

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**

VICTÓRIA PRATES PASQUALOTTO

PLANO DE PARTO: novas práticas sugeridas nas mídias sociais

**PORTO ALEGRE
2016**

VICTÓRIA PRATES PASQUALOTTO

PLANO DE PARTO: novas práticas sugeridas nas mídias sociais

Trabalho de conclusão de curso
apresentado à disciplina de Trabalho
de Conclusão II da Escola de
Enfermagem da Universidade
Federal do Rio Grande do Sul.
Prof^a Orientadora: Mariene Jaeger
Riffel

**PORTO ALEGRE
2016**

AGRADECIMENTOS

À meus pais por absolutamente tudo. Hoje, mais do que nunca, tenho ciência do quão importante eles sempre foram para mim - e continuam sendo.

À meus amigos de longa data, assim como os que a graduação me presenteou, em especial à minha colega Mariana. Obrigada! Vocês foram incríveis e imprescindíveis para que essa jornada se tornasse mais leve e divertida.

À minha filha Luiza, que chegou sem pedir licença e transformou meu mundo tornando-me uma pessoa melhor a cada dia. Foi também, a partir da gestação, que me encantei com a Obstetrícia e seus desafios diários. Luizinha: a mamãe te ama!

À minha orientadora, Enfermeira Obstetra Mariene Jaeger Riffel, por todo apoio e dedicação ao nosso trabalho. Pessoa incrível, de uma sensibilidade enorme. Obrigada!

E por fim, agradeço às gestantes e puérperas maravilhosas que cruzaram o meu caminho durante a graduação. Lutaremos diariamente para que o parto seja devolvido a vocês, e que seus filhos nasçam da maneira mais respeitosa possível.

RESUMO

Sugerido desde 1996 como ferramenta útil e que deve ser encorajada, o Plano de Parto foi definido como um plano pessoal elaborado pela mulher durante a gestação, conhecido pelo marido/parceiro e, se possível, pela família, que determina onde e por quem o parto deverá ser atendido. Também é prática incluída nos “10 Passos para o Pré-Natal de Qualidade” proposto pelo Ministério da Saúde, que preconiza sua elaboração a partir de informações fornecidas pelo pré-natalista sobre os benefícios do parto fisiológico. Por acreditar na potencialidade do Plano de Parto e perceber nos *blogs* e *sites* ferramentas de transmissão, circulação e produção de conhecimentos que possibilitam voz às mulheres, foram elaboradas as seguintes questões norteadoras: os *sites* e *blogs* sugerem novas práticas para inclusão em Planos de Parto?; quais são estas novas práticas sugeridas? Trata-se de estudo qualitativo, exploratório, descritivo, de análise temática conforme preconizam Lüdke e André, que teve como objetivo descrever e analisar as sugestões de Plano de Parto disponíveis em *blogs* e *sites*. A busca pelo objeto de pesquisa foi realizada no site Google, em 200 *links*. O total da amostra foi de 41 *blogs* e *sites*, analisados a partir da inclusão das informações em planilha de Excel e comparando-as com as práticas categorizadas pela OMS para assistência ao parto. Da análise emergiram 48 novas práticas que foram categorizadas de acordo com o momento de sua execução, ou seja: antes/durante a internação hospitalar, durante o trabalho de parto, durante o parto, no pós-parto e em caso de cesárea. Constatou-se a existência de uma rede de informações que instiga as mulheres quanto ao planejamento dos principais eventos considerados importantes para seus partos. Constatou-se, também, que os desejos das mulheres têm sido evidenciados pela internet, circulando em *blogs* e *sites*. As 48 práticas evidenciadas nem sempre são oriundas de resultados de pesquisas: muitas vezes dão voz à cidadã comum que ao expressar seus desejos e expectativas, passam a criar critérios únicos para a assistência em seus partos.

Palavras chave: Plano de parto. Humanização do parto.

ABSTRACT

Suggested since 1996 as an useful and encouraged tool, the Childbirth Plan has been defined as a personal plan developed by the woman during pregnancy, known by the husband/partner and, if it's possible, by the family, which determines where and by whom the childbirth should be attended. It is also a practice included in the "10 Steps to Prenatal Quality" proposed by the Ministry of Health, which advocates its preparation based on information provided by the prenatal care provider about the benefits of physiological delivery. Because of the potential of the Birthing Plan and the ability to perceive blogs and websites as tools for transmitting, circulating and producing knowledge that provide a voice to women, the following guiding questions have been elaborated: do websites and blogs suggest new practices for inclusion in Birthing Plans?; What are these new suggested practices? This is a qualitative, exploratory, descriptive study of thematic analysis, according to Lüdke and André, who had as objective to describe and analyze the suggestions of Birthing Plan available in blogs and websites. The research for the search object was realized in the Google site in 200 links. The total sample was 41 blogs and sites, analyzed from the inclusion of the information in Excel worksheet and comparing them with the practices categorized by the WHO for delivery assistance. From the analysis, 48 new practices have emerged and have been categorized according to the moment of their execution: before/during hospital stay, during labor, during delivery, postpartum and in case of cesarean section. It was verified the existence of an information network that instigates the women in the planning of main events considered important for their deliveries. It was also found that women's desires have been evidenced by the internet circulating on blogs and websites. The 48 practices do not necessarily come from research results: they often give voice to the ordinary person that when starts to express desires and expectations, begins to create unique criteria for assistance in the birth moment.

Key words: Childbirth Plan; Childbirth Humanization.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	7
2 OBJETIVO.....	10
3 REVISÃO DA LITERATURA.....	11
3.1 Gestação de risco habitual.....	11
3.2 Humanização do parto: um outro ordenamento na assistência.....	11
3.3 Boas práticas: sinônimo de melhores evidências.....	12
3.4 Educação em Saúde: a importância das mídias sociais.....	14
3.5 Plano de Parto: um documento de desejos.....	15
4 METODOLOGIA.....	16
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	20
5.1 Novas práticas sugeridas para utilização antes/durante a internação.....	20
5.2 Novas práticas sugeridas para utilização durante o trabalho de parto.....	23
5.3 Novas práticas sugeridas para utilização durante o parto	26
5.4 Novas práticas sugeridas para utilização no pós parto	31
5.5 Novas práticas sugeridas para utilização em caso de cesárea	36
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	39
RERERÊNCIAS.....	41
APÊNDICE	47

1 INTRODUÇÃO

Este estudo apresenta novas práticas sugeridas em Planos de Parto (PP) disponibilizados em *blogs* e *sites*.

Sabe-se que o parto é um processo único na vida de uma mulher, trazendo consigo diferentes significados de acordo com o momento. É evento, geralmente, fisiológico que, no Brasil, ocorre em menos da metade das brasileiras. Segundo a pesquisa *Nascer do Brasil* (2014), a cesareana ocorre em 52% dos nascimentos, ultrapassando de longe os limites preconizados pela Organização Mundial de Saúde que são de 10 a 15% (OMS, 2015).

Nesse caso, as altas taxas de cesariana colocam o nascimento como um processo patológico e a gestante como alguém doente que necessita de intervenção cirúrgica. Em 1985 a OMS incitou os países a reavaliarem as tecnologias aplicadas aos partos e nascimentos e as mulheres passaram a ser encorajadas para que elessem o tipo de parto que desejassem (CORTÉS et al., 2015).

A expectativa das gestantes quanto ao tipo de parto pode estar relacionada à maneira como as informações sobre o assunto são disponibilizadas e acessíveis. Sendo assim, a orientação durante o pré-natal deve fazer parte da assistência, trazendo, além de informação, um instrumento educativo de alto potencial, chamado de Plano de Parto, prática ainda pouco conhecida e pouco divulgada em nosso meio. (OLIVEIRA, 2002).

O Plano de Parto é definido como “um plano pessoal que determina onde e por quem o parto deverá ser atendido, feito pela mulher durante a gestação e conhecido pelo marido/parceiro e se possível, pela família” (OMS, 1996, p. 3) sendo a primeira prática listada no rol de práticas categorizadas conforme nível de evidências científicas da OMS, indicando-o como ferramenta útil que deve ser encorajada. O Plano de Parto também está incluído nos “10 Passos para o Pré-Natal de Qualidade” proposto pelo Ministério da Saúde, que preconiza sua elaboração pela gestante a partir de informações fornecidas pelo pré-natalista sobre os benefícios do parto fisiológico (CORTÉS et al., 2015).

O conceito de Plano de Parto e Nascimento foi cunhado por Sheila Kitzinger em 1980, nos Estados Unidos, como uma ferramenta concebida para proporcionar às mulheres informações para obtenção de uma consciência crítica sobre o processo de nascimento, a fim de obter escolhas informadas, pesando prós e

contras de diferentes práticas de nascimento e, assim, conseguir estruturar planos realistas para o parto e nascimento (HASENMILLER, 2001).

O Plano de Parto, instrumento privilegiado para a informação adequada sobre parto e nascimento às mulheres e suas famílias, que deveria ser elaborado durante o período de pré-natal da rede pública ou privada de saúde, pouco tem amenizado a grande lacuna existente na disseminação do conhecimento das práticas a ele relacionadas.

A publicação da indicação do Plano de Parto pela OMS acontece pouco tempo após o surgimento da World Wide Web, que em português significa algo como rede de alcance mundial, também conhecida como Web e “WWW”. Esta rede é um sistema de documentos interligados e executados na Internet que podem apresentar-se na forma de vídeos, sons, hipertextos e figuras. Para visualizar-se uma informação “navega-se na rede” para que estas sejam mostradas na tela do usuário. A “WWW” disponibiliza um grande volume de informações que pode colocar os indivíduos rapidamente em confronto com seus interesses e necessidades de consumo de informações, o que resulta na possibilidade de disseminação de tais informações mundialmente de forma rápida e abrangente (GERENCIANDO, 2016). Resultados de estudos e melhores evidências científicas sobre os mais diversos assuntos são, então, veiculados com rapidez e facilidade por pesquisadores e navegadores destas redes. As mídias sociais, entre elas os *sites* e *blogs* localizadas neste meio virtual, assumem importância na educação, e, no caso do parto e nascimento, na Educação em Saúde.

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2007) as ações de Educação em Saúde contribuem para a autonomia do usuário, no que diz respeito à sua condição de sujeito de direitos e autor de sua trajetória de saúde e doença; tais ações contribuiriam também para o desenvolvimento da autonomia dos profissionais diante da possibilidade de reinventar modos de cuidado mais humanizados, compartilhados e integrais.

Os *blogs* e *sites* têm publicado muitos conteúdos relacionados ao parto e nascimento. Daí o interesse em estudar que tipo de prática relacionada ao Parto e nascimento tem sido objeto de desejo das mulheres que optam por elaborar um Plano de Parto.

Por acreditar que a elaboração do Plano de Parto, planejamento que se traduz em benefícios e segurança à mulher em relação às práticas adequadas e

pertinentes à sua condição de gestante e mãe; por considerar a pertinência de um planejamento embasado na orientação das melhores evidências; por vislumbrar os *blogs* e *sites* como veículos de transmissão, circulação e produção de conhecimentos, dando possibilidade de voz às mulheres, foram elaboradas as seguintes questões norteadoras: os *sites* e *blogs* sugerem novas práticas para inclusão em Planos de Parto? Quais são estas novas práticas sugeridas?

2 OBJETIVO

Descrever e analisar as sugestões de Plano de Parto disponíveis em *blogs* e *sites*.

3 REVISÃO DA LITERATURA

Para melhor compreender a importância do Plano de Parto buscou-se descrever eventos ou práticas relacionados mais frequentemente a sua elaboração.

