Universidade de São Paulo

Faculdade de Saúde Pública

O desafio do direito à autonomia:
Uma experiência de Plano de Parto no SUS

Halana Faria de Aguiar Andrezzo

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública para obtenção do título de Mestre em Ciências

Área de concentração: Saúde, Ciclos de Vida e Condições Sociais

Orientadora: Profª. Drª. Carmen Simone Grilo Diniz

São Paulo

2016

O desafio do direito à autonomia:

Uma experiência de Plano de Parto no SUS

Halana Faria de Aguiar Andrezzo

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública para obtenção do título de Mestre em Ciências

Área de concentração: Saúde, Ciclos de Vida e Condições Sociais

Orientadora: Profª. Drª. Carmen Simone Grilo Diniz

São Paulo

2016

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

DEDICATÓRIA

Às mulheres que, nos movimentos organizados ou na espontaneidade da vida, em salas de aula e nos aprendizados das ruas, têm entendido e ensinado que a luta por ser ouvida e por um lugar de fala para as mulheres é cotidiana, e nunca termina.

AGRADECIMENTOS

Agradeço às mulheres que entrevistei pela confiança de compartilharem suas histórias e pelas esperanças renovadas a partir de seus depoimentos.

À Patrícia, professora preceptora da EACH/USP, por ter me recebido com tanto entusiasmo em seu território de ensino e aprendizagem .

Ao Dr. Alberto Aguemi pelas parcerias e pela ajuda em abrir as portas da SMS/São Paulo para essa pesquisa.

Às/Aos colegas do Grupo de Pesquisa GEMAS pelos bons momentos de convivência, discussões e aprendizados.

Ao guruji B.K.S. Iyengar pela prática de yoga chegada até mim através dos professores Maurício e Carla.

À amiga Janaína pela amizade e pela leitura preciosa e cheia de boas sugestões para meu manuscrito.

À minha querida orientadora, Simone, pelo ensinamento da alegria como ato revolucionário e por ser essa pessoa tão querida e inspiradora.

Aos meus pais e irmãos pelo aprendizado cotidiano de escuta, amor e aceitação.

Ao meu amigo e companheiro de vida, Fábio, pela presença amorosa e por ter topado o desafio de vir perder-se e encontrar-se na singular São Paulo.

RESUMO

Na assistência ao parto no Brasil, predominam intervenções desnecessárias em detrimento de valores como o cuidado. Algumas políticas públicas têm sido desenvolvidas com o intuito de alterar tal cenário, porém, com lentos resultados. Há também algumas estratégias e ferramentas desenvolvidas e difundidas entre as próprias mulheres. Uma destas é a construção do plano de parto, que objetiva informar e promover uma maior participação durante o parto. Apesar de mais difundida entre camadas médias, tal ferramenta tem sido utilizada em alguns serviços de atenção primária do país como a UBS Thérsio Ventura/São Paulo, campo de estágio para o curso de Obstetrícia EACH/USP. Este estudo objetivou descrever e analisar o uso de plano de parto entre usuárias do SUS e médicos/gestores. De metodologia qualitativa, os dados empíricos foram produzidos a partir de entrevistas com mulheres que vivenciaram a experiência de plano de parto no SUS; entrevistas com médicos/gestores; observação de uma consulta de orientação para o plano e parto; observação de dois grupos de apoio à gestação e ao parto realizados na UBS, e análise documental de material educativo, e de documentos referentes às políticas de saúde materna municipal e nacional. O material foi submetido à análise de conteúdo, da qual emergiram as seguintes categorias: (a) Não é uma incapacidade sua, e sim do sistema; (b) De coitada a poderosa; (c) Intervenção que era 'ajuda'; (d) Resistência e negociação do encontro; (e) Plano de parto como mobilizador do "cuidado como valor"; (f) A segurança do bebê como chantagem; (g) Sobre comandantes, aviões e a necessidade de novas analogias; (h) Plano de parto como provocação: negligência e retaliação; (i) Limites para a 'decisão informada' no SUS. O plano de parto funciona como uma ferramenta educativa que provoca rupturas simbólicas na relação hierárquica das mulheres com os profissionais. Como não há uma cultura que promova a tomada conjunta de decisões e porque há uma clara contradição entre o tipo de cuidado que as mulheres demandam e a atenção que os profissionais estão preparados e dispostos a oferecer, o plano de parto pode resultar em negligência e retaliação. Pode ser útil na construção de linhas de cuidado entre as instituições. Um modelo a ser discutido deveria garantir espaço para singularidades socioculturais, para a explicação dos momentos em que procedimentos podem ser necessários e também espaço para divulgação de locais de assistência mais amigáveis às mulheres e aos quais a mulher pode recorrer no caso de violação de direitos.

ABSTRACT

Birth care in Brazil is marked by strong predominance of unnecessary interventions at the expense of values such as care. Some policies have been developed in order to change such a scenario but with slow results. There are also some strategies and tools developed and disseminated among women themselves. One of those is the construction of the birth plan, which aims to inform and expand participation and decision making during childbirth. Widespread among middle class women, this tool has been used in some primary care services in the country such as UBS Thérsio Ventura/São Paulo, a training field for the course of Midwifery EACH/USP. This study aimed to understand and analyse the use of birth plan between women who use the public health system and doctors/managers. Using qualitative methodology, empirical data was produced from interviews with women who experienced birth plan in the public system; interviews with doctors/managers; observation of a guidance for the birth plan construction; observation of two support groups at the studied health center, and document analysis of educational materials and documents relating to municipal and national maternal health policies. The material was subjected to content analysis of which the following categories emerged: (a) It is not your disability, but the system's; (b) From 'poor thing' to powerful; (c) Intervention that once was 'help'; (d) Resistance and negotiation of the encounter; (e) Birth Plan as a mobilizer of "care as a value"; (e) The safety of the baby as blackmail; (f) About commanders, airplanes and the need for new analogies; (g) Birth plan as defiance: negligence and retaliation; (h) Limits for 'informed decision' in the public health system. Birth plan functions as an educational tool that causes fissures in the symbolic hierarchical relationship of women in relation to professionals. As there isn't a culture that promotes joint decision-making and because there is a clear contradiction between the type of care women require and what professionals are ready and willing to offer, birth plan can end in neglect and retaliation. It could be useful in building protocols and care between the institutions. A model to be discussed should ensure space for socio-cultural singularities, to the explanation of times that procedures may be required and also space for disclosure of sites to which woman can turn in case of violation of rights.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO **9**

1 INTRODUÇÃO **13**

1.1 A CRISE DA ASSISTÊNCIA AO PARTO NO BRASIL 13

1.2 ESTRATÉGIAS PARA A MUDANÇA: "CADÊ A MULHER NESSA HISTÓRIA?" 16

1.3 MATERNIDADE SEGURA COMO DEMANDA SOCIAL 23

1.4 PLANO DE PARTO: REVISÃO DE UMA PRÁTICA POTENTE E SILENCIOSA 31

1.5 PLANO DE PARTO E ALGUMAS QUESTÕES EXPLORADAS 35

2 OBJETIVOS **38**

2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS 38

3 METODOLOGIA **39**

3.1 SELEÇÃO DAS PESSOAS ENTREVISTADAS 39

3.2 COLETA DOS DADOS 42

3.3 ANÁLISE DOS DADOS 42

3.4 ASPECTOS ÉTICOS 43

4 RESULTADOS **45**

ARTIGO 1: O DIREITO DAS MULHERES À AUTONOMIA PODE EXISTIR NO SETOR PÚBLICO? UMA EXPERIÊNCIA DE PLANOS DE PARTO NO SUS 45

ARTIGO 2: USO DE PLANO DE PARTO ENTRE USUÁRIAS DO SUS: A AUTONOMIA DAS MULHERES COMO AMEAÇA 69

5 DISCUSSÃO **90**

6 CONCLUSÕES **94**

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS **97**

ANEXO 1: PLANO DE PARTO **103**

ANEXO 2: ROTEIRO DE ENTREVISTA COM MULHERES **104**

ANEXO 3: ROTEIRO DE ENTREVISTA COM PROFISSIONAIS **105**

ANEXO 4: TERMO DE CONSENTIMENTO **106**

ANEXO 5: PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP **108**

CURRÍCULO LATTES **110**

APRESENTAÇÃO

> A mobilização para conhecer vem de certos incômodos que a ação como protagonista pode gerar como acontecimento, mobilizando as várias dimensões do sujeito de modo que interajam para conduzir a um saber militante, que lhe permite compreender mais sobre a situação e a ação, para continuar agindo. (FEUERWERKER, 2014, p. 30)

Não suportaria estudar e compreender uma pessoa fatiando-a em órgãos ou sistemas. E depois de me ajoelhar pela primeira vez numa sala escura, diante de uma mulher de cócoras, para aparar seu bebê, sentir um frio na barriga e participar daquela cena de alegria e gozo convulsivos, decidi que cuidaria de mulheres inteiras.

Primeiro por ter sido fisgada pela emoção. Mas em um segundo momento por ter entendido que havia nesse território uma briga boa para lutar. Não foi preciso muito para compreender que os plantões diurnos de sexta-feira do HU/UFSC eram uma um templo. Uma exceção ao atendimento asséptico permeado por ordens e medos que vigorava nos estágios de obstetrícia. Intrigava-me como pareciam estar todos anestesiados para lidar com momentos de tamanha intensidade de maneira tão automática. Seria preciso não deixar-se envolver como tentavam nos ensinar durante a graduação de medicina? Levou um pouco mais de tempo para entender que aquele modelo tinha origens profundas em questões que envolviam de forma imbricada e complexa a maneira como se constroem o pensamento médico, o discurso sobre a mulher e a estrutura de nosso sistema de saúde.

Foi preciso passar por uma verdadeira provação de uma residência em ginecologia e obstetrícia em uma instituição muito conservadora e por um primeiro ano de trabalho em uma maternidade pública para então pedir “asilo acadêmico”. Já havia deixado o terceiro ano do curso de biologia para cursar medicina, depois de conhecer o movimento “em defesa da vida”, lema da Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (Denem). Foi esse contato que me fez desejar ser médica e prestar vestibular novamente. Então, não era muito difícil mudar o leme. Dar-me um tempo para refletir sobre as condições que tanto dificultam a ocorrência das

mudanças necessárias. Um tempo para entender por onde se começa a desatar o nó. “Uma condição para continuar agindo”.

Nesse caminho de abrir-me para o novo, foi grata a surpresa de encontrar, além do lugar de reflexão buscado, espaços de atuação que contribuiriam para considerações mais aprofundadas – ser ginecologista do Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, atuar em um serviço de aborto previsto em lei, participar das reuniões do Fórum Perinatal de São Paulo e das estimulantes discussões GEMAS – grupo de estudos em gênero, maternidade e saúde. Para alguém que se propunha a estudar assistência ao parto, ter vivido essa experiência de forma concomitante só ampliou ainda mais o olhar para a necessidade de se pensar a saúde das mulheres de forma mais abrangente e integral, entender que a mulher também estava sendo fatiada, e que as tarefas para o pensar eram ainda maiores do que as imaginadas.

Ainda na graduação em medicina estive envolvida com atividades extracurriculares que possibilitaram o contato com jovens de camadas populares. Depois do interesse pelo parto, com mulheres gestantes. Sabia que, como estudante, minha governabilidade na maternidade era pequena, no máximo atuava como doula durante os plantões, fazia massagens, acolhia, etc. Mas na hora do “vamos ver”, o atendimento era em geral de pouca escuta às necessidades das mulheres, permeado por ordens e tecnicamente muito agressivo. Minha sensação ao observar aquelas cenas e algumas vezes inclusive sendo parte delas – “venha, você vai fazer o parto!” – é de que, naquela situação, ao final do “procedimento”, havia um alívio geral. Uma alegria tensa. Eu podia pressentir que havia algo de errado... até conhecer o médico dos plantões de sexta do HU, Marcos Leite, ganhar uma pilha de VHSs para assistir, ou melhor, devorar em poucos dias.

O primeiro desses filmes retratava a iniciativa do obstetra curitibano Paciornick. Mulheres parindo de cócoras praticamente sozinhas, pariam, seguravam seus bebês e sorriam. Uma delas levanta-se e fecha o roupão que está usando e distancia-se da câmera com seu bebê no colo. Simplicidade. Outro desses filmes, *Um dia de vida*, contava a experiência da Casa de Parto Pio XII, em Goiás. Um serviço do SUS, integrado com atividades educativas no pré-natal, onde as mulheres e suas famílias eram acolhidas para parir, com respeito a suas necessidades. O outro documentário, *Nascendo no Brasil*, buscava explicar as origens da medicalização da assistência ao parto no país a partir de entrevistas com mulheres e profissionais.

Sim, havia uma luta boa pra lutar, ela era antiga e dizia respeito ao lugar ocupado pela mulher na sociedade e à construção de uma “ciência” presunçosa.

Quando procurava alguém para orientar meu trabalho de conclusão de curso, fui perguntar a um professor amigo do departamento de saúde pública, o Marcão e ele disse que havia acabado de chegar à universidade uma professora com quem eu iria me identificar. Conheci então a hoje amiga e inspiração Roxana Knobel, que orientou meus passos por uma primeira pesquisa acadêmica trabalhando com satisfação no parto.

Ao deixar a faculdade e já trabalhando como médica de família, sabia que era preciso alertar, orientar e fortalecer as mulheres ainda no pré-natal. Juntei-me a uma amiga e fisioterapeuta, Gabriela Zanella, para organizar no Centro de Saúde de Santo Antônio de Lisboa, bairro onde morávamos (em Florianópolis/SC), um grupo de gestantes, em 2007-2008. Sentávamos em roda e conversávamos, ouvíamos os anseios e dúvidas das mulheres e falávamos, sem omitir detalhes, dos abusos que poderiam acontecer na maternidade e das maneiras de se proteger. Numa época em que o discurso de outros grupos de gestantes na cidade era não encorajá-las a desejar algo que as maternidades não poderiam oferecer.

Entramos em contato com o termo ‘plano de parto’ em uma página de internet do grupo Amigas do Parto. Talvez tenha sido a primeira a divulgar no Brasil, depois das listas de discussão por e-mail, questões ligadas à humanização do parto. Era nosso guia de questões a serem discutidas. Acreditávamos que as mulheres deveriam ter acesso a informações, para que pudessem lutar por um atendimento respeitoso. Acompanhávamos depois seus relatos, vitórias e frustrações. Mais tarde, como trabalho final da Residência, organizei um grupo de mulheres gestantes oriundas de diversos centros de saúde de Florianópolis e avaliei os impactos de uma atividade educativa sobre suas vivências de parto.

Os anos de graduação, residência e assistência ao parto me fizeram cética quanto a mudanças efetivas no jeito de fazer da obstetrícia. Gestões locais pouco compromissadas, prática médica defensiva e agressiva. Colegas pouco dispostos a refletir sobre a prática, resistentes ao trabalho compartilhado com a enfermagem obstétrica e sempre culpabilizando a falta de condições para o trabalho e o próprio sistema de saúde. Sabia que um primeiro e indispensável passo para a mudança seria tirar o médico do lugar de protagonista da cena do parto, e propor um atendimento compartilhado com enfermeiras obstetras e obstetrizes. Mas na

primeira oportunidade que tive de trabalhar em conjunto com enfermeiras obstétricas em uma maternidade pública percebi que, para serem aceitas pelo *ethos* médico, elas atendiam mulheres da mesma maneira que meus colegas de profissão: com mulheres deitadas, episiotomias, ordens e rispidez no lugar do cuidado.

Desde 2012 começamos a nos aglutinar no que viria a se chamar Coletivo Parto Plural. Um grupo de mulheres e profissionais preocupados com a assistência ao parto na minha cidade natal, Florianópolis. Fizemos algumas reuniões para discutir a proposta de uma Casa de Parto municipal, apoiamos uma candidata à prefeitura com quem poderíamos construir a ideia, e foi ela quem depois conseguiu emplacar uma das primeiras leis que obrigam maternidades a aceitar a presença de doulas. Com a Rede Cegonha passamos a atuar nos espaços colegiados dos Fóruns, mas percebia que a discussão que fazíamos era avançada para profissionais e gestores acostumados a uma marcha mais lenta, quase imobilista.

Quando decidi entrar em um mestrado interessava-me estudar projetos de resistência no campo da atenção ao parto. Sabia que havia incentivos para a mudança de práticas acontecendo em todo o país. Mas queria entender de que forma esses ventos de mudança chegavam a mulheres de camadas populares. Se mulheres de camadas médias resistem e negam a assistência hospitalar padrão contratando equipes de parto domiciliar, como as mulheres de camadas populares podem resistir? Seria possível?

Soube que havia um grupo de obstetrizes orientando plano de parto como ferramenta educativa no pré-natal em uma Unidade Básica de Saúde localizada na periferia de São Paulo, e interessou-me olhar de perto esse processo. Segui esse caminho pela curiosidade sobre o trabalho das obstetrizes e por acreditar que são mulheres demandando um parto respeitoso e seguro que vão contribuir para a mudança efetiva e persistente da assistência ao parto no país.

1 INTRODUÇÃO

1.1 A CRISE DA ASSISTÊNCIA AO PARTO NO BRASIL

> O fato é que parir e nascer, definitivamente, não são processos "naturais" nem meramente fisiológicos. São eventos sociais e culturais complexos, que envolvem interações entre indivíduos, grupos sociais e organizações, com poderes e legitimidades diferenciados (BARA MAIA, 2008).

A assistência ao parto no país é marcada pelo predomínio do uso de tecnologias (duras),[*] em detrimento de valores éticos (AGUIAR; D'OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2013). Persiste o uso inadequado de procedimentos, muitos dos quais invasivos e potencialmente danosos, que podem ferir a integridade corporal e psíquica das mulheres. É frequente ainda a violação do direito das mulheres de ter acompanhante durante o parto e ganham cada vez maior visibilidade as denúncias de violência obstétrica ou institucional. Este modelo está associado a taxas estagnadas ou mesmo crescentes de morbimortalidade materna e neonatal (DINIZ; D'OLIVEIRA; LANSKY, 2012; VENTURI; AGUIAR; D'OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2013; GODINHO, 2013; LEAL et al., 2014).

Uma das explicações para tal situação refere-se ao fato de a atenção ao parto ser orientada por um forte viés de gênero, calcada pela concepção de que o corpo feminino é essencialmente defeituoso, imprevisível e perigoso, necessitando por isso de correção e tutela. E ainda, pela culpabilização da sexualidade da mulher, que está inscrita na forma como são pensados os espaços e as práticas de cuidado.

---

[*] Segundo MERHY (2000), para atuar, o médico utiliza três tipos de valises: uma vinculada à sua mão e na qual cabe o estetoscópio, bem como o ecógrafo, o endoscópio, entre vários outros equipamentos que expressam uma caixa de ferramentas tecnológicas formadas por "tecnologias duras"; outra está na sua cabeça, na qual cabem saberes bem estruturados como a clínica e a epidemiologia, que expressam uma caixa formada por tecnologias leve-duras; e, finalmente, uma outra, presente no espaço relacional trabalhador-usuário, que contém tecnologias leves implicadas com a produção das relações entre dois sujeitos, que só têm materialidade em ato. Essa reflexão é importante uma vez que, a depender de como se combinam essas tecnologias. produzem-se diferentes modelos de atenção à saúde. Pode-se inferir que a medicina tecnocrata e tecnológica da atualidade configura-se em um modelo fortemente centrado na primeira caixa de ferramentas em detrimento da última, justamente a que possibilita captar a singularidade, o contexto e o universo cultural de usuários e usuárias (FEUERWERKER, 2011).

A medicina ocidental iluminista e sua visão do corpo como máquina e o modelo de produção fabril como metáfora para a assistência (DAVIS-FLOYD, 2001; MARTIN, 2006) também contribuem para a supremacia desse modelo de atenção. Quando o corpo é percebido como máquina e o principal objeto do obstetra passa a ser o útero e o seu produto, a mulher perde a devida importância no processo. Desta forma, o parto é considerado resultado do trabalho mecânico das contrações involuntárias do útero.

Segundo MARTIN (2006), a concepção da obstetrícia moderna tem como fundamentos: eliminar a mulher como sujeito do parto e colocar o médico neste lugar, cabendo a ele fazer a condução ativa do parto; impedir que os médicos reconheçam que o ambiente externo e o estado emocional da mulher atuam dificultando ou facilitando o trabalho de parto e o parto; determinar a atuação intervencionista do médico quando ele achar que o músculo uterino não responde apropriadamente (rompendo a bolsa, aplicando ocitocina, realizando cesariana).

Os espaços onde as mulheres vivenciam o trabalho de parto são, em geral, coletivos e impessoais. Neles, a identidade da mulher, suas referências culturais e sociais sucumbem para que sobre ela atue o saber biomédico. A existência de um "pré-parto" anuncia que o parto taylorizado estipulou etapas para este evento, as quais passam a ocorrer em ambientes distintos, sobretudo em espaços de preparação, de espera e espaços para o ato de parir (PASCHE et al., 2014).

Obrigar a mulher a permanecer deitada no trabalho de parto, expor suas partes mais íntimas a qualquer um e dar ordens verbais que desqualificam o trabalho íntimo que ela realiza demonstram o quanto as práticas de atenção ao parto são forjadas na concepção de que este é um momento de exercício de poder sobre a mulher, desconsiderando suas competências próprias.

Esta lógica segmenta a assistência e não é incomum chegarem à mulher comandos para que "controle" o período expulsivo, pois há o desejo de que ele aconteça nos únicos locais "certos": a sala de parto ou o centro obstétrico. Nos ambientes de pré-parto, em geral, as noções de conforto, como iluminação, redução de ruídos e privacidade, não são minimamente cuidadas. Ao contrário, o pré-parto traz inscrito em suas paredes a marca do sofrimento e é comumente percebido como "sala de sacrifícios", o que transforma o trabalho de parto em expiação do prazer (PASCHE et al., 2014)

Recentemente o estudo de base populacional Nascer no Brasil, realizado pela Fiocruz, em parceria com outras instituições, entrevistou 23.894 mulheres puérperas em todo o país e encontrou taxas inaceitáveis de procedimentos sabidamente não recomendados há três décadas (WHO, 1985): 70% das mulheres são puncionadas, 70% são privadas de alimentos durante o trabalho de parto, 56% sofrem episiotomia, 92% têm seus partos em completa litotomia (deitadas e de costas), 37% têm sua barriga pressionada para a saída mais rápida do bebê (manobra de Kristeller), menos da metade (46%) tem liberdade para movimentar-se durante o trabalho de parto e somente 18% contam com a presença contínua de um acompanhante (LEAL et al., 2014).

Esse fenômeno de intensa medicalização do processo do nascimento, resultado do desenvolvimento tecnológico, mas com persistência de elevadas taxas de morbimortalidade materna e perinatal, é definido por Diniz como paradoxo perinatal brasileiro (DINIZ, 2009). E aponta uma necessária reorientação do modelo de atenção ao pré-natal, parto, nascimento e puerpério, no qual a incorporação tecnológica seja balizada pelas necessidades das mulheres e crianças e também pelo acúmulo de conhecimento (PASCHE et al., 2014).

A interação médico-paciente nesse contexto é marcada por uma relação desigual de poder que pode ser transformada em violência de gênero, e sua ocorrência está relacionada à conjugação do fato de serem mulheres além de pacientes (AGUIAR; D'OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2013). O estudo de LEAL et al. (LEAL; GRANADO; BRAGA, 2005) demonstra que quanto menor a escolaridade e mais escura a cor da pele das mulheres, menor atenção e acesso à analgesia de parto recebem nos serviços onde são atendidas. A mortalidade materna também é maior entre as mulheres negras quando comparadas às brancas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016), indicando que a cor da pele e a classe social são importantes marcadores de diferença na assistência ao parto.

O excesso de cesáreas e as episiotomias desnecessárias também dependem de classe e cor. Mulheres brancas de classe média, atendidas por serviços do setor privado, tendem a receber "o corte por cima", enquanto as mulheres negras e pobres que recorrem ao SUS tendem a receber "o corte por baixo" (DINIZ; CHACHAM, 2004).

Contribui sobremaneira para este cenário que o aparelho formador continue reproduzindo práticas instituídas há décadas, desconsiderando os conhecimentos

científicos acumulados mais recentemente, e abordando a mulher não como sujeito de direitos, mas como objeto de sua atuação (HOTIMSKY; SCHRAIBER, 2005). Na prática, ensina-se, aos futuros profissionais, que a paciente não tem direito à escolha ou à recusa informada, e que as necessidades de ensino dos treinandos são mais importantes que a autonomia ou a integridade corporal das parturientes. Nesse sentido, são consideradas violações de direitos: o uso excessivo ("liberal") de procedimentos potencialmente danosos, sem base em evidências, sem problematizar os efeitos adversos em mães e bebês; bem como as intervenções feitas sem autorização da paciente e, mesmo, à revelia de sua desautorização expressada verbalmente e por escrito, apenas com a finalidade de treinar técnicas cirúrgicas como episiotomias e "fórceps didáticos" (DINIZ et al., 2016).

No que se refere aos modelos de gestão, estes tendem à verticalização do mando e são pouco participativos, o que impõe aos usuários um cuidado distante de seus interesses e necessidades e, em geral, despersonalizado; e ao conjunto dos trabalhadores, o recolhimento ao papel de cumpridores de tarefas, definidas, em geral, por chefias. Há, portanto, uma combinação entre um jeito de gerir e cuidar que dialoga pouco com usuários e trabalhadores e resulta na oferta de um modelo tecnocrático de atenção ao parto e nascimento (PASCHE et al., 2014). Colaboram ainda para esse cenário o financiamento insuficiente, a regulação deficiente do sistema de saúde e a fragmentação das ações e dos serviços (CAVALCANTI et al., 2013).

1.2 ESTRATÉGIAS PARA A MUDANÇA: "CADÊ A MULHER NESSA HISTÓRIA?"

> Qualificar a atenção ao parto e ao nascimento exige pensar sob outro paradigma, que coloque a mulher no centro do cuidado e inclua os aspectos sociais, afetivos e sexuais vivenciados na experiência do parir; que substitua a intervenção pela interação, a separação pela inclusão; e que altere as relações de poder. Exige um 'não fazer mais do mesmo', mas fazer diferente (PASCHE et al., 2014).

Em termos de acesso, a assistência à saúde no Brasil é marcada pela exclusão, no seu início, e pela diferenciação, mais recentemente. Em termos de modelo de assistência, privilegia-se a perspectiva curativa e hospitalar. No que se refere a financiamento, constitui-se de um híbrido público e privado. Quanto a ações e serviços há uma marca do status social da usuária, ao passo que, na atuação governamental, o sistema privado resiste às normativas e regulamentações estatais. Tal estrutura complexa se relaciona com o modelo de assistência ao parto praticado hegemonicamente no País, qual seja, um modelo exclusivamente hospitalar, intervencionista e excessivamente medicalizado (BARA MAIA, 2008).

