequena sala de espera destinada a este público.

A estrutura no internamento segue o modelo tradicional como uma linha de produção. Após os consultórios médicos, encontra-se o ambiente do pré-parto. Este se limita a um posto de enfermagem, dois banheiros, sendo apenas um utilizado pelas parturientes para higiene pessoal, uma área interna restrita para deambulação e três salas contendo, cada uma, dois leitos sem garantia de privacidade para parturiente e seu acompanhante, ou separação por biombos ou divisórias.

Logo à frente, encontram-se as salas de curetagem com um leito, um centro cirúrgico e sala de parto normal. Nesta última, dois leitos compartilham o espaço. Já o alojamento conjunto dispõe de 40 leitos, normalmente duas puérperas com seus acompanhantes dividem o mesmo espaço. É no corredor entre estes leitos onde encontramos um “pôster sobre boas práticas”, enquanto no pré-parto encontra-se um “cavalinho” esquecido no interior de uma das salas.

Com um modelo de assistência biomédico, a escala de profissionais do pré-parto normalmente contempla três obstetras, uma enfermeira e técnicas de enfermagem. Uma equipe subdimensionada para uma demanda de 2.908 nascidos vivos no ano de 2018. Destes, 75% foram via vaginais e 25% cesarianas, segundo dados da SUVISA<sup>6</sup>.

Por outro lado, no ano de 2018 cerca de 1.352 gestantes camaçarienses pariram na cidade de Salvador, destes, 66% ocorreram em maternidades públicas, evidenciando assim a peregrinação destas mulheres em busca de assistência<sup>7</sup>. Contudo, na perspectiva de vincular as gestantes do município ao hospital de referência, o grupo condutor da Rede Cegonha vem promovendo “visitas de vinculação” mensais das gestantes encaminhadas dos serviços da Atenção Básica para o Hospital Geral de Camaçari (HGC).

Tais visitas das gestantes ao local onde realizarão seus partos, tem se tornado nos últimos tempos, uma rotina adotada pelas equipes das Unidades de Saúde da Família em parceira com a equipe do Hospital de referência, no sentido de produzir impactos positivos na experiência do parto destas mulheres no hospital de referência.

#### 4.2. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE PESQUISA

No primeiro momento, para a elaboração dos Planos de Parto pelas gestantes durante as consultas de pré-natal e reuniões do grupo de gestante na USF, foi utilizado como norte, a 3ª edição da caderneta da gestante elaborada pelo Ministério da Saúde, onde consta uma página em branco sugerindo que a mulher registre o plano de parto desejado nesse espaço. Tentando contemplar uma estrutura básica, a construção do plano também foi orientada conforme os modelos produzidos pela Defensoria Pública de São Paulo e pela organização Artemis (anexo A).

No segundo momento, durante as visitas de vinculação das gestantes ao hospital de referência, as mesmas, apresentaram os “planos de parto” produzidos

---

<sup>6</sup> SESAB/SUVISA/DIS/SINASC - Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos

<sup>7</sup> SMS SALVADOR/SUIS-SINASC

durante o pré-natal e entregaram uma cópia à equipe do hospital, visando incentivar sua utilização posteriormente durante o parto das mulheres.

No último momento da coleta de dados, foi realizada entrevista aberta gravada em áudio com as mulheres, durante a primeira consulta puerperal na USF e após a realização dos seus partos no hospital de referência, com a finalidade de registrar as vivências de parto dessas mulheres, trazendo assim uma aproximação com a temática estudada, a promoção do plano de parto como estratégia na rede de atenção à saúde da mulher no processo gravídico e puerperal, tentando conhecer e compreender a importância da utilização desta estratégia para essas mulheres protagonistas. Utilizou-se para isso, um roteiro com duas perguntas norteadoras: Como foi a experiência do seu parto no HGC? Conte-me sobre a utilização do seu plano de parto durante sua estadia no HGC.

#### 4.3. PARTICIPANTES DO ESTUDO

Na USF estudada, em média 50 gestantes são acompanhadas por ano. Com ocorrência em média de oito novas puérperas a cada trimestre. Todas gestantes no terceiro trimestre de gestação vinculadas à USF foram incentivadas a produzir seus planos de parto durante o pré-natal. Assim como a realizar visita de vinculação e posteriormente, entrevistadas na consulta puerperal na Unidade de Saúde da Família.

Nesse sentido, participaram do estudo, voluntariamente, onze mulheres durante o último trimestre de 2018 e inícios de 2019. As participantes reuniam os seguintes critérios de inclusão: ser maior de 18 anos; no último trimestre da gravidez e que tenha vivenciado seu parto no hospital de referência. Os critérios de exclusão compreendiam ser menor de idade, aquelas submetidas à cirurgia cesariana, realizar seu parto fora do município ou apresentar outros diagnósticos de alto risco obstétrico.

#### 4.4. ANÁLISE DOS DADOS

A partir do material coletado no registro dos Planos de Parto elaborados pelas mulheres e nas entrevistas abertas, realizadas durante o puerpério, os dados levantados foram submetidos à análise de conteúdo. A trajetória da análise ocorreu a partir da leitura exaustiva dos documentos elaborados pelas gestantes (plano de parto) e das entrevistas que foram transcritas na íntegra e, posteriormente contrastadas com os registros dos planos de parto.

Todos os dados foram organizados e identificados em “núcleos de sentido”, codificados por categorias e/ou subcategorias relacionadas com a temática do estudo. Em seguida, os temas do estudo foram confrontados com a literatura para a interpretação dos mesmos e análise à luz do marco teórico-analítico do estudo (MINAYO, 2012).

#### 4.5. ASPECTOS ÉTICOS DA INVESTIGAÇÃO

Seguindo orientações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, este estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética da UFSB, por meio da Plataforma Brasil. Iniciada a execução da pesquisa após recebimento do parecer consubstanciado favorável (parecer 2.950.660) com aprovação do CEP da UFSB, sendo que os dados foram coletados após apresentação e aceitação das mulheres gestantes, que assinaram voluntariamente, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme critérios éticos estabelecidos para pesquisa com seres humanos em saúde (Apêndice).

### 5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados da pesquisa foram divididos em dois temas, a saber, “Caracterização das gestantes e elaboração dos planos de parto durante o pré-natal” e, a elaboração do artigo intitulado “A estratégia do plano de parto no SUS – narrativas de mulheres assistidas em maternidade baiana”, para submissão em



revista científica, este último, aborda as categorias resultantes das entrevistas realizadas com as mulheres após seus partos no HGC.

### 5.1. CARACTERIZAÇÃO DAS GESTANTES E ELABORAÇÃO DOS PLANOS DE PARTO DURANTE O PRÉ-NATAL

Todas as mulheres no terceiro trimestre de gestação acompanhadas na USF foram apresentadas à proposta do plano de parto e após diálogo e explanação por parte da médica e pesquisadora do estudo, foram motivadas a elaborar seus planos de parto em duas oportunidades: coletivamente no grupo de gestantes e individualmente durante a consulta de pré-natal.

Neste período, o grupo de gestantes ocorreu mensalmente antes da consulta individual de pré-natal e tinha duração de noventa minutos. Foram cinco encontros no total com temas distintos, de acordo com a demanda das mulheres, além de alguns encontros individuais que eram realizados após as consultas do pré-natal, conforme a situação demandada pela gestante interessada na elaboração do Plano de Parto.

No encontro, denominado “*Caminhos para o Parto*”, foi apresentada a estratégia plano de parto e ofertada a possibilidade de construí-lo naquele espaço, de forma coletiva. A proposta foi novidade para as participantes. Todas receberam um modelo<sup>8</sup> de plano de parto e conheceram o espaço destinado ao PP na caderneta da gestante. E assim se deu à dinâmica: a gestante percorria a sala simulando desde o planejamento do local do parto, transporte e preparo da mala da maternidade até as fases do trabalho de parto. Enquanto caminhavam recebiam perguntas que as orientavam para a construção do plano. A cada pergunta as recomendações para assistência ao parto normal eram apresentadas ao grupo, discutido a realidade do hospital de referência, os possíveis entraves e formas de negociar para garantir o desejo da mulher. Por fim, algumas registraram

---

<sup>8</sup> O modelo de Plano de Parto disponibilizado as mulheres foi desenvolvido pela Defensoria Pública de São Paulo em conjunto com a ONG Artemis e se encontra disponível em <http://artemis.org.br/wpcontent/uploads/2014/07/Modelo-de-plano-de-Parto-Artemis-Defensoria.pdf> (acesso em 20 de julho de 2018)

durante o grupo e outras optaram por finalizar seus PP em outro momento, no domicílio ou na consulta.

Ao apresentar a proposta do PP, foi exposto às mulheres a ideia de utilizar deste instrumento como um incentivador para mudanças no hospital de referência e feito o convite para se integrarem nesse movimento, se apresentando nas visitas de vinculação e no momento do parto com seus planos de parto, informadas e conhecedoras de seus direitos. Ao longo dos meses, as mulheres foram receptivas à proposta e muitas expressaram o sentimento de esperança. No sentido desta ação possivelmente não trazer resposta para elas, sendo realistas, mas produzir efeitos no hospital para as mulheres que no futuro necessitem de atendimento.

Na consulta individual, a caderneta da gestante foi utilizada como instrumento de informação e para registro do plano de parto. Pela limitação do espaço, algumas mulheres anexaram uma folha à caderneta. A maioria delas redigiu com o PP com o auxílio da pesquisadora/médica assistente. Para ajudar na produção, a pesquisadora fez as mesmas perguntas utilizadas no grupo e também explanou conceitos ou termos que eram desconhecidos pela gestante, entre eles foram: presença de acompanhante, uso do soro com ocitocina, liberdade para se alimentar, para caminhar e mudar de posição, escolher a posição do parto, episiotomia, manobra de kristeller e contato pele a pele. Neste mesmo momento as mulheres expuseram o local de parto desejado, no entanto, esta informação não foi registrada no PP.

As gestantes foram orientadas a convidar um acompanhante de sua escolha para participar da construção do plano de parto na USF ou a compartilhar suas decisões no caso de impossibilidade dessa pessoa comparecer. No entanto, apenas uma gestante construiu em companhia do seu parceiro. As mulheres relatavam a dificuldade dos familiares de acompanhá-las devido a incompatibilidade de horário com seus trabalhos, mesmo oferecendo atestado. Essa situação poderia sugerir pouco conhecimento e falta de sensibilidade dos empregadores para esse importante direito.

