

**PLANO DE PARTO: O ENFERMEIRO NA UTILIZAÇÃO DESSA FERRAMENTA PARA EDUCAÇÃO, CONSCIENTIZAÇÃO E EMPODERAMENTO NA ERA DA CESÁREA.**

BIRTH PLAN: THE NURSE IN THE USE OF THIS TOOL FOR EDUCATION, AWARENESS AND EMPOWERMENT IN THE CESAREAN ERA

Luísa Caroline de Faria <sup>1</sup> Alexandre Moreira Alves <sup>2</sup>

<sup>1</sup> Aluna do Curso de Enfermagem

<sup>2</sup> Professor Mestre do Curso de Enfermagem

**RESUMO**

No decurso dos anos até os dias atuais, o processo do nascer sofreu algumas transformações. Nos primórdios, a maioria dos partos eram realizados fora das instituições hospitalares, frequentemente conduzidos e auxiliados por parteiras, com o avanço da tecnologia em benefício a saúde o quadro se inverte e temos a maioria dos partos acontecendo dentro das maternidades, por meio cirúrgico e com pouco protagonismo da pessoa gestante. O Plano de Parto é reconhecido pelo Ministério de Saúde como um documento e foi descrito, em 1996, em uma lista de “Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento”, da Organização Mundial de Saúde (OMS,2016), sua finalidade é devolver e estimular o protagonismo da gestante, bem como seu direito de escolha, e é uma maneira conscienciosa de instigar a procura sobre conhecimento. Neste artigo, serão discutidos tópicos acerca do cenário atual dos nascimentos no Brasil e o enfermeiro como ferramenta de introdução ao Plano de Parto e facilitador de educação continuada em saúde.

**PALAVRAS CHAVE:** plano de parto; empoderamento; cesariana; humanizado; atenção primária; pré natal.

**Abstract**

Over the years until the present day, the birth process had been going through some transformations. In the beginnings, most births were performed outside hospital institutions, often conducted and assisted by midwives, with the advancement of technology in benefit of health, the picture is reversed and we have most births taking place inside maternity hospitals, through surgery and with little protagonism of the pregnant person. The “Birth Plan” is recognized by the Ministry of Health as a document and considered, since 1996, by the United Nations as the first practice of a list of “Good Practices of Care for Labor and Birth” (UN, 2018), its purpose it is to give back and encourage the role of the pregnant woman, as well as her right to choose, and it is a conscientious way to instigate the search for knowledge. In this article, topics about the current scenario of births in Brazil and the nurse as a tool to introduce the “Birth Plan” and a facilitator of continuing health education will be discussed.

**KEYWORDS:** birth plan, empowerment, cesarean, humanized, primary care, prenatal care.

Contato: [luisa.caroline@soupromove.com.br](mailto:luisa.caroline@soupromove.com.br) [alexandre.moreira@soupromove.com.br](mailto:alexandre.moreira@soupromove.com.br)

**Introdução**

O Plano de Parto é uma ferramenta reconhecida pela Organização Mundial de Saúde como um documento, onde a pessoa gestante coloca seus desejos e expectativas em relação ao momento de parir, documento esse que deve ser acolhido, confeccionado e discutido juntamente a equipe de profissionais responsáveis por exercer o acompanhamento dessa gestação, recebido pela instituição de

saúde escolhida para o parto e respeitado dentro de sua plenitude, desde que o parto transcorra em normalidade. Quaisquer eventualidades, intercorrências e adequações devem ser informadas e discutidas com essa gestante. Trata-se de uma forma de reforçar os direitos civis de escolha de uma pessoa, e, também, uma tentativa de banir os casos de

violência institucionais ainda testemunhadas atualmente.

O primeiro Plano de Parto foi elaborado em 1980, nos Estados Unidos, por Sheila Kitzinger. Ela foi uma ativista britânica, defensora do parto normal e que escrevia sobre parto e gravidez, seu documento defendia que parir se trata de um processo fisiológico, que grande parte das mulheres passariam por ele ao longo de suas vidas e que isso não pode ser encarado como algo patológico e medicalizado, como tem acontecido ao longo dos anos devido à inclusão do parto no ambiente hospitalar. (CHACHAM AS, PERPETUO, 1996, p. 2587-610).

Abordar Plano de Parto como temática, deve-se pela percepção da pouca exploração e disseminação dessa ferramenta nos serviços de saúde, entre gestantes e rede de apoio. Por tratar-se de um documento composto por informações de importância ímpar, discorrer sobre esta ferramenta é contribuir para que ainda mais pessoas a conheçam e se apropriem sobre seus benefícios. Faz parte daquilo que compõe um enfermeiro valoroso receber as demandas, desejos e anseios de seu paciente e o plano de parto é uma oportunidade prática de fazer isso acontecer, orientando, implementando o cuidado humanizado, discutindo, inspirando a busca pela educação e conhecimento e, principalmente, acolhendo alguém que espera e precisa de um ambiente onde há de se sentir seguro e compreendido

O momento do parto deveria ser o auge do protagonismo de uma pessoa durante sua gestação, mas na realidade, não é bem isso que acontece. Muitas instituições seguem um

modelo engessado, arcaico, hospitalocêntrico e que centraliza o médico em posição de destaque para que o nascimento aconteça, e do lugar de protagonismo, a pessoa gestante passa a ser apenas uma participante espectadora de seu parto. Desde o pré-natal, essa pessoa precisa conhecer plenamente as fases de sua gravidez, sua participação e opções em cada uma delas, bem como gostaria que fosse o seu momento de dar à luz. É, de fato, importante que essa pessoa procure se orientar em quantos meios confiáveis forem possíveis, além de ser acompanhada por uma equipe de saúde bem informada e aberta. Robora a importância de um conhecimento cabal por parte da equipe de saúde, especialmente da atenção primária, em exercer a educação continuada e lograr a oferta de uma assistência rica e qualitativa para a população.