3.1 Gestação de risco habitual

O período gestacional é um fenômeno fisiológico, e deve ser visto, tanto pelas gestantes quanto pelas equipes de saúde, como parte de uma experiência de vida saudável que envolve mudanças dinâmicas do olhar físico, social e emocional (BRASIL, 2012).

A gestação é categorizada como de risco habitual quando não há necessidade de se utilizar alto suporte tecnológico e nas quais a morbidade e a mortalidade materna e perinatal são iguais ou menores do que as da população em geral. Ou seja, é aquela que não apresenta características ou situações que aumentam a probabilidade da mulher ou do bebê desenvolverem alguma complicação durante a gravidez, parto e pós-parto, como a presença de doenças cardíacas, diabetes, HIV/AIDS. A confirmação do risco se dá ao final do processo gestacional (BRASIL, 2012).

3.2 Humanização do parto: um outro ordenamento na assistência

O parto é momento marcado pela importância da chegada de uma nova vida e, mais que um evento carregado de práticas relacionadas à área da saúde, é um acontecimento repleto de emoções e significados.

Embora o parto seja um processo fisiológico, é comum que as parturientes, principalmente as primigestas ou aquelas que já passaram por experiências relacionadas à violência obstétrica, sofram preocupações desnecessárias e sintam-se inseguras ao ouvirem falar de perigos, traumas e dores intoleráveis (MATEI et al., 2003). Violência obstétrica é definida como qualquer ato exercido por profissionais da saúde ao corpo feminino durante os processos reprodutivos das mulheres. Esta violência pode ser expressa por abuso de ações intervencionistas, medicalização desnecessária, patologização dos processos fisiológicos da parturição (JUÁREZ et al, 2012).

Em meio às várias práticas utilizadas na atenção ao parto e nascimento, baseadas ou não em evidências científicas, o Ministério da Saúde lança, em 2000, o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), conforme Portaria/GM n.º 569, de 1 de junho daquele ano. O programa veio em atendimento, também, a acordos internacionais para a melhoria da qualidade de vida das populações, em especial à gestante, ao recém-nascido e à puérpera.

O objetivo primordial do PHPN é assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania, e fundamenta-se nos preceitos de que a humanização da Assistência Obstétrica e Neonatal é condição primeira para o adequado acompanhamento do parto e do puerpério. A humanização não é, portanto, o mero cumprimento de normas, regras ou realização de práticas: está focada no respeito às escolhas da mulher, no direito a um atendimento digno, respeitoso e sem qualquer tipo de violência. Seus preceitos devem estar presentes em todos os locais de assistência à gestante e devem ser garantidos o direito à informação e às escolhas da mulher.

3.3 Boas práticas: sinônimo de melhores evidências

Em 1996, a Organização Mundial da Saúde categorizou as práticas mais utilizadas na condução do parto normal, orientando o que deve e o que não deve ser realizado no processo do parto. As boas práticas na atenção ao parto e nascimento, baseadas em evidências científicas mundiais têm por finalidade o aperfeiçoamento e a humanização do cuidado oferecido à mulher (OMS, 1996).

As quatro categorizações da OMS indicam não apenas as práticas que são úteis e que devem ser utilizadas: indicam, também, práticas que não deveriam ser utilizadas sob hipótese alguma além, de práticas duvidosas em relação aos possíveis benefícios. Para melhor compreensão desta categorização, citam-se as mesmas a seguir.

Categoria A - Práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas

Categoria B: Práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas.

Categoria C: Práticas sem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela até que mais pesquisas esclareçam a questão.

Categoria D - Práticas frequentemente usadas de modo inadequado.

Das práticas consideradas úteis e que devem ser encorajadas, destacam-se:

- a. Plano individual determinando onde e por quem o nascimento será realizado, feito em conjunto com a mulher durante a gestação e comunicado a seu marido/companheiro.
- b. Avaliação do risco gestacional durante o pré-natal, reavaliado a cada contato com o sistema de saúde.
- c. Respeito à escolha da mãe sobre o local do parto.
- d. Fornecimento de assistência obstétrica no nível mais periférico onde o parto for viável e seguro e onde a mulher se sentir segura e confiante.
- e. Respeito ao direito da mulher à privacidade no local do parto.
- f. Apoio empático pelos prestadores de serviço durante o trabalho de parto e parto.
- g. Respeito à escolha da mulher sobre seus acompanhantes durante o trabalho de parto e parto.
- h. Fornecimento às mulheres sobre todas as informações e explicações que desejarem.
- i. Oferta de líquidos por via oral durante o trabalho de parto e parto.
- j. Métodos não invasivos e não farmacológicos de alívio da dor, como massagem e técnicas de relaxamento, durante o trabalho de parto.
- k. Liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto.
- l. Estímulo a posições não supinas durante o trabalho de parto.
- m. Contato cutâneo direto precoce entre mãe e filho e apoio ao início da amamentação na primeira hora após o parto, segundo as diretrizes da OMS sobre Aleitamento Materno.

Em 2011, o Ministério da Saúde cria a Rede Cegonha, uma estratégia do Sistema Único de Saúde (SUS) e fundamentada nos princípios de humanização da assistência às mulheres e às crianças. A Rede Cegonha tem por objetivos propor e operacionalizar um novo modelo de atenção ao parto, nascimento e à saúde da criança, num formato de atenção que garanta o acesso, acolhimento, resolutividade e redução da mortalidade materna e neonatal (BRASIL, 2011).

3.4 Educação em Saúde: a importância das mídias sociais

O princípio da integralidade do SUS diz respeito tanto à atenção integral em todos os níveis do sistema, como também à integralidade de saberes, práticas, vivências e espaços de cuidado. Ações de Educação em Saúde podem oferecer à mulher e aos profissionais a autonomia suficiente e necessária para a reinvenção de modos de cuidado mais compartilhados e [éticos] (BRASIL, 2007).

O conceito de Educação para a Saúde tem sofrido modificações ao longo das últimas décadas. Em 1980 era definida como “uma atividade planejada que objetiva criar condições para produzir as mudanças de comportamento desejadas em relação à saúde” (MACHADO, 2007). Nesta definição nota-se uma intenção de manter verticalizada a relação entre governo e população colocando os gestores como responsáveis pela construção dos padrões de saúde e a socialização destes padrões. A Educação em Saúde era dirigida ao reforço dos programas governamentais sobre as melhores evidências preconizadas pelas sociedades científicas cujos saberes deveriam ser aplicados à população. No entanto, as práticas de Educação em Saúde, quando estendidas à população de forma a integrá-la no processo tende a produzir atitudes geradoras de mudanças. E é desta maneira que a Educação em Saúde se apresenta como um grande campo de múltiplas faces, que agrega uma rede de relações diversas com os indivíduos e a sociedade, na qual se procura desenvolver e compartilhar potencialidades que busquem superar limites e dificuldades, tornando-a um bem comum e um processo de construção de conhecimento compartilhado que poderá resultar em intervenções nas relações sociais e influencias na qualidade de vida de cada envolvidos (MACHADO et al, 2007).

Assim, agregar educação à saúde implica que o profissional reconheça na usuária e seu familiar, possibilidades de escolha entre as práticas disponíveis para experienciar o parto e nascimento, e, também, o aprendizado de usuários e profissionais com as consequentes trocas existentes nos processos educativos.

A Educação em Saúde pode se beneficiar dos *blogs* e *sites*, visto serem recursos poderosos com evidente potencial mobilizador da sociedade civil. As redes sociais mobilizam perspectivas políticas inovadoras geradas entre indivíduos, no interior da sociedade civil, nas instâncias de poder dos governos municipais e locais,

assim como se oferece para a compreensão dos desafios da construção da cidadania democrática na contemporaneidade (CORDEIRO, 2007).

3.5 Plano de Parto: um documento de desejos

O uso do Plano de Parto e Nascimento foi rapidamente generalizado em alguns países da Europa. Em 1993 esteve presente em 78% das salas de parto da Inglaterra. Os países anglo-saxônicos repercutiram essa prática e a população começou a usá-lo para exigir um parto o mínimo de intervenções possíveis. A Espanha introduziu esta ferramenta em 2007 (CORTÉS et al., 2015).

Sendo a primeira prática encorajada pela OMS, Cortés et al. (2015) caracterizam o Plano de Parto como

um documento escrito, de caráter legal, em que a mulher grávida, após receber informações sobre a gravidez e o processo de parto, e considerando seus valores e desejos pessoais, além das expectativas criadas sobre seu parto ao longo da gravidez, e atendendo também a suas necessidades particulares, deve combinar com a parteira de Atenção Primária de Saúde e posteriormente com a parteira de Atenção hospitalar, quais alternativas, dentro da boa prática, prefere durante seu parto, sob condições normais (p. 2).

4 METODOLOGIA

Trata-se de estudo qualitativo, exploratório, descritivo, de análise temática, conforme preconizam Lüdke e André (1986). A análise exigiu que, num primeiro momento, todo o material coletado fosse organizado em partes, temas ou categorias, procurando-se identificar tendências e padrões relevantes, os quais foram reavaliados, buscando-se relações e interferências.

O Google foi escolhido para busca do material a ser analisado por ser considerado “a maior fonte de visitantes para a grande maioria dos *blogs*” (GERENCIANDO, 2016). O Google Analytics mostra que 44% das visitas aos *blogs* vêm do Google, ou seja, quase a metade dos visitantes que chegam a um *blog* iniciam sua busca pelo Google.

O campo de coleta foram *blogs* e *sites* que continham sugestões de Planos de Parto. Daí que a população foi constituída das publicações dos Planos de Parto sugeridos em *sites e blogs*, da qual foi selecionada a amostra a partir de pesquisas no *site Google* com os termos Plano de Parto, Plano de Parto pdf, Plano de Parto OMS e Plano de Parto SUS.

As pequenas variações agregadas ao termo Plano de Parto (SUS, OMS e pdf), se justificam pela necessidade de rastrear informações suficientes e qualificadas para análise, considerando que cada mecanismo de busca comercial – *sites e blogs* - tem uma fórmula diferente de atribuir peso às palavras em seu índice. É por isso que a busca de uma mesma palavra em diferentes mecanismos de busca produzirá listas diferentes, com as páginas apresentadas em ordens diferentes (GERENCIANDO, 2016).

Da busca de cada termo foram selecionadas as cinco primeiras páginas. Selecionar as primeiras páginas de cada termo de busca utilizado deveu-se à atualidade que as primeiras páginas resultantes da busca encerram. Algumas estatísticas indicam que a primeira página de resultados é, eventualmente, a única a ser visualizada e, quanto mais próximo do início dos resultados da busca o *site* estiver, maior será o número de visitas que receberá e, portanto, a possibilidade de obtenção de informações mais atualizadas sobre o que está sendo sugerido e o que está sendo lido pela população sobre o assunto (HISTÓRIA SOBRE OS SITES..., s.d.).

Como cada página comporta dez *links*, foram selecionados, inicialmente, 200 *links*. Ao cruzamento das informações constatou-se que 56 *links* estavam repetidos e em 103 não foram encontradas sugestões de Planos de Parto ou não foi possível o acesso às informações anunciadas. Ao final da seleção restaram 41 *links* possíveis de análise conforme os objetivos propostos, dentre eles, 26 *blogs* e 15 *sites*, sendo três sediados em Portugal e os demais no Brasil.

Quadro 1 – Distribuição de *sites* e *blogs* conforme termos de busca.