No período estudado, onze gestantes construíram o plano de parto (Anexo B). As mulheres tinham idade média de 27 anos e compreendiam entre 18 a 42

anos de idade. A cor preta e parda predominou entre as mulheres. Todas declararam serem casadas ou manterem relação estável heterossexual e a metade das mulheres disseram trabalhar fora de casa. Do grupo, seis mulheres viviam a primeira gestação, enquanto três viviam a terceira gestação e duas a segunda. Com relação à escolaridade a maioria possuía ensino médio completo.

Ressalta-se que não houve uma padronização dos planos de parto. Seis mulheres redigiram no espaço destinado na caderneta da gestante; três utilizaram modelo disponível na internet da Artemis; e duas registraram em um receituário anexando ao cartão da gestante, pois no período ocorreu desabastecimento da 3ª versão da caderneta na USF. Redigido pelas próprias mulheres, algumas utilizaram de linguagem científica e outras de termos populares, por exemplo no PP 6, em referência a manobra de kristeller registrou: “Não quero que minha barriga seja empurrada para baixo”.

Observou-se que a maioria das gestantes organizou em tópicos, de acordo com o que era discutido com a médica/pesquisadora enquanto se redigia o PP. Mas, de forma genuína e única, uma mulher expôs seu anseio em narrativa na caderneta:

“Meu primeiro parto foi cesáreo e gostaria que esse fosse normal, pois quero sentir a sensação do alívio após tantas dores das contrações de fogo. E de logo ter ele nos meus braços. Tenho certeza que é um momento único e inesquecível, mesmo com tanta dor e exaustão.” (PP 7)

A partir desta narrativa é possível inferir o desejo da mulher em vivenciar o parto normal e o contato pele a pele. O PP 7 foi escrito sem o auxílio profissional e por isso não constou de forma esquematizada sobre as intervenções e as boas práticas. Da mesma forma ocorreu com o PP 11. Após participar do grupo, a gestante optou em produzir o plano em domicílio utilizando do modelo disponibilizado na roda. Observou-se que alguns itens não foram marcados por dúvidas que ocorreram posteriormente. Já no PP 6, a mulher fez a escolha de pesquisar na internet e trazer em consulta um rascunho do plano para discutir com o profissional.

Em dois planos de parto observaram-se erros ortográficos que comprometiam a compreensão. Essa barreira de comunicação torna-se um problema por intensificar a relação de poder entre o profissional de saúde e a

mulher. À medida que é julgada a autoridade em parir de acordo o grau de instrução: quanto menor nível de escolaridade, menor liberdade para decidir sobre seu corpo.

Leal (2014) comprova essa relação ao demonstrar a baixa escolaridade ( $\leq 7$  anos de estudo) como um fator condicionante para exposição a técnicas como infusão de ocitocina e amniotomia. Além disso, essas mulheres estão mais susceptíveis à manobra de kristeller e a vivenciar partos dolorosos, por serem menos ofertadas a analgesia raqui/epidural.

A partir da análise dos planos de parto, a recomendação mais frequente foi o direito ao acompanhante (91%). Destes apenas em 27% estavam especificados. Em seguida, 81% dos planos constaram liberdade para caminhar, mudar de posição, escolher a posição do parto e o contato pele a pele. Em 72% deles, surgiu a liberdade para consumir líquidos, opções referente a episiotomia e o respeito a autonomia. A recusa pela manobra de kristeller ocorreu em 63% e uso contínuo do soro da ocitocina e uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor em 54%.

Em 36% dos planos de parto, incluíram o monitoramento fetal apenas se necessário e recomendações caso convertesse para uma cesárea, como o direito ao acompanhante, anestesia peridural sem sedação. Requisitaram o estímulo à amamentação na primeira hora em 27% dos planos de parto, e em 18% solicitaram método farmacológico para alívio da dor, recusaram rompimento artificial da bolsa, pediram para o bebê permanecer o tempo todo com a mãe, requereram clampeamento tardio do cordão umbilical, aguardar expulsão espontânea da placenta e especificaram o tipo de parto.

As mulheres adaptaram o conteúdo dos planos de parto a realidade do serviço o qual escolhiam para ser local de parto. Quanto maior a possibilidade de oferta, mais “completo” o plano. Diante disso, destaca-se a frequência baixa de mulheres que registraram o desejo por método farmacológico para alívio da dor. Durante a construção dos planos, quando discutido os impactos positivos da analgesia medicamentosa, a maioria desconhecia e desacreditava da possibilidade de ter acesso à essa intervenção no trabalho de parto. Isso reflete o quanto está presente à ideia do parto normal como evento necessariamente

doloroso no coletivo das mulheres. Ainda, contribuindo para este retrato, não existe relato do uso de métodos farmacológicos para alívio da dor na assistência ao parto normal no hospital de referência.

Uma mulher incluiu ainda em seu plano de parto: recusa a tricotomia e enema; o desejo de fazer força apenas quando achar necessário; desacordo com amarração dos braços e das pernas no parto; recomendações sobre intervenções neonatais e solicitou que seu esposo cortasse o cordão umbilical.

Não houve uma divergência significativa no conteúdo dos planos de parto. No entanto, ocorreram opções distintas quanto às intervenções.

“episiotomia somente se necessário e com justificativa” (PP 1)

“não quero o corte na vagina” (PP 3)

“desejo que todo e qualquer procedimento seja comunicado a mim ou a meu acompanhante para que os mesmos decida” (PP 9)

Assim como no PP 1, em mais oito planos constavam autorização para a episiotomia caso o profissional da assistência ao parto julgasse necessário. Contrariamente, no PP 3 a mulher registra de forma clara sua recusa pela intervenção. Já no PP 9, não foram especificados os procedimentos, no entanto, a mulher expõe seu desejo de ser consultada caso a equipe considere uma intervenção.

Com relação ao desfecho, 45,4% das mulheres decidiram parir em serviços de Salvador acreditando que vivenciariam uma experiência de parto com cuidado e acolhimento. Logo, 54,5% pariram no hospital de referência (HGC), dessas, 33% foram submetidas à cirurgia cesariana e 67% ao parto normal. Estas últimas foram às mulheres que aceitaram relatar suas vivências do parto, durante as entrevistas realizadas na primeira semana puerperal.

Durante a trajetória de pesquisa foi necessária a articulação com atores-chaves para pactuações no intuito de alcançar as potencialidades da estratégia do Plano de Parto. O objetivo era fazer com que os planos de parto fossem negociados com profissionais do HGC. Mas um dos limites radicava nas visitas de vinculação, que eram facilitadas por outros profissionais do HGC, e não necessariamente por aqueles que atuavam na assistência direta ao parto hospitalar, portanto não garantindo a implicação necessária para as pactuações,

nem a sensibilização desses profissionais para as questões colocadas pelas mulheres nos seus planos de parto.

A mudança do modelo de assistência ao parto exige uma transição de tecnologias, da centralidade das tecnologias duras para as tecnologias leve-duras e leves. Deste modo, para a assistência humanizada ao parto é necessário o investimento nestas últimas tecnologias por meio da qualificação técnica e ética (no sentido de atitude, não no sentido de moral) das equipes de saúde, melhoria na comunicação entre profissionais e usuários, produção de vínculos, autonomização e acolhimento (FRANCO e MERHY, 2013).

O estudo foi bem aceito em reunião com servidora responsável da Secretaria Municipal de Saúde, agregando um parceiro institucional. Contudo, na reunião com o grupo condutor da Rede Cegonha do hospital de referência era latente a falta de um ambiente sensível à mudança. Predominavam falas sobre inaplicabilidade da proposta diante da realidade do hospital, principalmente no que diz respeito às limitações impostas pela estrutura física. Houve ainda reconhecimento do gestor do hospital para a necessidade de qualificar os trabalhadores para um cuidado humanizado e de contratar recursos humanos. Contudo, não culminaram em pactuações para implantar estratégias de qualificação, assim como de construir junto com as mulheres a efetivação dos planos de parto.

Ainda assim, todas as mulheres foram estimuladas à vincularem com o hospital de referência do município. Mas, nenhuma realizou a visita de vinculação no hospital de referência. Apenas duas mulheres visitaram maternidades em Salvador, que posteriormente foram o local do parto. Ocorre que no período da pesquisa as visitas de vinculação no hospital de referência foram suspensas, causando grande prejuízo e descontentamento entre as gestantes. Mesmo com a provocação feita pelo grupo de gestantes da USF após a construção coletiva do PP. Diante disso, o objetivo de pesquisa de apresentar os PP nas visitas de vinculação não foi alcançado pela falta de governabilidade da pesquisadora de intervir no hospital de referência ou nas normas e interesses do sistema de saúde hospitalar municipal e estadual, assim como, que pouco ou nada contribuíram

para a resolutividade do problema das visitas de vinculação, suspensas durante o período da pesquisa.

## 5.2. ARTIGO PARA SUBMISSÃO EM REVISTA CIENTÍFICA

### A ESTRATÉGIA DO PLANO DE PARTO NO SUS: NARRATIVAS DE MULHERES ASSISTIDAS EM MATERNIDADE BAIANA.

#### **Resumo**

A assistência ao parto no SUS é o desfecho de um trabalho que se inicia no pré-natal da rede básica. A garantia de direitos fundamentais das mulheres passa pelo compartilhamento de informações para que possam exercer efetivamente sua autonomia em relação ao seu corpo no momento do parto. Este estudo objetivou compreender a importância do plano de parto, construído por gestantes durante o pré-natal, na vivência do parto em unidade hospitalar de um município baiano. Foram realizadas entrevistas e análise dos planos de parto com essas mulheres. A partir da análise de conteúdo emergiram as categorias: À margem da humanização; Testemunhas da violência obstétrica; e “Eu disse Não!”. A construção e utilização da estratégia do plano de parto durante o pré-natal se apresenta como uma ferramenta promissora de empoderamento da mulher gestante para a garantia dos seus direitos no momento do parto, no entanto, requer do comprometimento, sensibilização e vontade política de gestores e profissionais envolvidos nesse processo, para que termine em desfechos favoráveis para essas mulheres e seus filhos submetidos ao parto hospitalar.

