



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM LINGUÍSTICA - PROLING**

**A TESSITURA DO GÊNERO TEXTUAL PLANO DE PARTO: INSTRUMENTO DE
PROTAGONISMO EM MEIO À VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA**

MONIQUE GALDINO QUEIROZ

JOÃO PESSOA - PB

2023

MONIQUE GALDINO QUEIROZ

**A TESSITURA DO GÊNERO TEXTUAL PLANO DE PARTO: INSTRUMENTO DE
PROTAGONISMO EM MEIO À VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Linguística (PROLING), da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), como requisito para obtenção do título de Doutora em Linguística.

Área de concentração: Linguística

Linha de pesquisa: Linguística e Práticas Sociais

Orientadora: Professora Doutora: Regina Celi
Mendes Pereira

JOÃO PESSOA - PB

2023

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

Q3t Queiroz, Monique Galdino.

A tessitura do gênero textual plano de parto: instrumento de protagonismo em meio à violência obstétrica / Monique Galdino Queiroz. - João Pessoa, 2023.

430 f. : il.

Orientação: Regina Celi Mendes Pereira.
Tese (Doutorado) - UFPB/CCHLA.

1. Linguística aplicada. 2. Plano de parto - Gênero textual.
3. Interacionismo sociodiscursivo. 4. Parto humanizado.
5. Violência obstétrica. I. Pereira, Regina Celi Mendes. II. Título.

UFPB/BC

CDU 81'33 (043)

FOLHA DE APROVAÇÃO

MONIQUE GALDINO QUEIROZ

A TESSITURA DO GÊNERO TEXTUAL PLANO DE PARTO: INSTRUMENTO
DE PROTAGONISMO EM MEIO À VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Data de aprovação: 31 / 08 / 2023

BANCA EXAMINADORA:

Regina Celi M. Pereira

Presidente: Dra. Regina Celi Mendes Pereira (UFPB/CCHLA)

Eduardo Sérgio Soares Sousa

Prof. Examinador 1: Prof. Dr. Eduardo Sérgio Soares de Sousa (UFPB/CCM)

Renata de Lourdes Machado da Costa

Prof. Examinador 2: Profa. Dra. Renata de Lourdes Machado da Costa
(UFPB/CCHLA)

Elaine Espíndola Baldissera

Prof. Examinador 3: Profa. Dra. Elaine Espíndola Baldissera (UFPB/CCHLA)

Pedro Farias Francelino

Prof. Examinador 4: Prof. Dr. Pedro Farias Francelino (UFPB/CCHLA)

Suplente 1: Prof. Dra. Tatiana Fernandes Santana (UEPB)

Suplente 2: Prof. Dra. Socorro Claudia Tavares de Sousa (UFPB/CCHLA)

AGRADECIMENTOS

A Deus, pois sem Ele nada conseguiria.

Aos meus pais, Júlio e Margarete, e a minha irmã, Melina, por me incentivarem desde sempre e por assistirem e acolherem meus filhos nos momentos em que precisei mergulhar neste trabalho.

A Felipe, meu marido, que tem acompanhado a minha trajetória na pesquisa com muito entusiasmo, dando o melhor de si para me acolher e gerenciar nossa família em todo esse percurso.

A Samuel e Benjamin, meus filhos, por todos os abraços, orações, apoio e incentivos, dados ao longo desta caminhada.

A Regina, minha orientadora, por seu apoio constante, por sua humanidade e por seu acolhimento, fundamentais para que eu pudesse atravessar esta etapa e concluir este trabalho.

Às colaboradoras desta pesquisa que aceitaram dividir suas histórias comigo, disponibilizando o seu tempo e os seus relatos para a escrita desta tese.

DEDICATÓRIA

A todas as mulheres que passaram pela experiência do parto e a todos que lutam pela humanização da assistência, dedico esta tese.

EPÍGRAFE

“Para mudar o mundo, é preciso primeiro mudar a forma de nascer”.
Michel Odent

RESUMO

Contrariando o modelo intervencionista tecnocrático de assistência ao parto e a centralidade da equipe médica, o movimento pela humanização do parto busca lutar contra a violência obstétrica, implementando uma série de boas práticas para uma assistência humanizada à gestante (OMS, 1996; BRASIL, 2002; BRASIL, 2012). Nesse sentido, humanizar significa recolocar a mulher como protagonista no momento do parto, evitando intervenções desnecessárias, promovendo também o respeito à sua fisiologia, às suas emoções e às suas decisões quanto a esse evento (TORNQUIST, 2004). Apontado oficialmente pelo Ministério da Saúde em 2017 como um direito da mulher, o plano de parto é um instrumento que se mostra como possibilidade de proporcionar a autonomia da parturiente, configurando-se como uma espécie de carta de intenções elaborada pela gestante, em que esta descreve os seus desejos quanto ao parto. Nesse contexto, concebendo a linguagem como forma de ação social (BRONCKART, 2012), o objetivo desta pesquisa, inserida nos domínios da Linguística Aplicada (LA), é analisar as características sócio-funcionais e linguístico-discursivas do gênero plano de parto, investigando em que medida esses textos configuram o perfil de seus interlocutores. Para tanto, tomamos por base um *corpus* composto por 12 exemplares do gênero; um questionário e 11 entrevistas semiestruturadas com mulheres que escreveram e fizeram uso do texto em diversos contextos de assistência. Nesta investigação, de caráter qualitativo-interpretativista, utilizamos os pressupostos teórico-metodológicos do Interacionismo Sociodiscursivo (ISD), valendo-nos, também dos trabalhos de Bazerman (2011) e Bhatia (2001). Também incorporamos conceitos da Análise do Discurso (FOUCAULT, 2008, 2014) e as discussões de Foucault (1999, 2021) relativas ao nascimento da Biopolítica e do Biopoder. Observamos, quanto à análise da situação de ação da linguagem, contexto de produção e infraestrutura, que os planos de parto apresentam variação quanto à forma, podendo ser classificados em dois tipos principais, planos standardizados (PE), escritos por outros agentes-produtores para serem utilizados pelas gestantes, e planos individuais (PI), redigidos pelas próprias mulheres. Além disso, verificamos que as características linguístico-discursivas do gênero estão atreladas ao seu lugar de circulação e às representações dos seus produtores acerca do papel da mulher e da equipe na assistência ao parto, o que pôde ser visto a partir da planificação do conteúdo temático e dos mecanismos enunciativos orquestrados nos planos de parto. Ademais, identificamos que, quando essas representações são dissonantes, o gênero é pouco acolhido pelo profissional, possuindo eficácia limitada em assegurar o cumprimento das vontades listadas pela mulher. Nesse sentido, apontamos que os planos de parto individuais ainda passam por um processo de estabilização dentro da comunidade discursiva médica, uma vez que, além do acolhimento limitado nos contextos hospitalares de assistência, a sua redação inicial parte da iniciativa de doulas, enfermeiras obstetras, parteiras ou da própria mulher.

Palavras-chave: Plano de Parto; Interacionismo Sociodiscursivo; Violência Obstétrica; Humanização do parto.

ABSTRACT

Contrary to the technocratic interventionist model of childbirth assistance and the centrality of the medical professional, the motion for the humanization of childbirth seeks to fight against obstetric violence, implementing a series of good practices for a humanized assistance to pregnant women (OMS, 1996; BRASIL, 2002; BRAZIL, 2012). In this sense, humanizing means putting women back as protagonists at the time of childbirth, avoiding unnecessary interventions, while also promoting respect for their physiology, their emotions and their decisions regarding this occasion (TORNQUIST, 2004). Officially appointed by the Ministry of Health in 2017 as a woman's right, the birth plan is an instrument that presents itself as a possibility of providing autonomy to the parturient, becoming a type of letter of intent prepared by the pregnant woman, in which she describes her wishes regarding childbirth. In this context, conceiving the language as a form of social action (BRONCKART, 2012), this research, situated within the field of Applied Linguistics (AL), aims to analyze the socio-functional and linguistic-discursive characteristics of the childbirth plan genre, investigating to what extent these texts configure the profile of their interlocutors. Thus, we have as a basis, a corpus composed of 12 examples of the genre; a survey and 11 semi-structured interviews with women who wrote and used the text in different assistance contexts. In this investigation, with a qualitative-interpretative nature, we applied the theoretical-methodological assumptions of the Socio-Discursive Interactionism (ISD) also making use of the works of Bazerman (2011) and Bhatia (2001). We also incorporated the concepts from the Discourse Analysis (FOUCAULT, 2008, 2014) and Foucault's discussions (1999, 2021) regarding the birth of Biopolitics and Biopower. We observed, in regarding the analysis of the language action situation, the production context and infrastructure, that the birth plans vary in terms of structure and can be classified into two main types, standardized forms (SF), written by other agent-producers to to be used by pregnant women, and individual plans (IP), written by the women themselves. Furthermore, we found out that the linguistic-discursive characteristics of the genre are linked to its place of circulation and to the representations of its producers about the role of women and doctors in childbirth assistance, which could be seen from the planning of the thematic content and the enunciative mechanisms orchestrated in the birth plans. Moreover, we identified that, when these representations are dissonant, this genre is not all welcomed by the professional, having limited effectiveness in ensuring compliance with the wishes listed by the woman. Hereupon, we pointed out that individual birth plans are still going through a stabilization process within the medical discursive community, since that in addition to the limited reception in hospital care contexts, its initial writing emerges from the initiative of doulas, obstetric nurses, midwives or the woman herself.

Keywords: Birth Plan; Socio-Discursive Interactionism; Obstetric Violence; Humanized Childbirth.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Fragmentação do corpo feminino - tratados de obstetrícia século XIX	38
Figura 2: Site “Amigas do Parto” - Escrevendo o plano de parto	59
Figura 3: Cartilha sobre violência obstétrica e violência contra a mulher	60
Figura 4: Cartão da gestante	71
Figura 5: Caderneta da gestante - 2014	72
Figura 6: Caderneta da gestante – 2016	73
Figura 7: Caderneta da gestante – 2018	74
Figura 8: Caderneta da gestante 2022	75
Figura 9: Caderneta da gestante 2022	82
Figura 10: Plano Estandarizado Geral (PEG1)	125
Figura 11: Plano Estandarizado Geral - PEG2	126
Figura 12: PEH - Unimed Joinville	127
Figura 13: Imagem ilustrativa do parto - Unimed Joinville	134
Figura 14: Imagem ilustrativa da maternidade do Centro Hospitalar Unimed	135
Figura 15: Percentual de cesáreas na Unimed Joinville - 2019	137
Figura 16: Suíte PPP da Maternidade Santa Casa de São José dos Campos	139
Figura 17: Diálogo entre enunciados	141
Figura 18: Índice de episiotomias em partos normais - HU USP	143
Figura 19: Representação gráfica do objetivo do Jusbrasil	145
Figura 20: Plano de Parto - Casa Ângela	169

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Comparativo - Procedimentos desaconselhados - Carteira da gestante	79
Quadro 2: Exemplares selecionados na <i>internet</i>	105
Quadro 3: Exemplares de planos individuais	106
Quadro 4: Perguntas do questionário	108
Quadro 5: Representações utilizadas na transcrição	114
Quadro 6: Participantes da entrevista	117
Quadro 7: Divisão dos PE coletados para a análise	123
Quadro 8: Recursos para a edição dos PE	128
Quadro 9: Instância responsável pela redação dos exemplares - PEH	130
Quadro 10: Parâmetros da situação de ação de linguagem	147
Quadro 11: Plano geral do conteúdo temático dos PEH	151
Quadro 12: Plano geral do conteúdo temático dos PEG	152
Quadro 13: Métodos para alívio da dor nos PE	154
Quadro 14: Tipos de discurso quanto às operações psicológicas	159
Quadro 15: Excertos de discurso interativo nos exemplares	160
Quadro 16: Fragmentos de discurso teórico nos exemplares	161
Quadro 17: Contextos de produção de PI	167
Quadro 18: Informações acessadas pelas gestantes	176
Quadro 19: Preâmbulos de PI em circulação hospitalar	181
Quadro 20: Plano geral dos PI	184
Quadro 21: Classificação das vozes	194
Quadro 22: Classificação das modalizações	195
Quadro 23: Voz do autor empírico e voz da mulher em PEH	198
Quadro 24: Vozes sociais nos exemplares hospitalares	200
Quadro 25: Modalizadores apreciativos - Verbos volitivos	205
Quadro 26: Participantes da entrevista	216
Quadro 27: Recepção do plano de parto	225
Quadro 28: Acontecimentos que não se deram como planejado	235

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Grau de instrução das mulheres.....	111
Gráfico 2: Efetividade dos planos individuais de parto.....	214

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

OMS - Organização Mundial da Saúde

ACOG - Colégio Americano de Ginecologia e Obstetrícia

Fiocruz - Fundação Oswaldo Cruz

ISD - Interacionismo Sociodiscursivo

LA - Linguística Aplicada

VO - Violência Obstétrica

DATASUS - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar

MBE - Medicina Baseada em Evidências

PAISM - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

ReHuNa - Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento

PNAISM - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

USP – Universidade de São Paulo

BVS - Biblioteca Virtual em Saúde do Brasil

PE – Planos Estandardizados

PEH – Planos Estandardizados Hospitalares

PEG – Planos Estandardizados Gerais

PI – Planos Individuais de Parto

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 O PARTO AO PLANO DE PARTO: UM PANORAMA GERAL ACERCA DO CONTEXTO QUE MOTIVOU O SURGIMENTO DO GÊNERO	29
2.1 REFLEXOS DA HOSPITALIZAÇÃO DO PARTO NO BRASIL	40
2.2 MENOS INTERVENÇÕES E MAIS HUMANIZAÇÃO: MOVIMENTOS E INICIATIVAS DEREFORMULAÇÃO À ASSISTÊNCIA AO PARTO	45
3 PLANO DE PARTO: UM BREVE HISTÓRICO E SUA ABORDAGEM NOS DOCUMENTOS OFICIAIS.....	52
3.1 O PLANO DE PARTO NO ÂMBITO LEGAL	64
3.2 CADERNETAS DA GESTANTE.....	69
4 O PLANO DE PARTO NA LITERATURA CIENTÍFICA.....	84
4.1 O PLANO DE PARTO NA LITERATURA NO ÂMBITO DA SAÚDE.....	85
4.2 O PLANO DE PARTO ALÉM DA ÁREA DA SAÚDE: PUBLICAÇÕES NO DIREITO E NA LINGUÍSTICA.....	98
5 OS PERCURSOS METODOLÓGICOS DA PESQUISA	102
5.1 PROCEDIMENTO PARA SELEÇÃO E ANÁLISE DE EXEMPLARES DO GÊNERO PLANO DE PARTO.....	103
5.2 ELABORAÇÃO E APLICAÇÃO DOS QUESTIONÁRIOS	108
5.3 AS ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS: CONSTRUÇÃO E APLICAÇÃO	111
5.3.1 Dados sobre o perfil das participantes	115
6 AUTONOMIA GUIADA: OS PLANOS DE PARTO EM CONTEXTOS ESTANDARDIZADOS.....	120
6.1 OS DIFERENTES GRAUS DE FECHAMENTO E DE ABERTURA NOS PE A PARTIR DOS OBSERVÁVEIS DE ORDEM PARALINGUÍSTICA	122
6.2 DE ONDE VÊM E PARA ONDE VÃO ESSES PLANOS: CONSIDERAÇÕES SOBRE O CONTEXTO DE PRODUÇÃO DOS PE	129
6.2.1 Os agentes produtores dos PE: seus valores e representações acerca do parto e do nascimento	132
6.3 A INFRAESTRUTURA TEXTUAL DOS PLANOS ESTANDARDIZADOS	150
6.3.1 Os tipos de discurso	158
6.3.2 As sequências discursivas	162
7 OS PLANOS INDIVIDUAIS DE PARTO: CONTEXTO DE PRODUÇÃO E INFRAESTRUTURA.....	165
7.1 DADOS DO MUNDO FÍSICO DE PI.....	169
7.2 QUEM SÃO AS MULHERES QUE ESCREVEM PLANO DE PARTO?	170
7.3 O PROCESSO DE PRODUÇÃO DOS PI	173

7.4 A INFRAESTRUTURA DOS PI	179
7.5 OS TIPOS DE DISCURSO E AS SEQUÊNCIAS EM PI	187
8 “NÃO QUERO QUE ME MANDEM CALAR A BOCA” – OS MECANISMOS ENUNCIATIVOS NOS PLANOS DE PARTO	193
8.1 DAR À LUZ VOZES E VIDAS: O POSICIONAMENTO ENUNCIATIVO NOS PLANOS DE PARTO.....	196
8.2 O APAGAMENTO DO AUTOR EMPÍRICO NOS PLANOS GERAIS	201
8.3 O PLANO QUE FALA POR MIM: A MULHER COMO AUTORA	204
9 “EU TENHO UM PLANO DE PARTO” – CONTEXTO DE RECEPÇÃO DOS PLANOS INDIVIDUAIS	212
9.1 PERCEPÇÃO SOBRE A EFETIVIDADE DO GÊNERO	214
9.2 DESVENDANDO A RECEPÇÃO: ANÁLISE DAS ENTREVISTAS	216
9.3 INTERESSES E DESEJOS DAS GESTANTES: DELINEANDO O PERCURSO PARA O PARTO.....	218
9.4 PRECISAMOS FALAR SOBRE (PLANO DE) PARTO?	222
9.5 RECEPÇÃO DO PLANO DE PARTO E INFLUÊNCIA NA ASSISTÊNCIA	225
9.6 ALINHANDO VONTADES: RECEPÇÃO PRÉVIA	226
9.7 PLANOS DE PARTO NA ASSISTÊNCIA: O QUE DIZEM AS MULHERES	229
9.8 ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE A RECEPÇÃO DOS PLANOS DE PARTO E A SUA INFLUÊNCIA	238
10 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	241
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	248
ANEXOS	265
ANEXO A – PLANO ESTANDARDIZADO UNIMED.....	266
ANEXO B – PLANO ESTANDARDIZADO MATERNIDADE SANTA CASA DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS.....	271
ANEXO C – PLANO ESTANDARDIZADO NÚCLEO BEM NASCER.....	277
ANEXO D – PLANO ESTANDARDIZADO HU - USP	284
ANEXO E – PLANO ESTANDARDIZADO GERAL – DEFENSORIA DE SÃO PAULO...	293
ANEXO F – PLANO ESTANDARDIZADO GERAL – DESPERTAR DO PARTO	296
ANEXO G – PLANO ESTANDARDIZADO GERAL – JUSBRASIL	301
ANEXO H – PLANO INDIVIDUAL – DEMÉTER	303
ANEXO I – PLANO INDIVIDUAL – ATENA	306
ANEXO J – PLANO INDIVIDUAL – HERA	310
ANEXO K – PLANO INDIVIDUAL – ILÍTIA	313
ANEXO L – PLANO INDIVIDUAL – TÊMIS	316
APÊNDICE	321

1 INTRODUÇÃO

Durante o último século, os processos do parto e do nascimento no Brasil sofreram graduais e significativas mudanças. Nas décadas de 50, 60 e 70, houve a necessidade de tornar o nascimento um evento controlado e previsível, a fim de reduzir-se o número de mortes de mães e crianças. Desde então, o parto foi gradativamente deslocado do domicílio ao hospital e, de um evento centrado na mulher, passou a ser um procedimento médico-cirúrgico, centrado na equipe médica como condutora do processo. A adoção desse modelo, consequentemente, passou a submeter a mulher a normas e rotinas rígidas, uma vez que essa concepção encara o corpo feminino como defeituoso, necessitando, por isso, da tecnologia e de diversas intervenções médicas. Dessa forma, "é o saber/poder técnico-científico que se sobrepõe à competência própria das mulheres para lidar com seu processo de parir" e o processo do parto passa a ser, então, delegado a terceiros. (PASCHE et. al., 2014, p. 109).

Desde 1996, por meio da publicação "Assistência ao parto normal: um guia prático", a Organização Mundial da Saúde (OMS), utilizando evidências científicas como respaldo, classificou as intervenções durante o parto que são claramente prejudiciais ou utilizadas de maneira inadequada. A lista reúne procedimentos como: impedimento à acompanhante; posição de litotomia (obrigação de parir deitada); restrição alimentícia e hídrica; episiotomia (corte no períneo); infusão intravenosa de rotina durante o trabalho de parto; uso de ocitocina sintética (hormônio para aumentar as contrações e acelerar o trabalho de parto) e restrições dos movimentos corporais. Apesar de publicado na década de 90, o guia da OMS só ganhou circulação no Brasil em 2001 e tais posturas ainda persistem na prática médica atualmente.

A exemplo disso, em 2011, a pesquisa "Nascer no Brasil" coordenada pela fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), que contemplou uma amostra representativa dos partos hospitalares em todo o país, entrevistando mais de 23 mil mulheres em 266 maternidades públicas e privadas, evidenciou que os procedimentos listados pela OMS são rotina nas maternidades brasileiras. Entre as mulheres entrevistadas que pariram, 92% estavam em posição de litotomia, 56% foram submetidas a episiotomia, 37% receberam a manobra de Kristeller (pressão aplicada na parte superior do útero durante o período expulsivo), 40% receberam ocitocina para acelerar o trabalho de

parto; apenas 26% puderam se alimentar; 18% contaram com a presença de um acompanhante, direito previsto em lei desde 2009, e apenas 5% dos partos não tiveram nenhuma intervenção. Somente a observação dessas taxas é suficiente para enfatizar a magnitude no país do que se convencionou chamar de Violência Obstétrica (VO).

A expressão Violência Obstétrica (VO) vem ganhando cada vez mais importância no país, denominando as diversas formas de violência e danos aos quais as mulheres podem estar sujeitas durante o cuidado obstétrico profissional. A VO engloba desde maus-tratos físicos, psicológicos e verbais a procedimentos desnecessários e danosos. Essa violência pode ser entendida como qualquer conduta, ato ou omissão por profissional de saúde que "direta ou indiretamente leva à **apropriação indevida** dos processos corporais e reprodutivos das mulheres", e se "expressa em **tratamento desumano**, no abuso da medicalização e na patologização dos processos naturais", levando à **perda da autonomia** e da capacidade de "**decidir livremente** sobre **seu corpo** e sexualidade, **impactando negativamente** a qualidade de vida de mulheres" (TESSER, ANDREZZO e DINIZ, 2015, p.30, grifos nossos).

Apesar de atualmente muitas mulheres ainda não serem capazes de reconhecer quando são alvo de violência obstétrica, o Movimento pela Humanização do Parto, que se respalda nas diretrizes da Medicina Baseada em Evidências (MBE), vem implementando ações para que as gestantes saibam reconhecer quais procedimentos são úteis ou não ao parto, além de divulgar informações sobre as diversas formas de violência. Nesse cenário, em que um bom número de mulheres ainda não é capaz de reconhecer práticas de violência, a imprensa e as redes sociais também têm cooperado com a divulgação de relatos de gestantes que se sentiram violentadas.

A exemplo disso, o caso de Adelir Carmen Lemos de Goes, que repercutiu nas redes em 2014, ilustra esse tipo de violência. Grávida de 42 semanas, Adelir foi obrigada pela justiça de Porto Alegre a se submeter a uma cesárea. Na ocasião, ela foi retirada de casa e conduzida ao hospital por policiais. A decisão se deu após a justiça acatar a solicitação do hospital e da promotoria que alegavam "risco iminente de morte" da mãe e da criança. No dia 31 de março, já em trabalho de parto e com 5 cm de dilatação, Adelir foi ao hospital para ser avaliada e voltou a sua residência após assinar um termo de responsabilidade, pois desejava o parto normal. De acordo com a equipe médica, esse anseio era impossível, uma vez que, por ter tido duas cesáreas

anteriores e o bebê estar em posição pélvica, a intervenção cirúrgica era mais indicada. Assim, segundo dados divulgados pela BBC News (2014) “o hospital afirma que a cesárea foi indicada por causa da “soma dos motivos” e que “o pedido foi deferido pela juíza por entender que se tratava de risco de morte para feto e, possivelmente, para a mãe em caso de desfecho desfavorável da tentativa de parto normal”. Alguns médicos, como Corintio Neto, secretário da Associação de Obstetrícia e Ginecologia do Estado de São Paulo, apoiaram a decisão do hospital, enfatizando a acurácia das medidas, uma vez que, nesse caso, apenas a cesárea seria indicada, visto que Adelir já havia sido submetida a duas outras cirurgias anteriores.

Do lado oposto, no entanto, a justificativa apresentada pela equipe do hospital foi questionada pelo Colégio Americano de Ginecologia e Obstetrícia (ACOG), tido como um dos órgãos principais em relação à publicação de diretrizes médicas no mundo, e por outros obstetras renomados, como a Dra. Melânia Amorim, professora da Universidade Federal de Campina Grande, na Paraíba. Conhecida por ser um dos grandes nomes da obstetrícia no Brasil e uma das principais ativistas do parto humanizado, Melânia ressaltou que a decisão pela via de parto deveria ter sido conjunta, fruto de uma conversa entre médico e paciente. Em entrevista à BBC, justificou que os riscos de uma cesárea no caso de Adelir também envolviam a ruptura da cicatriz anterior, hemorragia, lesão intestinal e na bexiga e, em casos mais extremos, a retirada do útero. A médica afirmou que as justificativas para a cesárea, nesse caso, eram um mito e que a decisão da justiça fere diretamente a autonomia da mulher.

Publicado em diversos portais de notícias e em redes sociais, o caso de Adelir gerou muitas controvérsias, chocou e dividiu opiniões. Como protesto, as internautas de todo o mundo levantaram a hashtag #somostodasadelir, nas principais plataformas de comunicação da *internet*. As publicações pregavam a autonomia da mulher em relação ao próprio corpo, traziam depoimentos de mulheres que haviam tido filhos por parto normal após cesáreas anteriores, exibiam charges e desenhos sobre o caso e encabeçavam publicações de páginas relacionadas à humanização do parto. Além dessas publicações, o acontecimento suscitou, também no Brasil, um debate que já vinha ganhando força: a humanização do nascimento, a autonomia e o protagonismo da mulher durante o trabalho de parto.

Os movimentos de humanização do parto e do nascimento trouxeram à tona, além desse caso, vários outros bem comuns e recorrentes que, por não serem tão

drásticos, por vezes, passam despercebidos pelas mulheres, deixando até mesmo de ser denunciados pelas gestantes. Em agosto de 2015, a revista *Época* publicou o artigo intitulado “Vítimas da violência obstétrica: o lado invisível do parto”, que objetivava evidenciar as violações do direito das mulheres durante o parto. Nessa publicação, Lazzeri (2015) apresenta mini relatos de brasileiras de várias idades que vivenciaram diversas formas de violência obstétrica. Os depoimentos publicados pela jornalista demonstram que a realidade do parto no país é permeada por violência.

Tais procedimentos e condutas que envolvem maus-tratos impactam diretamente o bem-estar das mulheres. Algumas delas só conseguem falar sobre o parto após alguns anos, devido à experiência ter sido permeada por diferentes formas de violência obstétrica. A exemplo disso, a revista dá voz à Eva Cordeiro, que perdeu o filho após ter sido internada por dois dias e liberada em seguida. Na volta, foi responsabilizada pela equipe médica de plantão, que atribuiu a ela o desejo de forçar um parto normal. Ao lado desse depoimento, a reportagem publicada pela *Época* expõe, por meio do relato de outras mulheres, fatores, como o descaso de alguns profissionais ao longo do acompanhamento e internação; as agressões verbais de obstetras que reafirmavam o seu protagonismo a todo o instante em relação às decisões do parto; o descrédito dado às falas da mulher em relação à não eficácia da anestesia durante a cesárea e o descarte de um bebê natimorto dentro de uma luva cirúrgica.

Ao lado dessas experiências, há, no entanto, as que não são percebidas imediatamente, por serem recorrentes e normalizadas. Segundo Lazzeri (2015), a jovem Kelly Mafra, de 20 anos, só percebeu ter sido vítima de abusos ao relatar sua experiência na *internet*, já que os procedimentos pelos quais passou, dentre eles a episiotomia (corte no períneo para “facilitar” a saída do bebê), a raspagem dos pelos pubianos, lavagem intestinal, “o ponto do marido” (procedimento de pontuar além do necessário, fundamentado na crença de que o parto normal tornaria o sexo insatisfatório para o parceiro), já são institucionalizados e ganharam *status* de normalidade, apesar de serem desaconselhados pela OMS.

Não é de se estranhar, portanto, que, para fugir da dor e da violência obstétrica, muitas mulheres optem pela intervenção cirúrgica. Consoante as informações de 2015 do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), entre os anos de 2007 e 2011, houve um aumento de 46,56% para 53,88% no número de cesarianas. As taxas de cesariana no Brasil foram de 40% nos hospitais públicos e

85% nos privados. São números como esses que renderam ao país o *status* de campeão das cesáreas, em 2010. Dados mais recentes, porém, apontam para uma estabilização desse índice, uma vez que o Ministério da Saúde divulgou a queda de 1,5 ponto percentual em 2015 (LABOISIERRÉ, 2017). Apesar disso, em 2018, os índices de cesárea ainda renderam ao país o segundo lugar no *ranking* mundial dessas cirurgias. Iniciativas, então, foram delineadas para reduzir esse índice, a exemplo da proposta do juiz federal Victorio Giuzio Neto, que determinou uma remuneração superior aos médicos que optarem pelo parto normal, segundo a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO, 2018).

Além de iniciativas como essa, observa-se a forte atuação do movimento de humanização do parto no país, que conta com a contribuição de profissionais da saúde, da antropologia, da sociologia, de profissionais liberais, de diversas ONGs e com a forte participação dos movimentos de mulheres, conforme ressalta Diniz (2001). As propostas de humanização também ecoam, em grande escala, no ambiente virtual, através de grupos e comunidades nas redes sociais, e também de *sites* como Parto Natural, Amigas do Parto, Rehuna, Materna, Parto Nosso, Mães Empoderadas. Essa reunião de profissionais e ativistas em prol do mesmo debate torna o movimento permeado por uma multiplicidade de perspectivas, de iniciativas individuais, institucionais e colaborações, o que pode ser comprovado pela diversidade de pesquisas que envolvem a temática.

A humanização, embora prefigure o protagonismo da mulher, não exclui a equipe médica do processo, apenas preconiza que os profissionais modifiquem sua rotina de assistência aos partos de baixo risco e atuem mais como cuidadores do que como especialistas em patologia obstétrica, uma vez que o modelo de atenção ao parto com uso excessivo de intervenções não encontra respaldo nos estudos científicos.

Entretanto, por que as iniciativas do Ministério da Saúde e da OMS, como a elaboração de manuais técnicos e de materiais educativos voltados para os profissionais que assistem a gestação e o parto ainda não têm sido suficientes para reverter o modelo brasileiro de assistência ao parto? Por que a mulher não é colocada como protagonista desse momento, uma vez que as propostas de humanização de assistência ao parto compreendem o momento como parte da sua natureza fisiológica,

no qual essa necessitaria mais de suporte psicoafetivo do que de intervenções médicas?

Apesar de haver um número significativo de evidências científicas para que se realizem mudanças no modelo tradicional de assistência ao parto, desmedicalizá-lo implicaria, sobretudo, uma perda de poder. De acordo com Aguiar e Oliveira (2011, p. 82), a figura do médico carrega em si uma valorização cultural e moral. A autoridade de sua profissão é fundamentada não apenas em conhecimentos científicos, mas também em determinados valores e crenças culturais que exercem certo domínio sobre a conduta moral dos sujeitos. Além da legitimidade científica, o profissional possui como pilar de sua autoridade a dependência dos seus pacientes ao conhecimento que detém. Dessa forma, os sujeitos possuem receio de sofrer consequências desagradáveis, caso desrespeitem essa autoridade.

Sendo assim, o abandono de rotinas intervencionistas e a consequente adoção de medidas que cedessem o protagonismo à mulher significariam perder o controle do processo de parturição, o que, por conseguinte, modificaria as referências do papel do médico e da equipe que assiste o parto. A mudança dessa realidade implicaria uma transferência de poder. Conforme apontado por Dias e Domingues (2005), as medidas alternativas para a condução do trabalho de parto são vistas como pouco científicas e inapropriadas pelos obstetras, ainda que cientificamente respaldadas pela OMS. De acordo com essa pesquisa, a adoção dessas medidas provocava um enfrentamento inevitável entre os enfermeiros obstetras que tentavam implementá-las e os médicos.

Como, apesar das inúmeras iniciativas empreendidas, a realidade ainda se mostra resistente a mudanças, houve a necessidade de um documento que formalizasse e resguardasse a autonomia da mulher durante o trabalho de parto. Apontado oficialmente pelo Ministério da Saúde em 2017 como um direito da mulher, o plano de parto é um instrumento que se mostra como possibilidade de garantir essa autonomia e se configura como uma espécie de carta de intenções elaborada pela gestante. No texto, a gestante expressa que tipo de atendimento espera para si e para o seu bebê, além de delimitar quais são os procedimentos e intervenções aos quais aceita ser submetida, tendo em vista uma gravidez de risco habitual e um trabalho de parto sem intercorrências. Esse documento, que pode assumir diferentes configurações, é a primeira medida preconizada pela OMS para um parto seguro. No Brasil, a adoção e uso do plano de parto por parte da gestante é apenas uma das medidas tomadas para a redução do índice de cesariana e de morte materna.

Recomendado desde 1986, o documento ainda é desconhecido e vem ganhando evidência atualmente devido à onda de conscientização e humanização do parto. A sua crescente utilização na sociedade está atrelada, portanto, à necessidade de garantir algum tipo de proteção à parturiente frente à realidade da violência obstétrica. Dessa forma, a proposta de humanização da assistência ao parto, ao oferecer à mulher a oportunidade de atuar no parto, possibilita também que o momento seja vivenciado por ela, não como mero evento biológico, mas como uma experiência humana que pode ser vivida de acordo com suas expectativas, demonstradas em um plano de parto previamente elaborado. Além disso, como depende da leitura e do conhecimento das diretrizes divulgadas pela OMS para o parto e para a assistência ao recém-nascido, o documento possibilita o empoderamento da mulher, fazendo com que passe de coadjuvante à protagonista do parto.

O plano de parto tende a retratar um novo momento na obstetrícia brasileira, no qual as mulheres estão se transformando em protagonistas dos seus partos. Isso nos remete ao conceito de que "os textos são produtos da atividade humana" e, por conseguinte, se articulam "às necessidades, aos interesses e às condições das formações sociais no seio das quais são produzidos". Destarte, o surgimento de uma nova espécie de texto está vinculado à emergência de novas motivações sociais (BRONCKART, 2012, p. 72). Como os gêneros são práticas discursivas sociais concretas e surgem como resposta a novas necessidades sociorretóricas, a utilização do plano de parto passa também a modelar futuras respostas a situações similares (BAKHTIN, 2006). É justamente por essa dinamicidade e pela estreita relação entre a língua e a sociedade que alguns gêneros ganham maior ou menor importância. A relação estreita entre gênero e sociedade pode ser vista na emergência do plano de parto, pois o uso desse instrumento reflete a necessidade de se formalizar vontades durante um momento delicado e singular da vida feminina.

O interesse em estudar o tema proposto e o objeto de estudo em questão, advém da minha vivência do parto, em maio de 2014, numa maternidade pública do município de João Pessoa - PB. Apesar da muita informação a respeito da crescente onda de humanização da assistência ao parto, das intervenções desaconselhadas pela OMS, consideradas como violência obstétrica, do conhecimento acerca da lei do acompanhante no pré-parto, parto e pós-parto, isso não foi suficiente para garantir uma assistência humanizada e barrar as intervenções dos obstetras, que, conforme

dito na introdução do projeto, possuem uma formação voltada mais para intervir do que para assistir a gestante durante o processo.

Dessa forma, na ocasião de assistência ao parto, apesar de prevista em lei, a entrada do acompanhante não foi permitida, nem no pré-parto nem no parto; na sala de parto, houve intervenções como rompimento de membranas para apressar o período expulsivo; episiotomia que, apesar de não autorizada, foi feita pelo obstetra para "facilitar" a saída do bebê; administração de ocitocina sintética, puxos dirigidos e orientação direta para manter a posição de litotomia. É possível que a ausência do plano de parto tenha afetado diretamente esse contexto do parto, pois, na ocasião, era desconhecido um instrumento capaz de formalizar por escrito os procedimentos aos quais estaria disposta a me submeter, tendo em vista uma gravidez de baixo risco, de curso normal, sem nenhuma intercorrência ou complicação durante o trabalho de parto.

Portanto, abordar o gênero textual plano de parto é uma forma de proporcionar maior visibilidade a esse texto que, embora aconselhado pela OMS desde a década de 80, ainda permanece escamoteado, quando poderia servir de instrumento de prevenção, em favor das gestantes que se submetem ao atendimento nas maternidades públicas ou particulares. A importância do plano de parto para ambos os públicos (privado e público) justifica-se, porque as usuárias do serviço público, geralmente, têm seus partos assistidos por plantonistas e, por causa disso, não possuem a oportunidade de sentar e discutir as etapas do parto com esses profissionais, antes da elaboração do texto. Dessa forma, ficam expostas a diversas equipes médicas, a depender do plantão, e também a interferências das mais variadas, num momento em que se encontram, até certo ponto, limitadas para argumentar, interagir e rejeitar intervenções.

As gestantes do setor privado, apesar de vivenciarem uma realidade diferente, não estão mais seguras, uma vez que esse setor apresenta as maiores taxas de cesárea - 80% de acordo com a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Se optarem por um parto normal podem ser induzidas pelos médicos a se submeterem a uma cirurgia. De acordo com Fonseca (2015), a maioria das justificativas apresentadas pelos profissionais na rede particular para a cesárea são mitos e, como tais, expressam uma forma de controle social, tendo em vista que uma das funções do mito é dar suporte à ideologia dominante e oferecer à sociedade uma realidade conveniente para as elites. Nas palavras de Pereira (2010, p. 2), "as práticas de

linguagem veiculam relações de poder e como tais determinam e condicionam as interações na sociedade". Dessa forma, acreditamos que qualquer agrupamento humano vai estar permeado por algum tipo de relação de poder, tendo em vista que esse tipo de relação é coexistente à vida social (MAIA, 1995).

Em outros momentos, já tivemos oportunidade de estudar as relações de poder presentes nos textos jurídicos. Na pesquisa de Iniciação Científica "Práticas Sociais de Escrita: a retextualização de gêneros jurídicos", coordenada pela professora Dra. Regina Celi Mendes Pereira, na vigência 2010-2011, os gêneros próprios da área do Direito foram alvo de investigação, a fim de que se pudesse compreender as relações de poder remontadas nesses textos. Assim, foi possível observar que o uso de preciosismos na linguagem, expressões em latim, citação de leis sem explanação do seu conteúdo, tendiam a limitar a interpretação de sentenças e excluir o leitor não especializado, leigo (GALDINO, PEREIRA, 2012).

Em 2014, a pesquisa de mestrado "As Entrelinhas do Contrato: uma análise sociossubjetiva dos parâmetros de produção e de recepção do gênero", vinculada ao Programa de Pós-graduação em Linguística (PROLING) da Universidade Federal da Paraíba, deu continuidade à investigação dos textos da área jurídica. A proposta se debruçou sobre a linguagem jurídica nos contratos de financiamento de veículo e na interpretação desses textos pelos receptores, no ato da contratação, uma vez que a maioria não possuía conhecimento do conteúdo jurídico envolvido. Através da análise de quatro exemplares do gênero, pertencentes a instituições credoras diferentes, observou-se uma padronização recorrente dos textos, uma vez que eles são elaborados para serem utilizados em transações de massa, não levando, portanto, em consideração a diversidade de interlocutores a que se destinam. As entrevistas evidenciaram que o acesso interpretativo ao gênero se relacionava mais com a frequência dos textos no cotidiano dos participantes do que com seus níveis de escolaridade. Ademais, todos relataram, como empecilhos à leitura, o desconhecimento dos termos da área jurídica, a disposição gráfica dos elementos, como letra miúda e espaçamento, o não conhecimento da legislação usada como respaldo e a urgência vinculada à situação de recepção dos textos, que não permitia a leitura integral do texto (QUEIROZ, 2014).

Nas pesquisas citadas acima, investigou-se como a parte especializada, a saber, os membros legitimados da comunidade discursiva jurídica, conforme a denominação de Bhatia (2001), constroem os textos próprios do meio desconsiderando o

interlocutor leigo. A manutenção de uma linguagem menos acessível, hermética, é, portanto, uma forma de garantir o acesso interpretativo aos membros dessa comunidade e de manter a uma distância segura, os membros não legitimados (BHATIA, op. cit).

A proposta desta pesquisa segue o caminho inverso, devido à própria natureza do gênero textual alvo de nossa análise. As reflexões se centram, agora, em como a parte leiga redige os textos, semiotizando uma ação de linguagem, de forma que os seus direitos sejam resguardados e respeitados pela parte especializada. Em outras palavras, o texto se constitui a partir de um produtor que não é legitimado pela comunidade médica, que não possui conhecimento profundo dos aspectos fisiológicos envolvidos durante o trabalho de parto, ou seja, que é estranho aos membros especializados, e se dirige àquele que, tradicionalmente, é formado e preparado para coordenar todas as ações e decisões durante o trabalho de parto. Nesse sentido, o plano de parto se direciona ao médico obstetra, tradicionalmente visto como autoridade inquestionável, principalmente porque, na medicina moderna, conforme demonstra Foucault (2021), o sujeito está acostumado a se submeter de forma voluntária, na maioria das vezes, às ações e às condutas prescritas por esses profissionais.

Além de proporcionar essa maior divulgação do gênero, a pesquisa se justifica, sobretudo, pela lacuna¹ que encontramos na literatura de nossa área, a respeito do objeto de investigação em foco. No levantamento realizado, identificamos a proliferação de estudos na área de Saúde que abordam o gênero, a questão da humanização do parto e a violência obstétrica. Nesse âmbito, os trabalhos que se voltam a analisar o conhecimento de gestantes e de profissionais sobre o documento debruçam-se a investigar as repercussões de seu uso; veiculam ações educativas a partir de sua utilização; e dedicam-se a divulgar propostas para a construção dessa ferramenta.

Na área da Linguística Aplicada, a partir da busca que operamos, não foi possível encontrar pesquisas que se detivessem na análise linguístico-discursiva do plano de parto, nem em como ele pode ser utilizado pelas gestantes como forma de ação social. Além disso, não encontramos estudos que se detivessem em investigar

¹ No capítulo 4 desta tese, realizamos, com mais detalhamento, a revisão da literatura sobre o nosso objeto de estudo, a fim de que se possa destacar as produções científicas que têm sido realizadas sobre ele, apontando também as áreas de conhecimento em que se encontra.

a sua recepção nos contextos de assistência. As investigações dentro dessa área focalizam a análise dos discursos de mulheres e médicos, no processo de parturição, e também se voltam à análise da representação discursiva da gestação e do parto.

Nesse sentido, a tese de doutorado de Dias (2007), a partir da Análise Crítica do Discurso, analisou a constituição das identidades e das práticas discursivas e sociais referentes à parturição, usando, como *corpus*, entrevistas com gestantes e profissionais de saúde, mas também relatos e planos de parto das participantes. A pesquisadora aponta que o discurso das mulheres reforça os papéis sociais da gestante e do obstetra, em que, a ela, cabe uma postura mais passiva e, ao profissional, uma postura ativa. Apesar de constatar as relações de poder inerentes a todo o processo interativo em conflito, Dias (2007) ressalta a importância de se investigar cuidadosamente os movimentos que marcam as mudanças de poder, apontando que as relações entre esses dois papéis sociais são bem mais complexas.

Embora não focalize o nosso objeto de estudo, a dissertação de mestrado de Fonseca (2014) voltou-se à investigação de uma problemática social relacionada ao processo de parturição. Identificando a falta de correspondência entre o desejo das mulheres pelo parto normal e o posterior desfecho cirúrgico, a pesquisadora examinou, a partir da Linguística de Corpus e da Análise Crítica do Discurso, relatos de parto normal após cesárea, de mulheres brasileiras e estadunidenses. A investigação aponta que o médico é representado, no discurso das mulheres, como alguém que faz uso de estratégias ideológicas para levá-las à cirurgia - antes ou durante o trabalho de parto. Como proposta de aplicação do estudo a outras áreas, a Fonseca (2014) aponta que os resultados podem ajudar a ressaltar e fundamentar a importância da construção de planos de parto.

Ainda sob a ótica da Análise Crítica do Discurso, a investigação de Regis (2015) visa tematizar a violência obstétrica por meio da análise discursiva de uma carta ao obstetra. Nessa investigação, a autora aponta para o documento como um registro de uma crítica ao modelo de assistência ao parto brasileiro, em que aspectos de uma luta hegemônica se travam no discurso.

Apesar de constataremos a preocupação das pesquisas acima em abordar as problemáticas sociais relacionadas à humanização da assistência, ressaltamos que as investigações não se voltam à análise do gênero plano de parto, nem o focalizam como um instrumento de ação social, como ora fazemos. Acreditamos que o modelo teórico-metodológico de análise de gêneros textuais presente no ISD, proporcionará

a base necessária para lidar com a complexidade que subjaz à semiotização de uma ação de linguagem, que culmina em um texto escrito.

Em síntese, apontamos que esta pesquisa pode, além de contribuir para tematizar questões relativas à humanização do parto, proporcionar uma maior visibilidade ao gênero textual, possibilitando, assim, a divulgação do plano de parto como alternativa para proteção e autonomia na assistência. Isso posto, tomando como base o conceito de linguagem como elemento fundador de práticas sociais, afirmamos que não se pode "querer construir objetos de investigação que não levem em consideração as necessidades da vida humana." (MEDRADO, PÉREZ, 2011, p. 17). Dessa maneira, a investigação busca envolver-se com as dificuldades reais, vivenciadas por sujeitos reais nas suas práticas diárias. Essa perspectiva condiz com a Linguística Aplicada (LA), uma vez que pode ser entendida como "um modo de criar inteligibilidade sobre problemas sociais em que a linguagem tem um papel central", além de se apresentar como uma forma de produzir conhecimento que busca também "politizar a vida social", segundo MOITA (2006, p. 19).

A partir das considerações acima, o conceito que perpassa esta investigação é o evidenciado pelo Interacionismo Sociodiscursivo (ISD), preconizado por Bronckart (1999, 2012), segundo o qual, a linguagem é uma forma de agir socialmente. Dessa maneira, orientando-nos pelos pressupostos teórico-metodológicos do ISD, acreditamos que as condutas verbais, assim como as condutas humanas, são formas de ação específicas e estão intrinsecamente associadas a ações não-verbais. Dessa forma, agir comunicativamente é a capacidade que o agente tem de materializar uma ação de linguagem em um texto empírico. Isso posto, é nossa intenção evidenciar que os textos-discursos estão articulados a ações não-verbais e que analisá-los implica percorrer o percurso responsável por seu processo de produção e também de sua apreensão. Nessa perspectiva, a materialização de um texto como o plano de parto agrega um conjunto de fatores de ordem social e de ordem psicológica responsável por sua constituição.

Consoante à abordagem descendente do ISD, a pesquisa atual também se apoia nos trabalhos de Bazerman (2011), que evidenciam uma relação estreita entre os gêneros e as atividades sociais. Nessa concepção, os textos organizam atividades e pessoas, criando significações e fatos sociais. Para o autor, "os gêneros são fenômenos de reconhecimento psicossocial que são parte de processos de atividades socialmente organizadas" (BAZERMAN, 2011, p. 21).

Valemo-nos, além disso, dos trabalhos de Bhatia (2001), que se debruçam sobre a forma como os indivíduos se agrupam e coordenam suas atividades por meio dos gêneros. Influenciado pelos estudos de Swales (1990), o pesquisador é conhecido por suas contribuições no campo de análise de gêneros e em gêneros produzidos em contextos profissionais, especialmente os gêneros do mundo do negócio e do mundo do direito. As análises empreendidas pelo autor advogam que, para entender como os membros de uma determinada comunidade discursiva usam a língua, é preciso considerar fatores linguísticos, culturais e cognitivos, princípios que dialogam com os pressupostos da LA e do ISD.

Além do referencial teórico acima, a investigação também incorpora fundamentos da Análise do Discurso, por entendermos que o enunciado “único e irrepetível” traz à tona relações de poder e provém de interlocutores situados em um determinado contexto, mantendo relações dialógicas com outros enunciados existentes. Assim, como o foco de interesse da AD “recai principalmente sobre os textos cujos enunciados seriam restringidos por um forte esquema institucional” e “sobre aqueles materiais linguísticos em que se inscrevem e se cristalizam embates significativos” (FISCHER, 1995), utilizamos, na análise, os conceitos de práticas discursivas e formações discursivas (FOUCAULT, 2008), além de retomar as estratégias de controle do discurso encontradas em Foucault (2014).

Ademais, utilizamos os conceitos de Biopolítica e Biopoder (Foucault, 1999, 2021), referentes às novas práticas disciplinares do final do século XIX e do século XX incorporadas pelo poder para o controle da população, tematizando também o nascimento da medicina social e do hospital. Essas formas se caracterizam pela ênfase na proteção da vida, no controle e regulação do corpo, da saúde, da higiene, da sexualidade, da natalidade e dos costumes. Nessa perspectiva, o biopoder, considerado por Foucault (2021) como uma “grande medicina social” institui o que é normal, distinguindo-o do patológico, aplicando, assim, um sistema de normalização das atitudes dos indivíduos. Características essas que podem ser vistas em diversos contextos de assistência ao parto e ao nascimento.

Nesse contexto, trazemos à tona alguns questionamentos que norteiam a investigação em torno do gênero plano de parto: i) quais os pré-construídos mobilizados que norteiam a elaboração do plano de parto?; ii) como o plano de parto é elaborado por seus produtores?; iii) qual a relação entre o contexto de produção do

gênero plano de parto e a sua estrutura linguístico-discursiva?; iv) como ele é recepcionado pela equipe que assiste o parto?

Diante desses questionamentos, o objetivo desta pesquisa é analisar as características sócio-funcionais e linguístico-discursivas do gênero plano de parto, investigando em que medida esses textos configuram o perfil de seus interlocutores. Partindo desse objetivo geral, foram delineados os seguintes objetivos específicos, que contribuirão para a compreensão da problemática apresentada nesta pesquisa, como se seguem:

- Identificar os parâmetros que singularizam os papéis sociais do emissor e do receptor do gênero;
- Descrever e caracterizar a estrutura sócio-funcional e linguístico-discursiva do plano de parto;
- Analisar como os autores empíricos se constituem enunciativamente na construção desses textos;
- Investigar a recepção do texto pela equipe que assiste o parto, observando a sua influência na assistência.

Partimos da hipótese inicial de que o gênero em foco é pouco conhecido e que seu lugar de circulação ainda se encontra restrito a rodas de gestantes, grupos que se dedicam a discutir as questões de humanização do parto e violência obstétrica e a determinados contextos hospitalares, mais especificamente em instituições que se voltam à problematização da assistência ao parto tradicional no Brasil.

Além do mais, acredita-se que o gênero é construído linguisticamente com o propósito comunicativo primário de resguardar o corpo da mulher e de limitar a intervenção médica e, para isso, as produtoras recorrem a vozes sociais que as amparem, como as resoluções e diretrizes da OMS para o parto normal, contudo, presumimos que essa construção pode assumir diferentes formas, de acordo com a representação da produtora do contexto de sua ação e de seu conhecimento/interpretação acerca dos documentos oficiais.

Ademais, supomos que, devido ao gênero ainda não possuir uma forma bastante padronizada, os exemplares podem variar substancialmente, assumindo desde tons mais poéticos, agentivos, a tons mais formais e injuntivos, ou

simplesmente podem se resumir a planos prontos para preenchimento, disponíveis em *websites*. Acreditamos ainda que a intenção comunicativa do texto pode ser ignorada pelo receptor, uma vez que põe em xeque o seu papel social enquanto parte especializada, membro de uma comunidade profissional específica.

Dessa maneira, é possível que o plano de parto seja visto como uma interferência ao trabalho do obstetra e da equipe de assistência, uma vez que o produtor do texto, embora se ampare em vozes sociais da área de saúde, na elaboração do plano, é leigo, alheio àquela comunidade discursiva e profissional. Assim, o não cumprimento do objetivo comunicativo do texto pode se relacionar à impossibilidade fisiológica de se dar prosseguimento ao parto normal e às etapas previstas no plano, ou pode estar ligado ao fato de que a inserção do gênero em outra comunidade discursiva é vista como uma interferência ao trabalho dos profissionais que assistem o parto, em decorrência do gênero não ter origem em um produtor especializado do meio.

No que tange à metodologia, a pesquisa se caracteriza, quanto à abordagem, como uma investigação qualitativa de cunho interpretativista, em razão da coleta de informações a partir de questionários e de entrevistas com mulheres que fizeram uso do plano de parto. Tal análise, mobiliza a interpretação a partir do contexto e da ótica do pesquisador. A pesquisa também possui objetivos exploratórios, uma vez que o gênero ainda é pouco conhecido e explorado em nossa área do conhecimento. Assim, é possível que se escolham as questões que merecem mais atenção ao longo da investigação, para que se obtenha a compreensão de fenômenos que ainda não foram alvo de análise por outros pesquisadores.

O trabalho faz uso de um *corpus* composto por 12 exemplares do gênero plano de parto - coletados em *sites*, *blogs* e também cedidos pelas participantes da pesquisa. Além disso, ao lado dos exemplares do gênero, o *corpus* também é composto por dados de um questionário, voltado a averiguar o conhecimento do gênero pelas mulheres, e por entrevistas semiestruturadas com onze participantes, que passaram pela experiência do parto e utilizaram o plano de parto.

Para uma melhor sistematização, dividimos esta tese em nove capítulos, além desta introdução, que partem, primeiramente, de uma contextualização inicial acerca do contexto que motivou o surgimento do gênero, à análise de sua abordagem nos documentos oficiais e na literatura científica, para que, posteriormente, sejam apresentados os percursos metodológicos da pesquisa e, finalmente, a análise dos

corpora seja realizada, buscando alinhar e aplicar os conceitos teóricos à discussão empreendida.

Após esta seção introdutória, o segundo capítulo deste trabalho, intitulado “Do plano de parto ao parto: um panorama geral acerca do contexto que motivou o surgimento do gênero”, busca fornecer uma contextualização histórica acerca do parto e do modelo de assistência a esse evento, ressaltando-se as modificações incorporadas pelos profissionais que culminaram no surgimento do gênero plano de parto.

Em seguida, no terceiro capítulo, denominado “Plano de parto: um breve histórico e sua abordagem nos documentos oficiais”, pretende-se apresentar de maneira mais detalhada o nosso objeto de estudo, a partir de uma revisão dos documentos e das leis que o respaldam.

No quarto capítulo “O plano de parto na literatura científica”, realizamos uma investigação acerca do conhecimento científico que se tem produzido a respeito do gênero, situando as pesquisas voltadas à sua abordagem e as áreas que o tem tomado por objeto de estudo.

Posteriormente, no quinto capítulo, “Os percursos metodológicos da pesquisa”, procura-se apresentar a metodologia do trabalho; os instrumentos utilizados para a coleta de dados; os critérios aplicados para a escolha dos gêneros; os procedimentos para a realização das entrevistas e também o perfil das participantes.

O sexto “Autonomia guiada: os planos de parto em contextos estandardizados” se volta à análise de planos de parto padronizados, veiculados por diversas instâncias: hospitais, ONGs, doulas, agências de Defensoria Pública e advogados. Apresentamos os pressupostos teórico-metodológicos do ISD (BRONCKART, 1999, 2012), investigando o contexto de produção e a infraestrutura desses exemplares. Também discutimos os valores relacionados ao parto e ao nascimento, por meio da análise dos *sítes* em que esses planos foram publicados.

No sétimo “Os planos individuais de parto: contexto de produção e infraestrutura”, apresentamos a análise da situação de ação de linguagem, do contexto de produção e da infraestrutura textual dos planos individuais cedidos pelas participantes da pesquisa. Aqui, também serão recuperados e analisados os dados dos questionários, buscando-se traçar o perfil das mulheres que utilizam o plano de parto e/ou que possuem conhecimento acerca dele.

O oitavo capítulo “Não quero que me mandem calar a boca” destina-se à análise dos mecanismos enunciativos dos planos de parto, investigando-se como as vozes e as modalizações são orquestradas pelos agentes-produtores dos textos.

No nono capítulo, “Eu tenho um plano de parto: o contexto de recepção dos planos individuais”, detemo-nos na análise das entrevistas realizadas com as colaboradoras de nossa pesquisa, apresentando como os textos foram recepcionados pelos profissionais que assistiram o parto, investigando as suas condições de sucesso e as limitações nesses contextos.

Por fim, as Considerações Finais remetem-se às hipóteses iniciais, aos objetivos da investigação, avaliando o que se tinha como pretensão e o que, de fato, foi desenvolvido, além de buscar apontar as limitações da pesquisa e de traçar novas possibilidades de investigação para o tema.

2 O PARTO AO PLANO DE PARTO: UM PANORAMA GERAL ACERCA DO CONTEXTO QUE MOTIVOU O SURGIMENTO DO GÊNERO

Para que seja possível falar do plano de parto, é necessário compreender o contexto social que motivou a emergência do gênero. Assim, é preciso que se entenda como o modelo de assistência ao parto se delineou ao longo dos anos.

Até o final do século XVIII, parir era um ritual de mulheres, que se dava em contexto domiciliar. O modelo de assistência, nesse contexto, era centrado na mulher parturiente, que era assistida por uma ou por mais acompanhantes - geralmente a sua mãe e uma parteira. Em situações como a da realeza, o parto ganhava *status* de espetáculo, como destacam Vendrúsculo e Kruehl (2016), abarcando a presença de mais pessoas. Convém ressaltar que, nesse período, a figura da parteira se destacava como representação do melhor conhecimento para assistir a gestante. Conforme Storti (2004), as parteiras, também conhecidas como comadres, aparadeiras ou curiosas, eram mulheres mais velhas que adquiriam conhecimento técnico e prático em suas vivências de assistência ao parto. Dentro de suas comunidades, eram alvo de reconhecimento, figurando como possuidoras de um saber empírico, transmitido por meio da oralidade, a partir das relações de parentesco ou de uma “rede de relações femininas a qual se reservava o mistério do nascimento” (MENEZES; PORTELLA; BISPO, 2012, p. 6).

Os partos, nessa época, eram realizados de maneira não intervencionista por meio dessas parteiras, que atuavam também na formação de novas profissionais, pois conduziam e formavam as mulheres mais novas a partir de suas experiências. Vieira (2002) destaca que era comum o processo de torná-las madrinhas das crianças por elas partejadas, o que confirma a importância de sua atuação no nascimento e também reforça o vínculo entre as mulheres nesse período.

Quanto à centralização no universo feminino, a história reforça que “o parto foi um evento ritualístico cercado de experiências objetivas e subjetivas exclusivamente femininas, restrito a uma esfera privada e parte do cotidiano das famílias”, sendo possível observar, na história de qualquer país, a relação do parto com o feminino, com o sagrado e com as tradições de assistências advindas das mulheres que o assistiam. Assim:

Era conferida à prática do parto uma íntima relação com a religiosidade e a natureza, com o uso de plantas, animais e minerais curativos, amuletos e talismãs, rezas e rituais, numa relação construída sob as bases da confiança e afetividade, favorecida pela autoridade tradicional das parteiras na comunidade e por reconhecidos valores subjetivos (MENEZES; PORTELLA; BISPO, 2016, p. 6).

Cotidianamente, não havia espaço para a figura do médico no contexto de assistência ao parto, uma vez que esses profissionais possuíam conhecimentos apenas teóricos de obstetrícia, por não conseguirem a aceitação e a adesão das mulheres para o acompanhamento da gestação e do nascimento nos hospitais. Cooperava, para isso, a resistência das mulheres e da família em relação à presença dos médicos, ao lado do pudor e da moral religiosa da época. Além disso, o contexto hospitalar e a figura do médico passaram a ser associados a partos complicados ou a situações de fatalidade.

Oliveira e Fernandez (2007), ao apresentarem o processo de formação e de teste de teorias científicas, discorrem sobre o médico húngaro Semmelweis, que investigou a febre puerperal em meados de 1840, na maternidade do Hospital Geral de Viena. A doença, conforme constatam os autores, era conhecida desde a Antiguidade, tendo sido descrita por médicos hipocráticos. No entanto, a sua incidência era rara e os casos distribuídos aleatoriamente. Foi apenas no século XVIII que a febre puerperal se espalhou de forma epidêmica, sendo documentada pela primeira vez em Paris, no hospital Hôtel-Dieu, em 1746. Os autores afirmam que a construção de mais e maiores hospitais na Europa contribuiu para que essa e outras epidemias se alastrassem.

Então, em contexto hospitalar, Semmelweis buscou investigar as causas das infecções, uma vez que a febre puerperal ocasionava a morte de um grande número de parturientes. Em 1850, 50% dos partos assistidos em hospitais culminavam na morte das mães (STORTI, 2004, p. 7). Após considerar e testar várias hipóteses, Semmelweis concluiu que a infecção era ocasionada pelos hábitos grosseiros de higiene adotados pelos médicos, propondo procedimentos de lavagem de mãos e de instrumentos com solução de cal clorada antes dos exames. Dessa maneira, o contexto epidêmico contribuiu ainda mais para o afastamento das gestantes do atendimento hospitalar.

Segundo Menezes, Portella e Bispo (2016), para aumentar a clientela e afastar o imaginário de fatalidade associado à figura do médico, esses profissionais passaram a assistir também partos normais, realizando intervenções. Os autores destacam que o uso de instrumentalização cooperou para a sua aceitação junto às mulheres, pois se mostravam como profissionais aptos a comandar os partos. Martins (2005, p. 651), ao analisar a história da obstetrícia, registra que os médicos passaram a ser vistos como “indivíduos dotados de espírito investigador que desafiaram o monopólio das parteiras e conquistaram um novo campo profissional”.

Vendruscolo e Kruehl (2016) destacam outro procedimento hospitalar, nesse período, que se destinava a assistir partos complicados: a criação do fórceps para a extração dos bebês em partos difíceis, a fim de se reduzir o índice de mortalidade materna. Surge também o papel do cirurgião na assistência ao parto, que ficava limitado a situações de risco fora do habitual. É possível afirmar que o instrumento salvou muitas mulheres e crianças na época; no entanto, as intervenções ainda eram poucas e o que influenciou de maneira significativa o contexto de assistência ao parto foi o surgimento da medicina moderna e a medicalização do corpo feminino.

Costa *et. al* (2006), respaldando-se em Foucault, destacam que o surgimento da medicina como área de saber técnico-científico de domínio masculino ocorreu no século XVIII, período em que se pode constatar o seu interesse em dinâmicas de “controle populacional, higienização dos espaços e das relações sociais”, a depender do contexto em que operava. Assim, vai se tornando uma ciência experimental que exclui qualquer subjetividade e juízo de valor, procurando estabelecer leis universais por meio da observação. A racionalidade e a neutralidade passam a ser um dos pilares de sua fundação (COSTA, 2006).

Contrapondo-se aos cuidados medicinais antigos, que podem ser caracterizados quanto ao potencial diagnóstico limitado e à escassa intervenção técnica, a medicina moderna normatiza regras de cuidado com o corpo, seja no trabalho ou nos hábitos cotidianos. Para Foucault (2021), a medicina, a partir do capitalismo, ganha um novo estatuto, uma vez que se fez necessário investir em meios para o domínio do corpo - força de produção do sistema. Dessa maneira, “a medicina como saber científico no bojo do surgimento da sociedade capitalista investiu no somático, no biológico, no corporal” (COSTA, 2006). Passa, então, a se situar e a interferir no cotidiano das pessoas, intitulado eventos considerados naturais. O

médico passa a representar uma figura de criação e de transmissão de normas para a cura e o bem-estar, o que permite a expansão e legitimação desse profissional.

Nesse sentido, Foucault (2021) constata que o papel social do médico sofreu uma considerável transformação entre a segunda metade do século XVIII e o século XIX; transformação essa de caráter político. Com o objetivo de controlar os grandes surtos epidêmicos, aumentar a longevidade da população e reduzir a taxa de morbidade, a medicina opera com medidas de controle e com “determinado número de intervenções autoritárias” (FOUCAULT, 2021, p. 308). Dessa maneira, como técnica geral de saúde, a medicina se posiciona em um lugar central e importante nas estruturas administrativas e numa maquinaria de poder que, desde o século XVIII, “não cessa de se estender e de se afirmar” (FOUCAULT, *op. cit.*).

A crescente industrialização, presente na primeira metade do século XIX, cooperou para importantes modificações geográficas e para o surgimento de concentrações demográficas numerosas, o que resultou em modificações nas cidades europeias. Tornaram-se mais frequentes “o adensamento populacional, as revoltas urbanas, a miséria, as epidemias, a violência e os conflitos de classe” (COSTA, 2014, p. 41). Houve grandes esforços para divulgar e implementar práticas higienistas nesses espaços, que eram vistos como extremamente desordenados. Empreendem-se conferências sanitaristas que visavam ao controle das epidemias cada vez mais frequentes. A saúde da população e a ordem urbana precisavam ser mantidas, uma vez que as pessoas eram cada vez mais vistas como a fonte das riquezas e do poder dos Estados modernos.

Baseando-se em teorias que apontavam o vínculo estreito entre doença e o meio ambiente, os médicos e os higienistas passam, então, a propor “a medicalização do espaço e da sociedade”, a partir da prescrição de “normas de comportamento e de organização das cidades”. As orientações se destinam a prescrever “localização mais adequada para os equipamentos urbanos; regras para a construção de habitações, hospitais, cemitérios, escolas, repartições públicas, praças, jardins, etc.” (COSTA, 2014, p. 23). Ademais,

Além da saúde pública, os médicos desenvolveram uma série de regulamentos sobre o bem-viver das pessoas, como os hábitos alimentares, vestuário, lazer, a higiene, a habitação, o ambiente de trabalho, a vida sexual, enfim, um conjunto bastante heterogêneo de regulamentações que foram incorporadas a um novo saber que dominou no século XIX: a higiene. (MARTINS, 2005, p. 651).

Foucault (2021) expressa que, desde o século XVIII, os médicos passam a gozar de um excesso de poder, configurando-se como os grandes conselheiros e grandes peritos. Vê-se uma ascendência político-médica sobre a população, ocasionada pela função higienista desses profissionais. Essa função, de acordo com Foucault (2021, p. 310), assegura aos médicos uma “posição politicamente privilegiada no século XVIII, antes de sê-la econômica e socialmente no século XIX”.

Martins (2005) expressa que a ampliação do campo médico ocasiona a boa aceitação de sua figura também no meio familiar, sendo o caminho mais efetivo para essa entrada o combate à mortalidade infantil, que englobou um discurso normativo e pedagógico de boas práticas. Além disso, a autora ressalta que outra estratégia incorporada foi a valorização da mulher como mãe, que cooperou para que o médico se tornasse um profissional tão íntimo e respeitável quanto “o padre, o pastor, ou os próprios membros mais velhos da família”. Assim, “ao tornar-se um aliado da mulher nos assuntos relativos aos filhos, o médico teve acesso a outros assuntos específicos às mulheres como a gravidez, o parto, o puerpério e as queixas ginecológicas” (MARTINS, 2005, p. 652).

Como consequência, a influência do médico na assistência ao parto começa a se modificar, o que culminou na incorporação da obstetrícia à medicina, conforme apontam Menezes, Portella e Bispo (2012). O obstetra valeu-se muito da experiência das mulheres para a sua formação. No entanto, a reorganização do conhecimento científico, a reestruturação do ensino da medicina e outros fatores cooperaram para a sua constituição como profissional.

O crescimento da tecnologia e dos saberes cirúrgicos favorecem a relação entre medicina e obstetrícia, que passa a ser legitimada como área do saber técnico, contribuindo para o afastamento das parteiras. Além disso, Costa (2006, p. 366) destaca que o papel social do médico é ampliado devido à “consolidação do ensino universitário” que “garante a competência e regula a atividade técnica pela instalação de um código moral. Assim, são separados charlatões e pessoas que faziam uso de práticas empíricas (as parteiras são bom exemplo).”

A nova forma de encarar o conhecimento científico, no século XIX, fortaleceu o abandono de teorias especulativas sobre o corpo humano. Surge, então, conforme destaca Martins (2005), um “novo homem das ciências biológicas” que conjuga

medicina e pesquisa científica. O médico vai se configurando como o “intérprete dos sintomas dos corpos doentes, fortalecendo a sua autoridade no decorrer do século graças à reorganização epistemológica da medicina que, por sua vez, definiu o corpo como um objeto de seu domínio” (MARTINS, 2005, p. 653).

O século XIX é marcado pelo crescimento de publicações médicas sobre a anatomia e a fisiologia feminina, embora anteriormente também fosse possível observar certo interesse pela mulher e suas diferenças sexuais. Os médicos passam a ocupar um papel de destaque nesses estudos, devido à prescrição de condutas de higiene e aos estudos de patologias, bem como suas respectivas terapias. Martins (2005) argumenta que é apenas nesse período que o universo relacionado à gravidez ganha relevância, visto a entrada do médico em um domínio exclusivo das mulheres.

Além disso, os professores das faculdades de medicina que anteriormente apenas repetiam de forma teórica os discursos presentes em antigos tratados sobre o parto, sem qualquer conhecimento prático, precisaram ser “substituídos por médicos imbuídos da necessidade de mudanças radicais nesse campo da medicina” (MARTINS, op. cit). Assim, a obstetrícia, como área de conhecimento, passa a ganhar expressivos contornos, por meio da incorporação de vocabulário próprio e do amplo acesso dos médicos/estudantes de medicina aos espaços hospitalares. E dá-se início à criação e à organização das maternidades, na segunda metade do século XIX.

No entanto, os estudos relacionados ao parto ainda eram precários em alguns países; apesar disso, foram fortalecidos pelas iniciativas adotadas em países europeus, como Escócia, Inglaterra, Alemanha e França. Mais especificamente a França tornou-se modelo para os outros locais de ensino médico e os procedimentos da Cadeira de Partos das “faculdades francesas foi reproduzido em países como Portugal e Brasil” (MARTINS, op. cit).

Martins (2005) ressalta, entretanto, que ainda havia certa resistência entre os médicos à necessidade de uma área voltada à gravidez e ao parto. Nos tratados investigados pela autora, há críticas relacionadas à precariedade do ensino prático, devido aos impedimentos ainda colocados pelas parturientes e parteiras, “que consideravam indecente e imoral a exposição das mulheres aos estudantes de medicina” (MARTINS, 2005, p. 657).

Em contrapartida, nessa época, nas palavras de Martins (2005, p. 650), “Multiplicaram-se os tratados e manuais sobre a natureza feminina, alguns alcançando mais de trinta edições, demonstrando uma incrível continuidade de idéias e práticas

médicas”. Os estudos passaram a focar a reprodução, envolvendo a embriologia e a obstetrícia. A prática mais sistemática de autópsias em mulheres grávidas e natimortos possibilitou uma melhor compreensão dos fenômenos relacionados ao parto e

com isso, a medicina parecia estar desvendando segredos ou, na hipótese mais aceita, derrubando velhas superstições e desfazendo fantasias comuns à cultura erudita e à popular associadas ao corpo feminino, como os partos monstruosos ou antinaturais e a influência da imaginação da mulher sobre a formação do feto, entre outras (MARTINS, 2005, p. 650).

Martins (2005), em sua investigação sobre a ciência dos partos, relata que um dos professores da Universidade Paris, Velpeau, contrapunha-se aos argumentos dos que ainda não valorizavam a obstetrícia, afirmando que os problemas de natureza obstétrica eram frequentes e não um simples assunto de mulheres. Assim, defendia que esses problemas necessitavam de ajuda médica especializada com o apoio da “anatomia, fisiologia, patologia, embriologia e cirurgia”. Somava-se a isso sua afirmação de que, historicamente, apenas os bárbaros e selvagens nos períodos mais remotos da humanidade, apenas as mulheres atendiam às parturientes. Ganhava, assim, mais força a ideia de que o nascimento e a assistência ao parto deveriam acompanhar os progressos científicos e da civilização, sendo necessário que os cirurgiões se colocassem como uma figura ativa nesse acompanhamento (MARTINS, 2005).

Devido aos fenômenos que culminavam no parto acontecerem dentro do corpo feminino, a atenção dos médicos se volta a investigá-lo e a regulá-lo. Assim, “toda a grande produção do conhecimento obstétrico divulgado em livros e artigos médicos que ocorreu no século XIX teve como objeto o corpo feminino, que foi minuciosamente inquirido, observado e representado” (MARTINS, 2005, p. 657). A continuidade da espécie e da existência humana estava ligada à capacidade desse corpo de gerar a vida e de mantê-la.

Nesse âmbito, surge também a ginecologia, a partir da constatação de alterações na natureza feminina. As “doenças” do corpo feminino poderiam ser curadas por essa especialidade, que, além de prescrever tratamentos, também se responsabilizava por normalizar padrões adequados de comportamento sexual. De acordo com Martins (2005), nessa perspectiva, a normalidade do corpo feminino possui potencial patológico. A ginecologia se volta à regulação da mulher, pois era

necessário amenizar qualquer perigo à família, à civilização e à ordem moral, prescrevendo condutas femininas que favorecessem o controle dos desejos sexuais femininos. A especialidade se inscreve dentro de uma estratégia de controle populacional maior, que se voltava ao controle das grandes massas.

Constrói-se, no século XIX, um saber institucionalizado sobre o corpo da mulher, como argumenta Martins (2005). A autora discorre que os tratados de obstetrícia passam a descrever procedimentos médicos novos, que incluíam, agora, o exame físico da gestante. Mostra que os tratados de obstetrícia são constituídos a partir de uma forma básica bem semelhante, que se volta à “descrição do corpo feminino, gravidez, parto normal, parto complicado, operações obstétricas, problemas puerperais e cuidados com o recém-nascido” (MARTINS, 2005, p. 659). Esse conhecimento passa a ser acessível apenas a um grupo, uma vez que exige o conhecimento de vocabulário técnico e de práticas típicas do universo médico. Pode-se perceber que os tratados apresentam um saber institucional, fruto da observação, reduzindo a mulher a um objeto de investigação, sem considerar sua individualidade.

Para prevenir complicações, os médicos introduziram os exames obstétricos pelo olhar, tato e audição, que, anteriormente, eram feitos pelas parteiras de forma pontual, no início da gestação, para a constatação da gravidez, e no fim, para ajudá-las no momento de dar à luz. A rotina de exames, o uso de instrumentos para acompanhamento da gestação não era bem aceito inicialmente pelas mulheres e também por alguns médicos, que se sentiam constrangidos ao visualizar o corpo feminino. Apesar disso, “a aceitação dos exames obstétricos deu-se com o trabalho de convencimento dos médicos junto às clientes, impondo lentamente a sua autoridade ao associar a necessidade de ver com a ideia de prevenção e segurança para a mulher e seu filho” (MARTINS, 2005, p. 662).

Os novos procedimentos voltados à prevenção de complicações, os tópicos voltados à intervenção em partos complicados, a operações e aos problemas após o parto corroboram a ideia de que o parto e o nascimento são eventos que precisam de medicalização, pois podem ter desfechos desastrosos. O médico que, anteriormente era secundário, passa a ser aceito na assistência ao parto, pois a introdução de instrumentos e a transformação da obstetrícia em um campo de saber, técnico e intelectual, corrobora a legitimação de sua prática, em contraposição às parteiras leigas. Portanto, a partir do século XIX, os papéis e os locais relacionados ao parto sofrem um deslocamento importante. Dessa maneira,

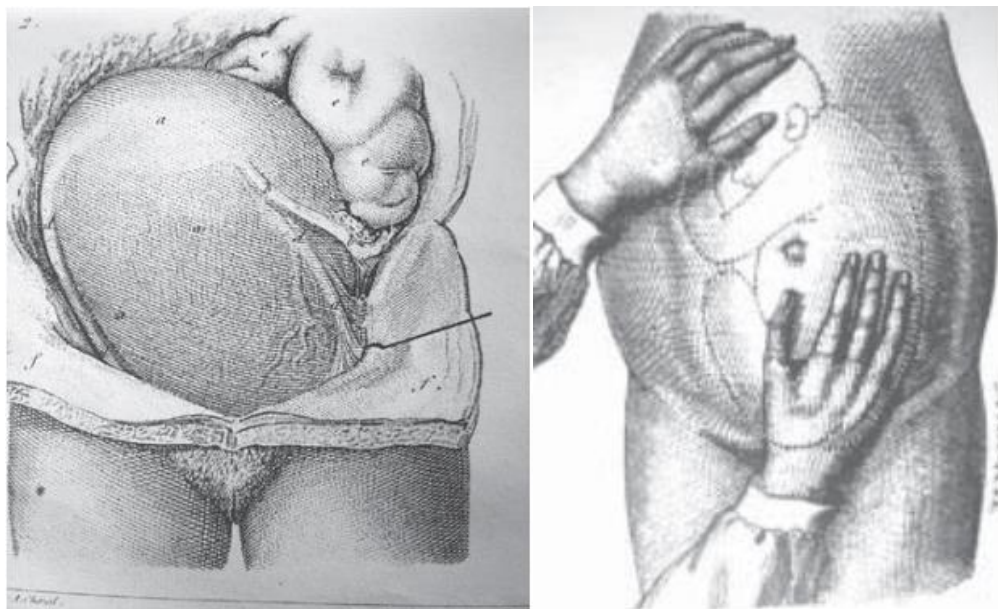
(...) inicia-se um processo de mudança por meio das tentativas de controle do evento biológico por parte da obstetrícia, que deixa de ser da esfera do feminino e passa a ser compreendido como uma prática médica (Sanfelice *et al.*, 2014). O parto e o nascimento, que eram vistos como um evento fisiológico e feminino, começam a ser encarados como um evento médico e masculino, incluindo a noção do risco e da patologia como regra, e não mais exceção (ZANARDO *et al.*, 2017, p. 3).