Algumas questões se tornam determinantes ao se discutir o tema proposto, atentando para isso a temática será permeada por tópicos que delineiam o caminho, objetivando a proposta de torná-la explicativa e de fácil didática. Este artigo tem o compromisso de contemplar o indivíduo em sua totalidade, acreditando no seu direito de escolha de se reconhecer dentro do gênero em que se compreende, destarte, ao longo desse trabalho será, por muitas vezes, utilizado o termo “pessoa gestante”.

## **Metodologia**

Para a construção desse trabalho, foi realizado uma revisão integrativa de artigos científicos publicados outrora e, também, documentários disponíveis online com a mesma tratativa de interesse.

Os artigos foram encontrados na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde, foi utilizado o filtro “plano de parto”, “plano de parto na saúde primária” e “pré natal na atenção primária” totalizando mais de duzentos mil resultados, sendo escolhidos artigos com menor tempo de publicação. Já os documentários, estão armazenados no canal de streaming Netflix, foi escolhido pela sua relevância e semelhança com o tema. Todo o conteúdo analisado compreende o intervalo entre os anos de 2013 a 2022.

### **O Plano de Parto e o cenário da parturição atual**

Junto a crítica ao número excessivo de bebês nascendo através de um procedimento cirúrgico contraindicado sem a comprovação de sua necessidade, há também a defesa de um discurso que descrimina intervenções desnecessárias durante o processo de nascimento ainda tão comuns nos modelos de parto de muitas instituições hospitalares.

É possível observar que, ainda paira na sociedade atual o estigma errôneo e limitante de que o corpo da mulher tem a primeira utilidade de gerar e de parir. Absurdamente, muitos ainda consideram como saúde da mulher todo o aspecto relacionado apenas a saúde materna, não sendo considerado questões de gênero e direitos sexuais.

Em uma sociedade que ainda cultua o parto como algo apenas doloroso e temido, o PP colabora para reforçar o entendimento da potencial força de um corpo grávido, entendendo a pessoa gestante como um todo e a não necessidade de se estar refém de um

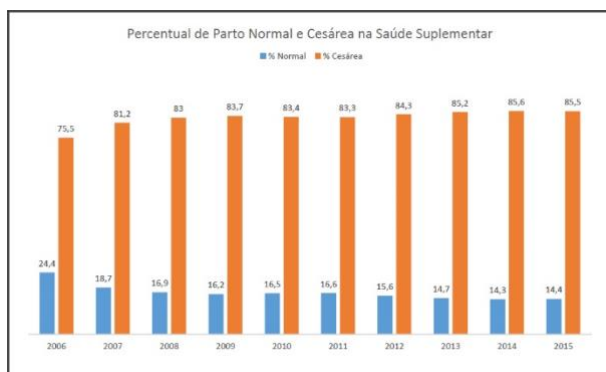
modelo institucional limitante. Trazendo a luz também, a necessidade de enxergar a gestante para além de sua condição de reprodutora, enxergar uma pessoa inteira, entendendo plenamente que, cada uma delas é um indivíduo único, com desejos, anseios, medos, culturas e limites, e não somente um alguém que está se tornando mãe e responsável por outro ser.

Pode-se considerar um dos maiores benefícios do PP o estímulo ao conhecimento e a devolução das rédeas do processo de nascimento a sua única e maior protagonista: a pessoa que gesta e pari. Neste documento, a pessoa gestante registrará e descreverá, com o auxílio do profissional de saúde responsável por seu acompanhamento, determinados itens básicos, porém não pouco importantes, durante o momento de pré parto, parto e pós parto imediato. O documento deve ser entregue à instituição hospitalar e lido juntamente a parturiente, podendo haver a necessidade de alterá-lo se algo não transcorrer como habitual, fora isso é ir contra ao desejo da mãe.

Cesáreas, assim como muitos outros procedimentos cirúrgicos, tem o seu grau de importância e são responsáveis por salvarem vidas todos os dias, porém, tem sido motivo de alerta e preocupação para órgãos de saúde, como a OMS. O alto número de partos se utilizando dessa ferramenta sem a clara indicação clínica, tendo seus efeitos prejudiciais da realização não criteriosamente comprovados. Desde o ano de 2006, no Brasil, os partos por via cesárea superaram o número de partos vaginais, sendo o setor privado sempre o maior detentor do

percentil de partos por cesariana, segundo dados do Una Sus.

Figura 1. Percentual de Parto Normal e Cesárea na Saúde Suplementar.



Fonte: Una Sus – 2015

Outrossim, a discussão acerca do exacerbado número de partos por cesariana no Brasil, que inclusive rendeu ao país o apelido de “País das Cesarianas”, se faz presente desde meados da década de 1970, muitas foram a tentativa de reverter esse cenário, mas sem muito sucesso. A capitalização da cesárea, fazendo dela um produto conveniente de maior rentabilidade para instituições e médicos, em detrimento de um cenário de assistência mais humanizada, contribui exponencialmente para que essa contagem não pare de subir. A OMS projeta que, até o ano de 2030 um terço dos bebês a nascer cheguem ao mundo por cesariana, não se pode deslustrar sua eficácia quando necessária, é um avanço tecnológico da medicina que contribuiu para a diminuição dos índices de mortalidade infantil, por exemplo, porém cobrando altos preços, como a perda da autonomia da mulher sobre seu corpo.

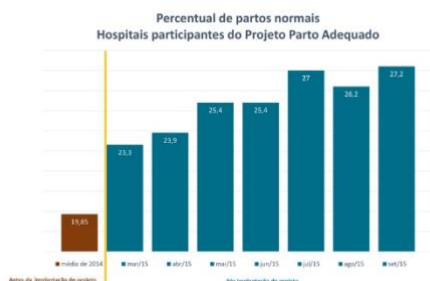
Relatos presentes na trilogia de documentários “O Renascimento do Parto” dão conta de que, muitas vezes, cesáreas são feitas

antes mesmo do início do trabalho de parto, ou seja, o tempo de nascimento do próprio bebê não é respeitado.