#### **Introdução**

A assistência obstétrica no Brasil, ainda é marcada pelo excesso de intervenções médicas, com o emprego de práticas com pouca evidência científica, carência de tecnologias, quando necessárias e peregrinação das mulheres por leitos no momento do parto<sup>(1)</sup>. Diante deste cenário complexo acumulam-se evidências dos efeitos danosos para a mulher e o recém-nascido. Destacam-se a alta taxa de prematuridade, muitas vezes iatrogênica, produto do abuso de cesáreas agendadas<sup>(2)</sup>; o crescimento da mortalidade materna por causas

evitáveis como hipertensão e hemorragia<sup>(3)</sup>; e a violação do direito fundamental à dignidade sofrida pelas mulheres nas instituições de saúde<sup>(4,5)</sup>.

O modelo hegemônico de assistência obstétrica está fortemente ligado à construção histórico-cultural das relações de gênero e poder, com à patologização dos processos naturais do trabalho de parto e o aumento da autoridade dos profissionais de saúde em detrimento da autonomia da mulher<sup>(6-9)</sup>. Com a institucionalização do parto, a mulher se afastou da sua rede familiar e comunitária, perdeu sua privacidade e autonomia, adotando passividade e obedecendo às ordens dos profissionais. no cenário do parto e nascimento<sup>(7,9)</sup>. Uma verdadeira máquina operada por especialista<sup>(10)</sup>. Deste modo, a medicalização do parto mina a capacidade da mulher de parir e transforma o parto em um momento de opressão e constrangimento.

No Brasil, uma a cada quatro mulheres relata sofrer algum tipo de violência durante o parto<sup>(11)</sup>. Entende-se a violência obstétrica (VO) como o abuso de medicalização e patologização dos processos naturais do trabalho de parto, que causam a perda de autonomia e da capacidade das mulheres de decidir livremente sobre seus corpos e sua sexualidade<sup>(12)</sup>. Em 2014, este fenômeno ganha legitimidade com a declaração da Organização Mundial de Saúde (OMS) que passa a reconhecer a violência obstétrica como um problema de saúde pública<sup>(4)</sup>.

Esse fenômeno, enraizado na sociedade, muitas vezes, torna-se invisível e naturalizado no cotidiano das maternidades, sendo quase despercebido pelas próprias mulheres que a sofrem<sup>(5)</sup>. Alguns aliados são os grupos corporativistas médicos que resistem à utilização do termo VO, como exposto no parecer nº32/2018 do Conselho Federal de Medicina no qual afirma que a “expressão ‘violência obstétrica’ é uma agressão contra a medicina e especialidade de ginecologia e obstetrícia, contrariando conhecimentos científicos consagrados, reduzindo a segurança e a eficiência de uma boa prática assistencial e ética”<sup>(13,14)</sup>. Os mesmo, opõem-se às práticas com altos níveis de evidências recomendadas internacionalmente, entre elas, a presença de doulas no cenário do parto e a assistência por obstetras e enfermeiras obstetras<sup>(15)</sup>, mas sem apresentar sólidas referências da medicina baseada em evidências.

Em maio de 2019, o Ministério da Saúde proibiu a utilização do termo VO nas publicações oficiais, justificando que o termo não condiz com a forma utilizada



pela OMS e que só há violência quando há intenção de causar danos<sup>(16)</sup>. Ainda neste ano, contrariando as recomendações internacionais, foi aprovado em São Paulo o PL 435/2019 que garante a gestante o direito de escolher pela cesárea em hospitais públicos, mesmo que não haja orientação médica. Estas medidas representam um retrocesso nos avanços das políticas públicas nacionais para mudança de modelo de assistência ao parto, alcançados desde o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em 1985 até a Rede Cegonha em 2011<sup>(10,17)</sup>.

Na contramão, o movimento pela humanização do parto e nascimento, derivado da luta feminista, busca resgatar a humanidade das mulheres e seu protagonismo no momento do parto. Composta essencialmente por mulheres e mães, em redes sociais e grupos de apoio, estes movimentos se articulam promovendo a discussão e denunciando a violência obstétrica. Ainda, têm sido responsáveis por propagar informações baseadas em evidências científicas com efeitos positivos para o empoderamento feminino<sup>(18,19)</sup>. Nessa mesma linha, os órgãos ligados ao poder judiciário têm atuado na tentativa de fazer prevalecer o respeito aos direitos da mulher durante o processo da gravidez e do parto, com destaque do Ministério Público Federal e das Defensorias Públicas dos Estados da Bahia e São Paulo, nas ações para enfrentamento da violência obstétrica.

Tesser, ao defender a necessidade de reduzir a exposição das mulheres à violência no parto, propõe estratégias a serem realizadas pelos profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) e suas entidades. O autor destaca a importância das ações individuais, familiares e comunitárias, associadas ao pré-natal e ações em maior escala (social, político e institucional)<sup>(12)</sup>.

Nesse sentido, trazemos à discussão o Plano de Parto (PP), um recurso pouco utilizado no Brasil. Proposto por Sheila Kitzinger em 1980, nos EUA, como ferramenta para proteger e informar as mulheres diante do processo crescente de medicalização do parto. O plano de Parto consiste em uma carta de intenções, na qual a gestante declara qual é o atendimento que espera para si e para seu bebê, durante o parto e nascimento, incluindo quais os procedimentos e intervenções que aceita se submeter e como gostaria de ser atendida<sup>(12,20-23)</sup>.

Salienta-se que a OMS classifica o plano de parto como categoria “A” de evidência. E no Brasil, a utilização do plano de parto está prevista na portaria nº

1020/GM/MS, de 2013, e nas diretrizes nacionais de assistência ao parto normal do Ministério da Saúde<sup>(24)</sup>. Sendo que as gestantes usuárias do SUS, passam a ter acesso a essa proposta no pré-natal com a 3ª edição da caderneta da gestante, onde consta uma página em branco sugerindo que a mulher registre o plano de parto desejado.

A utilização do plano de parto é capaz de gerar benefícios como: possibilitar que as mulheres expressem seus valores, medos e necessidades no parto; favorecer o protagonismo feminino na medida em que a mulher se torna mais consciente e informada; e melhorar a comunicação com a equipe da assistência ao parto. No entanto, uma das possíveis desvantagens seria o aumento da tensão e de conflitos entre os envolvidos, visto que as mulheres bem orientadas e que recusam intervenções desnecessárias durante o parto, podem ser hostilizadas pelos profissionais da saúde<sup>(12,21,22)</sup>.

A implantação do plano de parto na rotina dos serviços da APS pode contribuir com uma assistência hospitalar mais humana, sensível e de práticas baseadas em evidências. Tesser aponta que elaborar essa estratégia em conjunto promove a reflexão da equipe de saúde sobre a realidade da assistência ao parto na sua região e a sensibiliza para atuar nesse cenário. No entanto, é fundamental que as atividades voltadas para a elaboração do plano de parto estejam em constante diálogo com o serviço hospitalar de assistência ao parto<sup>(12,22)</sup>.

Desse modo, o plano de parto vislumbra-se como potente dispositivo auto analítico<sup>(25)</sup> nos três atores envolvidos nesta cena: na mulher, com a reflexão e maior protagonismo; nos profissionais da APS, com uma avaliação sobre as ofertas dos conhecimentos nas consultas de pré-natal que ampliem o cuidado humanizado para esta população; e na equipe hospitalar, que passará a conciliar as decisões e ações com as mulheres durante o parto, isto é, com o compartilhamento dos poderes. Diante disso, se parte de questionamentos sobre a possibilidade do plano de parto criar conexões entre Atenção Primária à Saúde e o local do parto; a potencialidade deste instrumento para reduzir a exposição das mulheres às intervenções desnecessárias e sem evidências e quais seriam os possíveis resultados da aplicação dessa estratégia na visão das mulheres usuárias do SUS.

Existem poucas experiências do uso desta ferramenta nos serviços da APS, principalmente no Nordeste, região onde se observa menor prevalência da utilização das boas práticas na assistência ao parto<sup>(26)</sup>. Nessa circunstância, este estudo objetivou compreender a importância do plano de parto, construídos por gestantes durante o pré-natal, na vivência do parto em unidade hospitalar de um município baiano.

## **Metodologia**

Trata-se de estudo qualitativo, do tipo pesquisa-ação. Após a identificação do problema, se fez um movimento cíclico durante a trajetória de pesquisa, de planejar uma ação, operar, monitorar, descrever os efeitos e avaliar os resultados alcançados para conseqüentemente reconhecer novos problemas para uma nova ação<sup>(27)</sup>. Pela dinamicidade da situação problema e pelo envolvimento da autora na pesquisa participante, foi necessário flexibilizar o planejamento das ações a fim de não deixar escapar as singularidades da trajetória de pesquisa, estando aberta à experiência.

Para efetivar todos os pressupostos a que se propôs, foi necessário atuar no processo de trabalho da equipe de saúde da família, particularmente na assistência pré-natal, além de agir no âmbito do movimento social da humanização do parto. Para isso, acompanharam-se duas reuniões para apresentação da proposta da estratégia do plano de parto, uma na Secretaria Municipal de Saúde junto à área técnica da Saúde da Mulher, e outra no Grupo de Trabalho da Rede Cegonha do hospital de referência.

A Unidade de Saúde da Família (USF) cenário deste estudo é composta por duas equipes atendendo a uma população adscrita de 7.853 pessoas. Está localizada em um município baiano de 293.723 habitantes. Atualmente este município possui uma cobertura de 86,39% de Atenção Básica. Enquanto o hospital de referência, com mais de 30 anos de existência e gestão estadual, oferece serviços nas áreas de urgência e emergência clínica, odontológica, obstétrica, pediátrica e cirúrgica, com internamento nas áreas de clínica médica, cirúrgica, obstétrica, neonatal, pediátrica e UTI geral. O hospital de referência possui uma organização física característica do modelo tradicional com salas de

pré-parto, parto e alojamento conjunto. Essa estrutura física impõe restrições para deambulação e privacidade das parturientes e o acesso à emergência obstétrica é comum às outras emergências clínicas.

Com um modelo de assistência biomédico, a escala de profissionais do pré-parto normalmente contempla três obstetras, uma enfermeira e técnicas de enfermagem. Uma equipe subdimensionada para uma demanda de 2.908 nascidos vivos no ano de 2018. Destes, aproximadamente 75% foram via vaginais e 25% cesarianas, segundo dados da SUVISA<sup>(a)</sup>.