Aos poucos, a restrição e os pudores relacionados à visualização do corpo feminino são abandonados pelos profissionais que os consideravam como entraves ao desenvolvimento científico. A ciência dos partos necessitava de um exame cuidadoso do seu objeto, para que fosse possível aperfeiçoar os diagnósticos e o controle sobre a gravidez. Os manuais passam a mostrar imagens vívidas do corpo da mulher, especialmente da região pélvica: “a bacia feminina é analisada com precisão matemática e os órgãos genitais expostos detalhadamente”. Os sinais do corpo da mulher grávida foram devidamente coletados e inspecionados para o monitoramento da gravidez. Martins argumenta que, nesse contexto, as informações trazidas pelas mulheres nos exames de anamnese tinham importância secundária, pois as “informações mais importantes eram aquelas fornecidas pelos métodos mais objetivos das mensurações pelvimétricas” (MARTINS, 2005. 661).

Os procedimentos de observação passaram a demandar também o uso de instrumentos para regular, medir e verificar a normalidade dos corpos. A pelvimetria, surgida no século XVIII, para monitorar a largura dos ossos e amenizar problemas no parto relacionados a algum estreitamento, é fortalecida pelo uso do pelvímetro, com o objetivo de assegurar a precisão dessas medidas. A partir dessa investigação da pélvis feminina, tem-se o desenvolvimento de várias ferramentas obstétricas, a saber: “fórceps, craniótomos, basiótribos, embriótomos, sinfisiótomos” (DINIZ, 2005, p. 1).

Os obstetras inovaram na variedade de exames que visam a aumentar a acurácia de seu conhecimento acerca do corpo feminino, o que cooperou para que este se tornasse objeto de saber e alvo de poder. Martins (2005), em seu artigo, mostra imagens do corpo feminino presentes em tratados obstétricos que apresentam a mulher de maneira fragmentada, cujo centro se volta apenas para a região pélvica e reprodutiva, ao passo que o feto é representado em sua totalidade.

Figura 1: Fragmentação do corpo feminino - tratados de obstetrícia século XIX



Fonte: Martins, 2005

Martins (2015) ressalta que algumas ilustrações desses manuais evidenciavam em destaque a presença das mãos do médico, o que figurava a centralidade do profissional e o corpo feminino como alvo de manipulações e de procedimentos que só podiam ser realizados por ele.

Esses procedimentos de mapeamento do corpo também foram estendidos ao parto, estudado detalhadamente pelos médicos, a fim de que deixasse o *status* de evento inesperado para se tornar monitorável e quantificável. Os médicos poderiam intervir apenas se conhecessem todos os momentos do parto, o que os levou a estudar a sua duração e a adotar procedimentos de toque e exames, que nem sempre eram aceitos pelas gestantes, que preferiam se movimentar durante as contrações. Pode-se observar que as intervenções médicas passam a se tornar cada vez mais frequentes, pois

O corpo da parturiente devia ser manipulado pelas mãos do médico para que fossem conhecidas as posições, o que exigia da mulher adotar certas posições e permanecer imóvel, o que nem sempre ocorria, pois muitas mulheres não aceitavam o toque vaginal e preferiam movimentar-se quando sentiam as contrações. Alguns médicos aceitavam esses comportamentos, mas a tendência foi convencer a parturiente de que quanto mais ela colaborasse com o médico, deixando-se examinar, melhor seria o atendimento e mais seguros os resultados. (MARTINS, 2005. p. 662).

O desenvolvimento da obstetrícia foi pautado na investigação do corpo feminino e o discurso médico, que advogava a prevenção, o cuidado e a preservação da vida, passou a se sobrepor ao querer da gestante e aos conhecimentos tradicionais das parteiras. Nas palavras de Diniz (2005, p. 628), já que o parto era visto como um evento medonho, ao oferecer “solidariedade humanitária e científica diante do sofrimento, a obstetrícia cirúrgica, masculina, reivindica sua superioridade sobre o ofício feminino de partejar, leigo ou culto”.

O saber médico incorpora, então, parâmetros que julgam o que é normal ou não no evento do parto. O protagonismo passa da mulher para o profissional. Essa mudança também coopera para um maior distanciamento da família e da rede social de apoio, que era formada por outras mulheres. O local em que o parto passou a acontecer não havia sido planejado para assistir a mulher, mas, sim, priorizava as necessidades dos agentes de saúde. Sem a assistência dos familiares e do saber empírico das parteiras, as parturientes ficam resignadas a contextos em que não sabem como proceder, ficando sujeitas às regras instituídas pelos médicos e ao seu conhecimento técnico.

No fim do século XIX, o parto na instituição hospitalar ganhou grande aceitação. As maternidades passaram a ser equipadas com anestésias, procedimentos de assepsia e com cirurgias que solucionavam partos complicados ou dolorosos. Constrói-se a imagem do médico como conhecedor profundo da mulher. Martins (2005, p. 663) afirma que os manuais de obstetrícia escritos nesse período e no início do século XX cooperam para que o profissional seja visto como uma mistura entre “o cientista, o homem culto e de princípios e o protetor da mulher. [...] Cresce a convicção de que o médico conhece a mulher, não só sua anatomia e fisiologia, mas também sua alma, principalmente quando atormentada pelas dúvidas da gravidez e pelos receios quanto ao parto.”

Diniz (2005) narra que, no século XX, as mulheres da classe média e alta da sociedade industrial passaram por partos com sedação total, inconscientes. Esse tipo de parto fez muito sucesso na Europa e nos Estados Unidos entre os médicos e parturientes da elite, consistindo na aplicação de uma injeção de morfina no início do trabalho de parto seguida pela introdução de escopolamina, um amnésico, que não permitia qualquer lembrança consciente do que acontecera - apesar das dores serem sentidas pela parturiente. O parto, nesse esquema, era alvo de constantes intervenções como uso de ocitócitos, instrumentos para dilatar o colo e para retirar o

bebê. As mulheres saíam dos leitos com hematomas, pois como recebiam alucinógenos, debatiam-se contra as camas e permaneciam amarradas a elas. Segundo a autora, “Para evitar que fossem vistas nesta situação vexatória, os leitos eram cobertos, como uma barraca” (DINIZ, 2005, p. 628).

Nesse sentido, a hospitalização do parto exerceu influência sobre os direitos da mulher, sobre sua privacidade e seu poder de decisão acerca de como e onde será o parto, e sobre quem a acompanhará ao longo do processo (VENDRÚSCULO e KRUEL, 2016, p. 98). Além disso, expôs as mulheres a uma gama de intervenções e recursos que anteriormente não existiam. Um dos exemplos dessas mudanças advindas no parto, depois do deslocamento, é a posição de litotomia que passou a ser adotada nos hospitais. A parturiente começou a ser colocada em “uma posição horizontal, para garantir o conforto do obstetra, em substituição às posições verticalizadas, que favorecem a mulher” (MENEZES; PORTELLA; BISPO, 2012, p. 8).

Corroborando essas modificações, a autora argumenta que, nos países industrializados, na segunda metade do século XX, as mulheres, de forma consciente, passaram a vivenciar o evento “imobilizadas, com as pernas abertas e levantadas, o funcionamento de seu útero acelerado ou reduzido, assistidas por pessoas desconhecidas. Separada de seus parentes, pertences, roupas, dentadura, óculos, a mulher é submetida à chamada “cascata de procedimentos” (DINIZ, 2005, p. 629), tais quais o corte de sua vulva e períneo e a extração do bebê a fórceps até mesmo em primíparas. A cesárea, antes realizada em casos extremos, mostra-se como uma opção para evitar tais sofrimentos, tornando-se eletiva.

2.1 REFLEXOS DA HOSPITALIZAÇÃO DO PARTO NO BRASIL

No Brasil, a hospitalização do parto ocorre nas primeiras décadas do século XX. Nesse período, as mulheres incorporaram costumes graduais, como o de frequentar consultórios de obstetras e pediatras, além de adquirirem medicamentos e produtos de higiene. Outro fator que cooperou para essa mudança foi a maior oferta de acesso aos serviços de saúde pública à população.

Investigando as modificações no modelo de assistência ao parto, no período de 1940 a 1980 no Brasil, Leister e Riesco (2013) analisam o relato de 20 mulheres que deram à luz nesse contexto, no estado de São Paulo, dividindo as participantes em duas gerações, a saber: 1ª geração - 1940 a 1968 e 2ª geração - 1981 a 1989. O

estudo constatou que as políticas de saúde brasileiras voltadas aos grandes centros tiveram um papel fundamental nos desdobramentos dados ao parto. Nas zonas rurais, as mulheres da primeira geração que possuíam pouco acompanhamento, devido à existência de poucos postos de puericultura e maternidades, tiveram partos normais com assistência de parteiras. Os relatos dessas entrevistadas revelaram lembranças das dores do parto e de medo de serem encaminhadas ao hospital, o que indicava que algo ruim estava acontecendo.

Em contexto domiciliar, as participantes destacam a participação das parteiras com mínimas intervenções; no entanto, há relatos que indicam complicações devido à não expulsão da placenta e hemorragias. Uma vez que os procedimentos eram mínimos nesse âmbito, esses desfechos foram atribuídos ao local do nascimento e à preparação das parteiras. O hospital passa a ser visto como um local asséptico e bem equipado, permeado pelo saber do médico. Devido à cidade ser o centro dos investimentos governamentais para a saúde e a gestação,

o hospital tornou-se um bem necessário e um símbolo de ascensão social, um local onde haveria acesso à modernidade e a um tratamento diferenciado e seguro, onde seria possível desfrutar de um tipo de civilidade e conforto. Desde os anos 1940, as mulheres vinham, progressivamente, tendo seus filhos em maternidades, e dar à luz no hospital foi percebido como um ganho na vida delas (LEISTER; RIESCO, 2013, p. 169).

Corroborando a visão de que o parto hospitalar se tornou um bem de consumo, as participantes do estudo, apesar de terem parido em casa em momentos anteriores, “valorizam a segurança e a tecnologia disponível no parto hospitalar de suas filhas e noras como algo benéfico, decorrente da modernização e tecnologia gradualmente disponíveis para a assistência ao parto” (LEISTER; RIESCO, 2013, p. 171). As autoras registram que a transição do parto domiciliar para o hospitalar ocorreu durante a década de 60, ao constatar que nesse período nenhum parto das entrevistadas aconteceu em contexto domiciliar. O deslocamento culminou também na substituição das parteiras tradicionais pelos médicos, que, apesar de inicialmente incorporadas às equipes, foram suplantadas por esses profissionais e pelas enfermeiras.

Ao contrastar a assistência dada às mulheres da primeira geração, que tiveram assistência de parteiras, e a dada pelos médicos, Leister e Riesco (2013) observam que os relatos das entrevistadas do primeiro grupo mostram intervenções pontuais, como uso de medicamentos ocitócitos, corte e sutura no períneo sem anestesia e

manobras para auxiliar a descida do bebê. Em contrapartida, as da segunda geração foram submetidas a mais cesáreas e relataram o sentimento de medo e solidão por falta de cuidado do profissional e pela ausência do acompanhante. Verificou-se a grande incidência de episiotomias em mulheres que tiveram o parto normal: das sete, seis foram submetidas ao corte no períneo.

Os sentimentos negativos listados pelas participantes no contexto do parto hospitalar envolviam condutas e procedimentos adotados pelos profissionais. Como se vê:

Outros sentimentos citados como negativos na experiência do parto giraram em torno da rispidez dos profissionais, da falta de privacidade, da exposição da intimidade, da rigidez das rotinas hospitalares e dos procedimentos invasivos como lavagem intestinal, tricotomia, amniotomia, soro com ocitócitos, dilatação manual do colo, episiotomia e falta de esclarecimentos e informações acerca do que estava acontecendo com elas (LEISTER; RIESCO, 2013).

Leister e Riesco (2013) também destacam, além das intervenções acima, que as mulheres da segunda geração perderam o contato imediato com os recém-nascidos: “Se no parto domiciliar, mãe e bebê permanecem juntos o tempo todo, no hospital, a separação era a norma” (LEISTER; RIESCO, 2013). A pesquisa “Nascer no Brasil”, de 2011, registra essa mesma separação, atribuindo-a aos grandes números de cesarianas (FIOCRUZ, 2011, p. 5).

De forma semelhante, ao investigar a trajetória do parto nas décadas de 70, 80 e 90, Costa (2018) destaca que foi a partir dos anos 70 que houve uma intensificação no modelo de assistência ao parto no Brasil. A pesquisadora, com o objetivo de delimitar a mudança nas práticas médicas, entrevistou 16 mulheres no Serviço Integrado de Saúde da Universidade de Santa Cruz do Sul - SIS/UNISC no Rio Grande do Sul. O estudo constata que as mulheres da primeira geração não sofriam tantas intervenções e ainda contavam com a presença das parteiras, mesmo quando em ambiente hospitalar.

Na década de 80, no entanto, a autora discorre sobre os movimentos de democratização da saúde e as políticas que intentavam reduzir a morte materna e perinatal. Nesse período, o acompanhamento da gravidez por meio de exames e consultas frequentes foi ampliado, e as mulheres passaram a perceber a gestação de outra maneira. Registra também que no Estado, em 1983, foi publicado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que prescrevia o número de

consultas que deveriam ser realizadas, padronizava condutas médicas e elencava os exames laboratoriais necessários (COSTA, 2018, p. 12).

A pesquisa de Costa (2018) também elenca as mesmas práticas intervencionistas apresentadas por Leister e Riesco (2013), “como a episiotomia; a lavagem gástrica; litotomia; ocitocina; a restrição ao leito e o condicionamento a posição supina” e a separação das mulheres dos seus filhos. Do mesmo modo, as entrevistadas relatam o controle do médico em relação aos seus corpos e o desconhecimento acerca dos procedimentos realizados. Constata ainda, nos discursos, que a cesariana se tornou comum na década de 90 por ser encarada como uma forma mais fácil de parir e também por questões, como o estímulo financeiro aos cirurgiões, “a esterilização definitiva, através das laqueaduras das trompas realizadas concomitante ao parto cesáreo; o medo da dor, dos cortes e a pouca informação das mulheres” (COSTA, 2018, p. 17).

Embora iniciada no século passado, a hospitalização do parto se mantém fortemente até os dias atuais. De acordo com TESSER *et al.* (2014, p. 02), em 2012, “98% dos 2.905.789 nascimentos com nascidos vivos ocorreram em hospital e foram atendidos em sua maioria por médicos obstetras” e o modelo de assistência ao parto adotado no SUS é basicamente o mesmo que existia no país na segunda metade do século XX.

O grande uso da medicalização, intervenções e tecnologias em âmbito hospitalar, no lugar de atuarem como instrumentos para a melhoria da assistência ao parto e para a redução da mortalidade materna e perinatal, tem resultado inversamente no contrário. Apesar de uma elevada cobertura de assistência pré-natal e de uma alta taxa de partos hospitalares, em 2010, segundo Gama *et. al.*, ainda persistiam “elevadas a razão da mortalidade materna (68,2/100 mil nascidos vivos) e a de mortalidade perinatal” (GAMA, 2014, p. 18).

Gama *et. al* (2014) investigaram o uso de intervenções e de tecnologia, bem como de boas práticas em partos de mulheres de risco habitual, analisando os dados da pesquisa “Nascer no Brasil”, da Fiocruz, em 2011. Os pesquisadores relatam intervenções como punção venosa periférica em mais de 70% das mulheres, uso de ocitocina e ruptura da bolsa (amniotomia) em 40% delas, posição de litotomia em 92% dos partos, manobra de Kristeller em 37% e episiotomia 56%. Dentro da amostragem, apenas 5% dos partos vaginais ocorreram sem qualquer intervenção.

Concluem, então, que a frequência de intervenções foi elevada em mulheres (independentemente do nível socioeconômico e da região) que não necessitavam delas, haja vista a gravidez de risco habitual; assim “cumpriram o papel de repetição de uma rotina que parece não considerar nem a demanda clínica das pacientes nem as evidências científicas do campo” (GAMA, 2014, p. 23). O uso de procedimentos dolorosos e a baixa aplicação de analgesia obstétrica foram constatados na maior parte em mulheres mais pobres. Os autores argumentam que a somatória desses procedimentos evidencia um padrão de pressa “em provocar o nascimento das crianças, sem respeito à autonomia das mulheres no processo de parturição” (GAMA, *op. cit.*, p. 29), incluindo a cesárea.

Como fuga alternativa a essa realidade intervencionista, a cultura da cesárea se instala no país. Houve um crescimento notório de cesarianas desde a década de 90; desde então, o Brasil figura entre os países com as maiores taxas dessa operação no mundo. As estimativas da pesquisa “Nascer no Brasil” (2011) apontaram que o índice de cesarianas nesse período, no setor privado, correspondia a 88% dos nascimentos; já no público, a taxa era de 46%. Segundo dados mais recentes do PEBMED² (2021), as cesáreas ultrapassam 55% dos partos no país, o que contraria a recomendação da Organização Mundial da Saúde, segundo a qual a taxa deve ser entre 10 a 15% do total dos partos. Na Europa, por exemplo, que possui um menor índice de morbimortalidade de mulheres e crianças, a taxa é de 25% dos partos.

Tesser *et. al* (2014) afirmam que é necessário entender que há uma somatória de fatores que fortalecem esse contexto, como a visão da cirurgia como um bem de consumo, a crença relacionada à redução do risco de morte, o medo da dor do parto normal, as experiências negativas com partos anteriores e, sobretudo, a condução dos obstetras, que determinam a via de parto construindo “um cenário de necessidade clínica da cesariana”, uma vez que a operação possibilita “conveniência, agendamento e rapidez no parto” (TESSER, *op. cit.*, p. 6). Costa (2018, p. 18) registra também, no discurso das mulheres, o medo de terem a sexualidade arruinada por deformidades nos genitais.

A formação desses profissionais também foi afetada pelas dinâmicas de assistência ao parto, já que os instrui a intervir, mas não a exercitar habilidades de

² PEBMED não é uma sigla, mas o nome de um portal de conteúdo que se volta ao compartilhamento de dados, notícias e artigos científicos para estudantes e profissionais da área da saúde. O nome do portal é formado pelas iniciais dos nomes de cada um de seus fundadores.

acompanhamento do parto normal sem a necessidade de intervenções. Assim, “ao não saberem mais manejar clinicamente partos, qualquer complicação e/ou distócia, ou mesmo variação da normalidade tende a ser resolvida pela cirurgia, que em muitos casos poderia ser evitada com benefícios para a mulher e seu bebê” (TESSER, 2014, 6). Tal fato é comprovado pela Fiocruz, que registra, em sua pesquisa, o desejo de 70% das mulheres pelo parto vaginal no início da gravidez, desejo que não foi apoiado pelos obstetras. O desfecho para a maioria culminou na cirurgia, sem que houvesse justificativa fisiológica ou baseada em problemas e complicações.

Os estudos apresentados aqui demonstram que a realidade da assistência ao parto no Brasil evidencia um modelo de atenção “extremamente medicalizado, que ignora as melhores evidências científicas” (FIOCRUZ, 2011, p. 3).

2.2 MENOS INTERVENÇÕES E MAIS HUMANIZAÇÃO: MOVIMENTOS E INICIATIVAS DEREFORMULAÇÃO À ASSISTÊNCIA AO PARTO

O modelo de assistência ao parto, no século XXI, passa a ser alvo mais notório de vários movimentos que registram iniciativas para reconfigurá-lo. No entanto, antes mesmo desse período, os movimentos feministas nos Estados Unidos, em 1950 e 1960, já operam por meio da criação dos centros de saúde femininos, propondo uma assistência baseada em direitos humanos, compreendendo os direitos sexuais e reprodutivos como direitos humanos (DINIZ, 2005). Além disso, as ciências sociais passaram a questionar as práticas de assistência em meados de 1970, ao intitulá-las como “expressões de medo extremo”, questionando também a primazia das tecnologias sobre as relações humanas nesse contexto.

Na área da saúde, o assunto permanece escamoteado ainda nesse período, até que a publicação de um pesquisador renomado na obstetrícia, em 1979, inaugura a reflexão sobre o atendimento ao parto. O texto de Roberto Caldeyro Barcia foi recebido com frieza e hostilidade por questionar a “representação da mulher como vítima de sua natureza e do corpo feminino como “normalmente patológico”, evidenciando o viés de gênero da interpretação médico-obstétrica” (DINIZ, *op. cit.*). Posteriormente, a criação do Comitê Europeu, integrado por profissionais de saúde, epidemiologistas, sociólogos, parteiras e usuárias, com vistas a avaliar as intervenções realizadas, inaugurou a crítica ao modelo tecnocrático.

A partir desse trabalho, vários grupos se organizam para sistematizar os estudos de eficácia e segurança na assistência à gravidez, parto e pós-parto, apoiado pela OMS. Inicia-se uma colaboração internacional, que desenvolveu a metodologia de revisão sistemática, dando os primeiros passos do que viria a ser o movimento pela medicina baseada em evidências, MBE (DINIZ, 2005, p. 630).

O movimento da Medicina Baseada em Evidências ganhou expressão no final do século XX, lutando para respaldar a assistência ao parto em evidências científicas eficazes e seguras, focalizando o direito das pacientes. Há uma recuperação do parto “como um evento natural e o nascimento por via vaginal é considerado o melhor modelo”, levando em consideração os desfechos para a saúde da mãe e do bebê. Adota-se também o preceito da intervenção mínima no atendimento às parturientes (ZANARDO *et al* 2017, p. 3).

Em 1985, a OMS e a Organização Pan-Americana de Saúde trazem o tema à tona em uma conferência sobre a tecnologia adequada no parto. Diniz (2005) argumenta que o evento foi um marco na saúde pública e na defesa dos direitos das mulheres, resultando na publicação da Carta de Fortaleza (WHO), no mesmo ano, no Lancet - o texto foi inspirador para ações de mudança, mas também foi alvo de indignação pelas entidades médicas, pois:

Recomenda a participação das mulheres no desenho e avaliação dos programas, a liberdade de posições no parto, a presença de acompanhantes, o fim dos enemas, raspagens e amniotomia, a abolição do uso de rotina da episiotomia e da indução do parto. Argumenta que as menores taxas de mortalidade perinatal estão nos países que mantêm o índice de cesárea abaixo de 10% e afirma que nada justifica taxa maior que 10%- 15% (DINIZ, 2005, p. 630).

O estranhamento dos médicos se deve à reconstrução do corpo da mulher apto a dar à luz sem que sejam necessárias a gama de intervenções desenvolvidas ao longo de toda a sua tradição de estudo. O nascimento é um processo natural no qual estão aptos a adentrar, na cena do parto, outros sujeitos além da especialidade médica, como os familiares. O evento se reconfigura como algo pessoal, familiar e pertencente à mulher. Elementos tidos como “indesejáveis” são acolhidos, como “as dores, os genitais, os gemidos, a sexualidade, as emoções intensas, as secreções, a imprevisibilidade, as marcas pessoais, o contato corporal, os abraços” (DINIZ, *op. cit*, 631).

O movimento foi ganhando força, reunindo centenas de integrantes na condução de pesquisas e na escrita de publicações. Diniz discorre que, em 1989, há a revisão exaustiva dos procedimentos adotados e, em 1993, uma “revisão sistemática de cerca de 40.000 estudos sobre o tema desde 1950, incluindo 275 práticas de assistência perinatal, que foram classificadas quanto à sua efetividade e segurança”. (DINIZ, *op. cit.*). Este último trabalho foi publicado pela primeira vez pela OMS em 1996, adquirindo um amplo conhecimento como “Recomendações da OMS”. No país, são intituladas de “Assistência ao Parto Normal - Um guia prático” e publicadas pela OMS, que as envia aos obstetras e enfermeiras do Brasil em 2000.

A mudança de concepção sobre o parto resulta no surgimento dos movimentos de humanização da assistência, tendo como marco, no Brasil, a fundação da Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento (ReHuNa) em 1993, que, de acordo com relatos, “teria sido a sucessora de um grupo que se auto-proclamava Ginecologistas Marginais” (TORNQUIST, 2004, p. 144). Essa instituição, formada por associados (médicos, enfermeiras e profissionais de saúde em sua maioria), atua até hoje com o objetivo de reduzir as intervenções e de “promover um cuidado ao processo de gravidez/parto/nascimento/amamentação baseado na compreensão do processo natural e fisiológico” (REHUNA, 2021).

Para Tornquist (2004, p. 119), o movimento de humanização do parto é o desdobramento de um movimento europeu surgido na década de 50, o “Parto Sem Dor”, e incorpora práticas e termos de campos alternativos, como o parto de cócoras e o parto natural, apresentando pontos de diálogo entre eles: luta contra as concepções religiosas/médicas; questionamento à noção de dor, enfatizando-a como suportável; mulher como protagonista do processo e a batalha comum: “a obstetrícia hegemônica, representada pelas corporações médicas, as quais, tanto nos anos 50 quanto nos anos 90 e nesta década, têm se oposto, veementemente, às iniciativas que se propõem a mudar a forma de assistência no sentido de uma desmedicalização” (TORNQUIST, *op. cit.*, p. 120). Nesse contexto, surgem publicações que passam a focalizar o bebê no momento do parto, pois “parto e nascimento, mãe e bebê formam um par perfeito” e que são faces da mesma moeda.

Tornquist (*op. cit.*, p. 168) apresenta como resultado das ações e articulações da ReHuNa a inauguração da Maternidade Leila Diniz, no Rio de Janeiro, em 1994, a primeira em termos de humanização, seguida pela criação da Maternidade do Hospital Universitário de Florianópolis, que seguiu a anterior como modelo de referência.

Para a autora, é apenas a partir dos anos 2000, com a Conferência Internacional sobre nascimento e parto, que se passa a falar da ReHuNa como um movimento de humanização de amplitude internacional. Como resultado, “a idéia de que existia um movimento em prol da humanização da assistência se consolidou no Brasil, tendo [...] assumido um caráter cosmopolita” (TORNQUIST, 2004, p. 173). Zanardo *et al.* (2017, p. 6) também enfatiza que é a partir desse ano no Brasil que são propostas iniciativas políticas e uma série de programas que visam humanizar o atendimento à mulher, como “o Programa de Humanização do Parto e Nascimento, a Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS e a Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher”, possíveis desdobramentos dessa ação.

Tornquist (2004) destaca a realização de uma plenária, nessa conferência, que culminou na redação da *Carta de Fortaleza*, que marcava essa expansão e internacionalização do movimento. O documento traz, em sua introdução, uma reflexão sobre o início do novo milênio e sobre os ideais de paz, fraternidade e igualdade, seguida de questionamentos sobre as formas de nascimento e sobre as práticas de assistência dos últimos mil anos. A carta preconiza que é importante analisar a trajetória, tentando “entender não só os aspectos médicos, mas também as questões de gênero, socioculturais e econômicas” envolvidas nos modelos de atenção ao parto e nascimento conhecidos (REDE PELA HUMANIZAÇÃO DO PARTO E NASCIMENTO, 2000).

Para isso, o protagonismo da mulher é reforçado no texto. Críticas à violência presente nas rotinas de instituições de saúde, ao abuso de cesáreas e ao intervencionismo são tecidas e afirma-se a “necessidade de embasamento científico das decisões”, ao mesmo tempo em que se menciona “a necessidade de escutar as mulheres e saber de suas necessidades” (TORNQUIST, *op. cit.*, p. 179).

São elencados, de forma específica, 11 pontos que reforçam o direito da mulher a um tratamento humanizado, permeado por respeito à sua individualidade, privacidade, acesso à informação sobre a gravidez, com a escolha de um profissional do seu querer e com a presença de um acompanhante. Citam-se as recomendações da OMS como respaldo à condução do parto, incluindo-se também uma orientação quanto à permanência do bebê com a mãe, para que os vínculos sejam fortalecidos. O ponto seis da carta faz menção ao plano de parto, como um documento apto a proteger a gestante das intervenções, afirmando que “A mulher tem direito a fazer um plano de atenção ao parto que seja respeitado pelas instituições de saúde” (REDE

PELA HUMANIZAÇÃO DO PARTO E NASCIMENTO, 2000, p. 3). A atitude visa reafirmar o papel da mulher durante o parto e resguardá-la de intervenções desnecessárias, quando a gravidez e o parto são de risco habitual.

Vê-se também, posteriormente, como repercussão do movimento de humanização, iniciativas governamentais que continuam a buscar assegurar os direitos das mulheres, a exemplo da Rede Cegonha, instituída em 2011 com o objetivo de “proporcionar às mulheres saúde, qualidade de vida e bem estar durante a gestação, parto, pós-parto e o desenvolvimento da criança até os dois primeiros anos de vida” (BRASIL, 2015). Ao lado disso, a região Nordeste e a Amazônica contam com o apoio do Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais, o PQM, que se caracteriza como uma gama de recursos metodológicos e técnicos para promover uma modificação no modelo de assistência ao parto nas 26 maternidades assistidas. Zanardo (2017 *et al.*) registra ainda as diretrizes de 2015 lançadas pelo Ministério da Saúde que se debruçam sobre a atenção à gestante: “Diretrizes de Atenção à Gestante: operação cesariana” e “Diretrizes de Atenção à Gestante: o parto normal”, que objetivam prover qualidade à atenção ao parto, garantindo informações que possibilitem a decisão pela via de parto com o acompanhamento entre gestante e equipe

Essas iniciativas de humanização lançam luz sobre o plano de parto, trazendo-o como parte do processo de reposicionamento da mulher e como uma das ações para se repensar essa assistência. Esse documento remete a uma prática social iniciada desde a década de 70 entre as mulheres europeias, “que reivindicavam controle sobre seu próprio corpo no contexto da crescente medicalização do parto”. O plano de parto, nesse contexto, é introduzido por “educadores pré-natais”, visando mediar e facilitar a comunicação entre as mulheres e os profissionais de saúde (TESSER, 2014, p. 7). Surge também como uma proposta educativa, com o objetivo de incentivar as informações sobre as escolhas a partir das evidências e da análise das boas práticas de assistência ao parto.

Na década de 80, Rodrigues (2017) atribui a redação do primeiro modelo plano de parto a uma americana chamada Sheila Kitzinger, ativista que lutava insistentemente contra a medicalização do parto. O documento passou a ser adotado posteriormente pelos países anglo-saxônicos, com o alvo de assegurar um parto com poucas intervenções. É importante destacar que o objetivo da carta se amplia e o que anteriormente visava melhorar a comunicação, passa a ter um caráter mais prescritivo,

com o intuito de aplacar as práticas interventivas. Nas palavras de Rodrigues (2017, p. 32),

Originalmente, os planos de parto representavam um esforço para promover a comunicação entre médicos, enfermeiros e gestantes. Atualmente, seu principal objetivo é fazer com que as mulheres conheçam as intervenções médicas durante o parto, sobretudo aquelas que elas desejam evitar.

O documento assume um papel central para a reorganização da assistência obstétrica e possui caráter legal. Conforme veremos a frente, atualmente, o registro pode assumir diversos formatos, podendo ser elaborados como planos estruturados com questões fechadas; semiestruturados, que trazem uma mistura entre questões abertas e fechadas, ou podem ser redigidos livremente pela gestante. No entanto, a redação desse texto exige um processo de reflexão e tomada de consciência da mulher acerca do parto e das escolhas relacionadas ao seu corpo e ao de seu bebê. Para isso, é necessário que as mulheres conheçam os documentos que regulamentam as boas práticas do parto e que sejam instruídas também pelos profissionais que as acompanham. Assim, para que seja possível essa redação, é preciso que exista um processo de formação dessas mulheres, para que tenham as informações necessárias e conhecimento sobre os processos de rotina e os que desejam para si, na experiência do parto. Nas palavras de Rodrigues (2017, p. 57) “não é um documento para falar por elas, mas algo capaz de demonstrar o quanto elas estão munidas de informações sobre a assistência ao parto, o que as evidências científicas trazem e sobre a violência obstétrica”.

Entretanto, Rodrigues (2017) constata que apesar das prescrições dos documentos oficiais e das recomendações das instâncias mundiais de saúde, as gestantes são expostas, nos setores públicos e privados, a informações genéricas sobre o parto, baseadas em crenças ultrapassadas e no modelo intervencionista o que não as leva à tomada de decisões bem informadas para esse momento (RODRIGUES, 2017, p. 32).

Vemos assim que, apesar de a autonomia da mulher ter sido posta novamente no centro do processo de parturição e dos documentos oficiais prescreverem uma assistência baseada em evidências científicas e o uso do plano de parto, a realidade ainda é resistente às mudanças, o que coaduna com a afirmação de que no Brasil as mudanças prescritas pela Medicina Baseada em Evidências são lentas e encontram

resistências (ZANARDO *et al*, 2017, p. 4). Ainda que o plano de parto esteja se popularizando cada vez mais no ocidente, Rodrigues (2017) registra que o documento é mais conhecido e efetivo em países desenvolvidos, ao passo que se configura como um recurso subutilizado e até mesmo desconhecido nos países subdesenvolvidos.

Compreendendo que o conhecimento dos documentos oficiais pode influenciar a redação do gênero e, conseqüentemente, o exercício do protagonismo das mulheres, a seguir, realizaremos uma análise de sua abordagem nos documentos oficiais, a fim de observar as regulamentações, prescrições e orientações que podem exercer influência na produção e na recepção do texto.

3 PLANO DE PARTO: UM BREVE HISTÓRICO E SUA ABORDAGEM NOS DOCUMENTOS OFICIAIS

A expressão “plano de parto”, por si, já aponta para o propósito do documento. O gênero, que passou a ganhar evidência recentemente a partir das trocas entre mulheres, no contexto das redes sociais, possibilita que, durante a gestação, a parturiente descreva os procedimentos aos quais deseja ser submetida, listando também suas recusas. O objetivo do plano, assim, é o de registrar o desejo da mulher e de prevenir possíveis abusos da conduta médica.

Apesar de ainda ser um documento relativamente desconhecido, o plano de parto é apontado por Gonçalves *et al.* (2022, p. 18) como um instrumento existente desde a década de 70, sendo recomendado expressamente a partir de 1980 pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Seu surgimento está atrelado ao contexto de uma crescente medicalização do parto, instaurando-se como uma estratégia de proteção às mulheres. De acordo com Santos *et. al* (2019, p. 2), nos países industrializados, o plano de parto encontra registro na literatura na década de 80, sendo concebido também como uma forma de melhorar a comunicação entre a mulher e a equipe responsável pelo atendimento.

Ainda ao falar sobre o surgimento desse documento, Santos *et al* (2019) apontam que o exemplar mais remoto do plano de parto foi elaborado por Sheila Kitzinger em 1980, nos Estados Unidos, conforme já mencionamos no capítulo anterior. A concepção que respaldava o documento era a de que o parto, como um evento fisiológico e natural, ocorreria sem intercorrências para a maioria das mulheres. Além disso, registrava-se que era possível à mulher grávida, por meio de informações sobre os processos do parto, estabelecer seus valores e desejos pessoais de maneira consciente.

Assim, a ferramenta surgia com o fim de “proporcionar às mulheres informações para obtenção de uma consciência crítica sobre o processo de nascimento” a partir das quais seria possível refletir acerca das suas práticas de assistência e “estruturar planos realistas para o parto e o nascimento” (PASQUALOTTO, 2016, p. 8). Wiggers *et. al* (2021, p. 2) registram que, a partir desse primeiro modelo, os Estados Unidos e o Canadá deram início ao uso do plano de parto na assistência obstétrica. Além da utilização na América do Norte, Cortés *et al.* (2015) evidenciam que o instrumento foi também adotado, rapidamente, em alguns países

da Europa, citando como exemplo a Inglaterra e os países anglo-saxônicos. Nas palavras do autor, “em 1993, na Inglaterra, [o plano de parto] era usado em 78% das salas de partos”, uma estimativa bastante alta para um surgimento recente.

Em 1996, a OMS, com o intuito de reconfigurar e tornar a assistência ao parto mais humana, divulga as “Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento”. A organização desenvolveu e classificou, respaldando-se em evidências científicas, uma lista de “práticas adequadas e seguras para a assistência obstétrica, garantindo uma atenção materno-infantil qualificada” (SILVA, *et al.*, 2016, p. 3). O documento dividia as práticas em quatro categorias: as demonstradamente úteis que deveriam ser estimuladas; as práticas prejudiciais e ineficazes, que deveriam ser abandonadas; as práticas sem evidências, a serem utilizadas com cautela, e as práticas frequentemente usadas de modo inadequado. Nessa publicação mundial, o plano de parto é enquadrado como prática demonstradamente útil a ser encorajada, o que confere ao texto um respaldo científico e uma maior divulgação.

A despeito dessa publicação de caráter global, o plano de parto continuou a ser um instrumento pouco conhecido e escamoteado, especialmente no Brasil. Convém destacar, como exemplo, o programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), lançado pelo Ministério da Saúde, em 2000, por meio da portaria/GM nº 569, de 1/6/2000. O documento, apesar de trazer como objetivo a redução da mortalidade materna, a adoção de medidas de melhoria de acesso, da cobertura e da assistência ao parto e fundamentar-se nos princípios da humanização da assistência obstétrica, ressaltando que as unidades devem “receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido” ainda não cita o plano de parto como uma medida válida para essa garantia.

Volta-se a orientar as unidades de saúde aos cuidados necessários para que essa assistência ocorra, registrando que os profissionais de saúde e a organização da instituição devem “criar um ambiente acolhedor” e adotar “medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias” que, apesar de serem realizadas com frequência, não beneficiam a mulher e o bebê (BRASIL, 2002). Cabe, portanto, às secretarias de saúde dos estados, dos municípios e do Distrito Federal, a adoção de uma série de medidas que melhor garantam essa assistência, sem, contudo, haver a adoção dos planos de parto.

Em 2004, é instituída a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) que se volta à adoção de ações que garantam os direitos humanos das mulheres em diversos contextos, a fim de se reduzir taxas de morbimortalidade. Mais uma vez, figuram no documento os princípios da humanização e a adoção de atitudes e comportamentos do profissional de saúde que reforcem “o caráter da atenção à saúde como direito”. Convém destacar também que, nessa política, há a menção a uma promoção no “grau de informação das mulheres em relação ao seu próprio corpo e suas condições de saúde”, a fim de que sua capacidade de fazer escolhas adequadas ao seu contexto e momento de vida seja ampliada (BRASIL, 2004). Encontram-se ainda, entre os princípios para uma atenção integral à saúde da mulher: o acolhimento amigável da clientela, a sua inclusão nos processos de decisão, o uso adequado da tecnologia disponível, de acordo com os critérios da evidência científica e a disponibilidade de informações para a orientação das mulheres para a promoção à saúde. Apesar de o plano de parto ser uma ferramenta eficaz para a observância desses princípios e também para assegurá-los, esse documento, por englobar a saúde da mulher em vários contextos, não faz menção ao gênero objeto de estudo deste trabalho.

No país, Wiggers *et al.* (2021) registram que o Ministério da Saúde passou a recomendá-lo em 2011, após a implantação do Programa Rede Cegonha. Esse programa foi lançado no Brasil com o objetivo de reduzir a mortalidade materna e neonatal, prestando, assim, assistência integral às mulheres e aos recém-nascidos. Nesse sentido,

A Rede Cegonha tem como estratégia garantir às mulheres, familiares e recém-nascido assistência à saúde de qualidade, fundamentada nos princípios de humanização durante a gravidez, parto, nascimento, puerpério e o acompanhamento neonatal, com a garantia de atendimento por profissionais capacitados (BRASIL, 2011).

O sistema propõe, então, uma reconfiguração no modelo de assistência ao parto, buscando a sua humanização, ao respeitar os aspectos da fisiologia da mulher e o parto como um evento social e cultural. Dessa maneira, o modelo “privilegia o bem-estar da parturiente e de seu bebê, buscando ser o menos invasivo possível, considerando tanto os processos fisiológicos, quanto os psicológicos e o contexto sociocultural.” (BRASIL, 2011, p. 10). Busca-se evitar, dessa forma, as intervenções desnecessárias e oferecer o suporte emocional necessário à mulher e aos seus familiares.

Observa-se, no “Manual Prático para a Implementação da Rede Cegonha” que o papel central é da mulher e a equipe médica é tida como coadjuvante, mas desempenham ainda um importante papel, uma vez que tem “a oportunidade de colocar seu conhecimento a serviço do bem-estar da mulher e do bebê, reconhecendo os momentos críticos em que suas intervenções são necessárias para assegurar a saúde de ambos” (BRASIL, 2011, p. 10).

Ao analisar as estatísticas de assistência ao parto no país, evidenciando o pouco acesso dos acompanhantes ao local do nascimento, a peregrinação das mulheres para encontrar acesso às maternidades e a fragmentação existente no atendimento brasileiro, a Rede Cegonha busca implementar as boas práticas de atenção ao parto normal, divulgadas pela OMS. Assim, a rede retoma, classifica e reafirma o plano de parto como uma prática demonstradamente útil, que deve ser estimulada no atendimento ao parto no Brasil. O documento aparece explicitamente, nos Cadernos de Atenção Básica do Ministério da Saúde, como um elemento essencial na assistência ao parto, que deve ser garantido por estados e municípios, sendo elencado como o 8º passo para o pré-natal de qualidade na atenção básica, como se vê: “Estimular e informar sobre os benefícios do parto fisiológico, incluindo a elaboração do ‘Plano de Parto’” (BRASIL, 2012). Observa-se que é papel da equipe participar da disseminação de informações sobre o parto normal, bem como de instruir as gestantes na elaboração do plano de parto. No entanto, o conhecimento do plano de parto segue restrito no país.

É a partir de um maior investimento em ações de Educação em Saúde que o instrumento passa a percorrer uma trajetória rumo a uma maior divulgação. Pasqualotto (2016), ao analisar a importância das mídias sociais na divulgação do plano de parto, comenta o conceito de Educação Popular e Saúde, iniciativa do SUS para aproximar a saúde “tal como é vivida e sentida pela população à maneira como se organizam os serviços e o conhecimento que orienta a ação dos profissionais que compõem o SUS” (BRASIL, 2007, p. 11).

No Caderno de Educação Popular e Saúde, publicado pelo Ministério da Saúde em 2007, encontra-se a definição da educação popular como um instrumento de crítica social, possibilitando “a visão de fragmentos que estavam invisíveis e ideologias naturalizadas como realidades favorecendo a liberação de pensamentos e de atos ativos de mudança social.”. Essa publicação explicita que o seu objetivo é pôr em diálogo os profissionais, educadores populares e movimentos sociais. Dessa maneira,

a educação popular é um movimento de “profissionais, técnicos e pesquisadores empenhados no diálogo entre o conhecimento técnico-científico e o conhecimento oriundo das experiências e lutas da população pela saúde” (BRASIL 2007, p. 55).

A Educação em Saúde não intenta aplicar as melhores evidências científicas à população, mas, sim, busca integrá-la às práticas de saúde, o que, de acordo com Pasqualotto (2016, p. 14), tende “a produzir atitudes geradores de mudanças”. Busca-se desenvolver uma rede de “relações diversas com os indivíduos e a sociedade” a fim de propiciar o compartilhamento de “potencialidades que busquem superar limites e dificuldades” (PASQUALOTTO, op. cit). Para tanto, essas trocas e construção de conhecimento objetivam “resultar em intervenções nas relações sociais e na influência na qualidade de vida de cada envolvido” (MACHADO, 2007).

Tal contextualização sobre o conceito de educação em saúde é importante para a nossa discussão, pois é a partir dessa concepção que os profissionais de saúde podem reconhecer a parturiente como participante ativa do parto, que possui possibilidades de escolha dentre as práticas disponíveis. Além disso, destaca-se o aprendizado proporcionado pela vivência entre usuários e profissionais de saúde nesses processos educativos.

É a partir da relação entre educação, saúde e participação popular que o plano de parto passa a ganhar mais evidência como instrumento fundamental para a humanização do parto no Brasil. Pasqualotto (2016) aponta que a aproximação da saúde à dinâmica social encontra, nos *blogs* e *sites*, um recurso poderoso para a mobilização da sociedade civil. Dessa maneira, os *sites*, os *blogs* e as redes sociais são veículos de mobilização de “perspectivas políticas inovadoras geradas entre indivíduos, no interior da sociedade civil” (PASQUALOTTO, 2016, p. 15).

Nas palavras de Andrezzo (2016, p 31), “as redes sociais têm possibilitado a divulgação de conhecimentos de maneira sem precedentes [...] com a divulgação de informações técnico-científicas outrora sob monopólio médico”. As medidas de proteção para barrar intervenções, as discussões acerca da medicalização do parto e do escamoteamento da mulher viram alvo de problematização em espaços acessíveis a um maior público. As mudanças no modelo de assistência ao parto passam a ser resultado de uma maior participação das camadas sociais e de seu acesso mais amplo aos textos do universo científico, antes restritos à comunidade hospitalar.

O plano de parto, recomendado antes por especialistas e por instâncias da área de saúde, passa a ser disseminado e divulgado em *blogs*, *sites* e redes sociais que

incentivam que as mulheres escrevam o documento, munindo-se desse recurso para barrar o intervencionismo (ANDREZZO, p. 32). Para Souza (2018, p. 4), “no *ciberespaço*, cada sujeito é um potencial produtor e reproduzidor de informação, o que acontece quando se criam redes colaborativas de informação, por meio do compartilhamento de opiniões e de relatos pessoais que, em segundos, passam do caráter pessoal/individual para coletivo/comunitário”. Dessa maneira, a orientação para a escrita do plano de parto, que, de acordo com os documentos oficiais deveria partir da assistência médica, transcende o âmbito hospitalar e se mostra acessível a um maior público, a partir das interações nas redes.

Observa-se que, assim, surge uma junção de profissionais, ativistas, doulas, parteiras e mulheres (grávidas ou não) que passam a discutir, nas redes, a necessidade da humanização do parto e que, conseqüentemente, divulgam o plano de parto como um recurso importante para esse fim. Citando Lemos (2010), Souza (2018) observa como a configuração do *ciberespaço* e as interações repercutem na formação de novas práticas públicas.

A exemplo disso, retomamos, mais detalhadamente agora, a Rede pela Humanização do Nascimento (REHUNA) que atua em prol da humanização do parto desde 1993. Essa organização procura reduzir as intervenções desnecessárias, divulgando o parto como um evento natural e fisiológico. A ReHuNa visa ao atendimento humanizado em todas as fases do parto, reivindica a autonomia da mulher e promove a medicina baseada em evidências científicas. Conforme destaca Rattner *et al.* (2014), o grupo foi responsável pela divulgação das boas práticas da OMS e pela produção de um vasto conhecimento científico no país sobre humanização do parto ainda nos anos 90. Mostra também que foi de autoria dessa organização a implantação da primeira política pública explícita na Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro e de um novo paradigma de assistência ao parto na Maternidade Leila Diniz. O autor ainda acrescenta que o “grupo institucionalizou o acompanhante, por meio de resolução de 1998, inspirando o surgimento de leis e de portarias em outras localidades” (RATTNER, *et. al*, 2014). Além disso, participou da implantação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (2000), o Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal (desde 2004) e possui membros atuantes nos Comitês de Especialistas e de Mobilização Social da Rede Cegonha (RATTNER, *op. cit*, p. 118).

A atuação dessa rede no campo científico é grandiosa. Ademais, as iniciativas da ReHuNa e as informações que podem ajudar as gestantes estão reunidas em um *site* e disponíveis a qualquer pessoa que possua acesso à *internet*. Na página, encontram-se as iniciativas mais remotas da rede e também as mais atuais. É possível à mulher encontrar leis que respaldem suas decisões e artigos científicos relacionados à gravidez e ao parto, na seção “acervo digital”. Além disso, há textos mais simples e diretos de fácil compreensão ao público não especializado. O plano de parto, por exemplo, aparece na página a partir do depoimento de mulheres, que citam o documento como um fator predominante para um parto humanizado.

Há também interações nascidas de iniciativas individuais como o “Amigas do parto”, movimento iniciado em 2001 por três mulheres de diferentes formações que se voltaram à temática da humanização do parto. Em 2003, as “Amigas do parto” instituíram-se como uma Organização Não-Governamental, promovendo, em seu *site*, a difusão de informações que poderiam respaldar as decisões conscientes das gestantes sobre o parto, a exemplo de conhecimentos científicos, leis, depoimentos e uma bibliografia especializada. Um dos objetivos do grupo também diz respeito a “humanizar os próprios profissionais, que são treinados (nas instituições de ensino e pela cultura em geral) numa mentalidade que aliena o corpo e desvaloriza o feminino”. Dessa maneira, o grupo promove cursos formativos de educação perinatal, aleitamento materno, preparação para o parto humanizado e também se volta à formação de doulas. Além do *site*, as trocas sobre a temática se dão em páginas de redes sociais, como *Facebook* e *Instagram*, e passaram a englobar também a participação de usuárias dessas redes.

No *website* da ONG, uma das seções é voltada diretamente ao plano de parto, estabelecendo o que é o documento, a sua finalidade, por que adotá-lo e também como elaborá-lo. Há uma tabela com a lista das boas práticas divulgadas pela OMS e respaldadas por evidências científicas, seguidas das explicações para que a mulher se informe e tome suas decisões a partir desse conhecimento.

Figura 2: Site “Amigas do Parto” - Escrevendo o plano de parto



Plano de Parto (parte 3)

1) O que é
2) Porquê Fazer
3) Escrevendo o Plano de Parto
4) Exemplo de Plano de Parto

Condutas e procedimentos médicos
- durante o trabalho de parto
- durante o parto em si
- no pós-parto
- em caso de cesárea

DURANTE O TRABALHO DE PARTO	
Você Quer?	Explicação
1) Presença de um acompanhante de sua escolha durante todo o parto, da admissão ao nascimento.	Elimina o estresse da separação. Seu parceiro pode provê-la com suporte emocional durante o trabalho de parto e durante todos os procedimentos necessários. A presença do pai propicia a formação dos laços familiares com o novo membro que vai nascer. É direito garantido por lei federal.
2) Presença de outras pessoas da família ou amigos durante o trabalho de parto e parto.	A presença de outras pessoas da família ou amigos pode significar mais apoio para você e seu parceiro. Não há aumento na incidência de infecções, desde que essas pessoas não apresentem sinais de doença (por exemplo, coriza ou diarreia).
3) Lavagem Intestinal (Enema, Fleet-Enema, Enteroclima).	A lavagem intestinal é desconfortável e desnecessária se você teve funcionamento normal do intestino nas últimas 24h. No entanto, se você estiver constipada, poderá a qualquer momento solicitar uma aplicação.
4) Liberdade para caminhar.	Caminhar estimula o útero a funcionar eficientemente. Os trabalhos de parto que incluem livre caminhar são mais curtos e menos propensos a receber medicamentos analgésicos.
5) Liberdade para mudar de posição.	Sentar, deitar de lado, ajoelhar, accorcar, cada posição pode funcionar melhor ou ser mais confortável em diferentes momentos do trabalho de parto.
6) Uso da água no trabalho de parto.	Passar parte(s) do trabalho de parto sob o chuveiro ou imersa numa banheira diminui a necessidade de medicamentos para dor.
7) Bebidas e alimentos com alto teor de carboidratos e pouca gordura a vontade.	Alimentos ricos em carboidratos e pobres em gordura permitem digestão rápida e suprimento energético necessário durante o trabalho de parto. Líquidos previnem a desidratação.
8) Água e bebidas leves.	Você pode ficar com a sensação de boca seca por causa das técnicas de respiração.
9) Objetos pessoais (camisola pessoal, música, flores).	Objetos familiares podem melhorar a experiência do parto ao permitir um melhor relaxamento e mais conforto.
10) Tricotomia (raspagem dos pelos pubianos) apenas se desejado.	A raspagem dos pelos não diminui a incidência de infecções e o crescimento no período de pós-parto pode ser bastante desconfortável.
11) Infusão intravenosa apenas se houver indicação médica.	A infusão intravenosa restringe a mobilidade e interfere no relaxamento. A ingestão de líquidos leves no trabalho de parto reduz a chance de desidratação. As hemorragias em partos espontâneos e não medicamentosos são muito raras para justificar o uso de infusão preventiva.

Fonte: <http://www.amigasdoparto.com.br/plano4.html>

Para uma melhor ilustração do gênero, o *site* expõe um exemplar real de um plano de parto, elaborado e apresentado por uma gestante à equipe obstétrica de uma maternidade nos Estados Unidos. A divulgação das práticas recomendadas e do exemplar serve como apoio para a elaboração dos planos de parto e, dessa maneira, o gênero alcança maior conhecimento. Entretanto, convém ressaltar que o conhecimento acerca desse texto, apesar de mais ampla, ainda é restrita aos grupos que se dedicam à humanização do parto e às mulheres que o integram.

Os *hiperlinks* presentes nos sites encaminham os leitores a outros espaços de veiculação de informações. No *site* acima, encontram-se *links* que encaminham a outras plataformas e a outros conteúdos. Um deles, direciona à rede “Parto do princípio”, que reúne mulheres, usuárias do sistema de saúde brasileiro, para promover a autonomia e a defesa dos “direitos sexuais e reprodutivos”. A iniciativa chama a atenção por articular ações nacionais e regionais por meio das redes sociais. Há a presença de mulheres de todas as esferas, sem que sejam relacionadas apenas à área médica ou áreas afins. O objetivo é fortalecer a participação política das mulheres, denunciando conjunturas que firam seus direitos. Para tanto, o “Parto do princípio” se volta a disseminar informações, produzindo e divulgando materiais informativos sobre a saúde sexual e reprodutiva da mulher, o que, consequentemente, traz mais luz às evidências que respaldam as boas práticas no parto e aos mecanismos de violência obstétrica.

As publicações desse domínio mostram uma linguagem mais simples e acessível. Seus materiais são ilustrados e didáticos, a fim de que as mulheres consigam reconhecer as práticas que se configuram como violência obstétrica e como violação aos direitos que possuem. A exemplo disso, podemos apontar a cartilha sobre VO, construída pela rede. Há frases usuais, ditas em maternidades públicas com frequência, imagens e depoimentos de parturientes que evidenciam como o desrespeito à autonomia da mulher pode se configurar.

Figura 3: Cartilha sobre violência obstétrica e violência contra a mulher



Fonte: Parto do Princípio, 2014.

O texto objeto de estudo desta pesquisa é encontrado em um dos *hiperlinks* da página inicial do *site*, em uma seção que lista os dez passos para um bom parto. O tópico "planeje seu parto" apresenta o plano de parto como o oitavo passo para um bom parto. Em linguagem simples, estabelece:

Sonhar é o primeiro passo de qualquer realização. Para montar uma empresa, construir um prédio, ou até mesmo inventar uma nova receita de bolo é necessário primeiro imaginar, para depois executar. Para ter um parto normal, também é assim. Imagine como você quer que este momento perfeito aconteça. E escreva, registre suas idéias (PARTO DO PRINCÍPIO, 2014, *on-line*).

A redação direciona que a mulher pense a respeito do local do parto, recursos para alívio da dor, procedimentos após o nascimento do bebê etc. Ao fim, ressalta: "O importante é você definir o que quer e conversar para que todos respeitem seus sonhos. Exponha todas essas idéias para seu médico ou para a equipe que vai assistir o seu parto [...] E, se quiser exemplos de plano de parto, leia mais aqui".

Ainda sobre a divulgação do plano de parto em ambientes virtuais, destaca-se o *site* "Mulheres empoderadas", que se volta a "munir as gestantes e mães de

informações de qualidade, baseadas em evidências científicas para que construam uma experiência positiva de parto e maternidade". O projeto teve início em 2010 com um *blog* destinado a mulheres de todos os públicos, contando também com um canal no *Youtube*, o "TV Mulheres Empoderadas". Em linguagem simples e com depoimentos de várias mulheres, na seção sobre "parto", o *blog* explica o que é um plano de parto e a sua função, disponibilizando modelos para o parto hospitalar. Além disso, há uma nova menção ao documento no artigo intitulado "Quer um parto normal no país das cesáreas? Informe-se". O plano se apresenta como um instrumento para a obtenção de um parto normal em um cenário que privilegia cesáreas, ao lado do consumo de informações sobre boas práticas e sobre as leis que resguardam as mulheres (LEAL, 2015).

Observa-se que, tanto no *site* "Parto do Princípio" quanto no "Mulheres Empoderadas", o instrumento é mostrado como uma medida para um bom parto, em consonância ao que já fora estabelecido pela OMS, em 1996, e ao divulgado nos Cadernos do Ministério de Atenção Básica do Ministério da Saúde, em 2012. No entanto, nos espaços de divulgação virtual, o plano de parto ganha, como já dissemos, alcance mais amplo e mais palpável às mulheres. O dever de "educar" as mulheres e de difundir o uso desse plano não é mais restrito aos profissionais, mas se mostra ao alcance das parturientes que buscam por informação e proteção.

Nas palavras de Souza (2018), há uma inteligência coletiva nessas redes, as quais intitula de "redes ciberfeministas", e essa inteligência se mostra, especialmente, no movimento de humanização no Brasil. Assim, citando Oliveira e Pinto (2016), a autora explica que as redes auxiliam na disseminação e confecção do plano de parto, cooperando para a divulgação das "leis que dizem respeito à gestação, como, por exemplo a Lei 11.108/200531, que dispõe sobre o direito ao acompanhante durante o procedimento, assim como normativas e portarias do Ministério da Saúde, a fim de efetivar os direitos da gestante" (SOUZA, 2018, p. 6).

Diniz (2014) aponta, como veículo de disseminação de informação acerca da humanização do parto, o primeiro filme da saga "O Renascimento do Parto", lançado em 2013, que foi amplamente divulgado nas redes sociais. A autora afirma que o filme foi publicado numa "sequência de fenômenos de mídias produzidos pelos movimentos sociais que lutam por mudanças na assistência ao parto no Brasil". Cita também uma ameaça de processo feita ao professor e obstetra Jorge Kunh, devido à sua declaração de apoio ao parto domiciliar, ao comentar o vídeo de parto de Sabrina

Ferigato, vídeo este “visto mais de quatro milhões de vezes”. A junção dessas publicações midiáticas e as ameaças a esse professor “desencadearam manifestações no Brasil sobre o respeito ao direito de escolha da mulher sobre o parto” (DINIZ, 2014) e a, consequente, divulgação de boas práticas de assistência ao parto.

Com o advento da *internet* junto à evidência do tema nas mídias e no cinema, “as usuárias e suas famílias conhecem a realidade de outros países, onde políticas públicas promovem o parto espontâneo e centrado na mulher. Entram em contato com a literatura científica e de direitos sobre o parto (em linguagem “livre de jargão”, dirigida a usuárias)”, o que as leva a reinterpretar a experiência e reivindicar seu direito de escolha e de recusa informada (DINIZ, 2014).

Mais adiante, em 2018, o terceiro filme da saga “O Renascimento do Parto 3” apresenta o conceito de plano de parto às espectadoras, o que culmina em uma divulgação mais ampla. No entanto, é possível que o conhecimento do documento, apesar de migrar do âmbito médico ao leigo, permaneça limitado apenas às mulheres que, de certa maneira, busquem por esse tipo de informação, sejam movidas por documentários, leituras, rodas de gestante ou por iniciativa individual.

O resultado dessa maior circulação sobre a temática da humanização nas redes sociais e nas diversas mídias pode ser visto na publicação de diretrizes para a assistência ao parto. Em 2017, a portaria Nº 353, de 14 de fevereiro, aprova as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal para que as secretarias de saúde dos estados, dos municípios e do Distrito Federal estruturem a rede de assistência do SUS para o atendimento às gestantes antes, durante e após o parto. O documento, publicado pelo Ministério da Saúde, após contextualizar o excesso de intervenções na assistência ao parto, registra como a opinião pública e as demandas sociais, as quais, como apontamos anteriormente, encontram largo espaço no âmbito digital, influenciaram a revisão da obstetrícia.

As diretrizes registram que a prática obstétrica, por “pressões da opinião pública e consumidores de serviços de saúde”, tem sido alvo de mudanças nos últimos 20-30 anos, enfatizando a “promoção e resgate das características naturais e fisiológicas do parto e nascimento” (BRASIL, 2017). Assim, adotando os princípios de boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento da OMS, o Ministério da Saúde solicitou a elaboração de diretrizes nacionais de assistência ao parto, sintetizando e avaliando “a informação científica disponível em relação às práticas mais comuns na

assistência ao parto e ao nascimento”, no intuito de orientar a rede de cuidado à mulher, de proteger e de incentivar o parto normal.

O documento dispõe que as diretrizes se aplicam a mulheres com gravidezes sem intercorrências, listando como condições, por exemplo, gestações entre 37 e 42 semanas, com feto único e apresentação cefálica. Dessa maneira, dispõe que:

Para efeito destas Diretrizes entende-se como parto normal ou espontâneo aquele que não foi assistido por fórceps, vácuo extrator ou cesariana, podendo ocorrer intervenções baseadas em evidências, em circunstâncias apropriadas, para facilitar o progresso do parto e um parto vaginal normal, tais como: estimulação do trabalho de parto com ocitocina; ruptura artificial de membranas; alívio farmacológico da dor (peridural, opióides, óxido nitroso); alívio não farmacológico da dor; ou manobra ativa no terceiro período. (BRASIL, 2017, p. 8)

Esse documento, então, delimita a quem as diretrizes são aplicáveis, recomendando práticas eficazes e respaldadas em evidências. Apesar de baseado no manual de boas práticas da OMS, as diretrizes, em seu sumário de recomendações, ao tratar das informações e comunicação durante o trabalho de parto, não traz explicitamente o plano de parto como uma medida a ser adotada. No entanto, registra que as parturientes “devem ser tratadas com respeito”, tendo acesso às informações baseadas em evidências”, citando ainda que devem ser “incluídas na tomada de decisões”. Dessa maneira, incube os profissionais a “estabelecer uma relação íntima com as mesmas, perguntando-lhes sobre seus desejos e expectativas.” (BRASIL, 2017, p. 21).

Apesar de não haver recomendação expressa pela adoção do plano de parto, mais adiante, o ponto 13 das diretrizes menciona o plano como um possível documento que pode aparecer no contexto de assistência ao parto, podendo ser escrito pela mulher e levado ao hospital. Nesse caso, as diretrizes orientam que:

Se a mulher tem um plano de parto escrito, ler e discutir com ela, levando-se em consideração as condições para a sua implementação tais como a organização do local de assistência, limitações (físicas, recursos) relativas à unidade e a disponibilidade de certos métodos e técnicas, o qual deve ser lido e discutido com ela (BRASIL, 2017, p. 21).

Observa-se que essas diretrizes procuram, além de delimitar o público-alvo ao qual as orientações devem e podem ser aplicadas (grávidas de risco habitual), estabelecer com a gestante as possibilidades de implementar as condições redigidas

no plano de parto. Assim, ressalvas podem ser colocadas ao que foi escrito pela mulher, a depender do contexto de atendimento.

Entretanto, apesar de o documento registrar um possível uso do plano de parto pelas gestantes, nas orientações durante o pré-natal, não há orientações para que a rede de atendimento instrua a mulher em sua elaboração ou para a sua adoção. Registra-se apenas a importância de munir a mulher com informações sobre os riscos e benefícios das intervenções no parto, sobre o direito a um acompanhante de sua escolha, sobre as estratégias de controle da dor e sobre as práticas que podem ser utilizadas pela equipe. Apesar de não haver recomendação à elaboração do plano de parto no documento, essas diretrizes se configuram como um texto importante que pode ser lido e estudado pela mulher, a fim de que se possa utilizá-lo para respaldar suas vontades e para coibir intervenções desnecessárias, uma vez que as práticas listadas são cientificamente válidas e respaldadas pelos órgãos competentes. As diretrizes tematizam, por exemplo, a dieta durante o parto, as medidas de assepsia, posições adotadas na hora do parto, registram as resoluções sobre puxos e manobra de Kristeller e estabelecem o profissional que pode assistir o parto etc.

3.1 O PLANO DE PARTO NO ÂMBITO LEGAL

Tanto o “Manual de Implantação da Rede Cegonha” quanto as “Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto” trazem resoluções para que as redes municipais e estaduais de saúde alinhem o atendimento ao parto, garantindo às mulheres direitos básicos e unívocos nesse contexto. Para observar como e se o plano de parto é um instrumento assegurado por lei, realizou-se uma busca no *Google* pelas leis que o respaldam, utilizando as palavras-chave “lei plano de parto”, “lei federal plano de parto” e “lei estadual municipal plano de parto”. Optou-se por esse buscador porque acredita-se que é o mais utilizado pelo público não especializado e, por isso, o mais acessado por gestantes à procura de seus direitos.

Inicialmente, a busca retornou milhares de resultados e, devido à impossibilidade de analisar todas as páginas, limitamo-nos às páginas iniciais da pesquisa, uma vez que nelas as informações mais atuais e acessadas pela população são mostradas (PASQUALOTTO, 2016).

Em 2016, a lei Estadual Nº 7191, de 06 de janeiro, dispõe o direito ao parto humanizado no estado, nas redes públicas e privadas, garantindo a presença de doula e acompanhante, bem como a adoção de práticas revisadas e avaliadas cientificamente pela OMS e o respeito à autonomia da mulher. O plano de parto é mencionado como um direito da mulher, no qual deverão constar a doula e o acompanhante de sua escolha e os procedimentos aos quais deseja ser submetida. No entanto, o artigo 5 dessa lei estabelece que

A elaboração do Plano Individual de Parto deverá ser precedida de avaliação do profissional médico ou enfermeiro que acompanha a gestante, na qual serão identificados os fatores de risco da gravidez, reavaliados a cada contato da gestante com o sistema de saúde durante o pré-natal, inclusive quando do atendimento preliminar ao trabalho de parto (RIO DE JANEIRO, 2016).

Há uma ressalva acerca do cumprimento integral do plano de parto no artigo 8º, segundo a qual “as disposições de vontade constantes do Plano Individual de Parto poderão ser contrariadas quando assim o exigirem a segurança do parto ou a saúde da mãe ou do recém-nascido”. No entanto, nesses casos, os procedimentos contrários ao plano deverão ser informados à mulher ou ao seu acompanhante, a depender do estado da parturiente. O texto assegura que as resoluções explicitadas nos artigos da lei serão informadas a todos os médicos, enfermeiros e demais funcionários habilitados do Sistema Único de Saúde no Rio de Janeiro.

Da mesma maneira, a lei Nº 15.759 de 2015, do estado de São Paulo, estabelece o direito ao parto humanizado, citando no artigo quatro que, assim que diagnosticada a gravidez, a gestante tem direito a elaborar um plano de parto em que constem:

- I - o estabelecimento onde será prestada a assistência pré-natal, nos termos da lei;
- II - a equipe responsável pela assistência pré-natal;
- III - o estabelecimento hospitalar onde o parto será preferencialmente efetuado;
- IV - a equipe responsável, no plantão, pelo parto;
- V - as rotinas e procedimentos eletivos de assistência ao parto pelos quais a gestante fizer opção (SÃO PAULO, 2015).

Entretanto, o texto só poderá ser elaborado após uma avaliação médica inicial da gestante, a fim de que se estabeleçam os fatores de risco da gravidez que serão reavaliados constantemente durante o pré-natal. Além disso, esses fatores serão

reavaliados durante o atendimento preliminar no trabalho de parto (SÃO PAULO, 2015). A elaboração do documento deve ser orientada por um profissional da rede, que deve informá-la acerca das implicações de suas escolhas, como se vê no artigo 7º:

Durante a elaboração do Plano Individual de Parto, a gestante deverá ser assistida por um médico-obstetra, que deverá esclarecê-la de forma clara, precisa e objetiva sobre as implicações de cada uma das suas disposições de vontade. (SÃO PAULO, 2015)

Semelhantemente à lei estadual do Rio de Janeiro, a resolução também esclarece que as vontades da gestante só poderão ser contrariadas em caso de complicações e quando for necessário agir de outra maneira para a manutenção da segurança do parto e para a preservação da vida da mãe e do bebê.

Ainda no âmbito estadual, e com uma redação bem semelhante à das outras duas leis mencionadas anteriormente, encontra-se também a Lei Nº 4749 de 2019, do estado do Amazonas, que se debruça a estabelecer as diretrizes para o parto humanizado nos estabelecimentos públicos e conveniados. O artigo 6º indiretamente serve como ponto de partida para a redação do plano de parto, orientando sua estrutura e seu conteúdo, ao mencionar que, no documento, a gestante irá manifestar suas vontades sobre:

- I - a presença, durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, de um acompanhante livremente escolhido pela gestante;
 - II - a presença, durante todo o processo ou em parte dele, de uma doula livremente escolhida pela gestante, nos termos da lei;
 - III - a presença de acompanhante nas duas últimas consultas, nos termos da lei;
 - IV - a utilização de métodos não farmacológicos para alívio da dor;
 - V - a administração de medicação para alívio da dor;
 - VI - a administração de anestesia peridural ou raquidiana; e
 - VII - o modo como serão monitorados os batimentos cardíacos fetais.
- Entretanto, a escrita deve ser acompanhada pelo médico e iniciada apenas depois da avaliação médica. Ressalta-se ainda que “Na hipótese de risco à saúde da gestante ou do nascituro, o médico responsável poderá restringir as opções de que trata este artigo” e os planos de parto deverão ser anexados ao prontuário da paciente e protocolados antes do parto ou durante o atendimento; a gestante deverá apresentar o número do protocolo neste ato (AMAZONAS, 2019).

Encontra-se a menção ao plano de parto na lei Nº 16499 de 2018, do estado de Pernambuco, que determina resoluções de proteção à gestante contra a violência

obstétrica no estado. Nessa resolução, no artigo 3º, elencam-se formas de violência obstétrica, a exemplo de tratamento agressivo, irônico, desrespeitoso e da realização de procedimentos sem a permissão da paciente. Dentre esses exemplos, a recusa da equipe médica ao plano de parto da parturiente também se configura como um caso de VO, como pode ser visto a seguir:” São formas de violência obstétrica: [...] XVIII - desconsiderar as orientações contidas no plano de parto da paciente” (PERNAMBUCO, 2018). Aqui, embora não dito explicitamente que o documento possui caráter legal, estabelece-se, por inferência, que as vontades da gestante devem ser consideradas pela equipe médica.

Na esfera municipal, encontram-se as leis do município de Caruaru e de João Pessoa. A primeira delas, lei Nº 5.951, de 02 de outubro de 2017, elenca as diretrizes e os princípios “inerentes aos direitos da mulher durante a gestação, pré-parto, parto e puerpério” e baseia-se no Manual de Boas Práticas de Atenção ao Parto e o Nascimento da Organização Mundial de Saúde. Assim, resolve adotar apenas procedimentos avaliados cientificamente pela OMS, garantindo à mulher o direito de escolha quanto ao local, posição do parto, intervenções, uso de mecanismos para o alívio da dor e acompanhante de sua escolha.

No artigo 5º, a escrita do plano de parto, assim que constatada a gravidez, é garantida, em semelhança às leis estaduais comentadas anteriormente. Em contrapartida, o texto, apesar de apresentar redação semelhante, acrescenta que essa redação poderá ser assessorada pelo médico, enfermeiro ou doula, abrindo-se oportunidade para que outros profissionais orientem a gestante, como se vê:

Art. 5º Diagnosticada a gravidez, a mulher terá direito à elaboração de um Plano Individual de Parto, documento construído pela gestante com assessoria de sua Doula e/ou enfermeiro(a) e/ou médico(a) pré-natalista, no qual serão indicadas as disposições de sua vontade [...]

Há a ressalva acerca da possibilidade de descumprimento do plano individual, assim como nas outras leis; contudo, a legislação de Caruaru acrescenta que é necessário comprovar a necessidade de intervenções para garantir a saúde da mãe e do bebê.

Art. 8º As disposições de vontade constante do Plano Individual de Parto, **somente** poderão ser alteradas, se comprovadamente, durante o trabalho de parto, forem necessárias intervenções para garantir a saúde da mãe e/ou do conceito, em condições de urgência ou

emergência que indiquem risco de morte materna e/ou fetal (CARUARU, 2017, grifo nosso).

O advérbio “somente” marca uma exceção ao cumprimento do plano e o termo “comprovadamente” registra que as novas resoluções precisam de documentação e respaldo, não sendo facultadas ao bel-prazer do profissional. Além do mais, os médicos devem registrá-las no prontuário da gestante, incluindo justificativas clínicas aos procedimentos feitos, o que, nesse caso, amplia uma restrição maior ao descumprimento do plano.

Art. 9º Toda e qualquer alteração das disposições de vontade constantes do Plano Individual de Parto, que for praticada durante o atendimento ao trabalho de parto, **deve ser registrada no prontuário** da gestante pelo profissional responsável assistente ao parto naquele momento, **mediante justificativa** clínica do procedimento adotado (CARUARU, 2017, grifos nossos).

No município de João Pessoa, a lei Nº 13448 de 2017 regulamenta os direitos da mulher nas esferas públicas e privadas, objetivando a humanização do nascimento e estabelece medidas de proteção contra a VO. A legislação busca respaldo, assim como a anterior, no “Manual de Boas Práticas de Atenção ao Parto e o Nascimento da Organização Mundial de Saúde, de 1996 (OMS), na Política Nacional de Humanização (PNH), nas Portarias nº 569/2000, 1.067/2005 e nº 1.459/2011 do Ministério da Saúde” (JOÃO PESSOA, 2017).

No capítulo 1 da legislação sobre “A humanização da via de nascimento”, artigo 2º, encontra-se que o plano de parto deve ser cumprido pela equipe profissional e que as escolhas expressas devem ser validadas. No entanto, mais abaixo, há condições para essa aceitação e cumprimento, uma vez que o documento deve ser exibido ainda durante o pré-natal ao médico obstetra da gestante. Em partos assistidos pelo SUS, sabe-se que a gestante é atendida pelos plantonistas e, por isso, o artigo 4º adiciona que o texto pode ser apresentado anteriormente à direção da maternidade.

O plantonista ou o médico deve avaliar o desejo da gestante em consonância ao risco da gravidez, para “assim harmonizar a liberdade de escolha da mulher em conjunto com sua integridade física e a do recém-nascido, de acordo com as normativas da Agência Nacional de Saúde e da Organização Mundial de Saúde” (JOÃO PESSOA, 2017).

Ainda há uma orientação para a inclusão da assinatura do médico e da gestante ao fim do documento.

§ 2º O Plano de Parto, uma vez validado pela(o) médica(o) obstetra da gestante ou com a direção clínica da maternidade, quando o parto for realizado por plantonista, deverá ser assinado pela(o) mesma(o) e pela gestante, não podendo ser descumprido sob hipótese alguma, salvo em caso de pôr em risco a saúde e integridade da mulher e do recém-nascido, o que deverá ser devidamente comprovado em Partograma ou Relatório Médico por escrito, nos termos da Resolução nº 368 de 06 de janeiro de 2015, da Agência Nacional de Saúde - ANS (JOÃO PESSOA, 2017).

A lei ainda aponta para os formatos possíveis ao plano de parto, estabelecendo que pode “ser escrito em forma de carta corrida ou uma lista de itens com as preferências da mulher sobre o atendimento no local de parto, desde a sua chegada até a alta, incluindo os cuidados com o recém-nascido”.

Apesar de não haver registro na legislação para que a escrita seja orientada desde o início por um profissional, a apresentação prévia do texto pela gestante e os tópicos mostrados na lei apontam para um conteúdo base do documento e para o seu formato, delimitando, de certa maneira, a infraestrutura do gênero, que será discutida em outro capítulo. Em 2021, a lei estadual da Paraíba, Nº 12.172, de 20 de dezembro de 2021, registra, em seu artigo dois, que o plano de parto é um direito básico da gestante e é dever do estado a elaboração desse plano, adicionando que as unidades de saúde, que assistem as gestantes, devem informá-las acerca deste e de outros direitos (PARAÍBA, 2021).

3.2 CADERNETAS DA GESTANTE

Na seção anterior, realizou-se uma busca pelos documentos oficiais e pelas leis que fazem menção ao objeto de estudo deste trabalho. Foi visto que uma série de diretrizes e regulamentações o institucionalizam, mas, recorrentemente, o dever de fornecer as informações necessárias à gestante sobre o parto e sobre o uso do plano cabe às secretarias de saúde, no âmbito estadual e municipal.

Além dos *blogs*, *sites* e redes sociais mencionados anteriormente, um instrumento de veiculação de informações e diretrizes sobre o parto é a caderneta da gestante. Anteriormente denominada “cartão da gestante”, esse documento, em vigor desde 1980, tinha como objetivo reunir informações sobre a mulher, proporcionando “vínculo entre os serviços ambulatoriais de assistência ao pré-natal e os demais serviços de assistência na gravidez, parto e puerpério” (RODRIGUES et. al, 2021).

Em sua concepção, o cartão da gestante apresentava, na face interna, uma síntese da ficha perinatal e, na face externa, os dados de identificação, gráficos de altura uterina e curva de peso por idade gestacional, mensagens educativas e espaço para agendamento de consultas e exames.

O cartão da gestante é denominado como um direito das grávidas no Guia dos Direitos da Gestante e do Bebê, publicado pelo Ministério da Saúde e pelo UNICEF em 2011 - mesmo ano em que se registram as iniciativas para a implantação da Rede Cegonha e uma série de ações para a humanização da assistência ao parto. Essa publicação informa à gestante que, nesse cartão, constarão todos os dados acerca do seu estado de saúde, sobre o desenvolvimento da gestação e sobre o resultado dos exames.