“[...]Nascer no Brasil não tem sido uma experiência natural nem para pobres e nem para ricos. O parto vaginal, mais frequente nos estabelecimentos públicos, quase sempre ocorre com muita dor e excesso de intervenções. Nos estabelecimentos privados, a cesariana, uma cirurgia muitas vezes desnecessária e quase sempre pré-agendada, vem se constituindo em uma opção para minimizar esse sofrimento[...]” (LEAL;GAMA, 2014, p5)

Em 2015, 42 hospitais públicos e privados do estado de São Paulo assinaram um acordo de cooperação entre o Hospital Israelita Albert Einstein, a Agência Nacional de Saúde, ANS, e o Institute for Healthcare e Improvement, IHI, que objetivava ações que incentivasse o parto normal. De nome “Projeto do Parto Adequado, o acordo estabeleceu, entre outras práticas, a revisão das práticas de assistência ao parto e ao nascimento. Martha Oliveira, à época diretora de desenvolvimento setorial da ANS, destaca que “uma das medidas mais importantes nesse processo foi a proposição de uma nova organização do cuidado, pois só mudando o modelo de prestação de serviços os resultados poderão ser alcançados” (UNA SUS, 2015).

Figura 2. Resultados após um ano de implementação do Parto Adequado.



Fonte: Una Sus – 2015

Após um ano de aplicação, os hospitais participantes conseguiram o feito de aumentar os partos naturais após mais de dez anos de altas taxas de predominância de cesáreas. Em contrapartida, em junho de 2021, a Organização Mundial de Saúde divulga uma pesquisa apontando o contínuo crescimento de cesáreas em todo o mundo.

“[...]As cesarianas são absolutamente essenciais para salvar vidas em situações em que partos vaginais representam riscos, portanto, todos os sistemas de saúde devem garantir o acesso oportuno para todas as mulheres quando necessário, mas nem todas as cesáreas feitas no momento são necessárias por motivos médicos. Procedimentos cirúrgicos desnecessários podem ser prejudiciais tanto para a mulher quanto para seu bebê[...]” (Organização Pan Americana de Saúde, 2021)

### **Atenção a pessoa gestante e a garantia de inclusão durante o gestar**

Na contemporaneidade, as famílias tradicionais não seguem mais a conformação de outrora, no momento presente é usual deparar-se com uma pessoa que opta por uma gestação, porém, não se harmoniza com o gênero feminino e isso não pode ser utilizado

como subterfúgio para preconceitos e, conseqüentemente, afastamento desse público a assistência de qualidade. Memorando que a ninguém, para além do âmbito profissional, é dado o malhete para julgamento ainda nos dias de hoje é necessário a luta ferrenha para que todos, sem exceção, tenham o direito de serem plenamente respeitados, essas pessoas também merecem gozar de um acolhimento e assistência de qualidade.

“[...]Nesse sentido, é necessário garantir acesso aos serviços, respeitando a diversidade cultural, sexual, étnica e religiosa, contribuindo para a construção da autonomia de mulheres com deficiência, lésbicas, bissexuais, transexuais, negras, índias, ciganas, do campo e da floresta, em situação de rua e privadas de liberdade, em todas as fases da vida[...]” (Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres, 2016).

É importante discutir a importância do pré natal, um estudo realizado no Brasil (NEVES, Rosália Garcia. et al. 2014, p. 2) mostrou que entre 1986 e 2013, houve um aumento de 78,7% para 97,4% no percentual de mulheres grávidas que realizaram uma ou mais consultas de pré-natal, e de 59,1% para 84,3% nas que realizaram a primeira consulta de pré-natal no primeiro trimestre da gestação, um forte indicativo de que, as gestantes devem ser responsáveis pela assiduidade na procura pela assistência, um pré-natal realizado em sua completude é sinônimo de mais garantia em relação a boa saúde de mãe, bebê e um bom parto, e é preciso que recebam essa assistência de uma equipe qualitativa e humana.

A resolução 516 de 2016, do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN, 2016), “normatiza a atuação e a responsabilidade do Enfermeiro, Enfermeiro Obstetra e Obstetrix na

assistência às gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos nos Serviços de Obstetrícia, Centros de Parto Normal e/ou Casas de Parto e outros locais onde ocorra essa assistência". Na realidade do Brasil, muitas gestantes usuárias do Sistema Único de Saúde recorrem ao serviço de atenção primária e seus enfermeiros para assistência de pré natal, é esse profissional quem será o responsável por acompanhar, esclarecer, orientar e educar essa pessoa.

Em muitos locais de saúde, acontece de o próprio profissional desconhecer o plano de parto, ou achar que não se trata de algo importante, ou ainda temer desagradar a classe médica do município.

Compara-se o parto com uma grande viagem e que para ela seja necessário organizar as malas, nesta alegoria o pré natal é a forma de preparar a mala de conhecimento teórico para essa viagem, dentro dela deve haver informações o suficiente para que, durante o processo de nascimento a parturiente esteja conscienciosa de todo o caminho e de suas escolhas.

Não é sobre ser contra a anestesia e nem sobre ser contra intervenções cirúrgicas, as cesáreas são grandes responsáveis por reduzirem o número de morbimortalidade fetal e materna, o motivo do alarde acerca dos altíssimos números de partos por cirurgia cesariana se dá em razão de sua excessiva execução sem amparo dos critérios necessários reais, fazendo do procedimento um produto voltado para a geração de lucros. Ainda sobre empoderamento, a gestante tem todo o direito de optar, em consenso com os

profissionais de saúde que a acompanharem, pela cesariana. Tanto o Sistema Único de Saúde, quanto a saúde suplementar, possuem um termo de consentimento livre e esclarecido a disposição.