Várias políticas públicas nacionais têm sido propostas nas últimas décadas com o objetivo de alterar esse cenário, como o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), a Portaria nº 569/2000 do Ministério da Saúde; o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal de 2004 (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004); o Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil no Nordeste e Amazônia Legal; e o Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais do Nordeste e da Amazônia Legal, ambos de 2009-2010.

O PHPN e mais recentemente a Rede Cegonha (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011) têm acirrado a disputa em torno do modelo de assistência ao orientar a atenção à gravidez e ao parto por uma perspectiva da "humanização do parto"[*] que pode ser compreendido como um movimento de crítica à excessiva medicalização do parto, inspirado pelo feminismo, pela medicina baseada em evidências e por formas contemporâneas de vivência do parto (DINIZ, 2005).

A medicina baseada em evidências (MBE), que estreia na área de saúde perinatal, pretende dar visibilidade às rotinas de sofrimento desnecessário no parto e aos seus efeitos prejudiciais. Nas últimas três décadas, sob forte influência das demandas do movimento de mulheres, constrói a evidência dura de ensaios clínicos e revisões sistemáticas a favor de rotinas menos agressivas e mais amigáveis a mulheres e bebês (DINIZ et al., 2016).

Embora passível de crítica por não alterar um paradigma mas tentar ratificar a racionalidade médica segundo os cânones dos empreendimentos científicos (CASTIEL; PÓVOA, 2002), no campo da saúde das mulheres a MBE tem se

[*] Conceito "polissêmico" (DINIZ, 2005), que passa a circular na década de 1990 como resultado das críticas ao sistema médico/obstétrico vigente e de uma nova proposta de atenção ao nascimento.

constituído como uma tática, ao utilizar a linguagem científica para desafiar práticas instituídas pela tradição.

> Parâmetros, protocolos, meta-análises, dados epidemiológicos, são de extrema relevância na produção de conhecimento e, portanto, de teoria médica, mas não deverão substituir a arte do cuidar que demanda afinidades empáticas, habilidades intuitivas, para, eventualmente, em determinado caso, abrir mão da incorporação de "evidências". (CASTIEL; PÓVOA, 2002, p. 119)

No entanto, no Brasil, a prática obstétrica tem sido pouco permeável a evidências científicas, o que cria uma contradição adicional: a permanência, não regulada, de intervenções reconhecidamente inseguras e dolorosas, o que configura uma forma de violação de direitos "nova", sendo a novidade o seu reconhecimento como problema e não sua ocorrência (DINIZ et al., 2016).

A Rede Cegonha foi formulada e desenhada como estratégia de redução das mortalidades materna e infantil, bem como para garantir o respeito e a proteção dos Direitos Humanos em Saúde; o respeito à diversidade cultural, étnica e racial; a promoção da equidade; o enfoque de gênero; a garantia dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes; a participação e a mobilização social (PASCHE et al., 2014). Inserida no conceito de Rede de Atenção à Saúde (RAS), visa superar a fragmentação da atenção e da gestão e promover a integração de ações e serviços de saúde para possibilitar uma atenção eficiente e de qualidade em todos os pontos de atenção, com foco na satisfação dos usuários e na melhoria dos indicadores de morbimortalidade materno-infantil (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011). As ações da Rede Cegonha estão inseridas em quatro componentes: (1) pré-natal; (2) parto e nascimento; (3) puerpério e atenção integral à saúde da criança e (4) sistema logístico, transporte sanitário e regulação.

Entre outras ações (como garantia de acesso e vínculo com uma maternidade, exames clínicos, apoio financeiro para transporte, qualificação de profissionais, estrutura para assistência à gestação de alto risco e leitos de UTI neonatal), a Rede Cegonha prevê o incentivo à adoção de "boas práticas" (direito a acompanhante, acesso a métodos para alívio da dor, contato pele a pele com o recém-nascido, incentivo à participação do pai) e a institucionalização de Centros de Parto Normal.

Este último compreende um dos principais incentivos à mudança de modelo de atenção ao parto, já que prevê o atendimento de mulheres de risco habitual por enfermeiras obstetras e obstetrizes. Trata-se de uma medida reconhecida como importante por países que a incorporaram, por diminuir intervenções desnecessárias no parto e aumentar sua segurança (CAMPOS; LANA, 2007; RIESCO et al., 2009; SANDALL et al., 2010).

Para mobilizar atores no sentido dessas mudanças, o Ministério da Saúde financia capacitações; introduz o pagamento de parto assistido por enfermeira obstetra e obstetriz e cria os Centros de Parto Normal (CPN), unidades privilegiadas de atuação dessas profissionais em partos de risco habitual. Esse talvez seja o ponto de maior resistência por parte das instituições, pois requer a desconstrução de um modelo médico-centrado.

Apesar do avanço, é preciso reconhecer que, tal qual ocorreu com a saúde mental, desinstitucionalizar não significa necessariamente uma mudança imediata de práticas. Propor um modelo de assistência ao parto que se desloque da atenção tecnocrática para a atenção humanizada exige uma mudança profunda do processo de trabalho de profissionais de saúde, que devem abandonar um conjunto de crenças e valores sobre os procedimentos que os orientam para criar lealdade a um outro referencial de crenças e valores (BARA MAIA, 2008).

Apesar de produzir dispositivos importantes, a Rede Cegonha (RC) tem sido considerada um retrocesso na agenda feminista e de construção do SUS, por reduzir o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (Paism) a um programa focal e voltado para a reprodução. Carrega simbolicamente em seu nome a dessexualização da reprodução e dá ênfase ao concepto (DINIZ, 2012).

Destaca-se que o Paism, criado em 1983, é o primeiro documento legal e estatal a reconhecer e salientar as particularidades da saúde e assistência médica à mulher. Tem como fundamentos político-ideológicos iniciativas inseridas dentro de uma abordagem mais ampla de saúde das mulheres, ancoradas na premissa feminista que visa superar a perspectiva materno-infantil e incorporar a noção de mulher como sujeito, com autonomia sobre o próprio corpo, ultrapassando sua especificidade reprodutiva (AQUINO, 2014).

A RC tem sido criticada também por pretender uma suposta pasteurização da atenção ao parto em um país de mulheres plurais e com diferentes demandas, mesmo que cite em seus documentos a importância do respeito à diversidade étnica

e racial. O pensamento feminista demanda o reconhecimento da diferença e, portanto, a inexistência da categoria universal mulher. A fase diferencialista do movimento feminista da década de 1970, com as mulheres negras nos EUA e, em seguida, com as indígenas da América Latina, foi uma das primeiras iniciativas de questionamento da identidade mulher, para a qual inclusive o movimento feminista da onda igualitarista, dos anos de 1960, contribuiu. Em razão da crítica à concepção da mulher como sendo branca, heterossexual, letrada e de classe média, despontam correntes que demandam o reconhecimento da pluralidade que atravessa as mulheres, bem como suas peculiaridades; entre elas, estavam as lésbicas, as negras, as campesinas e as indígenas (CARNEIRO, 2013b).

Percebe-se ainda um silenciamento sobre importantes questões ligadas a direitos sexuais e reprodutivos. Em estudo que avalia o modelo lógico da Rede Cegonha, a gravidez indesejada é apontada na “árvore de problemas” como uma questão que provoca mortes de mulheres. Todavia, as ações que buscam enfrentar esse problema estão inseridas nos componentes do pré-natal (programas educativos relacionados à saúde sexual e reprodutiva) e do puerpério (orientação e oferta de métodos contraceptivos). Ou seja, na RC as ações educativas e os métodos contraceptivos são apenas para as mulheres que já estão grávidas ou no puerpério, não se direcionam a outros grupos de mulheres que podem ser alvo das ações do programa (CAVALCANTI et al., 2013). O acesso ao aborto previsto em lei também não é mencionado na política da Rede Cegonha.

Uma breve leitura da política faz entender que para seus formuladores as mulheres devem estar no centro do processo, implicadas na experiência da gravidez, do parto e da maternidade e vivendo-a com segurança. No entanto, como elas seriam capazes de assumir esse protagonismo ainda é obscuro.

A fala da médica sanitarista Tânia Lago em evento público promovido pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Crempesp), em março de 2015, cujo tema era “A mulher e a Assistência ao Parto”, revela outras contradições que envolvem o financiamento de políticas públicas.

> Lembro vocês que a Rede Cegonha inseriu muito dinheiro em UTI neonatal. Cadê a mulher nessa história? Dinheiro injetado na Rede Cegonha foi para UTI neonatal e PNAR [Pré-natal de alto risco]. A assistência ao parto no Brasil é uma piada. Eu visitei um monte de maternidades públicas [foi gestora na Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo], elas ficam no porão... O prédio novo tem cirurgias, hemodinâmica, imagem... e onde tá a maternidade? No porão. E você entra lá e parece um cortiço.[*]

Aqui fica claro o desacordo entre a política formal em suas portarias e o que acontece na prática com o dinheiro destinado a financiá-la. No caso, a médica denuncia que setores mais articulados com os interesses da indústria médico-hospitalar, como é o caso das UTIs neonatais, conseguem garantir recursos de uma política que deveria estar voltada para a melhoria da assistência ao parto e inclusive para a prevenção da internação de bebês em UTIs neonatais. Também fica clara a desimportância da maternidade no contexto dos serviços de saúde. “Parece um cortiço” e “fica no porão” porque gritos, secreções e “desordem” estão em desacordo com as normas segundo as quais a mulher deve ser limpa, pura e disponível para o prazer heterossexual, supostamente prejudicado pelo parto normal (MALACRIDA; BOULTON, 2012).

No setor suplementar, a mobilização do movimento de mulheres tem obtido alguns avanços. Em 2007, a entidade Parto do Princípio – Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa denunciou ao Ministério Público Federal (MPF) o abuso de cesarianas no setor suplementar, o que redundou em uma audiência pública a respeito do tema envolvendo diversos setores da sociedade. Essa denúncia levou o MPF a iniciar uma ação civil pública requerendo que a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) regulasse e fiscalizasse os planos de saúde. Seu resultado foi a Resolução Normativa 368, a partir da qual as operadoras de planos de saúde, sempre que solicitadas, devem divulgar os percentuais de cesáreas e de partos normais por estabelecimento de saúde e por médico. Também são obrigadas a fornecer o Cartão da Gestante com o registro de todo o pré-natal, e exigir que os obstetras utilizem o partograma, documento gráfico onde é registrado o trabalho de parto e parto.

Para BARA MAIA (2008), o acirramento da disputa pelo modelo de assistência ao parto, com a legitimação pública do modelo humanizado, ocorre no

[*] Tania Lago no debate público “A mulher e a Assistência ao Parto”, realizado pelo Cremesp em março de 2015.

mesmo momento em que se acirram as pressões do Estado para regular a saúde suplementar e no qual se busca fortalecer as ações em saúde nas áreas de promoção e prevenção. Para a autora, essa sincronicidade não seria mera coincidência, porque não seria possível questionar o modelo de assistência ao parto sem questionar toda a lógica de assistência à saúde no Brasil.

No município de São Paulo, as audiências públicas sobre assistência ao parto mobilizaram a Coordenação da Saúde da Mulher. Houve uma aproximação com a Faculdade de Saúde Pública por meio do grupo de estudos Gênero, Evidências, Maternidade e Saúde (Gemas), coordenado pela professora Simone Diniz, e com ativistas do parto humanizado com a formação do Fórum Perinatal do Município de São Paulo. Um espaço que se propõe a discutir as políticas de atenção ao parto entre profissionais, gestores, universidade e usuárias. Dois resultados desse Fórum podem ser considerados de grande relevância. O primeiro foi o convênio da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) com a Associação Comunitária Monte Azul, que permitiu a incorporação da casa de parto modelo Casa Ângela como equipamento da SMS. E a segunda compreendeu um edital para contratação de 20 obstetrizes para a rede de atenção ao parto da SMS.

A Casa Ângela, idealizada pela parteira alemã Ângela Gehrke, desde 1997 oferece atendimento de pré-natal, assistência humanizada ao parto e nascimento e acompanhamento de bebês até o primeiro ano de vida. As doações e pagamentos de mulheres de camadas médias que frequentavam o serviço possibilitavam atender gratuitamente mulheres da comunidade. Agora, como equipamento do SUS, atenderá gratuitamente todas as mulheres da região que procurarem o serviço.

Outra importante ferramenta para a garantia da participação de usuárias na construção de políticas públicas tem sido as consultas públicas da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec). Trata-se de mecanismo de publicidade e transparência utilizado pela administração pública para obter informações, opiniões e críticas da sociedade a respeito de determinado tema. Esse mecanismo tem o objetivo de ampliar a discussão sobre o assunto e embasar as decisões sobre formulação e definição de políticas públicas. Para promover a participação da sociedade no processo de tomada de decisão para a inclusão de medicamentos e outras tecnologias no SUS, a Conitec disponibiliza suas recomendações em consulta pública por um prazo aproximado de 20 dias.

Foram duas as consultas públicas realizadas pela Conitec sobre assistência ao parto até então. Uma delas, já publicada como Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas (PCDT), focaliza a cesariana e descreve como seu objetivo “diminuir o número de cesarianas desnecessárias no país” (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016). A segunda é a Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal, que, em conjunto com as Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana,

> visa orientar as mulheres brasileiras, os profissionais de saúde e os gestores, nos âmbitos público ou privado, sobre importantes questões relacionadas às vias de parto, suas indicações e condutas, baseadas nas melhores evidências científicas disponíveis. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE; CONITEC, 2016, p. 5)

Todos os pontos da diretriz já publicada são discutidos em termos de evidências científicas mediante intenso debate e negociações entre os atores envolvidos. No entanto, obstáculos culturais e político-ideológicos complexos é que definirão como tais recomendações serão efetivamente postas em prática pelos profissionais (SCHRAIBER, 2012).

1.3 MATERNIDADE SEGURA COMO DEMANDA SOCIAL

> Se hoje é possível encontrar mulheres que versam abertamente sobre sua sexualidade, sobre a possibilidade de gozarem no parto, que querem ser mães sem abdicar de suas carreiras profissionais, que questionam os médicos, estabelecem outros arranjos de gênero em suas relações afetivas e que leem seus corpos no registro do positivo e da potência, desconsiderar quanto o feminismo contribuiu para tudo isso parece-me um engano e o não reconhecimento do resultado de demandas históricas demasiadamente importantes para um parto e uma maternidade voluntária, prazerosa e socialmente amparada (DINIZ, 2000).

É preciso reconhecer que recuperar a prerrogativa de autonomia das mulheres sobre seu próprio corpo no tocante à maternidade requer dar voz às mulheres, que cada vez mais têm manifestado interesse em vivenciar a gravidez e o

parto como experiência[*] ao invés de evento médico (CARNEIRO, 2013a). Para SHAW (2002), essa mudança cultural voltada para questões de estilo de vida e organização política insere-se em uma discussão de formas contemporâneas de subjetividade por conta de sua localização na intersecção do corpo com a prática científica, tecnológica e médica.

Segundo Scavone (apud ZORZAM, 2013), depois da contestação do determinismo biológico para as explicações da posição social das mulheres, a maternidade foi interpretada como um *handicap* ('deficiência'), que imporia às mulheres um lugar específico na sociedade, o que levou à negação da maternidade pelas feministas igualitaristas. Já para as diferencialistas, a maternidade passou a ser vista como um poder inerente às mulheres, valorizando sua experiência durante a gravidez e o parto. Um terceiro momento traz a proposta de desconstrução do pressuposto de que a essência biológica reproduziria necessariamente um lugar específico das mulheres na sociedade, uma vez que as relações de poder inscritas nela é que são as responsáveis por atribuir valor à maternidade.

Assim, pode parecer plausível para gerações mais recentes questionar se a rejeição da maternidade por setores feministas não teria contribuído para que se levasse tanto tempo para a compreensão da assistência convencional ao parto como uma violência de gênero. E também como coube justamente às feministas ditas 'essencialistas' uma reflexão crítica sobre a atenção ao parto. Caso do Coletivo das Mulheres de Boston (EUA) que organizavam grupos reflexivos entre mulheres com o objetivo de questionar a assistência médica convencional, inclusive a atenção ao parto, a partir da narrativa de mulheres. Esse coletivo publicou a partir dessas experiências o aclamado livro Our bodies, Ourselves, já traduzido para vinte e nove línguas. E influenciou a organização do Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde em São Paulo.

A feminista e socióloga inglesa Sheila Kitzinger foi uma das primeiras autoras a propor uma reinterpretação do parto. Ela conta no prefácio de seu livro *Some*

[*] Utilizarei o conceito de experiência proposto por SCOTT, que reconhece-a como parte integrante da formação do sujeito e determinada não somente pelo gênero mas também por classe, raça e etnia. Sua proposição contrapõe-se à uma suposta objetividade pura e a um sujeito universal. "Não são indivíduos que têm a experiência mas os sujeitos são construídos através da experiência [...] Não há uma experiência (entre mulheres) concreta e universal a partir da qual é possível construir conhecimento." (SCOTT, 1999). A tese de CARNEIRO (2011) também será inspiradora, já que sua etnografia entre mulheres adeptas do "parto humanizado" discute justamente o fato de suas escolhas serem uma tentativa de enriquecimento de suas experiências.

women's experience of episiotomy que, revisando a literatura médica, percebeu que os estudos desde 1980 centravam-se unicamente em descrever como e em qual região o procedimento deveria ser realizado, mas sem nunca terem ouvido a opinião das mulheres sobre suas experiências. A autora foi precursora da pesquisa sobre essa intervenção, a partir da perspectiva da vivência das mulheres no parto (apud ZORZAM, 2013).

> A persistência da prática da episiotomia e sutura demonstra o poder do sistema médico para controlar cirurgicamente e intervir no corpo das mulheres durante uma transição importante na vida, e para transformar uma experiência sociobiológica em um evento médico. Como antropóloga eu vejo a episiotomia de rotina e sutura no períneo como um rito de uma cultura tecnocrática de mutilação genital feminina (Kitzinger aput ZORZAM, 2013, p. 43).

Foi justamente o questionamento sobre a suposta neutralidade da produção científica e a necessidade de um "saber localizado" feminista (HARAWAY, 1995) que possibilitou que revisões sobre a assistência ao parto passassem a refutar a maioria das intervenções realizadas rotineiramente. E mesmo que sua tradução em mudanças práticas encontre resistências, deve-se reconhecer seu papel como argumento dentro da linguagem científica aceita entre profissionais.

Mas, isoladamente, o discurso científico não é suficiente. Ele precisa estar ancorado no princípio da autonomia, uma das bases dos 'direitos reprodutivos'. Para as autoras CORREA e PETCHESKY (1996), suas bases inegociáveis, fruto de intenso debate seriam: (1) integridade corporal; (2) direito da mulher de não ser alienada de sua capacidade sexual e reprodutiva; (3) autonomia pessoal, direito à autodeterminação; (4) igualdade, instituída na relação entre homens e mulheres e entre mulheres que são atravessadas por cultura, classe social, idade, raça e orientação sexual.

O conceito de 'direitos reprodutivos' nasceu no início da década de 1980 como estratégia discursiva das feministas na prática política para reivindicar garantias de igualdade, liberdade, justiça social e dignidade no exercício da sexualidade e da função reprodutiva. No plano internacional, o Ciclo de Conferências da Organização das Nações Unidas (ONU), da década de 1990, foi fundamental para a consolidação desse conceito. A Conferência Internacional de População e Desenvolvimento – realizada na cidade do Cairo, em 1994 –

incorporou, no seu documento final de consenso, a seguinte definição para direitos reprodutivos:

> Os direitos reprodutivos se ancoram no reconhecimento do direito básico de todo casal e de todo indivíduo de decidir livre e responsavelmente sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos e de ter a informação e os meios de assim o fazer, e o direito de gozar do mais elevado padrão de saúde sexual e reprodutiva. Inclui também seu direito de tomar decisões sobre a reprodução, livre de discriminação, coerção ou violência. (ONU, 1994, p. 62).

O documento final da IV Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada em Pequim, 1995, reafirmou o conceito e foi além, adotando a posição de que os direitos humanos das mulheres incluem o livre exercício da sexualidade, sem coerção, discriminação e violência (CORRÊA, 2001). Essas conferências internacionais foram fortemente influenciadas pelas experiências dos países do sul. Principalmente pelo pioneirismo brasileiro, com o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (Paism), que inaugura a percepção sobre a necessidade de promover a autonomia das mulheres no campo da sexualidade e reprodução sob a perspectiva dos direitos humanos.

O direito à autonomia pessoal significa o direito de autodeterminação das mulheres. Direito a ser tratada como um ser capaz de tomar decisões, com a disponibilização de informação para que possa decidir sobre sua vida livremente. Na esfera institucional, exige que as mulheres sejam ouvidas em suas expectativas e desejos, não desmerecendo suas queixas, dúvidas ou necessidades. Segundo CORRÊA e PETCHESKY (1996), é necessário que aparelhos políticos, governamentais e institucionais favoreçam a capacidade de autonomia das mulheres, oferecendo o melhor da informação disponível para que elas possam exercer esse direito.

Mas somente o acesso à informação não basta. Deter autonomia sobre o próprio corpo depende primeiramente de acesso a recursos sociais e materiais, e por isso, necessariamente, o direito a decidir sobre o próprio corpo anda de mãos dadas com princípios de equidade (PETCHESKY, 1995). O exercício dos direitos reprodutivos demanda uma etapa anterior, correspondente ao exercício concreto da cidadania e à abolição das injustiças sociais. No entanto, em nosso país, questões

de equidade em relação à autonomia e "decisão informada"[*] são complicadas por uma "cultura implícita entre os profissionais de saúde, segundo a qual o direito à escolha está associado à condição de pagante" (DINIZ; D'OLIVEIRA; LANSKY, 2012, p. 98). Ou seja, na assistência ao parto, deve-se garantir autonomia de escolha às mulheres do setor privado, enquanto as do setor público devem delegar decisões ao médico.

Apesar dos vastos marcos jurídicos e legais, os direitos reprodutivos continuam severamente restringidos, principalmente a mulheres pobres. O acesso a métodos contraceptivos (DIU, laqueadura, contracepção de emergência), por exemplo, é limitado na cidade de São Paulo em serviços geridos por organizações sociais religiosas (FIGUEIREDO; CASTRO FILHO; KALCKMANN, 2015). O acesso a um parto seguro e respeitoso é privilégio de mulheres que podem pagar por uma equipe. O acesso a aborto legal nos casos de violência sexual, no reduzido número de locais onde é ofertado, não depende da presunção de veracidade mas sim da submissão da mulher aos regimes periciais dos serviços (DINIZ, 2014).

Recentemente, o caso de Adelir,[*] que desejava um parto normal e acabou forçada a uma cesariana por ordem judicial,[**] provocou intenso debate sobre a prerrogativa da autonomia da mulher no parto. No caso, o Ministério Público (MP) ajuizou Medida de Proteção requerendo a condução coercitiva da mulher ao hospital. A juíza de plantão atendeu ao pedido do MP e, em sua nota, determinou:

> [...] que a gestante receba o atendimento adequado para o resguardo da vida e integridade física do nascituro, inclusive com a realização do parto por cesariana, se essa for a recomendação médica no momento do atendimento.[**]

Em evento realizado pelo Cremesp, citado anteriormente, a médica sanitarista Tânia Lago comentou:

---

[*] Uso como referência para o direito à decisão informada o Código de Ética Médica (Resolução CFM 1931/2009), Art. 22: "É vedado ao médico: deixar de obter consentimento do paciente ou de seu responsável após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte". O acesso à decisão informada durante a gravidez e o parto é amplamente debatido nos Estados Unidos e em outros países em que movimentos organizados de mulheres têm buscado sua garantia (GOLDBERG, 2009).

[*] Noticiado em: http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2014/04/1434570-justica-do-rs-manda-gravida-fazer-cesariana-contra-sua-vontade.shtml.

[**] http://www.tjrs.jus.br/site/imprensa/noticias/?idNoticia=236190.

> Por que é que a médica é mais responsável por aquele feto do que a mãe? E se a mulher não tem autonomia sobre seu território que é seu corpo, que é o território mais privado que a gente tem, qual é o território de autonomia da mulher? Ou será que a mulher por estar grávida deixa de ser tão pessoa humana quanto era antes de engravidar?.[*]

DECLERCQ (2013), médico coordenador do projeto norte-americano *Listening to Mothers*,[*] explica a recusa a decisões compartilhadas e a prática intervencionista pela tendência de profissionais médicos de sobrevalorizar ocorrências de baixo risco absoluto, como a ruptura uterina, um dos possíveis desfechos envolvidos no caso Adelir. Isso porque processos judiciais envolvendo essas ocorrências são amplamente publicizados e recebem por isso grande atenção da comunidade clínica.

A jornalista JENNIFER BLOCK (2007) descreve em seu livro *Pushed: the painful truth about childbirth and modern maternity care* como as seguradoras estadunidenses organizam seminários para divulgar casos em que médicos e instituições são processados, orientando por fim que os profissionais realizem cesarianas.

> Se algum desfecho ruim acontece, deve parecer que o médico fez tudo que poderia. Em outras palavras, partos fisiológicos não são bem vistos em tribunais, tirar o bebê antes, mais rapidamente e com o maior número de intervenções necessárias, sim. (BLOCK, 2007).

As seguradoras também determinam protocolos assistenciais com a direção de hospitais. Nos EUA, são elas que definem a prática médica, conforme relata um dos obstetras entrevistados por Block:

> elas [as seguradoras] estão me ensinando como não ser processado, não atender parto vaginal de gemelares, VBACs [vaginal birth after cesarean, 'parto vaginal após cesariana'], abandonar o parto operatório (fórceps), e levar a paciente para o centro cirúrgico ao primeiro sinal de problema. (BLOCK, 2007).

Mas qual seria, em nosso país, o real impacto do medo de litígios na prática de uma obstetrícia defensiva e intervencionista? No debate organizado pelo

---

[*] Tania Lago no debate "A mulher e a Assistência ao Parto", realizado pelo Cremesp em março de 2015.

[*] Projeto que visa avaliar a experiência de parto de mulheres norte-americanas.

Cremesp ficou claro que o argumento sobre a impossibilidade de mudança de prática na atenção ao parto deve-se ao grande número de processos éticos que os médicos obstetras sofrem. Quando fala-se em autonomia a discussão é de que obviamente as mulheres devem ter autonomia para optar pela cesariana, mas quando elas desejam um parto normal entende-se que são inconsequentes, logo, devem ter sua autonomia de decidir limitada pela decisão médica.

Assim, em um contexto permeado pela judicialização da prática médica e por uma formação em que é frágil a penetração de princípios éticos referentes aos direitos humanos e aos direitos à saúde sexual e reprodutiva (HOTIMSKY, 2007), as mulheres são frequentemente reduzidas a um "recipiente de feto" sem direito a integridade física e emocional. Essa não é somente uma realidade brasileira, ocorrendo também na Inglaterra como discute CAHILL em seu artigo sobre cesáreas realizadas por ordem judicial naquele país (CAHILL, 1999).