O documento deveria ser preenchido pelos profissionais de saúde e sua forma simplificada com gráficos e espaço para a inclusão de dados e resultados conferiam-lhe uma interface que otimizava a troca de informações entre os profissionais que acompanharam a mulher do pré-natal ao pós-parto. O guia registra que ele deve ser apresentado pela mulher à equipe médica na hora do parto. A ela, cabe apenas conferir se o manual está sendo preenchido, como se vê: “É importante levar o Cartão da Gestante a todas as consultas, verificar se ele está sendo preenchido corretamente e apresentá-lo aos profissionais de saúde na hora do parto” (UNICEF, 2011).

Figura 4: Cartão da gestante

Cartão da Gestante

Nome: _____

Endereço: _____ Tel.: _____

Município: _____

Cadastro no SIS – pré-natal _____

Agendamento

Data	Hora	Nome do profissional	Sala

Hospital/maternidade de referência: _____

Você precisa fazer no mínimo 6 consultas. É um direito seu. Leve este cartão com você e mostre-o todas as vezes em que for ao Centro de Saúde ou ao hospital.

Ministério da Saúde

www.pastoréidacrianca.org.br

Fonte: UNICEF, 2011

Segundo apontam Souza *et. al* (2021), o cartão foi submetido a várias transformações, o que resultou na ampliação de suas funcionalidades e na publicação, em 2014, da “Caderneta da Gestante”. Dessa maneira, além de incorporar os elementos do cartão da gestante, englobou “um conjunto de informações, orientações e procedimentos que até então não eram contemplados”, a exemplo de informações sobre o desenvolvimento do bebê, “dicas para uma gravidez saudável e espaços para registros referentes à consulta odontológica, atividades educativas e visita à maternidade” (SOUZA *et. al* 2021).

Figura 5: Caderneta da gestante - 2014



Fonte: <https://issuu.com/primeirainfanciamelhor-pim/docs/caderneta-gestante-eletr>

Nas palavras de Reis (2015), o material, elaborado como fruto de uma parceria entre o Ministério da Saúde e as Secretarias Municipais e Estaduais, registra conteúdo de interesse da gestante, apresentando:

direitos trabalhistas, direitos estudantis, direitos sexuais, direitos reprodutivos, direitos sociais, dicas para uma gravidez saudável, sinais de alerta, informações e orientações sobre adoção, gestação e desenvolvimento do bebê, alguns cuidados de saúde no parto e o pós-parto, informações sobre amamentação e como tirar a certidão de nascimento na maternidade. E disponibiliza no documento quadros para registros do resultado de exames e desenvolvimento da gestação (REIS, 2015, p. 16).

Em 2015, o Ministério da Saúde, em nota informativa sobre a distribuição da caderneta da gestante, explica que, no ano de 2014, a Coordenação-Geral da Saúde das Mulheres, em parceria com o Departamento de Atenção Básica, elaborou e publicou o material com atualizações, incluindo explicitamente as gestantes como destinatárias, ao dizer “uma publicação destinada aos profissionais de saúde e às usuárias do SUS”. A caderneta não reúne apenas informações sobre a gestante, mas se volta a divulgar informações para a gestante, difundindo as diretrizes de boas práticas de assistência ao parto, auxiliando “nas ações de educação em saúde”

(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015). A orientação é a de que o material seja distribuído em todas as unidades de saúde do estado e do município que atendam pré-natal pelo SUS.

Em 2016 e 2018, houve outras duas edições de *layout* bem semelhantes, que incluíam espaços para registro de tratamento de doenças, como sífilis, e para a administração de vacinas contra a difteria, tétano e coqueluche. Além disso, foram adicionadas informações a respeito das formas de proteção contra o *Aedes Aegypti*. Listam-se ainda os procedimentos que não devem ser realizados durante o parto, em linguagem simples e acessível e o conteúdo orienta a mulher sobre seus direitos e sobre estratégias que podem favorecer o parto.

Figura 6: Caderneta da gestante – 2016



Fonte: BRASIL, 2016

Além disso, destaca-se que ambas as edições (2016 e 2018) mencionam o plano de parto e apresentam um espaço para a sua elaboração, o que coopera para a divulgação do documento e para uma maior participação da mulher no processo de gestar e parir. Adequada de informações sobre seus direitos, leis que os respaldam, procedimentos que não devem ser realizados, como lavagem intestinal, raspagem dos pelos íntimos, rompimento da bolsa, episiotomia e administração de soro com ocitocina, a mulher pode escrever suas intenções e vontades para o momento do parto, no espaço direcionado a essa redação.

Figura 7: Caderneta da gestante – 2018

Plano de parto - Este espaço é para você exercitar suas escolhas em relação a seu parto. Escreva aqui como você gostaria que acontecesse o parto e como a equipe pode ajudá-la a viver esse momento da melhor forma.

Este espaço é para o profissional de saúde anotar os dados de seu parto.

Tipo de parto: ☐ normal ☐ cesárea

Motivo da cesárea: ☐ sim ☐ não

Episiotomia: ☐ sim ☐ não

Sangramento: ☐ normal ☐ aumentado

Intercorrências no parto: _____

Medicamentos usados: _____

Alto da maternidade: _____

DIU pós-parto ☐ sim ☐ não

Recém-nascido (RN): ☐ prematuro ☐ a termo

Apgar: 1º minuto _____ 5º minuto _____

Peso na alta: _____ kg

Visita domiciliar: _____

35

Fonte: BRASIL, 2018

Em 2022, uma nova versão da caderneta foi lançada pelo Ministério da Saúde. A edição trouxe modificações de *layout*. A versão azul com desenhos e símbolos de flores e borboletas, mulheres grávidas em várias representações e inscrições em letras cursivas, semelhantes a uma caligrafia humanizada foi alterada. A caderneta foi reconfigurada em um molde mais institucional, com cores da bandeira brasileira.

Figura 8: Caderneta da gestante 2022

Agendamento das consultas de pré-natal
Escreva ao lado suas dúvidas para as próximas consultas.

1ª consulta	/ /	/ /
2ª consulta	/ /	/ /
3ª consulta	/ /	/ /
4ª consulta	/ /	/ /
5ª consulta	/ /	/ /
6ª consulta	/ /	/ /
7ª consulta	/ /	/ /
8ª consulta	/ /	/ /
9ª consulta	/ /	/ /
10ª consulta	/ /	/ /
11ª consulta	/ /	/ /
12ª consulta	/ /	/ /
13ª consulta	/ /	/ /
14ª consulta	/ /	/ /
15ª consulta	/ /	/ /
Consulta Odontológica	/ /	/ /
Consulta Oftalmológica	/ /	/ /

TELEFONES ÚTEIS

- Santo: 192
- Ouvidoria Geral do SUS: 136
- Polícia Militar: 190
- Central de Atendimento à Mulher: 180
- Corpo de Bombeiros: 193
- Disque Denúncia Nacional de Abuso e Exploração Sexual contra Crianças e Adolescentes: 180
- Disque Paz: 0800 61 1997

MINISTÉRIO DA SAÚDE

CADERNETA DA GESTANTE

6ª edição

Brasília - DF 2022

Toda mulher tem direito ao atendimento na gravidez, no parto e após o parto e pode contar com cuidados seguros, de qualidade e humanizados da Rede de Atenção Materna e Infantil (RAM), ação de saúde do SUS que fortalece os direitos das mulheres e das crianças.

O Ministério da Saúde, em conjunto com as Secretarias de Saúde Estaduais, Municipais e do Distrito Federal, elaborou esta Caderneta da Gestante pensando em você, que vive um dos momentos mais intensos de sua vida. Aqui você vai encontrar vários assuntos:

- seus direitos antes e depois do parto;
- o cartão de consultas e exames, com espaço para você anotar seus dados;
- dicas para uma gravidez saudável e sinais de alerta;
- informações e orientações sobre a gestação e o desenvolvimento do bebê; alguns cuidados de saúde: o parto e o pós-parto;
- informações e orientações sobre amamentação;
- como tirar o Certidão de Nascimento do seu filho.

O profissional de saúde anotará nesta caderneta todos os dados de seu pré-natal e registrará as consultas, os exames, as vacinas e o que for importante para um bom acompanhamento do pré-natal.

Aqui tem também espaço para você anotar suas sensações e seus sentimentos, assim como coisas que quiser dizer ao seu bebê.

Um pré-natal de qualidade resultará em mais saúde para você e seu bebê. Guarde esta caderneta com carinho e cuidado e carregue-a sempre com você.

Unidade de saúde pré-natal: _____

Serviço de saúde indicado para o parto: _____

Fonte: BRASIL, 2022

A 6ª edição da caderneta traz alterações significativas não apenas no conteúdo visual, mas também nas informações. Em publicação oficial, o governo brasileiro destaca como conteúdos novos:

10 passos para uma alimentação saudável, orientações sobre saúde bucal e registro do pré-natal odontológico, informações atualizadas sobre trabalho de parto e nascimento, mais destaque para o pré-natal do parceiro e espaços de vacinas e exames readequados (BRASIL, 2022).

Examinando o exemplar, em comparação com as versões anteriores da caderneta, observa-se que há muitos textos que permanecem inalterados, como o de abertura, o que registra os direitos, os momentos da concepção etc. No entanto, há o acréscimo de uma seção sobre “O SUS e a Cultura de Paz nas Maternidades” na página 32 do manual. Tal trecho ressalta as preocupações da equipe médica quanto a sua responsabilidade pelas vidas das mães e dos bebês, solicitando que as mulheres, acompanhantes e profissionais respeitem-se. Há uma ressalva acerca de como o trabalho de parto pode interferir no julgamento e nas atitudes das mulheres, o que parece relativizar sua capacidade de escolher de maneira consciente.

Os estabelecimentos de saúde onde acontecem partos e/ou situações de urgência e emergência são locais diferenciados, pois as usuárias estão ali passando por momentos únicos de suas vidas. Além disso, na maioria das vezes, elas também estão sentindo dores intensas (normais ao trabalho de parto) que podem interferir no seu julgamento e atitudes. Enquanto isso, os profissionais que ali trabalham podem estar vivenciando preocupações relacionadas à responsabilidade de

cuidar das vidas de mães e bebês. Dessa forma, é preciso que todos os envolvidos, sendo estes usuários, acompanhantes e profissionais, reflitam e entendam a complexidade desse cenário e, acima de tudo, respeitem uns aos outros. O SUS acredita que fomentando a cultura da paz e da união nas maternidades, todos só tenham a ganhar! (BRASIL, 2022)

Compreendendo que os textos estão relacionados a um contexto de produção e que mantêm relações com outros discursos, é possível afirmar que o acréscimo do parágrafo sobre a cultura de paz nas maternidades é fruto de uma tensão no cenário de assistência ao parto brasileiro: de um lado, há uma limitação na formação dos profissionais, que são preparados para intervir e para moldar o parto a um evento previsível, aplicando procedimentos intervencionistas, nos quais a figura da equipe é primordial e central; de outro, no entanto, encontra-se a mulher que, a fim de barrar a violência obstétrica e as práticas obsoletas, apropria-se de regulamentações e do conhecimento científico presente em manuais e grupos de humanização para redigir seu plano de parto e utilizar esse instrumento como uma barreira protetiva, conforme constata Andrezzo (2016, p. 60) ao argumentar que “enquanto a atenção for ruim, as mulheres continuarão a necessitar de um escudo para se proteger”. A autora afirma, assim, que a reação das mulheres em relação à luta que firmam com os profissionais é proporcional à assistência que recebem, explicando que “cada hospital recebe o plano de parto que merece”, uma vez que as gestantes buscam se proteger de um perigo real e não imaginário. Consequentemente, constata-se uma tensão entre a condução do profissional e as expectativas da gestante, o que perturba o cenário de assistência ao parto e, possivelmente, justifica o texto em favor de uma cultura de paz nas maternidades.

Nessa seção da caderneta, enquanto a mulher é mostrada como uma agente que pode ter sua capacidade de ação, atitudes e julgamentos influenciados pelas fortes dores do parto, a equipe é impulsionada e orientado a ter ações com base nas suas “preocupações relacionadas a cuidar das vidas”. As decisões dos profissionais são, assim, mostradas como racionais e necessárias à manutenção das vidas; não são emocionais e baseadas em expectativas irreais. O respaldo na preservação das vidas envolvidas legitima as ações da equipe no contexto de assistência. Entendendo isso, à mulher cabe aceitar e cooperar para a manutenção de uma atmosfera de tranquilidade e de paz.

Cabe aqui trazer à tona o conceito de biopolítica apresentado por Foucault em *História da Sexualidade I* (1999). Foucault constata, a partir do século XVIII, o nascimento discreto de uma nova forma de poder: o biopoder, que passa a se afirmar, no século XIX, como um poder que gere a vida, podendo ser entendido como um poder normalizador e disciplinador que intenta administrar a vida e o corpo da população. Se, anteriormente, o poder soberano se constituía sobre os corpos individuais como um poder que poderia matar, possuindo o direito de “fazer morrer ou de deixar viver”, a partir do século XIX, instauram-se dispositivos de controle das populações, voltados à administração da vida. Assim, interessa, ao poder estatal, estabelecer políticas por meio das quais se pode “sanear o corpo da população, depurando-o das suas infecções internas”, uma vez que “a função mais elevada [do poder] não é mais matar, mas investir na vida, de cima para baixo”. Busca-se, aqui, o cuidado purificador da vida (FOUCAULT, 1999, p. 131). É justamente a partir dessa ótica do corpo da mulher como defeituoso que a política intervencionista de assistência ao parto ganha respaldo: devido a esses defeitos, os médicos e a equipe de assistência se constituem como os indivíduos habilitados a intervir em prol da manutenção da vida.

Foucault (2021) afirma que o regime de manutenção da saúde e da vida das populações “implica, por parte da medicina, um determinado número de intervenções autoritárias e de medidas de controle”. Dessa maneira, o médico se torna um dos grandes responsáveis por intervir no “corpo-espécie” e por gerenciar processos biológicos, utilizando-se de “procedimentos de poder e saber que tentam controla-los e modifica-los” (FOUCAULT, 1999, p. 134). Assim, de acordo com Foucault (1999), por encarregar-se da vida, o poder possui acesso direto ao corpo dos sujeitos. Dessa feita, as ações que, possivelmente, possam contrariar as decisões da gestante se darão para a preservação da vida, sendo necessário “refletir e compreender a complexidade desse cenário” (BRASIL, 2022).

Andrezzo (2016), em sua análise sobre os efeitos do plano de parto no SUS, destaca que a atuação dos médicos, que obtiveram a formação para uma prática disciplinadora e prescritiva, prende-se a protocolos e a padrões, o que reduz sua capacidade de “perceber necessidades que não sejam ditadas pelo saber biomédico”, interferindo em seu aspecto relacional. A partir disso, a autora mostra como as enfermeiras obstétricas, responsáveis pelo pré-natal das gestantes entrevistadas em sua pesquisa, orientavam os casais a realizar pedidos que não soassem “como

confronto” (ANDREZZO, op. cit., p. 57), a fim de que fossem evitados conflitos de poder.

Retornando à biopolítica de Foucault (1999), o autor constata que, apesar do discurso de preservação da vida ter se constituído como elemento político, o que se observa não é uma diminuição da violência, mas um aumento de técnicas e de processos sutis de governamentalização do indivíduo. Ao falar de como o poder de morte é transfigurado para o poder sobre a vida, no século XIX, expõe:

Mas esse formidável poder de morte [...] apresenta-se agora como o complemento de um poder que se exerce, positivamente, sobre a vida, que empreende sua gestão, sua majoração, sua multiplicação, o exercício, sobre ela, de controles precisos e regulações de conjunto. (FOUCAULT, 1999, p. 129).

A biopolítica traz, então, como cerne, a capacidade do poder “agir de maneira a incentivar a vida e aniquilar suas partes consideradas perigosas” por meio de ações e políticas estatais positivas. Foucault (1999) estabelece que o poder sobre a vida centra-se no corpo espécie, regulando processos biológicos, dentre os quais se encontram a proliferação, o nascimento e a longevidade, que “são assumidos mediante toda uma série de intervenções e controles reguladores” (FOUCAULT, 1999, p. 131). Portanto, vê-se que a caderneta da gestante 2022, concebida por um órgão governamental, justifica a intervenção médica no parto usando a manutenção da vida como argumento para respaldar até mesmo condutas intervencionistas desaconselhadas pela OMS, conforme mostrado a seguir.

Não é por acaso que, logo a seguir ao texto sobre a manutenção de uma cultura de paz nas maternidades, a caderneta se dedica a expor os procedimentos que podem ou não ser indicados pela equipe médica após avaliação de necessidade, a exemplo de rompimento da bolsa, uso de soro com ocitocina e episiotomia (BRASIL, 2022)

Assim, apresentam-se as intervenções que, de acordo com a classificação da OMS, figuram entre as condutas frequentemente adotadas de modo inadequado ou inapropriado (BITTENCOURT, 2014). Essa apresentação também consta nas edições de 2014, 2016 e 2018; entretanto, nessas cadernetas, há uma mesma inscrição que antecede a listagem dos procedimentos “Existem vários procedimentos que **não** devem ser realizados de rotina, mas apenas em algumas situações” (BRASIL, 2014/2016/2018, grifos do texto original). A redação marca, sinalizando em negrito o advérbio de negação, que as práticas da lista apresentada não devem ser adotadas

rotineiramente, marcando que podem se dar apenas em “algumas situações”. Na caderneta 2022, no entanto, além do acréscimo do texto que fomenta uma possível cultura de paz na maternidade, esses procedimentos são classificados em duas seções: não indicados e indicados após avaliação, como se vê na tabela abaixo:

Quadro 1: Comparativo - Procedimentos desaconselhados - Carteira da gestante

	2014	2016	2018	2022
Não devem ser realizados de rotina	Lavagem intestinal Raspagem dos pelos íntimos Romper a bolsa das águas Soro com ocitocina Episiotomia	Lavagem intestinal Raspagem dos pelos íntimos Romper a bolsa das águas Soro com ocitocina Episiotomia	Lavagem intestinal Raspagem dos pelos íntimos Romper a bolsa das águas Soro com ocitocina Episiotomia	Lavagem intestinal Raspagem dos pelos íntimos
Indicados após avaliação	x	x	x	Romper a bolsa das águas Soro com ocitocina Episiotomia

Fonte: Elaboração própria

O exemplar de 2022 deixa a critério da equipe médica a realização das condutas classificadas como utilizadas de maneira inapropriada ou inadequada pela OMS (BITTENCOURT, 2015), trazendo também explicações sobre como podem ser úteis à preservação da vida. Por exemplo, quanto à episiotomia, o manual estabelece que “em casos específicos, como o de sofrimento fetal, o profissional poderá indicá-la para ajudar no nascimento e proteger o bem-estar do bebê”. O bem-estar do bebê é colocado como argumento que justifica a prática, caso necessário. Assim, a mulher é orientada a aceitar a intervenção, uma vez que esta se volta a evitar o sofrimento do seu filho.

Andrezzo (2016) evidencia como a explicação das intervenções médicas, no atendimento ao parto, eram apresentadas às mulheres sob a roupagem de ajuda e como o bem-estar do bebê era utilizado como argumento basilar para respaldar práticas intervencionistas, afirmando que “De fato, o sentimento de risco é fundamental para que a medicina justifique as suas ações” (ANDREZZO, 2016, p. 81).

O conhecimento científico, assim, fica a critério da equipe médica que é apta a avaliar caso a caso. Não é por acaso que, nessa caderneta, como já falamos, o texto anterior à apresentação desses procedimentos orienta à manutenção de uma cultura de paz, uma vez que “a tentativa de evitar procedimentos considerados desnecessários pelas mulheres, muitas vezes, torna a interação com os profissionais tensa” (ANDREZZO, 2016, p. 75). Respalhando a assistência intervencionista, o texto da caderneta também estabelece que as ações, atitudes e julgamentos da mulher, no momento do parto, podem ser afetados pelas dores do parto. Valida-se, então, a competência dos profissionais de saúde, recentralizando-os nas tomadas de decisão, o que se relaciona ao dito por Foucault (2021, p. 189) ao comentar o surgimento da medicina social, “o indivíduo emerge como objeto do saber e da prática médicos”.

Martins (2004), resgatando as concepções de Foucault em sua conferência sobre “O nascimento da medicina social”, afirma que “os doentes” (nesse caso, as mulheres) “tendem a perder o direito sobre o seu próprio corpo, o direito de viver, de estar doente, de se curar e morrer como quiserem” e, conseqüentemente, a sua autonomia. O autor, analisando a biopolítica e o poder do médico, explica que a medicina, por se considerar verdadeira e estar “do lado da ‘verdade’”, esquece-se que o seu objeto é “um paciente real e concreto” (MARTINS, 2004, p. 02). Nessa perspectiva, a mulher deve, então, assim como os demais pacientes, submeter-se à tutela médica, abdicando “de sua autonomia, de seu poder de reflexão sobre si” mesma. A centralidade dos profissionais de saúde aparece nessa caderneta, pois, no contexto de assistência, operam como “guardiões da verdade”, que devem impô-la à paciente, pois “supostamente sabe a verdade” sobre o seu corpo e deve corrigi-la (MARTINS, op. cit).

Foucault (2021, p. 309) explica como a medicina, desde o século XVIII, vai assumindo um lugar “cada vez mais importante na maquinaria de poder”, que “não cessa de se estender e de se afirmar”. O filósofo observa que o médico penetra “em diferentes instâncias de poder” e, com vistas à regulação da higiene e da saúde das populações, assume intervenções médicas autoritárias. Para o autor, esse profissional

detém um excesso de poder, sendo portador de um status singular em todas as “formas de sociedade e de civilização”, uma vez que reivindica “para si o poder de conjurar o sofrimento e a morte” (FOUCAULT, 2008, p. 57). A função higienista e intervencionista do médico lhe assegura uma posição politicamente privilegiada desde o século XVIII e, mais recentemente no século XIX, confere-lhe prestígio social e econômico (FOUCAULT, *op. cit.*).

A exemplo disso, Angeli (2022) aponta que, durante o lançamento da caderneta, o secretário de Atenção à Saúde Primária defendeu a manobra de Kristeller, apesar da prática ser explicitamente condenada e banida pela OMS, uma vez que, comprovadamente, pode promover hemorragia e ruptura uterina. Como justificativa para a sua fala, o secretário aponta que “Têm algumas coisas que dependendo da situação e em casos excepcionais podem e devem ser feitas e quem define isso é o médico, não são leigos, militantes, ativistas” (ANGELI, 2022). O leigo, no momento do parto, não é o profissional, mas a mulher ou a doula que a assiste. Dessa maneira, a partir desse comentário, não há espaço para o leigo negar intervenções feitas por profissionais especializados. Aparentemente, apenas quando não há negativas ou recusas, vindas da parte leiga, é possível manter a cultura de paz no SUS, preconizada pelo material, pois a autoridade médica não estará em xeque.

Além dessa, uma das alterações mais significativas da caderneta 2022 relaciona-se à retirada, pelo Ministério da Saúde, do plano de parto dentre as informações repassadas à gestante, o que coopera para a retirada da mulher do centro das decisões. Não há espaço para o registro das vontades da gestante no momento do parto. Perde-se não apenas o espaço físico direcionado à escrita da mulher na caderneta, que existia nas versões anteriores; mas, sobretudo é retirada da gestante também a oportunidade de conhecer um documento que pode ajudá-la a registrar suas escolhas em relação ao parto, resguardando-a do excesso de intervenções e da violência obstétrica.

Figura 9: Caderneta da gestante 2022

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Este espaço é para o profissional de saúde anotar os dados de seu parto.

Tipo de parto:

☐ vaginal

☐ cesariano

Sangramento:

☐ normal

☐ aumentado

Intervenções no parto:

Medicamentos usados:

Alta da maternidade:

Recém-nascido (RN):

☐ prematuro

☐ a termo

Agar: 1º minuto _____ 5º minuto _____

Peso na alta: _____ kg

Visita domiciliar: _____

CADERNETA DA GESTANTE

Registre aqui suas impressões e emoções quando encontrou seu bebê pela primeira vez.

O PRIMEIRO ENCONTRO: O NASCIMENTO

Este é um momento único em sua vida e na vida de seu bebê. O primeiro encontro ainda no ambiente do parto é fundamental para esta relação. Se ele nascer bem, você deve ser a primeira pessoa a pegá-lo e acariciá-lo. Esse contato imediato, pele a pele, é necessário para a imundidade do bebê, para a sensação de segurança e de que ele é bem-vindo à vida. Afinal, ele também espera por esse encontro como você. Incentive seu(sua) parceiro(a) a ficar junto de vocês. Será um momento inesquecível para ele(ea) também.

Fonte: Brasil, 2022.

Como se vê acima, para falar sobre o parto, há espaço apenas para o profissional, que anotará na caderneta como aconteceram o desdobramento e o desfecho do evento. Tal espaço, para as anotações sobre o parto, também é mostrado nos exemplares anteriores, como se pode ver na figura 6, mas ele se mostra abaixo do local destinado à elaboração do plano de parto pela mulher. As versões antigas, além de proporcionarem a inclusão do documento e da mulher, também englobavam o profissional. Na mesma página, após o nascimento, seria possível observar os desejos da mulher e os desdobramentos reais. Em 2022, no entanto, apenas o desfecho é registrado e somente o registro da equipe médica sobre o evento possui lugar, o que vai ao encontro do constatado por Martins (2004, p. 25): “quando a prática médico-científica se dá em hospitais públicos” essa relação de poder (médico-paciente) “fica ainda mais clara”, pois, “além de não ter o poder financeiro”, em geral, essa parcela da população “não tem estudo superior, não compartilhando assim da mesma cultura do médico”. Dessa maneira, não há espaço para a voz da mulher que, por não ser detentora do conhecimento, é vista como incapacitada de exercer a autonomia (MARTINS, 2004).

A retirada do plano de parto dessa edição da caderneta não se deu por acaso. Medeiros *et al.* (2019), em estudo sobre as repercussões do plano de parto no processo de parturição, mostram como o instrumento ainda é alvo de

problematizações no cenário hospitalar. Os autores explicam que há pesquisas que apontam resultados positivos e negativos do plano individual no contexto de assistência e, por isso, buscaram investigar as suas repercussões. Após a revisão de inúmeras publicações, constataram que, apesar de útil para promover boas práticas, coerentes com evidências científicas atuais, os planos de parto estão relacionados a um aumento de tensão entre “a parturiente e o profissional, por uma suposta perda de autonomia deste último” (MEDEIROS, et. al, 2019). A edição da caderneta da gestante, na sua versão atual, parece apontar para isso, retirando do conhecimento das mulheres o possível gerador de conflitos no ambiente hospitalar: o plano de parto. A respeito de sua recepção no contexto de assistência ao parto, este trabalho trará considerações mais adiante, no capítulo dedicado à análise das entrevistas com as mulheres que o utilizaram efetivamente.

Conforme visto, observa-se que o plano de parto é recomendado em diversos documentos oficiais, respaldado por leis municipais e estaduais e, antes de 2022, apresentado por instrumentos de educação social, como a caderneta da gestante. Apesar de não haver menção ao plano de parto na versão mais recente da caderneta, constata-se uma ampliação quanto ao conhecimento desse gênero textual proporcionado pela realização de ações educativas em saúde, a exemplo de rodas de gestante e do acompanhamento pré-natal realizado em casas de parto (SANTOS *et. al.* 2019; SILVA, 2018). No capítulo seguinte, realizamos uma revisão da literatura científica dos trabalhos que trouxeram o plano de parto como seu objeto de estudo, a fim de observar o que se produziu de conhecimento acerca dele.

4 O PLANO DE PARTO NA LITERATURA CIENTÍFICA

A busca por trabalhos e por pesquisas que trazem como tema o objeto de estudo desta pesquisa ocorreu por meio dos portais Scielo, Capes, Google Acadêmico e também a partir da Biblioteca Virtual em Saúde do Brasil (BVS), utilizando-se a expressão “plano de parto”. A fim de se operar um recorte estratégico para essa revisão, delimitou-se o período de 2011 a 2023 por entender-se que, a partir da implantação da Rede Cegonha em 2011, as iniciativas e as ações voltadas à humanização nos centros de atendimento receberam mais ênfase, o que proporcionou uma maior abordagem das temáticas relacionadas à assistência ao parto. Como data limite, selecionou-se o ano de 2023 por ser o período atual do desenvolvimento deste trabalho. Dentro desse recorte temporal, localizamos 260 publicações.

No entanto, com o objetivo de especificar ainda mais a nossa investigação, selecionamos as publicações que registravam, no seu título e nas palavras-chave, o termo plano de parto, o que sinalizava a temática central desses trabalhos e garantia que o objeto de estudo desta pesquisa havia sido contemplado. Posteriormente, foram consideradas publicações em português de estudos e pesquisas realizados no Brasil, por compreendermos que esses trabalhos são um termômetro que apontam para os conhecimentos científicos difundidos no nosso país, gerados a partir de dados e evidências coletados no contexto brasileiro. Além disso, foram excluídas ocorrências duplicadas das publicações e estudos que não estivessem disponíveis na íntegra.

Após a aplicação desses critérios, a busca retornou 40 publicações das quais apenas quatro eram dissertações de mestrado e cinco eram trabalhos de conclusão de curso. Os 31 trabalhos restantes compreendiam artigos científicos, publicados em revistas eletrônicas, prioritariamente em contextos da área de saúde. Foi possível identificar que, das 40 publicações, 34 se concentravam na área de Enfermagem; uma em Medicina; quatro na área do Direito e uma em Informática em Saúde. Em síntese, os trabalhos investigam o conhecimento de gestantes e profissionais acerca do plano de parto, quais os efeitos e as repercussões do seu uso, registram a carência de pesquisas sobre o tema, propõem ações educativas e apresentam propostas para a construção de planos de parto de maneira imbricada a outros gêneros.

4.1 O PLANO DE PARTO NA LITERATURA NO ÂMBITO DA SAÚDE

Na área de Saúde, os trabalhos se encontram na Enfermagem, Medicina e em Ciências da Saúde. Na análise do conteúdo das publicações, surgiram os seguintes eixos temáticos: a) trabalhos que se voltam a analisar o cumprimento e as repercussões do uso do plano em contextos de assistência ao parto; b) pesquisas destinadas a investigar o conhecimento do gênero pelos profissionais de saúde e os seus efeitos formativos para enfermeiros obstetras; c) publicações que tratam de analisar o conhecimento do gênero pelas mulheres e de descrever os desdobramentos e as experiências das que já o utilizaram; e d) propostas para construção de planos de parto.

Por meio desse recorte, observou-se que a maior parte das publicações na área de saúde estão debruçadas sobre a investigação do uso e das repercussões do plano de parto nos contextos de assistência. A primeira delas, datada de 2016, é intitulada “O desafio do direito à autonomia: uma experiência do plano de parto no SUS”. Nessa dissertação, situada na área de enfermagem, a investigação se volta a descrever e a analisar o uso do plano de parto no SUS e os efeitos do documento nesse contexto. Andrezzo (2016), inicialmente, apresenta o cenário de violência obstétrica presente na assistência ao parto e o plano de parto como uma estratégia para a diminuição de intervenções desnecessárias. Por meio de entrevistas semiestruturadas com seis gestantes que experienciaram o parto no SUS e com dois médicos obstetras, a autora constata que o uso desse documento, face a um modelo intervencionista e diante da ausência de uma cultura que permita a tomada conjunta de decisões, resulta em negligência e retaliação. A pesquisadora aponta que, apesar de haver o entendimento sobre as mulheres deverem ter direito à informação, o uso do plano de parto alerta os profissionais de que estão diante de mulheres informadas, o que apresenta um “efeito psicológico” (ANDREZZO, 2016, p. 58), fomenta uma atmosfera de “ameaça” e torna a interação com os profissionais tensa (ANDREZZO, op. cit, p. 75). Os resultados apontaram que, na rede pública, todas as entrevistadas encontraram empecilhos ao uso do plano de parto e, como forma de retaliação, os médicos usaram o bem-estar do bebê como argumento, comparando-se a pilotos em situações emergenciais, que precisam tomar decisões para salvaguardar as vidas envolvidas.

Semelhantemente, Rodrigues (2017) em sua dissertação intitulada “Humanização no processo de parto e nascimento: implicações do plano de parto”, na área de enfermagem, volta-se a analisar as contribuições do uso do plano de parto. A pesquisa exploratória, de abordagem qualitativa, fez uso de entrevistas semiestruturadas com 30 puérperas, inscritas no sistema de pré-natal da cidade de Belo Horizonte em Minas Gerais, que haviam redigido planos de parto. A partir dos dados coletados, Rodrigues (2017) aponta que o plano de parto se mostrou como instrumento capaz de fortalecer a autonomia da mulher e a sua segurança diante do processo, munindo-as de conhecimento sobre o processo de parto para a tomada de decisão. Nas palavras da autora “...a elaboração do plano de parto fortalece a confiança da gestante em sua capacidade de parir e o direito de decidir por suas escolhas” (RODRIGUES, 2017, p. 56). A pesquisa evidencia que as participantes relataram maior segurança para recusar intervenções desnecessárias na assistência ao parto. A autora constata que o documento se mostra como instrumento de comunicação entre a mulher e os profissionais de saúde e, no contexto de investigação, foi acolhido de duas formas: com surpresa e aceitação e, em grande parte dos casos, com hostilidade e sarcasmo, ocasionando impacto na relação entre a mulher e a equipe. Assim, “em algumas maternidades, houve resistência da equipe de cuidadores em aceitar e seguir o plano de parto, [...] o que terminou por causar uma frustração para as mulheres em relação ao seu plano de parto” (RODRIGUES, 2017, p. 74). Constatando um cenário “hostil e complexo no qual as relações não são claras e transparentes”, Rodrigues (2017, p. 65) destaca que é fundamental que a mulher construa o plano de parto para exercer a sua autonomia. A investigação aponta, então, para a necessidade da implementação do documento em todas as redes que se voltam à assistência ao parto, instruindo que o plano seja construído de maneira conjunta entre obstetra e a mulher ainda no pré-natal. Além disso, para reduzir a resistência ao instrumento, aponta a necessidade de sua introdução na academia, aos estudantes da área de saúde.

O trabalho de conclusão de curso de Souza (2021) “Benefícios da implementação do plano de parto: uma revisão integrativa”, na área de Enfermagem, registra, por meio de uma revisão integrativa da literatura, que a função principal do documento é evidenciar à gestante a sua autonomia. A autora mostra que os estudos evidenciam que o uso do documento acarreta redução no índice de violência obstétrica, aumento nas taxas de parto normal, menor necessidade de internações de

mãe e bebê e melhor comunicação entre equipe e paciente. Dialogando com os apontamentos de Andrezzo (2016) e Rodrigues (2017), Souza pontua que há desafios na implementação dos planos de parto, pois os profissionais ora desconhecem a sua existência, ora relutam em aceitá-lo ou implementá-lo com receio da perda de autonomia em suas decisões. A resistência ao uso dos planos acontece desde as consultas de pré-natal, nas quais os médicos e outros profissionais de assistência não apresentam o instrumento à mulher, até o momento do parto, quando o documento é entregue e ignorado pela equipe, que realiza procedimentos desaconselhados pela OMS.

As demais publicações que tematizam os efeitos do uso do plano de parto são artigos científicos, que compreendem revisões integrativas e, um deles, fruto de um projeto maior, apresenta um estudo transversal descritivo com gestantes de Unidades Básicas de Saúde de Montes Claros em Minas Gerais.

Os artigos de revisão integrativa estão situados, todos, na área de Enfermagem. Diante de um cenário de crescente violência obstétrica, Silva et. al (2017), em “Plano de parto: ferramenta para o empoderamento de mulheres durante a assistência de enfermagem”, realizando uma análise de pesquisas e estudos publicados entre 2006 e 2016, mostram o plano de parto como uma maneira de melhorar a comunicação entre os profissionais e a gestante, sendo também um instrumento educativo de alto potencial, por possibilitar à mulher acesso a dados e conhecimentos indispensáveis à sua construção. Apesar de registrarem que há dados que evidenciam que a escrita do plano não garante o desfecho planejado, as pesquisadoras ressaltam os impactos positivos desse texto, uma vez que, nos estudos analisados, as mulheres relataram maior controle sobre o parto e uma visão mais objetiva acerca da assistência recebida. Por fim, apontam que esse documento possui função de garantir o respeito às suas decisões no “processo de gerar e parir” e também de proporcionar uma assistência de enfermagem humanizada, sem danos à mulher (SILVA et. al, 2017).

Da mesma maneira, Medeiros et. al. (2019), no artigo “Repercussões da utilização do plano de parto no processo de parturição”, realizam uma revisão bibliográfica da produção científica nacional e internacional, entre 2008 e 2018, a fim de analisar as repercussões do plano de parto no processo de parturição. Constatam que construí-lo no pré-natal, sob orientação da equipe médica, é fundamental para o planejamento e o desfecho do parto, uma vez que a ferramenta proporciona detalhes

sobre as escolhas das mulheres e é capaz de proporcionar um “cuidado personalizado e de qualidade para cada mulher”. Registram que o texto favorece o vínculo entre o profissional e a gestante, o que beneficia o trabalho de parto, apontando esse apoio emocional como medida eficaz para o “alívio da dor e tensão no trabalho de parto” (MEDEIROS, 2019). Por outro lado, constata-se que o dispositivo pode acarretar frustração e insatisfação com a experiência quando ele registra expectativas irrealistas e apontam que estudos sugerem uma mudança na nomenclatura do documento, a fim de que se reconheça a natureza imprevisível do parto, para o qual não se pode traçar um plano.

Em “Plano de parto como instrumento das boas práticas no parto e nascimento”, Silva (2019) *et. al.* evidenciam, analisando estudos publicados entre 2013 e 2018, como o plano de parto permite mais autonomia e liberdade de escolha à mulher, favorecendo o atendimento “qualificado e humanizado”, proporcionando também maior vínculo da “mulher com a equipe” e uma melhor comunicação, assim como visto também em Medeiros (2019). Os autores registram que o plano contribui para a redução de intervenções desnecessárias, possibilitando escolhas como a posição para parir, ingerir alimentos e para usar métodos não farmacológicos para o alívio da dor. Além disso, mostram que ele está atrelado à promoção do nascimento saudável, como “contato pele a pele com do bebê com a mãe após o parto, clameamento tardio do cordão”, evita hospitalizações e “gastos desnecessários”. Ademais, além de um melhor desfecho para o parto, os pesquisadores registram que a sua construção torna as gestantes mais preparadas, “conscientes acerca do seu processo de parto” e pontuam que o instrumento proporciona menores níveis de estresse, medo e ansiedade, gerando maior satisfação com o trabalho de parto e com o nascimento.

Esse impacto positivo do uso do plano de parto é apontado também por Rabelo Sousa e Sousa (2022) no artigo “Plano de parto no processo de humanização no parto e no nascimento”. Por meio de uma revisão bibliográfica de artigos publicados entre 2017 e 2021, os autores evidenciam a relação entre a utilização do instrumento e o processo de humanização, uma vez que este amplia a autonomia da mulher, retirando-a da posição de “leiga”, minimizando “uma assistência fragmentada, impessoal, objetificada e tecnicista” (RABELO; SOUSA; SOUSA, 2022, p. 11). Além disso, seu uso é mostrado como forma de incentivar o processo fisiológico e natural do parto. Entretanto, registram a resistência dos profissionais de saúde com formação

mais antiga em aceitá-lo, já que a humanização nem sempre integrou a assistência ao parto. Os pesquisadores ressaltam que o uso dos planos tem contribuído para a melhoria da assistência obstétrica, mas apontam a necessidade de se considerar o contexto imprevisível no processo do nascimento, de forma que haja maior satisfação da mulher, quando o plano não puder ser integralmente cumprido.

Nascimento *et. al* (2022), por meio de uma revisão bibliográfica entre 2013 e 2021”, apresentam também o plano de parto como uma ferramenta fundamental para a humanização e prevenção de violência obstétrica, no artigo “Uso do plano de parto como ferramenta de prevenção à violência obstétrica”. Ressaltam que o documento é pouco utilizado nas Unidades Básicas de Saúde, apontando o desconhecimento e a necessidade de capacitação dos profissionais acerca dessa ferramenta. Tal realidade também é constatada por Mateus *et. al.* (2022) no artigo “Implementação do Plano de Parto nas Consultas de Pré-Natal: uma revisão da Literatura”, em que os profissionais da atenção básica não conhecem o plano de parto ou interpretam de forma errônea o seu uso. A investigação registra que são empecilhos ao uso efetivo desse documento no pré-natal: a falta de capacitação dos profissionais, a rotina cansativa dos enfermeiros, a não aceitação do instrumento pelas maternidades e a denominação do plano como “utópico”, que pode gerar resultados negativos para a equipe e pressionar suas ações, haja vista o caráter imprevisível do parto.

Ainda sobre o uso e as repercussões dos planos, o artigo “Cumprimento das demandas articuladas no plano de parto entre usuárias do sistema público de saúde” de Rodrigues *et. al* (2023), investigou o cumprimento das vontades expressas nos planos pelas mulheres. O estudo transversal descritivo com 48 gestantes, realizado no município de Montes Claros, em Minas Gerais, evidencia que 58,3% das entrevistadas atribuem um efeito positivo ao seu uso, afirmando que o plano ajuda no trabalho de parto. No entanto, as pesquisadoras registram que a maior parte das mulheres que apresentaram o plano de parto, e que também as que apenas informaram suas escolhas verbalmente, tiveram pedidos, como acompanhamento, liberdade de movimentação, métodos não farmacológicos para alívio da dor, contato pele a pele com o recém-nascido, atendidos. Entretanto, entre as que usaram o plano de parto, apenas quatro obtiveram analgesia, cinco puderam escolher a posição de parir e 9 delas não foram atendidas quanto ao ambiente com pouca luminosidade. A partir da análise, Rodrigues *et. al* (2023) destacam que o não cumprimento das vontades do plano nem sempre se deve a imprevistos no momento do parto, mas,

sobretudo, à resistência ou a não aceitação dos profissionais. Ademais, a estrutura dos serviços de assistência ainda não é adequada para a participação ativa das gestantes, o que faz com que elas “se rendam às condições impostas” (RODRIGUES, 2023, p. 10).

O recorte operado na pesquisa das publicações evidenciou que tem crescido o número de trabalhos voltados à investigação do conhecimento do gênero pelos profissionais de saúde (enfermeiros), bem como para tematizar os efeitos formativos do seu uso.

Enfocando o saber dos profissionais de saúde acerca do plano de parto, Barros *et. al.* (2017) visam a identificar o conhecimento dos enfermeiros obstétricos, envolvidos na assistência ao pré-natal, a respeito desse documento. Esses profissionais foram escolhidos como foco da pesquisa, pois, de acordo com os autores, os enfermeiros “são elos importantes para orientar, estimular e empoderar a mulher para que esta possa expressar suas necessidades e desejos, assumindo, dessa forma, o protagonismo durante a gestação, parto e puerpério” (BARROS *et. al.*, 2017). A pesquisa registra o desconhecimento unânime quanto ao instrumento, sendo a assistência pré-natal dada às mulheres voltada apenas ao repasse de informações simples sobre a gravidez, parto e cuidados com o bebê. Os participantes da pesquisa, apesar de reconhecerem a necessidade de uma maior formação profissional para se inteirar acerca do plano de parto e das novas diretrizes de assistência ao parto, apontam que o documento não seria de fácil aplicação no SUS, uma vez que demanda um excesso de trabalho e um atendimento individualizado. Além disso, as limitações do espaço físico das maternidades e a falta de conhecimento sobre essa ferramenta e sobre o seu caráter legal foram identificados pelos enfermeiros como empecilhos para a sua adoção. Os pesquisadores salientam a necessidade de novas pesquisas que “instiguem os enfermeiros a inserir o plano de parto nas rotinas de atenção à mulher” (BARROS, *op. cit.*), a fim de que haja um trabalho mais qualificado dessa área e para que as mulheres vivenciem uma melhor experiência na parturição.

Semelhantemente, Feltrin *et. al.* (2022) em “Plano de parto no pré-natal: conhecimento dos enfermeiros da atenção primária à saúde” objetivam identificar o que esses profissionais sabem a respeito do plano de parto, aliando a isso uma ação educativa sobre a sua importância, no município de Catanduva. Como resultado, mostram que 64% dos enfermeiros avaliam o seu conhecimento sobre o gênero como regular e evidenciam que ocasionalmente procuram se atualizar sobre o tema. A

investigação aponta também falhas conceituais sobre a aplicabilidade do documento, mesmo após a ação educativa desenvolvida, e registra uma defasagem na formação dos enfermeiros. A formação limitada dos profissionais de saúde também é abordada por Boff *et. al* (2023) no artigo “Experiência de profissionais e residentes atuantes no centro obstétrico acerca da utilização do plano de parto”. A investigação incluiu sete profissionais, entre enfermeiros, técnicas em enfermagem, uma médica assistencial e cinco residentes em diferentes áreas (fonoaudiologia, ginecologia e obstetrícia, enfermagem e fisioterapia). Os participantes relatam a carência de conhecimento e a falta de atualização profissional como empecilhos ao uso do plano de parto, o que contribui para a manutenção de práticas intervencionistas já consolidadas. Nessa publicação, os entrevistados mostraram considerar importante o uso do plano para assistir a mulher e para orientar a equipe. Boff *et. al.* (2023) destacam a necessidade do profissional enfermeiro se manter atualizado para prestar assistência às mulheres ainda no pré-natal, de forma a cooperar para a produção de planos de parto personalizados e adequados à realidade do serviço.

O conhecimento sobre plano de parto por profissionais em formação foi abordado por Narchi *et. al* (2019), que investigaram o gênero entre os alunos de enfermagem, averiguando também a opinião dos discentes do curso de obstetrícia sobre o uso desse instrumento. Os entrevistados na pesquisa apontaram conhecer o plano de parto e 87% deles o utilizaram em suas práticas de estágio. Esse indicativo sinaliza um maior conhecimento do gênero por parte de estudantes em formação, o que parece apontar para uma revisão nas práticas obstétricas do país. Além disso, os autores indicam, como resultado, um número expressivo de futuros profissionais que consideram o plano de parto como um documento importante, como “uma estratégia de ensino-aprendizagem das boas práticas de atenção obstétrica” (NARCHI, 2019). No entanto, enfatizam a necessidade da articulação teórico-prática, de maneira que não apenas se tenha conhecimento sobre o plano de parto, mas que, de fato, esse conhecimento traga melhorias para a atenção básica nos serviços de saúde.

Para averiguar essa relação entre conhecimento e prática, Costa *et. al.* (2023), no artigo “Avaliação do conhecimento, atitude e prática dos enfermeiros da atenção básica sobre Plano de parto”, realizam uma investigação com enfermeiros que atendem pré-natal de risco habitual na atenção básica. Os pesquisadores apontam que os participantes apresentaram conhecimento adequado do gênero, mas na dimensão prática esse conhecimento foi inadequado, pois não houve aplicabilidade

do instrumento ao contexto de assistência. Os autores elencam que, além da qualificação da equipe, é preciso garantir a implementação de programas já existentes e boas condições de trabalho para esses profissionais.

Além das publicações que apontam a falta de conhecimento dos profissionais sobre o plano de parto, há outras que tematizam a importância da atuação do enfermeiro na elaboração do plano de parto e que registram ações formativas dessa categoria, como se vê a seguir.

Em seu trabalho de conclusão de curso “Plano de parto: qualificando a assistência de enfermagem e empoderando a parturiente”, Santos (2022) realiza uma revisão integrativa dos artigos publicados entre os anos de 2017 e 2022 para delimitar a importância desse documento para a assistência de enfermagem. A autora aponta que os enfermeiros são fundamentais na implementação dos planos, podendo contribuir com uma maior qualidade na assistência da enfermagem, atuando para a sua humanização e para a satisfação da mulher com o trabalho de parto. A atuação dos enfermeiros no contexto de assistência ao parto é apontada por Vale (2022) em seu TCC “Estratégias utilizadas por enfermeiros na promoção da construção do plano de parto: uma revisão integrativa”. Esse trabalho evidencia que os profissionais da área fazem uso de estratégias de fácil implementação, não onerosas, como construção de plano de parto na consulta de Enfermagem, rodas de conversa, grupos de pré-natal e aulas, destacando a importância desses indivíduos no processo de cuidado à mulher. Nessa mesma perspectiva, corroborando a importância do papel do enfermeiro, Pereira *et. al.* (2022), no artigo “A importância da atuação do enfermeiro na elaboração do plano de parto”, registram que a atuação desse profissional no pré-natal possibilita uma “assistência humanizada, integral e resolutive”, sendo de um papel indispensável no processo de educação em saúde. Faria e Alves (2023) apontam, no artigo “Plano de parto: o enfermeiro na utilização dessa ferramenta para educação, conscientização e empoderamento na era da cesárea”, que as enfermeiras obstétricas e as obstetrizas são uma importante possibilidade para otimizar a assistência ao parto, cooperando para educar as mulheres na escolha da via de parto e quanto à promoção dos seus direitos. Essa publicação, no entanto, registra que a hierarquia de poder e a realização de partos, em grande parte, apenas por médicos são uma espécie de impedimento à concretização plena desse cenário.

Haja vista o papel do enfermeiro obstétrico e a importância da capacitação dos profissionais de saúde para a humanização do parto, encontraram-se também

diversos artigos que se debruçaram a registrar experiências de formação e a relatar práticas de uso do plano de parto. O relato de experiência “Metodologia *Team-Based Learning* Aplicada à Construção de um Modelo de Plano de Parto” de Medeiros et. al. (2021) discorre acerca da elaboração de um modelo de plano de parto, com a participação de uma equipe de 120 profissionais (enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos e alunos de graduação em enfermagem). A partir de uma leitura prévia sobre o tema e da formação de equipes de trabalho, os participantes opinaram quanto ao melhor formato para o plano de parto, discutindo também o seu conteúdo para chegar a um consenso. As autoras registram que, no início da ação, a maior parte dos profissionais desconhecia o plano de parto, mas, ao fim da experiência, os participantes “admitiram a importância deste para a implementação de atenção obstétrica humanizada e qualificada às mulheres”, reconhecendo-se como “atores estratégicos na utilização dessa tecnologia” (MEDEIROS et. al. 2021, p. 4).

Da mesma maneira, Catissi et. al. (2021), por meio de um estudo quanti-qualitativo, descrevem e avaliam as estratégias para a implementação do plano de parto no município de Franco da Rocha. Após apresentação expositiva sobre o tema, os pesquisadores implementaram a dinâmica do *role play*, em que os enfermeiros, divididos em dupla, precisavam interpretar a gestante e o médico, simulando a construção conjunta de um plano. Finalmente, os participantes foram instruídos a responder um questionário sobre o documento, evidenciando maior conhecimento sobre ele após a oficina. Catissi et. al. registram que a adoção total do plano de parto só será possível se, no âmbito da gestão, houver uma ação de modo a torná-lo uma diretriz de política de saúde regional. Apontam também a necessidade da elaboração de um plano adequado ao município, atendendo questões do contexto local.

Trabalhos mais recentes no âmbito da Enfermagem, apontam condutas inovadoras que envolvem o plano de parto, o que sugere uma maior circulação de conhecimento sobre ele. Em “Aqui geramos sorrisos: Consulta de plano de parto”, Cruz et. al (2023) discorrem sobre a consulta de plano de parto, como forma de se fazer escolhas esclarecidas, melhorar a prestação dos cuidados e fomentar uma assistência personalizada, proporcionando uma experiência positiva e a garantia dos direitos da mulher. Registram que as grávidas são encaminhadas para essa consulta às 32 semanas, por meio de um requerimento e que, ao final, preenchem um documento que será impresso e arquivado. Essa publicação registra uma prática importante de elaboração conjunta entre gestante e equipe médica, já apontada como

necessária em outros trabalhos. Ainda quanto ao uso do plano de parto em contextos inovadores, a publicação “Plano de parto face à perda perinatal” de Silva (2023) visa a operacionalizar o instrumento, para os enfermeiros obstétricos, mostrando sua utilidade diante da morte do bebê. A autora registra as escolhas que são possíveis às mulheres, evidenciando como o plano de parto se apresenta como meio eficaz de comunicação.

Uma parcela expressiva das publicações traz a mulher como foco, ora analisando o conhecimento delas sobre o plano de parto, ora descrevendo as experiências das que já o utilizaram. Como o próprio nome indica, no artigo “Plano de parto em rodas de conversa: escolhas das mulheres”, Gomes *et. al.* (2017), situados também na área da Enfermagem, em um estudo descritivo exploratório, descreveram os desejos das gestantes, sinalizados nos planos de parto da caderneta da gestante, tais como analgesia, uso do chuveiro e presença do acompanhante. Vale destacar que das 84 participantes, 71 delas indicavam o desejo de ter o marido como acompanhante e esse resultado expressivo, constatado também em Rodrigues *et. al.* (2017), indicam um cenário em que direitos básicos ainda eram alvo de resistência. Os autores registram que as escolhas informadas das mulheres são resultado da oferta de informação de qualidade em rodas de conversa no pré-natal. Essas ações possuem o potencial formativo de promoção à humanização do parto.

Avaliando como as mulheres foram fortalecidas pelo plano de parto, Mouta *et. al.* (2017) em “Plano de parto como estratégia de empoderamento feminino”, registram que, das 11 entrevistadas no estudo, todas relataram se sentir respeitadas e no controle do processo de parto com o uso do documento em uma casa de parto. Entretanto, convém questionar se o contexto de recepção do gênero influenciou esse desdobramento, uma vez que foram excluídas do estudo mulheres que haviam parido em contextos hospitalares. De acordo com os próprios autores, as casas de parto são “locais diferenciados” por possibilitarem um parto mais tranquilo. Loiola (2020) em “Plano de parto como tecnologia do cuidado: experiência de puérperas em uma casa de parto”, ao investigar a experiência de mulheres com o instrumento nesses espaços, expõe que as entrevistadas compartilharam terem tido uma assistência humanizada, respeitosa, individualizada, repleta de segurança e vínculo, além de apontarem o cumprimento dos desejos expressos no plano, o que se contrapõe a estudos em outros contextos.

Por exemplo, em publicação mais recente sobre a mesma temática, Vieira (2022), no Trabalho de Conclusão de Curso “Plano de parto como ferramenta de empoderamento da parturiente”, registra os benefícios do instrumento, como autonomia, capacidade de planejamento, garantia de um processo fisiológico, mas também aponta obstáculos ao seu uso, a exemplo da resistência da equipe médica e falta de formação dos profissionais, que cooperaram para o descumprimento dos planos e, conseqüentemente, geraram um sentimento de frustração das entrevistadas. Assim, pôde-se perceber que o contexto de recepção do documento possui influência acerca da percepção das mulheres sobre ele.

Da mesma maneira, já em 2023, utilizando uma abordagem metodológica diferente, Gomes *et. al* (2023) registram resultados semelhantes na publicação “Análise de significados e sentidos do plano de parto para as mulheres que o realizam”. Algumas entrevistadas, a despeito de avaliarem o plano como objeto de autoconhecimento, autonomia e tranquilidade, destacaram a não aceitação do documento e o não cumprimento pelos profissionais. Em “O uso do plano de parto por mulheres durante o pré-natal”, Duarte e Temóteo (2023) destacam a tensão que se instala entre parturiente e a equipe com o uso do plano de parto. O instrumento é avaliado positivamente por algumas gestantes, mas, por outras, é tido como uma barreira na relação cuidador-gestante. Anos antes, a mesma realidade foi constatada por Trigueiro (2021), em uma revisão de escopo intitulada “O uso do plano de parto por gestantes no pré-natal”, segundo a qual os planos acarretavam animosidade dos profissionais para com as mulheres.

Entretanto, essa relação entre o contexto de assistência e o nível de satisfação das mulheres em relação ao plano e ao desfecho do parto não se mostrou como regra no estudo exploratório desenvolvido por Santos *et. al*. (2019), compartilhado no artigo “Os significados e sentidos do plano de parto para as mulheres que participaram da Exposição Sentidos do Nascer”. Os autores registram uma correspondência direta entre a escrita do plano e uma vivência positiva da parturição em diferentes contextos de assistência; por isso, destacam a importância do instrumento como “uma tecnologia que favorece o desenvolvimento favorável do parto” (SANTOS *et. al*. 2019). As entrevistadas apontaram que o principal ganho havia sido o respeito e o tratamento atencioso, baseado em cuidados individualizados. Ao lado disso, apresentam como benefícios os métodos para alívio da dor, a presença do acompanhante, possibilitados devido ao conhecimento das mulheres sobre esses direitos.

A dissertação de mestrado de Figueiredo (2021) “Plano de parto: do planejamento à execução”, por sua vez, evidencia, por meio da aplicação de questionários e de entrevistas semiestruturadas, que mais da metade das mulheres participantes do estudo disseram-se muito satisfeitas com o atendimento e o desdobramento do parto, apesar do atendimento parcial da maior parte dos itens do plano de parto. O trabalho aponta que, apesar de haver dissonâncias entre o planejado e o executado, o plano possibilita, mesmo que minimamente, o respeito às escolhas da gestante. A autora destaca que não é apenas a apresentação do plano de parto que garante a execução dos desejos da mulher e a sua satisfação com o atendimento, mas aponta que a escuta, o acolhimento e a empatia da equipe médica, tem um maior efeito sobre essa sensação de satisfação das mulheres com o parto.

A despeito dos muitos benefícios apontados até aqui, muitas mulheres ainda desconhecem a existência e o uso do plano de parto, e alguns dos artigos encontrados em nossa busca se voltam a essa investigação. Em uma pesquisa exploratória com 19 gestantes de risco habitual em uma maternidade pública do Paraná, Trigueiro (2022), no campo da Enfermagem, aponta que 13 desconheciam o gênero e as demais evidenciaram conhecimento parcial sobre ele. Além disso, mostraram conhecimento limitado sobre as dinâmicas do parto, o que contribui para a dificuldade de reconhecer e lutar contra violências presentes nesse contexto. Na publicação “Desconhecimento e falta de acesso de gestantes ao plano de parto”, Barhart *et. al.* (2022) constataram a mesma lacuna: dentre as 21 entrevistadas no município de Cascavel, no Paraná, todas ignoravam a existência do documento e relataram não ter tido acesso a ele, na atenção básica. Esse estudo, mais recente que o anterior, ainda registra que a ciência acerca desse documento precisa ser ampliada e a sua importância, difundida.

Assim como o desconhecimento do gênero, a compreensão parcial do instrumento pelas mulheres também é vista como empecilho ao seu cumprimento. Dessa forma, Trigueiro (2022) indica a necessidade de estudos para o aprofundamento da temática, de maneira que se busque compreender como diferentes profissionais e instituições fazem uso dele. Para o autor, a adoção de modelos engessados, prontos em domínios públicos e não adequados à realidade particular de cada local, tende a criar expectativas irrealistas nas mulheres e desemboca no descumprimento da vontade. Assim, a literatura científica, a partir do

recorte que operamos, também mostra pesquisas e publicações que se dedicam a propor novos modelos e propostas de construção dos planos de parto. Observamos que essas publicações são feitas em outras áreas de conhecimento, além da Enfermagem, que, por ora, engloba todos os artigos comentados até o momento.

O primeiro desses trabalhos “Proposição do plano de parto informatizado para interoperabilidade e humanização” de Carrilho *et. al.* (2016) se volta a propor um modelo de referência para o gênero, identificando um conjunto “de arquétipos para representar seus conceitos”. A investigação se situa em uma área interdisciplinar, entre Informática e Saúde e, a partir de um levantamento da literatura sobre o tema e de informações nos documentos oficiais, os autores elaboraram um modelo de referência para a construção de um plano informatizado. A publicação apresenta um projeto-piloto, com vistas a ser utilizado no pré-natal e nascimento de toda a rede do Hospital das Clínicas da UFMG. Os autores apontam que a iniciativa pode favorecer a humanização e alargar o acesso ao plano de parto, uniformizando a assistência ao parto por meio desses registros.

Ainda nessa interface, a dissertação de mestrado de Santos (2023) “Infográfico animado sobre o plano de parto como diretiva antecipada de vontade: proposição tecnológica” realiza um diálogo entre tecnologia e saúde, na área da Enfermagem, apresentando a criação de um infográfico sobre plano de parto. Essa construção, após pesquisas sobre o tema e sobre as recomendações da OMS, tinha o intuito de instruir as gestantes sobre o plano de parto, orientando os profissionais como elaborá-lo juntamente com as mulheres para a tomada de decisão compartilhada. Trata-se de uma intervenção e um novo modelo para difundir o gênero, utilizando recursos midiáticos e multimodais tão presentes no cotidiano da população.

O único trabalho encontrado na área da Medicina é um artigo científico de 2020, que trata da construção de um plano de parto no contexto da pandemia de COVID-19. “A construção de plano de parto na atenção básica em período de pandemia” de Souza *et. al.* (2020) ressalta que o cenário pandêmico culminou em complicações e na criação de novos protocolos, reforçando ainda mais a necessidade do uso desse instrumento. As autoras empreendem uma ação disciplinar durante o pré-natal de uma Unidade de Saúde da Família em Santa Laura, orientando as gestantes quanto à elaboração e ao uso do plano de parto. Essa iniciativa, como vimos acima, é comum no âmbito dos enfermeiros obstetras, mas não em comunidades médicas, uma vez que as publicações apontam para a resistência desses profissionais na recepção dos

planos. Entretanto, essa publicação é feita por alunas da graduação em Medicina, profissionais ainda em formação, o que pode apontar que as iniciativas de humanização têm, paulatinamente, repercutido em vários cenários

A ausência de abordagens do plano de parto no contexto médico parece influenciar a sua validação e a sua aceitação por esses profissionais nas maternidades públicas, como se pôde observar nesta revisão. Por outro lado, a exemplo do apontado por Medeiros *et. al.* (2019), quando a equipe médica orienta o planejamento e a escrita do plano de parto previamente, os desfechos são mais favoráveis e as expectativas de profissional e da gestante se mostram mais alinhadas, o que coopera para uma maior aceitação do instrumento e para a satisfação das mulheres.

4.2 O PLANO DE PARTO ALÉM DA ÁREA DA SAÚDE: PUBLICAÇÕES NO DIREITO E NA LINGUÍSTICA

Conforme já dissemos, os estudos, pesquisas e artigos revisados acima encontram-se na área de Saúde, mais precisamente no campo da Enfermagem Obstétrica. A busca realizada retornou apenas quatro publicações vinculadas ao campo do Direito, as quais se propuseram a analisar o plano de parto como um instrumento útil para a prevenção da violência obstétrica. Sob essa perspectiva, Moraes (2020) estabelece que os direitos reprodutivos envolvem que, no momento do parto, as parturientes tenham a autonomia respeitada, devendo receber informações sobre os procedimentos executados e sobre a validade científica deles. Assim, realizando a análise de trabalhos a respeito da utilização dos planos de parto, Moraes (2020, *op. cit*) destaca que o instrumento é válido para a humanização do parto e para a prevenção da VO. No entanto, o plano de parto ainda apresenta limitações em sua aplicação, devido ao desconhecimento dos profissionais, a sua falta de preparo para orientar as gestantes em sua elaboração e à falta de infraestrutura das maternidades, o que compromete o seu caráter de proteção à autonomia da mulher e o respeito aos seus direitos.

Em “Violência obstétrica e plano de parto”, Flores *et. al.* (2022) realizam coletas de relatos on-line sobre violências às quais as mulheres são expostas no momento do parto, apresentando os planos de parto como um meio de combate e um avanço na promoção do direito à saúde. Os autores elencam os procedimentos desaconselhados

pela OMS como formas de violência e registram a legislação que respalda o direito das mulheres, apresentando leis, artigos do código penal e resoluções.

Ainda sob esse viés, o Trabalho de Conclusão de Curso de Oliveira (2022) “A responsabilidade civil do médico e da maternidade frente ao plano de parto” analisa a natureza jurídica do documento. A autora apresenta que os planos tratam de um negócio jurídico, que exige uma análise específica. Estabelece que é necessário que a mulher esteja gozando de sua capacidade de discernimento, que o documento seja expresso pelo próprio titular e que o válido é a exteriorização do ato, das vontades, sem que seja necessária uma forma engessada e padronizada. O trabalho apresenta o caráter legal dos instrumentos, apontando que os médicos e as maternidades devem adotar medidas para que as mulheres não se tornem vítimas de “danos em decorrência da inobservância ou desrespeito ao Plano de Parto em qualquer etapa do processo: seja em sua elaboração, protocolo ou (des)observância das diretivas apresentadas” (OLIVEIRA, 2022, p. 39). O trabalho apresenta que os planos direcionam melhor a conduta da equipe, evitam ocorrência de dano, asseguram os direitos da gestante e também atuam como “instrumento de prevenção na responsabilização decorrente de danos causados à paciente” (OLIVEIRA, op. cit, p. 62).

Finalmente, a dissertação de mestrado de Palazzi (2022) “O plano de parto como instrumento para exercício dos direitos reprodutivos da gestante” mostra a relação entre a subutilização do plano de parto e o cenário de violação dos direitos reprodutivos das mulheres em Ouro Preto - MG. Analisando os índices da Agência Nacional de Saúde Suplementar, a autora aponta a manutenção de um sistema paternalista e constata uma abordagem da assistência pautada em um viés curativo e intervencionista. A fim de garantir os direitos das mulheres na assistência ao parto, a autora propõe um modelo de plano e registra um protocolo para a sua utilização, composto por uma consulta de formação, encontros individuais de orientação e uma consulta para o esclarecimento de dúvidas e revisão das escolhas.

A busca inicial a partir da expressão “plano de parto” não retornou trabalhos vinculados à Linguística. No entanto, a fim de aprofundarmos a compreensão acerca de como o nosso objeto de estudo aparece nessa área, buscou-se por “plano de parto”

+ “linguística”, ao que foram identificadas duas publicações. A primeira³ delas “Eu quero cesárea!” ou ‘*Just cut it out!*’: análise crítica do discurso de relatos de parto normal após cesárea de mulheres brasileiras e estadunidenses à luz da linguística de corpus” é uma tese resultante da pesquisa de doutorado de Fonseca (2014). A pesquisadora objetiva investigar, por meio da Análise Crítica do Discurso (ACD) e da análise de relatos de parto normal após cesárea escritos pelas participantes da pesquisa, a falta de correspondência entre o que se desejou e o que se obteve na assistência ao parto. O trabalho aponta um discurso médico pautado em afirmações negativas sobre o parto normal que são creditadas às mulheres, apresentando como alguns profissionais usam o discurso ideologicamente “para fabricar o consentimento da mulher” quanto aos procedimentos adotados. Nos discursos analisados no Brasil, a cirurgia como necessária é linguisticamente construída ao longo da gravidez, o que resulta em cesáreas anteriores ao trabalho de parto. A autora registra, em suas considerações, que essa investigação é importante para ressaltar a necessidade dos planos de parto com o intuito de proteger as mulheres no contexto de assistência.

Ainda por meio de uma análise discursiva crítica de uma carta ao obstetra, Regis e Resende (2015) no artigo “‘Daí você nasceu, minha filha’: análise discursiva crítica de uma carta ao obstetra” já apontam nessa época o objeto de estudo como inovador e pouco conhecido, justificando a pesquisa como importante no cenário de hospitalização do parto no Brasil. O artigo toma por base uma carta de uma mulher ao obstetra que realizou a sua cirurgia cesariana, do parto do primeiro filho, com a finalidade de superar os traumas relacionados a esse momento. Regis e Resende (2015) pontuam que o discurso da carta materializa uma luta hegemônica que se dá no modelo de assistência vigente no país. Assim como evidenciado na pesquisa de Fonseca (2014), nessa abordagem, a médica vai se mostrando como “responsável pela conversão do sutil do fisiológico em patológico”, em que a mulher é culpada pelo insucesso no parto, mesmo que nunca tenha admitido “explicitamente a sua preferência pela cirurgia” (REGIS; FONSECA, 2015, p. 599). Apesar de situadas na área da Linguística, ambas as publicações se situam sobre objetos de estudo diferentes do desta pesquisa, nenhuma delas enfocando o plano de parto. Assim,

³ A tese de Dias (2007), apresentada brevemente na introdução deste trabalho, não aparece entre os trabalhos da área da Linguística, porque se situa fora do recorte temporal que estabelecemos para o levantamento.

registramos que a abordagem a que nos propomos não foi encontrada na literatura de nossa área.

À guisa de conclusão, como vimos, a maior parte das pesquisas e trabalhos registra uma experiência positiva do uso desse instrumento na assistência ao parto, destacando a garantia ao protagonismo da mulher, a sua autonomia, o respeito às suas decisões e o estabelecimento de vínculo e confiança entre a equipe hospitalar e a parturiente, o que resulta em uma experiência de parto satisfatória. Nessa revisão, alguns trabalhos registraram o desconhecimento do instrumento tanto por profissionais quanto por gestantes, seja em anos iniciais ao recorte realizado e até mesmo no contexto atual. Compreende-se que, apesar das iniciativas governamentais, das publicações (em redes sociais e no meio científico), das leis, artigos e trabalhos aqui analisados, ainda impera um considerável desconhecimento acerca desse gênero e sobre as regulamentações, boas práticas de assistência ao parto e evidências que o embasam.

5 OS PERCURSOS METODOLÓGICOS DA PESQUISA

Conforme visto no capítulo anterior, o objeto de estudo deste trabalho situa-se, prioritariamente, na área de saúde, mais precisamente no campo da enfermagem obstétrica. A partir dos métodos de busca utilizados, não constatamos, no âmbito da Linguística Aplicada, pesquisas ou abordagens que se dedicassem à análise do plano de parto. Devido à ausência de estudos sobre o gênero no nosso campo, e também pela problemática social que dá origem à investigação proposta, classificamos esta pesquisa como exploratória de abordagem qualitativo-interpretativista.

Como o próprio nome sugere, a pesquisa exploratória se dá quando não há “informações estruturadas” suficientes acerca da natureza de um problema e, portanto, a exploração se volta a “obter um volume” de dados que “explorem em profundidade” como um determinado fenômeno acontece. (MALHOTRA, 2006). Nesse sentido, o desenho desta pesquisa incorporou, inicialmente, uma investigação preliminar acerca do objeto de estudo investigado, de forma que fosse possível compreendê-lo com maior precisão, tanto quanto aos seus aspectos linguístico-discursivos como ao contexto de circulação e de recepção.

Piovesan e Temporini (1996) comentam que a pesquisa exploratória permite ao pesquisador decidir sobre o que necessita ser mais detalhado na investigação, alertando-o também para potenciais dificuldades, sensibilidades e áreas de resistência. Sendo assim, houve a necessidade de explorar o conhecimento das mulheres acerca do gênero plano de parto, dos documentos oficiais que se destinam a abordar a assistência ao parto e da utilização do texto.

A abordagem qualitativo-interpretativista foi escolhida devido à necessidade de analisar e de interpretar um fenômeno social, a fim de que se pudesse chegar a uma compreensão mais abrangente sobre a complexidade de uma dinâmica que se instaura na vida prática das mulheres que se utilizam dos planos de parto. Dessa maneira, essa abordagem possibilitou a análise dos dados, respondendo diretamente ao desafio de descrevê-los, interpretá-los e de explicar fenômenos permeados por um universo de motivações, valores, atitudes e crenças, a partir da aproximação e da interpretação da realidade pela pesquisadora.

Os dados analisados nesta pesquisa são vastos e foram reunidos em diferentes contextos, compreendendo: exemplares do gênero plano de parto; questionários

aplicados virtualmente e entrevistas semiestruturadas realizadas com colaboradoras que se voluntariaram a participar deste estudo.

5.1 PROCEDIMENTO PARA SELEÇÃO E ANÁLISE DE EXEMPLARES DO GÊNERO PLANO DE PARTO

De acordo com Bazerman (2011), costuma-se identificar gêneros textuais a partir de um conjunto de características que lhes são próprias, uma vez que a tendência é identificá-los e defini-los “por essas características sinalizadoras especiais, e depois por todas as características textuais que virão a seguir” (BAZERMAN, 2011, p. 31). O autor, no entanto, explica como essa identificação, apesar de útil em um primeiro momento, é incompleta e propicia uma visão “enganadora” do gênero, pois, considerar apenas um apanhado de características faz com que se ignore “o papel dos indivíduos no uso e na construção de sentidos, o uso criativo da comunicação para satisfazer novas necessidades percebidas em novas circunstâncias e a mudança no modo de compreender o gênero com o decorrer do tempo” (BAZERMAN, op. cit., p. 32). Nessa perspectiva, os elementos que compõem o gênero são flexíveis e a compreensão do gênero pode se modificar ao longo do tempo. Esse caráter dinâmico também é apontado por Bakhtin (1979/2003) em sua célebre frase: “os gêneros são formas relativamente estáveis de enunciados”. Essa compreensão permite entender que a forma, por mais estável que se apresente, está sujeita à criatividade do agente-produtor e é influenciada por seu contexto de produção, que engloba as circunstâncias da atividade comunicativa.

Tal prerrogativa é igualmente corroborada por Bronckart (2012), uma vez que, para esse autor, os textos, produtos da atividade humana, mantêm uma relação direta com os contextos sociais, que são muito diversos. Dessa relação com as necessidades, interesses, funcionamento das organizações sociais nascem as “espécies de textos” que são variadas e, dentro dessas espécies (desses gêneros), ocorrem variações “que cada produtor individual introduz quando reproduz uma espécie de texto e adapta-o à situação de comunicação particular em que se encontra” (BRONCKART, 2012, p. 72)

As considerações feitas acima objetivam respaldar a seleção dos exemplares que baseiam a análise realizada neste trabalho. A fim de se considerar “as variações em diferentes situações” nos planos de parto, buscou-se ampliar a amostra, com o

intuito de reunir uma variedade de textos que permitisse observar as suas diversas formas, relacionando-as aos seus contextos comunicativos. Dessa maneira, o recorte evidencia tanto os traços característicos do gênero quanto as diversidades de padrões nos planos de parto.

A partir do objetivo de analisar a tessitura e as características sócio-funcionais e linguístico-discursivas do gênero plano de parto, o *corpus* foi definido de maneira a contemplar uma quantidade significativa de exemplares, a fim de que houvesse uma extensão de evidências para que se pudesse fazer afirmações. A reunião dos textos foi realizada de forma a observar o ponto em que a pesquisa retornasse pouca ou quase nenhuma variação entre os exemplares que já haviam sido selecionados. Nas palavras de Bazerman (2011, p. 47), não há uma equação para determinar a quantidade adequada de uma amostra, mas pode-se observar o seguinte: “o tamanho da amostra deve ser grande o suficiente de forma que, mesmo a adição de mais exemplares, dificilmente implicará maiores novidades ou variações”. Concluídos a pesquisa e o recorte, chegou-se a um total de doze exemplares do gênero, reunidos de acordo com contextos de produção diferentes.

Para a seleção dos textos disponíveis na *internet*, utilizamos o buscador “*Google*”, inserindo as palavras-chave “plano de parto modelo”. Obtivemos um retorno de dez páginas de resultados nessa busca, totalizando um número de sessenta e quatro *websites*. A triagem inicial das páginas apontou a ocorrência de *sítes* repetidos, exibindo também, em vez de modelos do texto, artigos, vídeos em *blogs* ou entrevistas sobre a definição do gênero. Além disso, nesse retorno, encontramos imagens de planos de parto no *Pinterest*. Dessa maneira, por não veicularem um exemplar relacionado a contextos de produção que pudessem ser investigados, excluímos imagens e vídeos, bem como os artigos que se voltavam a explicar a definição do conceito de plano de parto. Após isso, foi necessário excluir planos de parto que se mostraram replicados e/ou minimamente alterados, nesses domínios, ao que chegamos a dezoito exemplares. Dentre os dezoito, eliminamos planos com baixa qualidade de visualização e que possuísem defeitos estruturais de construção, por entendermos que não se configuravam como bons modelos do gênero.

Uma análise preliminar desses textos apontou duas regularidades principais: planos estandardizados produzidos por instituições hospitalares, feitos pelas maternidades para circulação interna, e planos gerais, veiculados por diferentes agentes para uso em contextos diversos. Aos primeiros, nomeamos planos

estandardizados hospitalares (PEH) e aos de segundo tipo, planos gerais estandardizados (PEG). Como forma de abarcar uma diversidade de contextos de produção, selecionamos os exemplares a partir das instâncias responsáveis por sua veiculação, pelo contexto de assistência e também por sua variação quanto à forma.

Quadro 2: Exemplares selecionados na *internet*

PE	Planos hospitalares	Planos gerais
1	Unimed Joinville - Privado	Defensoria Pública do Estado de São Paulo
2	Maternidade Santa Casa – Privado, vinculado ao programa Parto Adequado	Despertar do parto
3	Núcleo Bem Nascer – Hospital Multidisciplinar	JusBrasil
4	Hospital Universitário - USP	

Fonte: Elaboração da autora

Como se vê acima, quanto aos planos hospitalares, escolhemos três exemplares de instituições privadas, que se diferenciam quanto à abordagem da assistência ao parto, e um exemplar de uma instituição pública universitária. Já em relação aos planos gerais, selecionamos três textos, segundo a instância responsável por sua veiculação.

Além desses exemplares, a fim de analisar textos efetivamente usados pelas mulheres, em contextos de publicação e de circulação diferentes, reunimos planos de parto cedidos por quatro participantes da nossa pesquisa, os quais denominamos de planos individuais (PI). Consideramos aqui o tipo de assistência (pública, privada e por convênio) e o lugar de circulação do texto: hospital, casa de parto e domicílio, por entendermos que esses parâmetros exercem influência na construção dos planos de parto. Como dentre as nossas participantes não se encontravam mulheres cujos partos aconteceram em casas de parto, selecionamos um plano disponível na *internet*, no *blog* “Dadadá”.