As mulheres foram estimuladas a elaborar o plano de parto em duas oportunidades: no grupo de gestantes ou na consulta individual de pré-natal. Em seguida, foram incentivadas a apresentarem os planos de partos nas visitas de vinculação no hospital de referência. Por fim, foram entrevistadas para conhecer e compreender a importância do plano de parto a partir da experiência de parto.

As mulheres entrevistadas construíram o PP durante o último trimestre de 2018 e inícios de 2019. Elas reuniam os critérios de inclusão de ser maiores de 18 anos, ter elaborado seu PP no pré-natal na USF, e que vivenciar todas as fases do parto no hospital de referência. Foram excluídas as mulheres submetidas à cirurgia cesariana e que foram diagnosticadas com natimortos ou que tiveram seus partos em outras cidades.

A técnica de entrevista semiestruturada foi aplicada com quatro mulheres das onze que elaboraram seu PP durante o pré-natal, e teve como pergunta norteadora “como foi sua experiência do parto?”, partindo sempre da releitura do plano produzido por elas. As entrevistas foram realizadas em sala reservada na USF ou no domicílio da mulher e foram gravadas em áudio com uma duração, em média, de 40 minutos. Os dados obtidos, foram transcritos em texto, e depois de minuciosa releitura dos mesmos, foram submetidos a posterior análise de conteúdo que emergiram nas categorias do estudo.

O sigilo e confidencialidade dos dados foi garantido ao atribuir nomes fictícios às mulheres, que somente participaram, voluntariamente, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Este artigo é produto do trabalho de conclusão do mestrado intitulado “A estratégia do plano de parto na

---

<sup>(a)</sup> <http://www3.saude.ba.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/nvba.def> acessado em 21/08/19

Saúde da Família em um município baiano”, e seguiu as normas da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, sob parecer 2.950.660, autorizado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSB.

## Resultados e Discussão

### À margem da humanização

Clarice, Marielle, Elza e Carolina tinham 23, 28, 30 e 42 anos de idade, respectivamente. Todas possuíam relação estável, heterossexual. Clarice e Elza eram primigestas e trabalhavam fora de casa, a primeira como auxiliar administrativa e a segunda como vendedora. Marielle e Carolina eram donas de casa e estavam na sua terceira gestação. Clarice e Marielle se consideraram brancas enquanto Elza e Carolina, negra e parda.

Os planos de parto produzidos pelas mulheres, durante o pré-natal, possuíam as escolhas sobre o direito ao acompanhante, acesso a líquidos e alimentos, uso da ocitocina, acesso a métodos de alívio da dor, liberdade para caminhar e escolher posição do parto, episiotomia, manobra de kristeller, contato pele a pele e respeito à autonomia, isto é, ser consultada e ter liberdade para tomar decisões. Uma entrevistada abrangeu também em seu plano sobre rompimento artificial da bolsa, monitoramento fetal e clampeamento tardio do cordão.

Embora garantido por lei desde 2005, a efetivação do direito ao acompanhante está frequentemente sujeita ao critério do profissional de saúde e à justificativa da adequação da estrutura física<sup>(22,28)</sup>. Assim, **Clarice** e **Elza** relataram acompanhamento contínuo por acompanhantes do gênero feminino durante o parto. Conforme relato de **Elza**, a equipe do parto ainda assumiu postura proativa ao convidar sua acompanhante:

“[tive acompanhante] o tempo todo (...) Na hora do parto chamaram minha irmã mas ela não quis entrar porque ficou com medo” (Elza, p.1)

No entanto, **Carolina** e **Marielle** tiveram acompanhamento parcial dos seus parceiros.

“Aí eu fiquei lá no corredor com uma outra paciente, aí não ficou nem o acompanhante da paciente, nem o meu. Ele ficou assim, na porta mesmo, na sala, mas na porta, não pôde ficar comigo (...) no momento que eu entrei pra sala de parto, também não ficou comigo.” (Marielle, p.2)

“meu esposo ficou até quando eu passei pra sala de parto (...) Na hora do parto ele foi pro corredor me esperar (...) Ele não pediu pra entrar. E na hora eu estava tão transtornada de dor que nem lembrei, mas lá no hospital não tão liberando pra entrar não.” (Carolina, p.1)

Entre todas entrevistadas, **Marielle** teve acompanhante apenas no alojamento conjunto. Em seu discurso mostrou-se compreensiva com a equipe de saúde do dia que alegava superlotação do serviço como limitador para o acesso do acompanhante no pré-parto e a falta de roupa cirúrgica para adentrar no parto.

No discurso de **Carolina** não é exposto qual o impeditivo para efetivação do direito: se por se tratar de um homem ou se naquele plantão qualquer acompanhante não teria acesso à sala de parto. Mas é possível inferir que a postura do esposo de não solicitar o direito, assim como a falta de convite da equipe evidencia a ideia do parto como evento feminino e as dificuldades a serem superadas para garantir o direito e a participação do pai no parto.

A revisão sistemática mais recente sobre o apoio contínuo durante o trabalho de parto mostra benefícios para mulheres e recém-nascidos como o aumento das chances de um parto vaginal espontâneo, menor duração de trabalho de parto e melhores experiências de parto<sup>(29)</sup>. Nos relatos das entrevistadas fica evidente a experiência positiva com a presença do acompanhante, fornecendo apoio e segurança em um momento de tanta fragilidade. Quando conhece o plano de parto, o acompanhante pode ajudar a mulher a expressar seus desejos e necessidades para a equipe de saúde, atuando também como agente protetor contra violência obstétrica.

As entrevistadas relataram sentir sede e fome durante o trabalho de parto. Em seus planos, três expressaram o desejo de ter acesso à água e suco e uma incluiu a alimentos, quando tolerados. Mas no hospital, foi oferecido água durante o trabalho de parto delas. Nenhuma relatou oferta de alimentos, exceto uma diz ter recebido algo a mais:

“Teve um suco, horrível, que era mais açúcar, acho que era uma glicose (...) levaram sem eu pedir (...) não consegui [beber]... aí, fiquei até a noite com fome.” (Elza, p.2)

As evidências não mostram benefícios ou malefícios, não havendo justificativa para restringir líquidos ou alimentos no trabalho de parto de mulheres com risco habitual. No entanto essa prática é comum nas maternidades brasileiras e menos de 30% das mulheres se alimentam durante o trabalho de parto<sup>(26,30)</sup>.

Ainda, é possível inferir a partir das entrevistas que duas utilizaram soro com ocitocina. A oferta da infusão do hormônio sintético é apresentado às mulheres como uma intervenção necessária para encurtar o tempo de trabalho de parto e ajuda-las.

“Eu já tava naquela coisa, sentindo dor a madrugada toda, não consegui dormir, muitas dores; e aí a médica falou - vou colocar o soro pra antecipar, pra andar mais rápido porque já tá perto (...) quando coloca a ocitocina é pior ainda. Cada gotinha que cai parece que tá indo diretamente lá e que vai abrir tudo, que o osso tá deslocando... uma coisa terrível”. (Clarisse,p.2)

Diniz<sup>(1)</sup> adverte como a “correção do corpo feminino” se reproduz no setor privado a partir das cesáreas agendadas. Enquanto no SUS, onde não está autorizado evitar este evento entendido como negativo, cabe abreviar o tempo com intervenções como a ocitocina, episiotomia e fórceps.

Rememorando o grupo de gestantes, o tema episiotomia gerou muita discussão entre as mulheres. As participantes mostraram desconfiança quando dada a opção de aceitar ou não essa intervenção. Para elas, não existia a possibilidade de um parto normal sem episiotomia. A intervenção era entendida como uma “ajuda” no parto. E, mesmo com as orientações sobre as evidências e os riscos implicados no procedimento, algumas mulheres incluíram em seus planos a autorização da episiotomia caso o profissional considerasse necessário.

No Brasil existe a crença que o parto normal deixa os músculos vaginais frouxos, prejudicando os atrativos sexuais da mulher. Desta forma, a episiotomia é feita pelos médicos para corrigir os danos lesados pela passagem do bebê. Ainda, apelidada de “ponto do marido”, existe a prática da sutura exagerada com o intuito de restabelecer o “estado virginal” e garantir prazer aos homens. Porém está frequentemente associada com dor na relação sexual<sup>(3)</sup>.

Em 2018, a OMS reconheceu não haver evidencia que prove a necessidade de episiotomia em qualquer situação<sup>(15)</sup>. No entanto, o corte acontece em mais da

metade dos partos naturais no Brasil<sup>(3,26)</sup>. Entre as entrevistadas, duas passaram pelo procedimento, uma delas primigesta. Seus discursos expõem experiências distintas sobre a episiotomia.

“a médica falou: só vou dar um cortezinho aqui, viu? - já tava lá mesmo (...) Fiquei de mãos atadas na verdade”. (Elza, p.4)

Naquele momento **Elza** estava na sala de parto prestes a conhecer seu filho. Ao ser comunicada que precisaria da episiotomia, não se sentiu em posição favorável para questionar a profissional. Estava de “mãos atadas” diante da hierarquia de poder e a supremacia do conhecimento médico.

Eu fiquei com muito medo, dele morrer ou eu, os dois, porque eu já tava sentindo uma dor que não era contração, eu acho que era o sangue já dentro de mim [*lágrimas nos olhos e voz embargada*] Já tava passando muito da hora, mas deu tudo certo. Na hora que ele cortou, ele saiu, ele deu um chorinho (...) eu agradei, porque se não fosse o corte, eu acho que o neném ia morrer. (Carolina, p.2, 7)

**Carolina** sofreu a episiotomia julgada como necessária pelo profissional, indo de acordo com o disposto em seu plano de parto. Estava fragilizada e tomada pelo medo alimentado durante todo internamento. Condição favorável para fortalecer a relação do poder médico e deste modo, aceitar intervenções. Ainda, como neste discurso, frequentemente observou-se ambivalência entre as entrevistadas. Ora relatavam sofrimento das situações vivenciadas ora satisfação e gratidão pela saúde e vida do bebê.

Sens et al.<sup>(31)</sup> entrevistaram médicos e residentes e constataram a perspectiva que mulheres mais informadas, que estabelecem boa relação com a equipe e geraram pouca demanda assistencial foram consideradas como mais fáceis de lidar. Paradoxalmente, estas passaram a ser inconvenientes quando recusam ou questionam intervenções, demonstrando a dificuldade destes profissionais de sustentarem o respeito à autonomia. As mulheres entrevistadas no estudo de Sena<sup>(32)</sup> relataram terem sido violentadas ao manifestarem sua recusa a algum procedimento e poucas afirmaram terem condições emocionais para enfrentar a equipe de saúde.