Entre a década de 1990 e os anos 2000, os estudos que avaliam a satisfação no parto no Brasil focam sua atenção na via de parto de eleição das mulheres, denunciam as dificuldades de acesso à atenção obstétrica e descrevem o silêncio como recurso de enfrentamento utilizado pelas mulheres nos serviços de saúde (OSIS et al., 2001; HOTIMSKY et al., 2002).

Atualmente pode-se dizer que a demanda por um parto livre de intervenções surge em um cenário fortemente marcado pela persistência do uso de tecnologias inapropriadas na assistência ao parto, mas também no interior de uma "crise de confiança" entre usuárias e médicas e médicos (AGUIAR; D'OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2013).

Parece haver consenso na literatura brasileira sobre o limitado acesso a informações de qualidade para as mulheres, tanto as do setor público quanto as do setor suplementar de saúde, para que possam fazer escolhas informadas. A maioria das cariocas entrevistadas no estudo de GAMA et al. (2009) ressentia-se da falta de acesso a informações durante as consultas de pré-natal sobre tipos de parto, fisiologia, procedimentos, indicações e riscos da cesárea.

Uma pesquisa transversal com 246 mulheres, usuárias de uma maternidade pública do Rio de Janeiro, também demonstra descaso com a informação disponibilizada às mulheres. Quando perguntadas sobre o quanto se sentem informadas sobre o que acontece com elas e o bebê durante o parto, quase metade considera-se mal informada. No que se refere às informações a respeito dos

procedimentos (por exemplo, exames de toque), apenas 34% sentem-se informadas. Quando a questão diz respeito à informação sobre medicamentos durante o parto, o percentual foi ainda menor: apenas 30% sentem-se informadas (DOMINGUES; SANTOS; LEAL, 2004).

A dissertação de mestrado de ZORZAM (2013) também discute como fatores sociais, econômicos, culturais e de gênero contribuem para a dificuldade do exercício de escolha durante o parto como e como a informação isoladamente não representa a possibilidade de êxito para as decisões no parto.

Adicionalmente, quando a informação está disponível, sua qualidade pode ser questionada. Os trechos a seguir são retirados de material informativo do Programa Mãe Paulistana, distribuído às gestantes inscritas no pré-natal da SMS da cidade de São Paulo:

> Quando é necessário, é feito um corte na região do períneo, que se chama episiotomia, para facilitar a saída do bebê, evitando danos aos músculos da vagina. Tanto o corte como os pontos que são dados para fechá-lo são sempre feitos com algum tipo de anestesia. Não dói.[*]

> Algumas vezes, apesar do esforço da mãe, a força não é suficiente para o bebê nascer, mesmo com o colo do útero dilatado. Para facilitar a saída do bebê, ajudando tanto a mãe como o filho, o médico pode usar um instrumento chamado fórcipe. O nome é complicado, mas hoje em dia é usado com total segurança e somente em casos de necessidade, para evitar sofrimento tanto da mãe quanto do bebê.[*]

O material afirma que a episiotomia protege os músculos da vagina, quando os estudos demonstram justamente o contrário (CARROLI; MIGNINI, 2009). A episiotomia aumenta o risco de dano perineal e a dor e a dispareunia após o parto. O folheto também minimiza as sérias complicações possíveis do parto instrumental, principalmente quando associado à episiotomia. Deixa de explicar a relação da necessidade do uso de fórceps com outras intervenções, como analgesia de parto, parto em litotomia, exaustão materna por jejum. Desse modo, o material infantiliza a mulher, e parece suspeitar de seu poder de entendimento.

A limitação de informação de qualidade também é estudada por NIY (2012), que analisa o conteúdo sobre episiotomia nos livros sobre gravidez mais vendidos

[*] Programa Mãe Paulistana. Livreto entregue às gestantes durante o pré-natal (sem ficha técnica).

no Brasil. A autora constata que das 11 obras selecionadas apenas 4 fazem algum tipo de referência à episiotomia, disponibilizando informações imprecisas e desprovidas de atualizações científicas.

ZORZAM (2013), ao entrevistar mulheres do setor suplementar e do SUS acerca de acesso à informação, demonstra como as informações sobre humanização do parto encontram-se dispersas em diversos nichos: blogs, sites, fanpages, listas de discussão, espaços físicos (com grupos de apoio), que propiciam discussão por perspectivas da medicina baseada em evidências e direitos reprodutivos. Também identifica que, embora preconizados na rede pública, os grupos de gestantes não se encontram disponíveis e reina a "cultura do parto como silêncio".

1.4 PLANO DE PARTO: REVISÃO DE UMA PRÁTICA POTENTE E SILENCIOSA

Nesse contexto de carência de informações, as redes sociais têm possibilitado a divulgação de conhecimentos de maneira sem precedentes, abalando as estruturas de poder da instituição médica, com a difusão de informações técnico-científicas outrora sob monopólio médico. Organizadas em grupos e fóruns, as mulheres recomendam umas às outras que escrevam planos de parto (Despertar do Parto, Amigas do Parto, Artemis)[*] como meio de comunicar ou exigir o respeito a seus direitos nas maternidades. Trata-se de documento elaborado durante a gestação, no qual a mulher descreve os procedimentos que recusa e os que aceita, com o objetivo de prevenir abusos e também de demonstrar à equipe o conhecimento sobre direitos, rotinas hospitalares e suas indicações.

O acesso a tais informações limita-se, de certa forma, a mulheres de camadas médias portadoras de um capital social que as possibilita fazer parte de um grupo privilegiado econômica e culturalmente. No entanto, é preciso reconhecer que

[*] http://www.despertardoparto.com.br/modelo-de-plano-de-parto.html
http://www.amigasdoparto.com.br/plano.html
http://artemis.org.br/plano-de-parto/

trata-se de tecnologia desenvolvida por e para mulheres, como uma “linha de fuga” para a atual situação vivida nos serviços que prestam assistência ao pré-natal e parto.

Impulsionado pela noção de “decisão informada”, o uso de plano de parto está descrito na literatura de países industrializados desde a década de 1980 e foi proposto inicialmente como maneira de informar e proteger as mulheres, diante da percepção de que era crescente a medicalização do parto na sociedade norte-americana e europeia (LOTHIAN, 2006). Seu uso também está descrito como intervenção visando impactar o modelo das três demoras implicadas na mortalidade materna (demora na decisão da mulher e/ou da família em procurar cuidados; demora para chegar a uma unidade de saúde; demora em receber os cuidados adequados na instituição de referência), como instrumento para melhorar a comunicação entre a mulher e a equipe que atende seu parto e como instrumento de diálogo cultural sobre a experiência do parto entre mulheres filipinas residindo na Austrália (MONTOYA, 2011; WHITFORD et al., 2014).

A orientação para que as mulheres escrevam planos de parto está disseminada em sítios nas redes sociais, é recomendada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo National Institute for Health and Clinical Excellence (Nice), consta como direito na lei municipal 15.894/2013, que visa coibir a violência obstétrica no município de São Paulo, e está prevista pela Portaria 1020/GM/MS 2013, do Ministério da Saúde.[*] Além disso, vem sendo incorporada como uma das ações a serem desenvolvidas pelas equipes que prestam assistência pré-natal na atenção primária à saúde na cidade de Belo Horizonte e também por alunas de Obstetrícia (EACH-USP)[*] em seu campo de estágio em algumas Unidades Básicas de Saúde (UBSs) da cidade de São Paulo. Apesar de o plano de parto estar presente na forma de lei, normas e prática dentro do país, não há estudos sobre seu

---

[*] http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf?ua=1
http://www.nice.org.uk/guidance/cg62
http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Legislacao&id=740
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1020_29_05_2013.html

[*] A Universidade de São Paulo (USP) oferece desde 2005 um curso de graduação em Obstetrícia, que pertence à Escola de Artes, Ciências e Humanidades (EACH). O curso forma bacharéis em Obstetrícia com entrada direta preparados para atendimento de mulheres gestantes de risco habitual, do pré-natal ao parto, pautado pelo cuidado e por evidências científicas. O modelo adotado segue a *Midwifery* inglesa. Segundo a coordenadora do curso, Nádia Zanon, as egressas são registradas e têm encontrado espaço para atuar na rede pública e privada. Ver mais em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/revista-radis/148/reportagens/o-lugar-das-enfermeiras-e-obstetrizes>.

impacto no Brasil. A maioria das publicações compreende polêmicas em torno de seu uso, e é oriunda de outros países.

A prática da construção de planos de parto tem como benefícios: possibilitar que as mulheres expressem suas preferências, elevar sua autoconfiança sobre o parir e a sensação de controle, melhorar a comunicação com a equipe, favorecer o empoderamento das mulheres por aumentar seu conhecimento e compreensão sobre práticas do parto, de modo a ajudar em escolhas informadas (MOORE; HOPPER, 1995; LOTHIAN, 2006; YAM et al., 2007; WHITFORD et al., 2014). Quando encorajada pela maternidade, a prática pode demonstrar o compromisso de profissionais de saúde em reconhecer e apoiar a diversidade de opiniões, permitir a reavaliação de protocolos e práticas clínicas e oportunizar uma melhora da qualidade do serviço (WHITFORD et al., 2014).

A discussão no pré-natal de informações sobre a fisiologia do parto, os riscos e benefícios de possíveis procedimentos realizados na maternidade e direitos da gestante pode constituir-se ainda como estratégia de prevenção quaternária (TESSER et al., 2014). Esta é concebida como atitude e ação de identificação e evitação de situações de risco de hipermedicalização e intervenções desnecessárias (BENTZEN, 2003).

O plano de parto, no sentido de recuperar o direito à voz das mulheres, pode ser entendido ainda como uma maneira de reforçar a “segurança da paciente” (REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2013), já que um paciente assertivo, capaz de chamar a atenção para si em uma situação de emergência, é capaz de reduzir seus riscos, mesmo que seja mal visto pelo sistema.

No entanto, mesmo em países que historicamente optaram por um modelo de assistência ao parto focado no atendimento por *midwives* e com baixa intervenção, há relatos de que o plano de parto possa perturbar a relação com o atendente (LUNDGREN; BERG; LINDMARK, 2003; LOTHIAN, 2006) e gerar insegurança entre as mulheres (GULBRANDSEN et al., 2004). Justifica-se que atitudes negativas possam decorrer justamente do fato de a prática não ser encorajada como parte de uma rotina, sendo por isso desconhecida e refutada pelas equipes que prestam assistência ao parto (WHITFORD et al., 2014).

A indisposição médica para o diálogo e para uma medicina centrada nas mulheres pode ser reconhecida em diversos artigos já a partir de seus títulos: *The birth plan headache*, em que o médico refere-se à estratégia como uma “dor de

cabeça" (REYNOLDS, 1987), ou mesmo como um *First step to the OR?*, insinuando que mulheres que muito desejam um parto normal acabam sendo submetidas a cesarianas (OR corresponde a *obstetric room*, 'centro cirúrgico') (WHITE-COREY, 2013).

Há também, entre médicos, posições intermediárias que enxergam no plano de parto uma maneira de "evitar conflitos" e prevenir problemas antes que eles surjam (BURCHER, 2013), ou seja, evitar litígios. BURCHER (2013) afirma que algumas coisas são não negociáveis, e que deve prevalecer a opinião médica. Mas, sendo assim, teriam as mulheres direito de expressar suas questões e preferências e tê-las consideradas por seus cuidadores? (SIMKIN, 2007). Uma resposta possível e mais radical seria a de que "Mulheres precisam mais do que ser ouvidas, precisam de médicos que levem a sério o que elas querem mesmo que isso signifique heresia médica" (PERRY; QUINN; NELSON, 2002).

Segundo LOTHIAN (2006), os planos de parto deveriam responder a três perguntas focadas nas mulheres: o que eu farei para estar confiante e sentir-me segura? O que eu farei para encontrar conforto em resposta à dor? Quem vai me dar apoio no trabalho de parto e o que eu precisarei dessas pessoas? O problema com relação a seu uso talvez seja justamente que as informações sobre plano de parto são direcionadas para as mulheres, enquanto seus cuidadores foram formados para uma prática prescritora e disciplinadora. SHAW antevê o problema e alerta para o fato de que é o encontro em si o evento a ser negociado (SHAW, 2002).

É importante ressaltar que a maioria dos estudos citados é proveniente de países que já passaram por uma reforma de seus serviços obstétricos, apesar de hoje acompanharem a tendência mundial à medicalização. As controvérsias expostas demonstram que há ainda um necessário aprofundamento a ser feito sobre o uso do plano de parto como ferramenta para propiciar diálogo e capacidade de autodeterminação para as mulheres.

1.5 PLANO DE PARTO E ALGUMAS QUESTÕES EXPLORADAS

> A crença de que a tecnologia médica é boa em si mesma, e que o mal só pode advir do não uso desta tecnologia, e nunca do seu uso excessivo ou sem indicação precisa, está bastante impregnada em nossa cultura. (HOTIMSKY; SCHRAIBER, 2005)

Talvez o maior benefício da ferramenta plano de parto seja a possibilidade educativa de levar informações sobre gestação e parto às mulheres, para que elas tenham a oportunidade de refletir a respeito. Mas como mulheres de camadas populares entendem as rotinas hospitalares? Como compreendem a "medicalização do parto"?

HIRSCH (2014), em sua tese de doutorado realizada na PUC-RJ, mostra que mulheres de camadas populares escolhem uma casa de parto adepta de princípios da "humanização do parto", em detrimento da assistência convencional hospitalar, compreendendo que trocam a "ajuda" da maternidade pelo "cuidado" da casa de parto. Por "ajuda" entendem todo tipo de intervenção realizada com o intuito de acelerar o trabalho de parto, como uso de ocitocina, episiotomia e pressão sobre o útero (manobra de Kristeller). Percebe-se, assim, que o entendimento dessas mulheres sobre a atenção que recebem nas maternidades talvez não tenha sido atravessado pelo discurso crítico da assistência ao parto. E que, portanto, o que as leva a escolher uma Casa de Parto não é necessariamente a coerência da prática com as recomendações da medicina baseada em evidências, mas o cuidado ali recebido.

Apesar do reconhecimento da importância do acesso à informação para que as mulheres possam tomar "decisões informadas", admite-se que tal ideia pudesse ser estranha às mulheres entrevistadas nesta pesquisa. O estudo de GAMA et al. (2009), citado anteriormente, descreve o medo de retaliação de mulheres atendidas no setor público ao questionarem ou opinarem sobre condutas da equipe médica. Assim, numerosos questionamentos surgem. Como essas mulheres compreendem a possibilidade de requisitarem um lugar no espaço de decisão que geralmente cabe ao profissional de saúde? Com que noções de autonomia a ferramenta plano de parto trabalha? Seu uso garante à mulher uma posição menos subalterna para que possa discutir e negociar condutas com a equipe? O plano de parto construído leva

em consideração as escolhas disponíveis no serviço de saúde? A estratégia pode propiciar um diálogo e uma escuta qualificada de mulheres que historicamente têm sido submetidas à lógica dos serviços de saúde, em detrimento de suas experiências? A demanda por participação nas decisões pode de alguma forma acarretar danos ou efeitos colaterais à paciente, como ser responsabilizada por escolhas que por ventura mostrem-se ruins?

Diante de um cenário de aguda percepção de que mulheres demandando assistência segura (DINIZ et al., 2016; DINIZ, 2014) são a força motriz e sustentável para provocar rupturas no sistema atual aproveitando suas fissuras (SCHRAIBER, 2012), a estratégia plano de parto poderia ser entendida como uma ferramenta ou tecnologia que busca produzir "potência de autonomia"? Poderia colocar as mulheres como ponto central na concretização de um modelo de atenção ao parto que seja seguro e que privilegie a vivência do parto como fato da vida e não como patologia?

Uma ideia fundamental deste trabalho é que a disputa por um modelo de atenção precisa ser feita por dentro do SUS. E para fazê-la é preciso entender a responsabilidade que a atenção primária tem no fomento da discussão sobre a assistência ao parto com as mulheres ainda no pré-natal para garantir a integralidade da atenção. Inserida no contexto do SUS, pode significar um dispositivo para prover informações de qualidade às mulheres durante o pré-natal – um incremento de "tecnologia leve" na "caixa de ferramentas" da equipe da atenção primária. Mas, principalmente, pode constituir uma maneira de encorajar as mulheres a comunicar suas necessidades para a equipe na maternidade. E, considerando que a comunicação entre serviços de saúde é geralmente deficitária, pode-se imaginar que o uso do plano de parto possa suscitar pactuações para a formação uma "cadeia de cuidados"[*] entre tais serviços.

Assim, pretende-se compreender como mulheres de camadas populares enxergam a assistência ao parto, já que o discurso feminino predominante no Brasil provém de mulheres brancas de camadas médias. Acredita-se ser necessário partir da experiência de mulheres de diferentes classes sociais, raça e etnia para que se

[*] Cadeia de cuidado em saúde pode ser entendida como o arranjo que possibilita articular o acesso aos serviços com diferentes tipos de vínculo e continuidade do cuidado. Tal proposição visa a integralidade como eixo da atenção e toma as necessidades de saúde como referência para a organização dos serviços e das práticas de saúde (FEUERWERKER, 2011).

possa ter um entendimento mais complexo dessa realidade e também para se pensar políticas públicas que as contemplem em suas necessidades. A partir dessas considerações, buscaram-se unidades da atenção primária do município de São Paulo para a pesquisa e verificou-se que em algumas delas o plano de parto é uma das atividades realizadas durante o pré-natal (Anexo 1). Essas unidades são o campo de estágio para treinamento de estudantes do curso de graduação em Obstetrícia (EACH-USP). Este trabalho pretende descrever e analisar a experiência de mulheres e médicos/gestores com a ferramenta plano de parto.

2 OBJETIVOS

Descrever e analisar a experiência de utilização de planos de parto entre mulheres usuárias do SUS.

2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever e analisar os limites e possibilidades da ferramenta plano de parto para o diálogo e a negociação de intervenções hospitalares na maternidade a partir da experiência das mulheres entrevistadas e profissionais que atuam na assistência ao parto.
- Descrever e analisar como o plano de parto impactou na experiência de parto das mulheres que o construíram e o usaram na maternidade.
- Descrever e analisar a perspectiva dos gestores e profissionais sobre a ferramenta plano de parto.

3 METODOLOGIA

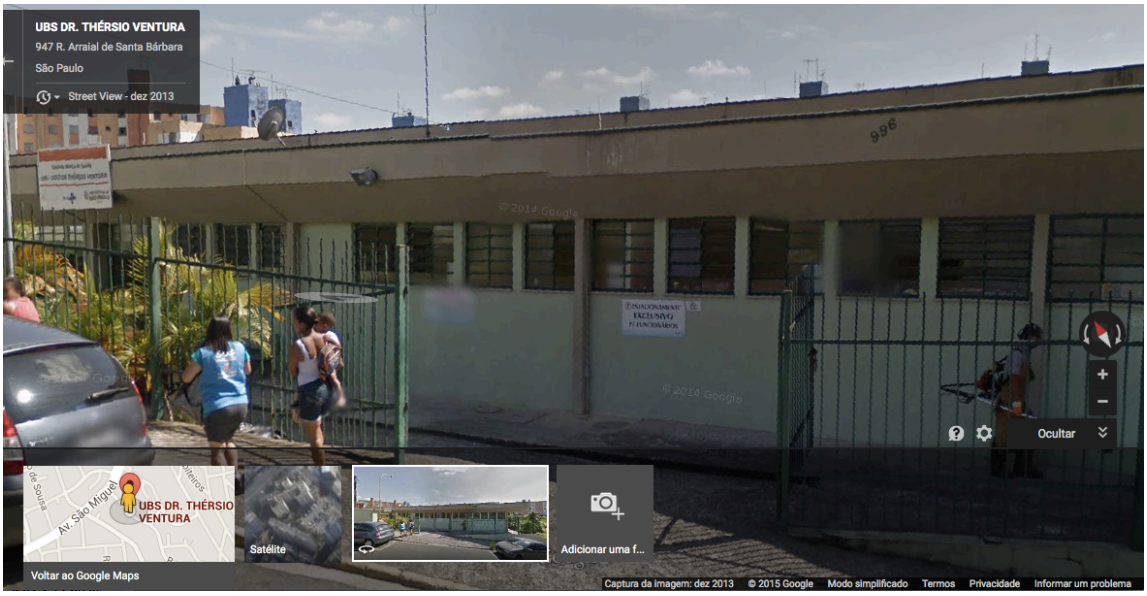
Trata-se de pesquisa exploratória, descritiva de abordagem qualitativa e norteada por uma perspectiva de gênero. A abordagem qualitativa foi eleita por melhor responder à necessidade de descrever, compreender e explicar o fenômeno objeto de estudo, através de uma aproximação com empatia a motivos, intenções, projetos dos atores, a partir dos quais as ações, estruturas e relações tornam-se significativas.

Os dados empíricos que baseiam esta análise foram produzidos a partir de entrevistas com mulheres que vivenciaram a experiência de plano de parto no SUS; entrevistas com médicos/gestores; observação de um grupo de orientação para o plano e parto; observação de dois grupos de apoio à gestação e parto realizados na UBS, e análise documental de material educativo, e de documentos referentes às políticas de saúde materna municipal e nacional.

3.1 SELEÇÃO DAS PESSOAS ENTREVISTADAS

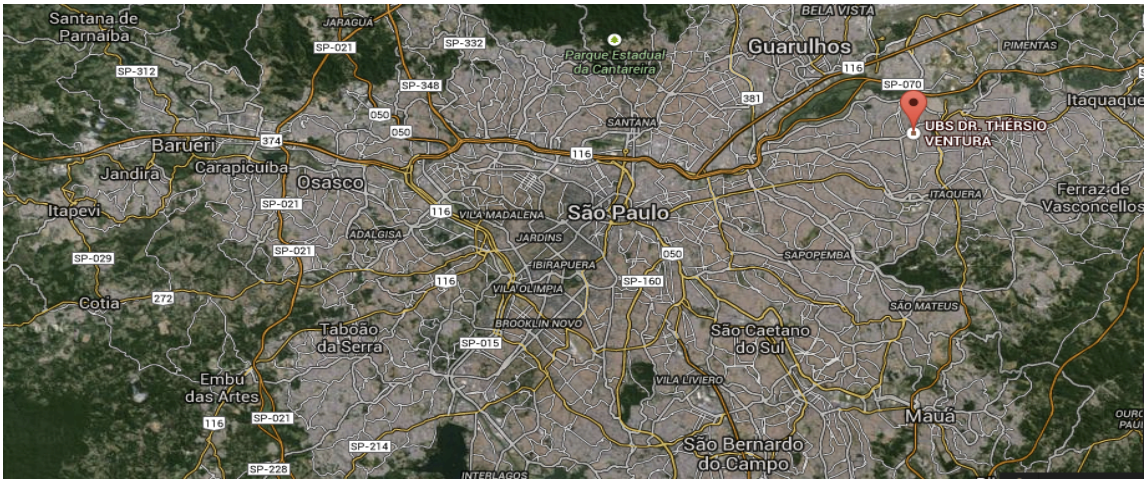
Com a finalidade de observar as ações voltadas para a preparação para o parto, acompanharam-se as atividades desenvolvidas pelas obstetrizes na Unidade Básica de Saúde (UBS) Thérsio Ventura (Figura 1), localizada na Zona Leste de São Paulo (Figura 2), entre os meses de agosto e dezembro de 2015.

Figura 1: Vista Externa da UBS Thérsio Ventura.



Extraído de: Google Maps.

Figura 2: Localização UBS Thérsio Ventura.



Extraído de: Google Maps.

A partir de conversa sobre o objeto de pesquisa, foi solicitado à professora preceptora que sugerisse nomes de mulheres atendidas pela EACH no ano anterior, que tivessem participado das atividades educativas na UBS e usado o plano de parto na maternidade, independentemente de o desfecho ter sido cesárea ou parto normal. Foram indicadas dez mulheres, a partir do registro pessoal da professora preceptora, e seis aceitaram participar da entrevista, sendo que uma não compareceu (Quadro 1). Entre as mulheres que se recusaram a participar, duas haviam mudado de cidade e as outras duas trabalhavam em tempo integral.

Quadro 1: Perfil das mulheres entrevistadas. São Paulo, 2015.

Nome	**Idade (anos)**	**Ocupação**	**Cor**	**Estado civil**	**Escolaridade**	**Religião**	**Paridade**
Hilda	24	Professora Jardim	Branca	Casada	Magistério	Católica	G2C2
Adélia	27	Atendente telemarketing	Parda	Amasiada	Ensino Médio	Evangélica	G1P1
Clarice	19	Cabelereira	Negra	Casada	Ensino Fundamental	Não possui	G1P1
Zélia	19	Costureira	Parda	Casada	Curso Técnico Costura	Católica	G1P1
Cora	23	Do lar	Branca	Solteira	Ensino Fundamental	Não possui	G1P1

Foram entrevistados também dois profissionais médicos: o coordenador do programa Parto Seguro da SMS/SP e o chefe do serviço de obstetrícia de uma das maternidades de referência para a área de abrangência da UBS. Ambos foram indicados pelo coordenador da saúde da mulher da SMS/SP, quando questionado sobre dois nomes de profissionais para participarem da pesquisa, um que trabalhasse em maternidade de referência para a UBS Thérsio Ventura e outro que estivesse ligado à gestão dos serviços de assistência ao parto da SMS/SP.

3.2 COLETA DOS DADOS

As entrevistas semiestruturadas (Anexo 2) com as mulheres foram realizadas em sala disponível na UBS, exceto uma delas, realizada no domicílio da mulher, e tiveram duração média de 40 minutos.

As entrevistas semiestruturadas com os médicos (Anexo 3) foram realizadas nos seus locais de trabalho e tiveram duração de 1 a 2 horas.

Acompanharam-se, ainda, dois eventos públicos pertinentes à pesquisa, o debate “A Mulher e a Assistência ao Parto”, realizado pelo Cremesp em 13 de março de 2015, e um encontro do Fórum de Redes, promovido pela Coordenadoria da Região Sudeste de São Paulo, realizado em 26 de maio de 2015, cujo tema era a oferta de construção de plano de parto na atenção primária.

Foi feita a observação participante de uma consulta para orientação individual de plano de parto, com duração de duas horas, e de dois grupos de apoio à gestação e parto realizados na UBS, com duração de duas horas cada. Realizou-se ainda análise documental de textos das políticas públicas Rede Cegonha, do Ministério da Saúde, e Parto Seguro, da SMS/SP, e de materiais educativos utilizados pela SMS/SP.

As entrevistas semiestruturadas, grupos e consulta foram gravados mediante a explicação dos objetivos da pesquisa e da autorização das pacientes e profissionais através de Termo de Consentimento Informado (Anexo 4). Todas as conversas foram transcritas e analisadas pela própria pesquisadora garantindo-se o anonimato das pacientes.

3.3 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram analisados a partir do referencial de Análise Temática de Conteúdo, que pode ser entendida como a que:

> relaciona estruturas semânticas (significantes) com estruturas sociológicas (significados) dos enunciados. Articula a superfície dos textos descrita e analisada com os fatores que determinam suas características: variáveis psicossociais, contexto cultural, contexto e processo de construção da mensagem. (MINAYO, 2010)

Fazer uma análise temática consiste em "descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado" (MINAYO, 2010). Operacionalmente desdobra-se em: *pré-análise* (leitura flutuante para contato exaustivo com o material, organização do material de tal forma a constituir um *corpus*, formulação de hipótese), *exploração do material* (recorte do texto em unidades de registro) e *tratamento dos resultados obtidos* e *interpretação*.