A recuperação dos dados do contexto de produção foi possível, nesse caso, a partir das informações que a produtora veicula neste *site*.

Quadro 3: Exemplos de planos individuais

PI	Planos individuais
1	Assistência por convênio – Maternidade
2	Assistência pública (SUS) - Maternidade
3	Assistência pública (SUS) – Casa de parto
4	Assistência privada de equipe multidisciplinar - Maternidade
5	Assistência privada de parteira e enfermeira obstetra - Domicílio

Fonte: Elaboração da autora

Selecionado o *corpus* da pesquisa, o procedimento analítico utilizado na investigação e na compreensão das especificidades linguístico-discursivas dos exemplares com o intuito de observar suas regularidades e variações, foi o evidenciado por Bronckart (2012). Compreendendo que os textos devem ser considerados, primeiramente, em relação com a atividade humana em geral, Bronckart (2012, op. cit) constata uma multiplicidade de gêneros e a impossibilidade de defini-los completamente apenas por critérios linguísticos. Dessa maneira, entende um texto como “toda a unidade de produção de linguagem situada, acabada e auto-suficiente” que tende a produzir um efeito de coerência sobre o seu destinatário (BRONCKART, 2012) e ressalta que, mesmo que pertençam a um mesmo gênero, os textos podem se diferenciar em numerosos aspectos e, portanto, se constituem como “um objeto sempre único”, com características individuais (BRONCKART, 2012, p. 76).

Partindo da concepção de que os textos se organizam e funcionam a partir da sua dependência de “parâmetros múltiplos e heterogêneos”, que constituem a situação de comunicação, “os modelos do gênero, modelos dos tipos de discurso, regras do sistema da língua, decisões particulares do agente” em relação à situação de ação da linguagem, o procedimento de análise do ISD centra-se, primeiramente, nas “condições sociopsicológicas da produção dos textos” (BRONCKART, 2012, op. cit).

Para escrever um texto, o agente-produtor aciona as suas representações sobre três mundos, quais sejam: o mundo objetivo (instituído pelos parâmetros do ambiente), o mundo social (constituído pelos valores e regras sociais) e o mundo subjetivo (formado pelas representações do agente acerca dos mundos representados tais como foram interiorizadas por ele). São essas representações

sobre os mundos que fornecerão ao agente o contexto da produção e o conteúdo temático do texto.

Assim, na análise dos exemplares reunidos, buscou-se compreender a situação de ação de linguagem que os originou, uma vez que não é possível ao pesquisador acessá-la tal como foi interiorizada pelo agente-produtor, pois estas se relacionam às suas representações particulares sobre os mundos formais. Efetuou-se, então, primeiramente, a análise do contexto de produção dos textos, que diz respeito ao conjunto de parâmetros que podem exercer influência sobre a organização de um texto (BRONCKART, 2012), o lugar e momento de sua produção; seu emissor, receptor e os lugares sociais que ocupam; e o objetivo da interação. Além disso, investigou-se o conteúdo temático das produções, que são o conjunto das informações explicitamente apresentadas nelas.

Na proposta de análise do ISD, Bronckart (2012) estabelece que os textos são compostos por níveis, constituídos por um “folhado textual” que se apresenta em três níveis: a infraestrutura textual, os mecanismos de textualização e os mecanismos enunciativos. Segundo o autor, “essa distinção em níveis de análise responde adequadamente à necessidade metodológica de desvendar a trama complexa” dos textos” e está baseada no “caráter hierárquico de qualquer organização textual” (BRONCKART, op. cit., p. 119). Nesta pesquisa, além do contexto de produção dos exemplares, centramo-nos apenas na análise de sua infraestrutura e dos mecanismos enunciativos, uma vez que essas categorias se mostraram mais diretamente relacionadas à análise que aqui empreendemos.

Dessa maneira, no nível mais profundo, focalizamos a infraestrutura geral dos exemplares coletados, investigando padrões, regularidades, mas também especificidades, procurando relacioná-las ao contexto de produção outrora analisado. Nesse nível, analisou-se o plano geral dos textos, a estruturação do seu conteúdo temático, seus tipos de discurso constitutivos e as sequências discursivas que o compunham. Posteriormente, a análise dos exemplares voltou-se a observar os mecanismos enunciativos, delimitando como os posicionamentos enunciativos do texto são constituídos e a quem são atribuídas as valorações, os julgamentos e as opiniões sobre “alguns aspectos do conteúdo temático”, além de se investigar que vozes aparecem em sua constituição (BRONCKART, op. cit., p. 130).

5.2 ELABORAÇÃO E APLICAÇÃO DOS QUESTIONÁRIOS

A fim de quantificar a parcela de mulheres que possuem conhecimento acerca do plano de parto, bem como de configurar o perfil das produtoras desse gênero, elaborou-se um questionário. Estruturamos este instrumento inserindo uma página de abertura, com a explicação da pesquisa, o contato da pesquisadora e o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (ver apêndice L), com o qual as entrevistadas manifestavam concordância, transitando para as páginas seguintes do formulário.

O questionário era composto por 23 perguntas, das quais duas eram questões abertas, a fim de que as participantes inserissem a sua localidade e manifestassem, caso desejassem, interesse em participar das entrevistas; 16 eram questões objetivas, que admitiam apenas uma resposta; e cinco questões admitiam mais de uma alternativa, de maneira que as gestantes pudessem incluir as opções com as quais mais se identificassem. Além do mais, 13 dessas questões fechadas veiculavam um campo a partir do qual as participantes poderiam inserir opções não previstas.

A construção desse instrumento considerou questões voltadas ao reconhecimento de dados do perfil socioeconômico das participantes, além de incluir perguntas sobre o seu tipo de parto, a assistência recebida, o acesso a informações, o conhecimento do plano de parto e a opinião sobre a sua efetividade. Ao final do questionário, em uma das questões abertas inseridas, as mulheres poderiam deixar seus contatos e nomes, caso quisessem participar das entrevistas semiestruturadas sobre os planos de parto, que serão apresentadas posteriormente.

Quadro 4: Perguntas do questionário

Eixo	Perguntas
Perfil socioeconômico	1 - Qual a sua idade? 2 - Qual o seu estado civil? 3 - Qual a sua cidade e estado? 4 - Qual seu nível de instrução? 5 - Somando a sua renda e a das pessoas que moram com você, qual a sua renda familiar mensal? 6 - Quantas gestações você já teve? 7 - Quantos filhos vivos possui?
Parto e contexto de	8 - Quantos partos normais?

assistência	9 - Quantidade de cesarianas 10 - Razões pelas quais optou por parto normal 11 - Razões pelas quais optou pela cesariana 12 - Caso tenha tido complicações no parto que resultaram em cesariana, assinale o motivo 13 - Como você avalia a assistência médica e hospitalar recebida durante seus partos normais? 14 - Que serviço utilizou em seus partos normais?
Informações e documentos oficiais	15 - Você se considera(va) uma grávida que busca(va) informações relacionadas à gestação, parto, nascimento e pós-parto em diversas fontes? 16 - Assinale suas principais fontes de informação e de pesquisa durante a gravidez 17 - Você conhece as diretrizes da OMS voltadas ao parto e ao nascimento?
Conhecimento do plano de parto	18 - Você já ouviu falar sobre plano de parto? 19 - Caso sim, onde tomou conhecimento acerca dele? 20 - Em que momento tomou conhecimento acerca do plano de parto? 21 - Em quantas gravidezes fez uso do plano de parto? 22 - Na sua opinião, em que medida o plano de parto é efetivo para assegurar o protagonismo da mulher e barrar as intervenções durante o trabalho de parto?
Interesse em participar das entrevistas	23. Caso tenha interesse em participar da próxima etapa desta pesquisa, que consiste em uma entrevista sobre a eficácia do plano de parto no seu trabalho de parto, deixe o seu contato: nome, e-mail, telefone.

Fonte: Elaboração da autora

O questionário foi construído no *Google Forms*, por entendermos que esse formato possibilita uma circulação mais ampla, rápida e fácil entre diferenciados contextos. O formulário foi compartilhado em grupos e redes sociais sobre parto humanizado, como o grupo “*Cesárea? Não, obrigada!*” e “*Parto humanizado Brasil*”. Para que fosse possível ampliar a circulação em outros contextos, além dos grupos voltados à assistência ao parto, veiculou-se o *link* do formulário em grupos virtuais voltados à discussão de assuntos relativos à maternidade e à infância de maneira geral. Além disso, o convite para responder ao questionário da pesquisa foi compartilhado por e-mail no grupo de colaboradores em uma escola da rede privada da cidade de João Pessoa, e também em grupos de *Whatsapp* com diferentes configurações.

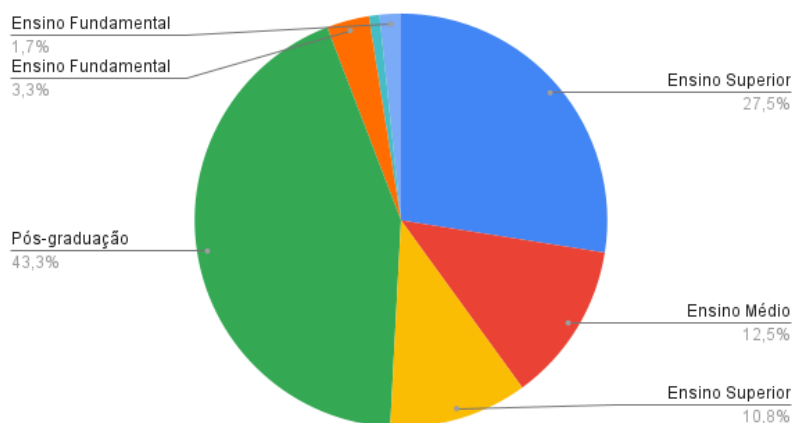
No total, foram obtidas 127 respostas ao formulário, e 25 mulheres mostraram interesse em participar da segunda etapa da pesquisa. A análise inicial apontou que o questionário circulou em cidades e estados variados do país, o que correspondeu ao nosso intuito inicial ao publicá-lo em redes sociais e grupos virtuais. Constatou-se que a grande parte das mulheres residia na Paraíba, sendo a maior parcela habitante de João Pessoa e de cidades da região metropolitana. No entanto, apareceram também localidades, como Rio Grande do Norte, Minas Gerais, Rio de Janeiro, São Paulo, Rio Grande do Sul, Maranhão e Pernambuco.

Quanto à idade, 47,5% das participantes afirmaram ter entre 31 e 40 anos e 25,8% delas entre 21 e 30 anos. O menor número de respostas foi de mulheres mais velhas entre 51 e 60 anos (6,7%), 61 e 70 anos (5,0%), mas também a porcentagem de mulheres mais novas se mostrou igualmente baixa, totalizando apenas 0,8% das mulheres entre 15 e 20 anos.

É possível que o contexto de veiculação dos questionários tenha exercido influência acerca desses resultados, uma vez que, nos grupos de parto humanizado, nos voltados a assuntos da maternidade e nos de esferas de trabalho, uma parte expressiva das participantes se enquadra dentro da faixa etária apontada em maior número nos resultados.

Sobre o contexto socioeconômico, os questionários foram respondidos em maior número por mulheres cuja renda familiar correspondia a um total de três a seis salários-mínimos, compreendendo 25,8% das participantes. Em seguida, 23,3% das mulheres possuíam renda total dos integrantes da família entre um e três salários-mínimos e 23,3% delas de seis a nove salários-mínimos. Apenas 11,7% das participantes recebiam mais de quinze salários-mínimos, 5,8% delas ganhavam entre nove e doze salários-mínimos, 3,3% diziam ganhar de doze a quinze salários e apenas 5,0% recebiam até um salário mínimo.

A respeito do grau de instrução, uma parcela significativa de 43,3% das mulheres possuía pós-graduação; 27,5%, ensino superior completo e 12,5% ensino superior incompleto. 12,5% das participantes haviam concluído o ensino médio; 3,3%, o ensino fundamental e apenas menor parcela, 1,7%, não havia finalizado o ensino fundamental. Esses dados serão especialmente importantes quando nos detivermos a analisar o perfil das agentes-produtoras do plano de parto, investigando se esse documento está ao alcance de todas as mulheres que poderiam se beneficiar dele.

Gráfico 1: Grau de instrução das mulheres

Fonte: Gráfico gerado pelo *Google Forms*

Reconhecemos que o contexto de publicação dos questionários limitou o nosso alcance de investigação, uma vez que determinada parcela de mulheres não possui acesso frequente à *internet*, não mantém interações nos grupos nos quais disponibilizamos o formulário, nem se encaixa nas práticas de letramento de discussões e trocas presentes em fóruns e em redes sociais.

5.3 AS ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS: CONSTRUÇÃO E APLICAÇÃO

Consideradas conversas com finalidade, as entrevistas se configuram como uma técnica destinada à construção de “informações pertinentes para um objeto de pesquisa” (MINAYO, 2009, p. 262) com um grau de profundidade mais amplo em relação ao questionário. Dentro dos tipos de entrevista, selecionamos a semiestruturada, construída a partir de uma junção de perguntas abertas e fechadas sobre o contexto de assistência ao parto, sobre o conhecimento do plano de parto, sobre os processos que envolveram a sua construção e, finalmente, sobre o uso e recepção dessa ferramenta. Optou-se por essa configuração porque, ao entrevistado, abre-se a possibilidade de discorrer sobre o tema sem que ele se prenda tão restritamente à questão apresentada pelo entrevistador.

Além disso, a partir dessa forma de coleta, é possível ter acesso aos dados do contexto de produção dos textos e, por meio disso, reconstituir os parâmetros da ação da linguagem que originou a escrita dos gêneros escritos. Assim, retomando o exposto por Minayo (2009, p. 262), a entrevista permite acessar dados objetivos e concretos, que dizem respeito ao que o autor denomina nível “ecológico e morfológico”, mas

também oportuniza o acesso à subjetividade do entrevistado, evidenciando a perspectiva do sujeito “sobre a realidade que vivencia”, que só pode ser acionada por meio da sua contribuição e fala. O autor estabelece que as ideias, crenças, opiniões, sentimentos, condutas, projeções para o futuro e as razões conscientes e inconscientes “de determinadas atitudes e comportamentos” dos sujeitos veiculam a representação da realidade que possuem.

Para conduzir as entrevistas, um roteiro foi elaborado, o que garantiu à entrevistadora a possibilidade de guiar o momento, mas também abriu espaço para que intervenções e novas perguntas fossem feitas, a fim de que “o campo de explanação do entrevistado” e o nível de informações pudesse ser aprofundado. Essa estrutura foi construída, pois, conforme Minayo (2009, p. 267), “nenhuma interação, para finalidade de pesquisa, se coloca de forma totalmente aberta ou totalmente fechada”. Dessa maneira, para a condução desse momento, elaboramos as seguintes perguntas iniciais:

- 1 - Fale um pouco sobre a sua gravidez, sobre as suas primeiras preocupações, quando se descobriu grávida e seus focos de interesse durante o período.
- 2 - Qual o tipo de assistência recebida por você durante a gravidez (pública, privada, convênio) e por que optou por ela? Houve alguma mudança nesse acompanhamento em algum momento?
- 3 - Discorra sobre o seu pré-natal: como foi o acompanhamento, a regularidade das consultas e quais as orientações às quais teve acesso durante esse acompanhamento.
- 4 - Você participava de algum grupo sobre parto e maternidade? Se sim, como os encontros se davam e como eram as atividades e interações?
- 5 - Explique os seus receios durante a gravidez e sobre o momento do parto. Na sua opinião, de onde vinham? O que você fazia para administrá-los?
- 6 - Durante a gestação, você recebeu orientações acerca da escolha da via de parto, procedimentos que poderiam ser realizados e os que não poderiam, e sobre seus direitos? Se sim, onde ou a partir de quem você recebeu essas informações?
- 7 - Fale sobre como e quando tomou conhecimento acerca do plano de parto. Que orientações recebeu para escrevê-lo? Como foi o processo de escrita e quem a auxiliou?
- 8 - Você utilizou efetivamente o plano de parto? Por quê?

- 9 - Relate como foi a entrega do plano à equipe médica, detalhando reações, falas e atitudes.
- 10 - Na sua opinião, o documento exerceu influência sobre a assistência médica recebida? Em que medida ele influenciou o desfecho do parto?
- 11 - Mencione os eventos que se deram como você planejou e os que não aconteceram segundo os seus desejos. A que você atribui o cumprimento ou não das vontades listadas no plano?
- 12 - Fale sobre seus sentimentos em relação à assistência recebida no parto. Quais acontecimentos mais marcaram você? Por quê?
- 13 - Explique se você utilizaria novamente o plano de parto em gravidezes futuras e por quê. Até que ponto esse documento é importante?
- 14 - Que conselhos você daria a uma mulher que está se preparando para ter um filho e que deseja um parto normal?

A partir da demonstração de interesse das mulheres em participar dessa etapa da pesquisa, realizamos contato por meio do e-mail e pelo telefone inscrito por elas no questionário. No entanto, antes, houve a necessidade de fazer uma triagem e, para isso, usamos como critério de inclusão ter escrito e utilizado o plano de parto em, pelo menos, um de seus partos. Tal recorte se justifica porque, nesse momento, intentava-se investigar o contexto de recepção do gênero e a sua efetividade na condução do parto. Assim, das vinte e cinco mulheres que se voluntariaram, dez não haviam utilizado o plano de parto: dentre essas, três haviam registrado não conhecer o instrumento e sete não o haviam escrito ou utilizado.

Por conseguinte, após esse recorte, apenas quinze participantes foram contatadas por e-mail ou telefone. Dessas, quatro não deram retorno às nossas iniciativas de contato e, portanto, apenas onze foram efetivamente entrevistadas.

As entrevistas semiestruturadas foram realizadas, por meio da plataforma *Google Meet*, no final do segundo semestre de 2022 e também durante o primeiro semestre de 2023. A modalidade remota facilitou a realização dos encontros, uma vez que as participantes, durante longos períodos do dia, estavam imersas em contextos de trabalho e nas dinâmicas familiares. O acesso virtual oportunizou também o contato com as mulheres de outras cidades do país e ampliou as possibilidades de horários nas agendas das participantes e da pesquisadora. Entretanto, ainda assim, apontamos que foi necessário realizar frequentes ajustes e

remarcações, já que a rotina doméstica das participantes se alterava, conforme as demandas de trabalho e as necessidades dos filhos se modificavam.

No início das entrevistas, retomamos os objetivos da pesquisa e os procedimentos, explicando como o momento se daria. Asseguramos também o anonimato das participantes e esclarecemos que as respostas seriam utilizadas para a construção desta tese, à qual poderiam ter acesso posteriormente, se assim o quisessem. Após solicitada a autorização, as falas das participantes foram gravadas por meio do aplicativo “*Voice recorder*”.

Realizadas e gravadas as entrevistas, que tiveram, em média, cerca de quarenta e cinco minutos de duração, foi necessário transcrevê-las para a realização da análise. A fim de transformar as falas em dados escritos, aplicamos as regras de transcrição do Projeto de Estudo Coordenado da Norma Urbana Linguística Culta, o projeto NURC. Nas transições, registramos os alongamentos vocálicos, as pausas e truncamentos. Abaixo, apresenta-se como as marcações se deram.

Quadro 5: Representações utilizadas na transcrição

Ocorrências	Sinais
Incompreensão de palavras ou segmentos	()
Hipótese do que se ouviu	(hipótese)
Truncamento (havendo homografia, usa-se acento indicativo da tônica e/ou timbre)	/
Entoação enfática	maiúscula
Prolongamento de vogal e consoante (como s, r)	:: podendo aumentar para ::: ou mais
Silabação	-
Interrogação	?

Qualquer pausa	...
Comentários descritivos do transcritor	((minúsculas))
Superposição, simultaneidade de vozes	{ligando as linhas
Indicação de que a fala foi tomada ou interrompida em determinado ponto. Não no seu início, por exemplo.	(...)
Citações literais ou leituras de textos, durante a gravação	“-”

Exemplos retirados dos inquéritos NURC/SP no. 338 EF e 331 D28

No tratamento dos dados, fizemos uso de siglas para identificar os turnos de fala do entrevistador e das entrevistadas, adotando, respectivamente, as iniciais E (entrevistadora) e M (mulher). Finalmente, para facilitar a recuperação e a localização das informações, as linhas das transcrições foram enumeradas. O *corpus* gerado após essa transcrição foi bastante expressivo, compreendendo um arquivo de cento e onze páginas, composto por sessenta e quatro mil, cento e onze palavras. Assim, não nos detivemos em analisar todas as informações compartilhadas pelas entrevistadas, elegendo aquelas mais diretamente relacionadas aos dados do contexto de produção dos exemplares e de recepção.

Finalmente, para uma melhor sistematização da análise das entrevistas, dividimos as respostas das participantes em três eixos temáticos: o primeiro deles envolve as informações gerais sobre a gravidez, envolvendo as perguntas de um a três; o segundo, as informações recebidas no pré-natal e o conhecimento sobre o plano de parto, compreendendo as questões de quatro a sete; já o último, envolve o uso do plano de parto e a recepção da equipe, englobando as perguntas de oito em diante.

5.3.1 Dados sobre o perfil das participantes

Apesar de, inicialmente o questionário ter circulado por outras cidades do Brasil, a maior parte de nossas entrevistadas (nove delas) residia em João Pessoa, tendo utilizado o plano de parto nesse município. Assim, dentre as onze participantes,

apenas duas vivenciaram o parto em outras localidades do país, a saber: Florianópolis - SC e Sorocaba – SP.

Quanto ao contexto de assistência, duas mulheres utilizaram o plano de parto no contexto do Sistema Único de Saúde, sendo atendidas por médicos plantonistas; cinco outras participantes apontaram, como contexto de recepção do plano de parto, hospitais particulares, com assistência proveniente de planos de saúde e quatro mulheres receberam assistência particular, mas contrataram diretamente o médico obstetra ou a equipe que as acompanhou. Sobre esse último grupo, é importante destacar que três dessas mulheres passaram por um parto domiciliar planejado, devido ao contexto pandêmico vivenciado entre 2020 e 2021; e uma delas foi acompanhada por uma equipe multidisciplinar, composta por obstetra, enfermeiras e doula. Essa participante planejava ser assistida pela equipe em um contexto hospitalar, mas passou por um parto domiciliar não planejado, devido à rápida evolução do trabalho de parto. Essa heterogeneidade nos contextos de assistência das participantes nos permite investigar a funcionalidade do gênero em várias dinâmicas, buscando por regularidades, padrões ou particularidades.

Quanto à faixa etária, duas participantes, no momento da entrevista, tinham entre 21 a 30 anos e as demais entre 31 e 40 anos de idade. Nove delas já haviam tido outras gravidezes e apenas duas eram primíparas, quando fizeram o uso do plano de parto. Para as mulheres que passaram por outras gravidezes, e usaram os planos em outros momentos, como forma de operar um recorte, selecionamos, para análise, a gravidez mais recente em que as participantes haviam utilizado o instrumento, por julgarmos que as informações seriam recuperadas com mais detalhes. Entretanto, ao longo da entrevista, naturalmente, as mulheres relataram comparativamente os partos e os contextos de assistência que receberam em outras gravidezes. No momento do uso do plano de parto, todas as participantes eram casadas.

Do grupo entrevistado, todas as mulheres possuíam formação superior. Três delas haviam cursado e finalizado a pós-graduação; quatro concluíram o curso superior e apenas uma delas ainda estava em fase de conclusão. Observamos, no entanto, que, em relação ao nível econômico, houve uma variedade maior: cinco mulheres recebiam entre 3 a 6 salários; três delas, de 6 a 9 salários e duas possuíam renda entre 9 a 12 salários-mínimos. Abaixo, exibimos, em um quadro, todas as informações apresentadas até aqui, para melhor visualização.

Quadro 6: Participantes da entrevista

Nome	Contexto de assistência	Cidade / Ano de uso do plano de parto	Número de gravidezes e tipo de parto	Faixa de renda	Grau de instrução	Idade
Afrodite	Parto hospitalar com plantonista – SUS	João Pessoa - PB 2013	Duas gravidezes Uma cesárea Um parto normal	3 a 6 salários	Ensino Superior	32
Gaia	Parto hospitalar com obstetra pré-natalista - convênio	João Pessoa - PB 2018	Cinco gravidezes Cinco partos normais	6 a 9 salários	Ensino Superior	29
Héstia	Parto hospitalar com obstetra pré-natalista - convênio	João Pessoa - PB 2019	Uma gravidez Um parto normal	3 a 6 salários	Ensino Superior	34
Deméter	Parto hospitalar com obstetra pré-natalista - convênio	João Pessoa - PB 2020	Três gravidezes Três cesarianas	3 a 6 salários	Pós-graduação	31
Irene	Parto domiciliar com obstetra pré-natalista - privado	Sorocaba - SP 2020	Duas gravidezes Dois partos normais	6 a 9 salários	Ensino Superior	37
Têmis	Parto domiciliar com equipe de parteiras e enfermeira	Florianópolis - SC 2020	Duas gravidezes Dois partos normais	9 a 12 salários	Pós-graduação	37

	obstetra – privado					
Maia	Parto domiciliar com equipe de parteiras e enfermeira obstetra – privado	João Pessoa - PB 2021	Três gravidezes Três partos normais	9 a 12 salários	Ensino Superior	40
Íris	Parto hospitalar com obstetra pré-natalista - convênio	João Pessoa - PB 2021	Duas gravidezes Dois partos normais	6 a 9 salários	Ensino superior incompleto	29
Atena	Parto hospitalar com plantonista – SUS	João Pessoa - PB 2022	Uma gravidez Um parto normal	1 a 3 salários	Pós-graduação	36
Ilítia	Parto domiciliar não planejado – privado	João pessoa - PB 2022	Três gravidezes Três partos normais	3 a 6 salários	Ensino Superior	36
Ártemis	Parto hospitalar com obstetra pré-natalista - convênio	João Pessoa - PB 2022	Duas gravidezes Uma cesárea Um parto normal	3 a 6 salários	Pós-graduação	35

Fonte: Elaboração da autora

Considerando a resolução nº 510/2016, que regulamenta as normas de pesquisa envolvendo seres humanos, este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba (CEP/CCS), obtendo parecer favorável sob Certificado de Apreciação Ética (CAAE) n.o. 61787822.6.0000.5188 e o Parecer n.o 5.777.074.

Diante do Art. 3º, inciso VII, dessa resolução, que discorre sobre a confidencialidade e a proteção da identidade dos participantes, escolhemos nomes fictícios de deusas da mitologia grega, relacionadas ao universo feminino, para a

identificação das entrevistadas. Quanto a essa seleção, buscamos relacionar a história das mulheres, compartilhada nos relatos, às características dessas personagens mitológicas. Os nomes dos filhos, integrantes da família, profissionais que as acompanharam e das maternidades foram substituídos por substantivos comuns ou omitidos, permanecendo apenas as iniciais.

6 AUTONOMIA GUIADA: OS PLANOS DE PARTO EM CONTEXTOS ESTANDARDIZADOS

eu sabia: “no plano de parto você fala como você quer seu parto” ... mas eu não sabia... eu não sabia o que você poderia ... o que era possível você querer... o que era possível você exigir... então eu fui procurar um plano de parto na internet mas ele era muito... muito simples sabe (Gaia, ver apêndice B)

É a capacidade de agir socialmente por meio da linguagem que distingue os homens dos outros animais, uma vez que, aparentemente, apenas a espécie humana desenvolveu uma linguagem verbal, mobilizando signos carregados de sentido. É esse agir o responsável pela produção de “formas semiotizadas veiculadoras dos conhecimentos coletivos e/ou sociais”, mas também seria o responsável por reestruturar as representações humanas, anteriormente idiossincráticas, tornando-as, de certa maneira, “comuns, compartilháveis, ou ainda comunicáveis” (BRONCKART, 2012, p. 33). Tal concepção encontra respaldo na abordagem do Interacionismo Sociodiscursivo, pois, segundo esta corrente, a “evolução espetacular” do homem está “indissoluvelmente relacionada à emergência de um modo de comunicação particular, a linguagem”. Dessa maneira, a linguagem possibilitou que a nossa espécie se caracterizasse por uma “extrema diversidade e complexidade” de atividades e de formas de organização.

Os humanos, ao cooperarem em uma atividade, possuem intenções e finalidades, que são mediadas e reguladas por interações verbais, o que pode ser denominado por agir comunicativo, segundo a definição de Habermas (1987). É esse agir o responsável pela produção de “formas semiotizadas veiculadoras dos conhecimentos coletivos e/ou sociais”: os signos e os textos/discursos. Para que possa agir languageiramente, o indivíduo, detentor de motivações, intenções e responsabilidade, considera parâmetros e coordenadas, que exercem um “controle” sobre a sua atividade e planeja a sua ação a partir de uma situação de ação de linguagem.

A expressão situação de ação de linguagem é utilizada por Bronckart (2012, p. 91) a fim de designar as propriedades dos mundos formais (físico, social e subjetivo) que podem exercer influência sobre a produção de um texto empírico. Nesta categoria, temos elementos que se relacionam ao contexto de produção da ação de linguagem, englobando os parâmetros do mundo físico, social e subjetivo, e as representações

do conteúdo temático. Incluem, portanto, em relação ao mundo físico, o lugar em que o texto é produzido, o momento de produção, seu emissor e receptor, e, em relação ao contexto sociossubjetivo, o lugar social de circulação do texto, do emissor e receptor, além do objetivo da produção. É a partir dessa base de orientação que o agente-produtor deve tomar um conjunto de decisões, que inclui, por exemplo, a escolha de um gênero que lhe parece “mais apropriado em relação à sua situação de ação específica”, pois, por serem os contextos sociais muito diversos, no curso da história, “foram elaborados diferentes ‘modos de fazer’ textos”, os gêneros textuais (BRONCKART, 2012, p. 110).

Em consonância, Bazerman, corroborando o papel agentivo dos textos, declara que, desde o surgimento da escrita, há cerca de cinco mil anos, poderosas funções da sociedade, como o direito, o governo e a economia, têm sido mediadas através de textos escritos. O autor explica como as pessoas criam realidades, fatos, relações e como organizam atividades e sistemas de atividades inteiros fazendo uso de textos. Nessa organização, afirma que “seguir padrões comunicativos com os quais as outras pessoas estão familiarizadas” favorece o reconhecimento do que se intenta dizer e do que se pretende realizar (BAZERMAN, 2011, p. 30). A esses padrões comunicativos, essas formas tipificadas e reconhecíveis, o autor denomina gênero, recuperando a definição bakhtiniana, segundo a qual os gêneros do discurso se constituem como formas “relativamente estáveis de enunciados”, que são elaborados segundo condições de comunicação específicas, situadas sócio-historicamente. Nesse sentido, “o emprego da língua efetua-se em forma de enunciados (orais e escritos) concretos e únicos, proferidos pelos integrantes desse ou daquele campo da atividade humana” (BAKHTIN, 2003, p. 261).

No entanto, para Bazerman (2011, p. 29), a utilização dessas formas relativamente estáveis também resulta em uma interpretação e uma recepção padronizadas dos gêneros, uma vez que “o processo de mover-se em direção a formas de enunciados padronizados, que reconhecidamente realizam certas ações em determinadas circunstâncias” conduz a uma tipificação. Desse modo, pode-se “antecipar melhor as reações das pessoas” se essas formas padronizadas e reconhecíveis forem observadas, o que, não necessariamente, tornará o texto uma cópia fiel dos demais já escritos.

Dessa maneira, a partir das considerações acima, compreende-se que cada texto empírico provém de uma ação de linguagem social e historicamente situada,

sendo resultado das escolhas realizadas pelo agente-produtor em face dos parâmetros da situação de ação da linguagem (BRONCKART, 2012). Nesse sentido, voltamo-nos, nesta seção, a observar e analisar as regularidades e as especificidades do gênero plano de parto, levando em consideração o contexto sociossubjetivo de produção desses textos.

Para a análise, o recorte efetuado levou em consideração o contexto de assistência ao parto, os agentes-produtores desses textos e o seu lugar de circulação, por entendermos que os parâmetros a respeito da situação de ação da linguagem variam consideravelmente em função das representações particulares dos produtores sobre a tarefa. A partir desse levantamento inicial, observamos que se destacaram, quanto ao contexto de produção e de circulação, dois padrões centrais do gênero e, portanto, dividimo-nos em duas categorias: os planos de parto standardizados (PE), planos de parto elaborados e veiculados por terceiros (instituições hospitalares, instâncias de fomento à pesquisa, prefeituras, maternidades, ONGs, doulas etc) para a utilização da mulher, e os planos individuais (PI), redigidos pelas próprias mulheres, a partir de modelos ou por meio da orientação da equipe obstétrica (médicos, enfermeiros obstétricos e também de doulas).

Neste capítulo, realizaremos a análise dos planos do primeiro tipo, investigando suas regularidades e especificidades. Para isso, selecionamos sete planos de parto (PE) disponíveis em domínio público, situados em contextos de produção diferentes.

6.1 OS DIFERENTES GRAUS DE FECHAMENTO E DE ABERTURA NOS PE A PARTIR DOS OBSERVÁVEIS DE ORDEM PARALINGUÍSTICA

No quadro do ISD, Bronckart (2012), ao delimitar as fases que integraram o procedimento metodológico geral de sua análise, explica que, inicialmente, os textos são alvo de um processo de observação mais geral, de uma pré-leitura, que incide em conjuntos de observáveis de ordem semântica, léxico-sintática e paralinguística. O primeiro conjunto de observáveis diz respeito à identificação do tema do texto e aciona índices sobre o contexto de publicação; o segundo, evidencia as escolhas dos “lexemas disponíveis em uma língua para se identificar um mesmo referente” e de “regras gramaticais que parecem ser mobilizadas pelo texto” (BRONCKART, 2012, op. cit) e o terceiro possibilita identificar elementos não verbais, chamados de unidades paratextuais e permite a observação de procedimentos supratextuais de formatação. A partir desse procedimento exposto pelo autor, mais especificamente

por meio da verificação do terceiro conjunto de observáveis, passamos à identificação das características mais gerais dos exemplares, observando a existência de planos que se apresentam como planos de parto estandardizados, os quais chamaremos PE.

Recuperando a definição de Lima (2018), a estandardização compreende “o processo de configuração geral das características uniformes para determinado bem ou serviço”, possibilitando um alinhamento a respeito do que se pode esperar, solicitar ou escolher. Essa padronização é voltada para um atendimento geral, que pode se dar em vários contextos, incluindo indivíduos que buscam um determinado tipo de serviço. Nesse cenário, demandas particulares, relacionadas a vivências dos sujeitos, não são incorporadas, uma vez que o objetivo é aplicar o formato em grande escala e em várias vertentes. Como consequência, a estandardização possibilita a redução, a simplificação e a organização de questões que podem se tornar muito diversificadas e complicadas (LIMA, 2018): é o que será visto a seguir, na análise dos planos de parto desse tipo.

A primeira regularidade que pôde ser observada dentro desta categoria são os planos produzidos por instituições hospitalares. A esses planos, que trazem informações acerca do seu lugar de circulação - pois são feitos para a recepção dentro dos hospitais que os elaboraram, chamaremos PEH (planos estandardizados hospitalares). Há também uma outra subcategoria que se deu a conhecer a partir da triagem dos exemplares, à qual intitulamos PEG (planos estandardizados gerais), pois são construídos para a circulação em outros contextos - não apenas no hospital ou instituição de onde provêm.

Quadro 7: Divisão dos PE coletados para a análise

	PEH	PEG
1	Unimed Joinville	Defensoria Pública
2	Santa Casa de São José dos Campos	Despertar do parto
3	Núcleo Bem Nascer	Jusbrasil
4	HU - USP	

Fonte: Elaboração da autora

Dentre os PEH, os três primeiros provêm de um contexto de assistência privada e o último de assistência pública. Já na segunda subcategoria (PEG), encontram-se

os planos voltados à circulação geral. Aqui, as instâncias responsáveis pela elaboração e veiculação dos PEG se mostraram diversas, a exemplo de ONGs, *blogs* voltados à maternidade, *blogs* de humanização, prefeituras, governo do estado, defensoria pública de municípios e profissionais como doulas, advogados e médicos.

Na categoria dos planos standardizados (PE), todos os planos de parto estão disponíveis para as mulheres, nos *sites* das redes de atendimento e das demais instâncias responsáveis por sua veiculação. Como é difícil englobar individualidades e prever todos os elementos do contexto de sua aplicação, esses planos mostram-se prontos para uso e, nesses documentos, abrem-se campos e espaços para a inclusão de dados sobre a mulher e sobre os seus desejos/preferências/vontades. É importante destacar que, nos PE, há graus de abertura e de fechamento para a inserção das informações e vontades da gestante, uma vez que alguns exemplares permitem um número maior de opções ou de espaços que podem ser preenchidos pelas usuárias, ao passo que outros, não. A seguir, passaremos à análise desses graus de abertura e de fechamento, considerando os observáveis de ordem paralinguística e aspectos supratextuais (BRONCKART, 2012).

Dentre os PEG, os planos não editáveis se mostram os mais fechados, havendo campos em que é possível inserir dados mais gerais, a exemplo de nome, endereço, telefone, *e-mail* e data. Às proposições apresentadas só é dado como opção à mulher assinalar sim ou não, sem quaisquer outras alternativas disponíveis.

Figura 10: Plano Estandarizado Geral (PEG1)

DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Artemis

PLANO DE PARTO

NOME: _____
 ENDEREÇO: _____
 TELEFONE: _____
 E-MAIL: _____
 DATA: _____

Durante o Trabalho de parto:

- Presença de um acompanhante de minha preferência, conforme a Lei 11.308/2005.
☐ SIM ☐ NÃO
- Uso contínuo de Soro e Ocitocina Sintética.
☐ SIM ☐ NÃO
- Liberdade para beber água e sucos enquanto seja tolerado.
☐ SIM ☐ NÃO
- Liberdade para caminhar e mudar de posição.
☐ SIM ☐ NÃO
- Monitoramento fetal: apenas se for essencial, e não contínuo.
☐ SIM ☐ NÃO
- Raspagem dos pelos pubianos.
☐ SIM ☐ NÃO
- Analgesia somente quando eu pedir.
☐ SIM ☐ NÃO

Parto (hora do nascimento):

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

Após o parto:

- Aguardar expulsão espontânea da placenta com auxílio da amamentação.
☐ SIM ☐ NÃO
- O bebê deve ficar comigo o tempo todo, mesmo para avaliação e exames.
☐ SIM ☐ NÃO
- Alta o quanto antes.
☐ SIM ☐ NÃO
- Caso a cirurgia cesariana seja necessária.

Cuidados com o bebê:

- Amamentação na primeira hora de vida.
☐ SIM ☐ NÃO
- Oferecimento de água glicoseada ou leite artificial.
☐ SIM ☐ NÃO
- Alargamento conjunto o tempo todo.
☐ SIM ☐ NÃO
- Colírio de nitrato de prata quando os exames de Streptococo, Clamídia e Gonorréia forem negativos.
☐ SIM ☐ NÃO

20. Após o nascimento, colocar o bebê sobre o peito e que as mãos estejam livres para segurá-lo.
☐ SIM ☐ NÃO
- Amamentação o quanto antes.
☐ SIM ☐ NÃO

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

Assinatura: _____

Protocolo: _____

Recebido em _____

Por (nome e função): _____

Hospital: _____

Documento elaborado pela Defensoria Pública do Estado de São Paulo – CAM Central e Associação Artemis www.artemis.org.br/

Documento elaborado pela Defensoria Pública do Estado de São Paulo – CAM Central e Associação Artemis www.artemis.org.br/

Disponível em: <https://casoteca.forumjustica.com.br>

Entretanto, no nível dos PEG, foi possível observar a veiculação de uma estrutura que, apesar de pronta, a princípio, apresenta-se como aberta à inovação das usuárias: são os planos de parto gerais, mas disponibilizados para edição em arquivo *Word*. A ocorrência de modelos repetidos, replicados ou alterados minimamente, na nossa busca inicial pelos exemplares de plano de parto, aconteceu especialmente no âmbito dos PEG disponíveis para edição, já que vários *sites* e *blogs* veiculavam esses modelos com leves alterações. Por exemplo, PEG3, publicado originalmente por uma doula no *site* “Despertar do parto”, apresentou-se 3 vezes em *blogs* de mulheres que haviam utilizado o modelo em seus partos, o que corrobora a afirmação de que as gestantes se baseiam em PEG que podem ser editados para a elaboração de seus planos individuais.

Figura 11: Plano Estandarizado Geral - PEG2

Meu Plano de Parto

Dados iniciais

Meu nome é: _____

Nome do meu bebê: _____

Data provável do parto (40 semanas): _____

Meu parto será acompanhado por:

() Meu médico obstetra contratado: _____

() Enfermeira obstetra/obstetriz contratada: _____

() Pediatra contratado: _____

() Equipe plantonista da Maternidade: _____

Hospital de escolha: _____

Terei o apoio das seguintes pessoas:

Meu acompanhante de escolha no parto (garantido pela Lei Federal 11.108) será: _____

Minha doula será: _____

Gostaríamos de ter a visita dos nossos outros filhos:

() durante o trabalho de parto

() depois do nascimento do bebê

() em nenhum momento

Estamos frequentando ou pretendemos frequentar os seguintes cursos:

() curso de pré-natal da maternidade

() curso de _____ de pré-natal oferecido por _____

Estou informada baseada dos seguintes estudos (livros / artigos / sites): _____

Existe algo que gostaria que soubessem de nós (colocar aqui se preciso, questões importantes, medos específicos ou preocupações): _____

Condução no Parto e Pós-Parto

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

Trabalho de parto (fase latente e ativa):

- Não quero tricotomia (raspagem dos pelos pubianos) e enema (lavagem intestinal);
- Gostaria de usar minhas próprias roupas e não avental do hospital;
- Sem perfusão de soro com ocitocina ou outros hormônios;
- Liberdade de alimentar-me e beber líquidos;
- Sem rompimento artificial da bolsa amniótica;
- Gostaria de ter o menor número de exames de toque possíveis;
- Gostaria que a monitoração dos batimentos cardíacos do bebê fosse feita com frequência adequada e preferencialmente na posição que eu estiver, pois sei que deitar de barriga para cima para ser avaliada não será uma posição muito confortável para mim.

Disponível em: <https://www.despertardoparto.com.br/modelo-de-plano-de-parto.html>

Como se pode ver acima, esses planos de parto editáveis delimitam espaços para a inserção de informações relativas à gestante (nome, nome do seu bebê, cursos dos quais participa, acompanhante doula) e apresentam as preferências da mulher em forma de lista, em que são elencadas umas abaixo das outras. Esses textos podem ser modificados de acordo com as preferências da gestante, que pode retirar ou incluir novas condutas. No entanto, entendemos que nem sempre essa modificação é feita, uma vez que nem todas as gestantes possuem acesso a informações e instruções necessárias para operar essas mudanças (BARHART et. al. 2022), o que nos levou a incluir esse exemplar na categoria dos PE. Dessa maneira, os PEG editáveis são replicados para diferentes contextos, uma vez que nem todas as mulheres se mostram capazes de modificá-los, conforme discorre Trigueiro (2022).

Os exemplares hospitalares (PEH) não são abertos à exclusão ou edição digital de itens. Assim, veiculam espaços e opções que solicitam o preenchimento da gestante. A forma de opção pelos procedimentos e a inserção de outras informações pela gestante é feita a partir de diversas possibilidades, a exemplo de caixas para marcação, linhas para preenchimento com opções não previstas ou espaços para comentários. Esses textos se mostraram, em geral, mais detalhados, pois trazem

muitas outras informações e alternativas para as mulheres, quando comparados aos PEG. O maior detalhamento dos procedimentos e condutas é possível, porque, ao contrário dos planos gerais, já se sabe o espaço onde os PEH vão circular e, por isso, as alternativas possíveis em cada contexto de assistência já se apresentam expressas nos planos.

Figura 12: PEH - Unimed Joinville

Plano de Parto
Centro Hospitalar Unimed

Unimed
Joinville

Preencha gestante:

Gostaria de conhecer melhor a que você está pensando no planejamento para o nascimento do seu bebê. Por isso, indique entre as ideias abaixo aquela que é importante para você. Entenda que não é uma lista de obrigações ou permissões para a equipe que o atenderá no nascimento do seu bebê, mas permita que as escolhas reflitam seus desejos, escolhas e prioridades. Conhecendo o que você espera, teremos chance de ajudá-la a passar pela melhor experiência possível no nascimento do seu bebê.

Eu, _____, entendo que o parto pode tomar diferentes rumos. Abaixo lista minhas preferências em relação ao parto/nascimento e nascimento do meu filho. Entendo que a equipe obstétrica também sempre tomar as melhores condutas no meu atendimento, mas gostaria de ser ouvido no consultado sempre que os planos não puderem ser seguidos.

1) Quero que venjam (meus) acompanhantes: _____

Quando ocorrer a participação da doula, haverá obrigatoriedade de contato com a comunicação da Unimed Joinville informando sobre sua ficha cadastral contendo seu certificado do curso de doula. Sua participação como acompanhante para conforto materno deverá ser acordado diretamente com a paciente. O médico deverá ser informado e permitir a presença da doula, lembrando que a paciente tem direito legal a um acompanhante durante seu trabalho de parto.

2) Sobre a lavagem vaginal (enema):
☐ não gostaria que fosse feita ☐ gostaria que fosse feita ☐ Tanto faz

3) Sobre a raspagem de pêlos (epilação):
☐ não gostaria que fosse feita ☐ gostaria que fosse feita ☐ Tanto faz

4) Sobre ter uma veia "pega" no sobre infusão contínua de soro fisiológico durante o trabalho de parto:
☐ prefiro não ter ☐ prefiro ter ☐ Tanto faz

5) Sobre ter infusão de soro com oxitocina (medicamento que facilita contrações):
☐ prefiro não ter ☐ gostaria de ter para acelerar o parto ☐ Tanto faz
☐ prefiro ter somente para corrigir o trabalho de parto quando não está andando bem

6) Sobre ter a bolsa das águas rompidas artificialmente (amniotomia):
☐ prefiro não ter ☐ gostaria de ter para acelerar o parto ☐ Tanto faz
☐ prefiro ter somente para corrigir o trabalho de parto quando não está andando bem

7) Se a minha bolsa romper espontaneamente antes de eu entrar em trabalho de parto (ruptura prematura de membranas):
☐ gostaria de ficar a indicação de parto em seguida, se não houver contraindicação
☐ prefiro entrar espontaneamente em trabalho de parto (mas sei que, após muitas horas de bolsa rota, aumenta a chance de infecção do bebê, e devo seguir a indicação do meu obstetra)
☐ não gostaria de ter o parto induzido ☐ Tanto faz

8) Se eu chegar ao final da minha gestação e não entrar espontaneamente em trabalho de parto:
☐ gostaria de ter meu parto induzido (com o método que a equipe obstétrica achar melhor)
☐ não gostaria de ter o parto induzido, preferindo ir a cesárea ☐ Tanto faz
☐ não sei decidir

Importante: sei que não é só a minha vontade que decide isso. É necessário respeitar os protocolos clínicos recomendados, as particularidades da minha gestação, meu estado de saúde e do meu bebê, a estrutura e rotina do hospital, etc.)

9) Durante o trabalho de parto...
 a) ☐ Gostaria de ter liberdade para ingerir líquidos
☐ Prefiro ficar em jejum
☐ Prefiro ver como me sentir na hora ☐ Tanto faz
 b) ☐ Gostaria de ter liberdade para caminhar e me movimentar
☐ Prefiro ficar mais deitada
☐ Prefiro ver como me sentir na hora ☐ Tanto faz
 c) ☐ Não gostaria de monitorização contínua dos batimentos do bebê (somente se necessário)
☐ Não me importo a monitorização contínua dos batimentos do bebê ☐ Tanto faz

10) Se eu sentir dor...
☐ Gostaria de usar apenas métodos não farmacológicos para meu controle (banho, bola de pilates, massagens)
☐ Gostaria que me oferecessem analgésicos
☐ Gostaria de fazer analgesia epidural após peridural
☐ Prefiro ver como me sentir na hora ☐ Tanto faz

11) Na hora do parto...
 a) ☐ Acho que vou preferir ficar na seguinte posição: _____ (lembrando que a avaliação obstétrica será realizada juntamente à paciente)
☐ Prefiro ver como me sentir na hora
☐ Não tenho posição de preferência
 b) ☐ Prefiro fazer força no momento das contrações, quando eu sentir vontade, em vez de ser guiada
☐ Gostaria que me orientassem como fazer força na hora ☐ Tanto faz
 c) ☐ Gostaria que o ambiente no local tivesse/fosse: _____
☐ Não tenho preferências especiais sobre o ambiente
 d) ☐ Prefiro que não seja realizada a episiotomia (corte na perineal) como rotina, somente se muito necessário
☐ Não tenho qualquer opinião a respeito disso ☐ Tanto faz

Fonte: <https://www.unimed.coop.br>

Nos PEH, de forma geral, uma parte expressiva do plano de parto se mostra pronta à gestante que se limita a inserir seus dados (nome, nome do obstetra, nome da doula, data do parto, telefone e e-mail) e a sinalizar o documento com marcações nos segmentos destinados às opções de suas escolhas. É possível afirmar, então, que essa estrutura padrão emerge de um contexto específico e da necessidade desses textos serem usados recorrentemente por diferentes indivíduos.

Silva (2016) identifica uma configuração análoga ao analisar o plano de texto do gênero requerimento, situado em campos administrativos, afirmando que “cada novo requerente se limita a preencher os espaços em branco” do documento. Assim, denomina esses textos de poligerados, uma vez que são redigidos por mais de um indivíduo: o que escreveu o plano e o que o está preenchendo, justificando que essa configuração é fortemente normalizada em razão da necessidade de padronização e da apresentação objetiva das informações. Semelhantemente, os PEH não possibilitam transgressões ao formato disponibilizado, não sendo possível, por

exemplo, modificar o conteúdo das informações, nem a ordem de sua apresentação. Os PEH estão prontos para a impressão ou para serem recebidos pelas mulheres nesses contextos de assistência.

De modo a compilar mais diretamente como os PE se abrem às modificações das gestantes, apresentamos o quadro a seguir.

Quadro 8: Recursos para a edição dos PE

PE	H1	H2	H3	H4	G1	G2	G3
Boxes e caixas para marcação	Sim	Sim	X	Sim	Sim	Sim	Sim
Linhas para escrita de opções e informações complementares	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Espaços para desejos, comentários e expectativas	Sim	Sim	X	Sim	X	X	Sim
Marcação de alternativas variadas	X	X	Sim	Sim	X	Sim	Sim
Possibilidade de edição	X	X	X	X	X	Sim	Sim
Assinatura	X	Sim	X	Sim	Sim	Sim	Sim

Fonte: Elaboração da autora

Esses mecanismos de inclusão das informações da gestante, no entanto, não anulam o formato estandardizado dos planos de parto de instituições hospitalares e de circulação geral, uma vez que os agentes produtores desses textos disponibilizam modelos para a utilização das usuárias sem que a elas seja necessário conhecer, por exemplo, os pré-construídos sociohistóricos acerca da assistência ao parto, como as regulamentações da OMS e as leis municipais e estaduais.

No entanto, entendemos que os PE, especialmente os planos de parto gerais, podem ser tomados como modelo para que as gestantes escrevam seus próprios

planos, a depender do contexto em que se encontrem. Na realização das entrevistas com as participantes, os modelos de plano de parto foram recorrentemente citados, uma vez que, inicialmente, as mulheres tomavam por base esses formatos pré-existentes, como se pode ver na citação de Gaia, que abre este capítulo.

Por meio do exposto até o momento, e mais diretamente a partir da observação das figuras e da tabela acima, é possível perceber que os PE, ainda que padronizados, apresentam variações quanto à forma, uma vez que cada exemplar, usando as palavras de Bronckart (2012, p. 71), está em relação de interdependência com as propriedades do contexto em que é produzido”. Nessa direção, passaremos agora à análise dos diferentes contextos de produção desses textos.

6.2 DE ONDE VÊM E PARA ONDE VÃO ESSES PLANOS: CONSIDERAÇÕES SOBRE O CONTEXTO DE PRODUÇÃO DOS PE

Na análise dos exemplares desta categoria, não foi possível recuperar todos os dados acerca do contexto de produção dos gêneros, como o lugar, o momento da produção e o emissor (dados referentes ao mundo físico); da mesma maneira, nem sempre se mostrou evidente um agente-produtor específico - um agente empírico determinado a quem se pode atribuir a autoria do texto -, mas, apenas, instituições e organizações. É fato que os textos foram escritos por um ou mais autores, no entanto, nesses casos, constata-se o apagamento de uma autoria individual e fortalece-se a autoria conjunta das instituições por meio dos símbolos e logomarcas impressos nos materiais, em todos os PEH e em PEG1

Quadro 9: Instância responsável pela redação dos exemplares - PEH

Exemplar	PEH1	PEH2	PEH3	PEH4	PEG1
Autoria	Unimed	Santa Casa	Núcleo Bem Nacer	Hospital Universitário - USP	Ártemis Defensoria pública
Imagem					 

Fonte: Elaboração da autora

Conforme se pode observar no quadro acima, essa marcação ocorre por meio de um elemento de ordem paralinguística, que, na concepção de Bronckart (2012, p. 80), refere-se a um observável de unidade semiótica não verbal. Assim, nas páginas dos exemplares, no centro ou nas extremidades, destacam-se, em relação às demais informações, as logomarcas das instituições responsáveis pela publicação dos planos que, como já vimos, fazem parte do contexto físico de circulação desses textos.

Observamos, de maneira geral, que os planos standardizados gerais prescindem dessa marcação de autoria em suas páginas. Entretanto, em PEG1, a identificação da instância responsável é veiculada, porque, mesmo que os contextos de circulação desse exemplar sejam diversos, será possível perceber a origem inicial do texto pela logomarca representativa. O elemento da Defensoria Pública no topo esquerdo da página, além de apontar para uma das instâncias que cooperaram para a sua redação, atribui um caráter de autoridade ao texto, necessário por não se saber em quais ambientes será recepcionado.

Já nos PEG editáveis não há quaisquer elementos, inseridos nos planos, que marquem o emissor do texto, uma vez que o intuito é que esses documentos sejam editados e usados por mulheres em variados contextos hospitalares do país. Em PEG2, há uma inscrição, no *blog*, em nota de rodapé para explicitar que o modelo de plano de parto produzido e editado por Eleonora Morais (doula) foi inspirado no livro “Parto Normal ou Cesárea” de Duarte e Diniz (2004). Por sua vez, PEG3 é publicado

no site JusBrasil por uma advogada, que se situa como especialista em violência obstétrica, mas não se sabe até que ponto ela é responsável pela integralidade do que consta no exemplar. Como se vê, a autoria de PEG2 e PEG3 não se exhibe de fácil delimitação, uma vez que não se pode situar o grau de modificação operado pelos responsáveis por sua veiculação.

Nesses casos, não se pode afirmar indubitavelmente que os agentes que os publicam são, de fato, os seus autores. Contata-se, assim, o afirmado por Komesu (2020, p. 2) que, tomando por base Chartier 1999, afirma: “os textos eletrônicos estão sujeitos a reescrituras múltiplas, à fragmentação, ao apagamento das marcas de autoria / autoridade de seu produtor” e se mostram “expostos ao plágio, à imitação e ao empréstimo indevido”. Essa tomada por empréstimo e a replicação desses exemplares, no contexto dos PEG, é algo esperado, uma vez que seus veiculadores os publicam para que as gestantes possam utilizá-los.

De maneira geral, a respeito dos PE não se pôde delimitar um autor empírico, um agente produtor relacionado ao mundo físico, uma voz responsável pela origem da produção textual, que procede diretamente da pessoa que está na sua origem (BRONCKART, 2012, p. 327), mas apenas o seu papel social, como se poderá ver, posteriormente, na análise do contexto sociossubjetivo.

Entretanto, como regularidade desses planos, apontamos a construção de uma autoria conjunta, uma vez que, tanto os modelos que exibem em suas páginas as logomarcas dos órgãos responsáveis por sua criação e/ou veiculação, quanto os modelos editáveis que não os apresentam, convidam a mulher a se tornar uma das coemissoras do texto, apesar de ela não se encontrar hierarquicamente no mesmo nível da instância que o produz, uma vez que as informações principais sobre o parto já estão prescritas. Essa participação da gestante é possível, como já vimos, a partir do preenchimento dos espaços (quadros, parênteses, linhas) em branco ou por meio de recursos de edição, o que aponta para o formato de padronizado desses textos. No contexto do mundo físico, a mulher se insere como coemissora do plano, mas também como receptora, já que os planos são veiculados, pelas instituições, para ela.

Finalmente, afirmamos que a utilização de tais símbolos e a delimitação dos espaços para a mulher, além de marcarem a origem do documento e convocarem a autoria da gestante, acionam também um conjunto de pré-construídos, referentes às crenças e aos valores caros às instâncias que produziram os exemplares, que,

consequentemente, exercerão influência direta a respeito do objetivo comunicativo do gênero, sobre a sua infraestrutura e conteúdo temático.

Dessa maneira, retomando o exposto por Bronckart (2012, p. 94) quanto à escrita de textos, podemos afirmar que a produção desses exemplares acontece “no quadro das atividades de uma formação social”, implicando lugares sociais, regras, valores e normas. A partir de então, tomamos como foco de análise essas representações referentes ao contexto sociossubjetivo (mundo social e subjetivo) dos planos de parto, buscando informações sobre os valores das instituições acerca do parto e do nascimento.

6.2.1 Os agentes produtores dos PE: seus valores e representações acerca do parto e do nascimento

No quadro de sua análise, Bronckart (2012, p 36) apresenta o conceito de formações sociais, explicando que as comunidades verbais “não são sociologicamente homogêneas”. Nesse contexto, o autor afirma que, dentro de uma língua natural, instauram-se comunidades verbais, cuja intercompreensão entre os membros pode ser assegurada. No entanto, ressalta a não homogeneidade dessas comunidades, apontando que são atravessadas por organizações “complexas e hierarquizadas, no quadro das quais, permanentemente, desenvolvem-se situações de força e conflitos entre grupos sociais com interesses divergentes”.

Partindo da noção de formação discursiva de Foucault (1969), Bronckart (2012, p. 37) argumenta que, dentro de uma comunidade verbal coexistem múltiplas formações sociais que, a depender de seus objetivos, valores e seus interesses particulares, elaboram “modalidades particulares de funcionamento da língua” chamadas de “formações discursivas”. Essas formações, as quais Bronckart denomina “sociodiscursivas”, além de gerarem formas “particulares de organização dos signos” e gêneros, também moldam os conhecimentos dos indivíduos que integram uma mesma formação social de maneira particular. Os homens só são capazes de acessar o meio no quadro de uma atividade mediada pela língua, mas essa língua “apresenta-se como o acúmulo de textos e de signos nos quais já estão cristalizados os produtos das relações com o meio elaboradas pelas gerações precedentes” (BRONCKART, 2012, p. 38) - os signos e os textos que constituem os mundos representados carregam traços de uma construção histórica permanente.

Assim, é dentro do quadro de atividades de uma formação social que os textos são produzidos e, por isso, esses produtos da ação humana evidenciam forte relação com o mundo social, permeado por “normas, valores e regras” e com o mundo subjetivo dos agentes. Dessa maneira, carregam posicionamentos, uma vez que não há “enunciado livre, neutro e independente” (FOUCAULT, 2008, p. 112). Para Foucault (2008, p.111), os enunciados são delineados dentro de um campo enunciativo, em que adquirem o seu lugar e status, mostrando “relações possíveis com o passado” e com um futuro eventual. Assim, os enunciados estão relacionados, “fazendo parte de uma série ou de um conjunto, desempenhando um papel no meio dos outros”, pois “não há enunciados que não suponham outros e que não tenham em torno de si, um campo de coexistências” (FOUCAULT, op.cit).

Entretanto, Foucault (2008, p. 178) afirma que essas formações não são sempre uniformes, mas também se fazem de “dissensões e oposições”, de “asperezas e estridências, mais do que de harmonias e superfícies lisas”. Fischer (2001) comentando o pensamento de Foucault, explica que, dessa maneira, além de acolher blocos homogêneos de enunciados, o campo enunciativo também manifesta conjuntos díspares, em que os enunciados comportam “em suas margens” tantos outros enunciados “da complementaridade e da luta dos diferentes campos de poder-saber”. O discurso é visto, assim, na perspectiva foucaultiana, como tendo suas “regras de aparecimento (...) suas condições de apropriação de utilização”. Para o autor, ele é um bem “desejável e útil” que traz à tona, desde sua existência, questões de poder. O discurso é, “por natureza, o objeto de uma luta, e de uma luta política” (FOUCAULT, 2008, p.137).

Considerando o exposto até aqui, foi possível observar, nos exemplares analisados, a existência de várias verdades - enunciados e discursos - sobre o parto e o nascimento, o que se relaciona às diversas representações dos agentes-produtores sobre o papel social da equipe de assistência e o papel social da mulher, destinatária do texto. Observamos que ora esses eventos são apresentados como processos fisiológicos protagonizados pela gestante, ora são acontecimentos que necessitam de controle e de atuação constantes dos profissionais.

Em consonância com o procedimento adotado pelo ISD, segundo o qual é necessário reunir “o máximo de informações referentes aos parâmetros da situação de comunicação” (BRONCKART, 2012, p. 79), investigamos os *sites* que veiculam os planos de parto, identificando os enunciados que ali residem e as relações dialógicas

que estabelecem com o “já dito”, observando como se posicionam sobre o parto, na tentativa de recuperar os valores e posicionamentos dos seus produtores.

Na categoria dos PEH, o primeiro deles, como já visto, foi produzido pela Unimed Joinville, hospital da rede privada, sendo veiculado no site da instituição, no campo “Maternidade”. O espaço que encaminha o visitante ao destinado às gestantes é estampado pela foto de uma família em uma sala cirúrgica onde a mãe se encontra deitada sobre uma cama, imobilizada, e, à frente dela, vê-se um campo cirúrgico que impede a visualização do procedimento. O bebê é colocado sobre ela por outrem e, na imagem, não se consegue visualizar qualquer indício de seu protagonismo. A mulher se encontra maquiada (com base, cílios, postigos, batom) e sua fisionomia aponta para um processo rápido e indolor, já que não há quaisquer marcas de sua participação ativa: não se veem suor, lágrimas, cabelos emaranhados, nem é possível localizar seus braços, tronco e pernas.

Figura 13: Imagem ilustrativa do parto - Unimed Joinville



Fonte: <https://www.unimed.coop.br/site/web/joinville/home>

Os verbos no modo imperativo são muito utilizados na linguagem publicitária. Na página, a imagem escolhida para ilustrar o parto e a presença dos verbos “conheça”, “acesse”, “programe-se” e “confira” parecem vender o parto e o nascimento como um produto a ser oferecido e comprado, o que também é reforçado pelo serviço de fotografia. Mais adiante, ao clicar no *hiperlink* “Espaço da gestante”, encontramos outra imagem que apresenta uma mulher sorridente em um campo cirúrgico. No *site*, não há quaisquer fotos que ilustrem o parto normal.

Figura 14: Imagem ilustrativa da maternidade do Centro Hospitalar Unimed



Disponível em: <https://www.unimed.coop.br/site/pt/web/joinville/espaco-da-gestante#>

O parto (nesse caso, a cesárea) é um bem de consumo (TESSER et. al. 2014) que pode ser adquirido pela mulher. Essa constatação dialoga com pesquisas sobre a escolha das mulheres por essa cirurgia. Brudazelle e Tavares (2010) constataram o caráter de “bem de consumo” da cesárea em uma pesquisa com 200 mulheres, das quais 43,3% optaram sem necessidade ou indicação clínica por esse procedimento. Além disso, Nakano, Bonan e Teixeira (2015) demonstram como a cesariana é normalizada em maternidades privadas do Sudeste do Brasil, indicando o surgimento de uma cultura material em torno dessa intervenção. Os autores observam que, para as mulheres entrevistadas, “falar de parto é, em primeira instância, falar de cesariana”. Da mesma maneira, esse imaginário constatado pelos autores é estampado também no *site* de uma maternidade privada: “a cirurgia abdominal é incorporada como uma via de parto moderna, segura e ‘normal’” (NAKANO, BONAN e TEIXEIRA, 2015).

Acessando o espaço da maternidade propriamente dito, a partir das informações escritas, é possível recuperar explicitamente os valores importantes para o hospital, uma vez que o texto do *site* enfatiza qualidades, como conforto, segurança e se ancora na instrumentalização moderna, ressaltando o uso de aparelhos modernos na assistência ao parto, como o aparelho cardiotocografia, a ultrassonografia, o sonar e o monitor multiparâmetros, para o acompanhamento do bem-estar fetal.

Percebe-se, assim, que a escolha por esse foco aponta para o posicionamento da rede em relação ao papel da mulher e as intervenções da equipe. O destaque para

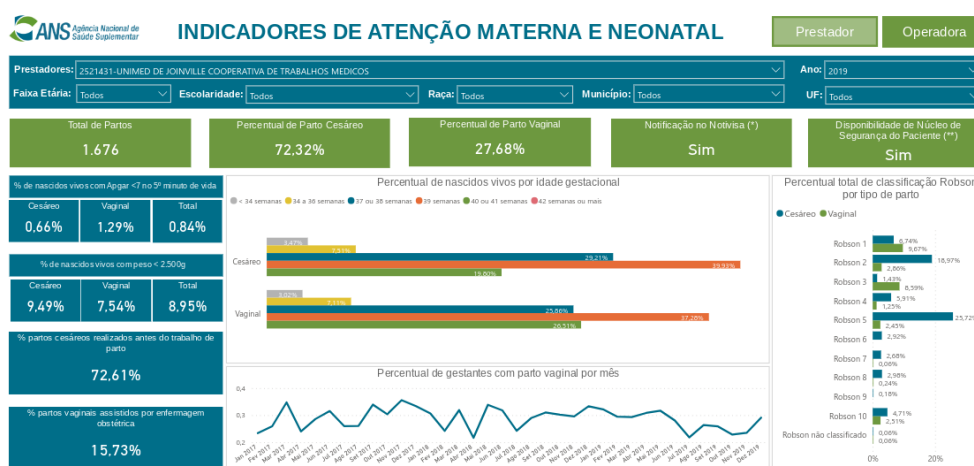
um número tão grande de aparelhos parece apontar para o discurso do corpo da mulher como desajustado, que precisa de intervenções para parir, conforme apontado por Rohde (2016). Isso também se constata na análise de PEH1 em que são ofertadas à mulher intervenções desnecessárias, como o uso da ocitocina sintética e a ruptura da bolsa, para “**corrigir** o trabalho de parto” - verbo que parece desvelar o discurso de que o corpo e o parto precisam de reparos. Assim, mesmo os partos que poderiam acontecer naturalmente, sem intervenção médica, passam a ser medicalizados e instrumentalizados preventivamente de maneira sistemática (ROHDE, 2016, p. 5). Nesse sentido, para se garantir a “segurança” durante o parto é necessário intervir, usando tecnologias avançadas. No entanto, apesar de apontarmos a predominância desse discurso no *site* da instituição, não se pretende aqui negar a importância da tecnologia, uma vez que esse recurso pode ser essencial na assistência, quando utilizada para mitigar riscos e diminuir complicações.

Ademais, ainda quanto à análise do *site* da maternidade, enfatiza-se a formação da equipe médica e a atualização constante desses profissionais, “dentro das melhores práticas, embasadas em evidências clínicas”. No vídeo publicitário da instituição, mostram-se as salas de pré-parto e também utensílios voltados ao parto normal, a exemplo de camas reguláveis, bolas, cavalinhos e destaca-se o espaço para caminhar, oferecido à gestante, durante o trabalho de parto. A apresentação ressalta que, nessas salas, “a maior parte dos partos acontece”, o que parece sinalizar para uma cultura pró parto normal. Aqui, convém destacar que, apesar do hospital contar com a presença de fotógrafos, nenhum momento do comercial mostra registros de partos normais. Os recursos para alívio da dor e os espaços preparados para esse parto são manejados por uma atriz, que simula utilizá-los. Posteriormente, no vídeo, as salas cirúrgicas são mostradas rapidamente com equipamentos de última geração, mas não há ênfase na aparelhagem nem nos métodos utilizados pelos profissionais, nesse cenário.

A ênfase de uma instituição privada no parto normal parece contrastar com a cultura da cesárea constatada nesses âmbitos. Apesar de os dados apontarem para um maior número de cesáreas na rede privada, observamos que as informações veiculadas à gestante no *site* da *Unimed Joinville* se debruçam, em grande parte, sobre o parto normal, lançando luz sobre a infraestrutura e a tecnologia da rede para a assistência a essa via de parto. No entanto, partindo do princípio de que o convênio é um prestador de serviço, pode-se dizer que, ressaltar esse tipo de assistência,

parece corresponder ao anseio das mulheres de ter um parto normal e às discussões que se voltam à humanização do parto e do nascimento. Entretanto, tal cenário de incentivo ao parto normal não pôde ser constatado na análise das taxas do hospital. De acordo com o painel da (ANS), em 2019, a Unimed de Joinville obteve um percentual de 72,32% de partos cesáreos e, dentre esses, 72,61% foram realizados antes do início do trabalho de parto.

Figura 15: Percentual de cesáreas na Unimed Joinville - 2019



Fonte: Agência Nacional de Saúde Suplementar

Já em 2020, o índice de cesarianas se mostrou um pouco maior, apresentando uma porcentagem de 76,95%, valor que contraria a recomendação da OMS e parece corroborar a cultura cesarista do setor privado, a despeito de toda a construção discursiva observada no *site* em torno do parto normal. As informações veiculadas pela ANS apontam que a maternidade foi notificada em 2020 em razão de seus índices de cesariana. Essas taxas apontam que, no vídeo do *site*, o discurso em prol do parto normal é uma das estratégias para atrair o público feminino. O plano de parto, assim, é disponibilizado pela instituição, mas não garante o parto normal, nem o protagonismo da mulher ou impede intervenções desnecessárias, uma vez que, em PEH1, são elencadas várias intervenções e condutas intervencionistas desaconselhadas (ruptura da bolsa, tricotomia, lavagem intestinal, agendamento de cesárea antes do trabalho de parto, puxos dirigidos), segundo a classificação da OMS.

Assim, o parto como evento hospitalar se insurge na análise do *site* da instituição, o que também é materializado na constituição de PEH1, uma vez que,

além das intervenções desnecessárias já mencionadas, aspectos fisiológicos básicos do processo de parturição podem ser alvo de orientação da equipe, como é possível ver em uma das alternativas que se apresenta à gestante “gostaria que me orientassem como fazer força na hora”. Conforme apontam as evidências, naturalmente, as gestantes, em período expulsivo, sentirão o puxo involuntário (BITTENCOURT, 2014). A conduta de direcionar os puxos, além de ineficaz e prejudicial, evidencia que, para os agentes-produtores do exemplar, o parto necessita de controle e da atuação de profissionais em detrimento da competência natural da mulher para lidar com ele.

A mulher, o parto e o nascimento, em PEH2 e PEH3, são posicionados de forma diferente, com maior protagonismo, o que evidencia que os valores atribuídos ao parto por essas instituições se diferenciam dos mostrados anteriormente em FEH1.

Em PEH2, pode-se observar, no *site* da Santa Casa de São José dos Campos, que, uma das premissas do hospital é a “assistência humanizada com excelência técnica”. Na página inicial, para abrir o rol dos valores caros ao hospital, a humanização é o substantivo escolhido, sendo seguido por outros, como o respeito, a integralidade, a eficácia, a transparência e a integridade. No topo da página e também no final dela, encontra-se em destaque a logomarca do hospital, cujo *slogan* é composto por três verbos “acolher, respeitar e cuidar” que sinalizam para uma atitude humanizada. No campo voltado à maternidade, não há quaisquer imagens sobre o parto em si, mas o quarto PPP (parto, pré-parto e pós-parto) da unidade ganha destaque no *site* e, na imagem, identificam-se objetos e instrumentos que ganharam evidência por meio dos movimentos de humanização: bola, espaldar, banqueta para parto, instrumentos que apontam para um maior nível de atividade da gestante.

Figura 16: Suíte PPP da Maternidade Santa Casa de São José dos Campos



Disponível em: <https://www.santacasasjc.com.br/unidades/maternidade-da-santa-casa/>

Abaixo da imagem, apresenta-se a explicação do quarto PPP, ressaltando-se a não necessidade de que a gestante seja encaminhada para o centro obstétrico no momento do parto - nessa suíte, ela poderá permanecer durante o trabalho de parto, o parto e o pós-parto, o que aponta para um distanciamento do parto da atmosfera hospitalar tradicional. Na descrição, são veiculadas expressões que retomam os discursos da humanização, como “equipe multiprofissional”, “medicina baseada em evidências”, “plano de parto”, “alojamento conjunto”, “vínculo entre mãe e bebê” e o “Programa Parto Adequado” - este último sendo uma iniciativa da ANS de estímulo à mudança na assistência ao parto, em que se incentivam a adoção de boas práticas baseadas em evidências científicas e a valorização do parto normal. A adesão da maternidade ao programa é retomada também no plano de parto, cujo selo se encontra no campo final do documento para legitimar as condutas do exemplar.

No vídeo da instituição, uma enfermeira obstétrica conduz a visita do espectador às estruturas da maternidade, relatando procedimentos e condutas de base. A escolha por esse profissional para protagonizar o vídeo remete ao contexto de menor intervenção que o hospital pretende publicizar e parece querer aproximar o hospital a um contexto domiciliar, uma vez que o parto domiciliar planejado, de acordo

com o Parecer Nº 003/2019 do Conselho Federal de Enfermagem “vem crescendo em todo o país e o número de equipes de Enfermeiras Obstétricas aumentou significativamente, fato facilmente comprovado pelas redes sociais e Secretarias Municipais de Saúde”. No contexto da humanização, o enfermeiro obstétrico ganha evidência, sendo habilitado para atuar tanto no hospital quanto nas residências, podendo conduzir partos domiciliares planejados.

O parto, em PEH2, é feito pela mulher, e a equipe atua para sondá-lo, bem como para avaliar as vontades da parturiente. Por exemplo, o vídeo da instituição aponta o plano de parto como uma ferramenta de comunicação com a equipe, ressaltando que esse registro deve ser feito pela mulher, de preferência com o médico, devendo ser entregue com trinta dias antes da data prevista do parto para ser revisado e avaliado por esses profissionais. O cabeçalho de PEH2 destaca “faremos esse planejamento em conjunto com todo o respaldo de seu médico, que lhe orientará com todas as informações e tomada de decisões do que for melhor para você e o seu bebê”, o que aponta certos limites para os desejos da mulher, uma vez que as tomadas de decisão, sobre o que é o melhor, acontecem com a atuação conjunta do médico e da equipe.

PEH3, elaborado pelo Núcleo Bem Nascer, apresenta uma perspectiva semelhante, apesar de não ser uma rede vinculada ao programa Parto Adequado da ANS. A instituição, de perspectiva humanizada, é formada por diversos especialistas, como médicos, psicólogos, nutricionistas, enfermeiros e fisioterapeutas. Essa configuração de profissionais no atendimento ao parto - rede multidisciplinar também verificada em PEH2 - ganhou notoriedade no cenário da humanização, como veremos a partir da entrevista com Ilítia, uma das participantes da nossa pesquisa. O *site* da rede apresenta uma descrição inicial sobre a perspectiva do Núcleo, posicionando a mulher como “dona do corpo” e “protagonista”, afirmando que “para se obter um parto humanizado, todas as decisões devem ser tomadas pela mulher que vai dar à luz”.

No *site*, é possível ao visitante acessar os *hiperlinks* “Relatos de parto”, “Bem nascidos” - galeria de fotos de recém-nascidos do hospital, “Agenda” - com datas de cursos de preparação para o parto humanizado e “notícias” - em que se registram publicações sobre o parto humanizado. Diferentemente dos *sites* anteriores, a instituição exibe fotos de parto normal e a seção “Relatos de parto” é estampada pela imagem de uma mulher cujo parto se deu na banheira. É importante destacar que, na galeria dos relatos de parto, a instituição exibe uma sequência de fotos de mulheres

parindo em outros locais, no entanto, a escolha por esse registro especificamente, para ilustrar o *hiperlink* que dá acesso aos relatos, aciona o diálogo do Núcleo com outros discursos e enunciados relacionados à humanização, além de sinalizar para a sua adesão ao protagonismo da mulher, o que corrobora a prerrogativa de Foucault (2008), segundo a qual o enunciado não pode existir de maneira isolada, mas sempre se mostra relacionado a outros do mesmo ou de outros discursos. A imagem do parto na água, como se pode ver também na Figura 19, é, sem dúvida, uma das mais representativas da assistência humanizada, que passou a ganhar evidência com o lançamento do documentário “O Renascimento do Parto” em 2013. Abaixo, apresentamos a relação entre esses enunciados.

Figura 17: Diálogo entre enunciados



Fonte: Elaboração da autora com base nas imagens disponíveis nos sites <https://www.nucleobemnascer.com/> e <https://www.adorocinema.com/filmes/filme-223163/>

Ao introduzir o plano de parto na seção “parto”, a instituição ressalta que as mulheres estão em “posição de escolher” e apresenta que a proposta da assistência prestada é “reivindicar o processo (do parto) como fisiológico”. Inscreve-se que o plano é estudado junto ao obstetra, mas não obrigatoriamente “revisado” por ele. PEH3 é o exemplar que mais apresenta páginas (13 no total) e opções variadas à gestante, legitimadas pelas evidências científicas. Vê-se a maior abertura para as vontades da mulher, apesar de elas ainda apresentarem certa relação com o profissional. Além disso, é necessária a atuação do obstetra no preenchimento de PEH3, para que

procedimentos pouco conhecidos, como “episiotomia de pressão” sejam explicados e a mulher tenha condição de escolher.

