



O Plano de Parto como instrumento de inovação tecnológica para o parto e o nascimento

Mariene Jaeger Riffel: Escola de Enfermagem - UFRGS
Virgínia Leismann Moretto: Escola de Enfermagem - UFRGS

A experiência em sala de partos evidencia um modelo de atenção cujas práticas, amplamente disseminadas na sociedade, dificultam escolhas entre os diferentes modos de atenção ao parto e nascimento nas instituições hospitalares. O Programa de Humanização do Parto

e Nascimento busca chamar a atenção sobre as práticas realizadas sem o apoio das evidências científicas descritas para tais ocasiões, e sem a participação ou autorização da mulher (BRASIL, 2002). A tricotomia, ou raspagem dos pelos pubianos; o enema, ou lavagem intestinal; o NPO, ou jejum prolongado; a posição supina, ou

deitada “de costas” (geralmente a única alternativa disponível à mulher ao nascimento do filho); o clampeamento precoce do cordão umbilical; a falta de contato pele a pele entre mãe e recém-nascido e o aleitamento materno somente após manuseios considerados dispensáveis no recém-nascido como: banho imediato, antropometria, aspirado e lavado gástrico, credeização e vacinas, são apenas algumas das práticas que deveriam ser questionadas ou eliminadas na atenção ao parto, conforme recomendações recentes.

Assim, revendo as possibilidades para o preenchimento das lacunas relacionadas às múltiplas práticas que podem ser disponibilizadas às mulheres neste momento, chegou-se à publicação da Organização Mundial da Saúde que, em seu Guia de Práticas para Atenção ao Parto Normal, recomenda a elaboração de um plano em conjunto com profissionais durante o período pré-natal. Recentemente verificou-se que o plano de parto influencia positivamente em práticas que reforçam a autonomia da mulher, que aumentam as dimensões de sua segurança e satisfação, além de diminuir gastos em saúde (SUÁREZ-CORTÉS; ARMERO-BARRANCO; CANTERAS-JORDANA; MATÍNEZ-ROCHE, 2015). Em vista disto, elaborou-se um projeto de extensão sobre a implementação do Plano de Parto como uma prática de inovação tecnológica relacionada ao acompanhamento pré-natal na Atenção Primária de Saúde – APS, na cidade de Porto Alegre.

Enquanto inovação tecnológica, o plano de parto se desdobra em certos saberes constituídos para organizar ações humanas voltadas para o parto e nascimento e relações no trabalho; “envolve conexões, interações e influências de muitos e variados graus, incluindo relacionamentos institucionais de trabalho, pesquisa, ensino e governamentais, operando em rede. A área da saúde, fortemente influenciada pela modernidade e pela ciência, tem sido altamente sensível à incorporação de tecnologias de equipamentos materiais e bem menos sensível, à utilização de inovações não

materiais, em especial àquelas relacionadas à gestão e relações de trabalho” (LORENZETTI; TRINDADE; PIRES; RAMOS, 2012).

Outras bases conceituais

Em 1996, a OMS publicou um Guia de Práticas para Atenção ao Parto Normal no qual são destacadas práticas que constituem marcos na promoção de mudanças para a saúde das populações. Em décadas anteriores, mulheres vão às ruas reivindicando a propriedade de seu corpo e o direito a escolhas no que se refere ao parto e nascimento; estudos na área são publicados demonstrando um exagero nos percentuais de intervenções invasivas e no uso de tecnologias duras; os escassos indicadores de saúde na área materno-infantil mostravam lacunas na assistência prestada e a fragilidade do modelo assistencial vigente. Nesta sociedade, havia uma naturalização de determinadas práticas: de um lado a maior parte das mulheres recebia atenção sem questionamentos e de outro, profissionais prestavam assistência sem questioná-las bem como às suas famílias, e sem levar em consideração as evidências científicas. Constituída desta forma, a sociedade priorizava um modelo hegemônico onde gestação, parto e nascimento eram considerados processos patológicos ocorridos em corpos defeituosos e desconsiderava a perspectiva feminina que requeria para si a gestação parto e nascimento como processos normais em corpos saudáveis, onde práticas rotineiras não deveriam se sobrepor à fisiologia e à normalidade; onde a família fosse considerada integrante do processo e não alijada a ele; onde fossem disponibilizadas alternativas para escolha do modo de parir e de nascer.