Na composição de um Plano de Parto, a pessoa gestante pode determinar quem ela gostaria que a acompanhasse, as práticas que ela repudia e as que gostaria que fossem executadas em seu corpo, o momento em que ela gostaria de receber o bebê em seus braços, como deseja parir sua placenta, se deseja ingerir alimento ou bebida durante o seu trabalho de parto, se deseja a possibilidade de ouvir músicas ou regular a luz de seu quarto. Pode ser discutido e determinado a ou as posições que essa gestante gostaria de ter acesso durante o momento de seu expulsivo, se deseja aceitar métodos de alívio não farmacológicos, bem como ela gostaria que realizasse o corte do cordão umbilical.

Figura 3. Indicações de cesárea com seu grau de evidencia científica.

A cesariana deve ser praticada rotineiramente		
Indicação	Grau de evidência*	Qualidade da evidência**
Apresentação pélvica a termo	A	Boa
Cesárea prévia (= 2 cicatrizes uterinas)	B	Razoável
Crescimento intrauterino restrito (apenas nos casos com diástole zero ou reversa da artéria umbilical)	D	Pobre
Descolamento prematuro da placenta com feto vivo	B	Pobre
Gravidez gemelar com 1° feto não-cefálico	D	Razoável
Gravidez gemelar monoamniótica	B	Pobre
Herpes genital ativo no momento do parto	B	Boa
Herpes genital (infecção primária no 3° trimestre)	D	Razoável
HIV (mulheres tomando apenas AZT ou sem uso antiretroviral)	A	Boa
Estimativa de peso fetal > 5.000g em não diabéticas	D	Pobre
Estimativa de peso fetal > 4.500g em diabéticas	D	Razoável
Placenta prévia total e parcial	D	Pobre
Placenta prévia com distância < 2 cm entre o bordo placentário e o orifício interno do colo	D	Razoável
Prolapso de cordão	B	Razoável

A cesariana não deve ser praticada rotineiramente		
Indicação	Grau de evidência*	Qualidade da evidência**
Cesárea a pedido	B	Razoável
Cesárea prévia (1 cicatriz uterina)	B	Boa
Cesárea prévia (2 cicatrizes uterinas com parto vaginal prévio)	D	Razoável
Circular de cordão	B	Razoável
Crescimento intrauterino restrito após 34 semanas	D	Razoável
Descolamento prematuro da placenta com feto morto	D	Pobre
Gravidez gemelar com 1° feto cefálico	A	Pobre
Hipertensão/Pré-eclâmpsia	B	Razoável
HIV (carga viral < 1.000 cópias/ml)	B	Razoável
Estimativa de peso fetal > 4.000g	B	Razoável
Prematuridade extrema (< 28 semanas)	B	Razoável

Fonte: Universidade de Pernambuco – 2016

Não raro, é possível obter relatos atuais de mães que não receberam informações de competência esclarecedora sobre o procedimento da cesárea, tal procedimento é vendido às pacientes como algo deveras simples e muitas desconhecem a possibilidade de efeitos adversos futuros advindos da cirurgia, podendo acarretar moléstias para mães e bebês. A literatura, baseada em estudos conduzidos, relatam que parturientes que passam por cesáreas tem maior disposição para infecção pós-parto, necessidade de internações em unidades de terapia intensiva, maior chance de mortalidade para o binômio mãe-bebê e maior chance de complicações respiratórias para o recém-nascido (HORTA, MASCARELLO, SILVEIRA, 2017, p. 5-7). Em tempo, ainda existem manifestações de

embolia amniótica, doença tromboembólica, depressão e redução subsequente da fertilidade.

A OMS preconiza que, as nações não devem ultrapassar a marca de 15% de nascimentos utilizando-se de cesariana, uma vez que foi compreendido não haver justificativas reais que demandassem a necessidade de uma intervenção cirúrgica em uma porcentagem de gestações maior que essa (WHO, 2015, p. 1). Na contramão disso está o Brasil, em segundo lugar dos países que mais realizam cesarianas, atrás somente da República Dominicana com seus assustadores 55%, número que sobe quando se olha para dentro das operadoras de saúde.

No modelo tecnocrático de assistência, o corpo é tratado como máquina e tratado separadamente da mente (Davis-Floyd, 2013) onde tudo se resume a resultados imediatos mesmo que seja necessário o uso de intervenções agressivas. Com o modelo atual de nascimento, as mulheres e pessoas gestantes se conformaram com o sistema médico tecnocrático de parir de um determinado jeito, com determinadas regras e em um determinado número de horas, sendo que, é difícil temporizar um processo fisiológico. Isso explica muito o alto número de intervenções cirúrgicas, o parto feito com margem de tempo controlado permite a equipe médica a otimização de seu tempo para que assim possam receber mais partos cirúrgicos com data e hora controladas, acaba por se tornar uma espécie de ciclo vicioso.

“[...]Minha primeira preocupação era virar mãe, como ela viria para mim não importava, que ela viesse saudável. Eu achei que eu estava me

preparando para o parto normal, fazendo yoga, conversando com pessoas que já tiveram o parto normal, mas hoje eu tenho consciência que eu não tinha nenhum conhecimento da fisiologia do parto normal, da importância para o bebê, da importância para mãe e não levei isso em conta. O que eu levei em conta foi a minha ansiedade e a opinião do médico, que queria mais saber do tempo dele, que era mais valioso, do que a vida da minha filha[...]" (Carol Lobo. O renascimento do parto, 2013).

Na era da ocitocina artificial e a cesariana consolidada como algo cultural, gestantes são levadas a passarem por essa intervenção de grande porte por profissionais que se utilizam de justificativas medonhas e ridículas, e o porquê disso não se parece outro a não ser pelo retorno financeiro. Especialmente os planos de saúde, pagam bem melhor aos profissionais, se comparado a monetização do parto vaginal. Coagidas pelo medo e pela falta de informação, elas são convencidas de que a cesárea é a melhor opção para elas mesmas e seus bebês, o PP tem como um de seus objetivos levar essa mãe a se informar para entender quando é verdadeira essa indicação.