Dentro dos Planos Estandarizados Hospitalares, PEH4 é produzido por uma instituição que possui forte relação com a pesquisa e a divulgação científica, o que se evidencia por *hiperlinks*, como “pesquisa”, “ensino” e “comitê de ética” apresentados em seu *site*. Por se tratar de um complexo voltado ao ensino e ao atendimento da área médica, mas também de outras especialidades da área de saúde (enfermagem, odontologia, farmácia e psicologia), informações sobre as concepções de parto e de nascimento da instituição não podem ser localizadas facilmente no *site* do Hospital Universitário da USP, instituição responsável por PEH4. No entanto, o complexo enfatiza que, como propósito, possui a missão de “assistência, ensino e pesquisa dentro da USP”. A página inicial se volta a reforçar o caráter assistencial e as práticas de pesquisa e ensino do hospital, registrando o quantitativo de alunos recebidos por ano e a quantidade de projetos desenvolvidos. As seções do *site* são funcionais, voltadas à marcação de exames e ao recebimento de resultados, bem como ao cadastro de pacientes e à comunicação com a comunidade. Há uma divisão que encaminha o visitante ao departamento de obstetrícia e ginecologia, mas não se encontram mais informações, apenas o nome dos profissionais que o integram.

Uma pesquisa pela palavra-chave “parto” retornou, entretanto, duas publicações da página, uma relacionada ao plano de parto e outra que discorre sobre a divisão do centro de enfermagem obstétrica e ginecológica: ambas as publicações são de 2018. Explicitamente, na área de enfermagem, é disposta a missão dessa divisão “o atendimento integral à mulher e ao recém-nascido, proporcionando condições favoráveis ao ensino e à pesquisa, pela assistência integral de enfermagem aos pacientes”. É possível observar, nesse espaço, enunciados que dialogam com a política do parto humanizado e com o manual de “Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento”, da OMS, como o incentivo ao acompanhamento da gestante (lei do acompanhante), uso de técnicas não farmacológicas para o alívio da dor, oferta de alimento às pacientes, contato pele a pele com o recém-nascido, como se vê abaixo:

[...] foram incorporadas iniciativas pioneiras na humanização da assistência ao parto desde o ano de 2000, dentre elas destacam-se o incentivo à permanência do acompanhante, uso de técnicas não-farmacológicas no manejo da dor, oferta de alimentos à parturiente, contato pele-a-pele da mãe com seu bebê ao nascimento (SOARES, 2018, on-line).

Além disso, recupera-se o enunciado sobre a episiotomia, listada como uma das práticas frequentemente usadas de modo inadequado na assistência ao parto no manual da OMS, para projetar a boa conduta do hospital devido à “diminuição dos índices de episiotomia nos partos normais” (SOARES, op. cit, on-line). Essa redução fortalece o caráter científico do hospital e aponta para a incorporação de práticas humanizadas de assistência.

Figura 18: Índice de episiotomias em partos normais - HU USP

Em partos normais, número de episiotomias:

EPISIOTOMIA	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Sem	923	955	882	871	884	945	891	952	1108	675
	-53,35%	-57,99%	-64,52%	-69,80%	-74,85%	-74,71%	-80,49%	-85,23%	-86,91%	-85,99%
Com	807	692	485	378	297	320	216	165	167	110
	-46,65%	-42,01%	-35,48%	-30,20%	-25,15%	-25,29%	-19,51%	-14,77%	-13,09%	-14,01%

Fonte: <http://www.hu.usp.br/>

Na tabela acima, vê-se uma redução considerável das taxas de episiotomia em partos normais. A divulgação desses dados expressa que, nesse quesito, o atendimento ao parto está na contramão de um sistema intervencionista, que adota a episiotomia como rotina.

Nota-se, ainda, o uso de um discurso voltado ao desenvolvimento de práticas educativas para a população e às atualizações constantes da equipe de enfermagem, que está imersa na produção de conhecimento, “participando de cursos, treinamentos e eventos” (SOARES, 2018). Essa afirmação sobre a constante atualização dos profissionais reforça o discurso científico e nega a adoção de práticas intervencionistas e sem embasamento, que estão no centro de uma assistência anticientífica.

O caráter educativo e de cooperação entre mulher e profissional é evidente, em PEH4, que abre muitos espaços de discussão com o obstetra, em que a mulher também pode registrar dúvidas sobre as questões do parto. Informação e ciência são formas de reposicionar o médico e a equipe para que a mulher possa retomar o protagonismo, tomando decisões conscientes.

No nível dos PEG, por seu caráter de circulação geral, foi possível observar uma maior regularidade dos agentes em relação aos seus valores sobre parto: a mulher em busca do seu protagonismo. Esse valor se mostrou tanto pelas publicações veiculadas em algumas das páginas, como também pelo próprio movimento que a mulher necessita fazer nesses casos: o de buscar planos de circulação geral para assegurar uma assistência humanizada e se impor contra a violência obstétrica.

PEG1 e PGE3 são exemplares que mostram enunciados vinculados à área do Direito, evidenciando o direito ao parto e ao nascimento respeitoso como devendo ser acessível a todas as mulheres. No entanto, o primeiro deles, dialoga diretamente com a pauta feminista, pois, produzido pela Artemis em parceria com a Defensoria Pública do Estado de São Paulo, é destinado a quaisquer mulheres que desejem utilizá-lo durante seus partos. Dessa forma, possui como agente produtor uma ONG, que se volta ao combate da violência obstétrica em âmbito nacional, em parceria com um órgão público de defesa do estado de São Paulo. Esse imbricamento é resultado da missão da organização que, de acordo com a sua página inicial, busca promover a autonomia feminina, objetivando prevenir e erradicar todas as formas de violência contra a mulher. Além da humanização do parto, a organização busca assegurar e garantir os direitos das mulheres, com o fim de realizar uma “mudança efetiva no cenário atual”. Como princípios, a Artemis elenca: a autonomia, humanidade, diversidade e legalidade.

É possível recuperar também enunciados da pauta feminista que se inscrevem ao longo de todo o *site*. Títulos como “Por uma, para todas” evocam uma atmosfera de união e sororidade (comportamento de respeito e apoio a outras mulheres) e, o uso das expressões no feminino “uma” e “todas” marcam o compromisso com a defesa e a promoção do direito das pessoas desse gênero. Ao lado disso, no campo inferior, veiculam-se anúncios que retomam a venda de “produtos feministas” e encontros como o “Artemicine” e o “Artemisfest”, que são eventos de arte e cultura com espaço para o diálogo sobre o feminismo. Por último, destacamos também o título da ONG “Artemis” que, na mitologia grega, era a deusa do parto, da caça, dos animais selvagens e da castidade, cultuada por aliviar doenças femininas. Esse nome recupera um enunciado mitológico, atrelado à força e ao universo feminino.

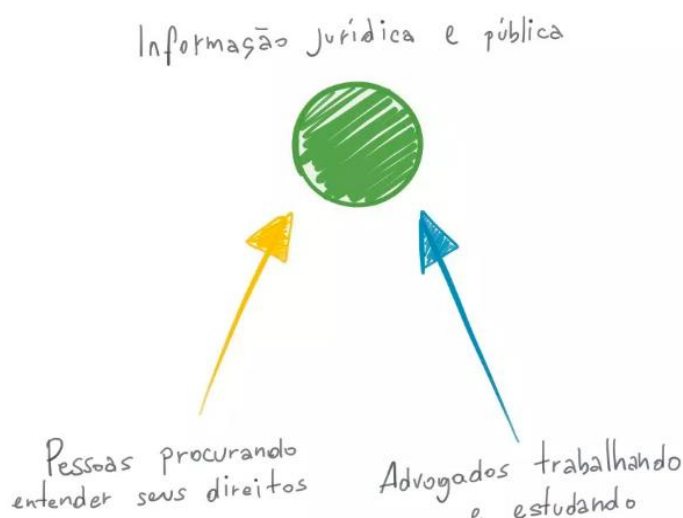
Encontram-se também enunciados próprios da área do Direito e objetiva-se a representação legal das demandas femininas, além da humanização do parto. Os *hiperlinks* presentes no *site* veiculam expressões que remetem a enunciados desse

campo e observam-se publicações sobre “O que é violência obstétrica”, “Mapa da violência obstétrica”, “Diretrizes da OMS”, “Guia para a reparação judicial”, que apontam para a problemática da violência no parto. Ademais, observa-se o caráter agentivo da instituição, uma vez que há espaços para denúncias (denuncie, deixe seu relato) e orientações sobre como as mulheres devem agir em prol da defesa dos seus direitos: em que canais devem denunciar, que documentos podem utilizar etc.

É a partir desses princípios que o exemplar veiculado pela organização é construído. Para obter respaldo legal, a construção do plano de parto é feita conjuntamente com a Defensoria Pública do Estado de São Paulo, que se destina a oferecer às pessoas necessitadas, “de forma integral e gratuita, a orientação jurídica, a promoção dos direitos humanos e a defesa, em todos os graus, judicial e extrajudicial, dos direitos individuais e coletivos” (DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE SÃO PAULO, s/d).

PEG2 se inscreve no *site* Jusbrasil, uma empresa de tecnologia que busca reunir todos os gêneros e produções da área do Direito em um só lugar, idealizada tanto para advogados, quanto para a população leiga que precise se valer das publicações. A imagem abaixo evoca enunciados voltados à união desse campo do conhecimento à esfera pública, de forma que a informação jurídica seja acessível.

Figura 19: Representação gráfica do objetivo do Jusbrasil



No *site*, de *layout* limpo e branco, encontram-se *hiperlinks* que direcionam o visitante a procurar advogados e também a consultar processos, doutrinas, jurisprudências, diários oficiais, peças processuais, legislações e modelos. É nesse último campo que o plano de parto é veiculado, com uma breve explicação de sua função. Nessa apresentação inicial, vemos o parto como pertencente à mulher, que, munida de estudo e de informação, deve escolher “livremente as suas opções” para “garantir a efetivação do seu direito a um parto seguro e respeitoso” (JUSBASIL, on-line). Não é possível recuperar mais concepções sobre o parto, uma vez que o *site* parece funcionar mais como um suporte em que diversos modelos de texto podem ser compartilhados para o uso dos interessados.

Veiculado em um *blog*, PEG3 pertence ao “Despertar do parto”, um portal de conteúdo estritamente relacionado à gestação, parto e humanização, evidenciando *hiperlinks*, como “parto humanizado”, “o que é plano de parto”, “modelo de plano de parto”, “relatos de parto”, “saiu na imprensa”. Coordenado por uma doula, o *site* veicula artigos sobre esses tópicos, instrumentalizando as mulheres em relação às práticas recomendadas pela OMS, ao conscientizá-las sobre o parto normal e assistência humanizada. Compartilham-se fotos, depoimentos de parto normais e naturais, que são enunciados selecionados que integram um discurso sobre humanização, também visto em PEH3 e PEH4, mas, aqui, fora do âmbito hospitalar - a informação sobre humanização não vem da equipe médica, mas de uma profissional que se faz presente no cenário da humanização: a doula.

Essa contextualização sobre os valores dos agentes-produtores dos planos sobre o parto e o nascimento será especialmente útil na análise da infraestrutura e do conteúdo temático desses planos de parto, uma vez que nos permite inferir as representações desses agentes sobre a tarefa que precisavam realizar ao redigir esses documentos.

Por meio da análise dos *sites* onde selecionamos os planos de parto e da observação dos textos empíricos, foi possível sintetizar os parâmetros da situação de ação da linguagem desses exemplares, conforme mostramos abaixo:

Quadro 10: Parâmetros da situação de ação de linguagem

Texto	Emissor/ Lugar social	Receptor/ Lugar social	Momento de produção	Objetivo comunicativo	Lugar de circulaçã o/ recepção
PEH1	Unimed - Joinville/ Instituição de saúde privada	Mulher/ Gestante, cliente Obstetra de plantão da rede	s/d	Conhecer os desejos da gestante	Site da Unimed - Joinville Hospital da Unimed Joinville
PEH2	Santa Casa/ Instituição de saúde privada	Mulher/ Gestante, cliente Obstetra pré- natalista ou do plantão	s/d	Conhecer as preferências para atender a mulher com mais qualidade	Site da Santa Casa Maternida de Santa Casa
PEH3	Núcleo Bem Nascer/ Maternidade multidisciplinar	Mulher/ Gestante, paciente Obstetra pré- natalista	s/d	Reivindicar o processo como fisiológico e conhecer as preferências da mulher	Site do Núcleo Maternida de do Núcleo
PEH4	Hospital Universitário - USP/ Hospital-escola	Mulher/ Gestante, paciente Obstetra	s/d	Refletir e discutir assuntos relacionados ao parto, envolvendo o companheiro, os familiares e a equipe médica	Site do HU Maternida de do HU
PEG1	Artemis/ Defensoria Pública de São Paulo	Mulher/ Gestante, paciente	s/d	Assegurar autonomia, registrar desejos e	Site da Artemis e blogs de apoio ao

		Obstetra*		evitar intervenções	parto natural
PEG2	Despertar do parto Doula	Mulher/ Gestante Obstetra*	s/d	Listar desejos e dar a conhecer procedimentos relacionados ao parto	Blog Despertar do parto
PEG3	Jusbrasil Advogada	Mulher/ Gestante Obstetra*	s/d	Direcionar previamente vontades para quando a mulher não puder se expressar livremente	Site

Fonte: Elaboração da autora

Em síntese, como já falamos, apontamos como regularidade desses planos a ausência de data na publicação dos exemplares, o que se relaciona ao seu formato padronizado e ao seu lugar de circulação, *a internet*. Em todos os PE, o receptor do texto é a mulher que, se ainda não está gestante, pretende engravidar. Instaura-se também, como receptor final, o profissional que irá assistir o parto. No entanto, apesar dessa regularidade, nota-se diferentes percepções acerca de quem é esta mulher, do seu papel social, e de quem é esse profissional, percepções que estão relacionadas à interpretação da situação da linguagem oriunda das instâncias produtoras do texto.

Em PEH1 e PEH2, por exemplo, mesmo que as instituições compartilhem valores diferentes sobre o parto, a mulher é vista como cliente de um serviço privado prestado pela maternidade. Dessa maneira, essa perspectiva afeta o objetivo comunicativo desses exemplares que, explicitamente, marcam, na abertura do plano de parto, que se intenta conhecer os desejos da gestante por meio do texto para “melhor atendê-la” (PEH2). Esses planos, então, serão úteis para, dentre as opções oferecidas pelas redes, registrar essas vontades e comunicá-las ao obstetra de plantão.

Já PEH3, em seu lugar de hospital humanizado e equipe multidisciplinar, além de procurar alinhar a assistência para a mulher, busca devolver a ela o seu protagonismo, oferecendo à mulher inúmeras opções de boas práticas para o nascimento, que podem ser adotadas dentro da esfera da maternidade. Em PEH4, o exemplar toma como receptor não a mulher-cliente, mas a mulher-gestante, alvo de ações educativas, que pode usufruir do atendimento do hospital. Por aderir ao discurso científico e adotar os princípios da humanização, o objetivo comunicativo do exemplar é refletir e discutir assuntos relacionados ao parto, envolvendo a mulher, o companheiro e a equipe, o que está atrelado ao seu papel social de hospital-escola e às propostas de ações educativas. O plano, nesse caso, busca proliferar boas práticas e formar uma consciência sobre o parto humanizado.

Em PEG3, o papel social do agente-produtor influencia a sua percepção da ação comunicativa, uma vez que o objetivo desses materiais se volta a educar as mulheres, para que, assim, consigam realizar escolhas conscientes nos planos. Da mesma maneira, o objetivo comunicativo de “assegurar as escolhas da mulher”, em PEG1, possui relação com as representações desses agentes que se inserem no campo jurídico. Ambos não apresentam ilustrações, cores, explicações longas e, em PEG1, sequer há algum texto introdutório sobre o propósito do documento. O exemplar é uma folha branca, com frases curtas, diretas e opções de “sim” e “não”, o que evoca os enunciados da área jurídica. Encontram-se também leis que respaldam as decisões da mulher, como a lei do acompanhante.

Retomando Bronckart (2012), observamos na análise inicial dos PE que os agentes, ao realizarem uma ação de linguagem, acionam seus conhecimentos sobre a situação da ação, abarcando todos os parâmetros expostos acima, acerca do mundo físico e socio subjetivo. Acima, vimos como a inscrição desses agentes no mundo social, em um lugar historicamente situado, repercutiu na sua configuração dos objetivos comunicativos dos seus exemplares de plano de parto e, conseqüentemente, em algumas escolhas refletidas no material linguístico e semiótico dos planos. Isso se deve também, porque, além dos planos de parto poderem assumir configurações bem diversas, esses textos são resultado de uma adaptação e de um empréstimo de um “gênero-modelo” aos valores atribuídos por essas instâncias à sua situação de comunicação.

6.3 A INFRAESTRUTURA TEXTUAL DOS PLANOS ESTANDARDIZADOS

No seu modelo de análise, Bronckart (2012) estabelece a infraestrutura geral do texto como o nível mais profundo, o qual é constituído pelos seguintes elementos: plano mais geral do texto, que pode ser “codificado em um resumo”; tipos de discurso, “pelas modalidades de articulação entre esses tipos de discurso e pelas sequências que nele aparecem” (BRONCKART, 2012, p. 120).

Primeiramente, o plano geral está relacionado à organização do conteúdo temático, sendo possível identificá-lo visivelmente no processo de leitura. Convém, entretanto, ressaltar que o conteúdo temático se refere ao conjunto de informações que são explicitamente apresentadas no texto (BRONCKART, 2012, p. 97). Bronckart (2012) afirma que os parâmetros do mundo físico, social e subjetivo exercem influência sobre esse conteúdo, pois ele provém das representações construídas pelo agente-produtor. Além disso, o conteúdo temático dos textos depende dos conhecimentos dos agentes-produtores sobre os tópicos abordados, variando de acordo com a sua experiência e de acordo com o seu nível de desenvolvimento.

Na análise dos PE, além dos elementos do mundo físico dos quais já tratamos (mulher, equipe, aparelhos e objetos que podem ser usados no contexto de assistência), observamos que os exemplares introduzem temas relacionados ao mundo social, abordando a maneira de se organizar a tarefa: procedimentos que podem ser ou não adotados, práticas que são respaldadas e as que não o são.

Abaixo, apresentamos uma tabela com uma planificação mais geral do conteúdo temático dos exemplares. A seguir, comentaremos as regularidades encontradas, mas também algumas de suas particularidades, buscando relacioná-las aos dados do contexto sociossubjetivo dos textos; no entanto, não nos dedicaremos a observar exaustivamente a ordem em que aparecem os conteúdos nessa planificação, uma vez que um dos critérios para a seleção dos textos foi também a sua variação.

Quadro 11: Plano geral do conteúdo temático dos PEH

Plano Geral PEH1	1. Saudação e explicação sobre o propósito do documento junto à ressalva sobre o plano não ser uma lista de obrigações para a equipe médica 2. Ciência de imprevisibilidade do parto (1ª pessoa) 3. Registro da escolha dos acompanhantes - ressalva para a participação das doula 4. Escolha de procedimentos no pré-parto; 5. Escolha dos procedimentos durante o parto; 6. Procedimentos em caso de cesariana; 7. Procedimentos e cuidados com o bebê; 8. Registro de outros detalhes e informações pela gestante; 9. Desfecho: agradecimento à equipe e registro da confiança da mulher na intenção dos profissionais seguirem o plano de parto “dentro do possível”
Plano Geral PEH2	1. Saudação e explicação sobre o propósito do documento 2. Explicação: a mulher será comunicada em caso de alteração do plano 3. Dados da paciente e do obstetra 4. Ciência de imprevisibilidade do parto (1ª pessoa) 5. Registro da escolha do acompanhante 6. Comentário: importância do suporte emocional da doula 7. Explicação e escolha de procedimentos no trabalho de parto 8. Explicação e escolha de procedimentos durante o parto 9. Procedimentos pós-parto e com o bebê 10. Menção ao registro de fotos 11. Comentário sobre cesárea baseada em evidências 12. Escolha sobre entrar trabalho de parto antes da cesárea 13. Pintura da placenta 14. Comentários da gestante sobre a aspiração das vias aéreas 15. Comentários da gestante sobre o plano 16. Assinatura da gestante e acompanhante.
Plano Geral PEH3	1. Dados da gestante, acompanhante e bebê 2. Filosofia sobre o nascimento - Explicação do propósito do plano 3. informações importantes sobre a saúde da gestante 4. Informações: ambiente e acompanhantes no pré-parto e parto 5. Escolhas sobre via de parto 6. Escolhas sobre procedimentos e intervenções adequadas 7. Opções em caso de indução 8. Decisões sobre o local do pré-parto 9. Decisões sobre intervenções 10. Decisões sobre métodos para alívio da dor 11. Decisões sobre o expulsivo 12. Decisões sobre cesárea 13. Decisões após o nascimento e cuidados com o bebê

	14. Decisões sobre as visitas
Plano Geral PEH4	1. Explicação sobre o que é o plano de parto; 2. Estímulo à reflexão e à conversa com a equipe para a tomada de decisão; 3. Lembrete sobre o plano de parto poder ser alterado 4. Visão do hospital, princípios do parto humanizado e diretrizes do hospital: procedimentos que não são realizados 5. Informações de saúde sobre a mulher e o bebê 6. Espaço para informações sobre o acompanhante 7. Recursos para o trabalho de parto 8. Episiotomia 9. Parto normal e uso de fórceps 10. Cesárea 11. Cuidados com o bebê 12. Espaço para outros comentários, assinatura e data.

Fonte: Elaboração da autora

Quadro 12: Plano geral do conteúdo temático dos PEG

PEG1	1. Dados da mulher - nome, endereço, e-mail, telefone, data 2. Escolhas durante o trabalho de parto 3. Escolhas para o parto 4. Escolhas para depois do trabalho de parto 5. Escolhas em caso de cesariana 6. Cuidados com o bebê 7. Desfecho - protocolo, solicitação para registro dos procedimentos em desacordo com o expresso no plano de parto 8. Assinatura da mulher, dados de quem recebeu o plano (nome, função, hospital) e número de protocolo.
PEG4	Dados sobre a mulher, acompanhante, equipe e hospital Visitas dos filhos Cursos feitos pela gestante e informações lidas Informações importantes sobre a mãe e bebê Condução do parto e pós parto Ciência de imprevisibilidade do parto (1ª pessoa) Escolhas sobre a fase latente Métodos para alívio da dor Escolhas sobre a fase expulsiva Escolhas após o parto Primeiro banho do bebê Amamentação Procedimentos em relação à cesárea Nota sobre a fonte em que o plano de parto foi inspirado
PEG3	Saudação ao diretor da maternidade e nome do hospital

	Explicação do propósito do documento Ciência de imprevisibilidade do parto (1ª pessoa) Citação da lei do acompanhante, doula e das regulamentações da OMS Escolhas quanto ao trabalho de parto Escolhas durante o parto Escolhas após o parto Escolhas sobre o cuidado com o bebê Procedimentos em caso de cesárea Desfecho, retomada de leis Agradecimento antecipado Local, data e assinaturas (mãe e pai)

Fonte: Elaboração da autora

Após a inserção dos dados gerais da gestante e de outros agentes relacionados a ela (acompanhante, doula), um dos conteúdos frequentes na infraestrutura diz respeito à explicação do propósito do documento, presente em todos os planos hospitalares e em dois dos exemplares gerais, uma vez que é preciso delimitar que o intuito do plano é “conhecer” ou “listar” os desejos da gestante. Entretanto, como esse conteúdo é oriundo das representações dos agentes, PEH1 é o único exemplar que apresenta uma observação sobre o plano não ser uma lista do que a equipe pode ou não fazer: “Entenda que esse documento não é uma lista de obrigações ou permissões para a equipe médica, mas permitirá que os envolvidos conheçam seus desejos, escolhas e prioridades”. Tal observação é seguida de um comentário que abona a preparação dos profissionais para intervir; além disso, esse exemplar é o único plano que mostra um agradecimento (em primeira pessoa) à equipe médica e ressalta a confiança da mulher na conduta desses profissionais. Essa singularidade quanto ao conteúdo temático do exemplar revela como as representações dos agentes sobre o mundo social influenciam a estrutura do texto, uma vez que essa planificação reforça uma assistência, cujos valores se centram nos profissionais, em detrimento da mulher, como vimos anteriormente.

A consideração sobre o parto tomar diferentes rumos e sobre a necessidade do plano precisar ser modificado, ainda que com o consentimento da mulher, é encontrada em seis dos sete exemplares. Apenas em PEG1 não se encontram menções de abertura acerca da mulher estar ciente quanto aos diferentes desfechos do parto, o que retoma o lugar social da instância que o produz. Nesse exemplar, o agente (defensor público) em prol do seu objetivo comunicativo “assegurar o

cumprimento das vontades da mulher”, escolhe não abrir espaços para ressalvas, como veremos ao comentarmos o fechamento desse plano, mais à frente.

Ainda que apresentem diferentes subdivisões, as etapas de pré-parto, parto, expulsivo, pós-parto e cuidados com o bebê planificam boa parte do conteúdo e elas se seguem após o texto de abertura. Alguns planos organizam esses momentos em tópicos iniciais explícitos (PEH1, PEH4; PEG2, PEG3, PEG4, PEG5), outros apresentam, para escolha da mulher, apenas os procedimentos que ocorrerão, mas essas possibilidades são mostradas relacionadas a essas fases (PEH2, PEH3).

A planificação, em relação aos procedimentos, é feita de formas variadas nos exemplares analisados, como se pode ver por meio do exemplo em que se listam as escolhas quanto aos métodos para alívio da dor. Vemos aqui, a amplitude de ofertas dos PEH, uma vez que cada instituição sabe o que é possível oferecer no seu contexto de assistência.

Quadro 13: Métodos para alívio da dor nos PE

Exemplar	PEG2	PEG3	PEH2	PEH3	PEH4
Métodos para alívio de dor	Analgesia somente quando eu pedir	Peço que não seja oferecido analgésicos ou anestésicos (sic). Pedirei quando achar necessário. Uso ilimitado da banheira ou chuveiro.	Banho morno Massagem Bola Músicas Técnica de respiração Analgesia	Técnicas de respiração Reflexologia Meditação Tens Acupressura Massagem Acupuntura Walking analgesia Hipnose Meditação Outros	Respiração Relaxamento Banho de aspersão Escalda - pés. Espaldar. Massagem Medicamentos injetáveis Anestesia nas costas

Fonte: Elaboração da autora a partir dos exemplares

No entanto, apesar dessas variações, observamos duas regularidades principais: os instrutivos (que visam instruir a mulher enquanto procedem à escolha) e os não-instrutivos. A maior ocorrência dos de primeiro tipo se encontra entre os agentes vinculados à pauta da humanização e da educação perinatal da mulher. Por exemplo, recuperando o papel social de PEH4 (hospital-escola), o seu objetivo comunicativo (ver quadro 10) e, portanto, a sua adesão ao discurso científico e aos

princípios da humanização, esse exemplar abre muitos espaços para a veiculação de informações educativas, as quais podem ser lidas antes, pela mulher, para que ela realize a escolha. O plano, nesse caso, busca proliferar boas práticas e formar uma consciência sobre o parto humanizado. Consequentemente, esse exemplar apresenta um campo com os procedimentos que não são adotados na assistência ao parto, como jejum, depilação, lavagem, rompimento da bolsa e administração de ocitocina. Esse registro instrui e informa a mulher sobre as boas práticas e, ao mesmo tempo, possibilita o alinhamento das práticas adotadas no complexo.

O HU adota princípios do parto humanizado e todas as recomendações legais vigentes:

- a) Não é necessária que se realize a depilação na região perineal.
- b) Não é indicada a realização de lavagem intestinal de rotina.
- c) Não utilizamos ocitocina ou realizamos amniotomia de rotina.
- d) Durante o trabalho de parto você pode optar pela posição mais confortável e poderá se movimentar livremente, o que é benéfico para a evolução do trabalho de parto, desde que as suas condições e do seu bebê o permitam. (Ver anexo D)

Em PEH4, à mulher não é dado o direito de escolha sobre as práticas listadas acima - não existem espaços a serem preenchidos, campos que podem ser assinalados com um “X” ou com quaisquer outras marcações. A impossibilidade de adotá-las assegura a posição de que o atendimento do hospital é respaldado na Medicina Baseada em Evidências e, portanto, tais dinâmicas não são apresentadas como uma opção válida - apenas informadas como não necessárias.

Dentro da esfera privada, PEH2, vinculado ao programa Parto Adequado, também abre espaços para instruir a gestante antes que as escolhas sejam feitas. No entanto, apesar de não incluir na planificação do seu conteúdo temático as condutas claramente prejudiciais ou ineficazes, apresenta às gestantes outras que têm eficácia, a depender dos desdobramentos do parto, conforme a classificação da OMS (BITTENCOURT, 2014). Essa regularidade de instruir a gestante, ao apresentar (ou não) os procedimentos, abrindo maior ou menor espaço para isso na planificação do texto, revela-nos aspectos importantes sobre as representações dos agentes que, situados sócio-historicamente, organizam os conteúdos desses planos.

Todos os demais exemplares abriram menos espaço em seu plano geral para essa instrução prévia, antes da tomada de decisão. Alguns facultam à escolha da mulher, em seu conteúdo temático, intervenções desaconselhadas e ineficazes, ora porque centralizam mais a figura da equipe (PEH1) na assistência, ora porque foram

concebidos para circulação em contextos imprevisíveis (PEG1, PEG2, PEG3) mas também porque, a nosso ver, os seus agentes não se situavam nesse campo do saber, para operar as modificações necessárias (PEG2, PEG3).

Por exemplo, PEH1 abre numerosos tópicos para escolhas intervencionistas, conferindo à gestante a possibilidade de se for de sua vontade, optar por ter: bolsa rompida, administração de ocitocina, lavagem intestinal, raspagem dos pelos, infusão contínua de soro, puxo dirigido, episiotomia. Destaca-se também que esse plano é o único que registra a opção da gestante por não amamentar o bebê, se assim quiser, opção dissonante aos discursos da humanização. Além disso, é apenas nesse plano em que se encontra a opção de “tanto faz”, por meio da qual a gestante faculta a sua capacidade de decisão, entregando a escolha à equipe.

A construção do plano de parto e a inclusão dessas opções apontam para a importância de iniciativas e da veiculação de informações sobre formas veladas de violência obstétrica, uma vez que os discursos em torno do parto normal tendem a vinculá-lo a muitas formas de intervenção e violência, resultando em uma dificuldade das mulheres entenderem quais práticas se configuram como VO. Teixeira (2021) constata que “algumas mulheres tendem a aceitar e interpretar a violência obstétrica como consequência normal do parto” e essa realidade é construída socialmente nos discursos. Vemos que a distinção dos exemplares quanto às opções oferecidas às mulheres corrobora a afirmação que “os grupos humanos vão atribuindo valorações diferentes (e até contraditórias) aos entes e eventos, às ações e relações nela ocorrentes” (FARACO, 2017, p. 51). O parto é alvo dessas interpretações, o que vemos repercutir no conteúdo dos planos analisados.

Uma regularidade presente nos exemplares é a posição do tópico delimitado à cesárea, que aparece após as escolhas e os procedimentos para o parto normal. O momento de introdução deste conteúdo é, mormente, após toda conduta quanto às fases do parto, o que aponta para o contexto de surgimento do gênero e a sua forte vinculação às resoluções da OMS para o parto normal, nas quais o plano aparece, como já falamos, como a primeira conduta recomendada pelo órgão para essa via de parto. Como a maior parte dos procedimentos se vincula ao desfecho para o parto normal, as escolhas, caso a cesárea seja necessária, aparecem em um segundo momento e em um menor número. A posição que esse conteúdo ocupa na planificação dos exemplares remete à abertura apresentada sobre o parto poder tomar diferentes rumos e a ressalva sobre os planos poderem ser modificados.

Uma característica que se mostrou também bastante regular na infraestrutura dos planos é o fechamento, que assumiu, a depender do exemplar, formatos diversos, como: comentários sobre o plano (PEH1, PEH2), agradecimento afetuoso à equipe (PEH1), agradecimento antecipado quanto ao cumprimento do plano (PEG2), assinatura da mãe (PEH2, PEH4, PEG1, PEG3), assinatura da mãe e obstetra (PEH4), assinatura da mãe e de quem recebeu o plano (PEG1), data e local (PEH4) e solicitação de protocolo (PEG1, PEG2).

Como se vê, a variação é expressiva. Observamos que a assinatura da mãe foi recorrente em muitos dos exemplares analisados, a fim de respaldar a validade das vontades. No entanto, apenas em PEH4, em que houve o acompanhamento educativo, pelo obstetra, para a formação da gestante durante o pré-natal, é possível observar o momento para a assinatura do médico. Nenhum outro plano solicita esse registro, o que pode apontar para a não necessidade desse procedimento para que o plano de parto tenha validade legal (HERIEF, 2023); ou para a dificuldade de se conseguir um alinhamento e acompanhamento sistemático com esses profissionais, durante o pré-natal, ou até mesmo para pouca acessibilidade ao médico nos plantões de hospitais públicos ou privados, em que as gestantes, que optam por partos normais hospitalares, geralmente, os entregam. Em PEG1, por exemplo, os espaços que se abrem solicitam a assinatura do profissional que recebeu o plano - não necessariamente o obstetra, pois, para se chegar até ele, há um caminho a ser percorrido.

Uma particularidade que se revela no plano geral de PEG1 e PEG3 é a necessidade de protocolar o documento, o que aponta para os lugares sociais dos seus produtores e o seu pertencimento à formação sociodiscursiva do Direito. Observa-se, por exemplo, em ambos, no campo final da página, a solicitação para protocolar o documento, atribuindo valor legal aos apontamentos da mulher. PEG1 é o único exemplar que apresenta, em seu conteúdo temático, um desfecho para que os procedimentos em desacordo sejam justificados, no prontuário da mulher, o que parece remontar à intenção de fazer a equipe agir em relação ao que está disposto no plano: como não há abertura que aponta para as ressalvas e rumos imprevisíveis do trabalho de parto, o exemplar procura eximir as exceções, das quais os profissionais poderiam se valer para justificar uma assistência intervencionista.

Por fim, tanto a inexistência do preâmbulo sobre o propósito do plano do parto quanto à abertura desses espaços para o protocolo do plano de parto podem estar

relacionadas ao fato de que o gênero é produzido por um produtor experiente da área jurídica e, portanto, autorizado a fazer modificações no texto, pois, conforme Bhatia (2001), determinadas inovações só possuem validade quando feitas pelos membros legitimados das comunidades discursivas ou quando são amparadas por uma autoridade do meio.

6.3.1 Os tipos de discurso

A infraestrutura textual também comporta os tipos de discurso, definidos por Bronckart (2012, p. 120) como os diferentes segmentos que o texto abriga, ou como os elementos que compõem a heterogeneidade textual. Esses tipos podem ser identificados nos textos e “traduzem a criação de mundos discursivos específicos” (BRONCKART, op. cit., p. 149). São construídos segundo dois subconjuntos de operações que explicitam a relação entre o “conteúdo temático de um texto e as coordenadas gerais do mundo ordinário” e entre as instâncias de agentividade em ação no mundo discursivo. Assim, os tipos de discurso são provenientes do cruzamento dessas operações, resultando nos tipos discursivos da ordem do expor implicado, expor autônomo, narrar implicado e narrar autônomo, que correspondem, respectivamente, ao discurso interativo, discurso teórico, relato interativo e narração (BRONCKART, 2012, p. 155-157).

Para o ISD, as operações de construção das coordenadas organizadoras do conteúdo temático podem ser resumidas “em uma decisão de caráter binário” que ou são disjuntas das coordenadas do mundo ordinário ou são conjuntas ao mundo da ação de linguagem (BRONCKART, op. cit.). No primeiro caso, quando são separadas do mundo ordinário, temos o mundo do narrar, em que os fatos remetem a uma origem “espaço-temporal” disjunta e são narrados “como se fossem passados” (BRONCKART, op. cit.). Observa-se a construção de um mundo separado, em que o conteúdo remete a um outro lugar e os eventos são narrados. No segundo caso, entretanto, os fatos e elementos do texto são apresentados como acessíveis ao mundo dos protagonistas e a ação de linguagem é conjunta, então temos o mundo do expor.

Além disso, um texto pode implicar (deixar explícita) a sua relação com os parâmetros materiais da ação de linguagem, fazendo isso por meio de referências dêiticas, ou não, configurando uma autonomia ao dispensar, nesse caso, qualquer

conhecimento das condições de produção. Assim, a partir do cruzamento entre essas operações, surgem os quatro mundos discursivos: dois do modo do narrar: narrar implicado e narrar autônomo; e dois mundos da ordem do expor: o expor implicado e o expor autônomo. Essas operações psicológicas, para o ISD, são universais, mas as marcas linguísticas que as traduzem dependem das línguas naturais de seus falantes.

Quadro 14: Tipos de discurso quanto às operações psicológicas

Mundo da ordem do:	Tipo de discurso	Relação quanto às coordenadas do mundo e relação ao ato de produção
Expor	Discurso interativo	Conjunto e implicado
Expor	Discurso teórico	Conjunto e autônomo
Narrar	Relato interativo	Disjunto e implicado
Narrar	Narração	Disjunto e autônomo

Fonte: Elaboração baseada em Bronckart (2012)

Vimos, na análise dos exemplares, que os planos de parto exibem o discurso interativo em diferentes partes do texto. Por exemplo, nos preâmbulos dos planos, que os apresentam, observamos que as coordenadas do mundo discursivo são conjuntas ao mundo ordinário e que os agentes estão implicados no texto, seja por meio de vocativo, pronomes (pessoais e possessivos), substantivos, mas também por meio de assinaturas. Nas demais partes do texto, a implicação dos agentes obedece à mesma lógica.

Além disso, os exemplares fazem menção ao espaço-tempo da interlocução por meio da sinalização da origem do documento, de espaços para o preenchimento dessa informação e também da data. Ademais, também contemplam o espaço e tempo da realização dos procedimentos, recuperando informações da situação de ação da linguagem.

Quadro 15: Excertos de discurso interativo nos exemplares

	Mulher	Médico/Equipe	Espaço-tempo
PEH1	Eu ,_____ estou ciente de que o parto pode tomar diferentes rumos.	Gostaríamos de conhecer melhor o que você está pensando ou planejando para o nascimento do seu bebê	Unimed-Joinville “na sala de parto” “no pós-parto”
PEH4	Discuti a realização de episiotomia por risco de rotura perineal com a equipe e QUERO QUE , se a equipe avaliar que há risco de rotura perineal, seja realizada a episiotomia.	Gostaríamos que pensasse nas questões abaixo, conversasse com a equipe de saúde (médicos e enfermeiras). Não utilizamos ocitocina ou realizamos amniotomia de rotina.	“No hospital” “Durante o trabalho de parto” após o parto. Na internação
PEG2	Esse é meu Plano de Parto, que protocolo neste momento para que minha vontade e autonomia sejam atendidas.	[Recebido] Por (nome e função): _____	Hospital: _____ _____ _____
PEG3	A gestante gostaria que o campo cirúrgico fosse abaixado para que possa ver seu bebê nascer	Agradecemos desde já o apoio de toda equipe médica	Sendo assim, assinamos o presente e protocolamos em duas vias neste hospital.

Fonte: Elaboração da autora

Além dessas ocorrências, observamos que o tempo de base dos textos é o presente, o que, segundo Bronckart (2012, p. 129) confere um valor de “simultaneidade” aos segmentos de discurso interativo, ocasionando que o momento do processo a que se aplica coincida com o momento da fala.

Nos exemplares analisados, vemos que o discurso interativo é articulado a segmentos de discurso teórico, uma vez que há a presença de termos científicos, procedimentos e expressões da medicina obstétrica que visam, a depender do objetivo comunicativo dos agentes, esclarecer as práticas, respaldar os pedidos da mulher, instruir a gestante ou potencializar a comunicação entre ela e a equipe.

Quadro 16: Fragmentos de discurso teórico nos exemplares

PEH2	Os estudos mostram que a realização de episiotomia (corte feito na vulva da mulher) de rotina está relacionada à maior incidência de dor no pós-parto e lesão das estruturas que compõem o períneo feminino, porém sua utilização pode estar indicada no decorrer do período expulsivo (fase final do parto).
PEH4	O trabalho de parto é dito espontâneo quando as contrações que levam ao parto se iniciam de maneira natural. O início do trabalho de parto, fase de latência, é mais lento, com contrações fracas, irregulares podendo demorar horas ou dias e a dilatação do colo uterino também é lenta.
PEG2	Primeiro BANHO do bebê: Observação: hoje se sabe que é importante o bebê ser contaminado pela flora bacteriana da mãe e do pai.

Fonte: Elaboração da autora

Os trechos acima mostram uma autonomia em relação aos parâmetros físicos da ação de linguagem, não fazendo menção ao espaço-tempo da produção ou a qualquer instância de agentividade. A articulação mais nítida entre esses tipos de discurso talvez se mostre com mais força em PEH2 e PEH4, pois dispõem os procedimentos, predominantemente, através de discurso teórico, para que as parturientes possam ser instruídas antes de optar pelas alternativas, conforme visto ao falarmos da infraestrutura. PEH4, especialmente por ter sido produzido por um hospital universitário, transita bastante entre o discurso interativo e o teórico, explicando os procedimentos e a sua validade científica para, depois, implicar os agentes e o espaço-tempo da produção.

6.3.2 As sequências discursivas

Ainda dentro do plano geral do texto, Bronckart (2012, p. 121), baseado em Adam (1992), estabelece a noção de sequência, que diz respeito ao modo de planificação de linguagem “mais convencionais [...] que se desenvolvem no interior do plano geral do texto. Adam delimita cinco tipos básicos de sequência: narrativas, descritivas, argumentativas, explicativas e dialogais. De acordo com o autor, essas diversas sequências podem ser combinadas em um texto de várias formas, possibilitando, assim, “a heterogeneidade composicional da maioria dos textos” (BRONCKART, op. cit, p. 219).

Os exemplares analisados integram sequências argumentativas, explicativas, mas, sobretudo, há a predominância de sequências descritivas, que, conforme Bronckart (2012, p. 222), são compostas por três fases principais que se combinam em uma ordem hierárquica, compreendendo uma fase de ancoragem, que mostra o tema-título da descrição, mais frequentemente introduzido no início da sequência, uma fase de aspectualização, em que os diversos aspectos do tema são enumerados e decompostos em partes, e uma fase de relacionamento, em que os elementos descritos “são assimilados a outros por meio de comparações e metáforas”. Bronckart (2012) afirma que essa construção é prototípica, podendo assumir outras configurações.

Observamos esses novos formatos na análise, uma vez que PEG2 apresenta uma forma de realização rudimentar dessa sequência, em que, na fase de ancoragem, apresentam-se as etapas do parto e, em seguida, a sua descrição consiste apenas na enumeração de procedimentos. PEH1 exhibe a realização de um formato mínimo dessa sequência, a partir do tópico que lista os procedimentos, quando a ancoragem é feita a partir de uma simples menção “sobre a raspagem de pelos”, “sobre a lavagem intestinal”.

Em PEH2, notamos o uso recorrente de sequências explicativas e argumentativas que são destinadas a informar e justificar a razão de algumas condutas e procedimentos. De acordo com Bronckart (2012, p. 128), o raciocínio explicativo seria direcionado a esclarecer melhor um fenômeno tido como incontestável, mas que se apresenta como incompleto ou “requerendo um desenvolvimento destinado a responder às questões que coloca ou às contradições que poderia suscitar”. Dessa forma, frequentemente, PEH4 usa trechos de discurso

científico a fim de explicitar as causas ou razões da afirmação inicial. Essa ocorrência também se nota em PEH2.

Em PEG2, oriundo da Defensoria de SP, encontramos um uso intercalado de sequências descritivas e sequências injuntivas, que, de acordo com Bronckart (2012, p. 237) visam a fazer agir o destinatário de um certo modo. Identificou-se, nesse exemplar, sequências injuntivas em diversos momentos “**colocar** o bebê sobre o peito e que as mãos estejam livres para segurá-lo”, “O bebe **deve** ficar comigo o tempo todo”, “**Aguardar** expulsão espontânea da placenta”. A inserção delas no texto se faz para orientar o agir da equipe médica de forma mais direta, direcionando suas ações através dos verbos no infinitivo ou imperativo, o que está em consonância ao seu lugar social e objetivo comunicativo, como já visto anteriormente.

A forma diferenciada de organização e construção das sequências em todos os exemplares analisados se relaciona às representações de cada instância responsável pela produção do texto. Para respaldar essa afirmação, baseamo-nos na explicação de Bronckart (2012, op. cit), segundo a qual as sequências possuem um estatuto fundamentalmente dialógico, pois se baseiam em decisões interativas do agente-produtor. Assim, “a forma assumida por essa reorganização é claramente motivada pelas representações que esse agente tem das propriedades dos destinatários do seu texto, bem como do efeito que neles deseja produzir” (BRONCKART, op. cit).

Os planos standardizados, categoria de plano de parto analisada por ora, integram um intertexto, “constituído pelo conjunto de gêneros de textos elaborados pelas gerações precedentes” (BRONCKART, 2012, p. 100) e se mostram como modelos disponíveis aos agentes para uso ou adaptações em uma situação concreta de comunicação. Nas palavras de Bronckart (op. cit), se cada produção textual é inspirada em modelos delimitadores “ela também se baseia em um conjunto de decisões relativas aos modos de aplicação desses modelos, decisões essas que conferem ao texto seu aspecto definitivo e, ao mesmo tempo, seu estilo próprio” (BRONCKART, 2012, p. 77). Essa afirmação se aplica tanto aos planos analisados até o momento quanto aos modelos construídos pelas mulheres participantes da nossa pesquisa, os quais nomeamos de “planos individuais”.

7 OS PLANOS INDIVIDUAIS DE PARTO: CONTEXTO DE PRODUÇÃO E INFRAESTRUTURA

Eu pesquisei modelos e a partir deles eu fui fazendo o que eu queria... né (...) o que eu achava que era necessário pra mim (Gaia, apêndice B)

A fala acima, de uma das participantes da pesquisa, revela como o agente, diante de um gênero com o qual tem pouco contato, busca por modelos possíveis para produzi-lo. Bronckart (2012, p. 100) discorre sobre essa realidade ao falar sobre o conjunto de gêneros elaborados pelas gerações precedentes, explicando que “nenhum agente dispõe de um conhecimento exaustivo sobre os gêneros”. Assim, a depender de seu desenvolvimento pessoal, os produtores foram sendo expostos a um número de gêneros, aprendendo a reconhecer algumas de suas características e pôde, em situações específicas, experimentá-los praticamente, mediante uma aprendizagem social, por “ensaios e erros”.

O maior acesso a informações e a gêneros, proporcionado pela *internet*, democratizou conhecimentos técnicos e teóricos de diversas áreas de conhecimento, dando também acesso amplo e rápido a textos que, não necessariamente, integram a práxis do agente. Podemos dizer, então, que as trocas no ambiente virtual ampliam o acesso a uma nebulosa de gêneros, ao “reservatório de modelos textuais” (BRONCKART, p. 101), ao qual o produtor, diante de uma ação de linguagem, poderá recorrer.

Em um contexto de luta contra a violência obstétrica, *sites*, *blogs* e redes sociais exibem modelos de plano de parto padronizados, prontos para uso em diferentes cenários⁴. Devido ao gênero ser ainda pouco conhecido, esses modelos se mostram úteis para uso e para apresentação inicial do gênero às mulheres, assim como apontado por Medeiros et. al. (2019). No entanto, a autora também aponta que os exemplares disponíveis na *internet* são genéricos e podem fomentar uma expectativa irrealista acerca do parto, uma vez que não levam em consideração o contexto real de recepção do documento.

⁴ A participação em grupos virtuais no *Facebook* e em grupos de *WhatsApp* foi relatada por maior parte das participantes entrevistadas. Muitas relataram nem sempre interagir nesses ambientes, mas apontaram procurar informações sobre a maternidade, bem como modelos e textos, por meio de lúpas ou a partir de solicitações a outros membros, como se pode ver no relato de Ilítia (apêndice J) e Deméter (apêndice D).

Partindo dessas considerações, nesta seção, analisamos como cinco mulheres construíram seus exemplares de plano de parto, os quais intitulamos de “planos individuais” (PI). Analisaremos também as características linguístico-discursivas desses planos, observando tanto a materialidade textual dos exemplares, como também as falas das mulheres sobre processo de produção, veiculadas nas entrevistas que realizamos, para acessar os dados do contexto sociossubjetivo.

Elegemos, como critério para o recorte, o contexto de assistência ao qual cada uma se submeteu: público, privado, convênio, mas também consideramos o local do parto, por entender que o lugar físico de circulação do gênero pode exercer influência em sua estrutura. Assim, além desses três exemplares hospitalares, adicionamos mais dois: um deles é oriundo de uma participante cujo parto foi domiciliar planejado e o outro circulou dentro de uma casa de parto. Em nossa coleta com as participantes, como não tivemos acesso a exemplares de planos feitos para circulação em casas de parto, selecionamos um exemplar disponível em um *blog* sobre gestação, intitulado “Dadadá”. Nesse *blog*, é possível recuperar dados importantes sobre o contexto de escrita do plano, o que nos permitiu analisá-lo, assim como o fizemos para a análise dos exemplares cedidos pelas participantes da pesquisa.

PI1, PI3, PI4 e PI5 foram produzidos e utilizados por mulheres grávidas, durante o último trimestre de gestação e direcionados para a equipe que as acompanharia. A diferença entre esses exemplares, além do contexto de assistência do qual já falamos, é que todos foram redigidos para receptores específicos, os obstetras, as enfermeiras obstetras e/ou parteiras, que acompanharam as gestantes durante o pré-natal; P2, no entanto, foi elaborado para um receptor não determinado, uma vez que o parto ocorreu com plantonista, no Sistema Único de Saúde. A seguir, reunimos os dados do contexto de produção dos PI, modificando o nome das participantes, a fim de resguardar sua identidade.

Quadro 17: Contextos de produção de PI

Texto	Emissor/ Lugar social	Receptor/ Lugar social	Momento de produção	Objetivo comunicativo	Lugar de circulação/ recepção
PI1	Deméter (paciente)	Obstetra e enfermeira obstetra	2020	Listar as preferências em relação ao nascimento do bebê	Maternidade Privada - João Pessoa - PB
PI2	Atena (paciente)	Médico plantonista e equipe de plantão	2021	Listar preferências em relação ao nascimento do bebê	SUS - Maternidade Pública - João Pessoa - PB
PI3	Hera (paciente)	Obstetra e enfermeira obstetra	2011	Compartilhar as escolhas com a equipe	SUS - Casa de parto Sofia Feldman - Belo Horizonte - MG
PI4	Ilitia (paciente)	Equipe multidiscipli nar	2022	Listar as preferências em relação ao nascimento da filha	Maternidade privada de João Pessoa
PI5	Têmis (paciente)	Parteira, doula, família e pessoas convidadas	2020	Organizar o momento do nascimento	Domicílio Florianópolis - SC

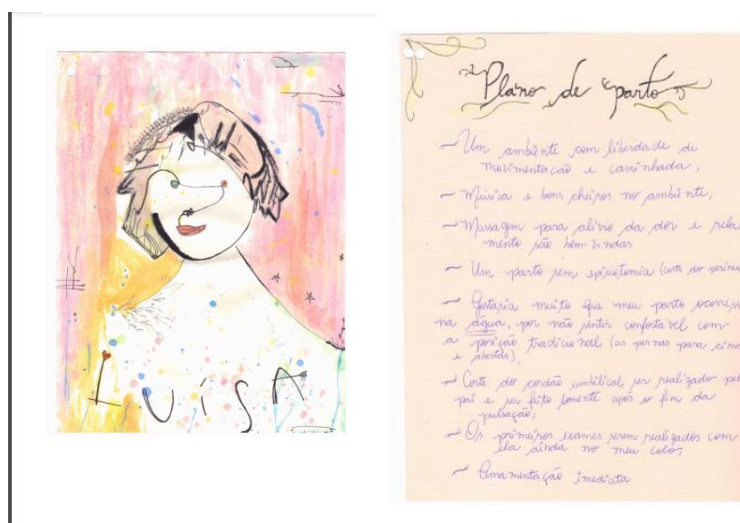
Fonte: Elaboração própria

Realizando a pré-leitura dos PI, à procura dos observáveis de ordem paralinguística, observamos que, diferentemente dos PE, os conteúdos que constam nos documentos estão relacionados ao seu agente-produtor e, como foram alvo de uma seleção prévia, uma configuração lacunada não é necessária. Não há espaços em branco iniciais para a inserção de nomes, dados (CPF, e-mail, endereço) ou para novas informações no centro do texto, o que diferencia esses planos dos outrora analisados. No final dos planos, também não existem caixas ou quadros em branco como os PE, uma vez que não há necessidade de espaço para edições ou acréscimos. O que deveria ser registrado, alterado, combinado e ajustado, já o foi antes da entrega de PI. Apresenta-se um espaço para a assinatura dos redatores em PI2 e PI4, os quais foram preenchidos após a impressão do plano, antes da entrega à equipe. Ao médico e à equipe não se abrem espaços para comentários posteriores nos PI analisados: o plano é da mulher.

Nos PI analisados, não foram encontradas ilustrações ou quaisquer imagens de caráter ilustrativo, como observamos em alguns PE. Apenas PI1 apresenta uma moldura colorida ao redor de suas páginas, como uma borda em torno do texto da gestante. Esse destaque de formatação é muito semelhante a PEG4, plano analisado na seção anterior, e, como a estrutura de PI1 se apresenta bastante próxima, deduzimos que a participante realizou a edição desse modelo.

Como o acesso ao plano de Hera (PI3) se deu a partir do seu *blog*, não foi possível investigar os observáveis de ordem paralinguística nesse exemplar; no entanto, em nossa consulta ao *site* da Casa Ângela, encontramos um campo com modelos de PI, efetivamente usados por mulheres que pariram nessa instituição. Os exemplares disponíveis mostram uma capa inicial de escolha da gestante e ilustrações de seu agrado espalhadas pela superfície das páginas.

Figura 20: Plano de Parto - Casa Ângela



<http://www.casaangela.org.br/planos-de-parto.html>

Apesar desses exemplares não terem circulado na mesma casa de parto em que Hera foi assistida, essa especificidade dos planos da Casa Ângela nos pareceu ser um ponto importante a apontar, pois, em relação aos observáveis de ordem paralinguística e quanto aos aspectos supratextuais, esses textos destacaram-se de todos os outros contemplados por nossa pesquisa, veiculando aspectos visuais relacionados à subjetividade das gestantes.

7.1 DADOS DO MUNDO FÍSICO DE PI

Ao contrário dos PE, nesses exemplares, foi possível recuperar dados do mundo físico, como autores, momento de produção, destinatários e lugar de circulação. São textos efetivamente produzidos e utilizados, que trazem consigo uma configuração específica acerca do seu contexto de produção e de recepção.

Como se vê no quadro acima, três dos exemplares foram produzidos em João Pessoa e estão situados em momentos de produção diferentes. Observa-se que um deles circulou em contexto pandêmico, o que influencia a planificação do conteúdo temático. Essa influência se estendeu também ao exemplar de 2021 (PI2). PI4, o exemplar mais recente, está situado no ano de 2022. Os exemplares também contemplam outros contextos do Brasil: PI3 e PI5 circularam em outras cidades, respectivamente Belo Horizonte e Florianópolis. O plano de parto mais distante no

tempo foi PI3, situado em 2011: tempos de menor conhecimento sobre as pautas da humanização, uma vez que sua construção e publicação acontece durante o ano de implementação da Rede Cegonha no Brasil (BRASIL, 2011).

7.2 QUEM SÃO AS MULHERES QUE ESCREVEM PLANO DE PARTO?

Antes de passarmos à descrição dos aspectos socioeconômicos das agentes-produtoras de PI, buscaremos delimitar um perfil mais geral das produtoras de planos de parto, observado nos dados do questionário que elaboramos. Das 127 respostas recebidas, 36,7% das mulheres indicaram conhecer bem o gênero; 31,7% sinalizaram conhecê-lo pouco e uma porcentagem igual indicou desconhecer-lo. Esses números indicam como esse instrumento ainda é pouco difundido entre as mulheres que poderiam fazer uso dele.

Consoante as respostas do questionário, 26 mulheres indicaram ter escrito e utilizado o plano de parto em pelo menos uma das gravidezes. Dentro desse número, realizamos uma sondagem em relação às regularidades que se mostravam, para poder configurar, aproximadamente, o que os dados mostram sobre quem é a mulher que produz esse texto.

Observamos que 61,54% delas se situam entre a faixa dos 31 a 40 anos, ao passo que 38,46% estão na margem dos 21 a 30. Vimos que, conforme a idade se distancia dessas faixas, o desconhecimento do gênero aumenta. 60% das mulheres situadas entre 41 a 50 anos relataram não conhecer o plano de parto, enquanto 33,33% delas apontaram que já ouviram falar, mas não sabem muito a respeito, e apenas 6,67% têm conhecimento sobre o texto. Na faixa dos 51 aos 60 anos, 66,67% das mulheres o desconhecem e 33,33% não têm clareza, apesar de já terem ouvido sobre o plano. 85,71% das mulheres na faixa entre 61 a 70 anos o desconhecem completamente, e 14,29% apontam que o conhecem pouco. A partir desses índices, concluímos, evidentemente, que as produtoras são mulheres em idade reprodutiva, que atravessam, mesmo que de diferentes maneiras, os cenários relacionados à maternidade e à gravidez.

No entanto, além da idade, outros fatores estão associados à elaboração do plano, como escolaridade e acesso às discussões sobre humanização e parto, veiculadas pela *internet* e outros suportes. 57,69% delas possuem o ensino superior completo, 30,77% sinalizaram ter concluído a pós-graduação e, em minoria, 7,69%

possuem apenas o Ensino Médio. As agentes, então, em maior ou menor grau, possuem acesso ao ambiente acadêmico e às práticas de letramento que se situam nesses espaços. Foi apontado por 73,08% delas o conhecimento de publicações relacionadas à esfera da humanização, como as Diretrizes da OMS para a assistência ao parto normal; 41,7% marcaram como prática a leitura de artigos científicos sobre o tema, e 66,15% delas sinalizaram fazer parte de alguma rede social de discussão sobre maternidade e parto.

Quanto à situação econômica, observamos maior variação: 53,85% declararam se situar na faixa de 6 a 9 salários mínimos, enquanto 19,23% recebem entre 3 a 6 salários. Identificamos, em menor grau, mulheres que se encaixam nas extremidades: 11,54% delas declararam receber mais de 15 salários e, de igual modo, 11,54% recebem de 1 a 3 salários. Os dados mostram que o plano é escrito, em sua maioria, por mulheres pertencentes à classe média. Esse nível econômico não influenciou de forma regular o tipo de assistência recebida, pois, tanto na faixa dos 3 a 6 salários, quanto na dos 6 a 9 salários, houve uma oscilação quanto ao contexto do parto: algumas mulheres da primeira faixa se submeteram ao acompanhamento privado e certas participantes de faixas mais elevadas indicaram utilizar os serviços do Sistema Único de Saúde, o que aponta o exposto por Gama (2009) quanto à procura pelo setor público em razão da valorização de práticas “mais naturais”.

Voltando às produtoras de PI, verificamos que são mulheres que se encontram na faixa etária entre 21 e 40 anos, cuja renda variou de 1 a 9 salários mínimos, de acordo com as respostas dadas aos questionários. Deméter e Ilítia situam-se na faixa dos 3 a 9 salários, ao passo que Atena se situa na primeira faixa de renda - 1 a 3 salários mínimos. Têmis, por sua vez, apresenta maior renda, enquadrando-se no bloco que compreende de 9 a 12 salários mínimos. As participantes possuem curso superior completo e, três delas, Deméter, Atena e Têmis concluíram a pós-graduação

Sobre o nível econômico, observamos que Deméter e Ilítia, apesar de se enquadrarem na mesma faixa, optam por diferentes formas de assistência privada. A primeira delas utilizou o plano de saúde durante todo o acompanhamento de sua gravidez e, Ilítia, apesar de possuir convênio, optou por pagar uma equipe multidisciplinar (médica e enfermeiras obstetras) que a assistiu durante o pré-natal e

acompanharia⁵ o parto no hospital de sua escolha. Na entrevista, ela relata que, apesar de possuir plano, nenhuma médica humanizada com quem tinha contato atendia por esse sistema e, por ser doula e ouvir relatos de violência obstétrica nas rodas que mediava, optou pelo acompanhamento privado dessa equipe. A participante explica que foi necessário realizar ajustes na dinâmica financeira da casa, ao que empreendeu também uma rifa para custear a assistência, explicando: “é um valor alto né (falando sobre parto fora do plano de saúde) ... esse cenário obstétrico da cidade virou um mercado assim... que chega a ser::: indecente... eu jamais conseguiria pagar de de de/ do meu bolso ... aí fazendo a rifa eu consegui pagar sem maiores déficits” (ver apêndice J, linhas 155 - 118). A dinâmica de “pagar o parto por fora” ou a disponibilidade médica para acompanhar o parto também foi relatada por Deméter, no contexto de uma outra gravidez.

Têmis, situada no nível econômico mais alto, recebeu assistência de uma equipe composta por uma enfermeira obstétrica, uma parteira e uma doula, da equipe Hanami, especializada nesse tipo de acompanhamento. Esse acompanhamento, entretanto, conforme aponta Cursino e Benincasa (2020) é, na maior parte das vezes, acessível apenas a mulheres que possuem “ensino superior completo, atividade remunerada e condição socioeconômica privilegiada”, perfil em que a nossa participante se enquadra. A dificuldade das participantes de nível de renda inferior para custear os partos também é um dado que fomenta essa realidade.

Atena, por sua vez, localizada na primeira faixa de renda, recebeu assistência pública do início ao fim da gravidez, mas relata que a opção se deu porque tinha desejo de passar pelo parto normal, apontando que, pelo plano de saúde, as chances de passar por uma cesárea seriam grandiosas: “eu queria o parto normal e::: daí eu sabia que pelo pelo particu:::lar... e:::u ...99% da minha chance ia ser uma cesárea” (ver apêndice I, linhas 54 - 57). Hugues e Heilborn (2021), ao analisarem as interações entre as gestantes em grupo sobre parto humanizado, pontuam um relevante fluxo de mensagens em que as orientações e dicas dadas pelas mulheres se relacionavam ao abandono dos planos de saúde, uma vez que, nesse cenário, o índice de cesárea é alto: em contrapartida, o SUS se apresentou como opção para um desfecho propício ao parto normal. As autoras apontam para a formação de uma consciência coletiva

⁵ Ilítia, como se pode ver na entrevista (apêndice J), apesar de ter considerado o hospital como o lugar de circulação do seu PI, passou por um parto domiciliar não planejado, porque a evolução do trabalho de parto se deu rapidamente.

das mulheres que integram essas redes de informação, o que também pode ser visto na opção de assistência de Hera. Pelas informações às quais tivemos acesso no *blog*, identificamos também que Hera, advogada, situada na classe média, optou pela Casa de Parto Sofia Feldman, também do Sistema Público de Saúde, em vez de se submeter a uma assistência privada. A escolha está relacionada à constatação de Loiola et. al (2020) e Mouta et. al. (2017), segundo a qual esses ambientes possibilitam um parto mais tranquilo.

7.3 O PROCESSO DE PRODUÇÃO DOS PI

Há certas regulamentações e orientações gerais básicas, por parte de algumas prefeituras e governos estaduais, sobre os formatos dos planos. A lei nº 15.759, de 25 de março de 2015 do estado de São Paulo, estabelece conteúdos mínimos para a redação, orientando que constem, no texto, a presença do acompanhante, a utilização de métodos farmacológicos e não farmacológicos para alívio da dor e de que forma será feito o acompanhamento dos batimentos fetais. Em João Pessoa, por sua vez, a lei Nº 13448 DE 04/07/2017 compartilha um anexo com pontos basilares e recomendações, mas deixa a critério da gestante escolher a forma que o texto vai assumir, desde que ela o redija a fim de garantir suas preferências numa situação normal de parto. Todas as legislações ressaltam o caráter pessoal do plano de parto, adaptável à realidade da parturiente, e salientam que o texto deve ser escrito de forma a abarcar as expectativas para todo o processo do parto e cuidados com o bebê.

Entretanto, como visto em Bronckart (2012), para que a produtora realize essa tarefa, é necessário que tome decisões, oriundas de operações psicológicas a partir da sua compreensão da situação de comunicação. Esse processo não é simples, uma vez que o texto é pensado para circular em um ambiente cujo sistema de gêneros, aqui entendido como os diversos conjuntos de textos “utilizados por pessoas que trabalham juntas de uma forma organizada” (BAZERMAN, 2011, p. 33), nem sempre é bem conhecido pelas participantes. Além disso, esse texto, quando veiculado no hospital, permeia um ambiente, “de formação de saber”, destinado a controlar a vida e, por conseguinte, a autonomia dos sujeitos sobre o seu próprio corpo (FOUCAULT, 2011, p. 169), possuindo, como destinatário, a figura do obstetra, situado dentro de uma formação social alheia à mulher.

As autoras dos exemplares analisados relataram que o conhecimento inicial do texto se deu via *internet*, em grupos relacionados ao parto humanizado (PI1); por meio de suas doulas⁶ (PI3, PI4), rodas de gestante (PI4), mas também a partir de cursos sobre parto (PI2), ou congressos da área da saúde (PI5), cujo conhecimento se deu a partir de redes sociais. Em um contexto mais amplo da nossa pesquisa, retomando os dados do questionário, utilizado na primeira etapa de coleta, constatamos a predominância do contato virtual em que 28,4% das 127 colaboradoras conheceram o plano de parto em redes sociais; 23,5 em *sites* e *blogs*, e 19,6% delas por meio de amigas, fato também apontado na tese de Andrezzo (2016).

No processo de escrita dos PI, verificamos que a redação aconteceu ora por meio de modelos disponíveis na *internet*, ora a partir de textos compartilhados por amigas, mas também foi iniciado a partir de exemplares compartilhados pelas próprias doulas. Nesse caso, não podemos dizer precisamente se todos esses planos eram planos gerais editáveis, achados na *internet*, ou se eram PI de outras mulheres, acompanhadas por essas profissionais. No entanto, uma fala de Ilítia sobre seu primeiro contato com o texto, dispõe que o modelo compartilhado com ela, pela doula, era o PI de outra mulher: “ENTão... eu recebi dela um rascunho ... que tinha sido o plano de parto de outra pessoa... ela compartilhou comigo o rascunho com as informações sensíveis omitidas claro né... mas ela compartilhou comigo o plano de parto de outra pessoa” (Ilítia, ver apêndice J, linhas 334 - 337).

Nessa construção, a despeito dos diversos caminhos percorridos, a regularidade percebida é que o processo de escrita se inicia por essa base de orientação: a tomada por empréstimo desse gênero-modelo, que é reconfigurado aos “valores atribuídos pelo agente à sua situação de comunicação” (BRONCKART, p. 108). Entretanto, a partir da fala de Deméter, é possível verificar que nem sempre essa modificação é operada eficazmente, pois o plano de parto veicula procedimentos que estão situados em um outro sistema de atividades, que diz respeito ao conjunto de ações e realizações que se situam dentro de uma mesma prática (BAZERMAN, 2011,

⁶ Quintilio, Castro e Souza (2021) dispõem que a doula é a mulher, sem formação específica na área de saúde, que oferece assistência à gestante durante a gravidez e o parto, sendo responsável pelo suporte emocional e pela administração de métodos não farmacológicos para o alívio da dor. Há doulas que atuam voluntariamente em maternidades públicas, segundo apontam Wosniak et. al 2019; Leão e Bastos, 2001, mas também existem doulas profissionais que prestam serviços remunerados, uma vez que a profissão foi regulamentada pelo Ministério do Trabalho em 2013. As participantes da nossa pesquisa que mencionam o acompanhamento da doula na gestação e no parto, referem-se às doulas profissionais, contratadas por elas.

P. 35). A participante pontuou que, na primeira gravidez, seu primeiro contato com o gênero foi pela *internet*. Diante de sua dificuldade de compreender as prescrições expressas no exemplar, escolheu não modificar o modelo-base usado por inferir que, se o texto pertencia ao cenário da humanização, os conteúdos expostos estavam em conformidade com essa pauta: “(o processo de escrita) foi meio que pega um modelo da *internet* e vamo editando e se tiver algo que a gente não sabe o que é deixa porque... **se é da humanização e tá lá deve tá certo... basicamente era esse o raciocínio**” (Deméter, ver apêndice D, grifos nossos).

Na segunda gravidez, porém, recebeu um modelo compartilhado pela doula. Após redigi-lo, no entanto, foi questionada, pela enfermeira obstétrica, se ela conhecia um procedimento específico pelo qual tinha optado:

... eu lembro que eu coloquei uma observação na segunda gravidez sobre tracionar a::: placenta pra ajudar na saída e a enfermeira obstétrica questionou “você está certa quanto a isso?” você sabe o que significa? é tipo o médico balançar e dar uma puxadinha pra estimular na saída ... eh::: eu perguntei se aquilo era algo que doía... se era algo inadequado e ela “não mas é bom você saber porque tá botando isso né” ... a enfermeira obstetra] (Deméter, ver apêndice D, linhas 321-325)

A dificuldade com a construção do texto e com os termos da área também aparece no relato de Hera:

“quando recebi o modelo, não tinha a menor ideia do que era enema, casa de parto, ocitocina, tricotomia, episiotomia. Para falar a verdade, demorei umas 2 semanas para aprender a falar episiotomia sem gaguejar. O que quero dizer é: não entrem em pânico, dá tempo de aprender” (DADADABLOG, 2011, *online*).

Ao falar sobre as informações do conteúdo temático dos textos, Bronckart (2012, p. 97) explica que esse conhecimento é fruto de uma representação construída pelo agente-produtor, podendo variar “em função da experiência e do nível de desenvolvimento do agente”. As mulheres acima relatam esse estranhamento, ao passo que outras compartilham as estratégias que utilizaram para se apropriar do conteúdo. Para vencer os empecilhos e redigir os PI analisados, as participantes relataram se valer do apoio das doulas, das enfermeiras obstétricas, parteiras ou da médica da equipe multidisciplinar (no caso de Ilítia), dinâmica apontada como importante por diversas pesquisas (RODRIGUES, 2017; VALE, 2022; BOFF et. al. 2023) Além disso, compartilharam buscar informações em grupos de maternidade e

parto, rodas de gestante, citando também cursos, livros, artigos científicos, revistas, vídeos e documentários.

Quadro 18: Informações acessadas pelas gestantes

Deméter	Documentários, artigos científicos, conversas com amigas e familiares gestantes, conversas com médicos e profissionais de saúde e doulas, rodas de gestante, grupos de Facebook/blogs voltados ao parto normal
Atena	Livros, artigos científicos, conversa com doula, fiz a imersão de plano de parto do “Bora Parir”, assisti a muitas aulas deles para entender sobre o meu parto.
Hera	Recomendações para o parto da OMS; recomendações para o parto da Agência Nacional de Saúde (ANS)
Ilítia	Livros, documentários, artigos científicos, conversas com amigas e familiares gestantes, conversas com médicos e profissionais de saúde, rodas de gestante, grupos de Facebook/blogs voltados ao parto normal, educação perinatal com uma doula
Têmis	Livros, documentários, artigos científicos, conversas com amigas e familiares gestantes, congressos, conversas com profissionais de saúde, grupos de Facebook/ blogs voltados à gestação de maneira geral, independente de via de parto.

Fonte: Elaboração da autora a partir dos questionários e das entrevistas

Os gêneros acima, citados pelas participantes, veiculam não apenas conteúdos sobre assistência ao parto, mas, sobretudo, disseminam “conhecimentos coletivos acumulados” que constituem um mundo social, este que, por sua vez, medeia e “regula o acesso dos indivíduos aos objetos do meio” (BRONCKART, 2012, p. 34). Envolver-se com a leitura desses pré-construídos é também ter contato com atividades de formações sociais e com mundos formais de conhecimento, já que as ações humanas se constroem e são avaliadas pela linguagem. As produtoras, assim, têm acesso à “cultura dos membros de uma determinada comunidade verbal”, uma vez que esses gêneros, advindos de uma formação discursiva, moldam conhecimentos (BRONCKART, op.cit, p. 37). Esse acesso também promove o surgimento de uma consciência conjunta acerca das práticas nesse cenário, que é intitulada por Levy (2003) como Inteligência Coletiva: uma inteligência global

fomentada por saberes, experiências e imagens. Nessas práticas, as expectativas quanto ao parto e os desejos vão sendo tecidos.

No entanto, apenas ter acesso a esses gêneros não garante que os PI elaborados serão eficazes. Ao explicar os parâmetros de uma interação comunicativa, Bronckart (2012, p. 37) argumenta que as representações sobre o contexto sociossubjetivo são “objeto de uma aprendizagem longa e completa”, pois, “nosso conhecimento sobre as suas normas e sobre os papéis sociais que geram” vão sendo construídos lentamente, a partir da “nossa experiência de vida social”. Atena, por exemplo, para a construção do seu PI, participou de um curso de imersão sobre parto normal intitulado “Bora parir”, em que um dos tópicos era falar sobre o gênero. Nisso, compartilha que foi orientada pela doula palestrante acerca de como escrevê-lo: “aí durante a imersão - aí foi um dia inteiro de imersão - e daí ela escrevia junto com a gente o plano de parto dizia o que era que podia colocar::::... dizia toda a estrutura do plano” (Atena, ver apêndice I linhas 129-131).” Posteriormente, após concluí-lo, discutiu os tópicos novamente com a doula que realizou o seu acompanhamento no parto. As demais mulheres que elaboraram o plano afirmaram tê-lo discutido com profissionais sobre essa estrutura, apesar de terem recebido níveis de suporte diferentes.

Ilitia, que também atua como doula há três anos, explica o processo que percorre ao orientar as mulheres sob o seu cuidado.

também como doula eu MANdo alguns modelos pras pessoas mas eu digo “velho, escolha e diga porque VOCÊ quer” porque aquilo tem que fazer sentido pra você... não é só porque outra pessoa botou no deles que você precisa fazer só copiar

A ênfase da participante dada à palavra “você” parece apontar que, embora usem o plano, as mulheres tendem a replicá-lo ou modificá-lo minimamente, ao que é preciso orientá-las para a tomada de consciência acerca do conteúdo expresso. Esse movimento de replicar o texto dialoga com a afirmação de Bazerman (2011, p 31), segundo a qual exemplares bons e funcionais de um gênero tendem a ser copiados e até a se tornarem um “padrão razoavelmente estável naquela área”.

Em maior ou menor grau, essas orientações externas e convenções exercem influência direta sobre a estrutura dos PI, pois as agentes-produtoras não se encaixam como membros legitimados da comunidade discursiva médica. Dessa maneira, inicialmente, partir da construção dos planos de parto (PI) produzidos por agentes mais experientes, facilita o reconhecimento do gênero como um exemplar legitimado e coopera para a realização do seu objetivo comunicativo. Nas palavras de Bhatia (2001, p. 104), “as convenções genéricas são de grande utilidade em manter a atmosfera comunicativa e a ordem social desejáveis nas comunidades profissionais civilizadas”. No entanto, deve-se destacar que, embora haja convenções e padrões, os gêneros são “construtos dinâmicos” e estão abertos a inovações. Bhatia (2001) explica que os membros mais experientes do grupo, os membros legitimados, podem explorar essas convenções para criar novas formas.

Somente os membros da comunidade especializada que adquiriram o direito de apropriar-se das formas genéricas têm o poder tanto de construir, interpretar e usar os recursos genéricos como de explorá-los na criação de novas formas, misturar padrões genéricos e também controlar as respostas dos de fora. (BHATIA, 2001, p. 101).

Vemos esse processo de membros legitimados orientarem modificações (inovações) na estrutura no relato a seguir. Ilítia, apesar de ser uma redatora experiente, explicou ter recebido direcionamentos da equipe multidisciplinar (médica e enfermeira), para operar modificações nos planos que ela já havia usado nas gravidezes anteriores.

a equipe eh::: na consulta que foi domiciliar... eles leram o meu plano inteiro... eu li pra eles... e elas fizeram essas indagações “e se e se e se” ... aí eu editei::: e mandei no grupo pra elas e elas “Ah beleza agora tá ótimo bem completinho e tal (Ilítia, ver apêndice J, linhas 389-392)

O relato acima revela como os mundos representados estão em transformação social permanente, o que desemboca em um processo de (re)estruturação do próprio gênero. Em vez de ser orientada a replicar a mesma estrutura que havia utilizado outrora, a participante foi instruída, por membros legitimados da comunidade discursiva, a pensar nas diversas situações que poderiam acontecer no parto. Após pensar sobre os questionamentos e editar o documento, Ilítia, apesar de lidar com o plano de parto em sua prática, apresentou-o novamente à equipe, que o legitimou. Observamos, no entanto, que apenas Ilítia recebeu instrução médica para modificar o

plano. As demais mulheres foram orientadas por doulas, enfermeiras obstétricas e parteiras.