As recomendações da OMS e do Ministério da Saúde para o manejo do parto normal incluem a oferta de líquidos; liberdade para movimentar-se; estímulo à adoção de posições verticalizadas; e utilização de métodos para alívio da dor



como imersão em água, massagem, entre outros<sup>(15,24)</sup>. Essas práticas são acessíveis e de baixo custo, portanto possíveis de ofertar em qualquer serviço de saúde. No entanto, verifica-se que menos de 50% das mulheres utilizam as boas práticas durante o trabalho de parto no Brasil, sendo menos frequentes nas regiões Norte, Nordeste e Centro-oeste<sup>(26)</sup>.

**Clarice** vivenciou momentos de contrações muito dolorosas pelo efeito da ocitocina. A ela não foi ofertada a possibilidade de métodos não farmacológicos para acelerar o trabalho de parto. E, assim como **Elza** e **Carolina**, não teve acesso aos métodos para alívio da dor. Sobre isso diz:

Eu não utilizei o cavalinho, mas tinham mulheres que tavam utilizando. Se quiser pode tomar banho, porque a sala de pré-parto tem um banheirinho. Elas só pedem que se você sentir vontade de fazer cocô que avise (...) Quando entra eles explicam que você pode usar. Isso aí lá tinha. Mas não tinha quem ensinasse não. Ele falava que tava lá e se quisesse utilizar que poderia sentar e tudo. (Clarisse, p.2)

Métodos para alívio da dor não tem, inclusive medicamentoso, teve pessoas do meu lado que pediram e elas falaram - É normal pra parir sentir dor, não tem remédio que passe essa dor. (Clarisse,p.3)

De acordo com os relatos, os métodos estão disponíveis no serviço. No entanto observa-se limitações para uso deles, relacionadas com a deficiência na estrutura física, ao déficit de recursos humanos e a qualificação da equipe de assistência ao parto. O discurso ainda evidencia como as crenças e valores dos profissionais podem influenciar nas suas atitudes. O profissional citado em seu discurso naturaliza a dor do parto e se omite da sua responsabilidade no cuidado com a parturiente.

Entre as entrevistadas, **Marielle** foi a única que utilizou de recursos que auxiliam no alívio da dor. Sobre isso fala:

(...) eu perguntei: posso usar essa bola aqui? Aí me disseram que podia, aí eu peguei e usei, fiquei lá o tempo todo, até ele nascer. (...) coloquei no cantinho lá que era onde tinha um espaço e continuei fazendo meus exercícios (...) o espaço é pequeno, mas deu pra ajeitar. Fui no banheiro, tomei um banho (...) Mas estava muito gelada a água, eu fui tomar banho achando que estava mais ou menos quentinha ou morninha, porque eu já estava tomando banho em casa pra adiantar, pra ajudar. (Marielle, p.6)

## Testemunhas da violência obstétrica

A partir das entrevistas, é possível observar que as mulheres entrevistadas perceberam práticas violentas por profissionais de saúde durante o internamento. Algumas descreveram comentários ríspidos e desrespeitosos, principalmente com as mulheres que se manifestavam mais, seja solicitando apoio da equipe ou por gritarem de dor.

“no pré-parto é onde você escuta mais, né? As piadinhas (...) Aquele sub julgamento, né? Exemplo, tinha uma moça lá que ela tava no nono filho dela. Então, o rapaz virou pra ela e disse: - Você já não pariu oito vezes? Você não sabe o que é dor de parir?” (Clarisse, p.11)

“Mas a moça que tava do meu lado, a médica não tinha paciência nenhuma com ela. E aí foi a que mais me deu medo, né? Porque quando você ver acontecendo com outra pessoa você não quer que você passe por aquilo.” (Clarisse, p.9)

Durante as entrevistas a sensação mais frequente foi de abandono e medo. Sena<sup>(32)</sup> considera que o abandono emocional leva as mulheres a resignação e a aceitar qualquer tipo de tratamento, pior que ele seja. Como uma incapacidade de reagir diante do sentimento de falta de amparo ou escuta.

“Como já sei a fama do hospital, fiquei na minha, né? Procurei não chamar muito a equipe.” (Clarisse, p.6)

“Quando grita eles meio que entorta a cara, aí eu ficava com muito medo deles me rejeitarem. Aí eu ficava mais aguentando assim no gemido, de vez em quando soltava um “Aí” (Carolina, p.3)

A maioria das entrevistadas demonstraram adotar esse padrão de comportamento como mecanismo de defesa. Oprimidas, se mantiveram caladas, sem gritar, sem recorrer a equipe de saúde com medo de retaliações. A impressão é de abandono, estar sozinhas neste momento de tanta fragilidade. Um paradoxo: o local dito mais seguro para o parto, expõem as mulheres e seus bebês a riscos físicos e psicológicos.

O médico falou pra mim que eu não ia parir normal, ele virou pra enfermeira e disse: - “Ela não vai parir normal porque ela está com medo”. - Só que ele não sabia que meu medo maior era a cesárea, muito medo de cesárea, Nossa Senhora! Porque né? A questão visual, ele achou que eu não ia conseguir parir normal. (Clarisse, p.4)

O discurso acima demonstra a sensação de ironia do profissional de saúde para com a parturiente e a tentativa coloca-la no lugar de inapta. Trata-se de abuso emocional também conhecido como gaslighting, quando o homem faz a vítima, mulher, perder a habilidade de confiar em suas próprias percepções.

Ocorre da mesma forma quando gritar de dor é sinônimo de ser louca ou descontrolada.

As mulheres negras são as mais atingidas pela violência obstétrica pois são as que mais peregrinam para o parto, não possuem direito ao acompanhante, recebem menos anestesia local para episiotomia e estão em maior risco de morte materna. No Brasil a razão de mortalidade materna é duas vezes e meia maior para mulheres pretas em comparação com as brancas<sup>(33)</sup>. Neste estudo não foi questionado as entrevistadas sobre a existência de preconceito racial no atendimento. No entanto, o racismo institucional é exposto a partir do discurso de Clarisse a qual refletiu que pela sua fenótipo (branca e olhos claros), o médico desacreditou da sua capacidade de parir normal. A conclusão de Clarisse converge com o estudo de Hoffman et al.<sup>(34)</sup> o qual revelou a falsa crença entre estudantes de medicina e residentes que pretos são mais resistentes à dor.

### “Eu disse Não!”

“o médico falou que não dava para passar, ele tava tentando fazer (kristeller), mas sempre eu dizia que não, ele disse: “só quero ajudar”, mas eu disse “não, não!”

(...) eu lembrei logo [do plano de parto]. Aí, pronto, eu disse que não! O médico falou: “então faça força”, eu disse: “Eu faço”. (Elza, p.4)

Durante as entrevistas as mulheres relataram momentos em que se posicionaram diante da equipe de assistência ao parto na tentativa de atingir o que desejavam ou se proteger. **Elza** reagiu contra à manobra kristeller. **Clarisse** não aceitou a opinião do médico e pariu normal. E **Marielle** decidiu não ficar restrita na maca alocada no corredor para ela. Mesmo diante de um cenário desfavorável, optou por caminhar no corredor do pré-parto, utilizar a bola suíça e o chuveiro. No meio desse cenário desfavorável, assumiram o protagonismo dos seus partos.

As mulheres deste estudo decidiram assumir um outro lugar até então novo para elas. Para além de instrumento de informação, a construção do plano de parto foi agenciador do desejo destas mulheres. Enquanto redigiam seus planos se permitiram sonhar com um parto respeitoso. A “fama” do hospital não as tolheram.

**Marielle** vivenciou seus três partos no hospital de referência e compara sua experiência de parto com os anteriores.

Diferente foram os exercícios que eu fiz, foi o que me ajudou. Eu senti mais dor, mas foram dores que eu aguentei a suportar. Acredito que foi por causa do exercício que eu fiz. Eu comecei a sentir dor umas 5 horas da manhã, e desde 5 horas da manhã que eu estava fazendo exercícios, os exercícios que eu aprendi aqui. Aí dancei, coloquei música pra dançar, em casa, fazendo exercícios com a bola. Às 5 horas da tarde fui pro hospital. Aí quando eu cheguei lá eu já estava com 6 cm já. Nos outros eu passava mais tempo em casa, porque eu pensava assim, eu só vou quando eu não estiver aguentando mais. Mas quando chegava no hospital só tinha 2 cm de dilatação. Então foi muita diferença. Desta vez, também tomei banho quente, eu comprei uma bacia grande em casa, enchi de água e fiquei lá, tomei banho um pouquinho, ficava um pouquinho quando vinha as dores, aí aliviava mais. (...) Eu acredito que a diferença foi essa, com certeza.

O discurso acima demonstra como o acesso à informação tornou **Marielle** mais segura, a ponto de saber o que lhe faria bem no trabalho de parto. Se permitiu ficar em casa até o momento certo e deste modo, usufruir da privacidade, cuidados, convívio com filhos e marido e proteção do seu lar.

Nenhuma das entrevistadas realizou visita de vinculação, visto que no período estudado o hospital de referência deixou de ofertar as visitas as gestantes. Este fato impossibilitou o compartilhamento prévio dos planos de parto com os profissionais da assistência hospitalar. Foi necessário pactuar no pré-natal que a apresentação do plano ocorreria no momento do internamento. E assim, fizeram duas entrevistadas.

A médica perguntou dos documentos. Eu falei: “eu fiz até o plano de parto”, aí ela: “tá bom, nestante eu vejo” (Elza, p.5)

Eu entreguei pra moça da triagem (...) Eles pedem os exames, tudo direitinho, entreguei, ela olhou lá e me entregou. Ela disse - Isso aqui fica com você, aí ela colocou junto com os outros papéis e me entregou. Eu entreguei lá na recepção. (..) não comentaram nada. Não sei se elas leram, eu sei que o que estava escrito foi do jeito que eu quis. Algumas coisas não, como a gente acabou de comentar sobre o acompanhante, mas ela explicou direitinho (Mariele, p.8)

Os relatos evidenciam que não ocorreram diálogos sobre os planos entre os profissionais e as mulheres. Andrezza<sup>(22)</sup> alerta que na ausência de uma cultura institucional de assistência ao parto alinhada com a perspectiva do compartilhamento de poderes, a busca por autonomia pode ser tomado como uma provocação, e inclusive gerar maus tratos. Apesar deste risco na pesquisa-ação,

não foi observado expressões que denotassem tratamento diferenciado a essas mulheres, seja de cuidado ou negligência.