Assim, a publicação da OMS (OMS, 1996) tem permitido a inclusão ou exclusão de muitas práticas cujas categorizações obedecem a determinados graus de necessidades ou importância, e à reflexão sobre o que tais práticas representam para a economia e a vida das sociedades que

delas se utilizam. Entre as principais reflexões e necessidades de mudanças evidenciadas, estão práticas que, uma vez realizadas rotineiramente e sem indicações descritas como benéficas para sua realização, constituem-se em atos de violência obstétrica que levam as mulheres a pensar que uma cesariana é menos prejudicial à sua saúde física e emocional do que um parto normal.

Inúmeras práticas, mais precisamente 68, foram classificadas em quatro categorias de acordo com sua utilidade, eficácia e ausência de periculosidade. A primeira prática, e que é também objeto deste projeto, encontra-se dentro da categoria A - “Condutas claramente úteis e que deveriam ser encorajadas” - indica o planejamento individual, determinando onde e por quem o parto será realizado. No seguimento da recomendação, há a indicação de que o plano deve ser realizado em conjunto com a mulher durante a gestação e comunicado a seu marido/companheiro e, se aplicável, a sua família (OMS, 1996). Desta forma, considera-se que a atenção pré-natal é o momento de organização do plano de parto, onde a mulher e sua família podem refletir sobre os seus desejos e expectativas relacionadas à assistência ao parto e nascimento.

As outras três categorias, nomeadas como B, C e D referem-se, respectivamente, a condutas prejudiciais ou ineficazes que devem ser eliminadas; condutas que devem ser utilizadas com precaução até a conclusão de novos estudos; e condutas frequentemente utilizadas de forma inapropriada.

Após 20 anos, esse plano individual está sendo trabalhado internacionalmente como Plano de Parto, definido aqui como um documento elaborado pela gestante e sua família, e quem mais ela queira envolver nesta construção. Para salientar a importância deste plano, remete-se à definição de documento como um “instrumento escrito que, por direito, faz fé daquilo que atesta; escritura, título, contrato, certificado, comprovante. Escrito ou impresso que fornece informação ou prova; aquilo que ensina, que serve de exemplo; é um



Figura 1- Consulta de pré-natal na Unidade de Saúde.
Fonte: Arquivo de imagens. Autorizada publicação.

escrito oficial de identificação pessoal” (MICHAELIS, 2016). Este Plano de Parto é, então, um documento escrito que detalha as preferências e expectativas da mulher sobre seu parto e, deveria ser considerado pelos profissionais das maternidades na sua operacionalização.

A elaboração do Plano de Parto

Em sua elaboração, cada prática apontada no Plano de Parto deve ser cuidadosamente esclarecida, contando com a ajuda de pré-natalistas. Acredita-se que esse plano individual possa potencializar a mulher como protagonista de seu parto e no respeito às suas escolhas.

A seguir apresenta-se algumas imagens com a descrição de situações que, implicadas na elaboração do plano de parto, mostram os efeitos desta tecnologia.

Nesta imagem (Figura 1), observa-se um momento da assistência à gestante que é também um momento pedagógico. Nela, aparece a irmã do bebê no colo da mãe, manuseando o equipamento para escuta dos batimentos cardíofetais, avaliada pela docente responsável pelo atendimento. A imagem foi realizada durante uma consulta de pré-natal, onde não foi avaliado apenas o bem-estar do bebê, mas realizada a escuta desta mulher em suas necessidades momentâneas e futuras relacionadas ao parto e nascimento. A escuta qualificada, adotada



Figura 2 – Consulta de pré-natal durante visita domiciliar.
Fonte: Arquivo de imagens. Autorizada publicação.