	PLANO DE PARTO		PLANO DE PARTO PDF		PLANO DE PARTO SUS		PLANO DE PARTO OMS		TOTAL
	<i>Blog</i>	<i>Site</i>	<i>Blog</i>	<i>Site</i>	<i>Blog</i>	<i>Site</i>	<i>Blog</i>	<i>Site</i>	
Página 1		2		5			2	2	
Página 2	4	1	1				2		
Página 3	1		1	1			3		
Página 4	2	2		1	1		3		
Página 5	2	1			1		3		
TOTAL BLOG	9		2		2		13		26
TOTAL SITE		6		7		0		2	15
									41

Fonte: Victória Prates Pasqualotto

Quadro 2 - Relação dos *blogs* e *sites*, ano de publicação e endereços eletrônicos selecionados.

n	NOME DO BLOG/SITE	ANO	ENDEREÇO ELETRÔNICO
1	Pais e filhos	2009	http://www.paisefilhos.pt/index.php/gravidez/parto/1012-exemplo-de-um-plano-de-parto
2	Materna Japão	2009	http://maternajapao.blogspot.com.br/2009/04/como-fazer-um-plano-de-parto.html
3	De mãe para mãe	2011	http://demaeparamae.pt/sites/default/files/forum/90525/plano_de_parto_3.pdf
4	Vila Mamífera 2	2013	http://vilamamifera.com/dadada/334/
5	Sites Uai	2013	http://www.uai.com.br/app/noticia/saude/2013/10/28/noticias-saude,193593/
6	Vida Materna	2013	http://www.vidamaterna.com/escrevendo-um-plano-de-parto-e-como-eu-escrevi-o-meu/

7	Maezissima	2013	http://www.maezissima.com.br/criar-e-educar/plano-de-parto/
8	Vida de gestante e mãe	2013	http://www.vidadegestanteemae.com.br/wp-content/uploads/2013/11/PLANO-DE-PARTO.pdf
9	Vila Mamífera 1	2014	http://vilamamifera.com/mulheresempoderadas/plano-de-parto-2/
10	Núcleo bem nascer	2014	http://www.nucleobemnascer.com/sites/default/files/files/plano_de_parto.pdf
11	Violência Obstétrica	2014	http://violenciaobstetricasc.blogspot.com.br/2014/12/plano-de-parto-o-que-e-como-protocolar.html
12	E agora gestante	2014	https://eagoragestante.wordpress.com/2014/06/26/plano-de-parto-o-que-e-e-importante-como-fazer/
13	Waldorf em casa	2014	http://waldorfemcasa.blogspot.com.br/2014/11/plano-de-parto-comentado.html
14	Pequeninhinho	2014	http://www.pequeninhinho.com/2014/04/plano-de-parto-francisco.html
15	Me sinto grávida	2014	http://www.mesintogravida.com.br/2014/04/plano-de-parto-do-artur/
16	Rede mãe	2014	http://redemae.com.br/plano-de-parto/12546
17	Instituto Nascer	2014	http://institutonascer.com.br/como-escrever-seu-plano-de-parto/
18	M de Mulher	2015	http://m.mdemulher.abril.com.br/saude/bebe/entenda-como-funciona-o-plano-de-parto
19	Mães de peito	2015	http://www.maesdepeito.com.br/saiba-a-importancia-do-plano-de-parto-e-como-fazer-o-seu/
20	Dr. Lu Herrero	2015	http://www.dralucianaherrero.com.br/plano-de-parto-normal/
21	Rebeca Doula	2015	http://rebeca-doula.blogspot.com.br/p/plano-de-parto.html
22	Recanto da mamãe	2015	http://www.recantodamamae.com.br/saude/plano-de-parto/
23	Bebe em casa	2015	http://www.bebemcasa.com.br/2015/04/plano-de-parto.html
24	Sentidos do Nascer	2015	http://www.sentidosdonascer.org/wordpress/wp-content/themes/sentidos-do-nascer/assets/pdf/Planodeparto.pdf
25	Associação Portuguesa	2015	http://www.associacaogravidezeparto.pt/wp-content/uploads/2015/02/Plano-de-Parto-APDMGP.pdf
26	Roseli Nomura	2015	http://www.cremesp.org.br/pdfs/eventos/eve_11112015_082203_Plano%20de%20Parto%20e%20Parto%20Humanizado_Dra.%20Roseli%20Mieko%20Yamamoto%20Nomura%20(4)%20(1).pdf
27	Sim senhora	2016	http://www.simsenhora.com/2016/03/meu-plano-de-parto.html
28	Grávidas antenadas	2016	http://www.gravidaseantenadas.com.br/2016/02/11/o-que-e-um-plano-de-parto/
29	Porto Materno	2016	https://portomaterno.com/check-list/plano-de-parto/
30	Comparto	2016	http://comparto.com.br/wp-content/uploads/2016/01/planodeparto.pdf
31	Amigas do parto	SD	http://www.amigasdoparto.com.br/plano3.html
32	Engravidar	SD	http://www.engravidar.blog.br/plano-de-parto/
33	Bebe mamãe	SD	http://bebemamae.com/parto/plano-de-parto-o-que-e-e-como-realizar
34	Espaço Adequado	SD	http://espacopartoadequado.e-vida.org.br/noticia/O-que-e-plano-de-parto
35	Cartilha da Gestante	SD	http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/files.do?evento=download&urlArqPlc=cartilha_gestante_2013_web.pdf
36	Despertar do parto	SD	http://www.despertardoparto.com.br/modelo-de-plano-de-parto.html
37	Bolsa de Mulher	SD	http://www.vix.com/pt/bdm/bebe/8238/plano-de-parto-o-que-e-e-como-fazer-um

38	Primeiros dias	SD	http://www.primeirosdias.com/parto-humanizado.html
39	In Utero	SD	http://www.inutero.pt/UserFiles/File/artigos/nascimento/Plano%20de%20Parto.pdf
40	SAPO	SD	http://lifestyle.sapo.pt/familia/gravidez/artigos/deve-fazer-um-plano-de-nascimento
41	Artemis	SD	http://pt.slideshare.net/Marcusrenato/plano-de-parto-modelo-da-artemis-e-defensoria-pblica-de-so-paulo

Fonte: Victória Prates Pasqualotto

Todas as informações encontradas nos modelos de Plano de Parto foram incluídas em uma planilha de Excel. Esta planilha foi elaborada para abrigar o nome do *site/blog*, o ano de publicação do Plano de Parto e as práticas categorizadas pela OMS. Foram sendo acrescentadas à essa planilha, novas sugestões de práticas conforme surgiam dos *sites* e *blogs* estudados. A busca pelos dados foi facilitada utilizando-se o recurso “filtro” do programa Excel.

A descrição das análises e das discussões respeitaram aspectos éticos relacionados a autoria dos textos estudados e a citação dos autores segundo as normas de citação da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT).

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

A análise dos 41 Planos de Parto selecionados fez emergir 48 práticas não citadas entre as 68 já descritas nas quatro categorias criadas pela OMS (1996). Estas novas práticas foram categorizadas, para fins de análise neste estudo, em cinco grupos de acordo com o momento de sua utilização, ou seja, o primeiro se refere ao período antes e durante a internação hospitalar, o segundo grupo diz respeito ao período em que a mulher se encontra em trabalho de parto; o terceiro grupo diz respeito ao período expulsivo e de dequitação que, no estudo, será referido como durante o parto. O quarto grupo de novas práticas identificadas diz respeito ao puerpério que, neste estudo será referido como após o parto e, o quinto grupo que abrange práticas relacionadas às mulheres que serão submetidas à cesareana.

Dentre os 41 modelos de Planos de Parto analisadas, apenas em oito *blogs* e *sites* havia descrições sobre as práticas sugeridas de modo a orientar sua utilização.

Sabe-se que as gestantes procuram informar-se sobre gestação, parto e pós-parto de diversas formas: em grupos de amigas, livros, internet, consultas de pré-natal são algumas possibilidades que tem promovido satisfação com o aprendizado e maior conhecimento em relação àquelas que não procuraram informações (FRANCISQUINI et al, 2010). Portanto, a leitura das sugestões de Planos de Parto divulgadas em *blogs* e *sites* podem ser importantes fontes de informação às gestantes e demais interessados, principalmente se, além das sugestões oferecidas houver a descrição dos motivos pelos quais as práticas publicadas são importantes.

A seguir serão apresentadas as novas práticas sugeridas pelos Planos de Parto de acordo com os grupos categorizados.

5.1 Novas práticas sugeridas para utilização antes/durante a internação

A hospitalização para o parto impõe rotinas de internação como a separação da mulher de sua família, a remoção de roupas e objetos pessoais, a restrição ao leito impedindo a deambulação além de alguns rituais de limpeza, como o enema e o jejum. A adoção de tais práticas faz com que a individualidade da gestante seja descaracterizada. Também impedem o exercício de sua autonomia e sexualidade

em favor de uma organização da assistência obstétrica modelada conforme uma linha de produção (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005) onde o produto a ser modificado é a gestante, de acordo com as normas estabelecidas.

Tratar a mulher como objeto a ser moldado conforme objetivos de profissionais ou da instituição, sem que haja a escuta qualificada da usuária e a consideração de seus pensamentos e vontades, pode ser considerada violência obstétrica. A restrição de determinados objetos de uso pessoal são ações evidentes dessa violência. Toda mulher grávida tem o direito de ser igual em dignidade, de ser livre para procurar, receber e dar informações, de não sofrer discriminações e de usufruir do mais alto padrão de saúde física e mental, incluindo a saúde sexual e reprodutiva (OMS, 2014).

Há uma clara tendência em auxiliar as mulheres no direcionamento de seu direito a informação, a saúde e a individualidade. A caderneta da gestante instiga as mulheres a envolver profissionais da assistência a fornecer-lhes orientações para defender seus direitos e não permitir que violência física, sexual ou psicológica lhe atinjam (BRASIL, 2014). A caderneta também instiga as gestantes a ligar para o número 180 ou o disque Saúde-136, que é gratuito, a fim de denunciar tais atos com palavras como as que seguem:

Se você sofrer qualquer tipo de violência física, sexual ou psicológica por parte de pessoas próximas ou desconhecidas e desejar ajuda do serviço de saúde, converse com o profissional que a está atendendo. Procure orientações para defender seus direitos e não permitir que aconteça novamente. Ligue 180 ou Disque Saúde – 136, de forma gratuita, e denuncie.

A privação de objetos pessoais durante a internação foi prática citada em 13 dos 41 Planos de Parto analisados. Em 12 deles a sugestão dirigiu-se a não restrição de objetos que melhoram os sentidos, como o uso de lentes de contato e/ou óculos. Outros objetos também foram referidos por um *blog* como importantes para a gestante durante sua internação, como: roupas de uso pessoal, corda (para sustentação do corpo da gestante em trabalho de parto), a bola obstétrica, o saco de sementes (que favorece o alívio da dor quando aplicado aquecido), a piscina (para imersão da grávida durante o trabalho de parto ou parto) e tapete de yoga, todos utilizados em situações que promovem conforto e diminuem a necessidade de intervenção medicamentosa que podem prejudicar mãe ou bebê.