Não é possível apontar um culpado apenas para esses altos índices, é uma situação de ordem multifatorial, uma vez que a monetização das cesarianas em detrimento do parto vaginal também beneficia as instituições. As gestantes também se tornam massa de manobra ao não se informarem e se tornarem, de fato, detentoras de informações sobre o que acontece com seu corpo, acabam acreditando piamente naquilo que ouvem de seus médicos.

No parto vaginal, indiscutivelmente existe dor, mas é muito diferente a algia do sofrimento. Em muitos relatos de parto, existem

os relatos de traumas por maus tratos e não da dor fisiológica do processo.

A espera do tempo da mãe e do bebê, pode não ser aquilo que dá mais dinheiro, pode não ser o tipo de parto que seja mais rápido, pode ser que demande mais tempo e acompanhamento da equipe do plantão, mas ainda assim merece e precisa de respeito, o que seria certo em uma sociedade, hoje, utópica. Salienta-se que, foi a especialidade que esses profissionais escolheram para si, todos aqueles que compõe uma equipe prestadora de cuidados assistências a mães e recém-nascidos, então não pode haver seletividade, há de haver respaldo científico, honestidade e humanização.

Ainda segundo a OMS, o local certo para que o parto ocorra, é onde mulheres e pessoas gestantes se sintam seguras, seja no interior de suas casas ou nos grandes hospitais próximas a tecnologia, a chance de escolher empodera e fortalece a mãe, a falta dessa chance mina sua coragem, descapacita a pessoa gestante e subestima sua força.

A classe médica é responsável por assistir a maioria dos partos no Brasil, mas estudos científicos evidenciam que os partos podem, sim, ser assistidos por outros profissionais. Na Nova Zelândia, por exemplo, 80% dos partos e pós-partos são assistidos por midwives, o equivalente as obstetrias. É, também, muito frequente que os partos aconteçam em casas de parto, fora dos grandes hospitais. A OMS considera que os médicos obstetras, os médicos da família, as enfermeiras obstetras e as obstetrias são profissionais habilitados para prestar



assistência durante o parto de uma gestante com pré natal de risco habitual. No Brasil, legalmente habilitados estão todos os descritos anteriormente, com exceção do profissional da família.

Na prática, é sabido que não é bem assim, o profissional médico ainda tem uma grande dificuldade em dividir o foco. As enfermeiras obstetras e as obstetrias são uma possibilidade para desafogar os grandes hospitais e otimizar a demanda “tempo x procura”. Existe espaço para que todos possam atuar, cuidando de cada assistência como um indivíduo singular, deixando que os partos por cesarianas concorressem, apenas, aos casos realmente necessários.

A violência institucional já marcou a vida de milhares de mulheres e pessoas gestantes no decorrer da história da parturição e vai além das práticas intervencionistas desnecessárias. Para muitas parturientes, os

maus tratos sofridos durante o parto eram considerados apenas parte do processo, mesmo com a luz midiática atual muitas pessoas desconhecem o que configura essas práticas.

Não existe ainda uma conceituação formalizada acerca do que é esse tipo de violência, mas é muito fácil reconhecê-la. Pode-se compreender por violência institucional toda prática vexatória e violenta praticada contra a mulher, desde a sua admissão na maternidade onde acontecerá o parto. Violência essa que pode partir de qualquer funcionário do hospital, desde a recepção, até a equipe assistencial.

Alguns exemplos de violência institucional:

<b>Prática considerada violenta</b>	<b>Do que se trata?</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Uso abusivo de ocitocina;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Na intenção de fazer com que o parto aconteça mais rápido, fora do tempo natural de gestante e feto, faz-se o uso da ocitocina artificial;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Manobra de Kristeller;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Movimento em que alguém se projeta sobre a barriga da gestante e usa de força bruta para adiantar o nascimento;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Episiotomia,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Corte feito na região do períneo sob falsa justificativa de ajudar na passagem da criança;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Enema;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Lavagem intestinal da gestante antes do parto;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Falas de conotação maldosa;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Frases do tipo: “na hora em que estava fazendo, não estava gritando assim”;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Preconceito;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Discriminação de toda e qualquer forma, como por exemplo a escolha sexual de gestante e/ou acompanhante;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tricotomia;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Corte ou raspagem dos pelos pubianos;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Restrição a alimentação e ingestão de líquidos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Deixar a gestante em jejum, muitas vezes já intencionando uma cesariana;</li> </ul>

durante o trabalho de parto;	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Proibição ao direito de se ter um acompanhante;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Direito garantido pela Lei Federal nº 11.108;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Negar a paciente a escolha de posições;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Impedir que a gestante tenha o direito de optar por outras posições durante o momento do expulsivo, sendo obrigatório estar em posição de litotomia;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Amniotomia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Rompimento precoce da bolsa d'água para acelerar o trabalho de parto;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Excesso de exames de toque.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ O excesso de toque traz dor desnecessária a gestante e não é amparado por nenhuma diretriz ou base científica que comprove seu benefício.</li> </ul>

A pesquisa “Nascer no Brasil”, realizada entre os anos de 2011 e 2012 e publicada em 2014 objetivou avaliar o uso de boas práticas e uso de intervenções obstétricas na assistência ao parto de mulheres de risco habitual. Evidenciou-se que, cerca de 40% das parturientes recebeu ocitocina e teve sua bolsa rompida antes da hora, em 92% dos casos não houve a possibilidade de escolha de outra posição para o expulsivo, a manobra de Kristeller aconteceu em 37% dos casos, o corte na região do períneo foi feito em 56%.