### **Considerações Finais**

No momento do parto, observou-se que a utilização das boas práticas como utilização da bola suíça, deambulação, mudança de posição ocorreu a critério da parturiente, sem encorajamento por parte da equipe do hospital de referencia. Deste modo, poucas mulheres utilizaram, frente ao sentimento de opressão dentro da instituição e quando utilizaram ocorreu de modo desassistido. O medo e a sensação de abandono estiveram presentes nos relatos tornando algumas experiências de parto traumáticas.

O plano de parto não foi capaz de reduzir a exposição à violência obstétrica entre as entrevistadas. No entanto, observou-se que essas mulheres conseguiram identificar as situações de violência ou condutas inadequadas e reagiram quando lhes eram imperativo. Ainda, a equipe se mostrou indiferente ao Plano de Parto suscitando questões sobre sua formação profissional e educação permanente deficitária a respeito desse instrumento.

Nesta experiência, o plano de parto representou um potente instrumento educativo. As mulheres tiveram acesso às informações sobre boas práticas no parto e nascimento, reconheceram seus direitos, os procedimentos desnecessários e situações de violência, a partir do pré-natal na USF. A discussão em grupo proporcionou experienciar esses temas de forma mais prática e o compartilhamento de ideias, dando a possibilidade de escuta de experiências anteriores e expectativas para o parto.

A falta de um momento para compartilhamento do plano de parto nas visitas de vinculação demonstrou os limites para coordenação do cuidado e a falta de governabilidade para atuar dentro da instituição hospitalar. Deste modo, a experiência evidenciou a necessidade de envolver a SESAB nas discussões para questões mais estruturantes apontadas pela gestão do hospital. Além da necessidade de produzir um movimento dentro da instituição para mudança do modelo de assistência com permanentes sensibilizações e treinamentos que

envolvam desde a assistência ao parto normal até questões sobre gênero e racismo institucional.

Este estudo evidenciou algumas lacunas pertinentes para futuras pesquisas/ intervenções que podem contribuir para o processo de mudança no hospital de referência do município, assim como na rede de assistência à mulher durante a gravidez, parto e nascimento. Primeiro, analisar o alcance do Plano de Parto entre os profissionais do hospital. Segundo, realizar a revisão de prontuário para análise das intervenções frequentes na assistência ao parto no serviço, assim como utilizar do instrumento do plano de parto para capacitações e construção de protocolos internos. E a terceira, difundir o ideário das boas práticas, do parto humanizado e direitos das mulheres entre as equipes da APS do município com a perspectiva do Plano de Parto entrar na rotina do pré-natal e desta forma, contribuir para a transformação da realidade de violência contra as mulheres.

## Referências

1. DINIZ CSG. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. Revista brasileira de crescimento e desenvolvimento ... [Internet]. 2009;19(2):313–26. Available at: [http://bhpelopartonormal.pbh.gov.br/estudos\\_cientificos/arquivos/genero\\_saude\\_materna.pdf%5Cnhttp://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12822009000200012](http://bhpelopartonormal.pbh.gov.br/estudos_cientificos/arquivos/genero_saude_materna.pdf%5Cnhttp://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822009000200012)
2. VICTORA CC. Consultoria: Pesquisa para estimar a prevalência de nascimentos pré-termos no Brasil e explorar possíveis causas. Unicef [Internet]. 2013;1–18. Available at: [http://www.unicef.org/brazil/pt/br\\_prematuridade\\_posiveis\\_causas.pdf](http://www.unicef.org/brazil/pt/br_prematuridade_posiveis_causas.pdf)
3. DINIZ CSG, CHACHAM A. O “corte por cima” e o “corte por baixo”: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. Questões de Saúde Reprodutiva. 2006;1(August 2016):80–91.
4. Organização Mundial de Saúde. Prevenção e eliminação de abusos , desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde. Organização Mundial da saúde- Human Reproduction Programme [Internet]. 2014;(5):4. Available at: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/3/WHO\\_RHR\\_14.23\\_por.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/3/WHO_RHR_14.23_por.pdf)
5. DINIZ SG et al. Violência obstétrica como questão para a saúde pública no brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e

- propostas para sua prevenção. *Journal of Human Growth and Development* [Internet]. 2015;25(3):377–84. Available at: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12822015000300019&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822015000300019&lng=pt&nrm=iso)
6. Maia M. Humanização do parto [Internet]. 2010. Available at: <http://books.scielo.org/id/pr84k/pdf/maia-9788575413289.pdf>
  7. MOTT ML. Assistência ao parto: do domicílio ao hospital. *Proj. Historia*. 2002. p. 197–219.
  8. FOUCAULT M. *Microfísica do poder*. 6 ed. Graal, organizador. Rio de Janeiro; 1986.
  9. DINIZ CSG. *Assistência ao parto e relações de gênero: elementos para uma releitura médico-social* [tese]. [São Paulo]: Universidade de São Paulo; 1996.
  10. MAIA M. Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional. FIOCRUZ, organizador. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2010;27:1042–3. Available at: <http://books.scielo.org/id/pr84k/pdf/maia-9788575413289.pdf>
  11. Zorzam BADO. Informação e escolhas no parto : perspectivas das mulheres usuárias do SUS e da saúde suplementar. 2013;225.
  12. TESSER CD, KNOBEL R, ANDREZZO HF, DINIZ CSG. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade* [Internet]. 2015;1–12. Available at: <http://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/1013>
  13. Conselho Federal de Medicina. CFM apoia MS em decisão sobre o termo violência obstétrica. Portal eletrônico [Internet]. 2019; Available at: [https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=28210%3A2019-05-09-18-50-35&catid=3%3Aportal&Itemid=18](https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=28210%3A2019-05-09-18-50-35&catid=3%3Aportal&Itemid=18)
  14. Conselho Federal de Medicina. Parecer CFM nº32/2018. 2018; Available at: <http://estaticog1.globo.com/2019/05/07/ParecerCFMViolenciaObstetrica.pdf>
  15. Organização Mundial de Saúde. *Recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience*. Geneva; 2018.
  16. Ministério da Saúde. Despacho [Internet]. 2019 [citado 20 de agosto de 2019]. p. 1. Available at: <http://www.simers.org.br/noticia/leia-o-despacho-do-ministerio-da-saude-que-rejeita-o-termo-violencia-obstetrica>
  17. AQUINO EML. Para reinventar o parto e o nascimento no Brasil: de volta ao futuro [Internet]. Vol. 30, *Cadernos de Saúde Pública*. 2014. Available at: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2014001300002&lng=pt&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300002&lng=pt&nrm=iso&tlng=en)
  18. SENA LM, TESSER CD. Violência obstétrica no Brasil e o ciberativismo de mulheres mães: Relato de duas experiências. *Interface: Communication, Health, Education*. 2017;21(60):209–20.

19. DINIZ CSG. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2005;10(3):627–37. Available at: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232005000300019&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300019&lng=en&nrm=iso)
20. Hidalgo-Lopezosa P, Hidalgo-Maestre M, Rodríguez-Borrego MA. Birth plan compliance and its relation to maternal and neonatal outcomes. *Revista latino-americana de enfermagem*. 2017;25:e2953.
21. RODRIGUES MS. Humanização no processo de parto e nascimento: Implicações do plano de parto [dissertação]. [Belo Horizonte]: Universidade Federal de Minas Gerais; 2017.
22. ANDREZZO HFA. Um desafio do direito a autonomia: uma experiência com plano de parto no SUS [dissertação]. [São Paulo]: Universidade de São Paulo; 2016.
23. BECKER, Letícia Vieira; MORETTO, Virgínia Leismann; RIFFEL, Mariene Jaeger; PINTO LV. Educação em saúde e Plano de Parto na Atenção Primária à Saúde: A busca pelo empoderamento das Mulheres.
24. Ministério da Saúde. Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal [Internet]. Brasília, DF; 2017. p. 53. Available at: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_nacionais\\_assistencia\\_parto\\_normal.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf)
25. FRANCO TB. As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde. In: CEPESC-IMS/UERJABRASCO, organizador. *Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. Rio de Janeiro; 2006.
26. LEAL M do C, PEREIRA APE, DOMINGUES RMSM. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cadernos de Saúde Pública* [Internet]. 2014;30(suppl 1):S17–32. Available at: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2014001300005&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300005&lng=pt&tlng=pt)
27. TRIPP D. Pesquisa-ação: uma introdução metodológica. *Educação e Pesquisa*. 2005;31(3):443–66.
28. D'ORSI E, BRÜGGEMANN OM, DINIZ CSG, AGUIAR JM de, GUSMAN CR, TORRES JA, et al. Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2014;30(suppl 1):S154–68. Available at: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2014001300021&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300021&lng=pt&tlng=pt)
29. Ma B, GJ H, Sakala C, Rk F, Cuthbert A. Continuous support for women during childbirth ( Review ). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2017;(7).



30. Singata M, Tranmer J GG. Comer e beber durante o trabalho de parto [Internet]. Restricting oral fluid and food intake during labour. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2013 [citado 25 de agosto de 2019]. p. 1–6. Available at: <https://www.cochrane.org/pt/CD003930/comer-e-beber-durante-o-trabalho-de-parto>
31. Sens MM, Stamm AMN de F. Percepção dos médicos sobre a violência obstétrica na sutil dimensão da relação humana e médico-paciente. Interface (Botucatu). 2019;23:1–16.
32. SENA LM. “Ameaçada e sem voz , como num campo de concentração .” A medicalização do parto como porta e palco para a violência obstétrica [tese]. [Florianópolis]: Universidade Federal de Santa Catarina; 2016.
33. LEAL M do C et al. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. Cad Saúde Pública. 2017;1–17.
34. Hoffman KM. Racial bias in pain assessment and treatment recommendations, and false beliefs about biological differences between blacks and whites. Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America. 2016;113(16):4296–301.