O desconforto das mulheres em serem chamadas por mãe, mãezinha, queridinha e paciente do leito "tal" nas instituições hospitalares já foi bastante explorado na literatura e continua chamando a atenção. Em 2015 a revista época publicou uma reportagem de grande impacto sobre violência obstétrica onde um dos inúmeros tópicos abordados foi a respeito da identidade da mulher que é atendida nas maternidades brasileiras, inclusive nas particulares. No artigo, o profissional que atendia a gestante "não se identificou nem perguntou o nome da paciente. Apenas pediu a ela que afastasse as pernas" (LAZZERI, 2015). Quatro modelos de Plano de Parto estudados incluíram como prática importante a ser atendida, a necessidade de ser chamada pelo seu nome. A Caderneta da Gestante, documento fornecido para a gestante com informações a respeito de seu pré-natal, afirma que "ser chamada pelo nome que preferir e saber o nome do profissional que a atende" (BRASIL, 2014) é um direito a ser respeitado nos serviços de saúde. Ressalta-se que desde o artigo 16 do Código Civil brasileiro este direito é afirmado: toda pessoa tem direito ao nome, nele compreendidos o prenome e o sobrenome (BRASIL, 2002); o nome é o sinal que caracteriza o indivíduo na família e na sociedade, e o diferencia, ao lado de outros elementos de individualização, dos demais membros do grupo.

Outras práticas sugeridas como passíveis de serem solicitadas pelas mulheres em seus Planos de Parto antes/durante a internação hospitalar, foram: manter o celular no modo silencioso (1 PP), a opção de utilização de serviço público ou privado (2 PP) e a possibilidade de escolha do momento que irá interromper a gestação para o caso de não iniciar o trabalho de parto espontaneamente (2PP).

Esta última opção esta associada a alguns conceitos, como os de tempo de duração da gestação. Conceitua-se gravidez pós-termo àquela que ultrapassa as 42 semanas de duração. Conceitua-se RN de termo o que nasce de uma gestação cujo tempo varia entre 37 e 41 semanas e 6 dias de gestação. É em torno da 36ª semana que a função placentária atinge sua plenitude, declinando a partir de então, podendo apresentar calcificações e outras alterações responsáveis pela diminuição do aporte nutricional e de oxigênio ao feto, associando-se, dessa maneira, com aumento da morbimortalidade perinatal (BRASIL, 2006). As características destes períodos indicam que o bebê está desenvolvido no útero materno, mas não estão associados especificamente à sua hora de nascer.

Por recomendação da OMS (2006), por volta da 41ª semana de idade gestacional, ou antes disso, caso haja diminuição dos movimentos fetais, deve-se

encaminhar a gestante para seu centro de referência, onde serão realizados testes de vitalidade fetal, incluindo cardiocotografia, ultra-sonografia, dopplervelocimetria e amnioscopia. Embora a gestação possa se prolongar até as 42 semanas a recomendação da OMS tem sido entendida como uma necessidade de interrupção da gravidez após as 41 semanas e antes das 42 semanas sem, portanto, aguardar-se um trabalho de parto espontâneo.

Assim, se algumas mulheres citarem como desejo para seu parto que seja aguardado seu início espontâneo, independentemente da idade gestacional, mesmo que ultrapasse 42 semanas de gestação quando nas avaliações de bem estar mãe e bebê, encontrem-se bem, esta escolha deveria ser entendida como o exercício de seus direitos sobre seus corpos e de seu filhos.

Em relação ao pedido de manter o celular no modo silencioso pode-se relacionar esta solicitação à necessidade de ambiente tranquilo durante o processo de parir e nascer. A ausência de ruídos alheios a estes momentos facilita a concentração da mulher e a mobilização de estruturas arcaicas do cérebro, tão importantes para que estes processos se dêm fisiologicamente (ODENT, 2002).

Já a possibilidade de atenção em serviço público ou privado não foi ressaltada nos *blogs* e *sítes* visto que apenas indicavam a possibilidade de uso destes serviços e profissionais. Considera-se que esta sugestão contempla de alguma maneira a recomendação da OMS (1996) quando afirma que “a mulher deve dar à luz num local onde se sinta segura, e no nível mais periférico onde a assistência adequada for viável e segura”.

5.2 Novas práticas sugeridas para utilização durante o trabalho de parto

Metade dos Planos de Parto incluídos neste estudo sugerem a possibilidade de ouvir música durante o trabalho de parto. A música, quando agradável ao ouvinte, provoca liberação de endorfinas circulantes no sangue, sendo eficaz na redução da dor; é aplicável a pessoas sadias auxiliando-as no reequilíbrio de comportamentos alterados pelas relações diárias e traz consigo alguns benefícios, sendo eles: tornar mais lenta e profunda a respiração; aumentar a resistência às excitações sensoriais; combater o estresse; permitir o domínio das forças afetivas e auxiliar no bom funcionamento da fisiologia. Tranqüilidade, calma, alívio da dor e contrações uterinas

mais suportáveis foram relatados por puérperas que ouviram música durante o trabalho de parto (TABARRO, et al 2010). Além dos benefícios no trabalho de parto, as puérperas que ouviram música durante a gestação relataram que a música trouxe benefícios para bebê. O feto, que tem percepções auditivas em torno do 4º ou 5º mês, além de captar as vibrações sonoras pelo aparelho auditivo, as recebe através das vibrações do corpo materno. Assim, estas puérperas referiram que a música passou a ser reconhecida pelo bebê no pós-parto sendo um indutor de calma e tranquilidade para eles, trazendo benefícios também no alívio das cólicas comuns do recém-nascido (TABARRO et al, 2010).

A decisão de aguardar o trabalho de parto no domicílio, até pelo menos a fase ativa, foi sugerida em cinco Planos de Parto estudados. No cotidiano observa-se, comumente, a pressa da gestante e seus familiares para a chegada ao hospital logo após o início das contrações ou a ruptura das membranas ovulares. No entanto, a internação precoce dá margem ao que tem sido denominada uma “cascata de intervenções” (OMS, 1996; VOGT, 2011) onde práticas rotineiras e, quase sempre desnecessárias, culminam em situações iatrogênicas. Assim, esperar no domicílio, ambiente acolhedor e conhecido, pode significar maior segurança, menores chances de intervenções e/ou procedimentos de rotina e desnecessários.

Quatro Planos de Parto estudados sugerem que a mulher documente o desejo de se fazer silêncio durante as contrações. A OMS (1996) recomenda o respeito à privacidade da mulher no ambiente de parto ressaltando a necessidade de “seu próprio quarto, onde o número de prestadores de serviço deve ser limitado ao mínimo essencial” (p. 13). O que se observa em grande parte das maternidades é uma grande área onde as mulheres em trabalho de parto permanecem em conjunto. Eventualmente os leitos são separados por cortinas que, por sua vez, não promovem o isolamento do som, fazendo com que diálogos alheios sejam ouvidos por todos os presentes naquele ambiente. As recomendações da OMS vão ao encontro das evidências que mostram que o excesso de estímulos sensoriais aumenta a atividade do neocortex, fazendo com que se elevem os níveis de adrenalina e a inibição da liberação de ocitocina. Tais ações não favorecem a evolução do trabalho de parto (GUIDA; LIMA; PEREIRA, 2013) e reforçam as sugestões contidas nos Planos de parto quando sugerem um ambiente e equipes mais respeitosos durante as contrações uterinas.

Em relação ao momento em que amigos e familiares deveriam saber sobre o deslocamento da gestante para a maternidade ou sobre o nascimento do bebê foi sugerido que a mesma manifestasse sua vontade no Plano de Parto evitando ansiedade e constrangimentos, como os descritos no *blog* Vila Mamífera 2:

não quero causar ansiedade caso tenha um trabalho de parto longo, mas também não quero excluí-los do processo. (Minha mãe e uma prima foram visitar quando cheguei à Casa de Parto (sem a minha autorização – hum!). [já] Minha sogra e minha cunhada chegaram logo depois do [nascimento do] João.)

O *blog* Vila Mamífera 1 sugere que a ausculta dos batimentos cardio fetais (BCFs) e o toque vaginal sejam realizados por uma Enfermeira Obstétrica (EO) de escolha da gestante, e não indiscriminadamente por parte da equipe do hospital. A sugestão de escolha de uma enfermeira e não de outro profissional pode parecer estranha à população em geral, no entanto, Enfermeira Obstetra tem a competência legal (lei 7.498/86, art. 11, II) de prestar assistência à gestante, parturiente e puérpera, a assistência ao parto sem distocia e ao recém-nascido sadio (BRASIL, 1986).

Uma das práticas mais sugeridas nos *blogs* e *sites* foi a presença de acompanhantes de parto profissionais sem vinculação trabalhista com o hospital (massagista, fisioterapeuta, doula...). Entre os benefícios citados atribuídos a esta presença estão o comprometimento com o tipo de parto que a mulher deseja e o fornecimento de informações adicionais. Massagista, terapeuta corporal ou fisioterapeuta trazem benefícios como estímulo à deambulação e a manutenção ou escolha de posições mais verticalizadas, exercícios respiratórios e de relaxamento, analgesia através da eletroestimulação, massagens, auxílio em banhos quentes e crioterapia (BAVARESCO, 2011), contribuindo para o bem-estar físico e emocional da gestante. À *doula* é atribuída a capacidade de reduzir as chances de uma cesariana em 50%, de promover um trabalho de parto mais curto, de diminuir o uso de ocitocina e de reduzir a necessidade de anestesia e fórceps (AMIGAS DO PARTO; GRÁVIDAS E ANTENADAS). A palavra Doula, de origem grega, significa "mulher que serve a outra mulher". Refere-se às mulheres que dão suporte físico e emocional às parturientes durante o trabalho de parto, parto e após o parto. Esse suporte engloba aspectos emocionais, como o encorajamento, a promoção de tranquilidade e medidas de conforto além de orientações (SANTOS; NUNES, 2009).

5.3 Novas práticas sugeridas para utilização durante o parto

Filmar o momento do parto, assim como fotografar, é ainda uma barreira enfrentada pela parturiente e seu acompanhante em instituições hospitalares. As imagens gravadas em meio físico possibilitam rememorar aspectos da gestação e parto, tantas vezes quantas forem necessárias. Doze Planos de Parto analisados sugerem essa opção; dois definem a possibilidade de fotografar ou filmar o parto como “forma maravilhosa de se lembrar desse momento incrível, desde que não atrapalhe a concentração da mãe ou impeçam o pai de participar ativamente no auxílio à sua companheira”. Salientam que algumas mulheres podem sentir-se constrangidas durante a gravação e isso interferir no desenvolvimento do parto e, em razão disso, sugerem que essa prática seja discutida antes. A discussão sobre a possibilidade de o acompanhante, ou quem for capturar as imagens, atrapalhe ou não as práticas realizadas com a mãe também é sugerida nos documentos do estudo.

Para o Conselho Regional de Medicina do Estado de Pernambuco, não existe normativa ética que impeça a documentação visual do parto desde que não haja prejuízo na qualidade da assistência obstétrica prestada. No entanto colocam a decisão da captura de imagens para profissional médico e não para a gestante ou seus familiares que são, certamente, a parte a quem mais interessa e a quem pertencem as imagens produzidas, concluindo que

o registro fotográfico e filmagem do parto vaginal ou cesárea pode ser realizado tanto pelo acompanhante ou por um profissional autorizado pela maternidade, após concordância do médico (CREMEPE, 2013).

Daí coloca-se o questionamento: a quem compete a permissão das imagens de seu próprio corpo? A outra pessoa que não a si mesma?

Uma das sugestões mais frequentes (31 PP) nos *sites* e *blogs*, considerada fator essencial para o parto, foi a penumbra no momento do nascimento. Esta, além de trazer conforto para a parturiente, faz com que o ambiente se torne mais acolhedor e similar à luminosidade do útero materno. Locais com pouca luz, privacidade e silêncio constituem-se naquilo que Michel Odent chama de “primeiro passo concreto para devolver o parto às mulheres” (ODENT, 2002, p.).