Atena, ao procurar receber orientação da médica sobre o plano de parto, em uma de suas consultas pré-natais no SUS, relatou que a profissional argumentou não falar sobre o tema:

eu vou conversar um pouquinho com você sobre isso... eu não faço isso" - ela disse desse jeito ... na hora chega dá aquele negócio sabe... você cheia de ansiedade... eu tava mais... eu tava com mais de trinta semanas ... e::: a médica não queria saber nem do meu plano... nem do que eu pensava... deu aquele gelo e aquela desorientação sabe? (Atena, ver apêndice I, linhas 99 - 102)

Ela registra que compartilhou suas dúvidas sobre indução e episiotomia, mas o documento não foi alvo de orientação com a médica. Devido a essa falta de instrução, Atena discutiu o documento com a doula posteriormente. Essa ausência de abertura no contato com o médico, constatada também por Andrezzo (2016) e Rodrigues (2017) em outros contextos, e a representação de Atena sobre o cenário de assistência, sem dúvida, exerceram influência na arquitetura interna de PI2, como veremos a seguir.

7.4 A INFRAESTRUTURA DOS PI

Quanto ao plano geral do texto, PI1, PI3, PI4 e PI5 apresentam dados detalhados sobre os agentes, receptores e sobre o lugar de circulação dos documentos, devido ao fato de terem sido redigidos com dados concretos sobre o contexto físico e social. PI2, direcionado ao parto com plantonista, não apresenta tais informações, situando apenas a mulher como agente.

Comparando o plano geral, observamos uma variação quanto ao conteúdo temático presente nos três exemplares hospitalares. PI1, PI2 veiculam temas relacionados aos valores subjetivos das produtoras, inserindo momentos em que os conteúdos se relacionam ao mundo social e físico. Em PI4, no entanto, apesar desses temas também envolverem elementos do mundo físico e subjetivo, é possível ver mais ocasiões em que o conteúdo se refere aos fenômenos do mundo social, uma vez que a produtora justifica ou não a validade de cada intervenção. Isso se deve a um maior conhecimento da participante a respeito do contexto sociossubjetivo da ação de linguagem (BRONCKART, 2012, p. 98). Ilítia, por orientar outras mulheres na redação

desses textos, em seu papel social de doula, exibe mais conteúdo vinculado aos valores da área, estabelecendo, em momentos do texto, relações lógicas de causa e consequência:

Não quero que rompam minha bolsa mecanicamente. O rompimento artificial das membranas aumenta as chances de infecção e cria um limite de tempo para o parto, além de resultar em contrações geralmente mais dolorosas. (Ilítia, ver apêndice K)

Em contrapartida, comparando esses exemplares aos outros dois, pensado para os ambientes externos ao hospital convencional, verificamos que os conteúdos dizem mais respeito aos mundos subjetivo e físico. Em PI5, a agente inclui, entre os métodos de alívio de dor, por exemplo, palavras de afirmação e um áudio que gravou para si antes do parto, com o intuito de fortalecê-la. Apresenta também a preferência por um ambiente com música para uma melhor concentração, descrevendo como o silêncio interfere em seu estado mental. Já Hera, em PI3, mostra o seu desejo de silêncio, de não receber palavras de incentivo, e de não querer responder a qualquer pergunta durante o momento do expulsivo.

Observando a planificação dos textos, vemos que os exemplares escritos para circulação hospitalar tendem a apresentar uma maior regularidade, mesmo quando oriundos de redatores proficientes, como Ilítia. Esses planos seguem o padrão de inserir o preâmbulo, presente em muitos planos standardizados, o qual tem a função de registrar a ciência quanto aos diversos rumos do parto. Após dele, segue-se a vontade das gestantes de serem informadas sobre os procedimentos.

PI1, PI2 e PI4 são redigidos para circulação na cidade de João Pessoa, em um momento posterior à recomendação da lei Nº 13448, que orienta a necessidade do plano de parto “ser antecedido de um texto que ateste que as preferências indicadas são para a situação em que o parto transcorra dentro do esperado fisiologicamente” (JOÃO PESSOA, 2017). Observamos, assim, que esses exemplares marcam em seus preâmbulos a declaração dessa ciência.

Quadro 19: Preâmbulos de PI em circulação hospitalar

Preâmbulo PI1	Preâmbulo PI2	Preâmbulo PI4
Estamos cientes de que o parto pode tomar diferentes rumos. Abaixo listamos nossas preferências em relação ao parto e nascimento do nosso filho, caso tudo transcorra bem. Sempre que os planos não puderem ser seguidos, gostaríamos de ser <u>previamente avisados e consultados a respeito das alternativas</u> (grifo da autora)	.Eu, XXXX, gostaria que esse documento fosse anexado ao meu prontuário médico e estou ciente de que o parto pode tomar diferentes rumos. Abaixo, listo minhas preferências em relação ao nascimento do meu filho. Entendo que a equipe obstétrica tentará sempre tomar as melhores condutas no meu atendimento, mas gostaria de ser avisada ou consultada sempre que os planos não puderem ser seguidos e todas as decisões, intervenções e acontecimentos sejam registradas em meu prontuário médico. (grifos da autora)	Estamos cientes de que o parto pode tomar diferentes rumos. Abaixo listamos nossas preferências em relação ao nascimento da nossa filha, caso tudo transcorra tranquilamente. Nós estudamos antes de fazer as escolhas abaixo, e entendemos que há situações em que nossas escolhas podem não ser possíveis. Sempre que os planos não puderem ser seguidos, desejamos ser comunicados e consultados a respeito das alternativas

Fonte: Elaboração da autora a partir dos exemplares analisados

Vê-se, acima, como o contexto sociossubjetivo influencia essa seção do plano de parto. Todas as produtoras apresentam ciência acerca da imprevisibilidade do parto, mas solicitam que sejam consultadas quanto às alternativas. Nas entrevistas, as participantes não fizeram menção ao conhecimento da lei municipal, mas entendemos que a influência do mundo social se mostra cristalizada nos modelos que tomaram por base para a escrita. Além disso, como vimos, todas as agentes foram orientadas por profissionais que frequentam o cenário de assistência ao parto da cidade, que podem estar cientes dessa orientação. Observamos a ausência dessa seção específica nos PI que foram redigidos para a circulação em outros municípios, PI3 e PI5, mas entendemos que isso pode se relacionar também ao contexto da assistência recebida por ambas.

Em PI1, PI2 e PI4, apesar de todas as mulheres registrarem, nesse momento, suas vontades principais: respeito, autonomia e poder de decisão sobre o processo

do parto, a assistência recebida pelas gestantes parece influenciar o grau de destaque às informações contidas no preâmbulo. Deméter, acompanhada por obstetra do convênio, destaca, com um grifo, seu desejo de ser consultada quanto às alternativas, quando o plano não puder ser seguido. Ilítia, em PI4, acrescenta que estudou ao realizar as escolhas, retomando o processo de acompanhamento da equipe. Alvo de uma assistência humanizada, com a qual manteve contato durante toda a gestação, não incorpora qualquer mecanismo para frisar esse momento do texto.

Já em PI2, em que não se conhece o receptor, Atena registra, em destaque, um conteúdo não visto na planificação dos dois outros textos, solicitando o arquivamento do documento no prontuário. Outro conteúdo bem particular desse exemplar é a solicitação para que as decisões e as intervenções dissonantes ao conteúdo do plano sejam registradas pelo médico também no prontuário. A necessidade do acréscimo desse tema, dialoga com a incerteza de como o acompanhamento se dará, o que dialoga com a intenção da produtora ao responder por que escolheu usar o plano de parto: “pra receber ele (o filho) da forma melhor ... da melhor forma que a gente pudesse e evitar a violência o máximo que a gente pudesse... a violência obstétrica” (Atena, ver apêndice I, linhas 183-186). A próxima seção, também não encontrada em PI1 e PI4, diz respeito à sua crença de que o corpo sabe parir, o que aponta para o desejo de barrar prováveis violências que poderiam acontecer no cenário.

Esse preâmbulo se mostra ausente nos dois PI feitos para circulação em outros estados e em outros ambientes, mas a informação sobre a interferência dos profissionais de saúde e sobre o papel da mulher no parto, em PI3, acontece a partir do tópico “premissas”. Aqui, a produtora insere seu entendimento quanto ao parto, de uma forma mais detalhada e subjetiva:

Premissas:

Entendo o parto como um processo fisiológico, que deve apenas ser assistido pelos profissionais de saúde, caso não haja nenhuma complicação.

O parto normal é importantíssimo para mim, por isso, estou me preparando com estudo e exercícios físicos. (DADADABLOG, *online*)

Essa seção do texto desaparece completamente em PI5, parto acompanhado por enfermeiras e obstetras, em que a abertura se dedica a estabelecer a função de cada agente presente no parto: abre-se espaço para comentar o papel da avó, da

fotógrafa e também da cadela de estimação, responsável “por uma recepção calorosa a todos que entrarem em casa”. A reconfiguração do preâmbulo (PI2) ou o seu desaparecimento (PI3 e PI5) parece se relacionar à configuração da assistência. Em PI2, dentro do hospital, há mais ênfase nesse primeiro contato com a equipe de assistência, mais prescrições e solicitações, pois nesse espaço, a mulher é um objeto de saber e “alvo da intervenção da medicina, graças à tecnologia hospitalar” (FOUCAULT, 2021, p. 189). Em PI3 existem profissionais com atuações reconfiguradas ao modelo de assistência humanizado da casa de parto, o que implica na apresentação apenas de pontuais premissas sobre o parto; em PI5, entretanto, não há obstetras e, por isso, inexistem preâmbulos e premissas, apenas há orientações quanto ao papel da família: o evento volta ao seio familiar e, portanto, a necessidade de controle se esvai.

Sejam quais forem as particularidades do momento inicial do texto, observamos que ele possui o papel de abrir a interação com a equipe, veiculando a imagem que as agentes querem dar de si ao empreenderem a ação da linguagem e o efeito que esperam causar no destinatário (BRONCKART, 2012, p. 96). Ora as mulheres justificam um estudo anterior à seleção das vontades; ora apresentam as leis que respaldam certos direitos, ora veiculam a visão pessoal sobre o evento ou inserem a função de cada pessoa no cenário do parto, a fim de alinhar o que acontecerá no domicílio. A forma como as vozes são orquestradas será tema no capítulo seguinte e, portanto, não nos deteremos nessa análise, por ora.

Em seguida, as expectativas e os desejos das mulheres são listados, cujas regularidades observadas dizem respeito à distribuição do conteúdo temático quanto às etapas do pré-parto, parto, nascimento e cuidados com o bebê, assim como visto em PE. Apenas PI5, apesar de seguir, posteriormente, as etapas do parto, não as insere logo após a abertura, optando por trazer, antes, informações sobre a gestante e procedências em caso de pós-datismo.

A estrutura tipificada em orientar as condutas em tópicos, de acordo com os momentos do parto, pode se relacionar à necessidade de uma leitura mais fluida e rápida nos contextos hospitalares: nesse caso, essa organização facilitaria a identificação de informações. No entanto, também pode se dar pelo contexto de violência obstétrica que atravessa o nascimento no Brasil desde a chegada da parturiente ao hospital, do pré-parto até o nascimento do bebê e a forma como ele é assistido pela equipe. Essa realidade constatada nas pesquisas de Dias e Domingues

(2005), Diniz (2001), Pasche *et. al.* (2005) torna necessário elencar de forma minuciosa os procedimentos em todas as etapas, possibilitando à parturiente maior segurança durante as horas que estará sob cuidados da equipe médica. Fora a regularidade das etapas do parto como orientadoras, observamos variações na planificação desse conteúdo, conforme apresentamos no quadro abaixo.

Quadro 20: Plano geral dos PI

PI1	PI2	PI3	PI4	PI5
Nome da paciente, acompanhante, doula, obstetra, enfermeira obstetra e bebê; Nome do hospital; Acompanhante e doula	Preâmbulo - Nome da paciente e solicitação de anexar o documento ao prontuário. Ciência sobre os rumos do parto e solicitação de justificativa no prontuário	Dados do bebê, marido, obstetra, enfermeira obstetra, doula Data prevista do parto.	Dados da parturiente, bebê e marido Dados da equipe (doula, obstetra e enfermeiras) e telefones Data prevista do parto	Dados da mãe, pai, bebê, irmã do bebê, enfermeira obstetra, parteira e filmagem Data prevista do parto e da última menstruação.
Preâmbulo - Ciência sobre diferentes rumos do parto e solicitação para ser avisada sobre mudanças	Citação das leis do acompanhante e da doula Nome do acompanhante, acompanhante reserva e doula	Premissas - Informações sobre as concepções do parto para a gestante	Preâmbulo - Ciência sobre diferentes rumos do parto e solicitação para ser avisada sobre mudanças	Lista de pessoas presentes no parto e papel de cada uma
Condução no parto e pós-parto: preferências sobre procedimentos nas fases latente e ativa), para alívio da dor	Parto natural - comentário sobre concepção de parto	Desejos durante o trabalho de parto.	Desejos durante o trabalho de parto	Ambiente do parto - passo a passo de como acessá-lo; Descrição do apartamento e como os cômodos devem ser organizados; Preferências quanto ao ambiente a depender do horário do parto

Parto - desejos e preferências sobre a fase expulsiva	Desejos quanto ao trabalho de parto	Passo a passo sobre a internação	Desejos quanto ao parto em si: momento do expulsivo e recebimento do bebê	Informações sobre a gestante: detalhes sobre personalidade, preferências, resistência a dor e medo
Após o parto: cuidados com a mãe e bebê	Desejos em caso de indução	Expulsivo - desejos quanto ao momento	Desejos quanto ao procedimento em caso de indução	Preferências em situações de pós-datismo
Caso a cesárea seja necessária	Cuidados com o bebê	Após o parto - desejos sobre o momento	Desejos em caso de cesariana	Preferências o trabalho de parto considerando dois cenários
Fechamento: informações importantes (cesárea prévia, alergia ao fio da sutura, ausência de viagem contexto COVID).	Procedimentos após o parto	Cuidados com o bebê - preferências	Despedida e agradecimento	Procedimentos quanto ao parto
	Lista de procedimentos que não quer	Cesariana - Procedimentos caso a cirurgia seja necessária	Assinaturas dos pais	Desejos quanto ao cuidado com o bebê
	Procedimentos em caso de óbito	Observação - O marido pode tomar decisões, caso a gestante não consiga		Desejos para o pós-parto
	Despedida			Desfecho: desejo para o momento e confiança na escolha da equipe
	Declaração de ciência sobre as escolhas			Ciência de acordo de responsabilidade e compartilhada sobre o parto

	Assinatura (mãe e acompanhante) e data			Data e local
	Referências para a elaboração do plano			Assinatura (mãe, pai e equipe)

Fonte: Elaboração da autora com base nos PI analisados

Como se vê, quatro dos cinco exemplares exibem os desejos da mulher em caso de cesárea, mas PI5 não apresenta essa seção, pois a cirurgia não pode se dar nesse contexto: os desejos sobre uma possível mudança no cenário do parto foram registrados em outro plano de parto escrito por ela: o plano de parto hospitalar. A sistemática de adotar um plano de parto diferente para a assistência hospitalar também aparece no *site* da Casa Ângela, que orienta o uso de PEG da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo.

Outro tópico que se mostrou presente em quase todos os exemplares diz respeito à “indução” (ou pós-datismo), tentativa de um parto normal antes de se decidir pela cesárea. A inserção desse tema nos PI pode se relacionar ao aumento desse procedimento no país, para barrar o índice de cesáreas desnecessárias, como aponta Nomura (2020), ao comentar o avanço dos métodos de indução no setor público e privado. No entanto, o crescimento dos métodos de indução em ambientes hospitalares não foi visto nos PE que analisamos, uma vez que apenas dois dos exemplares apresentavam opções diluídas sobre o tema, mas não o traziam como tópico específico recorrente.

No entanto, a inclusão ou não dessa seção nos PI também pode estar relacionada a representações individuais das mulheres a respeito do evento ser necessário ou não, por exemplo: Ilítia prevê a possibilidade de indução, devido ao seu histórico de síndrome hipertensiva gestacional e, por isso, introduz o conteúdo. Já Deméter compartilha não ter imaginado precisar passar pela indução: “no meu plano de parto não tinha eh::: essa seção por exemplo de indução específica ... era uma coisa que eu achava que não ia chegar” (Deméter, ver apêndice D, linhas 75 a 77).

Ao final, quatro dos exemplares trazem um fechamento que assume formas muito diversas, tendo em vista a situação de produção dos textos. O PI1, diante de complicações da mulher na primeira gravidez, indica uma informação sobre ter alergia ao fio da sutura. Além disso, apresenta um trecho sobre a gestante e os

acompanhantes estarem assintomáticos e não terem viajado há mais de 14 dias, motivado pelo momento de produção e de circulação do exemplar elaborado em plena pandemia de COVID-19. Em PI2, há um agradecimento à equipe pela intenção em seguir o plano, que se assemelha mais à intenção de orientar antecipadamente que as escolhas sejam respeitadas, o que dialoga com o propósito de Atena de barrar as possíveis violências do cenário. Além disso, ela retoma o papel do acompanhante, como garantidor de que “seja respeitada”. O plano é fechado com uma declaração de ciência sobre as escolhas e as referências, utilizadas pela produtora na elaboração do documento, de forma a legitimá-las.

Em PI4 e PI5 o agradecimento obedece a um outro formato. No primeiro, registra-se o “respeito, empenho, compreensão, colaboração e dedicação” da equipe e, em PI5, observa-se a vontade para que o parto seja uma celebração, “uma grande festa”, ao lado de um comentário sobre a certeza da gestante haver escolhido a equipe certa. O tom festivo e familiar, nesse texto, retoma o cenário do parto antes que ele se tornasse um evento essencialmente hospitalar, o que não se vê nos demais exemplares. Trigueiro (2021) aponta como a satisfação das mulheres com o desfecho do parto é proporcional à escuta, acolhimento e empatia da equipe médica, o que se mostrou evidente nas entrevistas. No âmbito geral das 11 entrevistas que realizamos, as três mulheres que passaram pelo parto domiciliar planejado e também as seis que tiveram acompanhamento hospitalar humanizado, a despeito do cumprimento ou não das vontades expressas, falaram sobre o evento com emoção e satisfação, o que poderá ser visto de forma mais específica no capítulo que se dedica a analisar a recepção do gênero nos contextos de assistência.

7.5 OS TIPOS DE DISCURSO E AS SEQUÊNCIAS EM PI

Semelhantemente aos PE, identificamos, nos PI, a presença do discurso interativo, uma vez que é possível recuperar dados referentes aos agentes e ao espaço-tempo da situação. No entanto, nesta categoria, os planos de parto são compostos quase que completamente por esse tipo de discurso. O uso de pronomes (pessoais e possessivos), verbos na primeira pessoa do singular e do plural mostram a implicação dos agentes (ver quadro 19). Além da mulher, o exemplar domiciliar (PI5) implica mais pessoas da família: “(A irmã do bebê) terá 2 anos e 10 meses no

momento do parto. **Pretendemos** deixá-la no ambiente se ela se sentir confortável e se não estiver **nos** atrapalhando.” (Ver apêndice L, grifos nossos).

Em alguns exemplares (PI1, PI4, PI5), pode-se perceber uma oscilação quanto ao uso da primeira pessoa do plural e do singular: na abertura e no fechamento, a autoria conjunta é marcada e a participação da doula (PI1, PI4), do obstetra (PI4) ou do marido (PI1, PI4, PI5) se reflete na utilização dos verbos no plural. Quando os processos se voltam para os procedimentos e práticas voltados à mulher no contexto de assistência, mesmo que sejam listados e decididos sob orientação de outrem, os verbos se apresentam na primeira pessoa do singular: “Não **quero** tricotomia (raspagem dos pelos pubianos) e enema (lavagem intestinal)” (PI1); “**Gostaria** de usar minhas próprias roupas” (PI4). (Ver apêndice K, grifos nossos).

A mulher, então, se implica no texto como protagonista de suas decisões, como se vê acima. Em PI3 essa instância de atividade é ainda mais evidente, pois, nesse plano, a mulher se coloca em primeira pessoa do singular em parte predominante do exemplar, não compartilhando sua voz com terceiros. Isso ocorre também em PI1, que mantém a primeira pessoa da abertura ao fim do plano. Exibe-se uma autoria autônoma, embora seja possível reconhecer, no texto, os fios discursivos que ligam esse plano de parto às vozes sociais provenientes dos documentos oficiais sobre as boas condutas.

Encontramos excertos de relato interativo, em alguns exemplares, para situar situações importantes do histórico das gestantes, relacionadas aos partos anteriores: “**No primeiro parto** usaram vaselina, não tenho conhecimento de outros medicamentos que tenham o mesmo objetivo” (PI5); “Passei por uma cesárea **anterior** (há aproximadamente **5 anos e 10 meses**)” (PI1). Vê-se que o intuito é alinhar as informações e estabelecer um diálogo com os profissionais.

Comparados aos PE, observamos que os PI analisados trazem uma menor ocorrência de discurso teórico, que se dá principalmente nos trechos que envolvem a retomada de leis e resoluções, a fim de assegurar as vontades da gestante. Entretanto, esse discurso aparece em uma esfera de menor intervenção, como PI4, em que a equipe humanizada multidisciplinar orientou a mulher quanto à escrita. A participante, nesse caso, aponta que concebe o plano de parto também como um instrumento de tomada de consciência sobre as suas escolhas:

no meu plano de parto é bem legal... eu boto assim... “eu não quero eh:: hidratação intravenosa se não existir necessidade de medicação” por QUÊ? “porque o ace::sso dificulta a mobilidade da gestante e a mobilidade livre ... a literatura eh:: indica que o livre posicionamento ajuda na descida do bebê” tendeu? **tipo eu colocava uma coisa que eu queria e que eu não queria e explicava que as evidências científicas me levavam àquela escolha** (grifos nossos, Ilítia, apêndice J)

Assim, o uso do discurso teórico, em PI4, relaciona-se ao processo educativo quanto às decisões sobre o parto. O caráter educacional atribuído ao plano de parto também tem sido apontado nas pesquisas da área de saúde (CRUZ *et. al*, 2023; PEREIRA *et. al.*, 2022; FARIA e ALVES, 2023), conforme vimos. Destacamos, assim, que esse exemplar faz diálogo com o objetivo educativo dos PE de maternidades universitárias (PEH4 e PEH5) e com o PEH2, vinculado ao discurso do parto humanizado, nos quais é possível observar a influência do discurso sobre as evidências científicas e sobre o movimento da Medicina Baseada em Evidências, próprios desses âmbitos. Essa influência também se faz presente em Ilítia, porque a participante permeia o contexto de assistência ao parto.

Quanto às sequências discursivas, os PI se caracterizam pela utilização de sequências descritivas, uma vez que seus agentes objetivam fazer com que seus destinatários observem os elementos do parto em detalhes (procedimentos e condutas) de acordo com uma progressão temporal relacionada aos momentos desse evento. Conforme constata Bronckart (2012, p. 235), essas sequências sempre aparecem de forma articulada a outras e, nos exemplares, pôde-se constatar também a ocorrência de sequências injuntivas, assim como identificamos em PEG1. As mulheres, na redação dos PI, destinam-se a fazer o receptor agir: buscam “fazer ver ações mais do que objetos e situações” e, por isso, detalham-nas e manifestam as suas vontades.

Além disso, também identificamos, à semelhança de PE, a existência elementar das sequências descritivas: as esquematizações, pertencentes aos tipos de discurso da ordem do expor. Nos quatro exemplares, as mulheres utilizam esquematizações, de modo a organizar os seus desejos em ordem sequencial, que refletem a ordem das etapas e dos procedimentos.

Observa-se que as informações se organizam sucintamente e obedecem a uma ordem relacionada às etapas do parto, configuração também encontrada em PI1, PI2 e PI3, mas também em alguns PEH e PEG. Reconfigurando o contexto de

recepção do plano de parto, essa esquematização topicalizada, com destaques para os títulos, que se relacionam aos momentos principais da assistência, confere ao receptor uma leitura dinâmica, rápida, apresentando menor possibilidade de equívocos e uma forma tipificada de recepção. A utilização dessas esquematizações confere a esses PI uma maior similaridade entre si, quanto à infraestrutura.

Fora do ambiente hospitalar, essa esquematização é menos visível: PI5 é um texto de mais corpo em comparação aos outros exemplares, apresentando sete páginas. Esse plano que dedica longos trechos sobre como proceder para chegar até a casa da família e o passo a passo para interagir com a cadela.

- Ao chegar no prédio, nos informe por Whats App. Interfonar ou tocar a campainha só ajuda a deixar ela ainda mais nervosa;
- Alguém tem que descer para abrir o portão. Ou vocês precisarão usar a senha (botão senha xxxxx – no teclado de cima, tanto no portão quanto na porta de vidro). No mundo ideal, gostamos sempre de descer com a Paçoca, para daí ela já ir fazendo o reconhecimento.
- Quando ela te recebe na portaria ela é mais tranquila do que em casa (porque não é o território dela); - Ao ter contato com ela, deixe-a te cheirar, mas não faça carinho de imediato. Só depois que ela se acalmar daí o carinho é bem vindo.(sic) (ver anexo L)

O intercalamento de sequências descritivas, explicativas e injuntivas é frequente em PI5, o que lhe confere um caráter bastante diferente dos demais textos. Além disso, o exemplar se abre a detalhamentos sobre as razões das escolhas, que estão vinculadas ao mundo subjetivo da mulher. Ela discorre sobre por que precisa de música no trabalho de parto, por que gostaria de esperar até quarenta e duas semanas para pensar em indução, por que vai priorizar o cochilo em vez do banho depois do nascimento do bebê, por que precisa de ajuda para perceber se algo não estiver bem:

No primeiro parto, não senti nenhuma dor que chegou a um nível insuportável – para mim, as cólicas menstruais que já tive foram piores do que as dores do parto em si. Portanto, preciso que me avisem caso algo não esteja indo bem, porque minha sensibilidade nesse quesito é um pouco desajustada. (Têmis, ver apêndice F)

A princípio, a equipe não precisa ser convencida dessas razões, pois a assistência é aberta a essas escolhas; entretanto, Têmis entende o plano como um material organizador da experiência, para si mesma e para os outros, referindo-se a ele como um “plano do nascimento”, que registra o passo a passo do parto. Ele, nesse

contexto, construído juntamente com a equipe que a atendeu, não foi pensado como um documento para barrar intervenções: “No domiciliar foi mais assim: ‘Quer comer não quer comer?’ Quer música ou não quer música? O que é que você quer fazer depois?” (Têmis, apêndice F). Essas falas, orientadoras da construção do plano, repercutem na sua infraestrutura, que, como vimos, é a mais diferenciada dentre os planos aqui analisados. Os pedidos à equipe também se apresentam de uma forma diferenciada, quando comparados aos demais exemplares, ao que a produtora faculta à equipe a capacidade de decidir o que deve ser feito em mais de um momento.

Não se vê essa abertura nos outros textos investigados, nem nos PE, mas um esforço e negociação constantes, em maior ou menor grau, para detalhar desejos, orientar ações e direcionar atitudes. São relações de poder que se instauram socialmente, mas que também se mostram nos textos-discursos. A despeito das múltiplas assistências recebidas pelas mulheres, quando o parto ocorre em ambiente hospitalar, o texto sofre influência desse contexto, pois, nesse ambiente, o saber médico se ergue no controle dos nascimentos para disciplinar a vida e garanti-la (FOUCAULT, 2021).

Apesar de, na análise, ser possível encontrar semelhanças estruturais entre PE e PI, consideramos a importância dos últimos em detrimento dos primeiros, uma vez que, a mulher que empreende conscientemente a ação de linguagem de escrever o seu plano de parto, que se apropria desse gênero num determinado contexto, percorre “um mecanismo fundamental de socialização, de inserção prática nas atividades comunicativas humanas” (BRONCKART, 2012, p. 103). Entretanto, reconhecemos que construir esse texto não é uma demanda de fácil acesso a todas as mulheres e, portanto, ressaltamos, conforme apontam as pesquisas (SILVA *et. al.* 2017; MEDEIROS *et. al.*, 2019; NASCIMENTO, 2022; CRUZ *et. al.* 2023), a importância de uma assistência reconfigurada em que seja possível orientar e acompanhar a gestante nesse processo.

Todavia, Trotta e Beiriz (2018) alertam a respeito dos hospitais recusarem os planos individuais das parturientes, explicando que algumas instituições orientam que as mulheres assinem os planos de parto padrão, os PE, chamados pelas especialistas de modelo de adesão, pois “permitem que se faça tudo com o corpo da mulher” (TROTТА E BEIRIZ, on-line). Essa ação dos hospitais que assim procedem não é aleatória e impensada. Esses textos, como vimos, carregam as representações das instâncias que os originaram e, portanto, os seus valores, que se dão a perceber tanto

na infraestrutura, quanto nos mecanismos enunciativos, conforme veremos no próximo capítulo.

8 “NÃO QUERO QUE ME MANDEM CALAR A BOCA” – OS MECANISMOS ENUNCIATIVOS NOS PLANOS DE PARTO

Com o intuito de orientar a interpretação do plano de parto por seus destinatários, Atena, produtora da frase que intitula esse capítulo, precisou articular um conjunto de mecanismos enunciativos para empreender uma ação de linguagem e tentar garantir, dentre outros, o seu direito à voz no ambiente do parto. O processo de articulação desses mecanismos está na base da construção de todo e qualquer texto empírico, a fim de que se possa promover um efeito sobre quem o lê, passando uma “mensagem linguisticamente organizada” (BRONCKART, 2012, p. 71). Assim, não apenas as mulheres produtoras de PI realizaram essa empreitada, mas as instituições hospitalares e as instâncias que se propuseram a falar por elas, em seus planos standardizados, também operaram uma seleção de recursos com o intuito de direcionar a interpretação do leitor e obter a sua adesão a um certo posicionamento enunciativo.

Bronckart (2012, p. 120) explica que os mecanismos enunciativos podem ser considerados como pertencentes a um nível mais superficial do texto, uma vez que se relacionam ao “tipo de interação que se estabelece entre o agente-produtor e seus destinatários”. Dessa forma, trazem à tona as diversas avaliações a respeito do conteúdo temático, explicitando também as fontes dessas avaliações. Entram, nesse nível da arquitetura textual, as vozes e as modalizações.

A princípio, considera-se que o autor é o “organismo humano que está na origem do texto” (BRONCKART, 2012, p. 321), sendo ele o responsável por orquestrar as instâncias enunciativas, às quais atribui a responsabilidade sobre o que é enunciado. É o autor (a instância geral de enunciação) que, na maioria dos casos, responsabiliza-se pelo dizer. Entretanto, em outros momentos, outras vozes, “infra-ordenadas” em relação à voz do autor, aparecem nos textos, podendo ser delimitadas em três categorias:

Quadro 21: Classificação das vozes

Vozes de personagem	Seres humanos (ou entidades humanizadas) implicados na qualidade de agente nos acontecimentos do conteúdo temático de um segmento de texto
Vozes sociais	Vozes mencionadas como instâncias externas de avaliação, mas que não intervêm como agentes no percurso temático de um segmento de texto. Procedem de personagens, grupos ou instituições sociais.
Voz do autor empírico	Voz que procede diretamente de quem está na origem da produção textual, que intervém para comentar e avaliar aspectos do que é enunciado.

Fonte: Bronckart (2012, p. 327)

A partir do estabelecimento e da entrada dessas vozes no discurso, Bronckart (2012, p. 329) aponta o caráter polifônico constitutivo de qualquer texto-discurso. A polifonia se dá quando nele identificam-se várias vozes, sejam elas do mesmo estatuto ou de estatutos diferentes, sendo possível perceber diversas formas de combiná-las. O autor explica que essas vozes podem ser marcadas explicitamente, mas também podem aparecer de forma implícita no texto, por inferência, sem que seja necessário situá-las (BRONCKART, op. cit).

Além das vozes, um dos recursos fundamentais para a orientação do destinatário acerca do conteúdo temático de um texto são as modalizações, que “têm como finalidade geral traduzir, a partir de qualquer voz enunciativa, os diversos comentários ou avaliações formulados” sobre certos elementos desse conteúdo (BRONCKART, 2012, p. 320). Podemos entendê-las como um mecanismo que revela o posicionamento e a intenção do autor que está na origem do texto.

Quadro 22: Classificação das modalizações

Lógicas	Julgam os conteúdos do ponto de vista das condições de verdade, apresentando-os como certos, possíveis, eventuais, necessários etc	Tempos verbais no condicional, auxiliares, advérbios, orações impessoais Advérbios, locuções adverbiais, verbos no futuro do pretérito
Deônticas	Avaliações do conteúdo temático que se apóiam nos valores, opiniões e regras do mundo social. Os elementos do conteúdo são apresentados “como sendo do domínio do direito, da obrigação social e/ou da conformidade com as normas de uso”.	Tempos verbais no condicional, auxiliares, advérbios, orações impessoais
Pragmáticas	Explicitam a responsabilidade de uma entidade (personagem, grupo, instituição) “em relação às ações de que é o agente.” Atribuem “intenções, razões e capacidades de ação”.	Auxiliares de modo
Apreciativas	Avaliação dos conteúdos, que podem ser apresentados como benéficos, infelizes, estranhos, a partir de um mundo subjetivo da voz que “é a fonte desse julgamento”.	Advérbios, orações adverbiais

Fonte: Elaboração a partir de Bronckart (2012, p. 333 e 334)

As modalizações mostram forte vínculo com os mundos representados, pois é a partir desses mundos que as avaliações e que os posicionamentos das instâncias enunciativas são tecidos na arquitetura textual. Assim, podemos dizer que, por meio dos mecanismos enunciativos (vozes e modalizações), a língua nos apresenta uma materialidade capaz de revelar o posicionamento do autor quanto ao que é dito.

Investigando os mecanismos enunciativos nos planos de parto, tomando como base os exemplares analisados até o momento, encontramos algumas regularidades quanto ao aparecimento das vozes:

- Voz do autor empírico: mulher, hospital ou órgão de humanização, a depender da categoria de plano de parto.
- Vozes sociais: evidências científicas, leis municipais e estaduais, recomendações do Ministério da Saúde, orientações da OMS
- Vozes de personagem: mulher, família e equipe (médico, enfermeiras, parteiras, doula)

Observamos que, em maior grau, a voz do autor empírico se destaca das demais, pondo em evidência a instância de enunciação: mulher, hospital ou a instituição produtora do plano de parto. Entretanto, verificamos também estratégias de fusão de vozes, nos exemplares hospitalares, e de apagamento do autor empírico para que a voz da mulher pudesse assumir a responsabilidade enunciativa sobre o conteúdo temático dos planos gerais. Identificamos, como regularidade, que o uso de vozes sociais sempre obedece à função de respaldar e de validar os posicionamentos do autor, mesmo que essas vozes não se apresentem sempre explicitamente marcadas. Nos planos individuais, houve uma maior ocorrência das modalizações apreciativas ao passo que, nos hospitalares, as modalizações deônticas se mostraram em maior número, apesar de ocorrerem também modalizações lógicas e pragmáticas.

8.1 DAR À LUZ VOZES E VIDAS: O POSICIONAMENTO ENUNCIATIVO NOS PLANOS DE PARTO

Ao falar sobre o nascimento do hospital na tecnologia médica, Foucault (2021) percorre um longo caminho histórico para explicar como o saber médico, que antes estava predominantemente localizado nos livros, passa a também estar situado no âmbito hospitalar. Ele pontua, assim, que o hospital não é apenas um lugar de cura, mas um local de “registro, acúmulo e formação de saber” (FOUCAULT, 2021, p. 188). O autor traz à tona como essa organização envolve um sistema de registro permanente acerca do que acontece em seus espaços, organizando uma série de “registros que acumulam e transmitem informações”. Os planos estandardizados dessas instituições se constituem, assim, como mais uma forma de registrar e regular as atividades hospitalares. A mulher, ao listar os seus desejos, assim o faz para que

a assistência possa organizar procedimentos, regulamentar a vida e operar sobre ela. É em função disso que os mecanismos enunciativos são organizados.

Nesse projeto de dizer, a voz do autor empírico se apresenta para explicar o propósito do documento, situando-se como uma instância não correspondente à mulher. Nessa abertura, a voz da instituição mostra-se na primeira pessoa do plural: “Gostaríamos de conhecer melhor o que você está pensando” ou por meio de um substantivo próprio. Não é possível localizar apenas um agente físico por trás dos dizeres, mas toda uma equipe que organiza as práticas do ambiente. Os exemplares também apresentam as vozes da mulher, do médico e da equipe como personagens, delimitando, em alguns segmentos, como cada agente se enquadra no cenário de assistência.

É nesse contato inicial com a destinatária, que a voz do autor empírico se mostra apresentando as condutas necessárias no ambiente hospitalar. As modalizações deônticas evidenciam o que está em conformidade com as regras em uso:

“O médico *deverá ser* informado e permitir a presença da doula” (PEH1) (Ver anexo A);

“Qualquer alteração *deverá ser* sempre conversada com a equipe que a acompanha e documentada no Plano de Parto” (PEH4) (ver anexo D).

Essas orientações são dadas à gestante e visam estabelecer como a rotina desse ambiente se institui. No primeiro exemplo, estabelece-se a obrigatoriedade de um aviso prévio sobre a presença da doula, que estará sujeita à avaliação de um personagem de autoridade nesses ambientes: o médico. A segunda construção também aponta para esse julgamento por parte da equipe.

Quando o conteúdo se volta para a ação da equipe, a recorrência das modalizações pragmáticas se destaca: “a equipe obstétrica *tentará sempre* tomar as melhores condutas no meu atendimento”. Apresenta-se aqui, diante da imprevisibilidade dos desdobramentos do parto, um julgamento sobre as capacidades de ação dos profissionais, asseverando seu compromisso com as melhores práticas para assegurar a vida e o bem-estar da mãe e do bebê. É o hospital aqui que “pela boa qualidade dos conhecimentos médicos” contribui para “a elevação do nível de saúde da população” (FOUCAULT, 2021, p. 316).

Essa imprevisibilidade também se marca por meio do uso de constantes modalizações lógicas, como se vê: “Nos casos que ocorrer uma lesão grave (rotura de terceiro e quarto grau), mesmo após a correção cirúrgica imediata, você *poderá apresentar* como consequência a perda de gases ou de fezes”. Vemos que essas modalizações têm a função de apontar para os elementos do conteúdo temático como possíveis ou suscetíveis de acontecer. Essas modalizações são utilizadas no texto para que a gestante tenha ciência acerca do grau de abertura a que está sujeito o seu plano de parto, uma vez que o evento não é totalmente controlável. Vemos a voz da ciência do especialista para firmar o valor de verdade.

Nesses documentos, é comum o autor empírico implicar a voz da mulher, a fim de que ela se responsabilize pelas escolhas feitas. Entretanto, há exemplares que fazem essa separação mais visivelmente e de maneira constante, situando as vozes da mulher e do autor empírico em períodos e campos distintos do texto.

Quadro 23: Voz do autor empírico e voz da mulher em PEH

PEH2	6. A analgesia de parto está disponível especificamente no Centro Obstétrico, caso <i>opte</i> por solicitá-la <i>você será</i> informada dos riscos e benefícios. Deseja receber a analgesia de parto? () Sim, apenas se eu solicitar. () Não
PEH4	6) Outras opções de alívio da dor durante o trabalho de parto: ☐ Eu gostaria de tentar a respiração e o relaxamento. ☐ Eu gostaria de tentar o banho de aspersão (ducha). ☐ Eu gostaria de tentar a realização de escalda - pés.

Fonte: Elaboração da autora

Inicialmente, o autor empírico apresenta os aspectos do conteúdo, “assumindo diretamente a responsabilidade do dizer” (BRONCKART, 2012, p. 326). A voz desse autor se volta a mostrar as opções que integram as práticas daquela assistência, abrindo espaços para que a mulher escolha e se implique, por conseguinte, no texto. As diferentes possibilidades de enunciação já se abrem à mulher e estão previamente recortadas: as opções que podem ser escolhidas estão em conformidade com a política geral do hospital. Distingue-se aqui a voz da instituição e a voz da mulher a partir do uso da primeira pessoa do singular. A apreciação “gostaria de tentar”, que

em uma produção autoral seria oriunda da subjetividade da mulher, já se mostra pré-configurada e a adesão da mulher ao conteúdo do que é enunciado se dará por meio da seleção das caixas.

Entretanto, ocorre de a instituição hospitalar se apropriar da voz da mulher para comentar aspectos do conteúdo temático a partir dos valores sociais.

8) Se eu chegar ao final da minha gestação e não entrar espontaneamente em trabalho de parto:
 () gostaria de ter meu parto induzido (com o método que a equipe obstétrica achar melhor)
 () não gostaria de ter o parto induzido, preferindo ir a cesárea
 () Tanto faz
 Outra alternativa: _____
 (novamente, sei que não é só a minha vontade que decide isso. **É necessário respeitar os protocolos científicos** recomendados, as particularidades da minha gestação, meu estado de saúde e do meu bebê, a estrutura e rotina do hospital, etc.) (ver anexo A)

A voz social e a voz do autor empírico se confundem a partir do uso constante da primeira pessoa. A instância que está na origem do texto utiliza-se da modalização deôntica “é necessário” para ressaltar que as escolhas da mulher devem estar em conformidade com os valores “científicos recomendados” e com as normas em uso no hospital. Essa fusão de vozes aponta para uma autoria simulada pela instância enunciativa: ela encena a voz de uma autora capaz de recuperar vozes sociais e resgatar os valores caros para o hospital. Na análise dos mecanismos enunciativos, Bronckart (2012, p. 329) confirma a necessidade de haver “a existência de uma instância enunciativa formal supra-ordenada, regendo e distribuindo essas diferentes vozes”. Neste caso, a instituição hospitalar o faz conforme os seus valores sociais e responsabiliza a mulher.

O que se observa como regularidade nos planos hospitalares é o uso das vozes sociais e das modalizações para respaldar as práticas adotadas nas instituições, delimitando que os processos devem ocorrer de acordo com as condutas da instituição e das instâncias reguladoras. Aqui, é necessário controlar a vida e o nascimento, pois o “controle sobre os indivíduos começa no corpo” (FOUCAULT, 2021, p. 144).

Quadro 24: Vozes sociais nos exemplares hospitalares

PEH2	3. O uso de ocitocina sintética <i>pode ser necessário</i> caso o trabalho de parto não esteja tendo a evolução esperada. Você permite seu uso quando informada com clareza e transparência sobre sua necessidade? () Sim () Não
PEH4	Para prevenção de infecção ocular grave no recém-nascido, é <i>obrigatória</i> a aplicação de colírio de nitrato de prata a 1% (...) (Decreto Estadual nº 9.713/1977) ☐ Eu estou esclarecida sobre a importância da administração do colírio de nitrato de prata no meu filho ☐ Eu não estou esclarecida sobre a importância da administração do colírio de nitrato de prata no meu filho.

Fonte: Elaboração da autora

Na primeira ocorrência, vemos o uso de uma voz social implícita, presente na classificação da OMS a respeito da assistência ao parto normal. A instância de enunciação, no entanto, apresenta a administração de ocitocina, utilizando-se de uma modalização deontica baseada em valores do mundo social, que toma por base as recomendações da Organização Mundial da Saúde. Essa instituição apresenta o uso de ocitocina apenas em situações pontuais de não evolução do trabalho de parto (BITTENCOURT, 2014). O modalizador é uma forma menos direta de apresentar procedimentos ancorados em valores que permeiam o mundo social, uma vez que a imagem da instância autoral do exemplar se enquadra dentro da assistência humanizada, inscrevendo-se no âmbito do programa Parto Adequado.

Em PEH4, observamos que a voz social explícita de um decreto estadual é inserida pelo autor empírico para validar uma conduta hospitalar. Para a mulher, não se abre a opção de negar a conduta, como algumas produtoras o fazem em seus planos pessoais, justificando não quererem a aplicação do colírio em seus filhos por não serem portadoras de gonorréia. A instituição universitária, no entanto, está atrelada a regulamentações externas e, por isso, utiliza-se dessa voz para introduzir o tópico a respeito da administração do colírio, apresentando o conteúdo como estando em conformidade “com as normas de uso” (BRONCKART, 2012, p. 331). É necessário realizar o procedimento como prevenção de uma possível infecção ocular. Vemos, então, os efeitos positivos do poder explicados por Foucault (2011, p. 28). Esse saber-fazer não age apenas de maneira negativa, pois, se assim o fosse, seus efeitos seriam muito frágeis.

Independentemente de quais sejam os valores do hospital, vê-se o cruzamento entre a voz do autor empírico e vozes sociais para que haja o respaldo das condutas.

Além disso, essas vozes se antecipam à da mulher com a função de orientá-la para os melhores desfechos, antes que sejam, efetivamente, realizadas as escolhas. Elas são inseridas pelo autor empírico para basear o saber-fazer dessas instituições. Os produtores que estão na origem do texto orquestram os mecanismos enunciativos para incluir a voz da mulher, mas procuram, sobretudo, assegurar e gerir a existência, agindo sobre os corpos e sobre a vida para preservá-los. Busca-se “favorecer, na medida do possível, a vitória da saúde sobre a doença” (FOUCAULT, 2021, p. 176).

8.2 O APAGAMENTO DO AUTOR EMPÍRICO NOS PLANOS GERAIS

Nos planos gerais, que são construídos por instituições vinculadas às iniciativas de humanização, vemos o gerenciamento dos mecanismos enunciativos para que a autora final seja a mulher. Identificamos, aqui, um autor empírico real que constrói o texto buscando o apagamento de sua voz, a fim de que a autora em potencial a assuma. Dessa maneira, a partir de suas representações mais gerais acerca do contexto de circulação dos planos, a instância de produção, que está na origem do texto, simula uma autoria que será atribuída à mulher por meio do preenchimento dos campos em branco, utilizando-se do uso de primeira pessoa (do plural ou singular); inserção de vozes sociais para respaldar direitos e escolha, e modalizações apreciativas.

Eu _____(nome completo da gestante) e meu acompanhante _____(nome completo), vimos por este documento, formalizar nossas escolhas para o momento do pré parto, parto e pós parto do (a) nosso (a) filho (a) _____(nome do bebe) no hospital _____(nome do hospital) (Ver anexo G)

No exemplo acima, observamos como a instância responsável pela construção desse plano o faz para que a mulher tome por seu o conteúdo do que é enunciado. Identifica-se a voz do autor empírico entre os parênteses, direcionando o que deve constar em cada espaço e essa sistemática se mantém em todo o exemplar: “(aqui nessa lista deixar suas preferências, conforme as opções de exemplo – lembrando que não há regra e você *pode fazer* as escolhas que mais adequarem à realidade da sua família depois de conversado com sua equipe)”.

Nesses planos, a voz do autor empírico está presente para orientar a mulher quanto à construção de uma autoria individual. Essa instância de enunciação a alerta

acerca de as escolhas inseridas no documento serem apenas um modelo possível. Entretanto, apesar de construir o plano para esconder a sua voz, o autor julga necessário inserir-se devido à sua representação individual acerca de quem seria essa mulher à procura de um modelo de plano de parto. A inserção da modalização pragmática “pode fazer” aponta também para as capacidades de ação da mulher e retoma o lugar social da instância produtora, que se inscreve no âmbito do Direito. A presença do autor empírico para comentar aspectos do conteúdo temático pode ser vista mais uma vez em: (colocar aqui se preciso, questões importantes, medos específicos ou preocupações). Aqui, a voz de um autor que não a mulher pode aparecer, porque ela também pode ser apagada da materialidade linguística.

Há a presença de modalizações apreciativas nos exemplares, que, a princípio, não provêm do mundo subjetivo da mulher mas, sim, do autor empírico; no entanto, podem ser modificadas por ela, posteriormente: “Não tolero que a barriga seja empurrada para baixo” (PEG4). A possibilidade de edição desses PEG abre espaço para que a mulher se implique como autora. A voz da instância responsável pela elaboração e veiculação dos exemplares não será levada para o contexto de recepção do texto: apenas a voz da mulher-produtora.

Em contextos em que essa edição não é possível, a voz do autor empírico se percebe de forma bastante discreta. Em PEG2, quase todas as proposições são dadas como se a mulher as tivesse redigido: “7. Analgesia *somente* quando eu pedir. () SIM () NÃO” (ver anexo E). As modalizações que se apresentam são oriundas das representações de uma instância externa, mas a mulher pode aderir ou não a essas avaliações, a partir do preenchimento dos espaços. São estratégias enunciativas para que essa autoria se atribua à gestante que fará uso desse plano.

Entretanto, a voz do autor empírico ainda se dá a perceber por meio de seu comentário sobre procedimentos que podem ser desconhecidos pela gestante: 10. Manobra de Kristeller (profissional de saúde faz pressão no fundo do útero para empurrar o bebê para fora): () SIM () NÃO”. A instância de enunciação, imbuída do seu papel social de agente responsável pela defesa das mulheres, abre espaço para comentários sobre o conteúdo temático do texto. Essa voz tem o intuito de situá-las, pois, em sua representação da ação de linguagem, o autor empírico, responsável por articular discursos, prevê que esse vocabulário pode não ser compreendido pelas mulheres que farão uso do exemplar. Nas entrevistas, o desconhecimento, em uma

primeira gravidez, acerca de condutas hospitalares foi compartilhado por algumas participantes.

porque no primeiro eu nem sabia né... muitas coisas que eu não sabia ... eu achava vou ter parto normal é só chegar lá e pronto ... mas eu não conhecia episiotomi:::a não conhecia... não sabia todas essas coisas ... de todas essas manobras... (Gaia, ver apêndice B)

Dessa maneira, vemos que, nos planos gerais editáveis, a voz do autor empírico se apresenta como uma voz instrutora, a favor da democratização dos planos de parto: a instância responsável pela organização dos discursos se insere para instruir, para comentar detalhes específicos do conteúdo temático, a fim de orientar a autora potencial.

Além disso, há espaços nos PEG que se abrem para a inserção de vozes sociais em defesa dos direitos básicos das produtoras (Lei do acompanhante, orientações gerais da OMS sobre o parto e o nascimento). Vemos que essas vozes se destinam a uma dupla função: ao passo que elas são inseridas como instâncias externas de avaliação do conteúdo temático com o intuito de respaldar as escolhas, elas adquirem também um caráter instrutivo à mulher:

Primeiro BANHO do bebê:

Observação: hoje se sabe que é importante o bebê ser contaminado pela flora bacteriana da mãe e do pai (...) a própria OMS recomenda não dar o banho no hospital ou se o fizer, que seja após no mínimo 6 horas de vida após contato prioritário com os pais (ver Anexo F)

Esse comentário faz referência explícita às orientações de uma voz social externa que tem autoridade para comentar o conteúdo “Primeiro banho do bebê”. É apenas após essa explicação que se abrem as opções para que a mulher, influenciada por essa voz externa, opte pelo que lhe parecer mais adequado. Esse exemplo evidencia como o autor empírico dos PEG, apesar de buscar escamotear-se, coloca em cena as vozes que lhe interessam e que podem reforçar o seu objetivo comunicativo.

8.3 O PLANO QUE FALA POR MIM: A MULHER COMO AUTORA

Porque eu vejo que eh:: o plano de parto pode funcionar como a minha voz quando eu não puder falar (Deméter, apêndice D, linhas 372-373)

Acima, Deméter compartilha a sua visão sobre a funcionalidade do plano de parto, entendendo-o como seu porta-voz, como sua “voz registrada”, sendo “de fato o registro” de suas escolhas. Sejam quais as particularidades das assistências às quais as mulheres se submeteram, nessa categoria, é a voz do autor empírico que sobressai em todo o texto, já que a mulher, como autora, apresenta-se implicada como instância responsável pela enunciação das proposições - ainda que, como vimos, o processo de produção tenha se originado em modelos e/ou por meio de orientações de membros externos. Em menor ocorrência, identificamos vozes sociais e vozes de personagens.

Inicialmente, a implicação da mulher como agente e a sua responsabilidade pelo que é enunciado está presente em diversos momentos do texto, especialmente nas decisões quanto aos processos, que incidem diretamente sobre o seu corpo, bem-estar e também sobre o bebê. A regularidade aqui é o uso da primeira pessoa do singular, que marca a escolha consciente da autora por cada uma das proposições.

Nos PI direcionados à circulação hospitalar, bem como em PI3, a recorrência expressiva é o uso dos verbos no presente do indicativo, a exemplo de “quero”, “solicito”, “desejo”, “prefiro”. Esse uso, no texto, aponta para a subjetividade das mulheres ao expressarem os seus desejos, veiculando a sua avaliação apreciativa quanto aos eventos que se darão, apresentando-os como benéficos, desejáveis ou não desejáveis. No entanto, observamos o uso do futuro do pretérito “gostaria” em boa parte dos exemplares, indiciando um caráter mais incerto. A seguir, apresentamos, quantitativamente, o número de ocorrência desses verbos nos PI, considerando quando ocorreram na forma afirmativa, mas também na negativa.

Quadro 25: Modalizadores apreciativos - Verbos volitivos

	PI1	PI2	PI3	PI4	PI5
Gostaria	19	42	7	15	5
Quero	7	11	31	16	3
Desejo	0	5	0	6	2
Prefiro	2	1	5	2	1

Fonte: Elaboração da autora

A respeito do uso do futuro do pretérito, vemos números que se diferenciam bastante entre si. PI2 se destaca com 42 ocorrências, apesar de ser um texto de tamanho menor ou igual aos demais PI hospitalares. Identificamos, aqui, uma graduação no uso dessas formas: quanto maior a incerteza sobre a receptividade do texto no contexto de assistência, mais observamos o uso dessas formas. A exemplo disso, os outros exemplares, PI1, assistido por uma obstetra de perspectiva humanizada, e PI4, por uma equipe multidisciplinar, registraram ocorrências mais baixas em relação a PI2, evidenciando, respectivamente, 19 e 15 usos do futuro do pretérito. Já ambientes que se distanciam do hospital, como a casa de parto e o domicílio, exibiram apenas sete e cinco usos.

Dessa maneira, verifica-se quantitativamente o crescimento do futuro do pretérito em contextos intervencionistas. PI2 introduz, de forma predominante, suas vontades precedidas nos verbos “gostaria” ou “não gostaria”, modalizando dessa forma 42 de suas 57 solicitações. Entendemos que, apesar dessa ocorrência apontar para a subjetividade da mulher e para a sua apreciação quanto aos eventos, a escolha por essa construção visa também modalizar os pedidos feitos à equipe médica, buscando suavizá-los, como se vê:

- Gostaria de ter o menor número de exames de toque possíveis (PI1)
- Não gostaria de receber toque no intervalo inferior a 4 horas a menos que eu solicite (sic) (PI2).
- Não gostaria de receber toque vaginal com frequência. Realizar o mínimo possível (PI4)

O uso dessas formas verbais predominantes parece apontar o constatado por Andrezzo (2016) sobre o uso do plano de parto em contextos hospitalares. A autora registra que “a tentativa de evitar procedimentos desnecessários pelas mulheres muitas vezes torna a interação com os profissionais tensa” (ANDREZZO, 2016, p. 75) e culmina em retaliação. As mulheres, então, buscam suavizar as vontades, sem que

se mostrem como uma imposição e, por isso, mesclam verbos no presente indicativo a construções modalizadas, como o futuro do pretérito. Essa modalização também ocorre a partir de advérbios de negação, de modo e de construções condicionais.

Em PI1, o pedido se dá no afirmativo, sendo finalizado pelo termo “possível”. A construção aponta para uma solicitação da mulher, mas, ao mesmo tempo, indica uma possibilidade de ocorrência, a depender do que seja “possível” no contexto de assistência, o que faculta à equipe o julgamento sobre o que se pode ou não. O mesmo pedido em PI2 e PI4, no entanto, é precedido pelo advérbio de negação “não”, que alerta o leitor a respeito da avaliação da mulher acerca da conduta - as agentes mostram uma modalização apreciativa sobre a prática, apresentando-a como indesejável, mas evitam formas mais diretas e assertivas. Em PI2, Atena opta por uma construção ainda mais marcada, expressando quando os toques não serão bem-vindos “no intervalo inferior a 4 horas”. A autora busca evitar, assim, complementos que deem vazão a uma interpretação subjetiva da equipe (a qual desconhece) sobre o que seria realizar toques “com frequência” ou o “mínimo possível” (PI4). Ilítia, por sua vez, veicula uma construção mais aberta à interpretação do receptor e deixa a avaliação sobre a quantidade mínima de toques para os profissionais, já que está assistida por uma equipe que já conhece. Para essa afirmação, acionamos a sua fala à entrevista, em que compartilha uma das razões pelas quais optou pela equipe humanizada:

então eu tinha que ir pro plantão mesmo... pro plantão do hospital que é uma grande loteri::a né? tem médico intervencionista ... tem médico que tem cem anos ((risos)) ... tem médico que faz episiotomi:::a (Ilítia, ver apêndice J, linhas 101 - 104)

A participante retoma, na entrevista, como seu ofício de doula a colocava em contato direto com esses relatos, o que a deixava relutante em se submeter ao plantão hospitalar no parto de sua filha. As pesquisas evidenciam como o toque vaginal e outros procedimentos se instauram como violências recorrentes nesses plantões (LEAL *et. al.* 2018; NASCIMENTO *et. al.*, 2019). É um interdiscurso sobre a assistência ao parto que exerce influência sobre os verbos escolhidos nos exemplares e sobre as modalizações inseridas. Essa memória discursiva sobre a assistência recebida nos plantões hospitalares foi compartilhada por mais de uma entrevistada em nossa pesquisa, como vemos na fala de Íris:

na gravidez de L eu tinha medo do plantão... eu não tinha plano de saúde então eu tinha medo do que poderia acontecer... então eu procurei encontrar informações de uma boa maternidade pra que eu pudesse ... pra que eu não pudesse sofrer tanto... a minha ideia era que eu JÁ IA SOFRER ... já tinha aquela ideia de SUS de sofrimento de tanta coisa (Íris, apêndice H)

Observamos também, na construção desses exemplares, a ocorrência de modalizadores apreciativos marcados por advérbios de modo, que introduzem uma avaliação sobre o procedimento. Neste exemplo, não encontramos os verbos de vontade, mas a ação é inferível pelo advérbio e o marcador “sem” pronuncia o julgamento da mulher sobre a conduta “*Preferencialmente sem* perfusão de soro com ocitocina” (PI1).

Há mais uma forma de orientar a ação da equipe - de transmitir uma solicitação - de maneira modalizada em: “Na hora do nascimento *gostaria* que o campo fosse abaixado para que eu possa vê-lo nascer e, *se possível*, passar o bebê por debaixo do campo”. O advérbio expressa uma modalização também acerca das capacidades de ação da equipe, ao que, a depender do julgamento do obstetra, o pedido da mulher poderá ser atendido ou não. Essa forma de interação é menos direta e parece buscar a adesão do leitor ao que se pede, embora não se tenha certeza acerca da sua realização.

Em contrapartida, em PI3, a ocorrência dessa construção é menor e vê-se a predominância do uso do indicativo, por meio do verbo “quero”. A produtora reivindica a não realização de um procedimento, introduzindo a sua subjetividade de modo bem assertivo: “Não quero exame de toque com frequência, pois me causará desconforto e ansiedade” (sic). Os adjetivos apresentam a perspectiva pessoal da agente, que, dentro desse contexto, sente mais acolhimento para registrar suas vontades de modo mais direto, sem que sofra retaliação dos obstetras, pois a assistência na casa de parto é tida como reconfigurada. Entretanto, recorrendo ao contexto de publicação desse exemplar, cuja publicação se deu em 2011, as iniciativas de humanização ainda se mostram ganhando espaço no país e, assim, a mulher ainda realiza modalizações bastante assertivas.

As modalizações apreciativas mostram-se ainda mais marcadas em procedimentos tidos como inegociáveis pelas gestantes, a exemplo da episiotomia, em PI2 e a sedação em PI1:

Não quero a episiotomia em nenhum caso, prefiro a laceração natural, *estou ciente* disso. (PI2)

Não quero ser sedada após a cesárea (PI1)

Vê-se que as duas produtoras, outrora modalizando seus pedidos por meio das estratégias já expostas, apresentam agora seus desejos de forma direta. Em PI1, a avaliação se dá pelo uso do verbo, mas também do pronome que indica quando a mulher está aberta ao procedimento “em nenhum caso”. Essa apreciação ainda é fomentada pelo verbo *preferir* e pelo adjetivo “ciente” ao que se apresenta como autora de suas escolhas. Essa estratégia antevê um discurso argumentativo da equipe sobre a necessidade do procedimento e já o responde, inserindo mecanismos enunciativos.

Em todos os exemplares hospitalares, identificamos vozes sociais que comentam as ações como sendo do domínio do direito, ao que as mulheres indicam as leis que respaldam os seus pedidos, a exemplo da lei do acompanhante e também a regulamentação que permite a presença da doula sem que isso inviabilize a lei anterior. Essa voz social, que se mostrou constante em PI1, PI2 e PI4, mas também em PEG4 e PEG5, aponta um embate que se trava para que essas mulheres se estabeleçam nos espaços de assistência, já que a hostilidade médica, mediante a presença da doula, é apontada nas pesquisas (ASSELI e TEIXEIRA, 2019). Nesse ponto, vemos a influência do contexto físico e social no uso dessas vozes, pois o processo de regulamentação da doula no hospital foi alvo de tensões em João Pessoa, município em que os planos de parto circularam. Brilhante, Herculano e Sampaio (2017) apontam a reação negativa do Conselho Regional de Medicina da Paraíba a essa legislação: os médicos resistiram a esse direito, afirmando que o cuidado da mulher competia a uma equipe técnica profissional. Introduzir a doula no cenário obstétrico é uma intrusão às práticas e tarefas que “foram fixadas pelo poder” ao médico (FOUCAULT, 2011, p. 309). Anteriormente, vimos como PEH1 condiciona a participação da doula à permissão do médico.

A esse direito, as mulheres oferecem maior ou menor grau de detalhamento, mas essa voz social do âmbito legal se encontra presente para falar por elas em seus planos de parto. PI2, em contexto pandêmico, insere a ressalva “Lembrando que a pandemia não revogou a lei que consiste em um direito garantido à mulher e que *deve* ser preservado”. A modalização deôntica “deve ser” aparece para expressar a avaliação da produtora acerca de um elemento do conteúdo temático que se apresenta como um fato socialmente necessário. Essa instância externa é convocada,

então, nos planos, para validar direitos já garantidos, que, na assistência pública e privada, ainda mostram oscilação quanto ao cumprimento.

A partir do grau de conhecimento da mulher sobre as regulamentações acerca do parto, observamos também vozes sociais que se misturam à sua voz de autora para legitimar e respaldar as escolhas. Ilítia, em PI4, julga os procedimentos que solicita ou interdita à luz das evidências: “Não *quero* que minha bebê seja aspirada, pois *não é necessário* aspirar bebês saudáveis, nem colocar sondas na boca, nariz ou ânus” (grifos nossos, ver anexo K). Essa voz não aparece de maneira explícita, mas se apresenta como uma voz indireta que se incorpora à voz da autora. A sequência de modalizações apreciativa + deôntica fortalece a orientação da mulher, que se implica, mas também é amparada por uma instância externa de autoridade.

Da mesma maneira, em PI3, vemos uma voz social imbricada à fala da autora para ressaltar a sua visão sobre o parto “entendo o parto como um processo fisiológico” e o papel dos profissionais “que *deve apenas ser assistido* pelos profissionais de saúde”. A avaliação acerca do papel da equipe se dá à luz dos valores sociais do discurso em torno da humanização, o que visa delimitar o papel da equipe já no início do texto. Apesar de não haver a delimitação externa da fonte dessa voz - uma marcação explícita -, recuperamos o que Bronckart (2012, p. 329) apresenta: “As vozes indiretas podem estar presentes em qualquer tipo de discurso”, podendo ser inferíveis “a partir do efeito de significação global”. É o discurso da OMS que respalda o dizer da produtora, instância que, apesar de não delimitada no plano de parto, é conhecida pelo receptor do texto.

A forma de marcar explicitamente que as escolhas são respaldadas em vozes sociais que as amparam aparece em PI2 na seção “Referências”. Aqui, a agente fortalece o teor acerca do que é enunciado, apresentando estar em consonância com os discursos científicos de uma formação social da qual não faz parte, mas que a legitima a querer e a dizer. Dessa maneira, ao inscrever que “Este plano de parto foi elaborado seguindo as seguintes publicações”, a mulher mobiliza todo um campo discursivo médico-científico habilitado a falar por ela. A voz social atribui força ao seu enunciado, confere lugar de fala à mulher e dá força às suas vontades - até mesmo às mais elementares, mas que ainda são alvo de luta no ambiente hospitalar. “Não quero que me mandem calar a boca” não é apenas um dos desejos de seu plano de parto, mas um enunciado que se repete, que dialoga com uma memória discursiva sobre a violência que permeia alguns contextos de assistência ao parto. “Não quero

que me mandem calar a boca” é a voz da autora que retoma um já-dito (ORLANDI, 2015, p. 29), evocando as vozes de muitas outras mulheres.

Assim como as vozes sociais vão se esvaindo à medida que o plano se distancia do ambiente hospitalar - já que não encontramos vozes sociais em PI5 -, observamos que as vozes dos personagens vão aparecendo à medida que o parto se aproxima do domicílio. Em PI1 e PI4, nos campos de abertura e de fechamento dos planos, o marido aparece como uma voz “assimilável à pessoa do autor” (BRONCKART, 2012, p. 328), que compartilha das decisões com a mulher. O uso dos verbos no plural, nesses momentos, atribui a responsabilidade acerca do que é dito a ambos: “**Nós estudamos** antes de fazer as escolhas”, “Abaixo **listamos** as preferências em relação ao nascimento da **nossa** filha” (PI4), o que visa integrar o marido ao evento do nascimento, como as iniciativas na área de humanização preconizam, a exemplo da Rede Cegonha. (BRASIL, 2018).

Já em contexto domiciliar, além de ser identificada a voz desse personagem, observa-se a inclusão dos demais familiares que estarão no cenário: “Meu desejo é que a façamos uma espécie de show, onde estamos todos nos divertindo e celebrando *animadamente* a chegada do bebê” (sic). A modalização apreciativa indica, aqui, não o modo ou o tempo em que uma intervenção pode ser feita, mas está a serviço de registrar uma expectativa emocional quanto ao evento e ao sentimento que as pessoas presentes devem compartilhar. O surgimento dessas novas personagens e a delimitação de seu papel no ambiente do parto domiciliar, relaciona-se ao ambiente em que acontece o nascimento, pois, segundo Kruehl (2015), a institucionalização do parto afastou a família e a rede de apoio no processo do parto, já que o hospital não os comportava.

Além da voz do marido e da família, a autora inclui as enfermeiras e parteiras, atribuindo-lhes capacidades de ação:

Sobre administração de ocitocina após o parto: não tenho nada contra, desde que seja necessário. Deixo essa decisão para a equipe Hanami de acordo com o evoluir do meu trabalho de parto (sic).

Em vez de cercear as condutas e avaliá-las à luz dos valores sociais, a mulher incorpora a equipe nas possíveis tomadas de decisão, pois o vínculo que se estabelece aqui é de outra ordem, o que se ratifica no fechamento do texto: “Estamos de acordo com a responsabilidade compartilhada no meu parto e nos cuidados do

meu bebê”. A abertura para esses personagens, apesar da mulher se configurar como autora principal do plano, sinaliza para a relação entre ela e a equipe, construída ao longo do acompanhamento. Se as relações de poder se mostram mais atenuadas nesse âmbito, a instância de enunciação se sente mais confiante em abrir espaço para as capacidades de ação dos personagens envolvidos na assistência, o que pode ser evidenciado por meio de sua fala, quando contrasta o atendimento recebido no hospital, na primeira gravidez, e a assistência das doulas da equipe:

perto do universo que eu tinha de informação... não era eles (médicos) me ensinando... era eu brigando com eles... A doula já é mais aberta né?... as duas doulas que eu tive nas duas gestações foram sensacionais... foram MUITO boas... eu fiz toda uma pesquisa em relação à doula...fui na que eu me senti mais segura... o atendimento sensacional assim... foi muito bom (Têmis, ver apêndice F)

A confiança na rede de assistência possibilita que a mulher inclua a sua voz em um plano em que ela se constitui como autora principal, o que não foi visto nos demais exemplares.

Seja qual for a categoria de plano de parto analisada, é possível ver como os textos revelam aspectos a respeito dos papéis sociais dos seus autores empíricos. Os mecanismos enunciativos são orquestrados para um determinado objetivo comunicativo e evidenciam o posicionamento de seus autores na materialização do texto. O manejo desses mecanismos visa colaborar para a construção de sentidos e para a influência em relação aos modos de pensar, de modo que Atena e outras mulheres consigam, no contexto da assistência, assegurar suas vontades.

No entanto, apesar da incorporação desses recursos para o sucesso dos textos, algumas participantes apontaram, no questionário, que o plano de parto possuiu pouca ou limitada efetividade. Sobre isso, a adesão do destinatário ao conteúdo exposto nos PI e a eficácia desses gêneros parece não depender apenas de como a infraestrutura do exemplar é organizada nem de como os mecanismos enunciativos operam. Andrezzo (2006) constata que “é mais simples para as instituições e profissionais reconhecerem o direito à autonomia de decisão, quando a demanda está de acordo com as suas crenças e princípios” (ANDREZZO, op. cit, p. 57). Há elementos que, para além do linguístico, interferem no sucesso desses textos, como veremos a seguir.

9 “EU TENHO UM PLANO DE PARTO” – CONTEXTO DE RECEPÇÃO DOS PLANOS INDIVIDUAIS

Dizer “Eu tenho um plano de parto” pode provocar muitos efeitos e respostas, a depender de como os receptores concebem essa afirmação. Bazerman (2011) explica que escrever um texto e colocá-lo em circulação produz um “ponto comum de atenção para as diferentes ações e atividades que cada um realiza em respeito” a ele. Molda-se, assim, o papel e as relações dos vários participantes, já que o texto orienta “suas percepções e cognições individuais” (BAZERMAN, 2011, p. 143). Dessa forma, para o autor, cada texto bem-sucedido cria para os seus destinatários um “fato social”, que consiste em uma ação social “significativa realizada pela linguagem” (BAZERMAN, op. cit., p. 22). Esses fatos sociais são coisas que se acredita serem verdadeiras e que influenciam como as pessoas agem diante das situações.

Retomando a teoria dos atos fala de Austin e Searle, Bazerman explica que as palavras “não apenas significam, mas fazem coisas”, ao que se pode analisar os atos de fala em três níveis: “o que foi literalmente dito, o ato pretendido e seu efeito real” e isso se aplica também à escrita. O efeito real, chamado de efeito perlocucionário, não é passível de controle pelo produtor de um texto, pois existem condições de felicidade para que haja uma convergência entre a pretensão do autor e a recepção do destinatário. Assim, é preciso satisfazer certas condições de felicidade: “as palavras devem ser ditas no tempo apropriado, em circunstância apropriadas e pela pessoa apropriada” (BAZERMAN, 2011, p. 26). Para exemplificar, o autor explica que uma nova descoberta científica sobre “os efeitos maravilhosos do chocolate”, embora intente obter a aceitação dos destinatários, poderá não ser aceita por um número de leitores suficiente para criar um fato social, se os “autores não possuírem credenciais médicas”.

Analogamente, Foucault (2014) explica que um dos procedimentos para o controle dos discursos em uma sociedade é “determinar as condições de seu funcionamento”, impondo aos indivíduos que os pronunciam “certo número de regras”. É o princípio de rarefação dos sujeitos que falam: nem todos podem pronunciar todos os discursos, nem todos podem ter acesso a eles. Assim, o autor declara que “ninguém entrará na ordem do discurso se não satisfizer a certas exigências ou se não for, de início, qualificado para fazê-lo” (FOUCAULT, 2014, p. 35). Enquanto algumas regiões do discurso parecem “abertas e penetráveis”, outras são “altamente

proibidas”. Essas regiões limitadas são, de acordo com Foucault (2014), diferenciadas e diferenciantes, pois separam os sujeitos que podem ter acesso a elas e os que não.

Assim, vemos que um dos fatores que pode influenciar a compreensão do texto-discurso como um fato social é o *status* de quem o produz: o pertencimento do produtor a uma determinada comunidade discursiva. Sobre isso, Bhatia (2001), ao investigar o uso de gêneros em contextos profissionais, explica que as comunidades discursivas, entendidas como redes sociorretóricas que atuam em favor de objetivos comunicativos comuns, criam uma espécie de solidariedade entre os seus membros, mantendo “os estranhos a uma distância segura” (BHATIA, 2001, p. 111). Essa solidariedade é construída a partir do uso de um conjunto de gêneros apropriados e de um léxico próprio, que “os membros pensam servir ao objetivo daquela comunidade”. Nas palavras do autor:

Uma implicação necessária desse conhecimento compartilhado do gênero é que este normalmente não é acessível a estranhos, o que cria uma espécie de distância social entre os membros legítimos da comunidade discursiva e aqueles que são considerados como estranhos (BHATIA, 2001, p. 112).

Para os pertencentes a uma comunidade discursiva, esse conhecimento compartilhado traz solidariedade, homogeneidade e regula práticas. Em contrapartida, aos que estão de fora, intensifica-se uma distância social, que pode “resultar em consequências desastrosas”, como o silenciamento de quem não tem acesso a ele. Essa compreensão nos ajuda a entender como algumas maternidades investem na construção de seus planos de parto standardizados (PE) e resistem em aceitar os planos de parto individuais (PI), escritos pelas gestantes (TROTТА E BEIRIZ, *on-line*). É uma forma de regular práticas internas e restringir o acesso às dinâmicas próprias da comunidade.

Não é qualquer indivíduo que pode “usar, interpretar, explorar e inovar” os gêneros de uma comunidade discursiva, mas apenas os membros legitimados das comunidades discursivas (BHATIA, 2001). O autor explica a função censora dessas comunidades, a partir do estudo de Berkenkotter e Huckin (1995), em que os pesquisadores observaram que resumos bem avaliados estavam relacionados aos tópicos de interesse dos membros “ativos e experientes das comunidades retóricas”, eram considerados “inovadores pelos membros experientes” e se encaixavam no “*ethos* da comunidade”. Entretanto, em alguns casos, mesmo textos avaliados como

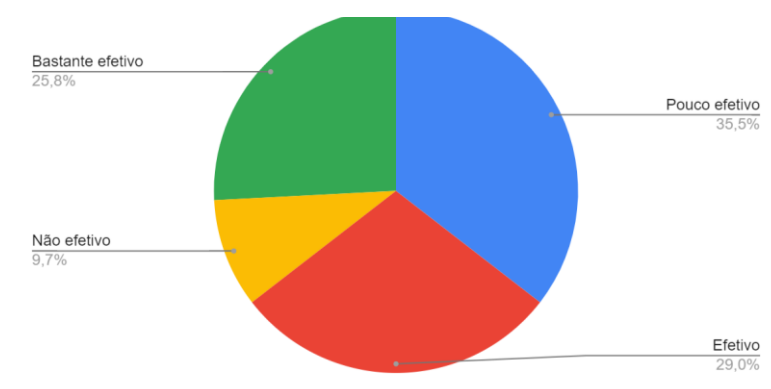
excelentes pelos analistas eram “barrados” por uma instância superior da comunidade discursiva que, possivelmente, discordou do julgamento dos analistas. Percebe-se, então, que não é apenas o conhecimento do gênero, ou a sua boa construção, que promove a sua aceitação e o seu sucesso comunicativo, mas também como as instâncias de autoridade o percebem.

Feitas tais considerações, e uma vez já investigados contexto de produção, as características linguístico-discursivas e enunciadorees dos planos de parto, voltamos agora a compreender como os PI são recepcionados e influenciam a equipe que assiste o parto, dentro de uma comunidade discursiva à qual a mulher é alheia. Verificaremos, assim, o que implica usar um plano individual de parto em diferentes contextos de assistência.

9.1 PERCEPÇÃO SOBRE A EFETIVIDADE DO GÊNERO

A fim de compreender a efetividade do gênero, em relação a assegurar a autonomia da mulher e barrar intervenções desnecessárias, observamos, inicialmente, as respostas ao questionário realizado na primeira parte da pesquisa. Os dados mostraram que 37,0% das entrevistadas o avaliaram como efetivo; 21,7%, como bastante efetivo; 26,1%, como pouco efetivo e 3,3% delas o apresentaram como não efetivo. Entretanto, uma análise mais acurada das respostas apontou que 55 participantes avaliaram a efetividade do documento sem nunca tê-lo usado. Dessa maneira, como esta etapa da pesquisa se volta à recepção dos planos de parto, realizamos uma nova triagem e, assim, novos números se mostraram.

Gráfico 2: Efetividade dos planos individuais de parto



Fonte: Elaborado pela autora

As mulheres que utilizaram o documento em pelo menos uma de suas gravidezes mostram compreensões diferentes acerca de sua efetividade: 9,7%, uma minoria, avalia o documento como não efetivo, ao passo que 25,8% das participantes o concebem como bastante efetivo; 29% das mulheres o designam como efetivo e, a maior parte delas, 35,5%, como pouco efetivo.

Analisando os dados, vimos que todas as participantes que avaliaram o plano como não efetivo foram atendidas pelo SUS. Em contrapartida, 71,4% das que o avaliaram como bastante efetivo se inserem em um contexto de atendimento privado por convênio, e 14,3% delas foram assistidas por obstetras particulares, cujo pagamento foi acertado diretamente com eles. Observamos também essa regularidade quanto aos resultados que apontaram o plano como efetivo, em que 85,7% das mulheres se encontravam em setor privado (57,1% convênio e 28,6% particular), e apenas 14,3% em setor público, assistidas por plantonistas.