Utilizou-se gênero como categoria de análise conforme proposto por SCOTT, que o define como "um elemento constitutivo de relações sociais fundadas sobre diferenças percebidas entre os sexos, sendo o primeiro modo de dar significado às relações de poder" (SCOTT, 1990), para tentar compreender a percepção das mulheres sobre sua autonomia durante o parto e sobre a possibilidade de negociação desta no ambiente hospitalar.

As categorias que emergiram da análise foram agrupadas conforme aproximação temática para apresentação conforme a seguinte organização: **Subversão interpretativa e empoderamento**: (a) não é uma incapacidade sua, e sim do sistema; (b) de coitada a poderosa:; (c) intervenção que era 'ajuda'; (d) resistência e negociação do encontro; (e) plano de parto como mobilizador do cuidado como valor; **Conflito de poderes**: (f) a segurança do bebê como chantagem; (g) sobre comandantes, aviões e a necessidade de novas analogias; (h) plano de parto como provocação: negligência e retaliação; (i) limites para a 'decisão informada' no SUS.

3.4 ASPECTOS ÉTICOS

Seguindo as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos contidas na Resolução 196/96 (RES CNS 196/96) e 466/12 (RES

CNS 466/12), do Conselho Nacional de Saúde, o presente estudo foi inscrito no sistema Plataforma Brasil para ser submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública/USP, recebendo parecer favorável N. CAE 1.127.695 em 28 de junho de 2015 (Anexo 5).

4 RESULTADOS

ARTIGO 1: SERÁ SUBMETIDO A REVISTA INTERFACE

O DIREITO À AUTONOMIA PODE EXISTIR NO SETOR PÚBLICO? UMA EXPERIÊNCIA DE PLANOS DE PARTO NO SUS*

The right to autonomy may exist in the public sector? An experience of birth plans in SUS

El derecho a autonomia puede existir en el sector publico? Una experiência de planes de parto en el SUS

RESUMO

A assistência ao parto no Brasil é marcada por predomínio de intervenções desnecessárias em detrimento de valores como o cuidado. Ferramentas de informação e empoderamento como o plano de parto têm sido desenvolvidas e difundidas. Este estudo objetivou compreender a experiência de mulheres usuárias do SUS e médicos/gestores sobre o uso do plano de parto promovido pelo curso de Obstetrícia da EACH/USP no município de São Paulo. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas, observação participante de grupos e consulta e participação em eventos, além de análise documental. A partir de análise temática de conteúdo emergiram as categorias: (a) não é uma incapacidade sua, e sim do sistema; (b) de coitada a poderosa; (c) a intervenção que era 'ajuda'; (d) resistência e negociação do encontro; (e) plano de parto como mobilizador do cuidado como valor.

ABSTRACT

Birth assistance in Brazil can be described as marked by strong predominance of unnecessary interventions at the expense of values such as care. In this context it has been developed and disseminated information and empowerment tools like the birth plan. This study aimed to understand the experience of women users of SUS and doctors/managers on birth plan promoted by the Obstetricians of EACH/ USP in São Paulo. Data collection was made through semi-structured interviews, participant observation groups and consultation and participation in events. These were

* A ser submetido para a revista Interface.

analyzed using thematic content analysis from which the following categories emerged.(a) It is not your disability, but the system’s; (b) from ‘poor thing’ to powerful; (c) the intervention that once was 'help' ; (d) resistance and negotiation of the encounter; (e) birth plan as mobilizer of caring as a value.

RESUMEN

La atención al parto en Brasil puede ser descrita como marcada por un fuerte predominio de las intervenciones innecesarias a expensas de valores tales como la atención. En este contexto, se ha desarrollado y difundido información y herramientas de empoderamiento como el plan de parto. Este estudio tuvo como objetivo comprender la experiencia de las mujeres usuarias del SUS y médicos/administradores en su empleo del plan de parto promovido por el Obstetrícia EACH/ USP en Sao Paulo. La recolección de datos se realizó a través de entrevistas semiestructuradas, observación participante de grupos y consulta médica y participación en eventos. Estos fueron analizados mediante análisis de contenido temático de la que surgieron las siguientes categorías: (a) no es su discapacidad, pero del sistema; (b) de ‘pobre’ a poderosa; (c) la intervención que fue "ayuda"; (d) resistencia y la negociación de el encuentro ;(e) plan de parto como movilizador del cuidado como valor .

PALAVRAS-CHAVE:

- Humanização da assistência ao parto, Sistema Único de Saúde, obstetrizes, plano de parto, autonomia, gênero

- Humanized birth, Unified Health System, midwife, birth plan, autonomy, gender

- Parto humanizado, Sistema Unico de Salud, matrona, plan de parto, autonomia, género

INTRODUÇÃO

Há três décadas critica-se o atual modelo de assistência ao parto,[1] contudo, a incorporação de práticas seguras e efetivas ainda é lenta. Devido às dificuldades em construir uma cultura institucional focada nos direitos das mulheres, as denúncias de violência obstétrica ou institucional ganham cada vez maior visibilidade.[2–6] Tal realidade tem origem em fatores complexos relacionados a questões de gênero, modelo de gestão, processo de trabalho das instituições e deficiências do aparelho formativo.[2,7,8]

As políticas públicas propostas para o enfrentamento desse cenário, o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento[9] e, mais recentemente, a Rede Cegonha,[10] buscam reorientar a atenção à gravidez e ao parto por uma perspectiva de "humanização". Esta pode ser compreendida como um movimento de crítica ao atual modelo tecnoassistencial, inspirado pelo feminismo, pela medicina baseada em evidências e por formas contemporâneas de vivência do parto.[11]

A Rede Cegonha propõe um conjunto de ações para a melhoria do acesso aos serviços e da qualidade da assistência à mulher e à criança, por meio da vinculação da gestante à unidade de referência para o parto, do transporte seguro e da implementação de boas práticas na atenção ao parto e nascimento. Além disso, prevê a incorporação de Centros de Parto Normal, com atendimento de mulheres de risco habitual por enfermeiras obstetras e obstetrizes. Medida importante porque diminui as intervenções desnecessárias no parto, aumentando sua segurança.[12–15]

A implementação dessas políticas sofre, porém, resistência por parte de profissionais e instituições, que encontram dificuldades em atualizar sua prática diante de novas demandas trazidas pelas usuárias. Tal oposição tem mobilizado setores da sociedade para uma maior visibilidade das situações de violência e da assistência insegura, levando à formação de fóruns e ações no judiciário, que cobram atitudes das instituições de saúde e do poder público.[16] Em grande parte, essa mobilização tem surgido de camadas médias organizadas em redes como a Parto do Princípio.[17,18]

Entre as propostas que focam na ação individual das mulheres, tem sido difundida internacionalmente a estratégia chamada plano de parto. Trata-se de documento elaborado durante a gestação, no qual a mulher descreve sua aceitação ou recusa a determinados procedimentos, como forma de prevenir abusos e

comunicar à equipe assistencial o conhecimento de direitos, rotinas hospitalares e intervenções. Seu uso tem sido impulsionado no contexto da prática de decisão informada ou compartilhada. Procura-se enfatizar o respeito a valores e preferências dos pacientes como meio de suplantar os riscos do paternalismo comum por parte dos profissionais de saúde.[19,20] Além disso, a escolha sempre foi um tema central para o feminismo, que posiciona a medicalização do parto em um projeto maior para controlar o corpo e as escolhas reprodutivas das mulheres. Reconhece-se, inclusive, que algumas mulheres podem experimentar a promoção de um parto desmedicalizado como disciplinador ao invés de empoderador.[21]

O uso do plano de parto aparece na literatura de países industrializados desde a década de 1980.[22,23] É recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), e tem sido divulgado nas redes sociais através de grupos de apoio à gestação e ao parto, além de ser reconhecido como direito na lei 15.894/2013 do município de São Paulo, que visa coibir a violência obstétrica.

Sugere-se que envolver as mulheres na tomada de decisões possa melhorar a sua experiência de parto e levar a melhores desfechos físicos e emocionais. São benefícios citados sobre a prática da construção de planos de parto: favorecer a comunicação com a equipe, ajudar as mulheres em escolhas informadas e melhorar a segurança da paciente.[22,24–27] Quando encorajado pela maternidade, pode demonstrar o compromisso de profissionais de saúde e suas instituições em reconhecer e apoiar a diversidade de opiniões, permitir a reavaliação de protocolos e práticas clínicas e possibilitar a melhora da qualidade do serviço.[26]

A discussão de informações sobre a fisiologia do parto, os riscos e benefícios de procedimentos comumente realizados na maternidade e os direitos das mulheres no pré-natal e parto pode constituir-se, ainda, como estratégia de prevenção quaternária,[28] concebida como atitude e ação de identificação e evitação de situações de risco de hipermedicalização e de intervenções desnecessárias.[29]

Atitudes negativas com relação ao plano de parto podem estar relacionadas ao fato de não ser encorajado como prática, sendo por isso desconhecido e refutado pelas equipes que prestam assistência ao parto.[26] Mesmo em países que historicamente optaram por um modelo de assistência focado no atendimento por

midwives[1] e com baixa intervenção, há relatos de que o plano de parto possa perturbar a relação com o atendente[22,30] e gerar insegurança entre as mulheres.[31]

O exercício de autonomia sobre o próprio corpo depende, primeiramente, de acesso a recursos sociais e materiais, e por isso, necessariamente, o direito a decidir sobre o próprio corpo anda de mãos dadas com os princípios de igualdade.[32] Em nosso país, todavia, a autonomia e a "decisão informada" são complicadas por uma "cultura implícita entre os profissionais de saúde, segundo a qual o direito à escolha estaria associado à condição de pagante" (p. 4).[33] Ou seja, às mulheres do setor privado deve-se garantir autonomia de escolha, enquanto espera-se que as mulheres do setor público deleguem decisões ao atendente. O estudo de Gama et al.[34] demonstrou como parece haver uma maior disponibilidade dos profissionais para a oferta de informações, tanto no pré-natal quanto no trabalho de parto, para as mulheres do setor privado.

Na rede pública brasileira, a experiência de orientação de planos de parto tem sido promovida pelo curso de obstetrícia da EACH/USP. Além de maternidades e casa de parto, a atenção primária é espaço para o campo de estágio das obstetrizes em formação. Nesse espaço, assumem parte das consultas de pré-natal, atendimentos de rotina em saúde da mulher e a realização de grupos de promoção à saúde.

Nesta pesquisa, analisou-se o uso da ferramenta plano de parto, temática ainda não abordada em outros estudos nacionais. O objetivo foi descrever e analisar a experiência na construção do plano de parto na perspectiva de mulheres usuárias do SUS, de profissionais médicos da assistência obstétrica e da gestão. Exploraram-se, adicionalmente, os limites e as possibilidades da ferramenta para o diálogo e a negociação de intervenções hospitalares

METODOLOGIA

Realizou-se análise documental de textos sobre a Rede Cegonha e o Parto Seguro da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SMS/SP) e de materiais

[1] *Midwife* é uma parteira com formação específica para atenção ao parto, regulamentada, equivalente à obstetriz no Brasil. O curso de graduação em obstetrícia da Escola de Artes, Ciências e Humanidades (EACH), da USP, é o único do país que forma, desde 2005, profissionais com o olhar voltado para o atendimento integral à saúde das mulheres, com enfoque na assistência ao parto.

educativos utilizados pela SMS/SP. Foram realizadas entrevistas com mulheres que vivenciaram a experiência de plano de parto no SUS; entrevistas com médicos/gestores; observação de um grupo de orientação para o plano de parto e observação de dois grupos de apoio à gestação e parto realizados na UBS Thérsio Ventura, localizada na zona leste da capital paulista, entre agosto e dezembro de 2015. A unidade de saúde conta, atualmente, com sete equipes do Programa Saúde da Família, as quais atendem 6.776 famílias cadastradas, totalizando uma população adscrita de 24.135 pessoas.

As usuárias da UBS são convidadas, principalmente por agentes comunitárias, enfermeiras(os) e médicas(os) de família, a participar de um pré-natal compartilhado entre as estudantes de obstetrícia e as equipes do Programa Saúde da Família da UBS. Os atendimentos funcionam através de um fluxo paralelo que se desenha conforme a disponibilidade do calendário universitário (de março a dezembro, com pausa em julho) e o limite determinado pela docente responsável para que haja tempo para as consultas e a discussão com estudantes. Solicitou-se à professora preceptora que sugerisse nomes de mulheres atendidas no ano anterior, que tivessem participado das atividades educativas na UBS e usado o plano de parto na maternidade, independentemente de o desfecho ter sido cesárea ou parto normal. Foram indicadas dez mulheres, a partir do registro pessoal da professora preceptora, e seis aceitaram participar da entrevista, sendo que uma não compareceu. Entre as mulheres que se recusaram a participar, duas mudaram de cidade e as outras duas trabalhavam em tempo integral. As entrevistas semiestruturadas tiveram duração média de 40 minutos e foram realizadas na UBS, em uma sala disponibilizada para tal, exceto uma delas, realizada no domicílio da mulher.

Foram entrevistados também dois médicos: o coordenador do programa Parto Seguro da SMS/SP e o chefe do serviço de obstetrícia de uma das maternidades de referência para a área de abrangência da UBS. Ambos foram indicados pelo coordenador da saúde da mulher da SMS/SP, conforme solicitação da pesquisadora principal. Essas entrevistas foram realizadas nos seus locais de trabalho e tiveram duração de 1 a 2 horas.

Dois eventos públicos também foram acompanhados para esta pesquisa, o debate “A mulher e a assistência ao Parto”, realizado pelo Cremesp em 13 de março de 2015, e um encontro do Fórum de Redes, promovido pela Coordenadoria da

Região Sudeste de São Paulo, em 26 de maio de 2015, cujo tema foi a oferta de construção de Plano de Parto na Atenção Primária.[2]

Após a explicação dos objetivos da pesquisa e da autorização das pessoas entrevistadas, o material foi gravado e posteriormente transcrito e analisado pela pesquisadora principal. A análise dos dados foi feita a partir do referencial de análise de conteúdo, com a definição de categorias por aproximação temática.

A pesquisa foi autorizada conforme Resolução nº 466/13 do Conselho Nacional de Saúde, sob parecer número 1.127.695.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As mulheres entrevistadas tinham entre 19 e 27 anos de idade. Todas se identificavam como heterossexuais, viviam com o parceiro, exerciam ocupações diversas e haviam tido o primeiro bebê, com exceção de uma delas, que havia tido o segundo. Quanto à cor da pele, uma identificou-se como negra, três como pardas e uma como branca. Seus nomes foram trocados. Os profissionais aparecem com seus cargos. A seguir, descrevem-se e analisam-se alguns dos temas que emergiram do material coletado pela pesquisa, em cinco categorias distintas.[3]

Subversão interpretativa e empoderamento – *"Não é uma incapacidade sua, e sim do sistema"*

> As mulheres têm conseguido parir há milhares de anos, mas pelo menos há 100 a gente tem atrapalhado esse processo. Você tem toda a capacidade de dar à luz o seu bebê... infelizmente para ter o que você quer você vai precisar brigar com unhas e dentes. Não existe uma incapacidade sua, a incapacidade é do sistema. (Professora EACH na orientação de plano de parto)

A elaboração do plano de parto na UBS estudada pôde ser entendida como ferramenta que finaliza um processo maior de atividades educativas. Estava inserida em uma lógica em que, longitudinalmente, eram compartilhadas noções sobre

---

[2] O Fórum de Redes é um espaço que coloca gestores e profissionais, de diferentes níveis de atenção, em roda, com a ideia da construção de linhas de cuidado.

[3] Um segundo artigo apresentará as demais categorias, agrupadas em: **conflito de poderes**: a segurança do bebê como chantagem; sobre comandantes, aviões e a necessidade de novas analogias; plano de parto como provocação: negligência e retaliação; limites para a 'decisão informada' no SUS.

fisiologia do parto, questionamentos quanto aos procedimentos realizados rotineiramente na maternidade e, principalmente, a construção de confiança da mulher em sua habilidade de parir e o direito à autonomia para decidir.

> Aqui elas falavam de tudo, falavam do normal, quando precisa ser cesárea, da episio, da ocitocina, da peridural... Se eu fosse pra lá sem saber de nada, sem ter conhecimento eu não ia saber o que ia acontecer. (Adélia)

Segundo uma das alunas que participavam da orientação sobre o plano de parto como atividade de seu estágio:

> O efeito surpresa está sendo cortado pela informação. (Estudante EACH)

Essa quebra do efeito surpresa parece ser fundamental na proposta operada pelo plano de parto pois o parto deixa de ser um túnel escuro e a mulher deixa de estar no lugar de ignorante sem possibilidade de reagir e negociar.

Assim, a ferramenta não se limitava a "uma página impressa da internet", conforme descrição de uma médica em evento realizado no Cremesp. Segundo esta profissional, o plano de parto como prática disseminada na saúde suplementar consistia em assinalar opções de um formulário pronto:

> Quer dizer, é impossível pedir ao médico que ele não faça algo que honestamente não acredite que não deve ser feito. Não dá pra mulher chegar com uma folha da internet na hora da assistência ao parto e dizer 'olha eu quero que seja assim'. (Tânia Lago, médica sanitarista, evento Cremesp)

> [...] eu só tinha as informações dos outros, tudo negativo. Três amigas minhas estavam grávidas ao mesmo tempo. As três marcaram [cesárea]. (Adélia)

> Quando contei pra minha mãe que eu ia poder tomar as decisões no meu parto ela disse assim 'imagina que você vai conseguir, eles vão fazer do jeito que eles quiserem, não é assim'. (Zélia)

> Eu achava que o parto era o médico tirar o bebê de dentro de você, e tal, uma cirurgia, só que depois, eu comecei a pensar que o parto é uma coisa sua, do seu esposo, da pessoa que tá com você, aí eu fiquei pensando, é o meu momento. (Zélia)

Em um contexto onde a maioria das ideias que as mulheres têm sobre o parto vem de relatos pautados por medicalização e sofrimento, através da narrativa de mulheres mais próximas, mídia e redes sociais,[21] a possibilidade de reflexão ofertada pelas obstetrizes podia ser considerada contra-hegemônica.

> O parto é uma dança, o corpo vai se abrindo. (Estudante EACH durante orientação plano de parto)

> Aí eu conheci a [professora EACH] e ela falava de um jeito tão lindo, da gestação, do parto, de bebê, de gestante, eu me apaixonei, eu me encantei, eu me abri. (Clarice)

Essa abertura para um discurso positivo da gestação e do parto sinaliza o entendimento desses eventos como uma experiência, como descrito na etnografia de Carneiro com mulheres adeptas de outra forma de parir.[35] No entanto, diferentemente da realidade de mulheres de camadas médias, as usuárias do SUS, além de desejarem singularidade e possibilidade de decidir nos seus partos, preocupavam-se ainda com a garantia de acesso aos serviços de saúde. Já o genérico 'medo do parto' apareceu como medo de ser maltratada, situação já descrita em trabalhos anteriores.[36,37]

> Ah, a gente fica assim, com medo né de não ter vaga no dia, de precisar correr pra outra maternidade... também fica com medo de ser maltratada, é muita história triste que se escuta. (Cora)

Mudar a experiência de parto significa mudar a relação das mulheres com o medo e a debilidade, com os próprios corpos, e suas implicações são de grande alcance psíquico e político.[38] Alguns teóricos veem no movimento do parto humanizado o retorno de ideias essencialistas sobre a mulher,[39] entretanto, é inegável que a discussão sobre a assistência ao parto sensibiliza para a percepção de situações de violência e constrangimento antes percebidas como inevitáveis ou "naturais". Para Petchesky,[40] a noção de "*entitlement*", ou tomada de consciência sobre seus direitos e autoridade para tomada de decisões, seria essencial para que mulheres envolvam-se na concretização de direitos sexuais e reprodutivos.

> ‘Tchau, até o ano que vem’?... O que a enfermeira quis falar com isso? Que ela [amiga] é uma parideira? Que todo ano ela vai tá ali? E ela ainda tava saindo dali com a trompa ligada... Brincadeira desnecessária. E a maioria das pessoas que ganham lá [maternidade da região] é ‘tchau, até o ano que vem’. Até os seguranças falam isso. Aqui [no grupo] eu aprendi que isso não está certo, que a gente não merece isso (Adélia)

De coitada a poderosa

Quando as mulheres contrastavam o atendimento ofertado pela “equipe USP” com o recebido nas consultas “convencionais” de pré-natal, na UBS ou mesmo na saúde suplementar, indicavam o cuidado, a disposição para o diálogo e vínculo e a construção de um discurso positivo sobre a gestação e parto como importantes diferenciais das obstetrizes que valorizavam o SUS simbolicamente.

> Eu passava no convênio do serviço e aqui. Mil vezes aqui. Tanto que eu deixei o convênio e fiquei só aqui. Aqui elas me escutavam, eu chorava, elas me ouviam. No convênio tudo que ele fazia era me pesar e medir minha barriga. Mal dava tempo de sentar na cadeira. (Adélia)

> Um dia meu marido disse que as pessoas tinham pena de mim porque eu ia ganhar no SUS [...] mas em momento nenhum eu me senti coitada. Eu tava tendo um acompanhamento excelente. Tem gente no particular que vai uma vez por mês na consulta. Eu podia vir aqui toda semana. Eles nunca vão ter a informação que eu tive, nunca, nunca, nunca... aí eu disse pra ele ‘se eles falarem isso de novo você diga ‘minha esposa é acompanhada pela USP’ não é qualquer coisa, minha esposa vai ter plano de parto, vai ter o parto que ela quer. (Zélia)

Corroborando outros estudos,[34,41] as mulheres entrevistadas queixaram-se do limitado acesso a informações durante a gestação. Porém, em contraste com as consultas convencionais de pré-natal, onde prevaleciam o controle clínico da gestação, a rapidez no atendimento e a impessoalidade, os atendimentos da “equipe USP” ofereciam acolhimento, apoio físico e emocional e cuidado.

> [O pré-natal na UBS] É o básico, pressão, peso, medir barriga, exames 'ah tá bom, ah isso aqui não tá legal mas ó, sabe assim se você quiser mudar você vai e se vira sozinha'. Tá certo a gente tem que fazer a nossa parte, mas um pouquinho mais de informação não faz mal. Salva vidas até no caso né. (Hilda)

> Quando eu vinha no pré-natal aqui elas diziam assim: 'olha o coraçãozinho batendo, que legal'. Já o meu médico [do convênio] colocava esse negócio de ouvir o coração e era assim: 'tum', 'vc ouviu?' 'Não'. 'Ah então da próxima vez você ouve'. Aqui, eu ficava uns minutos ouvindo o coração do bebê e era bom. Eu ficava tranquila com aquele som. (Adélia)

No Brasil, a expansão de acesso ao pré-natal não foi acompanhada da necessária melhoria da sua qualidade. Persistem elevadas, por exemplo, as mortes causadas por síndromes hipertensivas, por causas perinatais e pela incidência de sífilis congênita.[42] Nesse cenário e diante de experiências internacionais bem-sucedidas com o trabalho de obstetrizes e enfermeiras obstétricas, como a inglesa, a inserção dessas profissionais na atenção primária do Brasil já é defendida por alguns autores.[43]

A intervenção que era 'ajuda'

As atividades educativas na UBS possibilitaram a reinterpretação de procedimentos historicamente oferecidos pelas instituições médicas como "ajuda", os quais passaram a ser entendidos como desnecessários ou até mesmo prejudiciais. A rejeição a tais procedimentos, por representar uma primeira fissura no que é geralmente introjetado como correto e aceitável, foi descrita por uma das entrevistadas como uma ousadia:

> Eu me senti ousada. Sem aquilo eu já ia brigar pelos meus direitos que eu aprendi aqui e com aquilo eu me preparei [...] eu podia escolher. (Clarice)

As mulheres atendidas em uma Casa de Parto no Rio de Janeiro afirmam trocar a "ajuda" da maternidade pelo cuidado da Casa de Parto.[44] No presente estudo, uma entrevistada comentou sobre a negociação operada durante o período expulsivo e as "ajudas" que aceitou, sem que precisasse "romper" com a equipe que a atendia. Percebe-se que as mulheres operam formas menos conflitantes de

negociação para atingir algum grau de autonomia mas ao mesmo tempo garantir seu cuidado dentro da instituição.[40]

> A outra enfermeira que tava junto perguntou: 'posso te ajudar?' eu falei não. Ela não empurrou. Até que saiu. Pra fazer o toque ela pedia, eu perguntava se precisava mesmo, várias vezes ela não fez o toque porque eu perguntei. Aí ela veio com a agulha, ela tirou do plástico, ela não ia me perguntar, aí ela disse 'é sua bolsa, tem que romper pra ajudar'. Aí eu perguntei, 'mas tem problema ela nascer dentro da bolsa?', aí ela disse: 'não...', 'então eu quero que ela nasça dentro da bolsa'... (Clarice)

Salienta-se, porém, a complexidade implicada na noção de uma usuária autônoma, capaz não só de avaliar a informação médica mas também de implementar decisões informadas, uma vez que as opções de escolha costumam ser constrangidas politicamente. Além disso, tendem a ser moldadas por discursos hegemônicos e práticas sociais que privilegiam os interesses de um grupo sobre o indivíduo.[45,46] É mais simples para instituições e profissionais reconhecerem o direito à autonomia de decisão quando a demanda está de acordo com as suas crenças e princípios. É o caso da "cesariana a pedido", ainda apontada por profissionais de saúde como responsável pelos altos índices do procedimento no setor privado,[47] a despeito de estudos indicarem que no início do pré-natal a maioria das mulheres deseja um parto normal.[48,49]

Assim, na prática, para que a mulher exerça sua autonomia, precisa atuar em um cenário complexo em que os interesses diversos nem sempre estão claros, o que aumenta ainda mais a importância de quais informações são ofertadas a ela – ou dela ocultadas. No caso brasileiro, chama a atenção o abuso de cesarianas, há muitas décadas denunciado por movimentos de saúde e de mulheres. No setor privado, apenas recentemente estabeleceu-se a obrigatoriedade de uso de termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) para a cesariana sem indicação clínica. No entanto, o TCLE ofertado pela Associação de Obstetrícia e Ginecologia do Estado de São Paulo (Sogesp)[50] superestima as vantagens da cesárea e minimiza possíveis riscos decorrentes do procedimento, além de omitir informações sobre os riscos de longo prazo para mulher e bebê.