Uma sugestão que implica na aceitação do próprio corpo feminino foi descrita como “a chance de ver o nascimento do filho através de um espelho” (8 PP) corroborada pela possibilidade de tocar a cabeça do bebê assim que a mesma coroar (10 PP). A literatura indica que durante os puxos, a mulher deve ser encorajada a perceber seu corpo e o movimento de saída de seu bebê. A gestante precisa de uma atitude encorajadora e de apoio, pois, caso sintasse inibida ou amedrontada, a fase ativa do período expulsivo poderá se prolongar. Desta maneira, torna-se importante orientá-la sobre o que cada puxo representa para a progressão do bebê no canal do parto e informá-la das modificações do períneo quando for possível a visualização da cabeça do bebê. Caso for de desejo da gestante, esta poderá visualizar a cabeça do bebê através de um espelho, e poderá também tocá-la. Estas medidas não apresentam custos financeiros e poderão auxiliá-la durante os puxos bem como melhorar a satisfação da mulher no processo do nascimento (PREFEITURA DE BELO HORIZONTE, 2015).

Tais práticas dificilmente serão promovidas ou auxiliadas à mulher se os profissionais envolvidos na assistência não estiverem informados sobre as mesmas, treinados e mobilizados para gerar confiança em sua realização quando solicitadas (1 PP). Profissionais habilitados auxiliariam as usuárias em práticas como o clampeamento do cordão umbilical realizado pelo pai (23 PP), após a dequitação (1 PP) ou, se não for possível, pela própria parturiente (2 PP). Ao incluir o pai nas práticas sugeridas para a atenção ao parto, as usuárias afirmam a importância de sua participação no nascimento para a vida da criança. O corte do cordão simboliza o “início” de uma responsabilidade compartilhada no desenvolvimento do filho que, na gestação era atribuída, principalmente, à mãe. Agora, homem e mulher tornam-se companheiros no desenvolvimento e na afetuosa proteção da criança. Simboliza, ainda, a identidade do pai da criança com suas responsabilidades e alegrias (JARDIM; PENNA, 2012).

Além de atribuir importância ao clampeamento do cordão pelo pai, um *blog* sugere que este seja realizado somente após a dequitação. Apesar de não ser fornecida orientações aos leitores sobre o motivo e/ou importância do clampeamento neste momento, a literatura oriunda de ensaios clínicos sobre drenagem placentária indica “que a placenta com menos sangue encurta o terceiro período etapa do parto e diminui a incidência de retenção da placenta” (BRASIL, 2011a).

Uma prática geradora de estranheza, mas bastante interessante, vem sendo sugerida entre as mulheres e, portanto, foi incluída em Planos de Parto estudados (11 PP): ver e/ou levar a sua placenta para casa e, um deles, o *blog* Me Sinto Grávida, afirma que este órgão poderá servir para fins homeopáticos. A placenta é formada no útero da mulher uma semana após a concepção e tem como principais funções a transmissão de nutrientes, gases e água para o feto, excreção de resíduos de produtos de metabolismo fetal no sangue materno, adaptação do metabolismo materno em diferentes fases da gestação por meio da produção e excreção de hormônios (BROLIO et al, 2010). Sendo desenvolvida no corpo da mulher e tendo funções determinantes na nutrição e desenvolvimento fetal, as mulheres tem escolhido conhecer este órgão e, eventualmente, dar outro destino que não o lixo hospitalar. Para apoiá-las nestas práticas é conveniente descrever o artigo 18 do Código dos Direitos Humanos que preconiza o direito do cidadão “à liberdade de pensamento, de consciência e de religião; [...]de mudar de religião ou de convicção, [...] de manifestar a religião ou convicção, sozinho ou em comum, tanto em público como em privado, pelo ensino, pela prática, pelo culto e pelos ritos” (PORTAL BRASIL, 2009).

Outra nova prática sugerida nos Planos de Parto é a colocação do bebê em contato pele a pele com a mãe imediatamente após o nascimento, sem que passe por qualquer procedimento de “secagem ou limpeza”. Apesar de este detalhe ser pouco enfatizado nos *sites* e *blogs*, esta é uma prática importante para a formação do microbioma humano e é bem pouco conhecida pela população que, eventualmente, confunde-a com um mau cuidado ou uma má assistência, uma vez que o mais usual é entregar o bebê pesado, identificado, limpo e enrolado à mãe. Sangue, fluidos e secreções maternas são considerados sujidades que devem ser removidas do recém-nascido para evitar-lhes infecções ao invés de, ao contrário do que ainda se pensa, são condições indispensáveis para a formação de um sistema imunológico competente. O contato pele a pele está incluído na categoria A das práticas organizadas pela OMS, devendo iniciar-se imediatamente após o nascimento e ser contínuo, prolongado, estabelecido entre toda mãe-filho saudáveis. É prática que acalma o bebê e a mãe ao colocá-los em sintonia; auxilia na estabilização sanguínea, dos batimentos cardíacos e respiração da criança; reduz o choro e o estresse do recém-nascido evitando consumo energia desnecessariamente e mantendo o aquecimento do bebê pela transmissão de calor

por meio do corpo da mãe (MATOS et al, 2010). O contato pele a pele imediato ao nascimento também está presente entre os dez passos para o sucesso do aleitamento materno, recomendados pela Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC). Em recém-nascidos prematuros tardios o contato pele a pele e a amamentação na primeira hora de vida, mantém a glicemia e a estabilidade cardiorrespiratória favorecendo a manutenção do aleitamento exclusivo entre o primeiro e quarto mês do nascimento (SAMPAIO; BOUSQUAT; BARROS, 2016).

O fluxo de pessoal em sala de parto foi abordado como sugestão no *blog* Pais e Filhos ao publicarem o desejo “não gostaria que estivessem pessoas constantemente a entrar e a sair da sala de parto” (1 PP). Em outros quatro Planos de Parto consta a possibilidade de escolha entre a presença ou não de estudantes. Percebe-se que existe a necessidade de compreensão da importância das instituições educacionais que, ao incluírem acadêmicos nas ações assistências, qualificam o ensino e a assistência monitorados por docentes que trazem para a prática as melhores evidências disponíveis (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2016). Os *blogs* nos quais constam estas sugestões não explicam ou orientam os motivos de sua inclusão, deixando dúvidas ao leitor sobre os motivos para permitir ou proibir a entrada ou permanência dos acadêmicos na assistência às mulheres e suas famílias no parto. Também não foram encontrados materiais bibliográficos que definissem a participação do aluno em sala de parto como benéfica ou maléfica às mulheres, ou aos próprios estudantes.

Cuidados com o períneo foram abordados em um *blog* (Vila Mamífera 1) que sugeriu a sutura de laceração de períneo, mesmo que pequena. Outros três *blogs* sugeriram a aplicação de anestesia local no caso de ser necessária sutura de laceração. De acordo com a OMS (2005) podem ocorrer quatro tipos de lacerações, variando do primeiro ao quarto grau. As lacerações de primeiro grau envolvem a mucosa vaginal e/ou o tecido conjuntivo; as lacerações de segundo grau envolvem a mucosa vaginal, o tecido conjuntivo e os músculos subjacentes; as lacerações de terceiro grau se referem a transecção completa do esfíncter anal e, a laceração de quarto grau atinge a mucosa retal. A sutura de uma laceração é usada para prevenir e gerir a hemorragia pós parto e, a maior parte das lacerações de primeiro grau não requerem sutura.

A antissepsia dos genitais durante o parto foi sugerida, como prática a ser realizada ou não, num dos sites analisados, o Espaço Parto Adequado, uma

parceria da Agência Nacional de Saúde e Hospital Albert Einstein. Esta é uma prática comumente observada nas instituições hospitalares com o objetivo de diminuir a incidência de infecção local e possíveis complicações na cicatrização perineal. É prática que pode causar desconforto devido à sensibilidade e dor no períneo por ocasião do nascimento e não está associada a melhores resultados maternos e neonatais, ou seja, não diminui infecção, corioamnionite, endometrite e sepse neonatal e, por isso, não deve ser realizada rotineiramente (PREFEITURA DE BELO HORIZONTE, 2015).

Em relação à posição litotômica, dois *blogs* (Amigas do Parto; Grávidas e Antenadas) apresentam informações semelhantes sobre a posição para o parto, dizendo que

a posição de litotomia, na qual você se deita de costas e coloca os pés nos estribos ou perneiras, faz com que o parto seja um esforço contra a gravidade e força você a empurrar o bebê para cima. Estribos abertos, embora dêem ao médico uma excelente visão do campo de trabalho, fazem o períneo esticar demasiadamente, aumentando as chances de laceração.

A posição de litotomia é, sem dúvida, a mais frequente entre as parturientes: 91,7% mulheres que tem partos vaginais ficam nesta posição quando agrega-se o uso de perneiras ou estribos (LEAL et al, 2014). Os dois *blogs* sugerem que as mulheres não aceitem ter suas pernas contidas em perneiras ou estribos, orientando as desvantagens desta utilização. Outros seis Planos de Parto sugerem à mulher que ela não aceite ter seus braços e pernas contidos durante o parto.

A sugestão de coleta de sangue do cordão umbilical para congelamento em Banco de Sangue de Cordão Umbilical Privado foi citada em dois Planos de Parto, sem, no entanto, oferecerem informações sobre a relevância desta prática.

A Resolução da Agência Nacional de Vigilância Sanitária de 14 de junho de 2004 possibilitou a regulamentação dos Bancos de Sangue de Cordão Umbilical e Placentário (BSCUPs) e estabeleceu critérios para a seleção das doadoras, como: Idade entre 18 e 36 anos; Pré-natal documentado com pelo menos 2 consultas; Parto normal ou cesárea. Estabeleceu, também, critérios de exclusão como: Comportamento de Risco, Uso de drogas, Promiscuidade sexual e doenças infecto contagiosas; Doenças que possam interferir na vitalidade da placenta, como Diabetes Mellitus, Hipertensão arterial, etc.; Uso de medicamentos anti-depressivos, corticóides, ansiolíticos, hormônios de modo geral, etc.; Tempo de bolsa rota mais

de 18h; prematuridade; Peso do RN abaixo de 1.500g; História familiar para doenças hematológicas e metabólicas (INCA, 2004).

Antes da criação dos bancos de sangue de cordão umbilical todo o material oriundo dos anexos fetais eram despresados como lixo hospitalar. O Sangue de cordão Umbilical e Placentário (SCUP) representa uma fonte alternativa na obtenção de Células Tronco e Progenitoras Hematopoiéticas (CTPHs) para o Transplante de Medula Óssea. Contudo, o menor número de células-tronco disponíveis e a possibilidade de uma única coleta são considerados limitações da prática (INCA, 2004).

5.4 Novas práticas sugeridas para utilização no pós parto

O puerpério é considerado período de transformações físicas, fisiológicas e emocionais consequentes à gestação, iniciado logo após a expulsão da placenta (BRASIL, 2001). Sentimentos de insegurança ou a falta de conhecimento/orientação da mãe em relação aos cuidados com o bebê provocam a aceitação de práticas desnecessárias ou inadequadas e algumas vezes prejudiciais ao futuro de ambos. Dentre essas práticas encontra-se a sugestão de que não seja oferecida água, fórmulas lácteas e chupeta ao bebê (30 PP). Além destas, foram sugeridas as seguintes práticas: avaliação do RN na presença da mãe ou do pai do bebê (27 PP), troca de fraldas ou banho no bebê somente por pessoas autorizadas (16), amamentação sob livre demanda (15 PP), Postergar o banho do bebê (14 PP), alta hospitalar precoce (12 PP), opção de berçário (6 PP), visitação à vontade dos irmãos mais velhos (3 PP), opção de visita de familiares: ilimitada, restrita ou restrição parcial (3 PP), não aplicar vacinas no bebê (3 PP), opção de não amamentar (1 PP) e auxílio na amamentação (1 PP).