Nenhuma dessas práticas tem respaldo científico que traga benefícios durante o processo do parto, muitas dessas inclusive, estão descritas como não recomendadas nas Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal.

### **O enfermeiro e o Plano de Parto**

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (Brasília, 2004, p.58-65) evidencia que existe um histórico de frustrações por parte do público feminino com relação a procura de

assistência, falta humanização, compartilhar saberes e reconhecer direitos é praticar a continuidade da educação continuada e humana.

A nível de atenção primária, a realidade de muitas unidades é o enfermeiro como sendo um dos responsáveis, junto do médico generalista, por realizar todo acompanhamento de pré natal de uma gestação de risco habitual.

O profissional enfermeiro, dentro das unidades, tem os recursos das consultas de enfermagem e também os grupos operativos para trabalhar a confecção do Plano de Parto. Esse segundo sendo também uma oportunidade de compartilhar vivências e fortalecer o vínculo entre equipe e gestantes. Ser o agente educador que mostrará a essa gestante a possibilidade de um cenário de pleno protagonismo, que ela deve ser respeitada dentro das suas escolhas e , que, traumas não devem, de forma alguma, fazerem parte de suas lembranças.

Na era das mídias digitais, onde a maioria das pessoas tem acesso a internet e

estão conectadas, o enfermeiro pode agregar essa ferramenta para promoção de educação e fazer com que mais pessoas conheçam a cerca dos benefícios que a saúde tem para ofertar.

Sendo o corpo da mulher a única via de fato para o nascimento de um novo ser, esse merece ser tratado com todo o respeito, não só pelo o que representa, mas por se tratar de um ser humano em estado de delicada vulnerabilidade.

### **O desmonte da Rede Cegonha**

Em 2011, o Ministério da Saúde criou a Rede Cegonha, portaria GM/MS n. 1.459 de 24 de junho de 2011 (Ministério da Saúde, 2011), seus objetivos visavam implementar ações estruturadas para garantir às mulheres o direito ao planejamento familiar, à atenção segura, qualificada e humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis. Uma das frentes de combate da Rede Cegonha era justamente a tentativa diária de erradicar as formas de violência institucional. Em fevereiro de 2022, a Rede Cegonha foi substituída pela Rede Materna e Infantil, a RAMI. O anúncio da nova implementação foi feito pelo MS de forma unilateral, sem qualquer pactuação com a CIT, dando ênfase à atuação do médico obstetra, em detrimento dos médicos pediatras e, também, a exclusão do enfermeiro obstetra.

Recentemente, em abril de 2022, o MS anunciou o lançamento da RAMI, juntamente a sexta edição da Caderneta da Gestante. De forma despreocupada e irresponsável, todos os três milhões de exemplares a serem

distribuídos por todo o Brasil possuirão o errôneo estímulo a episiotomia.

A pessoa do senhor Rapahel Câmara, atual secretário de saúde da atenção primária e médico ginecologista, defendeu a manobra de Kristeller em seu discurso durante o lançamento, prática já citada anteriormente como não recomendada por mais de um órgão de saúde, e pediu que o termo “violência obstétrica” não fosse mais utilizado: “Vamos parar de usar termos que não levam a nada, como violência obstétrica, que só provoca desagregação e coloca a culpa no profissional único, o que não tem o menor sentido” (Intercept, 2022)

A RAMI, também, anuncia o corte de financiamento a centros de parto normal pré e extra-hospitalares. Daphne Rattner (Fio Cruz, 2022), diretora da Rede de Humanização do parto e Nascimento, o ReHuNa, também aponta a retirada de itens como o mobilograma, item responsável por avaliar os movimentos fetais a partir da 34ª semana de gestação. Também presente a falta de orientações à população negra e parda sobre maior chance ao acometimento a anemia falciforme e a falta do estímulo ao parto normal presente em outras edições.

Um estudo descritivo e exploratório realizado na cidade de Belo Horizonte, “Plano de parto em rodas de conversa: escolha das mulheres”, quantificou a preferência de algumas mulheres sobre o seu plano de parto, no total 84 gestantes participaram do estudo. Delas, 84,52% das mulheres escolheram o seu acompanhante, 63,10% gostariam de ingerir líquidos, 70,24% gostariam de um ambiente

com pouca luminosidade, 40,48% gostariam de ouvir músicas, 45,24% gostariam de utilizar a bola do nascimento, 51,19% gostariam que o parceiro/pai fizesse o corte do cordão umbilical.

Outro estudo publicado pela Revista Gaúcha de Enfermagem (BARBIERI, Marcia. 2019, p.11.), concluiu que o PP durante o pré natal teve influência positiva sobre o parto e para o binômio materno fetal, mas, em contrapartida, expectativas surrealistas podem tornar experiência frustrante. Por isso, a necessidade de se debater todos os desejos com o profissional de saúde na atenção primária, antes do parto.

Este mesmo estudo evidenciou que, o PP possibilitou uma melhor comunicação entre equipe assistencial e gestante, fez-se possível um parto mais natural e fisiológico, maior sensação de protagonismo da mulher e pessoa gestante e, conseqüentemente, melhor satisfação materna.

Por parte da equipe de saúde, no âmbito da implementação do PP, pode-se concluir que se trata de uma abordagem considerada nova, que demanda um treinamento para os profissionais e que pode ser objeto de receio dos mesmos, em função do medo da perda de autonomia por parte da equipe de saúde.

### **Considerações finais**

Diante de todo o exposto ao longo deste presente trabalho, fica evidente a necessidade de estímulo por parte, principalmente, dos enfermeiros da atenção primária a construção do plano de parto, fazendo com que a gestante seja conhecedora

e consciente de seus direitos de escolha e, ainda o profissional enfermeiro, se apropriar de sua autoridade como educador.