Quanto à classificação dos planos como pouco efetivos, identificamos que a maior parte das respostas eram oriundas de mulheres que receberam atendimento privado, 63,6%, e 36,4% usuárias do SUS. Entretanto, aqui, um dado que chama a atenção é que, das 12 participantes que avaliaram o plano como não efetivo, 8 delas indicaram ter passado por uma cesárea. As respostas apontam que o desfecho se deu por complicações no trabalho de parto, mas outras registram a insistência dos profissionais para marcar o procedimento. É possível, assim, que esses desfechos tenham influenciado a percepção das mulheres, mas o questionário não nos fornece dados para realizar afirmações contundentes.

Inicialmente, a partir desses dados, pode-se apontar que a forma como o plano de parto funciona é diferente para vários contextos, havendo um baixo índice de efetividade no setor público, em que a assistência ocorreu com o plantonista. No entanto, apenas os dados dos questionários não se mostraram suficientes para essa investigação, uma vez que algumas das participantes haviam tido mais de um parto e, assim, o form elaborado não estabelecia a correspondência entre cada gravidez, o uso do plano de parto e a assistência recebida. Dessa maneira, passaremos à análise dos dados recolhidos nas entrevistas.

9.2 DESVENDANDO A RECEPÇÃO: ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

Como visto no capítulo metodológico, as entrevistas foram realizadas com onze mulheres, cujos partos aconteceram em diferentes momentos e contextos de assistência. A fim de operar um recorte de informações, buscando avaliar as lembranças mais recentes das mulheres sobre o contexto de uso do plano individual de parto, consideramos, para as participantes com mais de um filho, os relatos sobre o parto mais recente.

Quadro 26: Participantes da entrevista⁷

Nome	Contexto de assistência	Cidade / Ano	Gravidez em que usou o plano
Afrodite	Parto hospitalar com plantonista - SUS	João Pessoa - PB 2013	Segunda gestação após cesárea prévia
Gaia	Parto hospitalar com obstetra pré-natalista - convênio	João Pessoa - PB 2018	Segunda gestação após parto normal com VO
Héstia	Parto hospitalar com obstetra pré-natalista - convênio	João Pessoa - PB 2019	Primípara
Deméter*	Parto hospitalar com obstetra pré-natalista - convênio	João Pessoa - PB 2020	Segunda gestação após cesárea prévia
Irene	Parto domiciliar com obstetra pré-natalista - privado	Sorocaba - SP 2020	Segunda gestação após parto normal
Têmis*	Parto domiciliar com equipe de parteiras e enfermeira obstetra - privado	Florianópolis - SC 2020	Segunda gestação após parto normal
Maia	Parto domiciliar com equipe de parteiras e enfermeira obstetra - privado	João Pessoa - PB 2021	Terceira gestação após partos normais

⁷ Os nomes que se encontram marcados com asteriscos dizem respeito às mulheres que nos cederam os planos de parto para a análise realizada anteriormente.

Íris	Parto hospitalar com obstetra pré-natalista - convênio	João Pessoa - PB 2021	Segunda gestação após parto normal
Atena*	Parto hospitalar com plantonista - SUS	João Pessoa - PB 2022	Primípara
Ilítia*	Parto domiciliar não planejado - privado	João pessoa - PB 2022	Terceira gestação após dois partos normais
Ártemis	Parto hospitalar com obstetra pré-natalista - convênio	João Pessoa - PB 2022	Segunda gestação após cesárea prévia

Fonte: Elaboração da autora

Conduzimos o momento de entrevista a partir das perguntas do questionário semiestruturado (ver apêndice M), com vistas a entender o contexto de produção dos planos e também a sua recepção. Nesta seção, debruçar-nos-emos em investigar como ocorreu a recepção dos exemplares pela equipe. No entanto, para entender as condições de sucesso dos textos e as suas limitações, foi necessário trilhar um caminho de investigação que compreende também momentos anteriores ao parto, pois entendemos que as expectativas das mulheres quanto ao parto são construídas ao longo da gravidez; além disso, acreditamos que recepção do plano de parto pela equipe se dá antes mesmo do parto.

Para uma melhor sistematização das informações, as perguntas do questionário foram divididas em eixos: o primeiro deles envolve as informações gerais sobre a gravidez; o segundo, as informações recebidas e o conhecimento sobre o plano de parto; e o último atém-se ao uso do plano individual de parto e à recepção da equipe.

9.3 INTERESSES E DESEJOS DAS GESTANTES: DELINEANDO O PERCURSO PARA O PARTO

“se você quer um parto normal... humanizado ... sem nenhum tipo de intervenção... então procure uma médica que pense desse jeito” (Héstia, ver apêndice C)

O primeiro eixo temático, que compreende as perguntas de um a seis, relaciona-se a um contexto mais geral da gravidez, como focos de interesse da gestante, receios, assistência recebida durante o pré-natal e participação em grupos voltados a discussões sobre o tema. Esses aspectos são importantes, pois ajudam a entender a trajetória dessas mulheres, os caminhos percorridos por elas, a que se voltavam os seus interesses e que tipo de instrução buscavam ou recebiam durante a gestação. Compreender esses focos iniciais é útil para entender como as mulheres traçaram as suas expectativas para o parto, avaliando, posteriormente, a influência dos planos de parto no contexto de recepção.

Quanto a isso, observamos que o parto foi o principal foco de interesse. Apenas três delas trouxeram preocupações com o desenvolvimento do bebê e com a descoberta repentina da gravidez. Das onze entrevistadas, oito relataram o parto normal como sendo um alvo de busca incessante e de interesse predominante. Algumas apresentaram esse tipo de parto como uma experiência que gostariam de vivenciar, sentimento que as acompanhou firmemente desde o início da gestação. Para três delas, essa motivação se devia a experiências anteriores nas quais haviam sido submetidas a uma cesariana.

... a principal coisa que eu pensei era já no parto: “Eu QUERO ter um parto normal que eu não consegui ter do primeiro”...eu não entrei nem em trabalho de parto... né... da primeira vez... então eu ficava muito assim “eu quero saber como é... eu preciso saber o que é isso” (Afrodite, ver apêndice A, linhas 12-14)

eu fiquei super traumatizada com a cirurgia cesárea ... então eu precisava de um parto normal (Deméter, ver apêndice D, linhas 69)

Para essas entrevistadas, apesar do desejo pelo parto normal ser algo presente nas outras gravidezes, a cesárea anterior se deu por indicação dos médicos dos planos de saúde. Elas, então, elegem o parto como foco de interesse como forma de vivenciar algo que não lhes foi possível em uma primeira gravidez. Fonseca (2014, p. 189), analisando relatos de mulheres cujos partos normais ocorreram após cesárea,

aponta como o parto vaginal se apresenta, para essas mulheres, como fruto de um conhecimento alcançado e um movimento de luta contra os partos “roubados”.

Entretanto, para as que já haviam tido filhos por via vaginal, o desejo por um parto normal sem intervenções foi compartilhado como alvo de interesse, uma vez que o excesso de procedimentos em gravidezes anteriores influenciou a procura por uma assistência diferente. Gaia, por exemplo, explica que, apesar de ter sofrido intervenções, como manobra de Kristeller, amniotomia, só compreendeu que não eram procedimentos necessários, a partir do momento em que começou a ter mais acesso a informações:

no segundo ((parto)) eu fui buscar uma coisa diferente ... eu não queria sofrer mais as violências que eu tinha sofrido (...) mas que afinal eu só me dei conta depois que eu tinha sofrido eu pensei ... “não... deve ter sido necessário”... (...) ah então deve ter sido normal...eu acho que eu não tinha condições de botar ele pra fora... e aí na verdade eu fui entender a série de violências que aconteceu pra chegar nisso aí e ter essa manobra (Gaia, ver excerto B, linhas 69-70; 74-79)

Hugues e Heilborn (2021) constataam o aumento expressivo da procura pelo parto humanizado, que tem se dado devido ao fortalecimento de “um movimento de mulheres na *internet* em busca de informações sobre gestação e parto”. As autoras mostram como, nesses espaços virtuais, as mulheres se mutuo-influenciam e se fortalecem na busca por esse desfecho, compartilhando “estratégias, difusão de artigos científicos, vídeos de parto e protocolos de atendimento” para que o parto normal seja alcançado. Observa-se, então, o aparecimento de uma “insurreição feminina” contra o parto violento (HUGHES e HEILBORN, 2021, p. 2), postura que une também as mulheres entrevistadas em nossa pesquisa. Nesses espaços discursivos, os desejos quanto ao parto, que estarão expressos nos planos, vão sendo tecidos, a partir dos enunciados e das trocas de informações entre as mulheres.

Percebemos, nas falas das entrevistadas, que o desejo pelo parto normal e pelo parto normal sem intervenções foi a força motriz que desencadeou uma série de eventos, como a busca por informações, procura por obstetras humanizados, participação em rodas de gestante e em grupos em redes sociais sobre parto. De forma geral, as mulheres compartilharam uma sequência de decisões tomadas para que a culminância desse desejo fosse possível.

A busca motivou a escolha pela assistência. Para as mulheres cujos partos se deram no SUS, permanecer na rede pública era garantia de parto normal, em consonância ao apontado por Bittencourt (2015, on-line). Entretanto, para as mulheres que, outrora, já haviam tido partos vaginais pelo SUS, tentar um obstetra humanizado pelo plano (por indicação de doulas, amigas, recomendações em grupos sociais) era uma forma de conseguir um parto normal respeitoso. Em suma, as mulheres relataram procurar os médicos e os profissionais em conformidade com o que buscavam. Essa procura intensa por um médico com a mesma visão de parto pode ser vista na fala de Irene:

eu marquei o nome de todos e fui fazendo um ranking e eu fui visitando e aí eu risquei risquei acho que visitei mais de 15 médicos... marcava consulta.... fazia conversa... já falava de cara “eu quero um parto normal SEM anestesia...você topa?” e assim... parecia que eu era uma aberração da natureza quando eu falava isso (...) conforme o médico não falava o que eu queria ouvir que eu já tinha pesquisado (...) eu ia MUdando de médico... até eu achar um que alinhasse com as minhas ideias (Irene, ver apêndice E, ver linhas 70-73; 112-113)

A entrevistada compartilha a dificuldade em achar um médico pelo convênio que atendesse o parto normal, relatando as falas dos profissionais que a questionavam por optar por esse parto. Dentre elas, explica que os médicos classificavam o parto normal como uma coisa de “índio”, chegando a tratá-la como “uma aberração”, discursos também apontados por Fonseca (2014), em contextos de assistência privados. O não alinhamento de suas expectativas com as dos profissionais do plano de saúde a levou a pagar “por fora” a equipe que melhor correspondia ao seu desejo de parto.

A dinâmica de pagar por uma assistência fora do convênio também foi relatada por Ilítia e Deméter, no intuito de terem o acompanhamento dos profissionais que mais pareciam ajustados às suas preferências. Observa-se aqui que é necessário investir um alto valor financeiro para que a equipe não intervenha desnecessariamente; para que os profissionais não as conduzam a uma cirurgia, apenas por seus interesses econômicos. É preciso investir para poder parir; é necessário pagar pela não intervenção da equipe, para ter poder sobre o próprio corpo.

As entrevistadas relatam a necessidade de confiar no profissional, explicando sua falta de conhecimento para julgar alguns quadros: “eu não tenho conhecimento médico pra falar não não vai fazer uma cesárea mas::: eu deixei muito explicado ele garantiu que só ia fazer uma cesárea caso tudo o que eu pedir não tivesse como”

(Irene, ver apêndice E). O saber-fazer do médico se revela como fonte de confiança para que as mulheres consigam “ousar” alcançar os seus partos normais. Mesmo que a mulher busque a autonomia sobre os processos do corpo, é necessário que a figura do médico, alinhada às suas representações do parto, esteja lá como “o grande conselheiro e o grande perito” na arte de “corrigir” o corpo social, mantendo-o em “permanente estado de saúde” (FOUCAULT, 2011, p. 310). Para as mulheres cujos partos aconteceram em contexto pandêmico, diante da vivência com enfermeiras obstetras e parteiras, a figura do médico foi substituída por essas profissionais.

A procura por obstetras com uma visão de parto alinhada com a humanização também foi vista em outros trimestres da gravidez, quando as participantes perceberam que o parto que buscavam não seria possível com os profissionais que as estavam conduzindo.

((Às 37 semanas)) eu fui pra doutora Y e ela disse assim “pronto... nós vamos agendar seu part/sua cesárea... venha segunda-feira em jejum” (...) aí eu::: travei... “doutora mas eu não queria cesárea”... “não...mas você ((por já ter 30 anos)) não tem condição de ter normal” (Héstia, ver apêndice C, linhas 38-40)

Héstia relata que, apesar do medo em trocar de médica, a insatisfação com a cesárea marcada e também a falta de confiança na profissional, exerceram influência na mudança de obstetra às 39 semanas. A médica escolhida pertencia ao cenário da humanização, sendo indicada por uma doula. Na conversa, Héstia compartilha como o discurso anterior foi negado: “aí ela falou todo o oposto de doutora Y... ela disse que isso não existe... ela disse que tinha paciente com quarenta anos que ia ter um parto normal” (Héstia, ver apêndice C). Vemos aqui, no discurso dissonante das profissionais sobre uma mesma realidade, como o campo enunciativo de uma formação discursiva pode apresentar oposições, pois, de acordo com Foucault (2008, p. 177) é a partir dessas oposições que o discurso emerge, transformando-se e “recomeçando indefinidamente”. Essas dissensões múltiplas serão refletidas nos graus de acolhimento dos PI, dentro das práticas dos obstetras.

As trajetórias mostradas acima indicam que as mulheres julgam como um critério importante para o sucesso do parto a perspectiva do obstetra e da equipe que as assiste. Dentre as recomendações de condutas claramente úteis a serem encorajadas na assistência ao parto normal, elaboradas pela OMS, o plano de parto figura como a primeira delas. Entretanto, os dados das entrevistas apontam que o

primeiro caminho trilhado pelas participantes foi a escolha do profissional e da equipe de assistência ao parto, pois essas são as figuras legitimadas para julgar processos, orientar práticas e emitir enunciados sobre o parto e o nascimento. Se a expectativa é conseguir um parto normal humanizado, o papel de quem assiste o processo tem muita força. Essa escolha se mostrou um fator de influência para o sucesso dos planos e para o cumprimento das vontades das mulheres, conforme veremos adiante.

9.4 PRECISAMOS FALAR SOBRE (PLANO DE) PARTO?

No âmbito da humanização, a orientação da OMS quanto à construção do plano de parto é conhecida pelos profissionais da área. Como vimos, a conduta é respaldada e recomendada na literatura científica dessa área (BRASIL, 2013; GOMES e SANTOS, 2019; RODRIGUES, 2017; BITTENCOURT, 2014), estando associada a maiores índices de satisfação no parto. Apesar de a construção do documento ser pensada para ocorrer durante a gravidez, com o acompanhamento do médico, as entrevistadas apontaram, de forma geral, que o parto era um dos assuntos menos falados pelos obstetras e que o plano de parto não era um texto ao qual tiveram acesso por meio deles. A ausência do plano de parto individual no acompanhamento pré-natal das gestantes aponta para o fato desse gênero ainda não se situar de forma estável nas práticas da comunidade discursiva médica. Uma vez que o acesso das mulheres ao plano de parto se deu, em maior grau, por meio de doulas e obstetras, nem todos os médicos mostraram a mesma receptividade ao texto.

Inicialmente, as mulheres situadas em todos os contextos de assistência hospitalar compartilharam que as consultas pré-natais não traziam o plano de parto como tema, mas sim, rotinas clínicas mais gerais, como solicitação de ultrassonografia, requisições de exame laboratorial, ausculta, aferição de pressão, verificação de peso, medida de altura uterina, registros no cartão da gestante etc. A assistência, às vezes, voltava-se a assuntos levados pelas mulheres, a partir de suas demandas - como seus interesses se voltavam ao parto, os assuntos levados compreendiam esse momento. Na compreensão de alguns participantes, os profissionais evitavam falar sobre o parto e/ou sobre o momento do parto:

eu perguntava... nenhum médico que eu fui gosta de falar de parto... eles não gostam de ficar a/aí você fica perguntando e eles ficam “Ah cê tá muito preocupada” “Ah mas vai dar tudo certo” ... ninguém fala pra você é muito do pré-natal pra ver o bebê mas eles não querem falar sobre o parto porque pra eles o parto é só UM dia UM evento e acabou (Irene, apêndice E, linhas 188-195)

Escolhemos a fala acima como ilustrativa porque Irene se mostrou seletiva em relação aos obstetras que a acompanharam, optando por profissionais que figuravam em papel de evidência no cenário da humanização. Um deles, que a assistiu no primeiro parto, é uma das referências da assistência humanizada ao parto, promovendo cursos para os profissionais, palestras para a comunidade médica, e também para veículos de comunicação, que se interessam em divulgar conteúdos sobre parto. Apesar disso, avalia que o tema não era focalizado pelos médicos. Quando as perguntas sobre o parto se davam, as participantes explicam que foram vistos dois manejos como predominantes: responder apenas ao que era trazido ou afirmar que não havia motivos para preocupação.

eu vou conversar um pouquinho com você sobre isso (parto e plano de parto) eu não faço isso (...) daí eu perguntei né se chegasse no período de induzir como era que ia ser e daí ela falou muito rapidamente e eu perguntei também da episio ... ela disse “olhe a episiotomia não é feita aqui no ((nome do hospital))... não se preocupe e tal” e pronto somente isso (Atena, ver apêndice I, p. 99 -104)

Acima, o relato de Atena mostra pontos em comum com o anterior: são discursos, que separados no tempo e no espaço, mostram uma regularidade dentro de uma mesma comunidade, apontando para as práticas disciplinares compartilhadas pelos membros de um grupo (BHATIA, 2004, p. 32). A maior parte das mulheres relatou a pouca iniciativa dos médicos para conversar sobre parto e plano de parto. São áreas do discurso que não são totalmente penetráveis (FOUCAULT, 2014, p. 35). As intervenções que podem ocorrer no momento do parto parecem ser da ordem de um discurso pensado para “circular em um espaço fechado”, sendo distribuído “somente segundo regras restritas”, a exemplo das sociedades de discurso explicadas por Foucault (2014, p. 37).

A exemplo disso, os dados do questionário aplicados na nossa pesquisa apontaram que apenas 2,0% das mulheres tomaram conhecimento sobre o plano de parto, por meio de seus obstetras, e 11,8% indicaram ter tido acesso ao conhecimento desse gênero durante o pré-natal; no entanto, não especificaram com quais

profissionais. Nas entrevistas, essa falta de orientação também foi revelada: “fiz (o pré-natal) pelo hospital mas em nenhum momento foi sugerido fazer plano de parto nada disso” (Maia, ver apêndice G, linhas 74-75). Se a atividade das comunidades profissionais é estruturada a partir de textos e discursos, como aponta (BAZERMAN, 2011, p. 142), que, por sua vez, modelam as relações e as interações entre os participantes, a rara presença dos planos individuais de parto no contexto de pré-natal indica que orientar a mulher a planejar o momento do nascimento, ainda não se constitui como uma demanda dessa comunidade discursiva. Entretanto, para uma maior compreensão dos assuntos relacionados ao parto (intervenções, procedimentos, orientações para alívio da dor etc) e para a construção desse letramento com o gênero, as mulheres apontaram a doula como figura basilar.

Já as mulheres atendidas por parteiras, enfermeiras obstétricas e por equipe disciplinar compartilharam uma assistência sistemática, a partir de uma pauta formativa. Nesse sistema, as informações se davam de maneira a munir a gestante e a família com conteúdos sobre a gravidez, mas também sobre o parto e o nascimento:

elas cumpriam um cronograma de educação perinatal mesmo sabe.. em consulta... era assim... bem organizado... bem planejado... eu notei essa diferença que assim ... que o conteú/as pautas eram planejadas e já nas outras ... meus outros pré-natais não... dependia muito da minha queixa (Ilítia, ver apêndice J, linhas 173-176)

Além desse processo formativo, as mulheres, nesse contexto, relataram que o processo de construção do plano de parto se deu junto à equipe que as assistia. Apenas Ilítia contou com a orientação da obstetra da equipe disciplinar nessa escrita, que a orientou a revisar itens no texto. As demais foram orientadas pelas parteiras, doulas e enfermeiras obstetras.

Apesar de não serem orientadas por seus obstetras quanto à escrita do plano de parto, quatro das mulheres acompanhadas em contexto hospitalar sinalizaram o processo posterior de revisão com a orientação desses profissionais. Um ponto interessante de se destacar é que alguns profissionais já esperavam que as mulheres construíssem esses textos com o acompanhamento da doula, como algo pertencente ao papel delas:

O obstetra ele falou (do plano) porque ele sabia que eu tava alinhada com as doulas que já trabalhavam... então ele falou pra mim eh:: “você já fez lá com as meninas? O seu plano de parto? me traga quando estiver pronto” (Irene, ver apêndice E, linhas 231 - 233)

Algumas participantes disseram revisar as proposições depois das conversas com o médico, retirando procedimentos que não haviam ficado claros, como a analgesia (Íris, ver apêndice H, linhas 87-92) e manobras/intervenções que os profissionais relataram não integrar as suas práticas (Irene, ver apêndice H, linhas 262-267). Esse processo, de acordo com elas, foi esclarecedor e fundamental para o alinhamento das vontades. Entretanto, nem todas as mulheres receberam essa acolhida relatada por Ártemis, tópico ao qual nos dedicaremos a seguir.

9.5 RECEPÇÃO DO PLANO DE PARTO E INFLUÊNCIA NA ASSISTÊNCIA

Em relação à recepção dos planos de parto, identificamos que ela foi realizada em dois momentos, aos quais chamaremos de recepção prévia e recepção *in-loco*. O primeiro deles compreende a apresentação do plano ao obstetra ainda em contexto de acompanhamento pré-natal; já o segundo, refere-se à entrega no local do trabalho de parto, seja na maternidade ou no domicílio.

Quadro 27: Recepção do plano de parto

	Recepção prévia	Recepção <i>in-loco</i>
Afrodite	Não ocorreu	Entrega na maternidade - plantão
Gaia	Entrega à médica nas últimas semanas de pré-natal	Entrega na maternidade
Héstia ⁸	Não ocorreu	Não ocorreu por esquecimento
Deméter*	Entrega à médica durante o pré-natal	Entrega na maternidade
Irene	Durante o pré-natal	Enviou para todos por <i>Whatsapp</i>
Têmis*	Durante o pré-natal com a equipe	Não ocorreu
Maia	Durante o pré-natal - construção com a equipe	Entrega por e-mail
Íris	Durante o pré-natal	Não ocorreu por esquecimento

⁸ Héstia não realizou qualquer das entregas, mas optamos por deixá-la entre as demais participantes, porque as razões que a motivaram a não entregar se relacionam à discussão que faremos sobre a influência dos planos de parto.

Atena*	Não ocorreu	Entrega na maternidade - plantão
Ilítia*	Durante o pré-natal - construção com a equipe	Não ocorreu por nascimento da criança em casa (não planejado)
Ártemis	Durante o pré-natal	Na maternidade

Fonte: Elaboração da autora

9.6 ALINHANDO VONTADES: RECEPÇÃO PRÉVIA

Observamos, a partir das falas das participantes acompanhadas por obstetras e por outros profissionais da humanização, que a entrega inicial dos planos se deu ainda em um momento anterior ao parto. Entretanto, uma entrega prévia se mostrou inviável para as participantes inseridas em contexto público, uma vez que os obstetras que as acompanharam no pré-natal não seriam os mesmos responsáveis pelo parto.

Para as mulheres assistidas em contexto hospitalar privado, cujos médicos se situavam no âmbito da humanização, observamos que a recepção dos textos desencadeou reações diversas: ora foi recebido rapidamente com a promessa de uma leitura posterior; ora foi apenas folheado, mas também houve ocasiões em que foi discutido e celebrado. As entrevistadas não relataram falas de recusa explícita aos seus planos, mas os relatos revelam os diferentes graus de acolhida do instrumento por esses profissionais.

Apesar de não haver registros de recusa de PI, algumas entrevistadas apontaram que as obstetras não realizaram a leitura dos planos nem discutiram os tópicos listados:

entreguei à médica nas últimas semanas de pré-natal... quando eu entreguei ela disse que ia ler depois... por causa da hora... tinha outras pacientes... disse que não ia ler lá comigo... mas eu achava que deveria ler pra me dizer se alguma coisa tava faltando ou dizer que alguma coisa era desnecessária... só que depois eu fiquei com vergonha de perguntar se ela realmente leu né ((risos)) (Gaia, ver apêndice B, linhas 195 - 203)

A segunda... eu achei que ela ia dar mais atenção... ela leu por al-tís-si-mo assim... ela folheou... as páginas eh::: leu os tópicos e disse assim: tudo aqui já é o que eu faço na minha prática... você nem

precisava ter escrito porque já é o que eu faço... (Deméter, ver apêndice, linhas 415 - 417)

A acolhida dos planos, nos casos acima, ocorre no sentido de o documento não ser explicitamente recusado. No entanto, ser acolhido fisicamente pelos obstetras, não implica que o gênero foi aceito, ou que os desejos ali foram compreendidos e que serão respeitados. Apesar de esperar que a médica discuta o documento com ela, Gaia relata se sentir envergonhada para perguntar se a obstetra leu, complementando, em seguida, que a médica nunca lhe deu retorno sobre essa leitura. A falta de retorno parece sinalizar a recusa da obstetra àquele enunciado, mantendo a mulher a uma distância “segura” (BHATIA, 2001). A vergonha para retomar o assunto com a médica indica a representação de Gaia sobre o lugar social da obstetra em detrimento do seu.

Para Foucault (2008), o *status* do médico, além de compreender os critérios de competência e saber, possui relação com um “sistema de diferenciação” que ele mantém com outros indivíduos, com os quais estabelece relações de “subordinação hierárquica, complementaridade, demanda, transmissão e troca de informações” (FOUCAULT, 2008, p. 56). A paciente ocuparia, nesse caso, um lugar de não equivalência hierárquica à profissional e a indiferença ao plano individual parece sinalizar a não pertença de Gaia a um papel de “transmissão de informações” sobre o papel da obstetra na assistência.

Vemos também uma leitura prévia sem discussão dos tópicos na recepção do plano de Deméter. A médica explica que o documento não era necessário, uma vez que a sua assistência já se enquadrava em todos aqueles procedimentos. Vê-se que, nesse contexto, entregar o plano é uma forma de colocar em xeque a prática adotada pela médica. A profissional parece não conceber o documento como parte de um processo de tomada de consciência da mulher acerca de seus desejos quanto ao momento do parto, mas como uma maneira de questionar a sua assistência.

Nesses dois casos, temos a produção autônoma de um gênero que incorpora procedimentos próprios do saber-fazer médico sem a orientação de um agente legitimado dessa comunidade discursiva. Não são planos standardizados elaborados pelos hospitais que as mulheres estão compartilhando com as obstetras, mas as suas próprias produções, que incorporam discursos e uma terminologia específica de uma disciplina. Vemos, nessa reação, o princípio da rarefação do sujeito que fala. Qual o *status* desse agente para emitir tal enunciado? A falta de resposta da médica à Gaia

e a réplica da obstetra de Deméter evidenciam que, para entrar na ordem desse discurso, é necessário satisfazer certas exigências - é preciso ser qualificado para fazê-lo (FOUCAULT, 2014, p.35).

Entretanto, das oito mulheres que realizaram uma entrega prévia, seis foram bem acolhidas pelos profissionais que as assistiam. Dentre estas, apenas duas se encontravam em contexto de assistência hospitalar: Íris e Ártemis. As participantes compartilham a acolhida das obstetras, seguida da abertura para ler e discutir os tópicos do plano. Ambas avaliaram a entrega como tranquila e como um importante momento de conexão:

... ela disse que o plano estava ótimo... ela disse “Olhe... isso aqui é totalmente realizável e isso aqui é o que tem que acontecer e é o que a gente vai buscar fazer no dia do seu parto”. (Ártemis, ver apêndice K, linhas 208 - 210)

Acima, vê-se que o acolhimento da médica vai além do simples recebimento: a leitura atenta da obstetra e o seu comentário de que os desejos são possíveis, adquirem um aspecto importante para a mulher. A obstetra inclui a mulher nas decisões, validando o seu planejamento como “ótimo”. Da mesma maneira, Íris avalia a entrega do plano como “linda” e “tranquila”, explicando como oportunizou um momento de esclarecimento e diálogo.

Semelhantemente, as mulheres cujos acompanhamentos se deram fora do hospital relataram que o plano não foi apenas entregue, mas sim, construído junto, o que influenciou para que a entrega não fosse um momento de grandes reações, descobertas e surpresas.

a reação normal.. porque é corriqueiro né... porque (...) o trabalho dela sempre se faz dessa forma... tanto é que ela insistiu né... porque eu não queria fazer .. ela insistiu sabe? porque ela queria que eu fizesse (Maia, ver apêndice G, linhas 275 - 277).

Na fala acima, vemos a avaliação da participante sobre o texto integrar a prática da enfermeira obstetra e, por isso, a reação de normalidade: o texto se apresenta dentro do conjunto de gêneros no sistema de atividades dessa profissional (BAZERMANN, 2011, p. 33). Por concebê-lo como um instrumento útil à sua prática, a enfermeira não apenas apresenta o gênero, mas encoraja a sua construção.

Essa realidade se contrapõe à comunidade discursiva médica que, além de não fomentar a construção do texto, apresenta-se como tendo diferentes graus de

disponibilidade para lê-lo juntamente com a mulher. Entretanto, os relatos das mulheres que indicam o acolhimento dos obstetras ao texto apontam para o exposto por Biasi-Rodrigues (2009, p. 25), ao comentar as reformulações operadas por Swales (1992) ao conceito de comunidade discursiva. As comunidades discursivas diversificam-se para dar conta de um uso que também é diverso e, assim, essas comunidades não podem ser totalmente estáveis; além de não ser possível apontar um “consenso no posicionamento do grupo e nas suas decisões”. (BIASI-RODRIGUES, op. cit).

9.7 PLANOS DE PARTO NA ASSISTÊNCIA: O QUE DIZEM AS MULHERES

A partir do quadro 27, identificamos que nem todas as mulheres realizaram a entrega do plano de parto no contexto do parto. Sobre isso, as entrevistas evidenciaram que a falta de discussão anterior sobre o conteúdo dos planos individuais com os obstetras (tanto para as mulheres cuja assistência se deu com o plantonista, quanto para aquelas que não receberam devolutivas dos profissionais) contribuiu para que a entrega imediata fosse realizada. Entretanto, as mulheres cujo alinhamento se deu em um momento anterior mostraram uma maior tendência a esquecê-los no contexto imediato. Em suma, verificamos que os planos de parto, quando bem recebidos e legitimados pelos profissionais, em contexto anterior, apresentaram maior índice de cumprimento das vontades, ainda que não entregues *in-loco*. Em contrapartida, os planos que não foram entregues e legitimados em um momento anterior se mostraram limitados, ainda que fisicamente entregues no contexto imediato.

As mulheres que não conseguiram discutir ou apresentar seus planos anteriormente, levaram o documento ao contexto da assistência. As participantes atendidas pelo SUS entregaram o plano no internamento, junto às suas documentações; contudo, relataram não ter certeza acerca do que foi feito com o material, nem conseguiram determinar se os planos chegaram até o plantonista. Ilítia, apontando o que observa em sua prática de doula, explica que o plano individual de parto é um documento cujo local de recepção ainda é nebuloso:

como doula eu vejo muito acontecer... todo mundo leva plano de parto e ninguém sabe o que fazer com ele muito na hora ... sempre acaba ficando na mala ficando no quarto... tem gente que o marido vai

entregar na recepção e o povo fala “não entrega lá em cima no postinho” né... o pessoal do hospital mostra um pouco de despreparo sobre em que momento receber esse documento... quem vai ficar? é na recepção é no postinho de enfermagem? é a médica? (Ilítia, ver apêndice J, linhas 375 - 380)

Vemos, acima, que nessa configuração, não se pode determinar se os plantonistas chegam a ter acesso ao plano de parto das mulheres. Bazerman (2011, p. 33) explica que as pessoas que trabalham juntas organizam as suas práticas em diversos conjuntos de gêneros, que obedecem a formas padronizadas tanto na sua produção, como no uso e na circulação desses gêneros. A incerteza das mulheres sobre o que foi feito com esses planos após a entrega, somada ao relato de Ilítia, fortalece a interpretação do gênero como algo ainda em processo de estabilização dentro dos hospitais. Rabelo et. al. (2022) mostram, como um dos desafios para a implementação dos planos de parto na assistência ao parto, a resistência das maternidades para aceitar os planos das mulheres. Da mesma maneira, podemos dizer que, receber os textos, mas não sistematizar a sua circulação para que cheguem aos destinatários pretendidos é uma forma de resistir aos PI ou de avaliá-los como de menor importância para o sistema de atividades daquele hospital.

As participantes que vivenciaram o parto no plantão da maternidade relataram um maior número de intervenções, explicando que, apesar de terem realizado a entrega do documento, foi necessário se impor oralmente para tentar impedir procedimentos desnecessários. Elas avaliam que o plano de parto mostrou utilidade limitada para barrar o que era prática da equipe de assistência de plantão.

Atena compartilha com mais detalhes os embates travados na maternidade, relatando episódios de violência obstétrica oriunda não apenas do médico, mas também de enfermeiras. Apesar de, no documento, solicitar liberdade de posição no parto, clampeamento tardio do cordão, expulsão espontânea da placenta, todas essas intervenções foram realizadas (Ver apêndice I, linhas de 285 a 307). Dentre as escolhas respeitadas, compartilha o intervalo para o toque (a cada quatro horas) e a não administração de ocitocina, mas todos os outros pedidos foram negociados com bastante veemência por ela, pela doula e pelo marido, no contexto do atendimento.

no momento do parto ele ((o médico)) ficava colocando o dedo na ((vagina)) e eu mandava ele não colocar o dedo porque o ato dele colocar o dedo ele pode rasgar né e quando eu cheguei NA SALA da/ do parto ... ele veio com a tesoura quando eu tava deitada ... eu disse “eu não quero episio”... aí olhei pro meu esposo “não deixe fazer

episio... não deixe fazer episio” e ele voltou com a tesoura (Ver apêndice I, linhas 280 - 283).

Mesmo com a solicitação, a entrevistada relata que a manipulação do períneo pelo médico favoreceu uma laceração que a deixou com consequências. Aqui, vê-se que não apenas o plano de parto, mas também a voz da mulher tem pouca interferência na prática médica, o que também foi compartilhado por Afrodite: “teve uma episio que eu não queria e tava lá e eu disse que não era pra fazer e foi feito.. então... não foi respeitado nem o plano de parto nem a minha própria palavra na hora” (Afrodite, apêndice A, linhas 172 - 174).

Podemos fazer, aqui, uma conexão entre esse cenário e a medicina social que se instaura na Inglaterra no século XIX. Foucault (2011) explica que, para o controle da saúde da população de menor renda, a medicina inglesa, a partir da Lei dos pobres, passa a atuar para garantir a saúde da população. Entretanto, a partir do momento em que essas pessoas se beneficiam “do sistema da assistência”, devem, “por isso mesmo, se submeter a vários controles médicos” (FOUCAULT, 2011, p. 166). De forma semelhante, é na assistência pública que as participantes relataram o maior índice de descumprimento dos planos e em que verificamos uma maior ocorrência de intervenções da equipe, assim como apontaram também os dados do questionário da nossa pesquisa.

Nesse contexto, as entrevistadas referem-se à figura do obstetra como uma interferência à autonomia de suas decisões, explicando que a sua entrada na sala de parto sinalizou frustração e a certeza de que o restante das escolhas iria “desandar”, ao que classificaram a assistência como desumana, ruim e traumatizante (ver Atena, apêndice I, linha 250).

eu me lembro de tudo ... dela se movimentando e eu perguntando “o que é que você tá fazendo?” e eu dizer assim “não eu não quero isso” e depois eu descobri que ela tinha feito ((episiotomia)) porque na hora eu não senti (...) essa posição médica de eu sei o que eu tô fazendo e eu vou fazer essa episio mesmo... vou cortar porque eu sou a médica e eu sei o que é bom (Afrodite, apêndice A, linhas 196 - 197)

Isso porque eu disse “Doutor, eu não quero episio” e ele simplesmente olhou... virou a cara e saiu... sabe quando você diz “Você não sabe de nada... quem sabe sou eu?” e saiu (...) só quem sabe são eles né... eu acho que ele nem leu... o médico provavelmente nem leu o plano de parto (Atena, apêndice I, linhas 254, 255).

Acima, identificamos enunciados distanciados no tempo que se complementam. Ambos os procedimentos não foram permitidos no plano; entretanto, em um dos casos foi realizado ainda que a mulher tenha se imposto oralmente. No segundo exemplo, a entrevistada relata a iniciativa do médico para fazê-lo e explica que pediu ao marido para impedir. Ela, que havia escrito em seu plano de parto “Não quero que me mandem calar a boca”, relata a fala do médico ao orientá-la a não gritar: “Não grite! Seu filho não vai sair por causa do grito” só que é uma dor que a gente não consegue suportar né... e aí foi bem traumatizante” (ver apêndice I, linhas 306 - 307)

Nesses espaços, o plano individual de parto não é capaz de criar um fato social (BAZERMAN, 2011, p. 29), porque não cumpre a condição de felicidade principal: ser legitimado pela pessoa certa, o médico. O *status* do obstetra, nesse ambiente, legitima-o a falar, uma vez que – “apenas ele tem o direito regulamentar, tradicional ou espontaneamente aceito de proferir” discursos sobre a sua paciente (FOUCAULT, 2008). Além disso, os enunciados das mulheres possuem pouca força, já que, nos hospitais, elas não detém o controle dos seus corpos nem dos procedimentos. Vemos aqui não apenas um texto que não se configura como um fato social - capaz de afetar a realidade -, mas agentes que, nessas circunstâncias, não são autorizadas a emitir discursos sobre o seu próprio corpo.

É no espaço do hospital que o saber médico domina e, no interior desses locais, sua “presença se afirma e se multiplica” (FOUCAULT, 2011, p. 186). Analisando o surgimento do hospital em meados do século XVIII, o autor aponta que, a partir do momento em que o esse espaço foi transformado em um “instrumento de cura” o médico passa a ser o principal responsável pela sua organização”, sendo possível observar como o seu poder se manifesta a partir do ritual da visita aos doentes, “em que o médico, na frente, vai ao leito de cada doente seguido de toda a hierarquia do hospital” (FOUCAULT, 2011, p. 187). É desse lugar institucional (o hospital) que o médico obtém o seu discurso (FOUCAULT, 2008). Nessa configuração, as mulheres são o objeto de saber e da prática dos médicos e da equipe de assistência; não estão legitimadas a emitir enunciados sobre seus corpos.

Apesar de entenderem o plano como tendo pouca influência, avaliando-o também como causador de retaliação dos profissionais, elas justificam a importância de usá-lo como um instrumento de tomada de consciência, na tentativa de lutar contra as interferências e de obter o poder sobre o próprio corpo.

Semelhantemente, no contexto do convênio, as mulheres que tiveram pouca acolhida na apresentação prévia do plano relatam influência limitada dos documentos em orientar a prática da equipe médica. Gaia explica que apenas dois procedimentos listados no parto foram respeitados, mas que os demais ocorreram de acordo com a vontade da médica. Deméter discorre sobre acreditar que as solicitações que não intervinham diretamente na prática da obstetra eram melhor atendidas, em contrapartida, as demais, que incidiam sobre a sua práxis, eram mais difíceis de ser acolhidas. Assim, da mesma maneira que Atena e Afrodite, ambas avaliam o plano de parto como tendo pouca influência frente à postura médica:

eu acho que ela não leu... e porque na verdade eu acho que ela se sente... o médico né que não tá muito comprometido com essas coisas de parto natural... humanizado... ele se sente muito de que ele é o médico... ele que sabe mais... ele que vai fazer o que ele real/acha que deve fazer na hora então::: eu acho que na cabeça dela ela disse ... olhe... eu vou fazer o que deve ser feito aqui agora e que eu acho que deve ser... então em nenhum momento ela disse ... vou fazer isso porque isso é preciso... por causa disso... ela simplesmente fazia (Gaia, ver apêndice B, linhas 238 - 244)

Vemos novamente a incerteza sobre a leitura do plano e dos pedidos, que dialoga com outros relatos já vistos. A postura do médico como detentor do conhecimento é recorrentemente mencionada pelas entrevistadas, e os depoimentos apontam para um poder que se exerce sobre o corpo das mulheres sem o seu consentimento. Se, para Foucault (2014) “não há relação de poder sem constituição de um campo de saber”, o conhecimento médico e a sua práxis quanto aos procedimentos do parto se interpõem aos desejos das mulheres.

Entretanto, ao ser questionada sobre o motivo da médica permitir a realização de alguns procedimentos, Deméter registra, além do plano de parto, a disposição interna da médica de querer mudar também a sua prática.

(ela permitiu) porque de certa forma eu penso que ela quer sim... ainda que em passos curtos... contribuir para algum tipo de humanização ... eu penso que ela ainda deve ter muitas resistências... tanto que uma coisa que corrobora pra esse meu pensamento é que na consulta eh::: quando eu tava na terceira gestação (...) ela disse “olha... já teve muita coisa que eu estudei do seu parto pra cá... eu já tô fazendo um outro curso (...) eu tenho umas atualizações e sugestões de coisas que a gente poderia ter feito diferente” (...) esse tipo de discurso me faz

pensar que ela quer contribuir sim mas que é um caminho difícil pra ela inclusive (Deméter, apêndice D, linhas 532 - 539)

A perspectiva da entrevistada sobre a dificuldade da médica realizar mudanças em sua prática, ainda que queira contribuir com o cenário da humanização, pode ser vista no estudo de Mendonça (2015). A autora, a partir da análise do discurso de obstetras que se enquadram no cenário da humanização, revelou como esses profissionais relataram os seus desafios para se desvencilhar da abordagem intervencionista. Dentre as falas, os médicos compartilham sentimentos de ansiedade e também de medo em relação ao momento do parto, uma vez que é sobre eles que recai a responsabilidade por essa assistência. Esses sentimentos influenciam nas tomadas de decisão sobre o parto e, por isso, apesar de lutarem para a revisão de suas práticas baseadas no modelo tecnocrático, ainda oscilam quanto a algumas intervenções. Dessa maneira, é válido frisar que os médicos também são atravessados por representações sociais acerca de seu papel de guardadores da vida, de agentes responsáveis por “gerir a vida social” (FOUCAULT, 2014, p. 29) e, mesmo que busquem reconfigurar as suas práticas, ainda são confrontados por essas representações.

Apesar da literatura científica da área de enfermagem relatar a resistência dos médicos quanto ao plano de parto (ZANARDO, 2017; SOUZA, 2021), duas entrevistadas apontaram também a hostilidade das enfermeiras quanto às solicitações contidas no documento e a impaciência em conduzir situações conforme os pedidos listados:

eu fui questionada por várias enfermeiras que foram rudes (...) eu fui tratada bem mal pela equipe do hospital por ter escolhido isso e por estar no meu plano de parto que eu queria alojamento conjunto... foi respeitado, no entanto, também a ferro e fogo... eu gritando... argumentando... dizendo que queria e os outros dizendo que não era assim e eu dizendo “mas a filha é minha” (Deméter, ver apêndice D, linhas 505 - 511)

Essa evidência mostra como um gênero não familiar às práticas de uma comunidade pode desencadear resistências, uma vez que incide sobre um sistema de atividades altamente estruturado, como se vê no hospital. A solicitação de Deméter, a respeito do alojamento conjunto, foi de encontro a uma prática interna de manter os bebês no berçário, perturbando uma sistemática consolidada entre os enfermeiros daquela maternidade.

O outro grupo de mulheres, acompanhadas por obstetras e outros profissionais da humanização, mostrou um nível elevado de satisfação com a assistência recebida durante o momento do parto, falando a respeito do acontecimento com alegria, contentamento e gratidão aos profissionais que as assistiram. Ao serem perguntadas sobre os eventos que se deram de forma diferente do exposto no plano, as participantes relataram acontecimentos externos à equipe médica e provenientes dos desdobramentos da evolução do próprio trabalho de parto.

Quadro 28: Acontecimentos que não se deram como planejado

Participante	Acontecimentos que não se deram como planejado	Profissional
Irene	eu tive algumas coisas no caminho que eu não eh:: eu não planejei... me deixaram muito descompensada emocionalmente... não foram violências (...) porque é impossível também um parto sair todo como planejado... não dá pra planejar tudo... mas tudo que eu queria que eu fosse respeitada eu FUI..	Obstetra
Têmis	tinha acontecido tudo do jeito que eu queria tava... tinha sido maravilhoso... mas eu tava me sentindo muito mal... e aí enfim né... depois eu vim entender que isso tudo aconteceu porque eu tinha restos placentários	Enfermeira obstetra, doulas e parteiras
Maia	meu marido eu queria que ele tivesse chegado logo no início (...) ele não conseguiu (...) o tal do parto na banheira (...) era uma coisa que eu queria muito e não rolou né	Enfermeira obstetra e doula
Iris	gente fez uma playlist bem grande... eu imaginei momentos assim naquela parte do parto que:: eu ia dançar:: que eu ia fazer exercício bem tranqui::la (...) a bebê tava alta (...) e a gente focou muito nesses exercícios pra ela descer e eu tava com muita dor... muito cansada no parto de madrugada ... e meu marido botava a música e eu não queria nenhuma música	Obstetra e doula
Ilítia	não foi hospitalar né... e no plano era hospitalar... seria na sala de parto do hospital... mas ... aí foi aqui no quarto e:: e eu queria que:: não... foi ... foi tranquilo... foi exatamente como seria só que em casa	Equipe multidisciplinar

Fonte: Elaboração da autora

Podemos observar que o relato das participantes não tematiza acontecimentos de violência obstétrica ou intervenções não solicitadas. Não há registros de recusas,

lutas, argumentações ou embates. As entrevistadas compartilham como a vivência do trabalho de parto desencadeou desdobramentos, sentimentos e sensações diferentes ao que se havia planejado, a exemplo de Íris e Irene. Outras vivenciaram surpresas quanto ao local do nascimento, o que não havia sido previsto nos planos de parto anteriormente. Apesar de vivenciar o evento, conforme descrito no plano de parto, Têmis relata uma complicação quanto à saída da placenta que interferiu no seu bem-estar. No entanto, posteriormente, a entrevistada compartilha como a equipe conduziu essa situação, amparando-a até a resolução completa da ocorrência.

Todas as mulheres atribuíram o cumprimento das vontades não à entrega do plano, mas à perspectiva da equipe: ao saber-fazer intrínseco desses profissionais. A avaliação de que o documento não exerceu influência na assistência foi unânime, o que pode ser percebido na fala de Maia: “eu acho que se eu não tivesse feito o plano de parto ela teria me assistido da mesma forma... (Maia, apêndice G, linhas 285-286). Do mesmo modo, Íris compartilha a sua percepção de que o documento não foi relevante para a assistência:

eu acho que se eu não tivesse nem feito o plano de parto ((risos)) eu acho que não era uma coisa ... não foi uma coisa relevante né no meu parto... pelo que eu já disse né por causa da assistência... eu acho que se eu tivesse assim com outro médico que eu já não soubesse nada de plantão mesmo ... eu acho que sim poderia fazer a diferen::ça mas::: ... no parto dela especificamente eu acho que não fez não.. (Íris, apêndice H linhas 259 - 263)

Íris sinaliza para uma possível utilidade do texto em um contexto de desconhecimento quanto às práticas do obstetra, visão que também foi compartilhada pelas demais entrevistadas. Gaia, quando acompanhada por uma obstetra humanizada, explica que não escreveu o plano de parto, mas assegura que irá elaborá-lo no parto do quinto filho por não conhecer a assistência da cidade:

Eu vou fazer dessa vez porque como é meu quinto parto (...) como eu não conheço a equipe (...) como eu não conheço muita gente na cidade... eu vou fazer porque dessa vez eu quero... eu vou pedir pro meu marido exigir algumas coisas (...) eu acho que é necessário... eu acho que é importante você ter um plano de parto... () ter um acompanhante que vai exigir porque você sabe que você mesmo não exige na hora... até o ponto de você não ter condição de pagar uma equipe que você tenha plena consciência de que partilha do seu ... da sua visão ... da daquele momento... é importante você ter um plano de parto... (Gaia, apêndice B, linhas 297 - 312)

Aqui, resgatamos a definição de Bronckart (2012, p. 72) segundo a qual a emergência de um gênero está vinculada ao surgimento das demandas e motivações sociais. A representação das mulheres sobre o contexto de assistência influencia (impele ou repele) a produção do gênero. Dissipada a problemática de embate com a equipe de assistência, de perda de autonomia sobre o corpo, o plano individual de parto ganha menor importância. Em contrapartida, em um contexto desconhecido, o gênero emerge como uma possibilidade de ação, mesmo que as mulheres reconheçam a sua limitação em ambiente hospitalar desconhecido. O texto, nesse cenário, é uma ferramenta possível de tomada de consciência sobre direitos, uma tentativa (ainda que limitada) de proteção - é o que se tem como instrumento para reivindicar os direitos sobre o próprio corpo.

A exemplo disso, Ártemis explica ter levado o plano, mas não tê-lo entregado, devido à turbulência do trabalho de parto: “a gente levou ... a gente não mostrou... a gente levou... tava dentro das coisas mas ninguém tirou das coisas pra entregar” (ver apêndice, K, linhas 190-193). Entretanto, diante de um contexto anterior à chegada de sua obstetra, Ártemis explica ter comunicado à plantonista que ela possuía um plano de parto, a fim de limitar as interferências.

eu não sabia se tinha entregue ou não ((o plano de parto) mas eu disse “eu tenho um plano de parto”... quando eu cheguei no hospital a médica não tava () a minha médica estava de plantão em outro hospital ... ((corte na fala)) quem me atendeu foi a médica plantonista... ela quis fazer de conta que eu não tinha um plano de parto e eu deixei claro que eu tinha um plano de parto... eu disse que eu tinha um plano de parto que o povo podia procurar... que alguém achasse... e aí parece que esse plano de parto apareceu... mesmo... junto com o meu cartão de gestante ... e aí a coisa mudou... eu tinha a presença da doula “ah... sim... tá certo... tem um plano de parto” (Ártemis, apêndice K, linhas 206 - 215)

O relato acima mostra uma possibilidade de ação sobre o próprio corpo, semiotizada em um texto. Por ora, não se pode ainda garantir a influência do plano de parto em todos os contextos, mas é possível perceber que o recuo da médica plantonista, nesse caso, acontece devido à sua representação do que a existência do documento pode implicar para a sua prática e para a assistência. A partir disso, Ártemis relata como o tratamento se reconfigurou e as tentativas de intervenção da médica foram atenuadas.

Nesse contexto, dizer “eu tenho um plano de parto” provocou reações de cooperação da médica, em virtude de sua compreensão do documento como um fato social, como um gênero que afeta “ações, direitos e deveres das pessoas”, criando realidades (BAZERMAN, 2011, p. 21). O plano de parto aqui realiza uma ação social por meio da linguagem, dentro de um sistema de atividade comunicativa, criando realidades e fatos. Entretanto, anteriormente, vimos que, em outros contextos, planos de parto construídos a partir de uma organização linguística muito semelhante ao de Artemis não foram capazes de funcionar da mesma maneira. Sobre isso, como fizemos, é preciso compreender o seu funcionamento dentro de todo um sistema e de circunstâncias para explicar quando “textos aparentemente bem produzidos não funcionam, quando não fazem aquilo que precisam fazer” (BAZERMAN, 2011, p. 22).

Se cada texto bem-sucedido cria para os seus destinatários um fato social (BAZERMAN, 2011), conferindo forças aos enunciados proferidos, as crescentes discussões sobre os papéis da mulher e da equipe na assistência ao parto, podem contribuir para a revisão das compreensões sobre os papéis desses agentes no parto, afetando, conseqüentemente, os desdobramentos e as ações que se instauram a partir do que implica escrever e usar um plano de parto.

9.8 ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE A RECEPÇÃO DOS PLANOS DE PARTO E A SUA INFLUÊNCIA

A análise das entrevistas mostrou que a principal condição de felicidade para que o gênero atinja o seu objetivo comunicativo é a representação social do profissional que assiste o parto sobre o seu papel frente ao evento. É essa representação que irá influenciar a boa recepção do gênero pela equipe e, conseqüentemente, que orientará a sua prática de assistência frente ao parto. Quando essa representação social é tecnocrática e intervencionista, vimos que os planos entregues nos hospitais, ainda que bem redigidos e orientados por doulas ou enfermeiras obstetras, não conseguem, por si, operar mudanças na assistência. Nesse contexto, dizer “eu tenho um plano de parto” não implica grandes desdobramentos a favor da mulher, pois o gênero ainda não se mostra capaz de criar um fato social para essa comunidade discursiva.

Além disso, a ausência de iniciativa para fomentar a escrita desses planos por parte dos obstetras e o protagonismo de outros agentes (doula, parteira ou enfermeira

obstétrica) nesse papel, parece indicar que o gênero ainda passa por um processo de estabilização como parte integrante das práticas da comunidade médica. Se, de acordo com Bhatia (2011), os membros das comunidades discursivas buscam utilizar, de forma recorrente, uma série de gêneros que pensam “servir aos objetivos da comunidade”, a oscilação quanto ao uso do plano de parto na prática dos médicos aponta para um gênero que ainda não é visto, de maneira uniforme, como um instrumento organizador das atividades discursivas dessa comunidade.

Dessa maneira, a pouca tematização do plano de parto na área médica é um sinalizador de sua falta de pertença nas práticas dos médicos. Recuperando a noção de Bazerman (2011, p, 32), os gêneros “emergem nos processos sociais” em que as pessoas se dispõem a “compreender umas às outras suficientemente bem para coordenar atividades e compartilhar significados com vistas a propósitos práticos”. Se o plano de parto ainda não figura como um elemento constante e presente na prática dos obstetras, é possível que isso se deva à visão dos médicos de que o gênero em si não é essencial para o alinhamento das expectativas e nem fundamental para integrar a sua prática.

Em contrapartida, o uso estável do plano de parto na prática das doulas, parteiras e enfermeiras obstetras evidencia o oposto. O gênero se apresenta recorrentemente usado por essas figuras, o que indica a inclusão do texto nas práticas discursivas desses profissionais. O embate que se estabelece nos hospitais para a aceitação dos planos de parto parece fazer eco à luta que as doulas, parteiras e enfermeiras obstetras têm travado com os médicos para também se inserirem no cenário obstétrico hospitalar. Silva e Aguiar (2022) explicam como a atuação das doulas nas maternidades públicas desperta lutas, resistências e oposições, uma vez que “as instituições de saúde não reconhecem a contribuição dessas profissionais, como também discordam de sua linha de atenção (humanizada)”. Não é apenas uma resistência a textos, mas, sim, um embate entre papéis sociais e discursos.

Entretanto, uma vez que as comunidades discursivas não são estáveis, nem totalmente homogêneas em suas decisões e posicionamentos, observa-se, uma possibilidade de “avanço ou evolução do grupo” e de abertura a novos gêneros (BIASI-RODRIGUES, ARAÚJO; SOUSA 2009). Assim, como os “construtos genéricos são freqüentemente manipulados pelos membros experientes da comunidade para refletirem a realidade em transformação no mundo profissional” (BHATIA, 2001, p. 110), observamos como existem oscilações quanto à recepção do gênero plano de

parto na comunidade médica, o que justifica o fato de alguns de seus membros mostrarem maior abertura à agência das mulheres, ao passo que outros, não. A transformação das representações sobre o papel social da equipe e da mulher frente ao parto podem ser vistas na tensão ou no acolhimento que se instaura na recepção desses textos.

Finalmente, acreditamos que, quando o plano de parto é incorporado como instrumento regulador da prática dos profissionais, com vistas a assegurar a autonomia da parturiente frente ao processo, a problemática social que motiva o surgimento do gênero se atenua e, assim, as mulheres tendem a não achar necessário escrevê-lo. A exemplo disso, vimos como as mulheres assistidas por profissionais humanizados, abertos à discussão do plano de parto, avaliaram que a assistência se daria daquela forma mesmo sem o documento. Héstia, classificada no quadro 28 como não tendo realizado qualquer das entregas, explica que se mostrou tranquila em não utilizar o plano de parto por confiar na abordagem humanizada operada pela médica. No entanto, como é impossível assegurar a uniformidade de práticas em uma comunidade profissional, o texto se mostra como tentativa (ainda que limitada) de assegurar mais autonomia e voz à mulher em contextos cujo grau de intervenção não possa ser previsto.

10 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo deste trabalho, elegemos como objeto de estudo o plano de parto, por entendermos o seu surgimento como resposta a uma demanda social, em que as mulheres precisam reivindicar autonomia sobre o próprio corpo para ter um parto respeitoso (SANTOS et. al 2015; MOUTA et. al. 2017). Como objetivo desta pesquisa, voltamo-nos a analisar as características sócio-funcionais e linguístico-discursivas desses gêneros, investigando em que medida os planos de parto configuram o perfil de seus interlocutores.

Inicialmente, partimos da hipótese de que o gênero seria pouco conhecido, limitando-se às esferas de circulação que se voltam à discussão da violência obstétrica e da humanização do parto. Inicialmente, dispomos que o plano de parto seria construído com o objetivo primário de resguardar o corpo da mulher contra as intervenções desnecessárias e, para isso, as produtoras se valiam de vozes sociais que as amparassem. Ademais, deduzimos que esse gênero poderia variar substancialmente quanto à forma, assumindo tons mais poéticos, mais formais, injuntivos ou se resumiria a planos gerais disponíveis na *internet*. Além disso, imaginamos que a intenção comunicativa dos planos de parto poderia ser ignorada pelo seu receptor, uma vez que as produtoras se situam fora da comunidade discursiva médica. Nesse caso, o texto poderia ser visto como uma interferência ao trabalho do obstetra. Abaixo, para uma melhor sistematização dos resultados dessa investigação, retomamos os nossos objetivos de pesquisa.

Quanto ao primeiro objetivo, voltamo-nos a identificar os parâmetros que singularizam os papéis sociais do emissor e do receptor do gênero plano de parto. Nesse aspecto, observamos que os papéis sociais dos emissores e dos receptores dos textos não são estanques, ao que não é possível delimitar sempre a gestante como produtora e o médico como receptor. Em momentos iniciais da investigação, a nossa percepção era a de que as mulheres eram as produtoras principais desses textos, ocupando o médico, necessariamente, o lugar de receptor. Entretanto, a pesquisa apontou muitos outros emissores possíveis, que ocupam papéis sociais diversos, a exemplo das instituições hospitalares, órgãos de defensoria pública, advogados, doulas, enfermeiros e médicos. É esse papel social, junto às representações do papel da mulher e da equipe na assistência, que vai exercer influência direta nas características do gênero. Assim, procedemos à classificação dos

exemplares analisados em planos estandardizados (hospitalares e gerais) e planos individuais.

Verificamos que as mulheres, na condição de emissoras dos planos de parto, encontram entraves na produção desses textos, desconhecendo aspectos de convenção genérica (BHATIA, 2001, p. 112), mas também o conteúdo temático e o léxico dos gêneros. Por isso, acreditamos que os planos estandardizados gerais produzidos por outros emissores, com o intuito de que a mulher se valha de uma estrutura padronizada para se constituir como uma de suas autoras, podem oportunizar o acesso às gestantes com menos familiaridade ao gênero. Além disso, apontamos que esse contato pode mobilizar uma reflexão a respeito do parto e das condutas adotadas, a fim de que as mulheres se munam de informações e consigam reconhecer intervenções e práticas, que se configuram como violência obstétrica. Sem essa tomada de consciência, vimos que as mulheres tendem a não perceber as interferências a que estão sujeitas e mostram limitação em apontar ocorrências de violência obstétrica, como percebemos nas entrevistas e também já constatado por Lazzeri (2015) e Teixeira (2021). Apontamos, assim, a importância social dos planos estandardizados gerais, veiculados por instâncias voltadas à humanização da assistência ao parto, independentemente do papel social do seu produtor.

Pontuamos também a necessidade de mais investimentos relacionados a ações de Educação em Saúde (BRASIL, 2007), a partir dos quais se pode integrar profissionais, educadores e movimentos sociais para proporcionar às mulheres possibilidades para construir seus próprios planos de parto, no intuito de que se tornem conscientes sobre os processos do parto e a realidade da assistência no país. A importância dessas ações, conforme aponta Pasqualotto (2016), é promover o diálogo entre conhecimento científico e as lutas da população pela saúde. Conforme apontado por Mauad et. al. (2022), a capacidade da gestante se inteirar acerca do processo do parto, podendo posicionar-se é um fator importante para a melhoria da saúde materna e neonatal, resultando também em “impactos sobre o bem-estar psicológico, os desfechos do parto e a adaptação ao papel materno”.

Ressaltamos também a relevância dessas ações formativas para a produção dos planos pelas mulheres, uma vez que, a depender da dinâmica que se instaure entre o papel social desse emissor e a sua representação sobre os lugares da mulher e da equipe na assistência ao parto, os formatos estandardizados limitam, e até mesmo impossibilitam, esse processo de reflexão. Parece-nos que, para algumas

instituições hospitalares, a incorporação dos planos de parto padronizados em seu conjunto de gêneros se deve a uma necessidade de duas ordens: atender a uma clientela que se encaixa nos espaços de discussão sobre a humanização e a autonomia da mulher no processo do parto, e também visa controlar a circulação dos planos individuais das mulheres nessas instituições. Vemos um procedimento interno de controle de uma prática discursiva, operado pelos hospitais. Os discursos podem ser construídos, porém devem obedecer a certas regras e operar conforme “um jogo restrito” (FOUCAULT, 2014, p. 28). Constitui-se, assim, pelo emissor, uma autonomia simulada dentro do que é possível, considerando-se a prática do hospital.

A respeito da estrutura sócio-funcional e linguístico-discursiva dos planos de parto, observamos que, além de os textos serem influenciados pela concepção do papel da mulher e da equipe no parto, o lugar de circulação dos planos também incide sobre essa configuração. Inicialmente, uma de nossas hipóteses era a de que o texto era construído para resguardar o corpo da mulher, limitando as intervenções do obstetra no parto. Entretanto, verificamos que os planos de parto não possuem apenas esse objetivo. A depender de quem os produz e do lugar de circulação do texto, vimos surgir outras motivações além dessa, como: possibilitar algumas escolhas para a mulher durante o parto, dentro da sistemática do hospital, ou organizar o momento do parto, informando à equipe as decisões da gestante quanto às mais variadas condutas no domicílio.

Dessa maneira, com a circulação fora do hospital, vemos que os planos individuais se abrem mais à subjetividade das mulheres e se voltam ao objetivo de organizar os momentos do parto, comunicando à equipe as decisões pensadas. Fora do espaço de controle das instituições hospitalares, a estrutura se mostra mais flexível e menos padronizada, já que o embate entre os papéis delimitados a cada um dos agentes na assistência se apazigua. Quando essas representações coincidem, as mulheres tendem a ver menos importância na construção desses textos, pois a sua autonomia diante do parto será respeitada não em virtude do documento, mas da assistência recebida. A motivação social que, a princípio, está relacionada à emergência do gênero (BRONCKART 2012, p. 72), uma vez atenuada, influencia a percepção das mulheres sobre a necessidade do texto.

Por outro lado, dentro do ambiente hospitalar, a estrutura dos planos individuais se mostra menos irregular, tanto em virtude do contexto físico do ambiente, como também em razão da representação das mulheres acerca dos valores do contexto

social. Diante da incerteza do atendimento e da possível falta de correspondência quanto à visão dos papéis da mulher e da equipe no parto, vimos surgir uma estrutura mais regular, baseada em modelos prévios; embora não idêntica, já que o conhecimento dos lugares sociais, das normas e dos papéis implicados variam conforme a experiência das produtoras (BRONCKART, 2012, p. 97) e conforme a orientação que receberam.

Além disso, quando os planos são pensados para circular nesse cenário, os seus autores empíricos lançam mão de estratégias discursivas para que a sua visão sobre o papel da equipe e da mulher na assistência sobressaia. Entretanto, em PI, essa constituição linguístico-discursiva, mesmo quando orientada por agentes mais experientes e respaldada em vozes sociais, não é sinônimo de garantia de autonomia para as mulheres, uma vez que o hospital é um elemento essencial da tecnologia médica, em que essa figura se mostra como o responsável por reger processos, corpos e assegurar a vida (FOUCAULT, p. 2011, p. 315).

Assim, retomamos o nosso objetivo de investigar a recepção dos planos de parto pela equipe, observando a sua influência na assistência. A respeito disso, vimos que o estímulo anterior dos profissionais que acompanharão o parto à redação dos PI ou a sua disponibilidade em discuti-lo com a mulher já aponta para o nível de eficácia desses textos. Essa influência se deve não à estrutura dos exemplares, à inserção de vozes sociais, resoluções etc, mas à visão do profissional que acompanha a mulher sobre o parto, uma vez que a sua conduta já se enquadra nas prescrições. A representação do profissional que acompanhará a mulher sobre os valores do mundo social relacionados ao parto é a principal condição de felicidade para a influência do texto na assistência. Quando a representação da equipe sobre o papel da mulher no parto não coincide com a representação do agente-produtor dos planos individuais, apontamos aqui a pouca funcionalidade do gênero em promover a autonomia da mulher e um parto humanizado, ainda que este seja orientado por agentes mais experientes. Sobressai-se, nesse contexto, o saber-fazer médico que, dificilmente, é limitado pelos desejos da gestante ou por quaisquer vozes sociais que regulamentam a assistência. O gênero, nesse caso, não é capaz de criar um fato social (BAZERMAN, 2011, p. 22), pois esbarra na limitação de cumprir a condição de felicidade a respeito do *status* de quem fala.

Nesse sentido, apontamos que, durante a análise dos documentos oficiais que tratam do parto e do plano de parto no Brasil, percebemos um crescimento de

recomendações, publicações e legislações (municipais, estaduais e federais) que visam uniformizar e humanizar a assistência ao parto, principalmente a partir da criação da Rede Cegonha em 2011. Entretanto, destacamos que, a partir da fala das entrevistadas, vimos que muitas recomendações e legislações nem sempre são seguidas e postas em prática na realidade de assistência das maternidades, sobretudo no atendimento público. A exemplo disso, a Lei Nº 13448 de 04/07/2017 do município de João Pessoa dispõe, em seu artigo 4, parágrafo 2, que a gestante, quando o parto se der com plantonista, tem direito a apresentar o plano de parto à direção da maternidade, para que este seja avaliado pelo obstetra. Depois disso, o plano deve ser assinado e só poderá ser descumprido se houver risco à mãe ou ao recém-nascido, o que “deverá ser comprovado em Partograma ou Relatório Médico por escrito” (JOÃO PESSOA, 2017). Nos relatos das mulheres que se submeteram à assistência pública com plantonista, observamos uma falta de conhecimento a respeito de como realizar a entrega desses planos e a incerteza das mulheres quanto à leitura do obstetra. Apontamos, portanto, a necessidade de fiscalização das secretarias municipais de saúde e a implementação de serviços de ouvidoria para que as mulheres possam compartilhar a falta de conexão entre essas resoluções e a assistência recebida. Registramos que, nas entrevistas com as participantes, algumas mulheres compartilharam desistir de denunciar o descumprimento dos seus direitos, devido ao desgaste de precisar retomar a situação, então é preciso facilitar a dinâmica da ouvidoria.

Entendemos, entretanto, que os resultados desta pesquisa quanto à influência dos PI nos contextos hospitalares limitam-se ao contexto da cidade de João Pessoa, uma vez que as participantes residiam neste município. Como possibilidade de ampliação dessa investigação, pode-se analisar como o gênero é recepcionado em outras localidades do país, uma vez que o contexto remoto possibilita o alcance a colaboradoras mais distantes. No entanto, apontamos que nem sempre é simples obter a adesão de participantes para essas investigações.

Além disso, ainda quanto à influência dos PI nos contextos hospitalares, registramos que, quando o evento do parto se situava em contextos temporais mais remotos, os relatos não recuperaram muitos detalhes sobre o conteúdo do plano, nem a respeito da assistência. Apontamos, então, como limitação, o fator memória, pois acreditamos que as entrevistadas, cujos partos se deram em um período longínquo,

tendiam a lembrar de eventos base em que, ora foram alvo de violência, ora foram alvo de acolhimento da equipe.

A partir do percurso que trilhamos, defendemos a tese de que as características linguístico-discursivas e sócio-funcionais dos planos estão atreladas às representações dos seus agentes-produtores acerca do papel da mulher e da equipe na assistência ao parto, mostrando-se também relacionadas ao seu lugar de circulação. Observamos que, quando essas representações são dissonantes, o gênero possui eficácia limitada em assegurar o cumprimento das vontades da mulher.

Portanto, é importante continuar a promover investigações nesse sentido, especialmente no campo médico, para que haja uma revisão das práticas desses profissionais, especialmente durante a sua formação nas universidades. Ressaltamos também que as pesquisas, fora dessa área de atuação, têm contribuído para trazer à tona essa problemática e a atuação de profissionais de diferentes campos têm dado visibilidade à questão da violência obstétrica.

A esse respeito, apontamos a contribuição desta pesquisa, inserida no escopo da Linguística Aplicada, indisciplinar (MOITA LOPES, 2006), que conseguiu alinhar o procedimento de análise do Interacionismo Sociodiscursivo à investigação dos textos-discursos que circulam nesse cenário, como forma de trazer à tona uma problemática social que se instaura na construção e na recepção do gênero plano de parto. A análise do contexto de produção dos exemplares se mostrou capaz de elucidar as relações de poder que se constituem socialmente e que atravessam os textos-discursos produzidos. Apesar de constataremos a limitação da ação desse gênero em assegurar a autonomia da mulher em contextos hospitalares, isso não pode nos impedir de continuar lançando luz sobre as problemáticas sociais que merecem ser alvo de análise e discussão, pois, utilizando as palavras de Bazerman (2011, p. 162), a investigação da produção textual-discursiva abre portas para que possamos reexaminar “nossos arranjos sociais e institucionais para livrá-los das hierarquias de coerção simbólica e material que têm privilegiado poucos” e marginalizado muitos.

Acreditamos que, além do caráter linguístico-discursivo de análise, a pesquisa ora realizada expõe demandas de um contexto sócio-histórico que nos impele a refletir e agir criticamente sobre o mundo. Em um mundo atravessado pelo poder “de forma multidirecionada”, como aponta Moita-Lopes (2006), essa investigação é uma forma de fazer pesquisa e de politizar temas que devem ser tematizados, dando voz a quem não tem. Essa perspectiva tem atravessado as pesquisas realizadas dentro do âmbito

do GELIT, a partir das quais buscamos abordar práticas languageiras situadas sem que os impactos políticos sejam lançados de mão. É possível, assim, conforme defendem Pereira, Medrado e Reichmann (2015, p. 14), que os princípios de cidadania e responsabilidade científica sejam aliados ao rigor metodológico e analítico das investigações com vistas a contribuições éticas e políticas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGUIAR, J. M.; OLIVEIRA, A. F.; SCHRAIBER, L. B. Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 29(11):2287-2296, nov, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/BHJvS6SwS6DJJkY6XFTk3fs/?format=pdf&lang=p> t Acessado em 19/06/2019
- AMAZONAS. **Lei Nº 4.749, de 3 de janeiro de 2019**. Dispõe sobre o parto humanizado e o Plano de Parto Individual (PPI) nos estabelecimentos da rede pública estadual e nos estabelecimentos conveniados com o Poder Executivo Estadual, no âmbito do Estado do Amazonas, e adota outras providências. Amazonas, 2019. Disponível em: https://sapl.al.am.leg.br/media/sapl/public/normajuridica/2019/10321/lei_n.4.749.pdf Acessado em 20/06/2022
- ANDREZZO, H. F. **O Desafio do Direito à Autonomia: uma experiência de plano de parto no SUS**. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade de São Paulo: São Paulo, 2016. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/5c3d/e624020aa215e17db7359f5d89e57337186d.pdf> Acessado em 20/06/2022.
- ANGELI, M. E. **Nova Caderneta da Gestante é criticada por especialistas e parlamentares**. Correio Braziliense, 2022. Disponível em <https://www.correiobraziliense.com.br/brasil/2022/05/5007422-nova-caderneta-da-gestante-e-criticada-por-especialistas-e-parlamentares.html> Acessado em 21/05/22.
- AMIGAS DO PARTO. **Plano de parto**. Disponível em <http://www.amigasdoparto.com.br/index.html> Acessado em 15/06/2022
- BAKHTIN, M. (Volochninov). **Marxismo e filosofia da linguagem**. São Paulo: Hucitec, 1929/2006.
- BAKHTIN, M. (Volochninov). **Estética da Criação Verbal**. São Paulo: Martins Fontes, 2003.
- BARHART, B. et. al. **Desconhecimento e falta de acesso de gestantes ao plano de parto**. Rsdjournal Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/download/32506/27655/367029> Acesado em 20/05/2023
- BARIFOUSE, R. **Polêmica no RS: A cesárea era mesmo a única opção?** BBC News, 2014. Disponível em: https://www.bbc.com/portuguese/noticias/2014/04/140404_cesarea_debate_pai_rb#:~:text=Em%20nota%2C%20o%20hospital%20afirma,da%20tentativa%20de%20parto%20normal%22. Acessado em 22/06/2022.

BARROS, A. et. al. **O Conhecimento de Enfermeiras sobre Plano de Parto.** Revista de Enfermagem da UFSM – REUFSM. Universidade Federal de Santa Maria, v. 7, 2017. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/07/1281535/23270-132948-1-pb.pdf>. Acessado em: 10/06/2022.

BAZERMAN, C. **Escrita, Gênero e Interação Social.** (Org.) HOFFNAGEL, Judith; DIONÍSIO, Angela. São Paulo: Cortez, 2011.

BHATIA, V. K. A análise de gêneros hoje. In: **Revista de Letras**, Ceará, v. 1/2, n. 23, jan/dez, 2001. Disponível em: < <http://www.revistadeletras.ufc.br/rl23Art18.pdf>> acessado em 03 de março de 2019.

BHATIA, V. K. **Genre: Language Use in Professional Settings.** London: Logman, 1993.

BIASI-RODRIGUES, B; ARAÚJO, J; SOUSA, S. **Gêneros Textuais e Comunidades Discursivas:** um diálogo com John Swales. Belo Horizonte: Editora Autêntica, 2009.

BITTENCOURT, C. **Gestantes com planos de saúde buscam o SUS para parto normal**, 2015. Disponível em <https://www.unasus.gov.br/noticia/gestantes-com-planos-de-saude-buscam-sus-para-parto-normal>. Acessado em 15/06/2022.

BITTENCOURT, C. Você conhece as recomendações da OMS para o parto normal?, 2015; Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/noticia/voce-conhece-recomendacoes-da-oms-para-o-parto-normal> Acessado em 30/07/2022

BOFF, N. et. al. Experiência de profissionais e residentes atuantes no centro obstétrico acerca da utilização do plano de parto. **Escola Anna Nery** n. 27, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/tNYMGmdSTj3xVKqbtMq8tXm/?format=pdf&lang=pt> Acessado em 28/06/2023

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco.** Cadernos de Atenção Básica. Brasília, Distrito Federal, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_pre_natal_baixo_risco.pdf Acessado em 25/06/2022

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de educação popular e saúde.** Brasília, 2007. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_educacao_popular_saude_p1.pdf Acessado em: 15/06/2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual Prático para a Implementação da Rede Cegonha.** Brasília, Distrito Federal, 2011. Disponível em:

http://www.saude.pi.gov.br/ckeditor_assets/attachments/138/DOCUMENTOS_REDE_CEGONHA.pdf Acessado em: 10/06/2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gravidez, parto e nascimento com saúde, qualidade de vida e bem-estar**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gravidez_parto_nascimento_saude_qualidade.pdf Acessado em 20/06/2021

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica**. Brasília, Distrito Federal, 2014. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MTlxNg==> Acessado em 05/06/2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida [recurso eletrônico]**. Brasília, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_as_sistencia_parto_normal.pdf Acessado em 10/06/2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 353, de 14 de fevereiro de 2017. **Aprova as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde: Brasília, 2017. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Protocolos/Diretrizes/DDT_Assistencia_PartoNormal.pdf Acessado em 20/06/22.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde. **Caderneta da Gestante**. 3ª ed. Brasília, 2016. Disponível em: [https://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/crianca_feliz/Treinamento_Multiplicadores_Coordenadores/Caderneta-Gest-Internet\(1\).pdf](https://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/crianca_feliz/Treinamento_Multiplicadores_Coordenadores/Caderneta-Gest-Internet(1).pdf) Acessado em 20/06/2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta da Gestante**. 4ª ed. Brasília, 2018. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/02/Caderneta-da-Gestante-2018.pdf> Acessado em 20/06/2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta da Gestante**. 5ª ed. Brasília, 2022. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderneta_gestante.pdf Acessado em 20/06/2022.

BRONCKART, J. P. **Atividade de Linguagem, Textos e Discursos**: por um interacionismo sociodiscursivo. São Paulo: Educ, 2012.

BRONCKART, J. P. **O agir nos discursos**: das concepções teóricas às concepções dos trabalhadores. Tradução de Anna Rachel Machado e Maria de Lourdes Meirelles Matncio. Campinas: Mercado de Letras, 2008.