Plano de Parto: resistência e negociação do encontro

A formação dos profissionais para uma prática prescritiva e disciplinadora e a maneira de atuar do trabalhador, presa a protocolos clínicos e padrões, com uma linguagem programada, reduz o aspecto relacional do seu trabalho e a capacidade de perceber necessidades que não sejam as ditadas pelo saber biomédico.[51] Por isso, Shaw alerta que, para além dos procedimentos, é o encontro em si o evento a ser negociado,[52] porque qualquer tentativa de participação das usuárias é vista como ameaçadora, uma inversão indesejável da hierarquia.

> Se antigamente o médico era dono do conhecimento e o paciente só obedecia, hoje o paciente começa a achar que só ele é que manda no próprio corpo e o médico tem que cumprir o desejo do paciente. Eu acho que nem um nem outro. Acho que tem que se caminhar no sentido de uma boa resolução, um bom diálogo. (Médico obstetra chefe de serviço de obstetrícia referência para a UBS)

Cientes desse conflito, as obstetrizes orientavam os casais a se comunicarem com a equipe de modo que seus pedidos de cuidado não soassem como confronto, ou como diria Petchesky de maneira acomodada.

> “dá para diminuir a luz? Ela tem problema com a luz forte...”
> “ai, só um pouquinho, ela ainda não está com vontade de empurrar...”
> “será que não ficaria melhor com a cama reclinada?”
> “Doutor, será que precisa mesmo fazer episiotomia?” (Estudante EACH durante orientação de Plano de Parto)

Assim, o plano de parto pode ser entendido como uma tecnologia leve que, além de funcionar como ferramenta educativa, resgata a importância da linguagem e do diálogo. Sendo que a boa comunicação com o profissional não precisa significar subserviência, mas permite enxergar o outro como alguém disponível para a escuta, a partir do pressuposto de que os profissionais também querem o melhor para a mulher e seu bebê.

> Eu acho que o plano de parto é um momento de ouro pra você resgatar o que essa mulher quer... você vai ver que aquilo que ela quer talvez seja o que nós realmente gostaríamos de entregar se a gente estivesse sintonizado entre as coisas, entre o que eu estudei, entre que eu queria quando eu fazia medicina, eu devo querer a mesma coisa que ela quer, que ela quer provavelmente que o neném nasça bem. (Médico e Coordenador do Programa Parto Seguro)

Apesar do entendimento de que a todas as mulheres deveria ser dado o direito a informações e à tomada de decisão, percebe-se como ter acesso a um plano de parto pode advertir/lembrar o profissional de que está diante de uma mulher que tem este direito, como afirma a obstetriz durante a orientação sobre plano de parto:

> "Opa, esse casal teve informações", isso tem um efeito psicológico sobre a equipe. (Estudante de obstetrícia orientando plano de parto)

Plano de Parto como mobilizador do cuidado como valor

O município de São Paulo procura avançar na construção de uma rede assistencial ao parto por meio do convênio Parto Seguro. [4] Segundo seu coordenador, antes de serem contratados, os profissionais eram informados sobre o modelo de atenção proposto.

> Nós fazemos uma prova antes de contratar... a gente fala: 'escuta você conhece o parto seguro?' 'Então é o seguinte, a ideia lá é essa, essa e essa, é respeitar isso..." (Médico e Coordenador do Convênio Parto Seguro)

O entrevistado comentou também sobre o impacto que as audiências propostas pelo Ministério Público tiveram sobre a gestão e sobre o trabalho médico:

> Então na questão da episio, com a história da promotoria pública [refere-se a cobranças realizadas pelo Ministério Público Federal a partir de audiência pública sobre episiotomia]... nós da prefeitura fizemos um resumo do que seria a lei e todos os médicos da rede assinaram [...] Todos tiveram conhecimento dessa mexida, e aquilo foi um negócio que deu impacto, porque a quantidade de episio, por exemplo, diminui de maneira absurda, ou seja, o médico começou a ver que dá pra nascer sem episio, né? (Médico e Coordenador do Convênio Parto Seguro)

Ou seja, se o profissional não é convencido porque determinada ação é justa, pode precisar ser convencido pela força da lei, que por sua vez dependerá dos gestores para colocar uma política em prática .

---

[4] Convênio que une a Secretaria Municipal de Saúde, a Autarquia Hospitalar Municipal e a Organização Social Centro de Estudos e Pesquisas Dr. João Amorim (Cejam), e é responsável pela gestão de oito unidades hospitalares na capital paulista.

Quando a pesquisa estava em campo, o município de São Paulo promovia a discussão do plano de parto como atividade a ser desenvolvida durante o pré-natal sendo este tema de um dos Fóruns de Rede da Regional Sudeste. As falas nesse espaço evidenciaram a vontade de fazer valer a autonomia das mulheres, mas também os desafios colocados para tal, que incluíam desde a estrutura física das maternidades até a formação de profissionais para o modelo de atenção proposto.

> Eu acho que nosso grande desafio é garantir que a mulher tenha autonomia e possa fazer essas escolhas junto com os serviços de saúde. (Médica e Coordenadora da Regional Sudeste em evento do Fórum de Redes)

Apesar da demonstração de vontade de diálogo, a fala de um diretor de maternidade exprimiu um discurso de certa forma imobilista, segundo o qual haveria "pressa" em mudar algo que há 50 anos seria feito de forma diferente.

> A gente tá tocando em um ponto no sentido conciliatório. Acho que isso é extremamente importante. Lá no [serviço] a gente já tem recebido o plano de parto que tem vindo como contrato. A questão do parto e o que eu vou falar não é nada simplista mas parte de uma coisa chamada comunicação e mais uma vez nós estamos começando pelo final. A maternidade está assumindo o ônus de tudo que acontece na rede de má informação e de capacitação. Não adianta a gente falar aqui de parto verticalizado se tivemos durante 50 anos a formação dos médicos e enfermeiras para atender o parto em litotomia. (Médico e Diretor de maternidade em evento do Fórum de Redes)

O entendimento a respeito do diálogo sobre plano de parto como "conciliador" talvez reflita a sensação de berlinda experimentada por muitos profissionais diante da visibilidade de temas como a violência obstétrica.

Foi emblemática, ainda, a fala de uma médica a respeito da impossibilidade de cumprir a lei do acompanhante (lei 11.108/2005).

> A pessoa que recebe a gestante para uma visita [à maternidade] vai dizer o que é possível e o que não é possível. Porque tem hospitais que têm espaço muito melhor para deixar o acompanhante o tempo todo. Tem outros que ainda não conseguiram se adequar, que não têm espaço individualizado. (Enfermeira em evento do Fórum de Redes)

Apesar dos numerosos benefícios proporcionados pela presença de um acompanhante no trabalho de parto e parto,[53] a efetivação desse direito continua à mercê de justificativas de ordem estrutural, como falta de espaço, um álibi para manter o estado das coisas.[8] O mesmo tipo de justificativa se verificou em relação à precariedade do trabalho:

> Acho que as UBSs estão tão precárias quanto a gente. O problema é mais ou menos parecido. Falta muito profissional. (Chefe de serviço de obstetrícia de maternidade de referência para UBS Thérsio Ventura)

No Fórum de Redes, o plano de parto desencadeou discussões entre diferentes atores oriundos de distintos níveis de atenção. Foi possível notar que a resistência à mudança deve ser entendida, também, como expressão da grave limitação na formação dos profissionais. Mas também como uma gestão aberta para espaços mais horizontais e escuta pode proporcionar o conhecimento das diferentes realidades locais.

Nas palavras de Sheila Kitzinger, "um hospital recebe o plano de parto que merece, uma reação a um perigo real e não imaginário".[23] Assim, enquanto a atenção for ruim, as mulheres continuarão necessitando de um escudo para se protegerem. O plano de parto poderá representar um contrato, ou uma ferramenta educativa e comunicacional, a depender do acesso à informação e da tomada conjunta de decisões para um parto seguro.

> Eu disse, isso daqui da minha mão não sai, se não tiver comigo vai ficar com meu acompanhante... se precisasse eu ia grudar em mim, que nem uma tatuagem. Eu vi que ela se sentiu ofendida, que era como se eu tivesse ensinando o que ela tinha que fazer. (Clarice, respondendo à enfermeira quando pediu que guardasse o plano de parto na sua internação)

A experiência do trabalho de parto e parto foi descrita de forma positiva mesmo quando os desejos expressos no plano de parto não foram totalmente atendidos.

> Eu me senti cuidada. Mesmo que as coisas tenham saído diferente do que eu queria, tipo a episio [episiotomia] eu não queria, mas eu autorizei. Porque eu não tinha mesmo mais força. (Zélia)

Talvez o plano de parto faça sentido no momento de transição em que vivemos por ser necessário envolver as mulheres na melhoria de sua assistência. É importante, contudo, que em nosso horizonte esteja um modelo de atenção que se baseie efetivamente no cuidado, em um contexto em que as pessoas possam fazer as suas escolhas não pela obrigação de exercitarem sua cidadania, nem pelo consumo de um produto, mas porque buscam um bem viver.[54] A lógica do cuidado em oposição à lógica da escolha, segundo Mol, seria caracterizada pela fluidez, em um processo contínuo e interativo que é modelado e remodelado dependendo dos resultados. A importância da oferta de escolha e envolvimento no processo de tomada de decisão deve ser balanceada com a necessidade de manter outros possíveis desfechos em mente. Para isso, o profissional precisa se preparar para auscultar o que as pessoas desejam como modo de vida,[55] pois é no território das ações cuidadoras que se produzem os encontros e a possibilidade de uma construção negociada afetivamente, interessadamente, que por sua vez faz valer a autonomia dos usuários e fabrica o trabalho da equipe de saúde.[56]

CONCLUSÕES

As narrativas de mulheres que usaram o plano de parto orientado em UBS corroboraram a ideia de que grupos de preparo para o parto e informação durante o pré-natal são fundamentais para que as mulheres entendam os riscos de condutas inadequadas e que demandem uma assistência segura.

No contexto onde foi observado, o plano de parto constituía uma ferramenta educativa que visava à organização de informações sobre assistência ao parto, ao reconhecimento de procedimentos desnecessários e situações de violência. Servia ainda para provocar rupturas simbólicas na relação hierárquica das mulheres com os profissionais e tornar menos paternalistas suas interações.

A experiência foi em geral positiva, pois as usuárias puderam expressar suas necessidades com a confiança construída durante o processo de elaboração do plano de parto. No entanto, como não há uma cultura que promova a tomada conjunta de decisões e porque há uma clara contradição entre o cuidado demandado e aquele comumente ofertado, o plano de parto pode também ser

recebido com hostilidade, inclusive prejudicando a relação das mulheres com seus atendentes.

A construção do plano de parto em si, apenas como atividade isolada, não foi decisiva para a construção de informação e empoderamento, mas sim toda a gama de atividades desenvolvidas pela EACH na UBS, tais como atendimentos individuais e em grupos. Por isso, a difusão de atividades voltadas à elaboração de plano de parto em outras unidades de saúde deve ser pensada de maneira a estar inserida em atividades de promoção a saúde que promovam um diálogo entre atenção pré-natal os locais que prestam assistência ao parto.

A inserção de obstetrizes na atenção primária no Brasil merece estudos de impacto e viabilidade, tanto na atenção ao parto como também na atenção pré e pós-natal por meio de indicadores como os já propostos (mas não implementados),[57] como taxa de cesárea, incidência de nascimentos pré-termo, e os indicadores do chamado termômetro de segurança.[57] Também seria importante que as próprias mulheres pudessem definir desfechos positivos importantes a serem usados como indicadores.

Em um plano de parto, deve-se garantir espaço para que as mulheres insiram questões de cunho pessoal, ligadas a necessidades de expressão cultural ou mesmo física, para o caso de migrantes e deficientes, por exemplo. Sugere-se, por fim, que o instrumento divulgue direitos das mulheres, como o garantido pela lei do acompanhante e o direito a acessar o próprio prontuário, assim com algumas das possibilidades de denunciar abusos, desrespeitos e maus tratos, como a ouvidoria do estabelecimento de saúde, a ouvidoria do SUS, a central de atendimento à mulher (Ligue 180), assim como o Ministério Público.

Entendido por um gestor local como um bom começo para a desobstrução de diálogo, o plano de parto pode ser uma ótima estratégia para discussão de práticas dentro das instituições, principalmente nos espaços colegiados previstos pela Rede Cegonha, como o Fórum Perinatal, que garante a participação de usuárias. Pode disparar a necessária discussão e pactuação entre diferentes atores da assistência pré-natal e ao parto para a construção de linhas de cuidado que garantam a integralidade da atenção.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. WHO. Appropriate Technology for Birth. Lancet. 1985;326(8452):436-437. doi:10.1016/S0140-6736(85)92750-3.
2. Diniz SG, d'Oliveira AFPL, Lansky S. Equity and women's health services for contraception, abortion and childbirth in Brazil. Reprod Health Matters. 2012;20(40):94-101. doi:10.1016/S0968-8080(12)40657-7.
3. Venturi G, Godinho T. Mulheres Brasileiras E Gênero Nos Espaços Público E Privado: Uma Década de Mudanças Na Opinião Pública. São Paulo: Fundação Perseu Abramo/Sesc; 2013.
4. Aguiar JM de, d'Oliveira AFPL, Schraiber LB. Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. Cad Saude Publica. 2013;29(11):2287-2296. doi:10.1590/0102-311x00074912.
5. Leal M do C, Pereira APE, Domingues RMSM, et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. Cad Saude Publica. 2014;30:S17-S32. doi:10.1590/0102-311X00151513.
6. OMS. Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde. OMS;2014.
7. Hotimsky SN, Schraiber LB. Humanização no contexto da formação em obstetrícia. Cien Saude Colet. 2005;0(3):639-649.
8. Pasche DF, Vilela ME de A, Giovanni M Di, Almeida PVB, Franco Netto T de L. Rede Cegonha: desafios de mudanças culturais nas práticas obstetricas e neonatais. Divulg saúde debate. 2014;(52):58-71. http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=774070&indexSearch=ID. Accessed April 4, 2016.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 569, de 1 de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Diário Oficial da União. 2000:Seção 1.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 1.459, 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Rede Cegonha. Diário Oficial da União. 2011:Seção 1.
11. Diniz CSG. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. Cien Saude Colet. 2005;10(3):627-637. doi:10.1590/S1413-

81232005000300019.

12. Campos SEV, Lana FCF. Resultados da assistência ao parto no Centro de Parto Normal Dr. David Capistrano da Costa Filho em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Cad Saude Publica. 2007;23(6):1349-1359. doi:10.1590/S0102-311X2007000600010.
13. Riesco MLG, Oliveira SMJV de, Bonadio IC, et al. Birth Centers in Brazil: scientific production review. Rev Esc Enferm USP. 2009:1297-1302. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000600026. Accessed June 17, 2014.
14. Sandall J, Devane D, Soltani H, Hatem M, Gates S. Improving quality and safety in maternity care: the contribution of midwife-led care. J Midwifery Womens Health. 2010;55(3):255-261. doi:10.1016/j.jmwh.2010.02.002.
15. Renfrew MJ, Homer CSE, Downe S, et al. An Executive Summary for The Lancet's Series "Midwifery." Lancet. 2014. http://download.thelancet.com/flatcontentassets/series/midwifery/midwifery_exec_summ.pdf.
16. Diniz CSG, Niy DY, Andrezzo HF de A, Carvalho PCA, Salgado H de O. A vagina-escola: seminário interdisciplinar sobre violência contra a mulher no ensino das profissões de saúde. Interface – Comun Saúde, Educ. 2016;20(56):253-259. doi:10.1590/1807-57622015.0736.
17. Parto do Princípio. Representação N. 1.34.001.004458/2006-98. São Paulo; 2006.
18. Parto do Princípio. Violência Obstétrica: "Parirás Com Dor." Vitória, São Paulo; 2012.
19. Charles C, Gafni A, Whelan T. Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (or it takes at least two to tango). Soc Sci Med. 1997;44(5):681-692. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9032835. Accessed February 16, 2016.
20. Brody DS. The patient's role in clinical decision-making. Ann Intern Med. 1980;93(5):718-722. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7212484. Accessed March 23, 2016.
21. Malacrida C. Always, already-medicalized: Women's prenatal knowledge and choice in two Canadian contexts. Curr Sociol. 2015;63(5):636-651. doi:10.1177/0011392115590075.

22. Lothian J. Birth Plans: The Good, the Bad, and the Future. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2006;35(2):295-303. doi:10.1111/j.1552-6909.2006.00042.x.
23. Kitzinger S. Sheila Kitzinger's Letter from England: Birth Plans. Birth. 1992;19(1):36-37. doi:10.1111/j.1523-536X.1992.tb00373.x.
24. Moore M, Hopper U. Do birth plans empower women? Evaluation of a hospital birth plan. Birth. 1995;22(1):29-36. doi:doi:10.1111/j.1523-536X.1995.tb00551.x.
25. Yam EA, Grossman AA, Goldman LA, García SG. Introducing birth plans in Mexico: An exploratory study in a hospital serving low-income Mexicans. Birth. 2007;34(1):42-48.
26. Whitford HM, Entwistle VA, van Teijlingen E, et al. Use of a birth plan within woman-held maternity records: a qualitative study with women and staff in northeast Scotland. Birth. 2014;41(3):283-289. doi:10.1111/birt.12109.
27. Reis CT, Martins M, Laguardia J. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde: um olhar sobre a literatura. Cien Saude Colet. 2013;18(7):2029-2036. doi:10.1590/S1413-81232013000700018.
28. Tesser CD, Knobel R, Andrezzo HF de A, Diniz S. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. Rev Bras Med Família e Comunidade. 2014;10(35):1-12.
29. Bentzen N. Wonca Dictionary of General Family Practice. Copenhagen; 2003.
30. Lundgren I, Berg M, Lindmark G. Is the childbirth experience improved by a birth plan? J Midwifery Women's Heal. 2003;48(5):322-328.
31. Gulbrandsen P, Aarseth J, Aaby E, Valdal A. A birth plan – effects and evaluation. Tidsskr Nor Laegeforen. 2004;124(23):3055-3057. doi:1110723 [pii].
32. Petchesky RP. The body as property: A feminist re-vision. In: Ginburg FD, Rapp R. Conceiving the New World Order. Berkeley, Los Angeles, Londres: University of California Press;1995. p. 387-406.
33. Diniz S. Materno-infantilism, feminism and maternal health policy in Brazil. Reprod Health Matters. 2012;20(39):125-132. doi:10.1016/S0968-8080(12)39616-X.
34. Gama A de S, Giffin KM, Angulo-Tuesta A, Barbosa GP, d'Orsi E. Representações e experiências das mulheres sobre a assistência ao parto vaginal e cesárea em maternidades pública e privada. Cad Saude Publica.

2009;25(11):2480-2488. doi:10.1590/S0102-311X2009001100017.

35. Carneiro R. Daquilo que os médicos quase não falam: transe e êxtase na cena de parto. Experiências e percepções dissidentes de saúde e de bem-estar na contemporaneidade. Cien Saude Colet. 2013;18(8):2369-2378. doi:10.1590/S1413-81232013000800021.
36. Hotimsky SN, Rattner D, Venancio SI, Bógus CM, Miranda MM. Childbirth as I see it.... or the way I wish it was?: expectations of pregnant women towards childbirth and obstetric care in the public health care system. Cad Saude Publica. 2002;18(5):1303-1311. doi:10.1590/S0102-311X2002000500023.
37. Mccallum C, Reis AP dos. Re-signifying pain, overcoming loneliness: childbirth experiences among working-class adolescents in a public maternity hospital in Salvador, Bahia, Brazil. Cad Saude Publica. 2006:22(7)1483-1491. http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000700012.
38. Rich A. Of Woman Born: Motherhood As Experience and Institution. W. W. Norton & Company; 1995.
39. Badinter E. A Mulher e a Mãe. O Conflito. Record; 2011.
40. Petchesky RP, Judd K, editoras. Negotiating reproductive rights: womens perspectives across countries and cultures. London/New York: Zed Books; 1998.
41. Zorzam BA de O. Informações e escolha no parto: perspectivas das mulheres usuárias do SUS e da Saúde Suplementar. 2013.
42. Cavalcanti PC da S, Gurgel Junior GD, Vaconcelos ALR de, Guerrero AVP. Um modelo lógico da Rede Cegonha. Physis Rev Saúde Coletiva. 2013;23(4):1297-1316. doi:10.1590/S0103-73312013000400014.
43. Norman AH, Tesser CD. Obstetrizes e enfermeiras obstetras no Sistema Único de Saúde e na Atenção Primária à Saúde: por uma incorporação sistêmica e progressiva. Rev Bras Med Família e Comunidade. 2015;10(34):1-7. http://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1106. Accessed April 4, 2016.
44. Hirsch ON. O parto “natural” e “humanizado” na visão de mulheres de camadas médias e populares no Rio de Janeiro. Civ - Rev Ciências Sociais. 2015;15(2):229. doi:10.15448/1984-7289.2015.2.17933.
45. Malacrida C, Boulton T. The best laid plans? Women’s choices, expectations and experiences in childbirth. Health (London). 2014;18(1):41-59.

doi:10.1177/1363459313476964.

46. Niy DY. Discurso sobre episiotomia nos livros populares sobre gravidez e parto comercializados no Brasil [dissertação de mestrado].São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2012.
47. Domingues RMSM, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, et al. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. Cad Saude Publica. 2014;30:S101-S116. doi:10.1590/0102-311X00105113.
48. Mazzoni A, Althabe F, Liu NH, et al. Women's preference for caesarean section: A systematic review and meta-analysis of observational studies. BJOG An Int J Obstet Gynaecol. 2011;118(4):391-399. doi:10.1111/j.1471-0528.2010.02793.x.
49. Victora CG, Aquino EML, do Carmo Leal M, Monteiro CA, Barros FC, Szwarcwald CL. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. Lancet. 2011;377(9780):1863-1876. doi:10.1016/S0140-6736(11)60138-4.
50. Sogesp. Associação de Ginecologia e Obstetrícia do Estado de São Paulo. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido sobre Cesariana. São Paulo; 2015.
51. De Carvalho LC, Feuerwerker LCM, Merhy EE. Disputas en torno a los planes de cuidado en la internación domiciliaria: una reflexión necesaria. Salud colectiva. 2007;3(3):259–269.
52. Shaw R. The ethics of the birth plan in childbirth management practices. Fem Theory. 2002;3(2):131-149. doi:10.1177/1464700102003002341.
53. Hodnett E, Gates S, Hofmeyr G, Sakala C. Continuous Support for women during chidlbirth. Cochrane Database Syst Rev. 2012;(10). doi:10.1002/14651858.CD003766.pub3.
54. Mol A. The Logic of Care: Health and the Problem of Patient Choice. London: Routledge; 2008.
55. Ayres JR de CM. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. Interface - Comun Saúde, Educ. 2004;8(14):73-92. doi:10.1590/S1414-32832004000100005.
56. Merhy EE, Feuerwecker L, Gomes MPC. Da repetição à diferença: construindo sentidos com o outro no mundo do cuidado. In: Semiótica, Afecção & Cuidado em Saúde. São Paulo: Hucitec; 2010:60-75.

57. Anivsa. Serviços de Atenção Materna e Neonatal: Segurança e Qualidade. 2014.

ARTIGO 2: REVISTA A QUAL SERÁ SUBMETIDO AINDA A SER DEFINIDA

USO DE PLANO DE PARTO ENTRE USUÁRIAS DO SUS: A AUTONOMIA DAS MULHERES COMO AMEAÇA*

Birth Plan among SUS users: Women's autonomy as a threat

Uso de Plan de Parto entre las usuarias del SUS: La autonomia de las mujeres como una amenaza

RESUMO

O plano de parto tem sido desenvolvido e difundido entre mulheres como forma de proteger-se da excessiva medicalização da assistência ao parto. Este estudo objetivou compreender a experiência de mulheres usuárias do SUS e médicos/gestores sobre seu uso no município de São Paulo. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas, observação participante de grupos e consulta e participação em eventos, além de análise documental. A partir de análise temática de conteúdo emergiram as categorias: (a) a segurança do bebê como chantagem; (b) sobre comandantes, aviões e a necessidade de novas analogias; (c) plano de parto: negligência como retaliação; (d) limites para a 'decisão informada' no SUS. Verificou-se que, diante de uma cultura de não reconhecimento da autonomia das mulheres e de uma visão patológica do parto, o plano de parto pode tanto empoderar a paciente e promover a mudança de políticas públicas, quanto provocar negligência e retaliação por parte da equipe. O apoio institucional à mudança pode fazer grande diferença na promoção dos direitos das mulheres.

ABSTRACT

Birth plan has been developed and widespread among women as a way to protect themselves from excessive medicalization of childbirth care. This study aimed to understand the experience of birth plan between women who use the public health system and doctors/managers in São Paulo, through semi-structured interviews, participant observation groups and consultation and participation in events, and document analysis. From content thematic analysis categories emerged: (a) the

* A ser submetido à revista Ciência e Saúde Coletiva.

safety of the baby as blackmail; (b) about commanders, airplanes and the need for new analogies; (c) birth plan: negligence as retaliation; (d) limits for 'informed decision' in the public health system. It was found that, in a culture where there is not a recognition of women's autonomy and there is a pathological vision of birth, the birth plan can both empower the patient and promote change in public policies, as be the cause of neglect and retaliation by staff. Institutional support for change can make a difference in promoting women's rights.

RESUMEN

El plan de parto se han desarrollado y extendido entre las mujeres como una forma de protegerse de la medicalización excesiva de la atención del parto. Este estudio tuvo como objetivo comprender la experiencia de las usuarias del SUS e de médicos/administradores sobre su uso en Sao Paulo, través entrevistas semiestructuradas, observación participante de grupos y consulta y la participación en eventos y análisis de documentos. A partir de análisis de contenido temático emergieron las categorías: (a) la seguridad del bebé como una chantaje; (b) sobre los comandantes, los aviones y la necesidad de nuevos analogías; (c) plan de parto: negligencia como venganza; (d) los límites de 'decisión informada' en el sistema publico de salud. Se encontró que, en una cultura de no reconocimiento de la autonomía de las mujeres y una visión patológica de parto, el plan de parto puede capacitar al paciente y promover cambios en las políticas públicas o causar abandono e represalia por parte del personal. El apoyo institucional al cambio puede hacer una gran diferencia en la promoción de derechos de las mujeres.

PALAVRAS-CHAVE:

Humanização da assistência ao parto, obstetrizes, plano de parto, autonomia, violência obstétrica

Humanized birth, midwife, birth plan, autonomy, abuse and disrespect in childbirth

Parto humanizado, matrona, plan de parto, autonomia, violencia obstétrica

INTRODUÇÃO

O modelo tecnoassistencial de atenção ao parto está em uma situação de desgaste no Brasil. Isso se deve principalmente a questões complexas e inter-relacionadas, como as relações de gênero, a gestão dos serviços, as deficiências do aparelho formativo e do próprio sistema de saúde.[1–3] Nesse contexto, muitos estudos, mostras artísticas, documentários, ações no judiciário, investigação parlamentar, atuações de diversas instâncias do Ministério Público e mobilizações da sociedade civil[4] procuram dar visibilidade e a devida atenção ao tema da violência obstétrica no país.