O oferecimento de líquidos e chupetas ao bebê são práticas corriqueiras e não recomendadas pelas melhores evidências científicas disponíveis. A importância desta categoria em sugerir que a grávida inclua sua não realização é despertar a curiosidade sobre os motivos de não realizá-las. Dentre os 30 Planos de Parto que não recomendam sua utilização, existe o alerta sobre sua inobservância nas maternidades, seja por falta de orientação dos profissionais que nela trabalham, das

usuárias ou devido a quantificação inadequada de pessoal para assistência de qualidade (AMIGAS DO PARTO; BEBEMAMAE).

O leite materno contém todos os nutrientes necessários para o bebê, além dos anticorpos da mãe. Sabe-se que a sucção é um fator muito importante para o RN, sendo totalmente suprida quando o bebê é amamentado no seio. Assim como a mamadeira e chupeta, os hábitos orais refletem diretamente no desenvolvimento motor-oral, craniofacial e no crescimento ósseo, podendo provocar alterações na postura e força dos órgãos fonoarticulatórios, além de prejudicar as funções de mastigação, respiração, deglutição e articulação dos sons da fala. Sua presença afeta o bom andamento do aleitamento materno, podendo trazer, como consequência, o desmame precoce (NEIVA et al, 2003).

A espécie humana é a única entre os mamíferos em que a amamentação e o desmame não são processos desencadeados unicamente pelo instinto, e, por esse motivo, eles devem ser aprendidos (GIULIANI, 2004). Amamentar em nossa sociedade está mais ligado à sexualidade do que à vida e à provisão de alimento. É usual encontrar-se mulheres que não amamentaram seus filhos ou que não pretendem amamentar. Alguns sentimentos relacionados a isso são vergonha e repreensão do companheiro e sociedade, que não julgam a amamentação como necessária ou importante.

É recomendação da OMS que os bebês sejam amamentados exclusivamente até os seis primeiros meses. A partir dessa idade, os bebês devem introduzir a ingestão de outros tipos de alimento, mas não abandonar o aleitamento materno até os 2 anos de idade (BRASIL, 2009). Entre os benefícios do aleitamento materno citam-se: menor possibilidade de hemorragia pós-parto, maior vínculo mãe-bebê, prevenção do ingurdimiento mamário, proteção contra o câncer de mama, de ovário, de osteoporose, (GIULIANI, 2004). O estímulo o aleitamento materno por livre demanda está incluído no oitavo passo para garantir o sucesso da amamentação (UNICEF, 1990). O aleitamento exclusivo e sob livre demanda foi sugerido em, 15 Planos de Parto e em contraposição encontrou-se a sugestão de não amamentar num deles, não havendo, neste Plano de Parto, a relação entre não amamentar e problemas de saúde materna ou fetal.

Vinte e sete modelos de Plano de Parto sugerem que seja incluída na lista de desejos a exigência da avaliação do recém-nascido em presença da mãe ou do pai, não havendo orientação e/ou explicação dos motivos para a sugestão. Sabe-se que

os eventos ocorridos nas primeiras horas de vida podem beneficiar o vínculo entre mãe-bebê. Logo após o nascimento, o recém-nascido passa por uma fase denominada inatividade alerta, que dura aproximadamente quarenta minutos. É exatamente neste período que as instituições hospitalares realizam alguns procedimentos importantes, mas não essenciais para a sobrevivência do bebê e que podem ser postergados a fim de garantir a potencialização da qualidade de vida desta criança (MATOS; et al, 2010). No entanto, muitas crianças são afastadas da mãe por práticas que iniciam pelo clampeamento precoce do cordão, verificação de dados antropométricos, administração de vacinas, credeização, verificação dos sinais vitais, aspiração de vias aéreas e aspirado e lavado gástrico entre outros (BRASIL, 2011b). Frente a esta realidade e na possibilidade da presença de acompanhante de escolha da mulher pode-se estimular que acompanhe a crianças nesse processo, informando e tranquilizando a mãe sobre tais procedimentos.

A opção de não aplicação das vacinas de rotina no RN foi sugerida em três Planos de Parto. No Plano de Parto da Associação Portuguesa é informado que em Portugal a vacinação não é obrigatória, mas há a sugestão de que os pais optem pela vacinação e que a mesma seja realizada com o bebê ao colo de um dos pais.

A postergação do banho do bebê foi sugerida em 14 modelos de Plano de Parto, mas somente num destes modelos é fornecida breve e superficial orientação dos motivos, ou seja, para que ele não “esfrie”. Postergar o banho do RN é uma medida que favorece a termorregulação evitando-se o risco de hipotermia durante e após o banho. Sendo assim, recomenda-se que o bebê permaneça sem banho até que se encontre estabilizado, e que não seja valorizada a presença de sangue ou mecônio sobre a pele do bebê como algo que o prejudique (PUGLIESI, 2009). A ausência do banho nas primeiras horas de vida não deve ser considerada falta de cuidado ou de asseio, e, para que seja implementada de forma adequada, esta prática deve ser precedida de orientações precisas e corretas, baseadas em evidências.

Além de práticas sugeridas para o recém-nascido, três Planos de Parto analisados sugerem a liberação para a visita de amigos, familiares e irmãos mais velhos após o parto, e um modelo de Plano de Parto enfatiza a liberação de visitas já durante o trabalho de parto. Sabe-se que a presença de amigos e familiares pode trazer conforto, segurança, sensação de prestígio e amparo de conhecidos. No entanto, existe uma notória falta de institucionalização de práticas que incluem a

família no espaço hospitalar (PERES; LOPES, 2012). A Política Nacional de Humanização (PNH) e do Programa Nacional de Humanização na Atenção Hospitalar (PNHAH) apresenta indicação esparsa de que os serviços hospitalares devam incluir a família nas ações em saúde, de acordo com cada instituição. Conforme a PNH, a equipe de saúde deve se importar com o vínculo de atenção aos usuários e familiares e garantir seus direitos (BRASIL, 2004). Entretanto, enquanto diretrizes, a instalação dessas práticas necessitaria, fortemente, da vontade da instituição hospitalar, o que também não garantiria a presença da família durante a internação de um paciente (PERES; LOPES, 2012). Ao olhar-se o Estatuto da Criança e do Adolescente e o Estatuto do Idoso veremos que às crianças, aos adolescentes e aos idosos conferem-se o direito ao acompanhante em tempo integral (BRASIL, 1990; 2003). Na Carta dos Direitos aos Usuários da Saúde também é descrito o "direito ao acompanhamento por pessoa de sua livre escolha nas consultas, exames e internações" (BRASIL, 2007).

Seis modelos de Planos de Parto sugerem a possibilidade do bebê permanecer em berçário. Dentro da lista de "práticas consideradas úteis e que deveriam ser encorajadas" encontra-se o Alojamento Conjunto Obstétrico. Esta modalidade de internação foi institucionalizada em 1993 por meio da Portaria nº 1.016, de 26 de agosto. A partir daquele momento toda maternidade deveria abolir o sistema de berçário para recém-nascidos normais (BRASIL, 1993) e o bebê deveria permanecer com a mãe em situações de normalidade. O Alojamento Conjunto Obstétrico foi criado considerando-se a necessidade de incentivar a lactação e o aleitamento materno, de favorecer o relacionamento mãe-filho e o desenvolvimento de programas educacionais de saúde; a necessidade de diminuir o risco de infecção hospitalar, evitar complicações maternas e do recém-nascido; a necessidade de estimular a integração da equipe multiprofissional de saúde nos diversos níveis. O Estatuto da Criança e do Adolescente, no capítulo. I Art.10º, inciso V estabelece que: os hospitais e demais estabelecimentos de atenção à saúde de gestantes, públicos e particulares, são obrigados a manter Alojamento Conjunto, possibilitando ao neonato a permanência junto à mãe (FULCHIOGNONI; NASCIMENTO, 2004). Outras vantagens relacionadas ao Alojamento Conjunto são descritas como o aumento da incidência e duração do aleitamento materno devido à proximidade do recém-nascido e à flexibilidade de horário, que permitem a alimentação conforme a demanda do bebê; a melhoria da supervisão de enfermagem sobre os cuidados com

o recém-nascido, possibilitando a detecção precoce de dificuldades de manuseio (FULCHIOGNONI; NASCIMENTO, 2004).

A importância do Alojamento Conjunto Obstétrico é inquestionável. É nele que o vínculo, protótipo de todas as formas de amor (ODENT, 2000, p. 8) pode ser desenvolvido. No entanto, mesmo na presença de tantas evidências sobre a sua importância encontrou-se esta sugestão da utilização de berçários. Os motivos que levaram à realização desta sugestão não são explicitados. Talvez o desconhecimento da fisiologia do parto, quando há um período em que a mãe se comporta como se estivesse em “outro planeta, se desvinculando do dia-a-dia e embarcando em um tipo de viagem interior” (p. 32) pelo efeito dos hormônios circulantes, contribuam para a crença de que estas mulheres se encontrarão tão extenuadas ao nascimento do filho a ponto de não conseguirem permanecer com seus bebês ou amamentá-los, seja um dos motivos. Entretanto sabe-se que ocorre uma mudança no padrão hormonal logo após o nascimento, provocado por certo aumento nos níveis de adrenalina, fazendo com que a mulher “desperte” para a atenção com o recém-nascido e os acontecimentos à sua volta.

Doze modelos de Planos de Parto sugerem a alta hospitalar precoce. Nenhum deles apresentou orientações sobre as vantagens relacionadas a esta sugestão. Os critérios adotados pelas instituições hospitalares para a manutenção de puérperas em hospitalização levam em consideração os períodos de maior probabilidade de surgimento de complicações para a mãe e o bebê. As práticas baseadas nas melhores evidências tem modificado o modo como a atenção à mulher, seu recém-nascido e família têm sido abordados e a partir destas novas abordagens pode-se pensar que mudanças ocorrerão nos critérios para a alta hospitalar.

5.5 Novas práticas sugeridas para utilização em caso de cesárea

Práticas como: Mãos livres (25 PP); Rebaixamento do protetor ou uso de espelhos (21 PP); Escolha do tipo de anestesia para a cesárea (16 PP); Permitir o início do trabalho de parto antes da cesárea (15 PP); Não usar sedativos pós-operatórios (15); RN permanece em contato pele a pele durante sutura (13); Tricotomia parcial em (2 PP); Escolha de médico, anestesista e hospital "amigo da

mulher" (2 PP) foram encontradas nos modelos de Plano de Parto categorizados no grupo de novas práticas sugeridas para serem utilizadas em caso de cesariana.

A prática sugerida mais frequentemente nos modelos de Plano de Parto analisados, neste grupo, foi: “quero que minhas mãos estejam livres durante a cesárea” (25 PP). A contenção de mãos e pernas é usual na situação de cesariana. A contenção das pernas tem por objetivo diminuir a possibilidade de deslocamento das mesmas para fora da estreita mesa cirúrgica e de equipamentos como a placa de dispersão do eletrocautério; das mãos, objetiva fácil manuseio de equipamentos como o tensiômetro, o oxímetro e equipos de infusão venosa pelo anestesista. Uma vez contidos dificulta o contato cutâneo imediato entre mãe e bebê e impedem, à mãe, qualquer possibilidade de segurar o seu bebê ao seu nascimento.