na consulta, é descrita no Protocolo da Atenção Básica à Saúde das Mulheres como uma ferramenta essencial ao período da gestação, parto e puerpério, e na prevenção de intervenções desnecessárias (BRASIL, 2016). Entre as necessidades identificadas, verificou-se a adequação da participação da filha de três anos junto à mãe durante a consulta, pois era cuidada exclusivamente por ela. Identificou-se também a necessidade de orientação sobre mudanças fisiológicas no padrão contrátil do útero; busca de serviço obstétrico para o nascimento; práticas possíveis de serem realizadas durante o trabalho de parto e parto (OMS 1996).

Quando as relações entre profissionais e usuárias ocorrem na forma da proximidade do encontro, percebe-se que esta usuária tem maiores possibilidades de interagir, de diferenciar-se no encontro da consulta e, por isso, ser afetada pelas orientações oferecidas por meio da escuta qualificada. “Às tecnologias envolvidas na produção desse encontro chamamos leves” (MERHY; FEUERWERKER, 2009).

A imagem acima (Figura 2) evidencia uma produção de saúde que pode se dar fora dos espaços tradicionais de atenção, àqueles onde os

profissionais habitualmente se encontram aguardando a procura por seus serviços. O local onde se deu esta consulta foi o domicílio da gestante e estiveram presentes a bisavó do bebê, a mãe e a irmã da gestante, que ouvia o bebê por meio de sonar. Um menino de dez anos não aparece na foto, mas se encontrava na sala e, à medida que os assuntos iam sendo abordados, ele realizava buscas sobre os mesmos na internet. Foi um momento importante para a construção do plano de parto que, neste caso, contou com a participação da família.

A imagem apresentada nos remete a pensar que há modos diferentes de produzir atos de saúde, e que estes permitam redefinir os espaços de relações entre profissionais e comunidade. Novos arranjos e novas combinações tecnológicas são necessárias, permitindo que tecnologias leves sejam valorizadas e fazendo com que “as necessidades dos usuários ocupem um lugar central”. Nesta construção de relações “em ato”, há circunstâncias específicas de cada encontro em que não há hierarquias a serem seguidas para um bom contato, para se identificar um problema ou imaginar possibilidades para enfrentá-lo. Há a possibilidade de ampliar o olhar e a escuta em diferentes espaços (MERHY; FEUERWERKER, 2009).

Além dos instrumentos e conhecimento técnico, as relações são fundamentais para a produção do cuidado, visto que o trabalho em saúde é sempre relacional: se dá no momento de sua produção e está relacionada com a forma como cada profissional aplica seu conhecimento (MERHY; FEUERWERKER, 2009). Assim, a visualização desta foto indica que as diferentes tecnologias são importantes para a atenção e são utilizadas para a construção do Plano de Parto. Na ocasião em que esta imagem foi realizada, abordou-se a importância do acompanhante de parto, previsto por legislação própria desde 2005, que permite a toda mulher o direito de ser acompanhada por uma pessoa de sua escolha desde sua internação até a alta hospitalar.



Figura 3 - Plano de Parto manuscrito pela usuária. Fonte: Arquivo de imagens. Autorizada publicação.

Na consulta posterior a esta visita, ocorrida na unidade de saúde, a gestante compareceu com seu plano de parto pronto (Figura 3).

O Plano de Parto

A Figura 4 apresenta o plano de parto elaborado por uma das grávidas atendidas

Os efeitos do Plano de Parto

As imagens apresentadas nas Figuras 5 e 6 mostram práticas recomendadas pela OMS, que não são proporcionadas às mulheres e suas famílias em grande parte das maternidades brasileiras, e que deveriam ser oportunizadas pelas instituições independentemente da elaboração de um Plano de Parto.