As políticas públicas voltadas para o enfrentamento dessa situação desde o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN)[5] e, mais recentemente, a Rede Cegonha[6] apresentam propostas que pretendem modificar o atual cenário, mas avançam muito lentamente e enfrentam muitas resistências. A mobilização de setores da sociedade civil também tem alcançado algumas vitórias, como a resolução da ANS que exige das operadoras de planos de saúde a divulgação das taxas de cesariana de seus médicos cooperados[7].

O atendimento de mulheres de risco habitual por enfermeiras obstetras e obstetrizes, e não mais por médicos obstetras, conforme proposta da Rede Cegonha, é outra medida reconhecidamente importante por diminuir as intervenções desnecessárias no parto, aumentando sua segurança.[8-11] Essa estratégia foi abraçada pelo município de São Paulo, que recentemente abriu edital para contratação de obstetrizes e também incorporou à sua rede assistencial a Casa de Parto Casa Angela.

Entre as propostas que focam a ação individual das mulheres, o plano de parto tem sido difundido, impulsionado pelo contexto da decisão informada. Nesse documento escrito durante a gestação, a mulher expressa sua recusa ou seu aceite a determinados procedimentos, como forma de prevenir abusos por parte da equipe assistencial e melhor comunicar o conhecimento sobre seus direitos, sobre as rotinas hospitalares e as suas indicações.[12,13]

São benefícios citados sobre a prática da construção de planos de parto: favorecer a comunicação com a equipe, ajudar as mulheres a fazer escolhas informadas e melhorar a “segurança da paciente”.[13–17] A discussão de informações sobre a fisiologia do parto, os riscos e benefícios de possíveis procedimentos

realizados na maternidade e os direitos da mulher no pré-natal pode constituir, ainda, estratégia de prevenção quaternária,[18] concebida como atitude e ação de identificação e evitação de situações de risco de hipermedicalização e intervenções desnecessárias.[19]

Em nosso país, o direito à autonomia sobre o próprio corpo é complicado por uma "cultura implícita entre os profissionais de saúde, segundo a qual o direito à escolha estaria associado à condição de pagante" (p. 4).[1] Ou seja, às mulheres do setor privado deve-se garantir autonomia de escolha, enquanto as mulheres do setor público devem delegar decisões ao médico.

Desafiando essa realidade, a experiência de orientação de planos de parto tem sido promovida pelo curso de obstetrícia da EACH/USP. Este é o único curso de graduação do país que forma, desde 2005, profissionais com o olhar voltado para o atendimento integral à saúde das mulheres, com enfoque na assistência ao parto. Além de maternidades e casa de parto, a atenção primária é espaço para o campo de estágio das obstetrizes em formação. Nesse espaço, assumem parte das consultas de pré-natal, atendimentos de rotina em saúde das mulheres e a realização de grupos de promoção à saúde.

Assim, de forma pioneira no país, o objetivo deste trabalho foi descrever e analisar a experiência de construção de plano de parto na perspectiva de mulheres usuárias do SUS, de profissionais médicos da assistência obstétrica e da gestão municipal.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo de natureza qualitativa, no qual foram realizadas entrevistas semiestruturadas, observação participante de grupos e consulta e participação em eventos, além de análise documental.

As ações voltadas para a preparação para o parto foram observadas com o acompanhamento das atividades desenvolvidas pelas obstetrizes na Unidade Básica de Saúde (UBS) Thérsio Ventura, localizada na Zona Leste de São Paulo, entre agosto e dezembro de 2015.

A partir de conversa sobre o objeto de pesquisa, solicitou-se à professora preceptora que sugerisse nomes de mulheres atendidas pela EACH no ano anterior, que tivessem participado das atividades educativas na UBS e usado o plano de parto na maternidade, independentemente do desfecho ter sido cesárea ou parto

normal. Foram indicadas dez mulheres, a partir do registro pessoal da professora preceptora, e seis aceitaram participar da entrevista, sendo que uma não compareceu. Entre as quatro mulheres que não aceitaram, duas mudaram de cidade e as outras duas trabalhavam em tempo integral. As entrevistas foram realizadas em uma sala da UBS disponibilizada para tal, exceto uma delas, realizada no domicílio da mulher, e tiveram duração média de 40 minutos.

Foram entrevistados também dois profissionais médicos: o coordenador do programa Parto Seguro da Secretaria Municipal da Saúde (SMS/SP) e o chefe do serviço de obstetrícia de uma das maternidades de referência para a área de abrangência da UBS. Ambos foram indicados pelo coordenador da saúde da mulher da SMS/SP, diante da solicitação da pesquisadora principal de dois nomes de profissionais para participarem da pesquisa – um que trabalhasse em maternidade de referência para a UBS Thérsio Ventura e outro que estivesse ligado à gestão dos serviços de assistência ao parto da SMS/SP. Essas entrevistas foram realizadas nos seus locais de trabalho e tiveram a duração de 1 a 2 horas.

Acompanharam-se, ainda, dois eventos públicos pertinentes à pesquisa, o debate “A mulher e a assistência ao parto”, realizado pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp) em 13 de março de 2015, e um encontro do Fórum de Redes, promovido pela Coordenadoria da Região Sudeste de São Paulo, realizado em 26 de maio de 2015, cujo tema foi a oferta de construção de plano de parto na atenção primária.

O estudo incluiu a observação participante de uma consulta para orientação individual de plano de parto, com duração de duas horas, e de dois grupos de apoio à gestação e parto realizados na UBS, com duração de duas horas cada. Realizou-se também análise documental de textos das políticas públicas Rede Cegonha e Parto Seguro da SMS/SP e de materiais educativos utilizados pela SMS/SP.

As entrevistas semiestruturadas, os grupos e a consulta foram gravados mediante a explicação dos objetivos da pesquisa e da autorização de usuárias e profissionais através de Termo de Consentimento Informado. Todas as gravações foram transcritas e analisadas pela pesquisadora principal. A análise dos dados partiu do referencial de análise de conteúdo e desta emergiram oito categorias, que foram reagrupadas para apresentação dos resultados em dois artigos. Neste texto apresentam-se as categorias agrupadas em **conflito de poderes**: (a) a segurança do bebê como ameaça; (b) sobre comandantes, aviões e a necessidade de novas

analogias; (c) plano de parto como provocação: negligência e retaliação; (d) limites para a 'decisão informada' no SUS. Os nomes da mulheres entrevistadas foram trocados. Os profissionais entrevistados são identificados por seus cargos, exceto quando os citamos em falas públicas em eventos.

A pesquisa foi autorizada conforme Resolução nº 466/13 do Conselho Nacional de Saúde, sob parecer número 1.127.695

RESULTADOS

Os resultados desta pesquisa foram apresentados em dois artigos. No primeiro demonstrou-se como o plano de parto propicia uma série atividades desenvolvidas durante o pré-natal e possibilita que as mulheres estejam informadas e dialoguem com os profissionais da assistência ao parto. Este segundo artigo apresenta alguns dos desafios e contradições que envolvem o plano de parto como estratégia de empoderamento.

Plano de parto como provocação: negligência e retaliação

As falas a seguir expressam experiências distintas das mulheres com o uso do plano de parto, apesar de terem sido atendidas na mesma maternidade. Tal diferença pode estar relacionada à categoria à qual o(a) profissional assistente pertence, ao acesso e abertura que teve a discussões relativas à mudança de modelo, à maneira como se estabelece o processo de trabalho dentro da equipe e a fatores ligados à empatia dos profissionais. Deve-se considerar que o trabalho em saúde acontece sempre em ato, a partir de importante grau de autonomia do trabalhador que o executa como um poderoso encontro, passível de produzir (ou não) cuidado.[20]

> Nossa, que legal, tomara que você consiga fazer o seu plano de parto, ele é muito legal, ele é bem completo. Tomara mesmo que você consiga ir até o final com ele, né. (Hilda contando como a enfermeira reagiu a seu plano de parto)

> Eles ficam assustados com o conhecimento que você tem. Só que eles desconversam. Eles vão desconversando até onde eles conseguem. (Zélia)

Como não há uma cultura, desde a formação profissional, que promova a tomada conjunta de decisões e reconheça o direito das mulheres à informação e autonomia, o plano de parto pode ser recebido como ameaça. Contribui para tal situação a clara contradição entre o tipo de cuidado que as mulheres demandam e a atenção que os profissionais estão preparados e dispostos a oferecer. Essa disputa de planos de cuidado está presentes em outras situações e espaços de assistência, como é o caso da atenção domiciliar estudada por De Carvalho et al..[21] Segundo os autores essa disputa pode ficar mais ou menos explícita dependendo da abertura para autonomia do/a usuário/a, da combinação de tecnologias e ainda da disposição de reconhecimento mútuo dos agentes.

> Quer dizer, é impossível pedir ao médico que ele não faça algo que honestamente não acredite que não deve ser feito. Não dá pra mulher chegar com uma folha da internet na hora da assistência ao parto e dizer olha, eu quero que seja assim. Até porque sabemos que o que é bom para o geral pode não ser bom para o particular. (Tânia Lago, médica sanitarista evento Cremesp)

Nesse sentido, a fala acima, apesar de desconsiderar que a construção do plano de parto possa ser processual e parte de uma gama de atividades educativas, alerta para a dificuldade em exigir algo que o profissional não acredite. A tentativa de evitar procedimentos considerados desnecessários pelas mulheres muitas vezes torna a interação com os profissionais tensa. Também faz com que as mulheres busquem demonstrar que detém a informação e conhecimentos legitimados pelo saber médico hegemônico.

> Eu sentia as contrações mas elas ainda não estavam tão frequentes, então, quando a enfermeira veio colocar o soro eu perguntei: “o que você tá colocando?”, e ela: “ah é só um sorinho...”, e eu falei: “eu não quero que coloque ocitocina, eu tenho esse documento. Eu precisava mostrar que eu não era qualquer leiga, eu precisei falar com todas as letras o-ci-to-ci-na. (Zélia)

Nessa situação, o plano de parto passa a ser usado como um instrumento de defesa. Ou, como sugerido pelo gestor de uma maternidade em reunião do Fórum de Redes, em um contrato injusto, pois a maternidade estaria assumindo uma responsabilidade que caberia a toda a rede assistencial. Responsabilidade esta que realmente precisa ser compartilhada por toda a rede de atenção.

> Lá na [nome da maternidade] a gente já tem recebido o plano de parto que tem vindo como contrato [...] A maternidade está assumindo o ônus de tudo que acontece na rede de má informação e de capacitação. (Diretor de maternidade em Reunião do Fórum de Redes)

Mas se por um lado é preciso considerar as deficiências da rede de atenção ao pré-natal e parto, por outro pode-se perceber como os profissionais desprezam a demanda por informação e a reivindicação por autonomia para decidir e consentir.

Estudos sobre a assistência ao parto no Brasil[1,23,24] mostram que as mulheres são socializadas para evitar expressar sofrimento ou demandar ajuda, com medo de maus tratos, que pode ocorrer na forma de abusos verbais, negligência ou intervenções dolorosas. Este medo das mulheres também foi encontrado nesta pesquisa, e o plano de parto pode ampliar este problema:

> Mas depois disso começou a dar muita dor [contrações provocadas pelo uso de misoprostol], eu suava frio de dor, eles colocaram aquele aparelho [cardiotocografia] e chegava a 100 e apitava, apitava, apitava... e eu tinha muito medo de dar escândalo, porque minha mãe me disse, olha, você não faz escândalo, senão eles te maltrata. (Zélia)

A seguir analisaremos em mais detalhe o relato do parto de uma das entrevistadas, Zélia, que exemplifica os riscos implicados em resistir ao tipo de assistência comumente oferecida:

> Aí quando eles vieram com a história de sorinho pra introduzir os remédios eu perguntei: “mas que remédio vocês vão me dar?” Aí a enfermeira falou que eu tava querendo saber demais.

Até uma atitude simples e sabidamente benéfica, como movimentar-se e mudar de posição durante o trabalho de parto, passa a ser vista como ameaça pela equipe:

> Eu tava lá há 4 horas e não tinha visto um médico, na hora que ele [marido] toma uma atitude e começa a fazer a massagem, eles aparecem. Aí quando ele [médico] falou que era pra ficar deitada, eu disse: ‘Olha, eu não tô aguentando, eu prefiro ficar sentada’, ele disse: ‘não, tem que ficar deitada’. Aí eu disse: ‘olha, eu tenho um documento, dizendo que eu posso ficar da maneira que eu me sentir

> melhor, que eu me sentir à vontade'. Aí ele falou: 'tudo bem, as consequências são tuas' e saiu. Eu tava confiando no meu plano de parto e nas coisas que eu aprendi aqui, eu sabia que não era ruim ficar sentada.

Zélia afirma ainda ter sido abandonada por horas no pré-parto. Teve negado o seu direito a acompanhante na sala de parto, e precisou ameaçar a equipe durante o seu período expulsivo para que deixassem seu acompanhante entrar. Teve uma episiotomia não comunicada e não consentida que foi, além de tudo, omitida em seu prontuário. Afirma que, como recusava a instalação de ocitocina, recebeu um comprimido de misoprostol mesmo estando com contrações efetivas, uma prática não recomendada pelo risco de provocar contrações fortes e prolongadas e causar sofrimento fetal e materno. Não é possível assegurar que a equipe agiu dessa maneira em retaliação à postura de resistência de Zélia, mas a assistência prestada contrasta com as evidências, com as legislações vigentes e com o código de ética médica.

> Eles voltaram e colocaram um comprimido que eu não entendi direito o que era, mas meu marido disse que era pra dilatação porque mesmo com contração minha dilatação tinha parado. Aí isso foi uma coisa que eu não esperava, porque eu não lembro de ter ouvido falar sobre isso aqui no grupo, ou eu faltei esse dia.

> Quando eles me subiram [para a sala de parto], deixaram meu esposo de fora, e era uma coisa que eu não queria. Aí eu comecei a falar, chama meu marido, chama meu marido, chama meu marido e comecei a gritar e chorar desesperada, porque eles deixaram meu marido na porta literalmente. E os médicos falando que eu não sabia o que eu tava falando, começaram a me tirar pra louca.

> 'Vocês vão se complicar se não chamarem meu marido aqui dentro agora'. Aí teve uma moça que falou, 'olha, eu acho melhor chamar o esposo dela porque ela tá muito nervosa'.

> [...] Depois do parto eu vi ela [estudante de medicina] me costurando e eu perguntei o que tinha acontecido e ela disse que eu tinha tomado um corte. Aí eu disse, 'meu deus vocês me cortaram e eu nem tô sabendo?' Aí eu fiquei triste e comecei a chorar e ela disse que era normal que todos os partos têm [episiotomia].

> [...] Aí chegou uma médica [já no puerpério] e eu perguntei se ela não ia me olhar [examinar], aí ela disse que no meu papel [prontuário] tava escrito laceração, aí ela viu que tinha alguma coisa errada [já que paciente alegava que havia sido feita episiotomia]. Já

> era o terceiro dia, eu fiquei 4 dias porque o Miguel teve icterícia. [**entrevistadora pergunta: Ou seja, eles fizeram uma episiotomia e colocaram no teu prontuário que tinha sido uma laceração?**] Isso, pra não admitir que tinham feito algo que eu não queria, que dizia no meu plano de parto que não era pra fazer.

Zélia não sabia o que pensar sobre o comprimido de misoprostol e culpabilizava-se por não saber se devia ou não tê-lo recusado: “não sei se faltei nesse dia” [de grupo]. Tal situação expõe a complexidade de demandar um determinado tipo de assistência. Pois isso pode culminar com retaliação por parte da equipe e ainda com a responsabilização da mulher por seu próprio cuidado, como deixa claro o profissional: ”tudo bem, as consequências são tuas”.

Parece haver aí como indica Cahill, uma confusão entre autonomia e indiferença e abandono:

> [...] respeitar a autonomia não deve resultar em indiferença por parte dos profissionais, e exercitar autonomia não significa que a mulher deva ser abandonada. Os profissionais não podem confundir autonomia com independência; todas as pessoas são parcialmente dependentes umas das outras de alguma forma.[25]

A segurança do bebê como chantagem

De acordo com o que já foi exposto, é plausível afirmar que a assistência pode configurar-se como danosa, todavia, de acordo com um dos médicos entrevistados, seriam as mulheres que estariam colocando a vida de seus bebês em risco ao solicitar a tomada de decisões.

> Quando a paciente fala que dispõe do próprio corpo, na verdade ela não dispõe do corpo de alguém mais dentro dela [referindo-se ao bebê]. Isso é um direito que ela na verdade não tem. E segundo algumas religiões, o corpo não é seu. É um empréstimo de Deus como um instrumento para você evoluir. (Médico obstetra chefe do serviço de obstetrícia de maternidade referência para UBS Thérsio Ventura)

O discurso patriarcal e religioso que promove valores como submissão, sacrifício, obediência e sofrimento silencioso aparece como base para justificar a sobrevalorização do risco à vida dos bebês, uma solução ancorada no fundamento que coloca a criança como recurso para a continuidade social e econômica da

sociedade.[26] Os bebês de fato precisam ter seus interesses protegidos, mas não às custas da autonomia e autodeterminação das mulheres. Fazer isso seria tratar as mulheres como menos do que pessoas em um cenário *orwelliano* que não deveria ter lugar nos sistemas de saúde.[25] Além do mais, as mulheres não parecem ter a intenção de colocar as suas ou a vida de seus bebês em risco.

> Olha, meu plano de parto tá aí, você tá responsável, eu quero que sigam ele o máximo que puder. Eu quero ter normal, mas se tiver qualquer tipo de risco e eles falarem que precisa ser cesárea você deixa. Mas só se eu tiver correndo algum tipo de risco ou o bebê. (Zélia, contando o que falou para o marido na hora que era internada)

> Pra mim o mais importante é que meu bebê venha saudável, se tem que fazer cesariana, tem que fazer. Eu só queria que eles explicassem melhor quando precisa. (Cora)

Sobre comandantes, aviões e a necessidade de novas analogias

> Tem que lembrar que o trabalho de parto é extremamente dinâmico e que algumas condutas têm que ser tomadas muito rapidamente [...] é o famoso, o comandante perguntar para o passageiro o que eles querem que ele faça a hora que o avião tá com problema né? (Médico obstetra chefe do serviço de obstetrícia de maternidade referência para UBS Thérsio Ventura)

A fala do médico chama a atenção para a realidade do dinamismo do evento do parto e da dificuldade em solicitar a opinião das mulheres em situações críticas. No entanto, é preciso que se considerem os diferentes graus de autonomia possíveis para as mulheres durante o trabalho de parto. Assim, entende-se que diante de complicações não antecipadas, as possibilidades de escolha e de envolvimento da mulher no processo de decisão podem reduzir-se drasticamente.[27]

No entanto, a maioria das mulheres em trabalho de parto encontra-se consciente e em uma situação de acompanhamento fisiológico que permite tempo e possibilidade para o diálogo e a decisão informada, conforme demonstram as falas a seguir.

> Tive medo de ser contrariada mas eu briguei pelo que eu queria. Era meu direito. (Clarice)

> Veio a enfermeira pra me colocar um soro, ela já tava colocando e eu perguntei o que era, ela disse que era buscopam. E eu: 'buscopam? Pra que botar buscopam?'. (Hilda)

> Eu só não deixei empurrar. A outra enfermeira que tava junto perguntou: posso te ajudar? Eu falei não. Ela não empurrou. Até que saiu. (Clarice)

> Olha, você não tá respeitando o momento da minha dor, eu tô largada aqui e na hora que você vem fazer exame você me machuca assim... e falei ainda, se fizer toque assim doloroso na hora da contração eu vou querer falar com alguém superior a você, porque eu tenho meu plano de parto e não tá incluso a pessoa ficar me tocando na hora que eu tô sentindo dor. (Zélia)

As falas mencionadas, de constantes intervenções no parto contrastam-se com a experiência relatada por mulheres de camadas médias adeptas da 'humanização do parto' de Carneiro.[28] Essas narram a vivência da "Partolândia" como um estado de consciência alterado que demanda que a mulher seja deixada em paz durante o trabalho de parto para uma otimização fisiológica. Argumentam que o parto exige entrega aos cuidados da equipe e abandono da racionalidade, ao passo que as mulheres aqui entrevistadas precisaram e conseguiram dialogar e manter-se alertas durante o trabalho de parto e parto.

Essa diferença talvez indique a impossibilidade de extrapolar alguns discursos nascidos no seio do movimento do parto humanizado, a partir da realidade de mulheres de camadas médias e altas, para a realidade majoritária de mulheres usuárias do SUS. Ainda que haja fissuras no sistema público que permitam "Partolândias" no seu interior, como é o caso dos Centros de Parto Normal e atendimentos domiciliares da Maternidade Sofia Feldman/BH.

Tais falas refutam também a noção de que a mulher seja incapaz de decidir durante o trabalho de parto devido a dor, medicações ou desequilíbrio de poder, e que por isso precisem necessariamente de um documento como o plano de parto, que fale por ela.

A concepção do corpo da mulher como defectivo, o medo alimentado pelo modelo tecnocrático e a negligência com relação ao direito à integridade corporal e autonomia parecem construir o discurso sobre quem 'comanda' o parto das mulheres.

> Na verdade, engravidou, tem riscos inerentes à gravidez. Desde uma gravidez ectópica até problemas do parto, complicações clínicas ou cirúrgicas da gravidez e do parto. E tem que lembrar que dependendo do lugar onde ela ganhar vai poder se oferecer mais ou menos... **[Entrevistadora pergunta: Por conta da heterogeneidade das maternidades?]** Sim, entre as maternidades e entre os próprios profissionais na mesma maternidade. (Médico obstetra chefe do serviço de obstetrícia de maternidade referência para UBS Thérsio Ventura)

Não se discute o fato de o parto ser um evento imprevisível. A questão que se coloca é como a medicina associou de maneira definitiva a imprevisibilidade com o risco. De fato, o sentimento de risco é fundamental para que a medicina justifique suas intervenções. Entretanto, ao tentar controlar a imprevisibilidade com a intervenção excessiva e padronizada, acrescentou riscos novos ao processo do parto.[22]

O discurso do médico também deixa claro como a negociação de procedimentos proposta pelo plano de parto pode ser dependente da instituição e dos profissionais.

Por isso, refutar alguns procedimentos desnecessários e obsoletos ainda hoje realizados exigirá, um outro discurso e redescrições sobre as mulheres e o parto. Não mais correlacionado ao pessimismo do conhecimento médico-científico, mas no registro do positivo e da potência. Alguns avanços nesse sentido compreendem a atualização dos tempos de parto com o novo partograma proposto por Zhang,[29] os conceitos de epigenética, que associam o modo de nascer com efeitos a longo prazo,[30] e mesmo novas definições fisiológicas.[31]

As evidências científicas aqui aparecem como uma tática, já que de modo mais abrangente seria possível criticar a ciência como conhecimento autoritário como discutido por Castiel,[32] para quem diante da perplexidade e incertezas humanas, o método científico mais acurado acabaria por ser apenas um dos modos de abordar e ordenar o real:

> Parâmetros, protocolos, meta-análises, dados epidemiológicos, são de extrema relevância na produção de conhecimento e, portanto, de teoria médica, mas não deverão substituir a arte do cuidar que demanda afinidades empáticas, habilidades intuitivas, para, eventualmente, em determinado caso, abrir mão da incorporação de "evidências" (p. 119).

Também é importante ressaltar que nenhum dos lados desse debate rejeita a ciência, mas cada grupo promove uma visão distinta do que ela seja, de forma a elaborar e dar suporte a suas práticas. De um lado, a ciência é vista como tecnologia, a ser incorporada, a serviço do maior controle e previsibilidade do evento, do outro, são acionados estudos científicos que contradizem esta visão, defendendo que mais tecnologia não é sinônimo de assistência ao parto mais segura e efetiva e que muitas dessas intervenções são praticadas indiscriminadamente.[33]

Limites para a 'decisão informada'

As ameaças de abandono ou de que a mulher 'precisará arcar com as consequências de suas escolhas' não constituem os únicos limites para a decisão informada idealizada pelo plano de parto.

O 'analfabetismo estatístico', sugerido por Gigerenzer, é um dos impedimentos para que profissionais médicos possam fazer uma tradução das situações em saúde para que as mulheres possam tomar decisões informadas.[34] Segundo este autor, os médicos têm dificuldade para entender a diferença entre risco absoluto e relativo, além de tenderem a apresentar esses valores conforme suas crenças e valores pessoais. Em obstetrícia há uma superestimação dos riscos do parto espontâneo e subestimação dos riscos da intervenção. A fala a seguir mostra como o entendimento de risco entre profissionais parece depender do lugar de onde é observado, ao mesmo tempo em que caracteriza a des-responsabilização pelo cuidado da paciente, que é assim, 'jogada' de um lado para outro.

> Pra quem trabalha em UBS eles vão tender a aumentar o risco e jogar pra maternidade. E vice-versa. Pra quem tá na maternidade vão tender a diminuir o risco e jogar pra UBS. Então depende de como você enxerga as coisas. (Médico obstetra chefe do serviço de obstetrícia de maternidade referência para UBS Thérsio Ventura)

Os riscos do uso de ocitocina, de uma episiotomia, de uma cesariana, de uma cesariana depois de parto normal deveriam ser expostos de modo claro e transparente para as pacientes. Mas o profissional também não acredita ser possível fazer uma tradução sobre o mesmo: "Isso vai ser impossível explicar para alguém.

“Só quem é da área vai ter uma ideia do que isso significa”, afirma o mesmo chefe de serviço obstétrico

Uma das explicações para esse ‘viés na apresentação de riscos’ estaria ligada à sobrevalorização de riscos de baixa ocorrência, devido a sua ampla divulgação e impacto sobre a judicialização da prática médica.[35] Assim, muitas vezes, a preocupação recai na forma de reduzir os riscos de determinados procedimentos para o profissional e não para a mulher e seu bebê.

> Ele [médico] que vai julgar os riscos que ele acha adequados ou não [...] É um compêndio de medicina para cada trabalho de parto. É pra poucos. Leva muita experiência e muito treinamento. Você pode ter um parto que teria bons resultados tanto sendo vaginal, quanto sendo cesárea, quanto sendo instrumental [...] Ah, tá encalacrado, melhor operar, não sou eu que vou discutir isso. Com ou sem protocolo... quem tá correndo o risco são eles [os médicos do serviço onde é chefe]. (Médico obstetra chefe do serviço de obstetrícia de maternidade referência para UBS Thérsio Ventura)

Segundo Maia, o aumento do litígio contra médicos se relaciona tanto com o aumento do uso da tecnologia quanto com a pouca participação da mulher e de sua família nas decisões obstétricas. Quanto mais tecnologias são inseridas na medicina e quanto mais se acredita nelas, menos se toleram as adversidades na assistência à saúde. Ao mesmo tempo, quanto menos a mulher participa das decisões com relação ao seu parto, delegando-as ao médico, menos ela, ou sua família, tolera o evento adverso: não se perdoa o “erro médico” porque o médico não se apresenta como passível de errar.[22] Para o profissional entrevistado, a medicina defensiva resultaria da grande expectativa sobre os resultados em obstetrícia.