Também, é importante entender que o pré-natal é um tipo de assistência específica, o enfermeiro responsável por trabalhar na atenção primária, recebendo esse público, deve esforçar-se para sempre estar atualizado e ter, pelo menos, uma especialização que o capacite a prestar um atendimento de qualidade. O enfermeiro da saúde primária, especialmente neste caso, na maioria das vezes é a representação da única assistência que usuárias do SUS terão, serão os responsáveis por preparar essas pessoas para o momento do parto e aleitamento.

Os casos de traumas causados por assistência desumana existem e estão aí, permeando os corredores e salas de maternidades, realmente é preciso um grande contingente de mudanças para que se comece a ver melhoras e caminhar para uma erradicação da violência e, para além de uma lista de desejos básicos, o Plano de Parto é uma das ferramentas que podem compor esse contingente.

Educar pessoas, conduzir a consciência não só dos deveres, mas também dos direitos, é algo que não pode ser tomado e não é em vão. Grandes mudanças podem levar anos, mas o início delas acontece agora. Além de qualificação, é preciso coragem para exercer a arte do cuidar, cada um dentro das condições que tem e no espaço em que habita, é capaz de começar e cultivar grandes mudanças.

A enfermagem encara a exaustão, o não reconhecimento, a hierarquia de poder de outras profissões que se intitulam superior, a

má remuneração. Muitos são os desafios. Mas, verdade é que, um enfermeiro pode, e com maestria, auxiliar no parir, auxiliar no educar, auxiliar no conforto, auxiliar no grito, no choro, intervir e impedir violências, ele só precisa ter coragem e lembrar do que é feita sua profissão e sua classe.

Não obstante, que o enfermeiro não se esqueça que, para além de capacitações e especializações, um profissional não se faz

apenas de títulos, aquele que exerce sua profissão sem humanidade ainda não entendeu seu lugar. O caráter e a ética são exercidos, especialmente, quando se está somente o profissional e o paciente.

Que cena esplêndida seria se, em cada lugar onde acontecesse um parto, fosse plenamente repleto de respeito.

## Referências:

Agência Brasil. **Cesáreas respondem por 84% dos partos realizados por planos em 2019**. Rio de Janeiro; 2021. Acesso em: 10/04/22. <https://bityli.com/yEkECD>

Agência de Saúde Suplementar, Ministério da Saúde. **Cesáreas superam os partos normais pela 1ª vez no país**. Folha de São Paulo; s. Acesso em: 10/04/22. <https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/centrais-de-conteudo/2011/20111207cesareasliderampartos-pdf>

BARBIERE, Márcia. CORREA, Áurea Christina de Paula. FIGUEIREDO, Grazielle. MEDEIROS, Renata Marien Knupp. **Repercussões da utilização do plano de parto no processo de parturização**. Revista Gaúcha de Enfermagem; 2019, p.11. Acesso em: 17/10/2022. <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/FwsQmq48tP6BrWrd95GhWhJ/?format=pdf&lang=pt>

BRASIL. **Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal**. Brasília; 2017, p.15. Acesso em: 15/05/2022. [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_nacionais\\_assistencia\\_parto\\_norm\\_al.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_norm_al.pdf)

BRASIL. **Em seus meses, hospitais reverterem taxa de cesáreas de 10 anos**. Universidade Aberta do SUS - UNA-SUS; 2015. Acesso em: 20/11/2022. <https://www.unasus.gov.br/noticia/em-seis-meses-hospitais-revertem-taxas-de-cesareas-de-10-anos>

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília; 2004, p. 11, 58-65. [https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/politicas-para-mulheres/arquivo/central-de-conteudos/publicacoes/publicacoes/2015/pnaism\\_pnpm-versaoweb.pdf](https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/politicas-para-mulheres/arquivo/central-de-conteudos/publicacoes/publicacoes/2015/pnaism_pnpm-versaoweb.pdf)

BRASIL. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres**. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Brasília; 2016, p. 151. Acesso em: 10/04/2022. [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos\\_atencao\\_basica\\_saude\\_mulheres.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf)

BRASIL. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres**. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Brasília; 2016, p. 12. Acesso em: 10/04/2022. [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos\\_atencao\\_basica\\_saude\\_mulheres.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf)

BRASIL. **Rede Cegonha**. Brasília; 2011, p. 1. Acesso em: 15/05/2022. [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/rede\\_cegonha.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/rede_cegonha.pdf)

Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros. **Estratégias para a utilização das boas práticas na humanização do parto e nascimento no CISAM**. Universidade Federal de Pernambuco. Recife; 2016. Acesso em: 20/11/2022. [http://www.upe.br/santoamaro/cisam/wp-content/uploads/protocolos/ESTRATEGIAS\\_PARA\\_UTILIZACAO\\_DAS\\_BOAS\\_PRATICAS.pdf](http://www.upe.br/santoamaro/cisam/wp-content/uploads/protocolos/ESTRATEGIAS_PARA_UTILIZACAO_DAS_BOAS_PRATICAS.pdf)

CHACHAM AS, Perpétuo IHO. **Determinantes sócio-econômicos da incidência de partos cirúrgicos em Belo Horizonte**. In: Anais do X Encontro Nacional de Estudos Populacionais. Belo Horizonte: Associação Brasileira de Estudos Populacionais; 1996. p. 2587-610. <http://www.abep.org.br/publicacoes/index.php/anais/article/view/828> Acesso em: 01/04/2022

COELHO, Cleydson Assis. **O processo de mercantilização das cesarianas no Brasil**. 2017, p. 14. Tese (Mestrado). Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro; Acesso 10/04/2022. <https://www.bdt.d.uerj.br:8443/bitstream/1/4381/1/Dissertacao%20Cleydson%20Coelho.pdf>

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução nº516/2016. Art. 1º - Art. 6º**. Brasília, 23/06/2016. Acesso em 17/10/2022. [http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05162016\\_41989.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05162016_41989.html)