A permanência do recém-nascido em contato pele a pele com a mãe é uma prática que se aproxima das descritas pela OMS (1996). A diferença está no tipo de nascimento: enquanto a OMS descreve a prática como “contato direto precoce entre mãe e filho [...] na primeira hora pós parto, em 10 *blogs* e três *sites* estudados é descrita de forma: “que o RN fique em contato pele a pele durante a sutura da cesárea”.

Quatorze *blogs/sites* sugerem que seja permitido à grávida que entre em trabalho de parto caso tenha havido uma decisão antecipada pela cesariana. Os *blogs* Amigas do Parto e Grávidas e Antenadas orientam que o início espontâneo do trabalho de parto diminui as chances de prematuridade. Toma e Rea (2008) afirmam que o trabalho de parto promove o aumento da produção de ocitocina, hormônio liberado pela hipófise anterior, que, entre suas diversas ações, reduz a ansiedade materna, aumenta a tranquilidade e responsividade social, assim como ajudará na saída e ejeção do leite materno.

O Conselho Federal de Medicina publicou, em março deste ano, norma que define critérios para a realização da cesariana no país. Tal ação vem em resposta aos alarmantes índices de sua realização (em 2014, 57% de todos os nascimentos, conforme o DATASUS, contra o máximo de 15% preconizados pela OMS) que, por si, podem ser interpretados como desconhecimento e o mau uso das práticas baseadas nas melhores evidências para o nascimento. A resolução visa garantir a segurança do feto e da cesariana a pedido da gestante que, quando for identificada como gestação de risco de risco habitual, somente poderá ser realizada a partir da

39ª semana, com as devidas justificativas registradas em prontuário (CFM, 2016), aumentando as chances de trabalho de parto espontâneo e seus benefícios.

A possibilidade de acompanhar o nascimento por imagens refletidas no espelho ou rebaixamento do campo protetor pode ser entendida como um modo de participação mais ativa da mulher, visto que outras formas de percepção, principalmente a tátil e a olfativa estão prejudicadas por práticas adjacentes a um procedimento cirúrgico como a cesariana. O uso do espelho e o rebaixamento do campo operatório solicitados em Planos de Parto foram objeto do parecer médico à consulta nº 139.217/2012 que coloca em questão “o direito das pacientes em sobrepujar os protocolos hospitalares”. Em seu parecer, o CREMESP afirma que algumas propostas são de difícil execução como, por exemplo, a colocação de espelhos em sala de cirurgia, assim como alguém “para manipulá-lo, trariam dificuldades sensíveis no atendimento, podendo acarretar risco de infecções e outros transtornos para o serviço prestado” (CREMESP, 2012).

Dois modelos de Planos de Parto sugerem a retirada parcial dos pelos, caso seja indicada uma cesariana (do abdome até a altura do osso púbico). A tricotomia é considerada uma prática que acarreta efeitos inconvenientes, como microlacerações na pele e o conseqüente favorecimento de infecções além do incômodo provocado pelo prurido e foliculite em seu crescimento. Não há evidências que recomendem a retirada rotineira dos pelos pubianos (PORTO, AMORIM; SOUZA, 2010)

Dois modelos de Plano de Parto sugerem a possibilidade de escolha do médico, do anestesista e de um hospital que tenha o título de "Amigo da Mulher"¹, afirmando que “uma seleção cuidadosa da equipe poderá garantir a participação da família, mesmo no caso da cesárea, tornando o processo mais humanizado” (amigas do parto e grávidas e antenadas).

A sugestão predominante sobre o tipo de anestesia a que a gestante será submetida para cesariana, em 16 modelos de Planos de Parto, foi a peridural, sem sedação. No *blog* Amigas do Parto lê-se que

¹ O título de “Hospital Amigo da Mulher” foi instituído em 2009 por meio da Resolução n.º 15/2009 da Câmara dos Deputados e, posteriormente, atualizado pela Resolução nº 52/2014. É uma premiação conferida anualmente para, no máximo, cinco instituições governamentais ou não governamentais, cujos trabalhos ou ações mereceram destaque na promoção de acesso e qualificação dos serviços de saúde para a mulher. A indicação das instituições pode ser feita por cada um dos membros do Congresso Nacional. A título de curiosidade, no ano de 2016 os premiados foram: Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás – Departamento de Ginecologia e Obstetrícia; Hospital de Câncer de Barretos-SP; Hospital Ophir Loyola-PA; Maternidade Darcy Vargas-SC e Maternidade Escola Januário Cicco-RN (CAMARA DOS DEPUTADOS, 2016).

o uso da anestesia peridural/raquidiana permite que você esteja acordada no nascimento do bebê e facilita a interação. Exceto pelas emergências, geralmente há tempo suficiente para se aplicar uma anestesia regional.

A escolha entre anestesia peridural ou raquidiana é frequentemente baseada nas preferências do médico especialista. A anestesia raquidiana tem sido a técnica mais utilizada em grandes centros de referência em obstetrícia (SCHMIDT; SCHMIDT; SCHMIDT, 2009). No entanto o uso da anestesia peridural não é contraindicado em caso de cesárea.

O uso de sedativos durante a cirurgia e no pós-operatório pode provocar amnésia materna e atrapalhar a interação mãe-bebê e constou como prática que não deveria ser solicitada nos Planos de Parto. em seu lugar foi sugerido a utilização de técnicas de relaxamento.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração deste estudo permitiu constatar a existência de uma rede de informações que instiga as mulheres quanto ao planejamento dos principais eventos considerados importantes para seus partos. Mais, esta rede de informações tem sido alimentada por outras mulheres que, a partir de suas experiências, publicam listas de sugestões em blogs e sites, que vão além das possibilidades incluídas nas categorizações preconizadas pela OMS em 1996. Assim, novas práticas foram identificadas em 41 modelos de Planos de Parto publicadas em blogs e sites, que foram agrupadas em cinco categorias: antes/durante a internação hospitalar, durante o trabalho de parto, durante o parto, no pós-parto e em caso de cesárea.

A partir dos resultados da análise dos Planos de Parto, conclui-se que os desejos das mulheres em relação à forma de nascer vêm mudando pouco a pouco, e que os blogs e sites tem auxiliado nessas transformações, incluindo práticas que nem sempre são oriundas de resultados de pesquisas, mas que expressam a importância da voz da cidadã comum em seus desejos e expectativas para o nascimento de seus filhos que, assim, passam a criar critérios únicos para sua assistência.

Ao descrever práticas que as mulheres solicitam, como o uso de objetos pessoais que mantenham sua acuidade visual, que sejam chamadas pelo seu nome matando sua individualidade, ou quando são descritas práticas que as mulheres não gostariam que fossem realizadas, como a contenção de braços e pernas, o não afastamento de seus filhos para a realização de procedimentos e a não utilização de sedativos a fim de permanecerem lúcidas, evidenciou uma face violenta da assistência, que suprime direitos, imobiliza, restringe sentidos e afasta mães de seus bebês. No entanto, este estudo mostra, também, a sensibilidade das mulheres ao solicitarem fotos e filmes do parto, ao quererem tocar a cabeça do bebê durante a coroação, ao verbalizarem a necessidade de entrar espontaneamente em trabalho de parto antes de uma cesárea, a possibilidade de visitas dos irmãos mais velhos, a utilização de espelhos para visualização do nascimento e o contato pele a pele durante a sutura da cesárea.

Sugerindo o planejamento da assistência pretendida baseado nas melhores evidências científicas e nas necessidades das mulheres, os *blogs* e *sites* permitem

que as gestantes previnam-se de práticas iatrogênicas, protegendo-se de tratamentos excessivos, inapropriados e favorecendo práticas que dêem novos significados aos seus partos e nascimentos de seus filhos.

Com este estudo, percebe-se que mudanças nas práticas obstétricas são possíveis, principalmente, quando usuária e acompanhante conhecerem melhor seus direitos, seus deveres e as possibilidades que os cercam. Essas mudanças podem ser facilitadas pelo trabalho conjunto entre profissionais e usuárias, e pelo conhecimento que as mesmas podem obter em mídias sociais, como *blogs*, *sites* e outras. No entanto, observou-se que poucos foram os Planos de Parto estudados que continham orientações sobre todas as práticas sugeridas, o que poderá dificultar a leitura à pessoas leigas.

O estudo mostrou novas possibilidades de atenção ao parto e nascimento, a construção de Planos de Parto personalizados e a necessidade de profissionais que auxiliem tanto em sua elaboração quanto no atendimento das necessidades neles descrita.

REFERÊNCIAS

- AMIGAS DO PARTO. **Plano de Parto**, s.d. Disponível em: <http://www.amigasdoparto.com.br/plano3.html>. Acesso em: 03 dez. 2016.
- BAVARESCO, G. Z.; et al. O fisioterapeuta como profissional de suporte à parturiente. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 16, n.7, p 3259-3266, 2011.
- BEBEMAMAE. **Plano de Parto: O Que é e Como Realizar**. Disponível em: <http://bebemamae.com/parto/plano-de-parto-o-que-e-e-como-realizar>. Acesso em: 03 dez. 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. 2.ed. Brasília, p. 7, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.016, de 26 de agosto de 1993. Alojamento Conjunto**, 1993.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização. **A humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Cadernos HumanizaSUS – volume 4 – Humanização do Parto e do Nascimento**. Brasília, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica. **Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco**. Brasília, nº 32, p. 51-60, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da Criança: Nutrição infantil**. Brasília, 2009.
- 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, 2011a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido – Volume 1**. p. 48-49, 2011b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de ações Programáticas e Estratégicas. **Caderneta da Gestante**, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Pré-natal e puerpério: Atenção qualificada e humanizada**. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caderno de Educação Popular e Saúde**. Brasília, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas públicas. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Lei nº 1.459, de 24 de junho de 2011. **Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha**.

BRASIL. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986 . **Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7498.htm. Acesso em: 03 dez. 2016.

Brasil. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. **Dispõe sobre o Estatuto da Criança e Adolescente e dá outras providências**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8069.htm. Acesso em: 30 nov. 2016.

BRASIL. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. **Institui o Código Civil**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10406.htm. Acesso em: 05 dez. 2016.

BRASIL. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. **Dispõe sobre o Estatuto do idoso e dá outras providências**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.741.htm. Acesso em: 02 dez. 2016.

BROLIO, M. P. A barreira placentária e sua função de transferência nutricional. **Rev. Bras. Reprod. Anim.** Belo Horizonte, v. 34, n. 4, p.222-232, out./dez., 2010.

CAMARA DOS DEPUTADOS. **Prêmio Dr. Pinotti**, 2016. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/acamara/mesa/segundasecretaria/servicos/premiodrpinotti>. Acesso em: 02 dez. 2016.

CFM. Conselho Federal de Medicina. **RESOLUÇÃO CFM Nº 2.144/2016**, 2016. Disponível em: <http://portal.cfm.org.br/images/stories/pdf/res21442016.pdf>. Acesso em: 03 dez. 2016.

CREMESP. Conselho Regional de Medicina. Consulta nº 139.217/2012. **Sobre “Plano de Parto”**. São Paulo, 2013. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/pareceres/crmesp/pareceres/2012/139217_2012.pdf. Acesso em: 02 dez. 2016.

CREMEPE. Conselho Regional de Medicina do Estado de Pernambuco. **Parecer consulta nº 05/2013. Filmar e fotografar o parto**. Disponível em: http://www.radiocrepepe.com.br/portal/leitorPareceres.php?cd_parecer=89. Acesso em: 10 nov. 2016.

CORDEIRO, J. C. Redes sociais e saúde. **REDES-Revista hispana para el análisis de redes sociales**, V. 12, n. 10, 2007. Disponível em:

<http://www.raco.cat/index.php/Redes/article/viewFile/70399/80634>. Acesso em: 20 jun. 2016.