> O problema da obstetrícia é que é o contrário da UTI, na UTI todo mundo acha que vai dar errado, quando dá errado deu errado, tá dentro do esperado, a sensação é que a chance de dar errado é grande. Na obstetrícia é o contrário. Todo mundo acha que vai dar certo. Mas obstetrícia também é medicina. (Médico obstetra chefe do serviço de obstetrícia de maternidade referência para UBS Thérsio Ventura)

O fato é que o aumento dos processos legais contra médicos parece impactar a assistência à saúde. No caso da obstetrícia, os médicos se protegem do processo legal por meio da cesárea, entre outras práticas que, como essa cirurgia, culturalmente estão associadas com a ideia de boa assistência e de redução do

risco. Mas ao mesmo tempo esse aumento dos processos legais contra médicos é uma forma de enfrentar a autonomia irrestrita da medicina. O processo legal, ao instalar a dúvida sobre a qualidade da assistência médica, é uma forma de pedir ao profissional que submeta à avaliação de outrem as decisões assistenciais que tomou no exercício autônomo de sua profissão.

Assim, uma prática assistencial não ancorada em evidências científicas parece ser uma consequência dos problemas apresentados anteriormente. As práticas permanecem as mesmas não porque os médicos e as suas instituições mostrem-se incapazes de considerar as melhores evidências. A questão é que elas são seguidas quando convenientes ao processo de trabalho médico e quando se adequam a racionalidades e práticas socialmente construídas e aceitas por essa categoria profissional:

> Então, veja, não é verdade que essas posições estejam baseadas em evidências. É que cada um de nós olha para as evidências e faz uso delas como bem lhe interessa. Não é verdade que há essa "limpeza" técnica que se quer fazer parecer que há. (Tania Lago, médica sanitarista evento Cremesp)

Os médicos tendem a reproduzir, de maneira acrítica, práticas assistenciais ritualísticas e não baseadas em evidência científica consubstanciadas no discurso da autonomia do profissional. É o caso da presença do acompanhante, direito que é respeitado ou constrangido conforme a determinação do médico.

Pacientes informadas e engajadas podem desencadear um processo de mudança e redirecionamentos políticos na assistência à saúde. Essa massa crítica pode, inclusive, passar a exigir um conceito de saúde que seja capaz de integrar a capacidade de administrar de forma autônoma uma margem de risco, de tensão, de mal-estar com que invariavelmente se precisa conviver.[36]

> Eu fiz eles saberem que EU [frisa] tinha conhecimento. Mesmo que eu não conquistei tudo que eu queria, mas eles já sabem que a gente tá começando, que a gente não tá mais alheio na coisa. Eu sou uma, depois pode ser outra...(Zélia)

CONCLUSÕES

Durante o pré-natal, o acesso das mulheres a informações sofre de contingências porque estas são produzidas e ofertadas dentro de uma lógica paternalista. Segundo tal visão, a mulher é infantilizada e não tem direito à autonomia para decidir e pior ainda, sua autonomia é considerada uma ameaça para o bebe. Em contrapartida, as informações podem ser geradas em uma lógica que redescreve e ressignifica o parto e então servir de apoio para que as mulheres recusem o lugar de submissão a elas designado. No entanto, se não houver uma cultura institucional na assistência ao parto alinhada com esta perspectiva mais democrática, a demanda por autonomia pode ser entendida como uma provocação, um atrevimento, e inclusive gerar negligência por parte da equipe.

Assim, o plano de parto pode ser descrito, no contexto onde foi observado, como uma ferramenta educativa que visa à organização de informações relativas à assistência ao parto de duas formas. Através do reconhecimento de que procedimentos desnecessários, refutados pelas evidências, podem afetar a segurança e o bem-estar da mulher e do bebê. E também através do reconhecimento de direitos e de situações de violência. O plano de parto provoca ainda rupturas simbólicas na relação hierárquica das mulheres com os profissionais, de forma a tornar menos paternalistas as suas interações.

Uma das mulheres entrevistadas sentiu que foi tratada com negligência e atribuiu isso ao fato de ter demandado um cuidado que a equipe não estava preparada/disposta a oferecer. A situação narrada pela entrevistada aponta negligência e registro falso em prontuário, que contribuíram negativamente para a evolução do seu parto e de sua experiência. É de conhecimento anedótico, em redes sociais e informalmente, que a pressão para reduzir a realização de alguns procedimentos, como a episiotomia, pode estar resultando em fraude por parte de profissionais.

Constituem-se como limitações à prática da decisão informada sugerida pelo plano de parto a concepção de gênero do corpo da mulher como defectivo, o medo alimentado pelo modelo tecnocrático, a negligência com relação ao direito à integridade corporal e autonomia e a assunção da imprevisibilidade como risco. Há também dificuldade em apresentar fatos e riscos de forma transparente dado o viés da experiência dos médicos e da judicialização da prática médica.

Um modelo de plano de parto deveria garantir um espaço para que mulheres possam inserir questões de cunho pessoal ligadas a necessidades especiais de expressão de singularidade ligadas à cultura. Deveria ainda conter sessão onde se explicassem as intervenções, que podem ser necessárias e em que contexto. Sugere-se ainda que o próprio instrumento divulgue a possibilidade de que a mulher denuncie ao Ministério Publico e à Ouvidoria do SUS falhas da instituição em garantir direitos. Um espaço para a difusão da ideia do plano de parto como ferramenta seria a caderneta da gestante, produzida pelo Ministério da Saúde, que deve ser entregue a todas as UBS do país. Sua versão de 2016 tem um espaço ainda muito tímido para tal reflexão, que poderia, a nosso ver, ser ampliado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Diniz SG, d'Oliveira AFPL, Lansky S. Equity and women's health services for contraception, abortion and childbirth in Brazil. Reprod Health Matters. 2012;20(40):94–101. doi:10.1016/S0968-8080(12)40657-7.
2. Hotimsky SN, Schraiber LB. Humanização no contexto da formação em obstetrícia. Cien Saude Colet. 2005;0(3):639–649.
3. Pasche DF, Vilela ME de A, Giovanni M Di, Almeida PVB, Franco Netto T de L. Rede Cegonha: desafios de mudanças culturais nas práticas obstetricas e neonatais. Divulg saúde debate. 2014;(52):58–71. http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=774070&indexSearch=ID. Acessado abril 4, 2016.
4. Diniz SG, Salgado HDO, Aguiar Andrezzo HF de, et al. Abuse and disrespect in childbirth care as a public health issue in Brazil: origins, definitions, impacts on maternal health, and proposals for its prevention. J Hum Growth Dev. 2015;25(3):377. doi:10.7322/jhgd.106080.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Programa humanização do parto: humanização no pré-natal e nascimento. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n^{o} 1.459, 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Rede Cegonha. Diário Oficial da União. 2011:Seção 1.
7. ANS. Resolução Normativa RN n. 368, de 6 de janeiro de 2015. Rio de Janeiro; 2015.

http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=Mjg5Mg==.

8. Campos SEV, Lana FCF. Resultados da assistência ao parto no Centro de Parto Normal Dr. David Capistrano da Costa Filho em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Cad Saude Publica. 2007;23(6):1349–1359. doi:10.1590/S0102-311X2007000600010.
9. Riesco MLG, Oliveira SMJV de, Bonadio IC, et al. Birth Centers in Brazil: scientific production review. Rev Esc Enferm USP. 2009:1297–1302. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000600026. Acessado junho 17, 2014.
10. Sandall J, Devane D, Soltani H, Hatem M, Gates S. Improving quality and safety in maternity care: the contribution of midwife-led care. J Midwifery Womens Health. 2010;55(3):255–261. doi:10.1016/j.jmwh.2010.02.002.
11. Renfrew MJ, Homer CSE, Downe S, et al. An Executive Summary for The Lancet's Series "Midwifery". Lancet. 2014. http://download.thelancet.com/flatcontentassets/series/midwifery/midwifery_exec_summ.pdf.
12. Kitzinger S. Sheila Kitzinger's Letter from England: Birth Plans. Birth. 1992;19(1):36–37. doi:10.1111/j.1523-536X.1992.tb00373.x.
13. Lothian J. Birth Plans: The Good, the Bad, and the Future. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2006;35(2):295–303. doi:10.1111/j.1552-6909.2006.00042.x.
14. Moore M, Hopper U. Do birth plans empower women? Evaluation of a hospital birth plan. Birth. 1995;22(1):29–36. doi:doi:10.1111/j.1523-536X.1995.tb00551.x.
15. Yam EA, Grossman AA, Goldman LA, García SG. Introducing birth plans in Mexico: an exploratory study in a hospital serving low-income Mexicans. Birth. 2007;34(1):42–48. doi:10.1111/j.1523-536X.2006.00124.x.
16. Whitford HM, Entwistle VA, van Teijlingen E, et al. Use of a birth plan within woman-held maternity records: a qualitative study with women and staff in northeast Scotland. Birth. 2014;41(3):283–289. doi:10.1111/birt.12109.
17. Reis CT, Martins M, Laguardia J. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde: um olhar sobre a literatura. Cien Saude Colet. 2013;18(7):2029–2036. doi:10.1590/S1413-81232013000700018.
18. Tesser CD, Knobel R, Andrezzo HF de A, Diniz SG. Violência obstétrica e

prevenção quaternária : o que é e o que fazer. 2015;10(35):1–12.

19. Bentzen N. Wonca dictionary of general family practice. Vol (Bentzen N, org.). Copenhagen; 2003.
20. Slomp Junior H, Feuerwerker LCM, Land MGP. Educação em saúde ou projeto terapêutico compartilhado? O cuidado extravasa a dimensão pedagógica. Ciência & Saúde Coletiva. 2015;20(2):537–546.
21. De Carvalho LC, Feuerwerker LCM, Merhy EE. Disputas en torno a los planes de cuidado en la internación domiciliaria: una reflexión necesaria. Salud colectiva. 2007;3(3):259–269.
22. Maia MB. Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional na rede hospitalar pública e privada de Belo Horizonte. 2008.
23. Aguiar JM de, d'Oliveira AFPL, Schraiber LB. Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. Cad Saude Publica. 2013;29(11):2287–2296. doi:10.1590/0102-311x00074912.
24. McCallum C, Reis AP Dos. Re-significando a dor e superando a solidão: experiências do parto entre adolescentes de classes populares atendidas em uma maternidade pública de Salvador, Bahia, Brasil. Cad Saude Publica. 2006;22(7):1483–1491. doi:10.1590/S0102-311X2006000700012.
25. Cahill H. An Orwellian Scenario: court ordered caesarean section and women's autonomy. Nurs Ethics. 1999;6(6):494–505. doi:10.1177/096973309900600605.
26. Treichler P. Body Politics. Capítulo Feminism, Medicine and the meaning of childbirth.; 1990.
27. Malacrida C, Boulton T. The best laid plans? Women's choices, expectations and experiences in childbirth. Health (London). 2014;18(1):41–59. doi:10.1177/1363459313476964.
28. Carneiro RG. Cenas de parto e políticas do corpo. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2015.
29. Zhang J, Landy HJ, Branch DW, et al. Contemporary patterns of spontaneous labor with normal neonatal outcomes. Obstet Gynecol. 2010;116(6):1281–1287. doi:10.1097/OGX.0b013e31821685d0.
30. Bloomfield F. Epigenetics modifications may play a role in the developmental

consequences of early life eventes. J Neurodev Disord. 2011;3(4):348–355.

31. Buckley SJ. Hormonal Physiology of Childbearing: Evidence and Implications for Women, Babies, and Maternity care. Washington, DC; 2015.
32. Castiel LD, Póvoa EC. Medicina Baseada em Evidências: “novo paradigma assistencial e pedagógico”? Interface - Comun Saúde, Educ. 2002;6(11):122–123. doi:10.1590/S1414-32832002000200010.
33. Mendonça SS. Modelos de assistência obstétrica concorrentes e ativismo pela humanização do parto. Civ – Rev Ciências Sociais. 2015;15(2):250. doi:10.15448/1984-7289.2015.2.17899.
34. Gigerenzer G, Gray JM. Better Decisions: envisioning health care 2020. Cambridge, MA, London: The MIT Press; 2015.
35. Declercq E. The absolute power of relative risk in debates on repeat cesareans and home birth in the United States. J Clin Ethics. 2013;24(3):215–224. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24282849. Acessado novembro 7, 2014.
36. Caponi S. A saúde como abertura ao risco. In: Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências. Vol Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003:55–77.

5 DISCUSSÃO

Onde foi observada, a elaboração do plano de parto pode ser compreendida como ferramenta que finaliza um processo maior de atividades educativas. Está inserida em uma lógica de cuidado em que, longitudinalmente, vão sendo compartilhadas noções sobre fisiologia do parto, questionamentos quanto aos procedimentos realizados rotineiramente na maternidade e, principalmente, a construção de confiança da mulher em sua habilidade de parir e o direito à autonomia para decidir.

Estabelecer confiança em um contexto pouco favorável passa, necessariamente, pela desconstrução de noções compartilhadas cultural e socialmente, que transformam parto e nascimento em evento patológico, para então se construir um discurso no registro do positivo e da potência. Tal registro precisa ter como bases os direitos sexuais e reprodutivos, o acúmulo de conhecimento e as demandas das mulheres. Para tal, são compartilhadas informações e críticas ao atual modelo de atenção obstétrica segundo as quais é o "sistema" que tem atrapalhado o parto das mulheres. Há também o reconhecimento da atenção como violenta mesmo quando essa violência poderia ser reconhecida como sutil ou até mesmo como "ajuda".

A equipe de obstetrícia da USP compreende que orientar mulheres a demandar algo que muitas vezes as instituições não poderão oferecer pode implicar o risco de sofrerem retaliações. Por isso, ao mesmo tempo em que orientam as mulheres a "lutar com unhas e dentes", também tentam reduzir danos, orientando formas de resistência que soem menos agressivas aos profissionais.

Quando as mulheres contrastam o atendimento que receberam pela "equipe USP" com o recebido nas consultas "convencionais" de pré-natal na UBS ou mesmo na saúde suplementar, percebe-se como o cuidado, a disposição para o diálogo e vínculo e a construção de um discurso positivo sobre a gestação e parto são vistos como importantes diferenciais que valorizam o SUS simbolicamente.

O município de São Paulo tem buscado avançar na qualificação de sua rede de assistência ao parto. Conforme gestor entrevistado parece haver compromisso, a partir de cobrança e fiscalização do MPF, de redução de procedimentos considerados invasivos e desnecessários, como a episiotomia. Parece haver

também entendimento sobre a importância do direito à autonomia das mulheres, porém com dificuldade em garantir a implementação deste direito na prática. Questões de ordem estrutural, como ambiente físico adequado para receber acompanhante, continuam sendo utilizadas como álibi para manter o estado das coisas. Apesar de não ter sido objeto de análise deste trabalho, questiona-se o impacto do modelo de gestão sobre a alta rotatividade de profissionais na atenção primária e na assistência ao parto, questões que podem comprometer a qualidade da assistência.

A sobrevalorização do feto e a crença de que em nome da possibilidade de escolha as mulheres colocariam a vida de seus bebês em risco é um recurso discursivo utilizado que coloca as mulheres no papel de irresponsáveis, e que por isso não devem ter direito à escolha. Qualquer tentativa de diminuir a relação desigual entre mulheres e profissionais é entendida por estes como uma forma reversa de autoritarismo e irresponsabilidade por parte das mulheres.

A possibilidade de implementar escolhas informadas é complicada ainda pela dificuldade que muitos profissionais encontram de entender e traduzir a linguagem de risco. Assim, não se trata de que as práticas não mudam porque os médicos e as suas instituições não seguem as melhores evidências. Mas sim que elas são seguidas quando convenientes ao processo de trabalho médico e quando se adequam a racionalidades e práticas socialmente construídas e aceitas.

Além disso, como o parto é entendido como um evento iminentemente arriscado e imprevisível, nega-se à mulher a possibilidade de autonomia e escolha, como se ela estivesse sempre em uma situação limite entre vida e morte. Quando na verdade as mulheres estão, em sua maioria, em situação fisiológica que permite diálogo e tomada conjunta de decisão.

Entre as mulheres entrevistadas houve várias narrativas de oposição ao uso do plano de parto entre os profissionais que as atenderam. Mas uma dessas narrativas se sobressaiu pela represália e negligência que a parturiente sofreu ao ter sido enfática em proteger seu direito à informação e tomada de decisão. Tal situação chama a atenção para a vulnerabilidade e retaliação que podem advir quando a mulher não exibe a docilidade esperada pelos serviços de saúde ou quando simplesmente recusa algum procedimento. Os profissionais ainda mostram dificuldade em dialogar com uma usuária que questiona a assistência ofertada e que se coloca como uma pessoa informada e detentora de direitos.

Os resultados deste estudo também alertam para o risco de que processos que promovam autonomia de escolha para mulheres acabem por responsabilizá-las por seu próprio cuidado. Contudo, o respeito a essa autonomia não deveria resultar em indiferença por parte dos profissionais, ao mesmo tempo em que o exercício da autonomia pela mulher não deveria significar seu abandono (CAHILL, 1999).

As mulheres entrevistadas não usaram o plano de parto para que falasse por elas durante o trabalho de parto, contrariando o discurso da “partolândia”, presente entre as mulheres de camadas médias. Enquanto estas argumentam que o parto exige entrega aos cuidados da equipe e abandono da racionalidade, neste estudo as mulheres conseguiram alcançar o parto que almejavam dialogando com a equipe durante o trabalho de parto. Essa diferença demonstra como pode não ser possível extrapolar alguns discursos nascidos no seio do movimento do parto humanizado e a partir da realidade de mulheres de camadas médias e alta para a realidade de mulheres usuárias do SUS.

Talvez o plano de parto faça sentido no momento de transição em que vivemos por ser necessário envolver as mulheres na melhoria de sua assistência. É importante, contudo, que os serviços de saúde tenham como horizonte modelos de atenção que se baseiem efetivamente no cuidado, em que as pessoas possam fazer as suas escolhas não pela ‘obrigação’ de exercitarem sua cidadania, nem como consumidoras de um produto, mas por buscarem um bem viver (MOL, 2008).

A proposta de plano de parto ofertada pela “equipe USP” tem como limitação o fato de não orientar quando procedimentos podem ser necessários. Diante da corrente banalização de intervenções na assistência ao parto, é preciso que as mulheres conheçam as situações em que a indução do trabalho de parto, a amniotomia (ruptura artificial da bolsa amniótica), a cesariana, entre outras intervenções, podem ser necessárias. Também seria interessante que houvesse um espaço aberto no documento destinado à reflexão das mulheres sobre demandas ligadas a questões culturais. Essa seria uma maneira de lembrar às instituições e aos profissionais que o parto é um evento cercado de valores que precisam de espaço na realidade para que se apresentem. Uma mulher indígena pode preferir parir sobre um lençol de cócoras, sustentada por uma acompanhante, mas que possibilidades teria de acesso a esse cuidado?

No contexto atual, de reconhecimento por parte das mulheres de práticas violentas que antes eram entendidas como naturais e ‘ajudas’, é necessário também

que as usuárias sejam orientadas a relatar tais situações em espaços preparados para ouvi-las, como a ouvidoria do SUS, o Ministério Público Estadual e Federal, entre outros. O próprio modelo de plano de parto poderia fornecer tais orientações.

6 CONCLUSÕES

Tradicionalmente, o acesso das mulheres a informações sobre gestação e parto sofre contingências porque as informações são produzidas e ofertadas dentro de uma lógica paternalista, em que a mulher é infantilizada e não tem direito à autonomia para decidir. Mas quando as informações produzidas seguem uma lógica que redescreve e ressignifica o parto, a mulher pode se apoiar nessas informações para deixar o lugar de submissão a ela designado. Contudo, se não houver uma cultura alinhada com esta perspectiva mais democrática, a demanda por autonomia pode ser tomada como uma provocação, um atrevimento, e a parturiente pode ser negligenciada pela equipe.

As narrativas de mulheres que usaram o plano de parto orientado em UBS parecem corroborar a ideia de que grupos de preparo para o parto e informação durante o pré-natal são fundamentais para que as mulheres entendam os riscos de condutas inadequadas e, assim, demandem uma assistência segura.

O plano de parto pode ser descrito, no contexto onde foi observado, como uma ferramenta educativa que visa à organização de informações relativas à assistência ao parto de duas formas: com o reconhecimento de que procedimentos desnecessários, refutados pelas evidências, podem afetar a segurança e o bem-estar da mulher e do bebê; e com o reconhecimento de direitos e de situações de violência.

Serve ainda para provocar rupturas simbólicas na relação hierárquica das mulheres com os profissionais, de modo a tornar menos paternalistas as suas interações. Não deve ser pensado como instrumento que ‘fale pelas mulheres’, já que elas demonstraram poder falar por si mesmas durante o trabalho de parto e parto. Porém, como documento ou ‘contrato’, pode atestar que ela não é ignorante sobre intervenções e direitos.

A experiência das mulheres utilizando a ferramenta foi em geral positiva, pois elas puderam expressar suas necessidades com a confiança construída durante seu processo de elaboração. No entanto, como não há uma cultura que promova a tomada conjunta de decisões e porque há uma contradição entre o tipo de cuidado que as mulheres demandam e a atenção que os profissionais estão preparados e dispostos a oferecer, o plano de parto pode ser utilizado ou entendido como

contrato, e ser refutado a ponto de prejudicar a relação das mulheres com seus atendentes.

Uma das mulheres sentiu que foi tratada com negligência e atribuiu isso ao fato de demandar um cuidado que a equipe não estava preparada/disposta a oferecer. A narrativa demonstra uma situação de negligência e o registro falso em prontuário, que contribuíram negativamente para a evolução do seu parto e de sua experiência. É de conhecimento anedótico, relatado em redes sociais e informalmente, que a pressão para a redução de alguns procedimentos como a episiotomia pode estar resultando em fraude por parte de profissionais.

A qualidade de registro das episiotomias tem sido questionada no Brasil e é um dos indicadores sobre os quais demanda-se maior transparência para que se possa avaliar a atenção ofertada no parto e nela interferir. A preocupação com a integridade corporal como direito humano deve chamar a atenção de gestores para a ocorrência de um registro falso de informação em prontuário. No caso, uma episiotomia registrada como laceração, possivelmente pelo fato de a paciente ter deixado claro em seu plano de parto que recusava o procedimento.

Não parece ser a construção do plano de parto como atividade isolada, que contribui para a construção de informação e empoderamento, mas toda uma gama de atividades desenvolvidas pela EACH/USP na UBS. Por isso, a difusão de atividades voltadas à elaboração de plano de parto em outras unidades de saúde deve ser pensada de maneira a estar inserida em atividades educativas voltadas para as mulheres. Inserido na atenção primária, pode desautomatizar as práticas biomédicas de controle durante o pré-natal.

A inserção de obstetrizes na atenção primária no Brasil merece estudos de impacto e viabilidade, dada a narrativa de acolhimento e cuidado focados na saúde das mulheres e bebês durante o pré-natal e ainda a possibilidade de promoverem uma continuidade do cuidado entre pré-natal e atenção ao parto.

Entendido por um gestor local como um bom começo para a desobstrução do diálogo, o plano de parto pode ser uma ótima estratégia para discussão de protocolos dentro das instituições. Principalmente nos espaços colegiados previstos pela Rede Cegonha, com a participação de usuárias. Pode disparar a necessária pactuação entre diferentes atores da assistência pré-natal e parto, reunidos no Fórum Perinatal do Município de São Paulo, para a construção de linhas de cuidado que garantam a integralidade da atenção.

Um modelo de plano de parto deveria garantir um espaço para que mulheres possam inserir questões de cunho pessoal ligadas a necessidades especiais de expressão de singularidade ligadas à cultura. Deveria ainda conter sessão onde se explicam intervenções que podem ser necessárias e em que contexto. Sugere-se ainda que o próprio instrumento divulgue a possibilidade de a mulher denunciar ao Ministério Publico e à Ouvidoria do SUS falhas da instituição em garantir direitos. Um espaço para a difusão da ideia do plano de parto como ferramenta seria a caderneta da gestante, produzida pelo Ministério da Saúde, que deve ser entregue a todas as UBS do país. Sua versão de 2016 tem um espaço ainda muito tímido para tal reflexão que poderia ser ampliado.

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR, J. M. DE; D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; SCHRAIBER, L. B. Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 11, p. 2287–2296, nov. 2013.

AQUINO, E. M. L. Para reinventar o parto e o nascimento no Brasil: de volta ao futuro. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, p. S8–S10, ago. 2014.

BARA MAIA, M. **HUMANIZAÇÃO DO PARTO: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional na rede hospitalar pública e privada d e Belo Horizonte**. [s.l.] PUC Minas Gerais, 2008.

BENTZEN, N. **Wonca dictionary of general family practice**. Copenhagen: [s.n.].

BLOCK, J. **Pushed: the painful truth about childbirth and modern maternity care**. Cambridge, MA: Da Capo Press, 2007.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Pacto Nacional pela redução da Mortalidade Materna e Neonatal. . 2004, p. 14.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria n^{o} 1.459, 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**, p. Seção 1, 2011.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria n. 306, de 26 de março de 2016. Aprova as Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana. . 2016.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE; CONITEC. **Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal: relatório de recomendação**. Brasília, DF: [s.n.].

BURCHER, P. The Ethical Ob/Gyn: Dont Dread the Birth Plan. **OBGYN.net. BLOG**, 2013.

CAHILL, H. An Orwellian Scenario: court ordered caesarean section and women's autonomy. **Nursing Ethics**, v. 6, n. 6, p. 494–505, 1 nov. 1999.

CAMPOS, S. E. V.; LANA, F. C. F. Resultados da assistência ao parto no Centro de Parto Normal Dr. David Capistrano da Costa Filho em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 6, p. 1349–1359, jun. 2007.

CARNEIRO, R. Daquilo que os médicos quase não falam: transe e êxtase na cena de parto. Experiências e percepções dissidentes de saúde e de bem-estar na contemporaneidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 8, p. 2369–2378, ago. 2013a.

CARNEIRO, R. G. **Cenas do parto e políticas do corpo: uma etnografia de**

práticas femininas de parto humanizado. [s.l.] Universidade Estadual de Campinas. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, 2011.

CARNEIRO, R. G. Dilemas antropológicos de uma agenda de saúde pública: Programa Rede Cegonha, pessoalidade e pluralidade. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 17, n. 44, p. 49–59, mar. 2013b.

CARROLI, G.; MIGNINI, L. Episiotomy for vaginal birth. **The Cochrane database of systematic reviews**, n. 1, p. CD000081, jan. 2009.

CASTIEL, L. D.; PÓVOA, E. C. Medicina Baseada em Evidências: "novo paradigma assistencial e pedagógico"? **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 6, n. 11, p. 122–123, 2002.

CAVALCANTI, P. C. DA S. et al. Um modelo lógico da Rede Cegonha. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 23, n. 4, p. 1297–1316, 2013.

CORRÊA, S. Gênero e Sexualidade: deslocando o debate da margem para o centro. **Jornal da Rede Saúde**, n. 24, 2001.