FACCHINI, Luiz Augusto. FLORES, Maria Del Pilar. FASSA, Anaclaudia Gastal. NEVES, Rosália Garcia. TOMASI, Elaine. **Pré-natal no Brasil: estudo transversal do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica**. Universidade Federal de Pelotas; 2014, p.2. Acesso em: 17/10/2022.; <https://www.scielo.br/j/ress/a/9swiqVYS4kxHLdpDLjmdshJ/?lang=pt>

GOMES, Rebeca Pinto Costa, et al. **Plano de parto em rodas de conversa: escolha das mulheres**. Revista Mineira de Enfermagem. 2017;21:e-1033 Acesso: 15/05/2022. <http://reme.org.br/artigo/detalhes/1169>

HABIGZANG, Luísa Fernanda, et al. **Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa**; 2017. Acesso em: 15/05/2022. <https://www.scielo.br/j/psoc/a/J7CMV7LK79LJTnX9gFyWHNN/?lang=pt>

HORTA, Bernardo Lessa, MASCERELLO, Keila Cristina, SILVEIRA Mariângela Freitas. **Complicações maternas e cesárea sem indicação: revisão sistemática e meta-análise**. Revista de Saúde Pública; 2017, p. 5-7. Acesso 12/05/2022 <https://www.scielo.br/j/rsp/a/3VgZrTGB4D7xzgBwKrPVRRN/?lang=pt>

LARA, Bruna de. **Ministério da Saúde incentiva violência obstétrica em lançamento da nova caderneta da gestante**. The Intercept.; 09 de maio de 2022. Acesso em:

15/05/2022. <https://theintercept.com/2022/05/09/ministerio-da-saude-raphael-camara-violencia-episiotomia/>

LEAL, Maria do Carmo. GAMA, Silvana Granado Nogueira da. **Nascer no Brasil. Inquérito nacional sobre parto e nascimento.** Rio de Janeiro; 2014, p.1. Acesso em 10/04/2022. [https://nascernobrasil.ensp.fiocruz.br/?us\\_portfolio=nascer-no-brasil](https://nascernobrasil.ensp.fiocruz.br/?us_portfolio=nascer-no-brasil)

**Nota conjunta CONASS/CONASEMS: Rede de Atenção Materno e Infantil.** Brasília; 06 de abril de 2022. Acesso em: 15/05/2022. <https://www.conass.org.br/conjunta-conass-conasems-rede-de-atencao-materna-e-infantil-rami/>

**O renascimento do parto.** Direção Eduardo Chauvet e Erica de Paula. Produção: Chauvet Produtora. Elenco: Márcio García, Fernanda Lima, Anne Rammi, Ana, Lucia Keunecke, Alexandre Coimbra, Debra Pascali-Bonaro Robbie Davis-Floyd, Jorge Kuhn, Leila Katz, Michel Odent, Daphne Rattner. Documentário. Netflix, 2013; Acesso em 15/05/2022. <https://bityli.com/LQXQnY>

Organização Mundial de Saúde. **Boas Práticas de Atenção ao Parto e ao Nascimento.** OMS; 2016. Acesso em: 21/11/2022. <https://www.as.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2016/07/Boas-Pr%C3%A1ticas-ao-Parto-e-Nascimento-1.pdf>

Organização de Saúde Pan Americana – OPAS. **Taxas de cesarianas continuam aumentando em meio a crescentes desigualdades no acesso, afirma OMS.** PAHO; 2021. Acesso em: 20/11/2022. [https://www.paho.org/pt/noticias/16-6-2021-taxas-cesarianas-continuam-aumentando-em-meio-crescentes-desigualdades-no-acesso#:~:text=Genebra%2C%2016%20de%20junho%20de,cada%20cinco%20\(21%25\)%20partos.](https://www.paho.org/pt/noticias/16-6-2021-taxas-cesarianas-continuam-aumentando-em-meio-crescentes-desigualdades-no-acesso#:~:text=Genebra%2C%2016%20de%20junho%20de,cada%20cinco%20(21%25)%20partos.)

SOUZA, Bruna Freitas de. **Benefícios da implementação do plano de parto: uma revisão integrativa.** Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis; 2021, p.57. Acesso em: 15/05/2022. [https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/228691/TCC\\_Bruna\\_Freitas\\_-\\_30.09.21\\_assinado\\_assinado.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/228691/TCC_Bruna_Freitas_-_30.09.21_assinado_assinado.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

WHO. **Declaração da OMS sobre taxas de cesáreas.** World Health Organization. 2015. Acesso em: 15/05/2022. [www.paho.org](http://www.paho.org)



Apêndice K



**Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa - NIP**

**Coordenação Geral de Trabalho de Conclusão de Curso – CGTCC**

**Apêndice K:**

**Termo de Aceite para Orientação do Trabalho de Conclusão de Curso**

Eu, Alexandre Moreira Alves, professor - orientador do curso **Enfermagem** da Faculdade Promove aceito orientar o(s) estudante(s) Luísa Caroline de Faria e \_\_\_\_\_ na elaboração do Trabalho de Conclusão de Curso – TCC no 2º/2022, com o tema intitulado Plano de parto: o enfermeiro na utilização dessa ferramenta para educação, conscientização e empoderamento na era da cesárea. \_\_\_\_\_ Sem mais, firmamos o presente.

Sete Lagoas, 06 de Dezembro de 2022.

\_\_\_\_\_  
**Assinatura Estudante I**

\_\_\_\_\_  
**Assinatura Estudante II**

Alexandre Moreira Alves

\_\_\_\_\_  
**Assinatura Prof. Orientador**

[alexandre.moreira@somospromove.com.br](mailto:alexandre.moreira@somospromove.com.br)

\_\_\_\_\_  
**E-mail orientador:**

FACULDADE PROMOVE DE SETE LAGOAS  
Rua Dr. Pena, 163 Centro – Unidade I