Um acompanhante de escolha da mulher é recomendação preconizada pela OMS e Programa de Humanização do Parto e Nascimento no Brasil. A permanência de um acompanhante não pode ser impedida por gestores nem por profissionais. As imagens mostram mulheres acompanhadas e satisfeitas; bebês “aninhados” ao colo de suas mães e em contato pele a pele, abraçados e aquecidos, situação que favorece o aleitamento precoce, já na primeira hora de vida, minutos em que o bebê está mais alerta (BRASIL, 2011).

Plano de Parto!

Estamos cientes de que o parto pode tomar diferentes rumos. Abaixo listamos nossas preferências em relação ao nascimento do nosso filho, caso tudo transcorra tranquilamente. Sempre que os planos não puderem ser seguidos, gostaríamos de ser previamente avisados e consultados a respeito das alternativas.

Trabalho de parto:

- ▶ Presença de meu marido ou mãe.
- ▶ Sem perfusão contínua de soro.
- ▶ Liberdade para beber água e sucos enquanto seja tolerado.
- ▶ Liberdade para caminhar e mudar de posição.
- ▶ Liberdade para uso do chuveiro.
- ▶ Monitoramento fetal: apenas se for essencial, e não contínuo.
- ▶ Analgesia: peço que não sejam oferecidos anestésicos ou analgésicos. Eu pedirei quando achar necessário.

Parto (hora do nascimento)

- ▶ Gostaria de um ambiente calmo nessa hora.
- ▶ Não vou tolerar que minha barriga seja empurrada para baixo.
- ▶ Episiotomia só se for realmente necessário. Não gostaria que fosse intervenção de rotina.
- ▶ Gostaria de ter meu bebê colocado imediatamente no meu colo após o parto. Com liberdade para amamentar.
- ▶ Gostaria que o pai cortasse o cordão após o mesmo ter parado de pulsar.

Após o parto!

- ▶ Aguardar a expulsão espontânea da placenta, sem manobras, tração ou massagem.

Se possível ter apoio para amamentação.

- ▶ Ter o bebê comigo o tempo todo, enquanto eu estiver na sala de parto, mesmo para exames e avaliação.
- ▶ Liberação para o apartamento o quanto antes com o bebê junto comigo. Quero estar ao seu lado nas primeiras horas de vida.
- ▶ Alta hospitalar o quanto antes.

Cuidados com o bebê:

- ▶ Quero fazer a amamentação sob livre demanda.
- ▶ Gostaria de dar o banho no meu bebê e fazer as trocas (eu ou meu marido ou minha mãe).

Agradeço muito a equipe envolvida e a ajuda para tornar este momento especial e tão importante para nós em um momento também feliz e tranquilo como deve ser.

Muito obrigada.

Figura 4 - Plano de Parto conforme manuscrito.



Figura 5 - Contato pele a pele mãe-bebê no pós-parto imediato com presença de acompanhante. Fonte: Arquivo de imagens. Autorizada publicação.



Figura 6 - Contato pele a pele e amamentação na primeira hora de vida do recém-nascido com presença de acompanhante. Fonte: Arquivo de imagens. Autorizada publicação.



Figura 7 - Visita domiciliar no puerpério. Fonte: Arquivo de imagens. Autorizada publicação.

A primeira hora de vida do recém-nascido tem sido denominada hora de ouro ou “golden hour”. Está relacionada a aspectos fisiológicos e emocionais de vínculo entre bebê com mãe e sua família e tem três práticas que são salientadas e descritas como manobras que vão “Além da sobrevivência” (BRASIL, 2011), ou seja, que favorecem o desenvolvimento da criança e potencializam a qualidade de vida desde o nascimento, indo para além de práticas consideradas “salvadoras”. Estas práticas puderam ser salientadas durante a elaboração dos planos de parto nos encontros da atenção pré-natal, onde é desenvolvido este projeto de extensão; são elas:

- ▶ clampeamento oportuno do cordão umbilical em substituição ao clampeamento imediato;
- ▶ contato pele a pele;
- ▶ e aleitamento materno na primeira hora de vida.