CORRÊA, S.; PETCHESKY, R. Direitos sexuais e reprodutivos: uma perspectiva feminista. **Rev Saúde Coletiva**, v. 61, n. 2, p. 147–177, 1996.

DAVIS-FLOYD, R. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. **International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics**, v. 75 Suppl 1, p. S5–S23, nov. 2001.

DE CARVALHO, L. C.; CAMARGO MACRUZ FEUERWERKER, L.; MERHY, E. E. Disputas en torno a los planes de cuidado en la internación domiciliaria: una reflexión necesaria. **Salud colectiva**, v. 3, n. 3, p. 259–269, 2007.

DECLERCQ, E. The absolute power of relative risk in debates on repeat cesareans and home birth in the United States. **The Journal of clinical ethics**, v. 24, n. 3, p. 215–24, jan. 2013.

DINIZ, C. S. G. O trabalho com violência de gênero como questão da saúde. In: **Saúde das Mulheres. Experiência e prática do Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde**. São Paulo: Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, 2000. p. 115–127.

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

DINIZ, C. S. G. et al. A vagina-escola: seminário interdisciplinar sobre violência contra a mulher no ensino das profissões de saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 20, n. 56, p. 253–259, mar. 2016.

DINIZ, D. C. D. V. M. M. P. M. A. A verdade do estupro nos serviços de aborto legal no Brasil. **Revista Bioética**, v. 22, n. 2, 2014.

DINIZ, S. Materno-infantilism, feminism and maternal health policy in Brazil. **Reproductive health matters**, v. 20, n. 39, p. 125–32, jun. 2012.

DINIZ, S. G. GÊNERO , SAÚDE MATERNA E O PARADOXO PERINATAL GENDER , MATERNAL HEALTH AND THE PERINATAL PARADOX. v. 19, n. 2, p. 313–326, 2009.

DINIZ, S. G.; CHACHAM, A. S. “The Cut Above” and “the Cut Below”: The Abuse of Caesareans and Episiotomy in Sao Paulo , Brazil. **Reproductive health matters**, v. 12, n. 23, p. 100–110, 2004.

DINIZ, S. G.; D’OLIVEIRA, A. F. P. L.; LANSKY, S. Equity and women’s health services for contraception, abortion and childbirth in Brazil. **Reproductive health matters**, v. 20, n. 40, p. 94–101, dez. 2012.

DINIZ, S. G.; DINIZ, S. G. O renascimento do parto, e o que o SUS tem a ver com isso. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 18, n. 48, p. 217–220, 2014.

DOMINGUES, R. M. S. M.; SANTOS, E. M. DOS; LEAL, M. DO C. Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, p. S52–S62, 2004.

FEUERWERKER, L. C. M. A cadeia do cuidado em saúde. In: **Educação Médica: gestão cuidado e avaliação**. São Paulo: Hucitec, 2011.

FEUERWERKER, L. C. M. **Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação**. 1. ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2014.

FIGUEIREDO, R.; CASTRO FILHO, J. M. DE; KALCKMANN, S. Family and reproductive planning in primary care of city of São Paulo: constitutional right respected? **BIS. Boletim do Instituto de Saúde**, p. 81–93, 2015.

GAMA, A. DE S. et al. Representações e experiências das mulheres sobre a assistência ao parto vaginal e cesárea em maternidades pública e privada. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 11, p. 2480–2488, nov. 2009.

GOLDBERG, H. Informed Decision Making in Maternity Care. **The Journal of Perinatal Education**, v. 18, n. 1, p. 32–40, 2009.

GULBRANDSEN, P. et al. A birth plan--effects and evaluation. **Tidsskrift for den Norske laegeforening : tidsskrift for praktisk medicin, ny raekke**, v. 124, n. 23, p. 3055–3057, 2004.

HARAWAY, D. Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. **Cadernos Pagu**, n. 5, p. 7–41, 1995.

HIRSCH, O. **O parto “natural” e “humanizado”: um estudo comparativo entre mulheres de camadas populares e médias no Rio de Janeiro**. [s.l.] PUC - RJ, 2014.

HOTIMSKY, S. N. et al. Childbirth as I see it.... or the way I wish it was?: expectations of pregnant women towards childbirth and obstetric care in the public health care system. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, n. 5, p. 1303–1311, 2002.

HOTIMSKY, S. N. **A formação em obstetrícia: competência e cuidado na**

atenção ao parto. [s.l.] Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FM/USP), 2007.

HOTIMSKY, S. N.; SCHRAIBER, L. B. Humanização no contexto da formação em obstetrícia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 639–649, set. 2005.

LEAL, C.; GRANADO, S.; BRAGA, C. Desigualdades raciais , sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto , 1999-2001 Racial , sociodemographic , and prenatal and childbirth care inequalities in Brazil , 1999-2001. v. 39, n. 1, p. 1999–2001, 2005a.

LEAL, C.; GRANADO, S.; BRAGA, C. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. **Rev Saúde Pública**, v. 39, n. 1, p. 100–107, 2005b.

LEAL, M. DO C. et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, p. S17–S32, ago. 2014.

LOTHIAN, J. **Birth plans: The good, the bad, and the futureJOGNN - Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing**, 2006.

LUNDGREN, I.; BERG, M.; LINDMARK, G. Is the childbirth experience improved by a birth plan? **Journal of Midwifery and Women's Health**, v. 48, n. 5, p. 322–328, 2003.

MALACRIDA, C.; BOULTON, T. Women's Perceptions of Childbirth "Choices": Competing Discourses of Motherhood, Sexuality, and Selflessness. **Gender & Society**, v. 26, n. 5, p. 748–772, ago. 2012.

MARTIN, E. **A mulher no corpo: uma análise cultural da reprodução**. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

MERHY, E. E. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 4, n. 6, p. 109–116, fev. 2000.

MINAYO, M. **O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Datasus**.

MOL, A. **The Logic of Care: Health and the Problem of Patient Choice**. London: Routledge, 2008.

MONTOYA, R. H. E. **Evaluación de las estrategias plan de parto en la reducciòn de la mortalidad materna perinatal, centro de salud Héroes y Martíres de Nueva Segovia, municipio de Mozonte, Nueva Segovia. Julio del 2010 a Julio del 2011**. Disponível em: <http://cedoc.cies.edu.ni/digitaliza/t612/doc-contenido.pdf>. Acesso em: 4 out. 2014.

MOORE, M.; HOPPER, U. Do birth plans empower women? Evaluation of a hospital

birth plan. **Birth (Berkeley, Calif.)**, v. 22, n. 1, p. 29–36, 1995.

NIY, D. Y. **Discurso sobre episiotomia nos livros populares sobre gravidez e parto comercializados no Brasil**. [s.l.] Faculdade de Saúde Pública da USP, 2012.

ONU. Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento - Plataforma de Cairo. . 1994.

OSIS, M. J. D. et al. The opinion of Brazilian women regarding vaginal labor and cesarean section. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v. 75, p. S59–S66, nov. 2001.

PASCHE, D. F. et al. Rede Cegonha: desafios de mudanças culturais nas práticas obstetricas e neonatais. **Divulg. saúde debate**, n. 52, p. 58–71, 2014.

PENNY SIMKIN, P. Birth plans: after 25 years, women still want to be heard. **Birth (Berkeley, Calif.)**, v. 34, n. 1, p. 49–51, mar. 2007.

PERRY, C.; QUINN, L.; NELSON, J. L. Case Study: Birth Plans and Professional Autonomy. **The Hastings Center Report**, v. 32, n. 2, p. 12, mar. 2002.

PETCHESKY, R. P. The body as property: A feminist re-vision. In: **Conceiving the new world order**. [s.l: s.n.]. p. 387–406.

REIS, C. T.; MARTINS, M.; LAGUARDIA, J. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde: um olhar sobre a literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 7, p. 2029–2036, jul. 2013.

REYNOLDS, J. L. Remedy for the birth plan headache. **CMAJ**, v. 137, p. 786, 1987.

RIESCO, M. L. G. et al. Birth Centers in Brazil: scientific production review. **Rev Esc Enferm USP**, p. 1297–1302, 2009.

SANDALL, J. et al. Improving quality and safety in maternity care: the contribution of midwife-led care. **Journal of midwifery & women's health**, v. 55, n. 3, p. 255–61, jan. 2010.

SCHRAIBER, L.B. Necessidades de saúde, políticas públicas e gênero: a perspectiva das práticas profissionais. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 17, n. 10, p. 2635-2644, 2012.

SCOTT, J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação e Realidade**, v. 16, n. 2, p. 5–22, 1990.

SCOTT, J. Experiência. In: **Falas de gênero**. Florianópolis: Editora Mulheres, 1999.

SHAW, R. **The ethics of the birth plan in childbirth management practicesFeminist Theory**, 2002.

TESSER, C. D. et al. Violência obstétrica e prevenção quaternária : o que é e o que fazer. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 10, n. 35, p. 1–12, 2014.

VENTURI, G.; GODINHO, T. **Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado: uma década de mudanças na opinião pública**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo/Sesc, 2013.

WHITE-COREY, S. Birth plans: tickets to the OR? **MCN. The American journal of maternal child nursing**, v. 38, n. 5, p. 268–73; quiz 274–5, 2013.

WHITFORD, H. M. et al. Use of a birth plan within woman-held maternity records: a qualitative study with women and staff in northeast Scotland. **Birth (Berkeley, Calif.)**, v. 41, n. 3, p. 283–9, set. 2014.

WHO. APPROPRIATE TECHNOLOGY FOR BIRTH. **The Lancet**, v. 326, n. 8452, p. 436–437, ago. 1985.

YAM, E. A. et al. Introducing birth plans in Mexico: An exploratory study in a hospital serving low-income Mexicans. **Birth**, v. 34, n. 1, p. 42–48, 2007.

ZORZAM, B. A. DE O. **Informação e escolhas no parto : perspectivas das mulheres usuárias do SUS e da saúde suplementar**. [s.l.] Faculdade de Saúde Pública da USP, 2013.

ANEXO 1: PLANO DE PARTO

No momento do parto, gostaria:

( ) de estar em um ambiente calmo e que respeitem a minha privacidade;
( ) de dar à luz no ambiente em que estiver durante o trabalho de parto;
( ) de ter sugestões e escolher posições para dar à luz;
( ) de fazer força somente quando sentir vontade;
( ) que não empurrem a minha barriga para forçar a saída do meu bebê.
( ) de não utilizar apoios que prendam as minhas pernas;
( ) de ter a opção de utilizar apoio para os pés, ao invés das perneiras;
( ) de não ter corte desnecessário no períneo;
( ) de poder ver o nascimento do meu bebê com o auxílio de um espelho;
( ) de segurar imediatamente meu bebê nos braços, a não ser que ele realmente necessite de cuidados médicos especiais;
( ) se possível, que os cuidados dados ao meu bebê sejam feitos enquanto ele estiver em meu colo;
( ) que meu acompanhante possa ter a oportunidade de cortar o cordão umbilical;
( ) que esperem o cordão umbilical parar de pulsar antes de cortá-lo.

Após o parto, desejo:

( ) que o profissional aguarde a expulsão da placenta (dequitação) espontaneamente;
( ) que a saída da placenta ocorra com o auxílio de medicações e seja conduzida pelo profissional;
( ) que me mostrem a placenta;
( ) de ser liberada para o quarto o quanto antes;
( ) de amamentar na primeira hora;
( ) de ter auxílio na amamentação;
( ) de ingerir líquidos se tiver vontade;
( ) de permanecer com meu acompanhante.

Quanto aos cuidados com o meu bebê, gostaria:

( ) de amamentar livremente sem horários pré-estabelecidos;
( ) que ele não faça uso de bicos artificiais que atrapalhem a amamentação;
( ) que o bebê permaneça comigo durante todo o tempo de internação;
( ) de ser orientada sobre os cuidados com o bebê;
( ) que o primeiro banho seja dado por mim ou por meu acompanhante;
( ) de acompanhar meu bebê durante todos os procedimentos (vacinas, exames, etc.).

Caso a cesárea seja necessária, gostaria:

( ) de ter a presença do meu acompanhante durante a cirurgia;
( ) de receber anestesia sem que eu durma e possa ver o meu bebê nascer;
( ) de ver a hora do nascimento utilizando espelhos o que seja retirado objetos que possam prejudicar a minha visão;
( ) de ter o bebê sobre meu peito, com as minhas mãos livres para segurá-lo;
( ) de poder amamentar o quanto antes;
( ) de poder permanecer com meu acompanhante o maior tempo possível.

Discentes:
Aline Blumer Silva
Carolina da Silva Querino
Carolina Médici Figueiredo
Francine Even de Souza Cavalieri
Izabela Daniel Sardinha Caldeira
Docente:
Profª Drª Roselane Gonçalves
Autor do desenho da capa:
Renée Seiji Okada
Formatação/Layout:
Ademilton J. Santana

EACH | USP
Escola de Artes, Ciências e Humanidades
Universidade de São Paulo

Plano de Parto

Este documento deve ser lido junto com a mulher pelo profissional que será responsável pelo cuidado durante o pré-natal, parto e pós-parto. Este deverá esclarecer todas as dúvidas e buscar garantir o cumprimento das escolha da mulher durante o parto.

Av. Arlindo Béttio, 1000 Ermelino Matarazzo I São Paulo SP
www.each.usp.br

PLANO DE PARTO

O Plano de Parto é um instrumento que ajuda você a definir aquilo que é importante durante seu trabalho de parto e parto e como você gostaria que seu bebê fosse cuidado após o nascimento. Consiste numa lista de cuidados sobre os quais você refletiu durante todo o pré-natal, a partir de informações e conversas com os profissionais de saúde que a atenderam e que no momento do seu parto deseja que sejam oferecidos e garantidos para você e sua família. Este plano de parto poderá auxiliar você e os profissionais da maternidade a decidirem juntos sobre os cuidados que lhe serão disponibilizados.

Você tem o direito de participar da decisão sobre o que é melhor para seu corpo e do seu bebê!

A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda:

- que a mulher e seu acompanhante construam o seu plano de parto juntamente com o profissional de saúde durante o pré-natal;
- a monitoração do bem estar físico e emocional da mulher no trabalho de parto, parto e pós-parto, também chamado de puerpério;
- a oferta de líquidos por via oral durante todo trabalho de parto e parto;
- o respeito pela privacidade da mulher e suas escolhas;
- a oferta de todas as informações que a mulher e seu acompanhante desejarem;
- a utilização de métodos não farmacológicos para alívio da dor durante o trabalho de parto, tais como o banho, as massagens, os exercícios;
- o controle contínuo do bem estar do bebê por meio da ausculta dos seus batimentos cardíacos;
- o registro do progresso do trabalho de parto em impresso próprio (partograma);
- o uso restrito de cateterização venosa;
- o estímulo da mulher para a mudança de posições, como ficar em pé, sentar, andar durante todo trabalho de parto;
- a avaliação pelo toque vaginal somente quando estritamente necessária e, se possível, por apenas um profissional;
- a não realização da massagem e distensão no períneo durante o período de expulsão do bebê;
- o contato pele a pele entre mãe e bebê logo após o nascimento;
- o apoio e estímulo para a amamentação na primeira hora de vida do bebê;
- o uso de medicamentos para conter hemorragia caso haja risco para que isto ocorra;
- o corte do cordão umbilical somente quando este parar de pulsar, ou seja, quando a placenta deixar de mandar sangue para o bebê.
- a não realização do corte na vagina (episiotomia) sem que haja real necessidade.

Algumas vezes pode não ocorrer cortes no períneo (região entre a vagina e o ânus). Se ocorrer alguma abertura espontânea nesta região, ela será reparada/corrigida pelo profissional de saúde que estiver cuidando de você durante o parto.

O corte espontâneo é melhor para a sua saúde do que a episiotomia!

Sempre que o seu plano de parto não puder ser seguido você e seu acompanhante devem ser orientados e outras possibilidades devem ser oferecidas a vocês!

MEU PLANO DE PARTO:

Meu nome: _____

Minha data provável do parto: _____/_____/_____

Eu desejo que uma dessas pessoas esteja comigo durante meu trabalho de parto e parto:

1. _____
2. _____
3. _____

Durante meu trabalho de parto e parto eu desejo:

( ) comer e beber líquidos livremente;;
( ) caminhar e mudar de posição quando quiser;
( ) fazer uso de acesso/cateter venoso somente quando necessário;
( ) tomar banho por tempo ilimitado para alívio da minha dor;
( ) que o coração do meu bebê seja avaliado de forma regular , mas não contínua;
( ) ser informada sobre os procedimentos realizados no meu corpo
( ) ter privacidade e respeito à minha individualidade;
( ) que não seja rompida a minha bolsa (bola das águas que protege o bebê) sem necessidade;
( ) que o exame vaginal seja feito somente quando realmente necessário e, de preferência, por apenas um profissional.

ANEXO 2: ROTEIRO DE ENTREVISTA COM MULHERES

Roteiro de questões norteadoras para entrevistas com mulheres

1. Como foi seu de parto?
2. Você sentiu que foi respeitada nas suas decisões?
3. Você conseguiu expressar suas necessidades e vontades?
4. Como a equipe respondeu ao plano de parto?
5. Que procedimentos/intervenções foram realizados?
6. Você se sentiu cuidada?

ANEXO 3: ROTEIRO DE ENTREVISTA COM PROFISSIONAIS

Roteiro de questões norteadoras para entrevista com médicos envolvidos com a assistência ao parto.

1. A UBS Thérsio Ventura tem desenvolvido um trabalho educativo na atenção pré-natal designado Plano de Parto. Vocês tem conhecimento desta iniciativa?
2. O que você pensa sobre esse direito de escolha das mulheres?
3. Como você percebe a crise de confiança instalada na assistência ao parto?
4. Que procedimentos em sua opinião são negociáveis? (Mostrar o plano de parto)
5. O que você pensa da possibilidade de oferecer às mulheres acesso a decisões informadas?
6. Você sente-se habilitado para explicar de forma compreensível os riscos relacionados a determinadas práticas para que as mulheres possam escolher?
7. O que muda na relação médico-paciente quando uma estratégia de comunicação desse tipo é oferecida?

ANEXO 4: TERMO DE CONSENTIMENTO

Título da Pesquisa: ***Plano de Parto: Ferramenta para o diálogo e a decisão informada no SUS?***

Eu, Halana Faria de Aguiar Andrezzo, mestranda do Programa de Pós-graduação da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP-USP), estou realizando a pesquisa acima intitulada, que tem como objetivo descrever a percepção de mulheres usuárias do SUS sobre a construção de plano de parto na Atenção Primária e seu uso durante o trabalho de parto e parto e compreender os limites e possibilidades de seu uso como ferramenta para o diálogo e a negociação de intervenções hospitalares na maternidade.

Para isto, convido você a participar desta pesquisa, por meio de uma entrevista norteada por questões relativas à sua experiência de reflexão e uso do plano de parto.

Informo que, uma vez aceitando colaborar com a pesquisa, não haverá prejuízo, despesas e/ou custos no que diz respeito a sua participação neste estudo, que o risco de sua participação é mínimo (pode haver desconforto com algumas perguntas e gasto do seu tempo). Você terá a liberdade para desistir da mesma a qualquer momento, sem que essa atitude implique prejuízos a você. Assumo, ainda, o compromisso de lhe esclarecer, antes e durante o curso da pesquisa, todos os procedimentos que serão adotados. Você também poderá solicitar esclarecimentos ao Comitê de Ética em pesquisa da instituição responsável cujos endereços e telefones encontram-se abaixo descritos.

Esclareço que a entrevista poderá ter duração média de 30 minutos a 1 (uma) hora. Peço, ainda, sua autorização para que a mesma seja gravada, a fim de facilitar o registro das informações e otimizar o tempo de nossa conversa. Após o término da pesquisa e transcrição das entrevistas o registro das mesmas será desprezado.

Finalmente, assumo o compromisso de manter sigilo de sua identidade, utilizando as informações que fornecerá através de um codinome de conhecimento apenas da pesquisadora. Os dados obtidos poderão ser utilizados em eventos e publicações científicas mas seu nome não aparecerá nas mesmas.

Assim, coloco-me à disposição para os esclarecimentos que se fizerem necessários, através dos telefones abaixo relacionados.

Eu, _____,
declaro ter compreendido o exposto, estar ciente de que serei informada sobre todos os procedimentos a serem realizados no decorrer desta pesquisa, e que concordo em participar da mesma, não me opondo que a entrevista seja gravada.

Este documento contém duas vias, sendo que uma ficará em meu poder e a outra será arquivada com a pesquisadora.

Participante do estudo: _____
Assinatura: _____
Local e data: _____, _____ de 20_____

Pesquisadora: Halana Faria de Aguiar Andrezzo
Assinatura: _____
Telefone: (11) 982062992
Local e data: _____, _____ de 20_____

Instituição: Universidade de São Paulo – Faculdade de Saúde Pública (USP/FSP) - Av Dr Arnaldo, 715 – Cerqueira César – São Paulo – SP – Telefone: (11) 3061-7703 – halanaf@hotmail.com

Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública – USP – Av. Dr. Arnaldo, 715 – Cerqueira César – São Paulo – SP – Telefone: (11) 3061-7779 – coep@fsp.usp.br

ANEXO 5: PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Plano de Parto: ferramenta para o diálogo e decisão informada no SUS?
Pesquisador: Halana Faria de Aguiar Andrezzo
Área Temática:
Versão: 2
CAAE: 43007215.8.0000.5421
Instituição Proponente: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - FSP/USP
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.127.695
Data da Relatoria: 22/05/2015

Apresentação do Projeto:
Projeto aguardava anexação da autorização da maternidade aonde será realizado o estudo.

Objetivo da Pesquisa:
ndn

Avaliação dos Riscos e Benefícios:
ndn

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:
ndn

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:
Pesquisadora anexou a autorização da Maternidade

Recomendações:
ndn

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:
ndn

Situação do Parecer:
Aprovado

Endereço: Av. Doutor Arnaldo, 715
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 01.246-904
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3061-7779 **Fax:** (11)3061-7779 **E-mail:** coep@fsp.usp.br

FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Continuação do Parecer: 1.127.695

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Acatado parecer do relator pela aprovação.

SAO PAULO, 28 de Junho de 2015

Assinado por:
Sandra Roberta Gouvea Ferreira Vivolo
(Coordenador)

Endereço: Av. Doutor Arnaldo, 715
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 01.246-904
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3061-7779 **Fax:** (11)3061-7779 **E-mail:** coep@fsp.usp.br

CURRÍCULO LATTES

Halana Faria de Aguiar Andrezzo

Endereço para acessar este CV: http://lattes.cnpq.br/9464108092901735
Última atualização do currículo em 24/01/2016

Graduação em Medicina pela Universidade Federal de Santa Catarina (2007). Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia pela Maternidade Carmela Dutra- SC (2011). Especialização em Acupuntura no Instituto de Pesquisa e Ensino de MTC em Florianópolis/SC (2012). Mestranda do Departamento Ciclos de Vida na Faculdade de Saúde Pública - USP, sob orientação da professora Carmen Simone Grillo Diniz. **(Texto informado pelo autor)**

Identificação

Nome	Halana Faria de Aguiar Andrezzo
Nome em citações bibliográficas	Andrezzo, H.F.A;Andrezzo, HFA;ANDREZZO, HALANA FARIA DE AGUIAR;AGUIAR ANDREZZO, HALANA FARIA DE

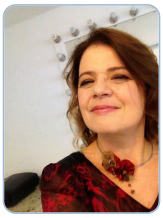
Endereço

Formação acadêmica/titulação

2014	Mestrado em andamento em Pós Graduação Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo, USP, Brasil. Orientador: Carmen Simone Grilo Diniz.
2009 - 2011	Especialização - Residência médica. Hospital Maternidade Carmela Dutra, MCD, Brasil. Residência médica em: Ginecologia e Obstetrícia Número do registro: CRM 14247. Bolsista do(a): Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina, SES, Brasil.
2009 - 2012	Especialização em Acupuntura. Instituto de Pesquisa e Ensino em Medicina Tradicional Chinesa, IPE/MTC, Brasil. Título: nao obrigatorio.
2002 - 2007	Graduação em Medicina. Universidade Federal de Santa Catarina, UFSC, Brasil. Título: A satisfação da parturiente com seu parto: resultados de três maternidades do sul do Brasil. Orientador: Roxana Knobel.

Formação Complementar

2013 - 2013	Reanimação Neonatal. (Carga horária: 8h). Sociedade Brasileira de Pediatria, SBP, Brasil.
2011 - 2011	Advanced Life Support in Obstetrics (ALSO). (Carga horária: 20h).



Carmen Simone Grilo Diniz

Endereço para acessar este CV: http://lattes.cnpq.br/7232133934331288
Última atualização do currículo em 05/05/2016

Possui graduação em Medicina pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (1984). Residência (1987), mestrado (1996) e doutorado (2001) em Medicina (Medicina Preventiva) pela Universidade de São Paulo, e pós-doutourado em Saúde Materno-infantil pelo Cemicamp (2004). Pós-doutorado (visiting reader) no King's College London, Women's Health Division (2012). É livre-docente do Departamento de Saúde Materno-infantil na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (2011). Colaborou por 20 anos com o Coletivo Feminista de Sexualidade e Saúde (1985-2004) em atividade de assistência, pesquisa e ensino. Tem experiência na área de Medicina, com ênfase em Medicina Preventiva, Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos, Violência de Gênero, Gênero e Saúde Materna, Saúde Materno-infantil, Saúde Pública baseada em evidências. Foi coordenadora regional (região Sudeste) do Inquérito Nacional Nascer no Brasil (2010-2012). Coordena o grupo do CNPq GEMAS (Gênero e evidências em maternidade e saúde). É chefe do Departamento de Saúde Materno-infantil da Faculdade de Saúde Pública da USP (2014-2016). **(Texto informado pelo autor)**

Identificação

Nome	Carmen Simone Grilo Diniz
Nome em citações bibliográficas	Diniz, C. S. G.;Diniz, S;Diniz, Simone;Diniz, Simone G;Diniz, Simone Grilo;Diniz, Carmen Simone Grilo;Carmem Simone Grilo Diniz;Diniz, CSG, Carmen SG Diniz;Diniz Carmem Simone Grilo;Diniz, Carmem Simone Grilo;DINIZ, CARMEM SIMONE;Simone Carmem Grilo Diniz;DINIZ, SIMONE CARMEM GRILO

Endereço

Endereço Profissional	Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Saúde Materno-Infantil. Av. Doutor Arnaldo, 715, 2º andar Cerqueira César 01246904 - São Paulo, SP - Brasil Telefone: (11) 30617124 Fax: (11) 30850240

Formação acadêmica/titulação

1997 - 2001	Doutorado em Medicina (Medicina Preventiva) (Conceito CAPES 7). Universidade de São Paulo, USP, Brasil. Título: Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto, Ano de obtenção: 2001. Orientador: José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres. Bolsista do(a): Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, FAPESP, Brasil.
1994 - 1996	Mestrado em Medicina (Medicina Preventiva) (Conceito CAPES 7).