## 6. CONCLUSÕES

O objetivo de pesquisa foi alcançado na medida que boa parte das mulheres gestantes que participaram do grupo e das consultas da USF estudada, assumiram protagonismo em todas as fases da pesquisa, tornando-se sujeitos do processo. Participaram do grupo, construíram seus planos de parto, discutiram as condições do hospital de referência do município, se mobilizaram para a visita de vinculação. Enfim, aceitaram a experiência deste desafio para o resgate da autonomia no momento do parto, em uma proposta de provocar a mudança no modelo de assistência em um movimento de fora para dentro do hospital, a partir das usuárias em associação com a Atenção Primária à Saúde.

Os desfechos das gestantes desta pesquisa convergem com o cenário de peregrinação<sup>9</sup> no momento do parto e prevalência de cesáreas maior que o recomendado pela OMS. Esses fatores dificultaram a obtenção de uma amostra maior de mulheres a serem entrevistadas, após seus partos, durante o puerpério. A maioria das gestantes envolvidas na pesquisa recusava o hospital de referência

---

<sup>9</sup> Peregrinação neste caso entende-se pela busca das mulheres por um parto com dignidade, em serviço fora do município, tendo que viajar por 40km até a capital, expondo sua vida e do bebê em risco

para o parto ou peregrinaram até a capital buscando preservar seus direitos. A rejeição esteve embasada por experiências negativas vividas no hospital por familiares, vizinhas ou por elas próprias em partos anteriores ou intercorrências obstétricas.

A implantação da ferramenta do plano de parto na rotina do pré-natal na Saúde da Família, principalmente na roda de apoio à maternidade, produziu possibilidades para uma experiência positiva e de certa forma estimulou as mulheres a parir no município. No entanto, a inexistência da visita de vinculação foi um agravante e demonstrou que a imagem negativa das mulheres se confirma cotidianamente na prática como um serviço não acolhedor.

A construção coletiva do plano de parto mostrou vantagens em relação à individual durante o pré-natal. No grupo, as mulheres vivenciaram as boas práticas, por exemplo, os exercícios, massagem, uso da bola suíça para alívio da dor, entre outros. Além disso, compartilharam experiências e opiniões. A construção coletiva do plano possibilitou o reequilíbrio dos poderes, o que na consulta individual tornou-se mais difícil. Para construir individualmente, o tempo de consulta se estendia muitas vezes comprometendo o fluxo de atendimento da unidade e conseqüentemente, fazendo com que a profissional torna-se a construção do plano mais diretivo, assumindo o risco de ser verticalizada.

Utilizar dois momentos para produzir o plano, o grupo e consulta, possibilitou ofertar a ferramenta a mais mulheres e os dois momentos podem se complementar. Algumas gestantes do grupo não registraram itens em seus planos por dúvidas que surgiram posteriormente. Isso indica a necessidade do auxílio profissional de forma individualizada para revisão do plano após o grupo. Além de sanar as dúvidas é possível que o profissional ajude na escrita para que o plano de parto melhor comunique à equipe do hospital, os desejos da mulher.

Não foram colhidas evidências de que a apresentação do PP, no momento da internação, foi indiferente à equipe. Entretanto, foi possível observar que as parturientes assistidas no hospital de referência não foram menos expostas à violência obstétrica, assim como não receberam atendimento diferenciado, seja de retaliação ou de maior cuidado. A experiência de discutir temas suscitados no

plano de parto as tornaram mais críticas, a ponto de reconhecerem condutas desaconselhadas e se protegerem delas.

Ainda assim, a percepção da maioria das entrevistadas foi de que suas experiências estiveram de acordo com o escrito no plano, com algumas ressalvas. As mulheres foram flexíveis em relação aos desejos não atendidos pela equipe geralmente com a justificativa de lotação e questões estruturais. Apesar dos discursos possuírem um forte viés de gratidão.

A implantação da estratégia do plano de parto produz sentido para a prática na Atenção Primária à Saúde. De um modelo focado na rotina de exames e rastreamento de complicações, o pré-natal passa a ser local de informação, compartilhamento de saberes, estímulo para a autonomia e produção de vínculo. Além disso, nesta experiência, o pré-natal transformou-se em lugar político: com o debate de modelos de assistência ao parto e com a mobilização social.

As dificuldades vivenciadas nesta experiência para o compartilhamento dos planos de parto evidencia o desafio cotidiano na Saúde da Família para a coordenação do cuidado. Uma Rede de Atenção à Saúde desarticulada e composta por serviços com modelos que disputam entre si. Faz-se necessário o fortalecimento de fóruns e espaços deliberativos que reúnam gestores, coletivo de mulheres e trabalhadores da saúde para construção desse diálogo e melhoria da assistência ao parto e nascimento no município.

## 7. REFERÊNCIAS

ANDREZZO, H. F. A. **Um desafio do direito a autonomia: uma experiência com plano de parto no SUS [dissertação]**. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2016.

BRASIL MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria n. 1067 de 04 de julho de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, e dá outras providências. Diário Oficial da União n. 128** Brasília, DF, 2005. Disponível em: <<https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CB0QFjAA&url=http://www.vigilanciasanitaria.sc.gov.br/index.php/download/category/155-neonatologia?download=820:portaria-n-1067-2005-institui-a-politica-nacional-de-atencao-obstetrica>>

BRASIL MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Direitos sexuais e direitos reprodutivos. A. Normas e Manuais Técnicos, Ministério da Saúde**, 2005. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha\\_direitos\\_sexuais\\_reprodutivos.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_direitos_sexuais_reprodutivos.pdf)>

BRASIL MINISTÉRIO DA SAÚDE. **RESOLUÇÃO NORMATIVA Nº 398. Dispõe sobre a Obrigatoriedade de Credenciamento de Enfermeiros Obstétricos e Obstetrias por Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde e Hospitais que Constituem suas Redes.** Brasília, DF, 2016. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzE5Mw==>>

BRASIL MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal** Brasília, DF, 2017. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_nacionais\\_assistencia\\_parto\\_normal.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf)>

DAVIS-FLOYD, Robbie. **The ritual of american hospital birth.** This article appears in *Conformity and Conflict: Readings in Cultural Anthropology*, 8th ed., David McCurdy, ed., HarperCollins, New York, 1994, pp. 323-340. Available in: <<http://www.davis-floyd.com/the-rituals-of-american-hospital-birth/>>. Acesso em: 20 fev. 2020.

DEL PRIORE, MARY; MARCÍLIO, M. L. **Ao sul do corpo: condição feminina, maternidades e mentalidades no Brasil colônia.** 2 edição ed. Rio de Janeiro: UNESP, 2009.

DINIZ, CARMEN SIMONE GRILO; AYRES, J. R. DE C. M. **Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto.** [s.l.] Universidade de São Paulo, 2001.

DINIZ, C. S. G. **Assistência ao parto e relações de gênero: elementos para uma releitura médico-social [tese].** São Paulo: Universidade de São Paulo, 1996.

DINIZ, C. S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 627–637, 2005.

DINIZ, C. S. G. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. **Revista brasileira de crescimento e desenvolvimento ...**, v. 19, n. 2, p. 313–326, 2009.

DINIZ, C. S. G. Materno-infantilism, feminism and maternal health policy in Brazil. **Reproductive Health Matters**, v. 20, n. 39, p. 125–132, 2012.

FONSECA, J. J. S. DA. **Metodologia da Pesquisa Científica.** [s.l.: s.n.].

FRANCO, T.; MERHY, E. E. Por uma composição técnica do trabalho centrada o campo relacional e nas tecnologias leves. In: HUCITEC (Ed.). **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde.** São Paulo: [s.n.]. p. 138–148.

FREIRE, P. **Pedagogia Do Oprimido.** **Educação e Tecnologia**, v. 21, p. 107, 1987.

HOTIMSKY, S. N. **Parto e nascimento no ambulatório e na casa de partos da Associação Comunitária Monte Azul: uma abordagem antropológica (Dissertação de mestrado) (PDF Download Available)**. [s.l.] Universidade de São Paulo, 2001.

LANSKY, S.; FRANÇA, E.; LEAL, M. DO C. Mortalidade perinatal e evitabilidade: Revisão da literatura. **Revista de Saude Publica**, v. 36, n. 6, p. 759–772, 2002.

LEAL, M. DO C. ET AL. Os percursos do parto nas políticas de saúde no Brasil por suas testemunhas: entrevista com Maria do Carmo Leal e Marcos Dias. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, v. 26, n. 1, p. 319–334, 2019.

LEAL, M. DO C.; GAMA, S. G. N. DA. Nascer no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 30, p. S5, 2014.

LEAL, M. DO C.; PEREIRA, A. P. E.; DOMINGUES, R. M. S. M. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. suppl 1, p. S17–S32, 2014.

MAIA, M. Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional. **Cad. Saúde Pública**, v. 27, p. 1042–1043, 2010.

MEDEIROS, R. M. K. ET AL. Repercussões da utilização do plano de parto no processo de parturição. **Revista Gaúcha Enfermagem**, v. 40, 2019.

MINAYO, M. C. DE S. **Ciência, Técnica E Arte: O Desafio Da Pesquisa Social**. p. 80, 2001.

MINAYO, M. C. DE S. **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. 32. ed. Petrópolis, RJ: [s.n.].

MOTT, M. L. Dossiê: Parto. **Revista Estudos Feministas**, p. 399–401, 2002.

NORMAM, ARMANDO H.; TESSER, C. D. Prevenção quaternária na atenção primária à saúde : uma necessidade do Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n. 9, p. 2012–2020, 2009.

ODENT, M. **O camponês e a parteira: uma alternativa à industrialização da agricultura e do parto**. Ground ed. São Paulo: [s.n.].

OLIVEIRA, V. J.; PENNA, C. M. DE M. **O discurso da violência obstétrica na voz das mulheres e dos profissionais de saúde**. v. 26, n. 2, p. 1–10, 2017.

OMS. Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde. **Organização Mundial da saúde- Human Reproduction Programme**, n. 5, p. 4, 2014.

OMS. Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas. **Human Reproduction Programme**, p. 1–8, 2015.

OMS. **Recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience**. Geneva: [s.n.].

PRIORE, M. L. M. DEL. Dossiê: a história do corpo. **Anais do Museu Paulista: História e Cultura Material**, v. 3, n. 1, p. 09–26, 1995.

RODRIGUES, M. S. **Humanização no processo de parto e nascimento: Implicações do plano de parto [dissertação]**. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, 2017.