CORTÉS, M. S.; et al. Uso e influência dos Planos de Parto e Nascimento no processo de parto humanizado. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. V. 23, n. 3, p. 520-526, 2015.

FRANCISQUINI, A. R.; et al. Orientações recebidas durante a gestação, parto e pós-parto por um grupo de puérperas. **Cienc. Cuid. Saude**. V. 9, n. 4, p. 743-751, 2010.

FULCHIOGNONI, S; NASCIMENTO, M. J. P. Promovendo a saúde através da educação das mães em um alojamento conjunto. **Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped**. v.4 n.1 p.27-34. São paulo, 2004.

GERENCIANDO BLOG. **Como aparecer no Google?** [online], 2016. Disponível em: <<https://www.gerenciandoblog.com.br/2011/01/como-aparecer-no-google.html>. Acesso em: 19 nov. 2016.

GIUGLIANI, E. R. J. Problemas comuns na lactação e seu manejo. **Jornal de Pediatria**, v. 80, n. 5, 2004.

GRÁVIDAS E ANTENADAS. **O que é um plano de parto?**, 2016. Disponível em: <http://www.gravidaseantenadas.com.br/2016/02/11/o-que-e-um-plano-de-parto/>. Acesso em: 04 dez. 2016.

GUIDA, N. F. B.; LIMA, G. P. V.; PEREIRA, A. L. F. O ambiente de relaxamento para humanização do cuidado ao parto hospitalar. **Rev Min Enferm.**, v. 17, n. 3, p. 524-530, 2013.

HASENMILLER, R. Do **Birth Plans influence Childbirth Satisfaction?** Frontier School of Midwifery & Family Nursing. Philadelphia Univeristy, May, 2001.

HISTÓRIA SOBRE OS SITES DE BUSCA. **Como ser o primeiro no Google**, s.d. Disponível em: <https://sites.google.com/site/historiasobreossitesdebusca/otimizacao-de-sites/como-chegar-ao-topo-da-google>. Acesso em: 19 nov. 2016.

INCA. **Instruções para coleta de Sangue de Cordão Umbilical e Placentário**, 2014. Disponível em: http://www.inca.gov.br/publicacoes/coleta_ao_aparentado_set_2004.pdf. Acesso em: 02 dez. 2016.

JARIDM, D. M. B.; PENNA, C. M. M. Pai-acompanhante e sua compreensão sobre o processo de nascimento do filho. **remE – Rev. Min. Enferm**. V. 16, n. 3, p. 373-38, 2012.

JUÁREZ, D.; et al. **Violencia sobre lasmujeres: herramientas para eltrabajo de losequiposcomunitarios / edición literaria a cargo de Ángeles Tessio. - 1a ed. - Buenos Aires : Ministerio de Salud de la Nación, 2012.**

LAZZERI, T. **Vítimas da violência obstétrica: o lado invisível do parto**, 2015. Disponível em: <http://epoca.globo.com/vida/noticia/2015/08/vitimas-da-violencia-obstetrica-o-lado-invisivel-do-parto.html>. Acesso em: 04 dez. 2016.

LEAL, M. C. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cad. Saúde Pública**. v. 30, supl. 1, Rio de Janeiro, 2014.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. Editora Pedagógica e Universitária, 1986.

MACHADO, M. F. A. S.; et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. **Ciênc. saúde coletiva**. v.12, n. 2, p.335-342, 2007.

MATEI, E. M.; et al. Parto humanizado: um direito a ser respeitado. **CADERNOS. Centro Universitário S. Camilo**, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 16-26, abr./jun., 2003.

NEIVA, F. C. B.; et al. Desmame precoce: implicações para o desenvolvimento motor oral. **Jornal de Pediatria** . v. 79, n. 1, p. 7-12, 2003.

MATOS, T. A.; et al. Contato precoce pele a pele entre mãe e filho: significado para mães e contribuições para a enfermagem. **Rev. bras. enferm.** v. 63, n. 6, 2010.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **Hospitais Universitários**, 2016. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/hospitais-universitarios/hospitais-universitarios>. Acesso em: 30 nov. 2016.

NAGAHAMA, E. E. I.; SANTIAGO, S. M. A institucionalização médica do parto no Brasil. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**. V. 10, n. 3, p. 351-357, 2005.

NASCER NO BRASIL. **Cadernos de Saúde Pública** vol.30, supl.1, Rio de Janeiro, p. 3-10, 2014.

NORMAN, A. 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, 2009.

ODENT, M. **A Cientificação do amor**. São Paulo: Terceira Margem, 2000. 125 p.

ODENT, M. **O renascimento do parto**. Florianópolis: Saint Germain, 2002, 142 p.

OLIVEIRA de, S. M. J. V; et al. Tipo de parto: expectativas das mulheres. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. V.10, n. 5, p. 667-674, 2002.

OMS. **Declaração da OMS Sobre Taxas de Cesárias**, 2015. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO_RHR_15.02_por.pdf. Acesso em: 09 abr. 2016.

OMS. Educação para uma maternidade segura: módulos de educação. – 2ª ed. **Hemorragia Pós Parto: Manual para professores de Enfermagem Obstétrica**, 2005.

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

OMS. **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde**, 2014. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/3/WHO_RHR_14.23_por.pdf. Acesso em: 02 dez. 2016.

PERES, G. M.; LOPES, A. M. P. Acompanhamento de pacientes internados e processos de humanização em hospitais gerais. **Psicol. hosp.** V.10, n.1, São Paulo, 2012.

PORTAL BRASIL. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**, 2009. Disponível em: <http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001394/139423por.pdf>. Acesso em: 05 dez. 2016.

PORTO, A. M. F, AMORIM, M. M. R, SOUZA, A. S. R. Assistência ao primeiro período do trabalho de parto baseada em evidências. **FEMINA**. V. 38, n. 10, 2010.

PREFEITURA DE BELO HORIZONTE. **Assistência ao Parto e Nascimento: Diretrizes para o cuidado multidisciplinar**, p. 31-38, 2015.

PUGLIESI, V. E. M. et al. Efeitos do banho logo após o nascimento sobre as adaptações térmica e cardiorrespiratória do recém-nascido a termo. **Rev Paul Pediatr**, v. 27, n. 4, p. 410-415, 2009.

RAMALHO, José Antônio. **Mídias sociais na prática**. São Paulo: Elsevier, 2010.

SAMPAIO, A. R. R.; BOUSQUAT, A.; BARROS, C. Contato pele a pele ao nascer: um desafio para a promoção do aleitamento materno em maternidade pública no Nordeste brasileiro com o título de Hospital Amigo da Criança. **Epidemiol. Serv. Saude**. v. 25, n. 2, p. 281-290, 2016.

SANTOS, D. S.; NUNES, I, M. Doulas na assistência ao parto: concepção de profissionais de enfermagem. **Esc. Anna Nery**. v.13, n.3, Rio de Janeiro, 2009.

SCHMIDT, S. R. G.; SCHMIDT, A. P.; SCHMIDT, A. P. Anestesia e analgesia de parto. **Arq. Bras. Cardiol**. v. 93, n. 6, supl.1, São Paulo, 2009.

TABARRO, C. S.; et al. Efeito da música no trabalho de parto e no recém-nascido. **Rev Esc Enferm USP**. V. 44, n. 2, p. 445-52, 2010.

TOMA, T. S; REA, M. F. Benefícios da amamentação para a saúde da mulher e da criança: um ensaio sobre as evidências. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, Sup. 2, p. 235-246, Rio de Janeiro, 2008.

UNICEF. **Dez Passos Para o Sucesso do Aleitamento Materno**, 1990. Disponível em: https://www.unicef.org/brazil/pt/activities_9999.htm. Acesso em: 02 dez. 2016.

VILA MAMÍFERA 1. **Plano de Parto**, 2014. Disponível em: <http://vilamamifera.com/mulheresempoderadas/plano-de-parto-2/>. Acesso em: 04 dez. 2016.

VILA MAMÍFERA 2. **Meu Plano de Parto para o João**, 2014. Disponível em: <http://vilamamifera.com/dadada/334/>. Acesso em: 04 dez. 2016.

VOGT, S. E.; et al. Características da assistência ao trabalho de parto e parto em três modelos de atenção no SUS, no Município de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. v. 27, n. 9, p. 1789-1800, 2011.

APÊNDICE

PRÁTICAS SUGERIDAS NOS PLANOS DE PARTO E QUE NÃO CONSTAM NA CATEGORIZAÇÃO DA OMS

n	ANTES/DURANTE A INTERNAÇÃO	fr	DURANTE O TRABALHO DE PARTO	fr	DURANTE O PARTO	fr	PÓS PARTO	fr	EM CASO DE CESÁREA	fr
1	Possibilidade de utilização de seus objetos pessoais.	13	Presença de acompanhante de parto profissional (massagista, doula, fisioterapeuta...) sem vínculo com o hospital.	26	Corte do cordão umbilical feito pelo pai após parto vaginal.	23	Não oferecer água, fórmula, chupeta ou bico ao bebê.	30	Permitir o início do trabalho de parto antes da cesárea.	15
2	Manter o celular no modo silencioso.	1	Ouvir música durante o trabalho de parto.	21	Tirar fotografias ou filmar.	12	Visitação à vontade dos irmãos mais velhos.	3	Escolha do tipo de anestesia para a cesárea.	16
3	Ser chamada pelo nome.	4	Decisão sobre quando avisar a família.	1	Penumbra na hora do nascimento.	31	Amamentação em livre demanda.	15	Escolha de médico, anestesista e hospital "amigo da mulher".	2
4	Opção de utilização do serviço público ou privado.	2	Aguardar o trabalho de parto ativo no domicílio.	5	Ver o nascimento por um espelho.	8	Pessoas autorizadas a trocar ou dar banho no bebê.	16	Rebaixamento do protetor ou uso de espelhos.	21
5	Possibilidade de interrupção da gestação à termo ou depois.	2	Ausulta de BCFs e toque vaginal realizados pela EO e não pela equipe do hospital.	1	Tocar a cabeça do bebê assim que coroar.	10	Opção de não amamentar.	1	Mãos livres.	25
6			Silêncio quando contrações.	4	Ver a placenta após a dequitação.	11	Opção de visita de familiares: ilimitada, restrita ou restrição parcial.	3	RN permanece em contato pele a pele durante sutura .	13
7					Coleta de sangue para banco de cordão.	2	Opção de berçário.	6	Tricotomia parcial em.	2
8					Acompanhamento do parto por profissionais de sua confiança.	1	Alta hospitalar precoce.	12	Não usar sedativos pós-operatórios.	15

n	ANTES/DURANTE A INTERNAÇÃO	fr	DURANTE O TRABALHO DE PARTO	fr	DURANTE O PARTO	fr	PÓS PARTO	fr	EM CASO DE CESÁREA	fr
9					Sutura de períneo mesmo se laceração pequena.	1	Avaliação do RN com ela ou pai do bebê.	27		
10					Cordão umbilical cortado somente após a dequitação da placenta.	1	Postergar o banho do bebê.	14		
11					Contato pele a pele imediato e sem limpeza da pele do bebê antes de entregar à mãe.	1	Auxílio na amamentação.	1		
12					Opção de presença de estudantes em sala de parto.	4	Não aplicar vacinas no bebê.	3		
13					Fluxo reduzido de pessoal no parto.	1				
14					Sem contenção de braços e pernas durante parto.	6				
15					Realizar antisepsia dos genitais.	1				
16					Anestesia local para sutura de laceração.	3				
17					Não usar estribos ou perneiras no trabalho de parto.	2				