Sobre o clampeamento oportuno do cordão, sabe-se que o fluxo sanguíneo continua da placenta para o recém-nascido por aproximadamente três minutos depois do nascimento. Isso representa aumento no volume de sangue total do recém-nascido, fornecendo reservas de ferro desde o nascimento até, pelo menos, os seis meses de idade. Os benefícios desta prática para a mãe são direcionados à redução de complicações hemorrágicas, visto que uma placenta com menos sangue favorece sua expulsão. O contato pele a pele auxilia a regular a temperatura do recém-nascido, melhora as condições de circulação e respiração logo após o nascimento e facilita o início da amamentação efetiva. Para a mãe, o contato pele a pele, melhora o comportamento de vínculo e afeto, libera endorfinas e, consequentemente diminui o stress e a ansiedade, favorecendo a descida do leite. Observa-se que, ao oportunizar estas duas práticas, o início do aleitamento materno se dá na sequência e de forma espontânea. O aleitamento materno está associado à maior duração do aleitamento materno exclusivo, e duração da amamentação. Para a mãe, o início precoce do aleitamento estimula a liberação de



Figura 8 – Visita domiciliar às duas irmãs que tiveram uma semana de diferença em seus partos. Fonte: Arquivo de imagens. Autorizada publicação.

ocitocina e, com isso, reduz a possibilidade de processos hemorrágicos no pós-parto e melhora a percepção de sua capacidade de prover cuidados ao bebê (BRASIL, 2011).

Nas Figuras 7 e 8, observam-se efeitos do plano de parto em atividades pós-natais. Entre os efeitos relatados por mães e familiares em visitas domiciliares, está a repercussão que a apresentação escrita do Plano de Parto teve na instituição onde os nascimentos se deram.

Considerações Finais

O Plano de Parto, é uma tecnologia apresentada às gestantes no início do pré-natal. Ao longo desta atenção, possibilita a promoção de esclarecimentos e discussão das práticas claramente benéficas, baseadas em evidências científicas, e que deveriam ser oportunizadas a todas as mulheres. É uma tecnologia que tem sido possível avaliar como positiva por meio dos depoimentos dados por estas mulheres, nos encontros com os profissionais no período pós-parto. Entre tais depoimentos estão: a maior proximidade do acompanhante em parte do período de internação hospitalar, um aumento no período de tempo que precede o clampeamento do cordão, o favorecimento do contato pele a pele, o estímulo ao aleitamento durante a primeira hora de vida, as orientações prévias a cada prática realizada. O presente projeto de extensão suscitou o planejamento de pesquisa sobre as diversas relações do plano de parto com a assistência prestada. ◀

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 230 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Além da sobrevivência: práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde de mães e crianças**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 50p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria executiva. **Programa Humanização do Parto: humanização no pré-natal e nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 90p.

LORENZETTI, J., TRINDADE, L. L., PIRES, D. E. P., RAMOS, R. R. S. Tecnologia, inovação tecnológica e saúde: uma reflexão necessária. **Texto Contexto - Enferm. Florianópolis**, v. 21, 2, p. 432-439, junho 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000200023&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 out. 2016.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M. **Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea**. In: MANDARINO A. C. S.; GOMBERG, E. (Org.). *Leituras de Novas Tecnologias e Saúde*. São Cristóvão: UFS, 2009. p. 29-56.

MICHAELIS. **Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa**. Documento. Disponível em: <http://michaelis.uol.com.br/busca?r=0&f=0&t=0&palavra=documento>. Acesso em: 04 out. 2016.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Saúde Materna e Neonatal. Unidade de “maternidade segura”. *Saúde Reprodutiva e da Família*. **Assistência ao parto normal: uma guia prático**. Genebra: Ministério da Saúde do Brasil, 1996.

SUÁREZ-CORTÉS, M.; ARMERO-BARRANCO, D.; CANTERAS-JORDANA, M.; MATÍNEZ-ROCHE, M. E. Uso e influência dos Planos de Parto e Nascimento no processo de parto humanizado. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 23, n. 3, p. 520-526, 2015.