SANTOS, M. F. Direitos sexuais e reprodutivos da mulher no Brasil e o estado de exceção no caso Adelig. **Revista Ártemis**, v. 18, n. 1, p. 137–146, 2014.

SCHMIDT, M. L. S. Pesquisa participante e formação ética do pesquisador na área da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 2, p. 391–398, 2008.

SENA, L. M.; TESSER, C. D. Violência obstétrica no Brasil e o ciberativismo de mulheres mães: Relato de duas experiências. **Interface: Communication, Health, Education**, v. 21, n. 60, p. 209–220, 2017.

SILVA, A. L. S.; NASCIMENTO, E. R. DO; COELHO, E. DE A. C. Nurses practices to promote dignity, participation and empowerment of women in natural childbirth. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, v. 19, n. 3, p. 424–431, 2015.

SOUSA, L. M. O.; ARAÚJO, E. M. DE; MIRANDA, J. G. V. Caracterização do acesso à assistência ao parto normal na Bahia, Brasil, a partir da teoria dos grafos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 12, p. e00101616, 2017.

SUÁREZ-CORTÉS, M. et al. Use and influence of Delivery and Birth Plans in the humanizing delivery process. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 23, n. 3, p. 520–526, 2015.

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

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. São Paulo: [s.n.].

TORNQUIST, C. S. Armadilhas da Nova Era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. **Estudos Feministas**, v. 10, n. 2, p. 483–492, 2002.

TRIPP, D. Pesquisa-ação: uma introdução metodológica. **Educação e Pesquisa**, v. 31, n. 3, p. 443–466, 2005.

VALADARES, C. **Pela primeira vez número de cesarianas não cresce no país. Agência Brasil. Ministério da Saúde**. [s.l.: s.n.]. Disponível em: <<http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2017-03/numero-de-cesarianas-cai-pela-primeira-vez-no-brasil>>. Acesso em: 25 jan. 2018.

VICTORA, C. C. Consultoria: Pesquisa para estimar a prevalência de nascimentos pré-termos no Brasil e explorar possíveis causas. **Unicef**, p. 1–18, 2013.

## ANEXO A



## PLANO DE PARTO

NOME:

ENDEREÇO:

TELEFONE:

E-MAIL:

DATA:

## Durante o Trabalho de parto:

1. Presença de um acompanhante de minha preferência, conforme a Lei 11.108/2005  
( ) SIM ( ) NÃO
2. Uso contínuo de Soro e Ocitocina Sintética  
( ) SIM ( ) NÃO
3. Liberdade para beber água e sucos enquanto seja tolerado.  
( ) SIM ( ) NÃO
4. Liberdade para caminhar e mudar de posição.  
( ) SIM ( ) NÃO
5. Monitoramento fetal: apenas se for essencial, e não contínuo.  
( ) SIM ( ) NÃO
6. Raspagem dos pelos pubianos  
( ) SIM ( ) NÃO
7. Analgesia somente quando eu pedir.  
( ) SIM ( ) NÃO

## Parto (hora do nascimento):

8. Liberdade para escolher a posição que me sentir melhor:  
( ) SIM ( ) NÃO
9. Episiotomia (corte na vagina) – somente se necessário com justificativa:  
( ) SIM ( ) NÃO
10. Manobra de Kristeller (profissional de saúde faz pressão no fundo do útero para empurrar o bebê para fora):  
( ) SIM ( ) NÃO
11. Ruptura artificial de bolsa, por rotina:  
( ) SIM ( ) NÃO
12. Amarração dos braços e das pernas durante o parto:  
( ) SIM ( ) NÃO
13. Bebê imediatamente colocado no colo para o contato pele a pele:  
( ) SIM ( ) NÃO

**Após o parto:**

14. Aguardar expulsão espontânea da placenta com auxílio da amamentação

( ) SIM ( ) NÃO

15. O bebê deve ficar comigo o tempo todo, mesmo para avaliação e exames.

( ) SIM ( ) NÃO

16. Alta o quanto antes.

( ) SIM ( ) NÃO

**Caso a cirurgia cesariana seja necessária.**

17. Presença do acompanhante:

( ) SIM ( ) NÃO

18. Anestesia: peridural, sem sedação.

( ) SIM ( ) NÃO

19. Ver a hora do nascimento, com o rebaixamento do protetor ou por um espelho.

( ) SIM ( ) NÃO

20. Após o nascimento, colocar o bebê sobre o peito e que as mãos estejam livres para segurá-lo

( ) SIM ( ) NÃO

21. Amamentação o quanto antes.

( ) SIM ( ) NÃO

**Cuidados com o bebê:**

22. Amamentação na primeira hora de vida:

( ) SIM ( ) NÃO

23. Oferecimento de água glicosada ou leite artificial:

( ) SIM ( ) NÃO

24. Alojamento conjunto o tempo todo.

( ) SIM ( ) NÃO

25. Colírio de nitrato de prata quando os exames de Streptococo, Clamídia e Gonorréia forem negativos:

( ) SIM ( ) NÃO

Esse é meu Plano de Parto, que protocolo neste momento para que minha vontade e autonomia sejam atendidas. Solicito que procedimentos em desacordo com o aqui expressamente descrito, sejam devidamente justificados no meu prontuário médico.

\_\_\_\_\_  
Assinatura:

Protocolo:

Recebido em \_\_\_\_\_

Por (nome e função): \_\_\_\_\_

Hospital: \_\_\_\_\_



## ANEXO B

<b>Nome</b>	<b>Idade</b>	<b>Raça</b>	<b>Escolaridade</b>	<b>Gestações</b>	<b>Estado civil</b>	<b>Ocupação</b>	<b>Desfecho</b>
<b>P1. Clarice</b>	23 anos	Branca	Superior incompleto	Primigesta	Casada	auxiliar administrativa estudante de enfermagem	Parto Normal HGC
<b>P2. Carolina</b>	42 anos	Parda	Ensino médio completo	G3P3 Partos normais	Casada	dona do lar	Parto Normal HGC
<b>P3. Elza</b>	30 anos	Negra	Ensino médio completo	Primigesta	união estável	Vendedora	Parto Normal HGC
<b>P4. G.K.</b>	18 anos	Parda	Ensino médio incompleto	Primigesta	união estável	Estudante	Parto Normal MTB
<b>P5. A.B</b>	32 anos	Negra	Ensino médio completo	G3P3 Cesáreas prévias	Casada	Dona do lar	Cesárea HGC
<b>P6. A.M.S</b>	27 anos	Negra	Superior incompleto	Primigesta	Casada	Auxiliar administrativa	Normal CPN
<b>P7. K.C.S</b>	18 anos	Negra	Ensino médio incompleto	G2P2 cesárea prévia	Solteira	Estudante	Cesárea IPERBA
<b>P8. A.CG</b>	24 anos	Parda	Ensino médio completo	G2P2 Cesárea prévia	Casada	Recepcionista	Cesárea HGC
<b>P9. G.J.M</b>	35 anos	Negra	Superior completo	Primigesta	Casada	Vendedora	Normal HJMN
<b>P10. M.J.</b>	21 anos	Parda	Ensino médio	Primigesta	Casada	desempregada	Cesárea MTB
<b>P11. Marielle</b>	28 anos	Branca	Ensino médio completo	G3P3 Partos normais	solteira	Dona do lar	Normal HGC

## APENDICE

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidada a participar da pesquisa “**A estratégia do plano de parto na Saúde da Família no município de Camaçari, Bahia**”; realizada pela discente Ana Clara Fonseca Santos, do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB), sob orientação da Professora Rocio Elizabeth Chávez Alvarez. O objetivo é promover o uso do Plano de Parto na sua gestação e no seu parto, no município de Camaçari.

Está convidada por ser gestante e usuária da Unidade de Saúde da Família (USF), sua participação será voluntária durante o grupo de pré-natal para construir seu plano de parto escrito e para uma entrevista gravada com duração máxima de meia hora que será realizada após seu parto, ao retornar à consulta na USF. O material coletado será transcrito com seu consentimento e utilizado para fins exclusivos da pesquisa, depois será arquivado digitalmente por cinco anos conforme a Resolução 466/2012 e unicamente a pesquisadora e orientadora terão acesso ao mesmo.

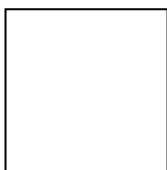
Alguns riscos de constrangimento ou desconforto emocional poderão aparecer durante a entrevista, ao lembrar seu parto. Caso isso ocorra, você e seu bebê/família receberão suporte gratuito durante ou depois a pesquisa pela psicóloga do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e assistência integral na USF, para minimizar os riscos. Contudo, sua participação e relato do parto, pode trazer benefícios coletivos que contribuirão para a melhoria da assistência à gestação e ao parto das mulheres do Município.

Você tem autonomia para decidir participar ou para se retirar a qualquer momento da pesquisa, sem ser penalizada por isto nem trará nenhum prejuízo ou limitará seu atendimento na USF pelos profissionais de saúde; e poderá solicitar informações da pesquisa a qualquer momento. Esta pesquisa não trará nenhuma despesa para você, nem receberá nenhum valor pela sua participação, sendo garantida a confidencialidade e privacidade dos seus dados pessoais.

Sempre que precisar poderá contatar a pesquisadora no e-mail [anaclara.fonseca@gmail.com](mailto:anaclara.fonseca@gmail.com), telefone (71) 36277136, e endereço: USF Novo Horizonte, rua Bahia, s/n - Novo Horizonte, CEP 42801-220, Camaçari-BA. Em caso de dúvidas quanto à condução ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSB, no endereço Campus Paulo Freire, Praça Joana Angélica, 250, São José, Teixeira de Freitas/BA, Telefone (73) 32912089, e-mail: [cep@ufsb.edu.br](mailto:cep@ufsb.edu.br), nos horários de 9h às 17h.

#### Consentimento Pós-Infirmação

Eu, \_\_\_\_\_, declaro ter sido informada pela pesquisadora sobre a pesquisa, os objetivos, riscos e benefícios da minha participação, sendo esclarecidas minhas dúvidas; e concordo em participar voluntariamente. Este documento é emitido em duas vias que serão assinadas ou carimbadas com a minha digital e assinadas pela pesquisadora, ficando uma via com cada um de nós.



\_\_\_\_\_  
Assinatura ou digital (polegar)  
Participante da pesquisa

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

\_\_\_\_\_  
Ana Clara Fonseca Santos  
Pesquisadora responsável