BRUZADELLI, D; TAVARES, B. **Expectativa quanto ao parto e conhecimento do motivo da cesárea**: entre puérperas adolescentes e

adultas. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 12, Goiás, 2010. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/9532/6601> Acessado em 17/06/2022.

CATISSI, G. et. al. **Estratégias na implementação do Plano Parto: fortalezas e fragilidades levantadas na experiência do município de Franco da Rocha.** BIS. Boletim do Instituto de Saúde, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 29–40, 2021. DOI: 10.52753/bis.v22i2.38630. Disponível em: <https://periodicos.saude.sp.gov.br/bis/article/view/38630>. Acessado em 29/06/2023.

CARRILHO, J. et. al. Proposição do plano de parto informatizado para interoperabilidade e humanização. **Anais do XV Congresso Brasileiro de Informática em Saúde 27 a 30 de novembro** - Goiânia - Brasil. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/07/906581/anais_cbis_2016_artigos_completos-713-720.pdf Acessado 30/06/2023.

CARUARU. **Lei Nº 5.951, de 02 de outubro de 2017.** Dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal na rede de saúde do município de Caruaru e dá outras providências. Pernambuco, 2017. Disponível em: <https://caruaru.pe.gov.br/lei-no-5-951-de-02-de-outubro-de-2017/> Acessado em 10/06/2022.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Parecer de Comissão Nº 003/2019/CNSM/COFEN.** Disponível em: http://www.cofen.gov.br/parecer-tecnico-cnsm-cofen-no-003-2019_74671.html Acessado em 20/06/2023

COSTA, A. C. F. **Trajetória do Parto nas Décadas de 70, 80, 90 e Século XXI – Discursos de Mulheres e a Construção de Práticas.** Trabalho de Conclusão de Curso. Santa Cruz do Sul, 2018. Disponível em: <https://repositorio.unisc.br/jspui/bitstream/11624/2220/1/Ana%20Cristina%20Freitas%20da%20Costa.pdf>

COSTA, M. C. L. **O discurso higienista e a ordem urbana.** [Livro eletrônico] Fortaleza: Imprensa Universitária, 2014. Disponível em: http://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/45187/1/2014_liv_mclcosta.pdf Acessado em 14 de julho de 2021.

COSTA, et. al. Naturalização e medicalização do corpo feminino: o controle social por meio da reprodução. **Revista Interface**, v. 10, Botucatu, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/5tyvxs6fKTZS7dfbQ3w3qDk/?lang=pt> Acessado em 19/05/2021

COSTA, J. et. al. Avaliação do conhecimento, atitude e prática dos enfermeiros da atenção básica sobre Plano de parto”. Avaliação do Conhecimento, Atitude e Prática dos enfermeiros da atenção básica sobre Plano de Parto. **Revista de Enfermagem da UFJF, [S. l.]**, v. 9, n. 1, 2023. DOI: 10.34019/2446-5739.2023.v9.40302. Disponível em:

<https://periodicos.ufjf.br/index.php/enfermagem/article/view/40302> Acesso 30/06/2023

CRUZ, J. et. al. **Aqui geramos sorrisos:** Consulta de plano de parto. In: E-book: “I Congresso Internacional de Saúde Materna e Obstétrica”, p. 67 - 69. Disponível em: <https://www.chts.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/4/2023/03/E-book-I-Congresso-Internacional-de-Saude-Materna-e-Obstetrica.pdf#page=67> Acesso em 30/06/2023:

DIAS, Marcos Augusto Bastos; DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 699-705, 2005. Acesso em 25 de agosto de 2016.

DIAS, J. F. **O Renascimento do Parto: discurso e identidade.** Tese (Doutorado em Linguística). Universidade de Brasília, Brasília, 2007. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/handle/10482/1449> Acessado em 20/05/2023.

DINIZ, Simone Grilo. O renascimento do parto, e o que o SUS tem a ver com isso. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 18, p. 217-220, 2014. Acessado em 10/06/2022.

DINIZ, Simone Grilo. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. In: **Ciências e Saúde Coletiva**, 10 (3) São Paulo, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a19v10n3.pdf>> acessado em 05 de setembro de 2016.

DINIZ, C; DUARTE, A. C. **Parto Normal ou Cesárea.** São Paulo: Editora UNESP, 2004.

DINIZ, C; SANDALL, J. Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional Nascer no Brasil. CSP: **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/YwCMB4CMGHxLtbMtzqnhJjx/?lang=pt> Acessado em 10/06/2022

DUARTE; TEMÓTEO. O uso do plano de parto por mulheres durante o pré-natal. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, [S. l.], v. 97, n. 2, p. e023049, 2023. DOI: 10.31011/reaid-2023-v.97-n.2-art.1439. Disponível em: <https://www.revistaenfermagematual.com/index.php/revista/article/view/1439> Acessado em 20/06/2023.

FARACO, C. A. **Linguagem e Diálogo:** as ideias linguísticas do círculo de Bakhtin. São Paulo: Parábola Editorial, 2017.

FEBRASGO, Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. **Alta Taxa de Cesáreas no Brasil é tema de Audiência Pública**, 2018. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/es/component/k2/item/728->

alta-taxa-de-cesareas-no-brasil-e-tema-de-audiencia-publica Acessado em 20/06/2020

FELTRIN, A. F. *et. al.* Plano de parto no pré-natal: conhecimento dos enfermeiros da atenção primária à saúde. **CuidArte, Enferm** ; 16(1): 65-73, jan.-jun.2022. Disponível em:

<https://pesquisa.bvsalud.org/porta1/resource/pt/biblio-1395474> Acessado em 30/06/2023

FIGUEIREDO, G. **Plano de Parto: do Planejamento à Execução**. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de São Paul. Escola Paulista de Enfermagem: São Paulo, 2021. Disponível em:

<https://repositorio.unifesp.br/bitstream/handle/11600/62445/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20V.Final%20Graziele%20Figueiredo.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Acessado em 10/06/2022.

FISHER, R. M. A Análise do Discurso: para além de palavras e coisas.

Educação e Realidade., v. 18, 1995. Disponível em: 71741-Texto do artigo-297674-1-10-20170308 (1).pdf. Acessado em 20/06/2022

FONSECA, L C. **Eu Quero Cesária! Ou Just Cut It Out**: Análise crítica do discurso dos relatos de parto normal após cesárea de mulheres brasileiras e estadunidenses a luz da linguística de corpus. Tese de Doutorado, USP, São Paulo: 2014. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8147/tde-21052015-112432/pt-br.php> Acessado em 26/05/2018

FOUCAULT, M. **História da Sexualidade I: Vontade de Saber**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1999.

FOUCAULT, M. **Arqueologia do Saber**. Tradução de Felipe Baeta Neves, 7ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2021.

FOUCAULT, M. **A Ordem do Discurso**: aula inaugural no College de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970. Trad. Laura Fraga de Almeida Sampaio. 24ª ed. São Paulo: Edições Loyola, 2014.

FARIA, L; ALVES, A. Plano de parto: o enfermeiro na utilização dessa ferramenta para educação, conscientização e empoderamento na era da cesárea. **Real Repositório Institucional**. v1. n1. Disponível em:

<http://revistas.icesp.br/index.php/Real/article/view/3967> Acessado em 20/06/2023.

FLORES, E. Violência obstétrica e plano de parto. **Revista Acadêmica Novo Milênio**. v. 4. n. 6, 2022. Disponível em: <https://novomilenio.br/wp-content/uploads/2022/06/9.JAQUELINE-SAITER.pdf> Acessado em 30/05/2023.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). **Nascer no Brasil**: Inquérito nacional sobre parto e nascimento (2011 a 2012). Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP/Fiocruz, 2019. Disponível em

https://nascernobrasil.ensp.fiocruz.br/?us_portfolio=nascer-no-brasil Acessado em 25/06/2022.

GAMA, S. G. N et. al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. In: **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 30 Sup:S17-S47, 2014. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csp/a/gydTTxDCwvmPgTw9gTWfGd/?lang=pt&format=pdf>

GALDINO, M. C. M; PEREIRA, R. C. M. Os parâmetros de produção do gênero parecer judicial. In: **Grupo de Estudos Linguísticos do Nordeste - GELNE**, 2012. Disponível em: <https://gelne.com.br/arquivos/anais/gelne-2012/Arquivos/%C3%A1reas%20tem%C3%A1ticas/G%C3%AAneros%20textuais/Monique%20e%20Regina%20-%20OS%20PAR%C3%82METROS%20DE%20PRODU%C3%87%C3%83O.pdf> Acessado em 21/11/2023

GOMES, et. al. Plano de parto em rodas de conversa: a escolha das mulheres.

Revista Mineira de Enfermagem. v. 21, 2017. Disponível em:

<http://reme.org.br/artigo/detalhes/1169> Acessado em 10/05/2022

GOMES, et. al. Análise de significados e sentidos do plano de parto para as mulheres que o realizam. **Revista Foco**. [S. l.], v. 16, n. 5, p. e1990, 2023.

DOI: 10.54751/revistafoco.v16n5-106. Disponível em:

<https://ojs.focopublicacoes.com.br/foco/article/view/1990> Acessado em 04/05/2023.

GONÇALVES, J. T; BARBOSA, R.; MARQUES, V; COTEAU, S.; COSTA, S. Planos de parto. In: **Promoção e Proteção da Saúde da Mulher**. LUBIANCA, J; CAPP, E. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina: Porto Alegre, 2022. Disponível em:

<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/236781/001137418.pdf?sequence=1> Acessado em 13/06/2022

HOPKINS, K. Are Brazilian Women Really Chose to Deliver by Cesarean? In: **Social Science e Medicine**, maio de 2000, p. 725-740.

HUGUES, G; HEIL, M. L. Cesárea? Não, obrigada! Ativismo em uma comunidade online na busca pelo parto normal no Brasil. CSP: **Cadernos de Saúde Pública**. v. 37, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, 2021. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csp/a/XXByHzdixyd37L8Lkgydc7F/?lang=pt&format=html> Acessado em 10/06/2022.

JOÃO PESSOA, PARAÍBA. **Lei nº 13448 de 04 de julho de 2017**.

Regulamenta, no âmbito público e privado, a humanização da via de nascimento, os direitos da mulher relacionados ao parto e nascimento, as medidas de proteção contra a violência obstétrica e dá outras providências.

João Pessoa, 9 de março de 2018. Disponível em:

<https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=357604&gt> Acesso em 15/06/2022.

JUSBRASIL. **O que é o JusBrasil.** Disponível em:
<https://www.jusbrasil.com.br/artigos/o-que-e-o-jusbrasil/1567211280>
 Acessado em 20/06/2022.

HERIEF, B. Meu plano de parto vale mesmo sem a assinatura do médico?
 Disponível em: <https://casapitangarij.com.br/meu-plano-de-parto-vale-mesmo-sem-a-assinatura-do-medico/> Acessado em 30/06/2023.

KOMESU, F. O que é um autor na internet? In: Anais do 6º Encontro Celsul -
 Círculo de Estudos Lingüísticos do Sul, 2020. Disponível em:
http://www.leffa.pro.br/tela4/Textos/Textos/Anais/CELSUL_VI/Individuais/O%20QUE%20%C3%89%20UM%20AUTOR%20NA%20INTERNET.pdf . Acessado em 17/06/2023

LAZZERI, T. **Vítimas da Violência Obstétrica:** o lado invisível do parto.
 Revista Época, 2015. Disponível em:
<https://epoca.oglobo.globo.com/vida/noticia/2015/08/vitimas-da-violencia-obstetrica-o-lado-invisivel-do-parto.html> Acessado e 25/06/2022.

LEÃO; M. R; BASTOS, M. A. **Doulas apoiando mulheres durante o trabalho de parto:** experiência do hospital Sofia Feldman. Revista Latino Americana de Enfermagem, v. 9, 2001. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/rlae/a/sGTMZCvrgQkDGcrLgsymXLr/?format=pdf&lang=pt> Acessado em 21/11/2023.

LEAL, G. **Quer um parto normal no país das cesáreas?** Informe-se.
 Mulheres empoderadas, 2015. Disponível em:
<https://mulheresempoderadas.com.br/quero-um-parto-normal/> Acessado em 19/06/2022

LEISTER, N; RIESCO, M. L. Assistência ao parto: história oral de mulheres que deram à luz nas décadas de 1940 a 1980. **Revista Texto e Contexto**, v. 22, março de 2013. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/tce/a/j3x6K34kgCjtKcfxj36W8Cz/?lang=pt> Acessado em 20/06/2021.

LÉVY, P. **A inteligência coletiva:** por uma antropologia do ciberespaço.
 Editora Loyola, 2003.

LOIOLA, A. et. al. **Plano de parto como tecnologia do cuidado:** experiência de puérperas em uma casa de parto. Revista Cogitare Enfermagem, v. 25, 2020. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/66039/pdf> Acessado em 20/06/2022

LIMA, B; FREITAS, E. **A escolha da via de parto:** uma revisão integrativa. Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social, vol. 8, núm. 1, 2020. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/4979/497962779014/html/> Acessado em 23/06/2022.

LIMA, S. **Impacto na organização da standardização de produtos a nível económico e rentabilização de tempo para os profissionais, sem prejuízo da qualidade dos serviços**. 2018. Dissertação de Mestrado. Mestrado em Gestão e Economia de Serviços de Saúde. Universidade do Porto, Faculdade de Economia: Portugal, 2018. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/117202/2/301516.pdf>
Acessado em 05/06/2022.

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

MAIA, A. C. Sobre a Analítica do Poder de Foucault. In: **Tempo Social: Revista de Sociologia da USP**. São Paulo, outubro de 1995. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ts/v7n1-2/0103-2070-ts-07-02-0083.pdf> acessado em 08 de setembro de 2016.

MALHOTRA, N. **Pesquisa de marketing**: uma orientação aplicada. 4.ed. Porto Alegre: Bookman, 2006.

MATEUS, et. al. Implementação do Plano de Parto nas Consultas de Pré-Natal: uma revisão da Literatura. **Revista Interdisciplinar em Saúde**. Cajazeiras. 9 (único): 468-484, 2022, ISSN: 2358-7490 Disponível em: https://www.interdisciplinaresauda.com.br/Volume_30/Trabalho_32_2022.pdf Acessado em 30/06/2023.

MARTINS, A. P. V. A ciência dos partos: visões do corpo feminino na constituição da obstetrícia científica no século XIX. In: **Revista Estudos Feministas**, v. 13, setembro-dezembro/2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ref/a/YtrhHLXVGJZQc59GmKGMMth/?lang=pt> Acessado em 13 de julho de 2021.

MARTINS, A. Biopolítica: o poder médico e a autonomia do paciente em uma nova concepção de saúde. **Interface: comunicação, saúde e educação**. v. 8, Botucatu, 2004. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Biopolitica_o_poder_medico_e_a_autonomia_do_paciente_em_uma_nova_concepcao_de_saude/58 Acesso em: 25/05/2022.

MEDEIROS, R. *et. al.* Repercussões da utilização do plano de parto no processo de parturição. **Revista Gaúcha Enfermagem**. v. 40, Porto Alegre, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/FwsQmg48tP6BrWrd95GhWhJ/?lang=pt> Acessado em 20/06/2022.

MEDRADO; B. P.; PÉREZ, M. **Leituras do agir docente**: a atividade educacional à luz da perspectiva interacionista sociodiscursiva. São Paulo: Pontes Editores, 2011.

MENEZES, PORTELA; BISPO. A Situação do Parto Domiciliar no Brasil. In: **Revista de Enfermagem Contemporânea**, v 1. Salvador, 2012. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/38> Acessado em 12 de julho de 2021.

MINAYO, M. C. S. Entrevista como Técnica Privilegiada de Comunicação. In: MINAYO, M.; DESLANDES, S; GOMES, R. **Pesquisa Social, teoria, método e criatividade**. Ed. Vozes: Petrópolis, 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Nota Informativa sobre a Distribuição das Cadernetas da Gestante**. Secretaria de Atenção à Saúde, Brasília, 2015. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/nota_informativa_distribuicao.pdf Acessado em 14/06/2022.

MOITA LOPES, L. P. **Oficina de Linguística Aplicada**: a natureza social e educacional dos processos de ensino/aprendizagem de línguas. Campinas: Mercado de Letras, 1996.

MOITA LOPES, L. P. Da aplicação de Linguística à Linguística Aplicada Indisciplinar. In: PEREIRA; ROCA (Orgs). **Linguística Aplicada**: um caminho com diferentes acessos. São Paulo: Contexto, 2009.

MORAES, C. A. Análise do Plano de Parto como Mecanismo de Prevenção da Violência Obstétrica sob a Ótica dos Direitos da Personalidade. **Revista de Biodireito e Direito dos Animais**. v. 6, n. 2. Disponível em: <https://indexlaw.org/index.php/revistarbda/article/view/7025/pdf> Acessado em 17/06/2022.

MOUTA, et. al. Plano de Parto com Estratégia de Empoderamento Feminino. **Revista Baiana de Enfermagem**. v. 31, n. 4, Salvador, 2017. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2178-86502017000400305 Acessado em 20/05/2021.

NAKANO, A.; BONAN, C.; TEIXEIRA, L. A. **A normalização da cesárea como modo de nascer**: cultura material do parto em maternidades privadas no Sudeste do Brasil. *Physis*. v. 23, Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/3XPYMKsZWKpmnQmYGnzvXpG/?lang=pt> Acessado em 20/06/2022.

NARCHI, et. al. O plano individual de parto como estratégia de ensino-aprendizagem das boas práticas de atenção obstétrica. Biblioteca Virtual de Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1020379> Acessado em 10/06/2022.

OLIVEIRA, B et. al. **Sentidos do Nascer**: exposição interativa para a mudança de cultura sobre o parto e o nascimento no Brasil. *Interface*, v. 24, Botucatu, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/pDrxXM9yFftxFkGDhFbJBcQ/?lang=pt>

Acessado em 15/06/2022.

OLIVEIRA, M. B; FERNANDEZ, B. P. M. Hempel, Semmelweis e a verdadeira tragédia da febre puerperal. In: **Scientiae Studia**. v. 5, n. 1, p. 49-79, São Paulo: 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ss/a/95CzyFRctyt6BR5VxGrYWwj/?lang=pt> Acessado em 12 de julho de 2021.

OLIVEIRA, T. G. A construção de plano de parto na atenção básica em período de pandemia. **Anais da III Amostra Científica do Programa de Interação**. Disponível em: <https://periodicos.univag.com.br/index.php/picmed/article/download/1893/2039> Acessado em 03/06/2023.

PARAÍBA. **Lei estadual da Paraíba, Nº 12.172, de 20 de dezembro de 2021**. Estabelece medidas de proteção à gestante, à parturiente e à puérpera contra a Institui a Política Estadual de Atendimento à Gestante no Estado da Paraíba. Disponível em: <https://leisestaduais.com.br/pb/lei-ordinaria-n-12172-2021-paraiba-institui-a-politica-estadual-de-atendimento-a-gestante-no-estado> Acessado em: 20/06/2022.

PALAZZI, P. A. **O plano de parto como instrumento para exercício dos direitos reprodutivos da gestante**. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Direito. Universidade Federal de Ouro Preto, 2022. Disponível em: <https://www.repositorio.ufop.br/handle/123456789/15497> Acessado em 10/03/2023.

PARTO DO PRINCÍPIO. **Violência Obstétrica é Violência Contra a Mulher**. Espírito Santo, 2014. Disponível em: https://www.partodoprincipio.com.br/files/ugd/2a51ae_a3a1de1e478b4a8c8127273673074191.pdf?index=true Acesso em 20/05/2022.

PASCHE, D. F, *et al*. Rede Cegonha: desafios de mudanças culturais nas práticas obstétricas e neonatais. In: **Revista Divulgação em Saúde para Debate**. Rio de Janeiro, n 52, outubro de 2014. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/porta1/resource/pt/lil-774070> Acessado em 25/06/2022

PASQUALOTTO, V. **Plano de Parto**: novas práticas sugeridas nas mídias sociais. Trabalho de Conclusão de Curso. Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul: Porto Alegre, 2016. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/199841/001010732.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Acessado em: 10/06/2022.

PEBMED. **A Assustadora Taxa De Cesárias No Brasil**: O Brasil é o segundo país com a maior taxa de cesáreas do mundo, ultrapassando 55% dos partos e

perdendo apenas para República Dominicana. Disponível em:
<https://pebmed.com.br/a-assustadora-taxa-de-cesareas-no-brasil/>

PEREIRA, R. C. M. Do social ao psicológico: os caminhos que conduzem à materialização do texto escrito. In: PEREIRA, R. C. M e ROCCA, M. Del Pilar. **Linguística Aplicada**: um caminho com diferentes acessos. São Paulo: Contexto, 2009.

PEREIRA, R; MEDRADO, B; REICHMANN, C. Tecendo a trama: diálogos por entre fios discursivos. In: **Letramentos e Práticas Formativas**: pesquisas tecidas nas entrelinhas do ISD. Editora da UFPB: João Pessoa, 2015.

PEREIRA, W.; FÉLIX; SANTOS. A importância da atuação do enfermeiro na elaboração do plano de parto. RECIMA21 - **Revista Científica Multidisciplinar** - ISSN 2675-6218, [S. l.], v. 3, n. 8, p. e381732, 2022. DOI: 10.47820/recima21.v3i8.1732. Disponível em:
<https://recima21.com.br/index.php/recima21/article/view/1732>. Acessado em 20/06/2023.

PERNAMBUCO. **Lei Nº 16499 de 06/12/2018**. Estabelece medidas de proteção à gestante, à parturiente e à puérpera contra a violência obstétrica, no âmbito do Estado de Pernambuco. Pernambuco, 2018. Disponível em:
<https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=370732#:~:text=Estabelece%20medidas%20de%20prote%C3%A7%C3%A3o%20%C3%A0,%C3%A2mbito%20do%20Estado%20de%20Pernambuco>. Acessado em: 20/06/2022.

PIOVESAN, A; TEMPORINI, E. Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública. **Revista de Saúde Pública**. v. 29, 1996. Disponível em:
<https://repositorio.usp.br/item/000896753> Acessado em 20/05/2022.

QUEIROZ, M. G. **As entrelinhas do contrato**: uma análise sociossubjetiva dos parâmetros de produção e de recepção do gênero. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Linguística. Universidade Federal da Paraíba, 2014. Disponível em:
<https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/123456789/18909> Acessado em 21/11/2023.

QUINTILIO, M. S; CASTRO, R. B.; SOUZA, R. B. Parto humanizado: o papel da doula e a visão do enfermeiro. **Revista Saúde.Com**. v. 17, 2021. Disponível em: <https://periodicos2.uesb.br/index.php/rsc/article/view/8804/6544> Acessado em: 21/11/2023

RABELO, et. al. O Plano de Parto no Processo de Humanização no Parto e no Nascimento. **Revista de Ensino do Instituto Superior Franciscano** (IESFMA), 2022. Disponível em: https://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-BR&as_sdt=0%2C5&q=Plano+de+parto+no+processo+de+humaniza%C3%A7%C3%A3o+no+parto+e+no+nascimento%E2%80%9D&btnG= Acessado em 28/06/2023.

RATTNER, D. *et. al.* Os Movimentos Sociais na Humanização do Parto e do Nascimento do Brasil. In: **Caderno HumanizaSUS**. v. 04. MINISTÉRIO DA SAÚDE: Brasília, 2014. Disponível em: https://www.redehumanizasus.net/sites/default/files/caderno_humanizasus_v4_humanizacao_parto.pdf Acessado em 20/06/2022.

REHUNA: Rede De Humanização Do Parto E Nascimento. **Carta de Fortaleza: respostas ao novo milênio**, ReHuna, 2000. Disponível em: <http://rehuna.org.br/wp-content/uploads/2019/12/Carta-de-Fortaleza-2000.pdf> Acessado em 30/06/2021.

REGIS. J; RESENDE. V. Daí você nasceu, minha filha': análise discursiva crítica de uma carta ao obstetra. **Revista Delta**. v. 31, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/delta/a/RNcQcW8M5Kdg3Bnrjbj8xJj/?format=pdf&lang=pt> Acessado em 20/02/2022.

REIS, C. S. **Implementando o Pré-Natal com a Caderneta da Gestante: uma construção coletiva**. Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização. Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Belém, 2015. Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/36172/1/CLEICE%20ROSANE%20AZEVEDO%20REIS.pdf> Acessado em 13/06/2022.

RIO DE JANEIRO. **Lei Nº 7191 de 06 de janeiro 2016**. Dispõe sobre o direito ao parto humanizado na rede pública de saúde e dá outras providências. Rio de Janeiro, 2016. Disponível em <https://leisestaduais.com.br/rj/lei-ordinaria-n-7191-2016-rio-de-janeiro-dispoe-sobre-o-direito-ao-parto-humanizado-na-rede-publica-de-saude-no-estado-do-rio-de-janeiro-e-da-outras-providencias> Acessado em 20/06/2022.

ROHDE, A. M. **A Outra Dor do Parto: Gênero, Relações de Poder e Violência Obstétrica na Assistência Hospitalar ao Parto**. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Ciências Sociais e Humanas. Mestrado em Estudos sobre as Mulheres, Lisboa, 2016. Disponível em: <https://run.unl.pt/handle/10362/20395> Acessado em 18/05/2022.

RODRIGUES, M. S. **Humanização no processo de parto e nascimento: implicações do plano de parto**. Dissertação de mestrado. Escola de Enfermagem. Universidade Federal de Minas Gerais, 2017. Disponível em: https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/ANDO-AQCL2R/1/milene_silva_rodrigues.pdf Acessado em 17 de julho de 2021.

RODRIGUES, *et. al.* Cumprimento das demandas articuladas no plano de parto entre usuárias do sistema público de saúde. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**. V. 12, n. 1. Disponível em: <https://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/5349> Acessado em 29/06/2023.

RODRIGUES, B; HEMAIS, B; ARAÚJO, J. C. **Análise de gêneros na abordagem de Swales: princípios metodológicos**. In: Gêneros Textuais e

Comunidades Discursivas: um diálogo com John Swales, Belo Horizonte: Autêntica, 2009.

SANTOS, F. *et. al.* Os significados e sentidos do plano de parto para as mulheres que participaram da Exposição Sentidos do Nascer. CSP: **Cadernos de Saúde Pública**. v.35, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/FrXHFqx57JpZBsFV5Xdt3jB/?format=pdf&lang=pt> Acessado em 10/06/2022.

SANTOS, A. **Plano de parto**: qualificando a assistência de enfermagem e empoderando a parturiente. Trabalho de Conclusão de Curso em Enfermagem. Centro Universitário FADERGS, Porto Alegre, 2022. Disponível em: <https://repositorio.animaeducacao.com.br/handle/ANIMA/29993> Acessado em 20/06/2023.

SANTOS, A. **Infográfico animado sobre o plano de parto como diretiva antecipada de vontade**: proposição tecnológica. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - UFSM, Roraima, 2023. Disponível em: <https://repositorio.ufsm.br/handle/1/27741> Acessado em 15/06/2023.

SÃO PAULO. **Lei Nº 15.759, de 25 de março de 2015**. Assegura o direito ao parto humanizado nos estabelecimentos públicos de saúde do Estado e dá outras providências. São Paulo, 2015. Disponível em: <https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei/2021/lei-17431-14.10.2021.html> Acessado em 15/06/2022.

SILVA, A. *et. al.* Plano de Parto: ferramenta para o empoderamento de mulheres durante a assistência de enfermagem. **Revista de Enfermagem da UFSM**. Universidade Federal de Santa Maria, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/22531/pdf> Acessado em 06/06/2022.

SILVA, P. N. **Gênero, conteúdos e segmentação**: em busca do plano de texto. Revista do Centro de Estudos Humanísticos: Diacrítica, Nº 30, Braga, 2016. Disponível em: http://cehum.ilch.uminho.pt/cehum/static/publications/diacritica_30-1.pdf Acessado em 02/06/2022.

SILVA, T. *et. al.* **As Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento sob a Ótica de Enfermeiros**. Biblioteca Lascasas, Rio Grande do Sul, 2016. Disponível em: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0886.pdf> Acessado em 20/06/2022.

SILVA, W. *et. al.* Plano de Parto como Instrumento de Boas Práticas no Parto e Nascimento: Revisão Integrativa. **Revista Baiana de Enfermagem**, 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/32894/20761>. Acessado em 20/06/2022.

SILVA, M. **Plano de parto face à perda perinatal**. E-book: “I Congresso Internacional de Saúde Materna e Obstétrica. Disponível em: <https://www.chts.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/4/2023/03/E-book-I-Congresso-Internacional-de-Saude-Materna-e-Obstetrica.pdf#page=62> Acessado em 28/06/2023.

SOARES, A. V. **Divisão de Enfermagem Obstétrica e Ginecológica**. Disponível em: <https://www.hu.usp.br/divisao-de-enfermagem-obstetrica-e-ginecologica> (on-line) Acessado em 20/06/2022.

SOUZA, D. Parteiras e Doulas brasileiras em rede: nuances de uma atuação social no ciberespaço. **Intercom, 41º Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação**: Joinville, 2018. Disponível em <https://portalintercom.org.br/anais/nacional2018/resumos/R13-2274-1.pdf> Acessado em 27/05/2022.

SOUZA, B. **Benefícios da Implementação do Plano de Parto: revisão integrativa**. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Graduação em Enfermagem. Florianópolis, 2021. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/228691> Acessado em: 04/06/2022.

SOUZA, A. **A responsabilidade civil do médico e da maternidade frente ao plano de parto**. Trabalho de Conclusão de Curso. Escola de Direito, Turismo e Museologia, Universidade Federal de Ouro Preto, Ouro Preto, 2022. Disponível em: <https://www.monografias.ufop.br/handle/35400000/4998> Acessado em 20/04/2023.

STORTI, J. P. L. **O Papel do Acompanhante no Trabalho de Parto**. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Departamento Materno Infantil e Saúde Pública. Ribeirão Preto, 2014. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-13102004-152521/publico/mestrado.pdf> Acessado em 12 de julho de 2021.

TEIXEIRA, P. A Violência Obstétrica: da Condição de Vulnerabilidade aos Danos Emocionais. Id On Line: **Revista Multidisciplinar e de Psicologia**. v. 15, 2021. Disponível em: <file:///home/chronos/u-7eddab87bd310a69f6cf5f246e4e6eefdd39d942/MyFiles/Downloads/3160-12565-1-PB.pdf> Acessado em 15/06/2022.

TESSER, C. D; ANDREZZO, H.F; DINIZ, S. G. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. In: **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**. 2015, 10 (35). 1-12. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1013/716> Acessado em 05 de setembro de 2019.

TORRES, K.; RACHED, C. **A Importância da Elaboração do Plano de Parto e seus Benefícios**. International Journal of Health Management Review, v. 03,

n. 02, 2017. Disponível em:

<https://www.ijhmreview.org/ijhmreview/article/view/126> Acessado em: 25/06/2022.

TORNQUIST, C. S. **Parto e Poder**: o movimento pela humanização do parto no Brasil. Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social - UFSC. Florianópolis, 2004. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/86639/207876.pdf?sequ>.

TRIGUEIRO, T. *et. al.* O uso do plano de parto por gestantes no pré-natal: uma revisão de escopo. **Revista Mineira de Enfermagem**. v. 25, 2021. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1593> Acessado em 15/06/2022.

TROTTA; BEIRIZ. **Plano de parto, você conhece os seus direitos sobre o assunto?** Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/artigos/plano-de-parto-voce-conhece-os-seus-direitos-sobre-o-assunto/533939917> Acessado em 25/05/2023.

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Guia dos Direitos da Gestante e do Bebê**. Globo: São Paulo, 2011. Disponível em: https://www.unicef.org/brazil/media/2351/file/Guia_dos_Direitos_da_Gestante_e_do_Bebe.pdf Acessado em 10/05/2022.

VALE, A. T. **Estratégias utilizadas por enfermeiros na promoção da construção do plano de parto**: uma revisão integrativa. Trabalho de Conclusão de Curso. (Graduação em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2022. Disponível em <https://app.uff.br/riuff/handle/1/26460>. Acessado em 20/06/2023.

VENDRÚSCOLO, C.; KRUEL, C. A história do parto: do domicílio ao hospital; das parteiras ao médico; de sujeito a objeto. In: **Disciplinarum Scientia**. Série: Ciências Humanas, Santa Maria, v. 16, n. 1, p. 95-107, 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufn.edu.br/index.php/disciplinarumCH/article/view/1842> Acessado em 10 de julho de 2021.

VIEIRA, E. A Medicalização do Corpo Feminino. In: **Questões da Saúde Reprodutiva**. GIFFINS, K; COSTA, S (Orgs). Editora Fiocruz: Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/t4s9t/pdf/giffin-9788575412916.pdf> Acessado em 20/02/2021.

VIEIRA, C. **Plano de parto como ferramenta de empoderamento da parturiente**: uma revisão integrativa. Trabalho de Conclusão de Curso. Centro Universitário Maria Milza. Bacharelado em Enfermagem. Bahia, 2022. Disponível em: <http://famamportal.com.br:8082/jspui/bitstream/123456789/2632/1/ENFERMAGEM%20-%20CARLA%20GABRIELA%20COLAVOLPE%20VIEIRA.pdf> Acessado em 20/03/2023.

WIGGERS, C. *et. al.* Conhecimento das puérperas sobre o plano de parto em um município do oeste do Paraná. **Revista Eletrônica Acervo Científico**, v.

38, p. e9253, 24 nov. 2021. Disponível em <https://acervomais.com.br/index.php/cientifico/article/view/9253> Acessado em 30/07/2022.

WOSNIAK, T. C. et al. **Doulas voluntárias em uma maternidade escola na Região dos Campos Gerais: a visão dos profissionais.** Enfermagem Brasil, v. 18, 2019. Disponível em: <https://convergenceseditorial.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/2324> Acessado em 21/11/2023

ZANARDO, G. L. *et. al.* **Violência Obstétrica no Brasil:** uma revisão narrativa. Revista Psicologia e Sociedade, v. 29: Belo Horizonte, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/J7CMV7LK79LJTnX9gFyWHNN/?lang=pt> Acessado em 25/05/2021.

ANEXOS

ANEXO A – PLANO ESTANDARDIZADO UNIMED



Plano de Parto

Centro Hospitalar Unimed



Prezada gestante:

Gostaríamos de conhecer melhor o que você está pensando ou planejando para o nascimento do seu bebê. Por isso, indique entre as ideias abaixo aquilo que é importante pra você. Entenda que não é uma lista de obrigações ou permissões para a equipe que a atenderá no nascimento do seu bebê, mas permitirá que os envolvidos conheçam seus desejos, escolhas e prioridades. Conhecendo o que você espera, teremos chance de ajudá-la a passar pela melhor experiência possível no nascimento do seu bebê.

Eu, _____, estou ciente de que o parto pode tomar diferentes rumos. Abaixo listo minhas preferências em relação ao parto/cesariana e nascimento do meu filho. Entendo que a equipe obstétrica tentará sempre tomar as melhores condutas no meu atendimento, mas gostaria de ser avisada ou consultada sempre que os planos não puderem ser seguidos.

1) Quero que seja(m) meu(s) acompanhante(s):

Quando ocorrer a participação da doula, haverá obrigatoriedade do contato com a comunicação da Unimed Joinville informando sobre sua ficha cadastral constando seu certificado do curso de doula. Sua participação como acompanhante para conforto materno deverá ser acordado diretamente com a paciente. O médico deverá ser informado e permitir a presença da doula, lembrando que a paciente tem direito legal a um acompanhante durante seu trabalho de parto.

2) Sobre a lavagem intestinal (enema):

☐ não gostaria que fosse feita ☐ gostaria que fosse feita ☐ Tanto faz

3) Sobre a raspagem de pelos (tricotomia):

☐ não gostaria que fosse feita ☐ gostaria que fosse feita ☐ Tanto faz

4) Sobre ter uma veia "pega" ou sobre infusão contínua de soro fisiológico durante o trabalho de parto : ☐ prefiro não ter ☐ prefiro ter ☐ Tanto faz

5) Sobre ter infusão de soro com ocitocina (hormônio que facilita contrações):

☐ prefiro não ter ☐ gostaria de ter para acelerar o parto ☐ Tanto faz
☐ prefiro ter somente para corrigir o trabalho de parto quando não está andando bem



Plano de Parto

Centro Hospitalar Unimed



6) Sobre ter a bolsa das águas rompidas artificialmente (amniotomia):

- ☐ prefiro não ter ☐ gostaria de ter para acelerar o parto ☐ Tanto faz
☐ prefiro ter somente para corrigir o trabalho de parto quando não está andando bem

7) Se a minha bolsa romper espontaneamente antes de eu entrar em trabalho de parto (ruptura prematura de membranas): ☐ gostaria de iniciar a indução do parto em seguida, se não houver contraindicação

☐ prefiro entrar espontaneamente em trabalho de parto (mas sei que, após muitas horas de bolsa rota, aumenta a chance de infecção do bebê, e devo seguir a indicação do meu obstetra)

- ☐ não gostaria de ter o parto induzido
☐ Tanto faz

8) Se eu chegar ao final da minha gestação e não entrar espontaneamente em trabalho de parto: ☐ gostaria de ter meu parto induzido (com o método que a equipe obstétrica achar melhor)

☐ não gostaria de ter o parto induzido, preferindo ir a cesárea ☐ Tanto faz

☐ outra alternativa: _____

(novamente, sei que não é só a minha vontade que decide isso. É necessário respeitar os protocolos científicos recomendados, as particularidades da minha gestação, meu estado de saúde e do meu bebê, a estrutura e rotina do hospital, etc.)

9) Durante o trabalho de parto...

- a) ☐ Gostaria de ter liberdade para ingerir líquidos
☐ Prefiro ficar em jejum

☐ Prefiro ver como me sentirei na hora

☐ Tanto faz

- b) ☐ Gostaria de ter liberdade para caminhar e me movimentar
☐ Prefiro ficar mais deitada

☐ Prefiro ver como me sentirei na hora

☐ Tanto faz

- c) ☐ Não gostaria de monitorização contínua dos batimentos do bebê (somente se necessário)

☐ Não me oponho à monitorização contínua dos batimentos do bebê

☐ Tanto faz

10) Se eu sentir dor..

- ☐ Gostaria de usar apenas métodos não-farmacológicos para seu controle (banho, bola de pilates, massagens) ☐ Gostaria que me oferecessem analgésicos

☐ Gostaria de fazer analgesia obstétrica raqui-peridural

☐ Prefiro ver como me sentirei na hora

☐ Tanto faz



11) Na hora do parto...

- a)
- ☐
- Acho que vou preferir ficar na seguinte posição:

_____ (lembrando que a avaliação obstétrica será consentida juntamente à paciente)

☐ Prefiro ver como me sentirei na hora

☐ Não tenho posição de preferência

- b)
- ☐
- Prefiro fazer força só durante as contrações, quando eu sentir vontade, em vez de ser guiada
- ☐
- Gostaria que me orientassem como fazer força na hora

☐ Tanto faz

- c)
- ☐
- Gostaria que o ambiente ou local tivesse/fosse

_____ ☐ Não tenho preferências especiais sobre o ambiente

- d)
- ☐
- Prefiro que não seja realizada a episiotomia (corte no períneo) como rotina, somente se muito necessário
- ☐
- Não tenho qualquer oposição à episiotomia

☐ Tanto faz

- e)
- ☐
- Gostaria que fosse usado fórceps ou vácuo-extrator para acelerar a saída do bebê

☐ Não gostaria que fosse usado fórceps ou vácuo-extrator no nascimento, mas sei que muitas vezes é necessário no parto vaginal

☐ Tanto faz

12) Se for necessário ou decido por fazer uma cesariana:

- a)
- ☐
- Gostaria de entrar em trabalho de parto espontaneamente ao invés de marcar uma cesariana
- ☐
- Prefiro agendar a cesariana, se for possível

☐ Não tenho preferência

- b)
- ☐
- Gostaria que o pano/campo cirúrgico fosse baixado para que eu possa ver o bebê nascer

☐ Prefiro não ver as partes cirúrgicas do nascimento, e que o bebê somente seja mostrado para mim após nascer ☐ Não tenho preferência

- c)
- ☐
- Não gostaria que minhas mãos ficassem presas durante a cesariana

☐ Tenho medo de encostar sem querer no campo cirúrgico; por isso, prefiro que minhas mãos fiquem presas. ☐ Tanto faz

13) Assim que nascer o bebê (não importa se por parto vaginal ou cesariana)...

- a)
- ☐
- Gostaria que ele fosse colocado imediatamente no meu colo, se estiver tudo bem

☐ Tanto faz

- b)
- ☐
- Gostaria de tentar amamentar o bebê na primeira hora

☐ Não gostaria de (ou sei que não posso) amamentar

☐ Tanto faz

- c)
- ☐
- Gostaria de ficar o máximo possível com o bebê ainda na sala de parto e na sala de

recuperação, sem interrupções (mas sei que existe uma rotina do hospital que deve ser respeitada)

☐ Gostaria (ou não me importo) que o bebê seja levado em seguida para banho e cuidados, enquanto descanso um pouco (mas sei que existe uma rotina do hospital que deve ser respeitada)

☐ Não tenho preferência

d) ☐ Prefiro aguardar a expulsão espontânea da placenta, sem manobras, tração do cordão ou massagens ☐ Prefiro que sejam feitas manobras para ajudar a placenta a sair (como tração do cordão e massagens), como recomenda a Organização Mundial de Saúde

☐ Não tenho preferência

☐ Com relação à placenta, tenho um pedido especial:

e) ☐ Não gostaria que fosse administrado ocitocina de rotina no pós-parto

☐ Gostaria que fosse administrado ocitocina no pós-parto para prevenção de hemorragia, como recomenda a Organização Mundial de Saúde

☐ Não tenho preferência

14) Sobre os cuidados com o bebê:

a) ☐ Gostaria que fosse feita higiene do bebê conforme a rotina do hospital, assistido pelo meu acompanhante (se possível), salvo em situações especiais (HIV e Hepatite B)

☐ Não gostaria que fosse dado banho no bebê nas primeiras 24 horas

☐ Tanto faz

b) ☐ Não me oponho à aplicação do colírio PVPI (colírio de iodo povidona 3%) nos casos recomendados pelo Ministério da Saúde (após parto vaginal e nas bolsas rotas)

☐ Não gostaria que fosse aplicado colírio PVPI (colírio de iodo povidona 3%). Para que isso seja possível, sei que é obrigatório que eu já tenha coletado exame vaginal para clamídia e gonococo no final da gestação, e que esses exames sejam negativos.

☐ Tanto faz

c) ☐ Não me oponho à administração de vitamina K intramuscular para prevenção de hemorragia, como recomendado pela Sociedade Brasileira de Pediatria

☐ Não gostaria que fosse aplicado vitamina K intramuscular. Prefiro que seja administrada a primeira dose por via oral no hospital. Para que isso seja possível, comprometo-me a administrar mais duas doses de vitamina K oral em casa (2ª dose em uma semana, 3ª dose em um mês). (Obrigatório o preenchimento do Termo de Recusa à aplicações da vitamina K via intramuscular)

☐ Tanto faz

d) ☐ Quero amamentar o bebê sob livre demanda

☐ Quero tentar amamentar o bebê em horários fixos

☐ Não quero ou não vou amamentar o bebê

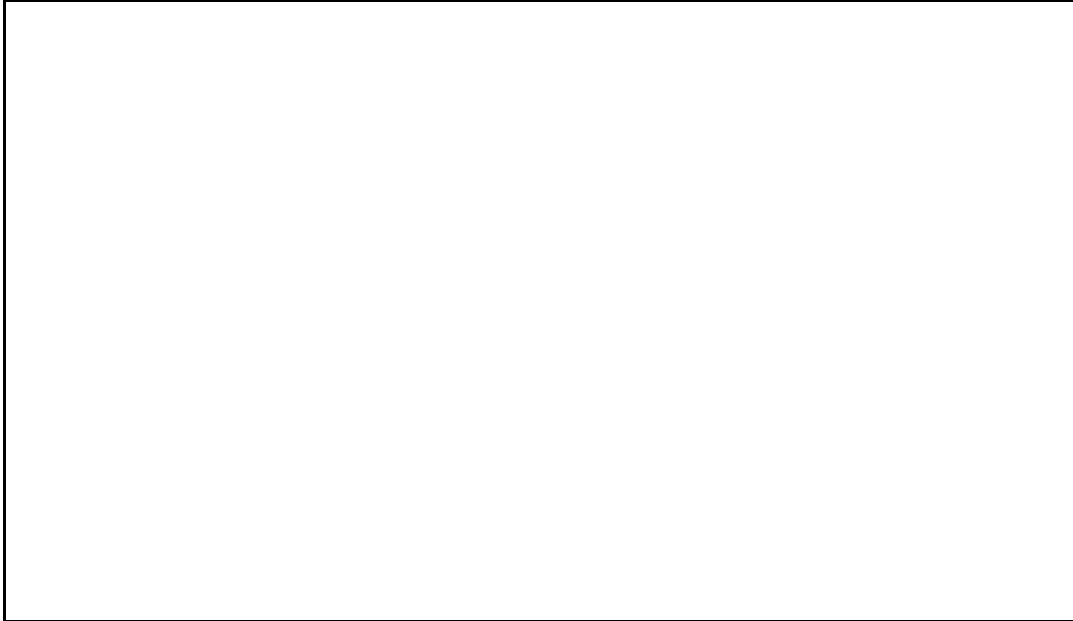
☐ Tanto faz

e) ☐ Quero fazer amamentação exclusiva

☐ Não me importo em complementar a amamentação do bebê com fórmula láctea, caso esteja prescrito pela equipe assistente

☐ Não tenho preferência

15) Além de tudo que assinaliei acima, gostaria de registrar as seguintes observações e detalhes:



Por fim, gostaria de agradecer a atenção e a ajuda de todos em tornar seguro e especial esse momento tão importante. Confio na competência da equipe obstétrica e na sua intenção de seguir esse Plano de Parto dentro do possível.

ANEXO B – PLANO ESTANDARDIZADO MATERNIDADE SANTA
CASA DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS



É uma grande honra para a **Maternidade da Santa Casa de São José dos Campos** ter sido escolhida por você para fazer parte deste momento tão especial da sua vida.

Trazemos um modelo para a elaboração do seu Plano de Parto, para que possamos conhecer suas preferências, nos possibilitando atendê-la com ainda mais qualidade. Faremos esse planejamento em conjunto, com todo o respaldo de seu médico, que lhe orientará com todas as informações e tomada de decisões do que for melhor para você e o seu bebê.

Caso algum item do seu plano precise ser alterado, você será comunicada previamente e terá todos os esclarecimentos feitos por seu médico.

Plano de Parto

Nome:

____ Endereço: _____ Data provável do parto: /

/ Telefone: _____ E-mail:

____ Médico Obstetra que participará do parto:

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

1. A presença de um acompanhante de sua a para permanecer durante todo o período do trabalho de parto, nascimento e alta é seu direito. Informe o nome da pessoa caso desejar ser acompanhada:

2. O suporte emocional é muito importante nesse momento do trabalho de parto. Você pode escolher contratar uma doula para essa função de oferecer conforto, tranquilidade e encorajamento, que não dispensará o apoio da equipe hospitalar e do acompanhante da sua escolha. Você deseja o acompanhamento por doula, com a condição de um cadastro e autorização com antecedência segura antes da data provável de seu parto?

Sim | Nome da doula: _____ Não

3. O uso de ocitocina sintética pode ser necessário caso o trabalho de parto não esteja tendo a evolução esperada. Você permite seu uso quando informada com clareza e transparência sobre sua necessidade?

Sim Não

4. Líquidos e alimentos leves durante o trabalho de parto diminuem o risco de hipoglicemia para o bebê e também mantêm a energia necessária para você durante o trabalho de parto e parto caso não tenha alguma contra indicação clínica. Você deseja receber alimentos durante esse período:

Sim Não

5. Os Métodos não farmacológicos de alívio da dor auxiliam na redução da tensão, medo e da dor, e acabam favorecendo a evolução do trabalho de parto. Também tem como objetivo propiciar um envolvimento do acompanhante nesses momentos tornando essa experiência mais tranquila e resgatando o nascimento como um momento familiar.

Qual (quais) a (as) prática (as) você gostaria de ser acompanhada caso não seja contra indicado conforme sua condição clínica?

· Banhos mornos para relaxamento?

Sim Não

· Massagens durante o trabalho de parto?

Sim Não

· Deseja ser estimulada a caminhar com o acompanhante e fazer exercícios na barra de Ling?

Sim Não

· Uso da bola?

Sim Não

· Músicas relaxantes? Se sim, trarei o meu equipamento.

Sim Não

- Ser orientada quanto a técnicas de respiração durante todo o trabalho de parto?

Sim Não

- Ambiente com iluminação parcial, caso não ofereça riscos à sua assistência

e ao bebê? Sim Não

6. A analgesia de parto está disponível especificamente no Centro Obstétrico, caso opte por solicitá-la você será informada dos riscos e benefícios. Deseja receber a analgesia de parto?

Sim, apenas se eu solicitar. Não

7. Cada parturiente pode se sentir mais confortável em uma determinada posição de parto, por isso disponibilizamos no quarto condições para o parto vertical, posição ginecológica, cócoras e outras. Você tem preferência inicial por alguma delas?

Se sim, qual? _____ Não

8. A ruptura da bolsa pode influenciar no desencadear do trabalho de parto e produzir cólicas mais intensas se realizada de rotina, eventualmente a ruptura artificial pode permitir ao médico avaliar as características do líquido amniótico e corrigir distorções da dinâmica uterina. Deseja que a ruptura artificial das membranas seja realizada somente em situações em que haja indicação médica e que o motivo seja explicado a você antes do procedimento?

Sim Não

9. Os estudos mostram que a realização de episiotomia (corte feito na vulva da mulher) de rotina está relacionada à maior incidência de dor no pós-parto e lesão das estruturas que compõem o períneo feminino, porém sua utilização pode estar indicada no decorrer do período expulsivo (fase final do parto). Deseja que caso haja indicação você seja comunicada a respeito dos motivos antes da realização do corte?

Sim Não

10. O clampeamento oportuno do cordão quando a condição do nascimento permitir pode oferecer benefícios, como a prevenção de anemia no bebê. Este momento também pode aumentar a participação do acompanhante no parto, auxiliando o vínculo entre as partes. Você deseja que o clampeamento seja realizado após cessar a pulsação do cordão que ocorre entre 1 à 3 minutos?

Se sim, por quem? _____ Não

11. A saída da placenta pode ocorrer espontaneamente até 30 minutos após o parto. Deseja que o médico tracione a placenta para auxiliar a dequitação após o parto?

Sim Não

12. O contato pele a pele imediato e aleitamento materno na primeira hora de vida são de extrema importância para se estabelecer o vínculo entre mãe e bebê e devem ser estimulados logo após o nascimento, minimizando a separação do recém-nascido e sua mãe. Considerando as condições clínicas ou patologias que contra indiquem o aleitamento tanto da mãe quanto do bebê, deseja o contato pele a pele imediato e posicionamento para amamentá-lo independente do tipo de parto (vaginal ou cesárea)?

Sim Não

13. De acordo com o Ministério da Saúde, é obrigatória a realização da profilaxia da oftalmia neonatal em todos os recém-nascidos. Método conhecido como Credê Ocular (nitrato de prata à 1% colírio) é realizado para prevenção de Oftalmia Neonatal e suas complicações, como cegueira infantil. Deseja que a profilaxia seja realizada?

Sim Não | Se a opção for não, solicitamos a apresentação de exames maternos negativos para Gonococo e Clamídia, 30 dias antes do parto ou da data provável.

14. O momento do nascimento do bebê é uma experiência única e intensa e, esse momento pode ser registrado através de fotos pelo acompanhante para guardá-lo como recordação. Para filmagem ou fotos realizadas por profissionais dessa área somente serão permitidos por empresas credenciadas pela instituição quando contratadas pela família. Deseja registrar com fotos ou filmagens o momento do nascimento do seu filho?

Se sim, por quem? _____ Não

15. O aleitamento materno exclusivo sob livre demanda é recomendado pela OMS até o sexto mês de vida do bebê por oferecer muitos benefícios para ambos, mãe e filho. Para garantir o aleitamento materno ao bebê é recomendado evitar o uso de chupetas, bicos artificiais e fórmulas (quando não tiver indicação médica). Deseja receber orientação e acompanhamento para auxiliá-la na amamentação durante sua permanência na maternidade?

Sim Não. Motivo: _____

16. O primeiro banho do RN é realizado após 24 horas do nascimento para garantir a estabilização de sua condição clínica, proporcionar adequada proteção natural como hidratação, termorregulação além da ação bactericida, proporcionado pela presença do vernix. Este não deve ser removido nas primeiras horas aguardando até que o RN seja banhado (exceto se houver risco de transmissão de doenças maternas). Para orientações dos cuidados com o bebê, o primeiro banho é realizado pela profissional

de enfermagem devendo ser acompanhado pela pessoa de sua preferência. Os banhos diários no alojamento conjunto também serão supervisionados pela enfermagem da maternidade e poderão ser realizados por você ou pelo acompanhante, preferencialmente por quem irá acompanhá-la após a alta para casa. Deseja que os banhos sejam realizados por você ou pelo acompanhante de sua escolha com auxílio da enfermagem?

Sim Não

17. Sabemos que a cesárea, quando tem sua indicação baseada em evidência científica pode se tornar a melhor via para o nascimento do bebê, sabemos também que de maneira geral se realizado de forma eletiva, ou seja, antes de iniciar o trabalho de parto, aumenta o risco de intercorrência para o bebê no pós-parto, tais como dificuldade para respirar, baixa imunidade e dificuldade para amamentar. Caso tenha indicação e se isso não comprometer o seu bem-estar e do seu bebê, gostaria de entrar em trabalho de parto antes de iniciar o procedimento e que cada passo do mesmo seja avisado e explicado antes de ser realizado?

Sim Não

18. Tem o desejo de realizar a pintura da placenta? Como é feita: A equipe de enfermagem realiza a impressão do “Carimbo da Placenta”, com tinta guache em uma folha de papel, entregando a mãe como uma recordação do parto.

Sim Não

19. Aspiração de vias aéreas e aspiração gástrica do recém – nascido (aspiração da boca e narinas) não é indicada rotineiramente. Só será feita se houver alguma situação clínica de risco para seu bebê que indique este procedimento.

Estou de acordo Não estou de acordo

Comentários sobre a aspiração das vias aéreas:

20. Comentários que gostaria de fazer sobre meu plano de parto:

Assinatura da gestante:

Assinatura

do acompanhante:

Referências:

Ministério da Saúde. Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal – Brasília, DF. 2017.

SBP, Consenso de Cuidado com a Pele do Recém-nascido. 2015.

Souza, Francisco Lazaro Pereira. Formação e Humanização do Parto e Nascimento. 1ª edição. SP.: Fundação Maria Cecília Souto Vidigal, 2014 (coleção Primeiríssima Infância).



PARTO ADEQUADO

ANEXO C – PLANO ESTANDARDIZADO NÚCLEO BEM NASCER



Núcleo Bem Nascer Plano de Parto

_____, _____ e

_____ (gestante) (acompanhante) (bebê)

I- Nossa filosofia para o nascimento

O plano de parto expressa nossos desejos e preferências para o nascimento do nosso bebê. Nós nos informamos antes de fazer as escolhas abaixo, e entendemos que há situações onde nossas escolhas podem não ser possíveis. Nestas circunstâncias:

() O obstetra pode tomar as decisões necessárias para a saúde e segurança da mãe e do bebê

II- Situações especiais

() Tenho uma cesariana anterior () Tenho diabetes gestacional () Tenho pré-eclâmpsia

() Queremos que o obstetra discuta conosco qualquer procedimento ou medicação antes da administração e que nos seja dada a chance de escolher após consentimento informado.

() Tenho Rh negativo

() Tenho cultura positiva para Estreptococos B

() Outra: _____

III- O ambiente

Gostaria que estas pessoas estivessem comigo:

Durante o trabalho de

parto No momento do nascimento

Meu parceiro () ()

Minha família () ()

Minha doula () ()

Outra _____ () ()



Detalhes especiais que eu gostaria de ter durante meu trabalho de parto: () Pouca luminosidade () _____ () Pouca interferência ()

_____ () Pouco barulho ()

_____ () Música (será levada por:

_____ Não gosto de

IV- A experiência do nascimento

Esperamos ter:

() Parto vaginal () Parto Vagina após Cesariana () Cesariana () Parto na água

Gostaria de usar:

() Meus óculos () Minhas lentes de contato

Eu prefiro:

() Que meu parceiro não seja separado de mim em nenhum momento do trabalho de parto

() Ter poucos exames vaginais

() Comer durante o trabalho de parto

() Beber durante o trabalho de parto

() Ser hidratada com líquidos claros

() Não ter meu trabalho de parto acelerado desde que eu e meu bebê estejamos bem

() Que a rotura das membranas aconteça naturalmente

Se meu trabalho de parto tiver que ser induzido ou acelerado, eu prefiro: () Métodos naturais (massagens, acupuntura, homeopatia)

() Descolamento de membranas

() Gel de prostaglandinas

() Comprimido de prostaglandinas

() Ocitocina

() Rotura de membranas

Eu gostaria de passar o primeiro estágio do trabalho de parto: () Dentro de uma banheira com água morna

() Em baixo do chuveiro

() Deitada



- () Caminhando
 () De pé
 () Outro: _____

Eu não quero ser submetida a:

- () Enema
 () Depilação da área púbica
 () Acesso venoso
 () Outro

Eu gostaria de receber medicação para alívio da dor:

- () Assim que possível
 () Se eu parecer desconfortável
 () Apenas se eu solicitar. Por favor, não me ofereça analgesia.
 () De forma alguma. Mesmo se solicitar, peço que não seja feita analgesia farmacológica.

Pretendo usar os seguintes métodos para alívio da dor:

- () Técnicas de respiração () Reflexologia
 () Meditação () Tens
 () Acupressura () Massagem
 () Acupuntura () Walking analgesia () Hipnose () Decidirei no momento do parto ()
 Meditação () Outros _____

V- O nascimento (período expulsivo)

Quando estiver tendo os “puxos”, gostaria de estar na seguinte posição: () Deitada em cama ginecológica () Deitada de lado

- () De cócoras () Sentada na cadeira de parto () De Gaskin (de quatro) () Sentada no banco de parto () Semi-sentada em cama ginecológica () De cócoras com apoio ()
 De pé () Decidirei na hora () Outra:

Eu ainda gostaria de:



- ☐ Empurrar o bebê apenas quando eu sentir necessidade (Puxo espontâneo) ☐ Empurrar quando direcionada pelo obstetra ou acompanhante
- ☐ Não ter limites de tempo para o período expulsivo, desde que eu e meu bebê estejamos bem
- ☐ Receber analgesia farmacológica antes do início do período expulsivo
- ☐ Receber nova dose de analgesia durante o período expulsivo se sentir dor neste momento
- ☐ Ver o nascimento por um espelho
- ☐ Tocar a cabeça do meu bebê assim que ela coroar
- ☐ Outro:

Sobre a episiotomia:

- ☐ Usar massagem perineal, compressas mornas e posicionamento primeiro ☐ Eu prefiro o risco de uma laceração do que ter uma episiotomia ☐ Eu prefiro uma episiotomia a uma laceração
- ☐ Desejo ter uma episiotomia como último recurso
- ☐ Desejo ter uma episiotomia de pressão
- ☐ Desejo ter uma episiotomia se o obstetra achar necessário
- ☐ Ver o nascimento por um espelho

Se for necessário um parto vaginal assistido, eu prefiro:

- ☐ Uso de fórceps
- ☐ Uso de vácuo extrator
- ☐ Que o obstetra decida qual o melhor instrumento para o parto assistido.

Se uma cesariana for necessária:

- ☐ Eu gostaria de estar consciente durante o procedimento



() Gostaria de ter meu parceiro comigo durante todo o tempo () Gostaria de ter o campo abaixado de maneira que possa ver o bebê saindo () Gostaria de tocar meu bebê, por favor deixem minhas mãos livres () Por favor explique a cirurgia para mim enquanto ela acontece () Outro:

VI- Depois do nascimento

O cordão umbilical

() Meu parceiro gostaria de cortá-lo
 () Espere até que o cordão pare de pulsar para cortá-lo
 () O sangue de cordão será colhido pela empresa
 _____. Entrar em contato com
 _____ pelo telefone_____.

A placenta:

() Gostaria de ver a placenta depois que ela saísse
 () Não gostaria de ver a placenta depois que ela saísse

Gostaria de segurar meu bebê:

() Imediatamente após o nascimento, por favor, coloque meu bebê em meu abdome () Depois de ser aspirado
 () Depois de ser pesado
 () Depois de ser limpo e enrolado
 () Outro: _____

Gostaria amamentar:

() Imediatamente após o nascimento
 () Depois o bebê ser limpo e enrolado
 () Mais tarde
 () Em momento algum

Gostaria que membros da família:

() Seja permitida visita no quarto logo após o parto



- () Seja permitida visita no quarto _____ horas após o parto () Vejam o bebê apenas no berçário antes de ir para o quarto
- () Não desejo visitas

Procedimentos com o recém-nascido

- () Gostaria que o primeiro exame médico seja feito em minha presença
- () Gostaria que o primeiro exame médico fosse feito apenas depois de já termos estabelecido um vínculo mãe-bebê
- () Não é necessário que eu assista o primeiro exame
- () Meu parceiro deseja assistir o primeiro exame
- () Desejo que meu bebê receba colírio de Nitrato de Prata
- () Desejo que meu bebê receba vitamina K intramuscular

VII- Primeiras horas

Primeiro banho do meu bebê

- () Eu gostaria de estar presente
- () Eu não faço questão de estar presente
- () Meu parceiro gostaria de estar presente
- () Eu prefiro que o primeiro banho seja dado por mim

Amamentação

- () Planejo amamentar exclusivamente
- () Planejo usar fórmula láctea
- () Planejo amamentar e complementar com fórmula
- () Planejo amamentar em livre demanda
- () Planejo amamentar com horário predeterminado
- () Gostaria de receber um especialista em lactação na maternidade, logo após o parto

Por favor, não ofereça ao bebê:

- () Fórmula láctea
- () Água açucarada (ou com glicose)

☐ Chupeta

Gostaria de ter meu bebê:

☐ No meu quarto 24 horas

☐ No meu quarto apenas durante o dia

☐ No meu quarto apenas se eu estiver acordada

☐ No berçário exceto no momento de amamentar

☐ Outros: _____

Quero que meu parceiro:

☐ Tenha visita ilimitada

☐ Tenha horário de visita limitado

☐ Durma no meu quarto

Membros da família:

☐ Podem ter visita ilimitada

☐ Podem visitar apenas nos horários predeterminados de visita do hospital

☐ Não quero visitas durante a internação

ANEXO D – PLANO ESTANDARDIZADO HU - USP



Seu retorno para conversarmos novamente será dia: ____/____/____ às ____:____. Local:_____.

Venha com a pessoa que você escolheu para estar junto na hora do parto!

Plano de Parto – Hospital Universitário da USP

Nome:_____

_____ Data de Nascimento:_____/_____/_____ Data Provável do

Parto:_____/_____/_____

O Plano de Parto é um meio de comunicação entre a gestante e a equipe que a atende. Dessa forma, criar o seu Plano de Parto é uma oportunidade para refletir e discutir assuntos relacionados com o nascimento, envolvendo o seu companheiro, os seus familiares e a equipe de saúde que irá assisti-la.

Gostaríamos que pensasse nas questões abaixo, conversasse com a equipe de saúde (médicos e enfermeiras) durante a consulta de pré-natal e preenchesse esse questionário com seus desejos, pensamentos e dúvidas.

A partir do oitavo mês de gestação você poderá participar de grupos de orientação, exceto se sua gestação se tornar de ALTO RISCO. Até o nono mês de gravidez uma versão final desse documento será elaborada para que você entregue à equipe de saúde quando você for ter o seu bebê.

É importante lembrar que o Plano de Parto pode ser alterado, tanto por uma mudança de opinião de sua parte como por alguma questão médica que se faça presente. Qualquer alteração deverá ser sempre conversada com a equipe que a acompanha e documentada no Plano de Parto.

SOBRE A MATERNIDADE DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO (HU) DA USP

A Equipe de saúde da Maternidade do HU (médicos e enfermeiras obstétricas) faz parte da Universidade de São Paulo. Como hospital-escola, conta com profissionais de saúde formados e em formação. Assim, você será avaliada, geralmente, por um profissional em formação **sempre sob supervisão** de profissional formado mais experiente. A maternidade do HU não é referência para atendimento de gestação de alto risco.

O HU adota princípios do parto humanizado e todas as recomendações

legais vigentes: a) Não é necessário que se realize a depilação na região perineal.

b) Não é indicada a realização de lavagem intestinal de rotina.

c) Não utilizamos ocitocina ou realizamos amniotomia de rotina.

d) A Maternidade do HU oferece métodos não farmacológicos e farmacológicos de alívio da dor durante o trabalho de parto. Porém não dispomos de banheira neste serviço.

e) Durante o trabalho de parto você pode optar pela posição mais confortável e poderá se movimentar livremente, o que é benéfico para a evolução do trabalho de parto, desde que as suas condições e do seu bebê o permitam.

f) Durante o trabalho de parto não há necessidade de manter jejum. Será oferecida alimentação leve desde que não haja restrições médicas e não é permitido trazer alimentos para as pacientes.

g) O parto é realizado em camas que permitem as posições deitadas ou verticalizadas (sentada e semissentada).

h) Na internação será coletada amostra de sangue para a análise do tipo sanguíneo, sorologia de sífilis (**Portaria GM/MS nº 766/ 2004**) e de HIV (**Decreto Municipal nº 55.114/ 2014 e Resolução SS-SP nº 74/ 2014**).

i) O clampeamento do cordão será realizado após os batimentos cessarem (intervalo de 1 a 3 minutos), ou a qualquer momento, se houver necessidade para melhor atender o seu bebê.

j) Após o parto será realizado o nitrato de prata a 1% (Credé) nos olhos do bebê. (**Decreto Estadual nº 9.713/ 1977**).

k) Por ser um hospital com equipe profissional admitida por concurso, não é possível a atuação de profissionais externos (médicos, enfermeiras, obstetizes, fisioterapeutas e doulas) neste estabelecimento.

l) Na superlotação da Maternidade, ou seja, sem leito para novas internações para a mulher e/ou para o seu bebê, a equipe de saúde poderá solicitar transferência para outro serviço por meio de Central de Regulação de vagas. Caso ocorrer o parto em situação de superlotação da Maternidade, o bebê poderá ficar no berçário e a mulher em maca aguardando vaga.

1) Conhecendo um pouco mais sobre a Maternidade do HU e as condutas realizadas aqui, você gostaria de dar a luz nesse hospital?

☐ Sim

☐ Não

☐ Ainda não sei

Comentários sobre o hospital:

2) Sobre você e seu bebê**a) VOCÊ tem algum problema de saúde?**

- ☐ Sim
☐ Não
☐ Não sei

Dúvidas e comentários sobre minha doença:

b) Seu BEBÊ tem alguma doença?

- ☐ Sim
☐ Não
☐ Não sei

Dúvidas e comentários sobre a doença do bebê:

c) Existe indicação médica para cesárea:

- ☐ Sim (pular os itens 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10)
☐ Não
☐ Não sei

Comentários:

TRABALHO DE PARTO E PARTO**3) Acompanhante**

Ter alguém presente para apoiá-la, durante o trabalho de parto, parto e puerpério, pode ser útil e ajuda na sua confiança e tranquilidade neste momento tão importante. Este direito é assegurado por lei (**Lei Federal nº 11.108/ 2005 e Lei Estadual nº 13.069/ 2008**). Algumas orientações serão fornecidas pela equipe durante o trabalho de parto, parto e puerpério para incentivar a atuação do acompanhante.

☐ Gostaria de ter um acompanhante durante o trabalho de parto, parto e puerpério. ☐ Eu não gostaria de ter um acompanhante durante o trabalho de parto, parto e puerpério. ☐ Eu não tenho certeza ainda se gostaria de ter um acompanhante durante o trabalho de parto, parto e puerpério.

Comentários sobre acompanhante:

A pessoa que desejo que esteja comigo no meu parto é:

4) Recursos durante o trabalho de parto

Durante o trabalho de parto, alguns recursos podem ajudá-la a mudar de posição e movimentação e podem proporcionar melhora da dor. Temos bolas fisioterápicas e balanços pélvicos (cavalinho) disponíveis para serem usados durante o trabalho de parto.

- ☐ Eu planejo usar bola ou cavalinho durante o trabalho de parto.
- ☐ Eu não planejo usar bola ou cavalinho durante o trabalho de parto.
- ☐ Eu não tenho certeza.

Meus comentários sobre os recursos durante o trabalho de parto:

5) Movimentação durante o trabalho de parto

Mantenha-se ativa (movimente-se) durante o tempo que você se sentir confortável. Isto ajuda o progresso do trabalho de parto e alívio das dores. Há um espaço destinado para as gestantes poderem caminhar.

- ☐ Gostaria de me movimentar durante o trabalho de parto.
- ☐ Eu não gostaria de me movimentar durante o trabalho de parto.
- ☐ Eu ainda não tenho certeza se gostaria de me movimentar durante o trabalho de parto.

Meus comentários sobre me movimentar durante o trabalho:

6) Outras opções de alívio da dor durante o trabalho de parto

- ☐ Eu gostaria de tentar a respiração e o relaxamento.
- ☐ Eu gostaria de tentar o banho de aspersão (ducha).
- ☐ Eu gostaria de tentar a realização de escalda - pés.
- ☐ Eu gostaria de tentar utilizar o espaldar.
- ☐ Eu gostaria que meu acompanhante realizasse massagem.
- ☐ Eu gostaria de tomar medicamentos injetáveis para aliviar a dor.
- ☐ Eu gostaria de tentar uma anestesia nas costas, se disponível no momento do trabalho de parto.
- ☐ Eu não gostaria de utilizar qualquer método para alívio da dor.
- ☐ Eu ainda não tenho certeza se gostaria de utilizar qualquer método para alívio da dor.

Meus comentários sobre as opções para alívio da dor durante o trabalho de parto:

7) Monitoração fetal durante o trabalho de parto

A monitoração fetal é feita pela avaliação dos batimentos cardíacos do bebê. Todos os bebês são monitorados durante o trabalho de parto para se certificar de que não há nenhum problema. Pode ser feita de maneira contínua ou intermitente (realizada por períodos curtos, em intervalos regulares). Sempre que possível, faremos opção pela monitoração fetal intermitente.

- ☐ Eu discuti com a equipe de saúde sobre a monitoração do coração do bebê.
- ☐ Eu não discuti com a equipe de saúde sobre a monitoração do coração do bebê.

Meus comentários sobre a monitoração do bebê durante o trabalho de parto e parto:

8) Parto Normal

O trabalho de parto é dito espontâneo quando as contrações que levam ao parto se iniciam de maneira natural. O início do trabalho de parto, **fase de latência**, é mais lento, com contrações fracas, irregulares podendo demorar horas ou dias e a dilatação do colo uterino também é lenta. Após a fase de latência, vem a **fase ativa** durante a qual as contrações ficam mais frequentes, regulares, de intensidade cada vez mais forte e a dilatação aumenta mais rápido. É neste período que há indicação de internação na maternidade. Após a fase ativa vem o **período expulsivo** do trabalho de parto, no qual a dilatação é completa (10 cm), as contrações ficam mais fortes e o bebê desce no canal de parto até o nascimento. No parto normal, na grande maioria dos casos a recuperação é rápida. No HU-USP, em 2022, **41%** dos partos foram normais, assistidos por uma equipe multidisciplinar habilitado e capacitado para tal.

☐ Eu discuti com a equipe médica sobre as possibilidades do parto normal. ☐ Eu não discuti com a equipe médica sobre as possibilidades do parto normal.

Meus comentários sobre a realização do parto normal:

9) Episiotomia

A episiotomia é um corte no períneo (área entre a vagina e ânus) que será realizado com anestesia local ou regional (raqui, peridural ou duplo-bloqueio). A episiotomia **NÃO** é realizada de rotina em nosso serviço. Em 2022, a incidência de episiotomia foi de **10%** dos partos normais realizados no HU.

a) Episiotomia quando há risco de sofrimento fetal

A episiotomia pode ser necessária se o bebê tiver falta de oxigênio e precisar nascer rapidamente, se for necessário fórceps ou se houver dificuldades no nascimento. Nessas condições a não realização da episiotomia implica em aumento de risco para o bebê.

☐ Eu discuti com a equipe de saúde sobre a episiotomia no caso de risco para o bebê. ☐ Eu não discuti com a equipe de saúde sobre a episiotomia no caso de risco para o bebê.

Meus comentários sobre a eventual necessidade de uma episiotomia quando há risco para o bebê:

b) Episiotomia quando há risco de rotura perineal grave

Outro motivo para que seja feita episiotomia é o risco de rotura do períneo. Rotura do períneo é quando há rompimento da região da vagina, vulva e ânus. Quando a equipe avalia que há risco de rotura perineal grave ela conversará com você sobre a necessidade de realização de episiotomia. Nos casos em que a decisão foi pela não realização de episiotomia ocorreu o rompimento desta região em **51%** segundo os dados do serviço em 2022. Esta rotura foi de primeiro (só mucosa da vagina – **33%**) e de segundo grau (mucosa e músculos da vagina – **17%**). Não houve rotura de terceiro (rotura dos músculos que ficam em volta do ânus – **0%**) e de quarto grau (rotura do intestino e ânus – **0%**). Nos casos que ocorrer uma lesão grave (rotura de terceiro e quarto grau), mesmo após a correção cirúrgica imediata,

você poderá apresentar como consequência a perda de gases ou de fezes sem perceber. Após o fechamento da episiotomia, poderá ser necessária a realização do toque retal para avaliar se os pontos estão adequados.

☐ Discuti a realização de episiotomia por risco de rotura perineal com a equipe e **QUERO QUE**, se a equipe avaliar que há risco de rotura perineal, seja realizada a episiotomia.

☐ Discuti a realização de episiotomia por risco de rotura perineal grave com a equipe e **NÃO QUERO** que seja realizada episiotomia, sendo que **ASSUMO OS RISCOS E AS CONSEQUÊNCIAS DA MINHA DECISÃO**.

Meus comentários sobre a eventual necessidade de uma episiotomia por risco de rotura perineal:

10) Fórcepe

O fórcepe é um instrumento utilizado para ajudar o bebê no nascimento. Está indicado nos casos com necessidade de acelerar a saída do bebê quando há sinais de sofrimento no momento do nascimento. Pode, também, ser necessário em situações de exaustão materna ou em situações específicas, quando a cabeça do bebê não está na posição adequada para o nascimento.

Ele é necessário em um número pequeno de partos. No ano de 2022, houve necessidade da realização do fórcepe em 5% dos partos do HU. Neste serviço não se utiliza vácuo-extrator para o parto.

☐ Eu discuti com a equipe médica sobre as possibilidades do parto fórcepe.

☐ Eu não discuti com a equipe médica sobre as possibilidades do parto fórcepe.

Meus comentários sobre a realização do fórcepe:

11) Cesárea

A cesariana é um procedimento cirúrgico através do qual o bebê nasce por meio de um corte na barriga e no útero. Este tipo de parto, quando indicado por razões médicas, será realizado quando for a opção mais segura para você e seu bebê. Em 2022, a incidência de cesárea foi de 52% nos partos realizados no HU. Toda cesariana é realizada com anestesia, depilação na região do corte e sondagem urinária.

☐ Eu discuti com a equipe médica sobre as possibilidades da cesárea.

☐ Eu não discuti com a equipe médica sobre as possibilidades da cesárea. Meus comentários sobre a realização da cesárea:

12) Cesárea a pedido

A **Lei Estadual 17.137/19** garante que a mulher com 39 semanas de idade gestacional ou mais e que estiver em **TRABALHO DE PARTO**, possa escolher a **CESÁREA** como via de parto por sua própria vontade, sem indicação médica para isso. **É importante deixar claro que o direito a cesárea a pedido previsto nesta lei só é possível para mulheres que estejam em trabalho de parto e que tenham idade gestacional de 39 semanas ou mais comprovada por**

ultrassonografia (Norma Técnica SS 84 de 2019), desde que as condições clínicas da mãe e do feto permitam. Para confirmar a idade gestacional, o ideal é ter uma ultrassonografia realizada no início da gravidez.

A cesárea, especialmente realizada durante o trabalho de parto, apresenta maiores riscos à mãe, sendo que os mais comuns são: infecção no útero, hemorragia (sangramento), atonia uterina (quando o útero não contrai após o nascimento do bebê), histerectomia (retirada cirúrgica do útero), lesão da bexiga, lesão do ureter, possibilidade de transfusão de sangue e infecção no corte da cesárea, sendo excepcional a ocorrência de óbito. Mas também complicações maternas e/ou inerentes à anestesia, tais como: problemas respiratórios, circulatórios, renais, aderências pós-operatórias, alergias, cefaleia pós-punção e outros. Para o bebê, a cesárea apresenta maior risco de desconforto respiratório e de lesões causadas pela incisão do útero. As cesáreas sucessivas apresentam riscos aumentados de alteração do local de formação da placenta em gestações futuras com maior risco de hemorragia. Um dos grandes receios das pacientes e que acabam estimulando a escolha pela cesárea a pedido é o medo da dor do trabalho de parto; a Maternidade do HU oferece métodos não farmacológicos e farmacológicos para o alívio da dor durante o trabalho de parto. A cesárea a pedido sendo procedimento eletivo, os partos de urgência serão priorizados.

☐ Eu discuti com a equipe médica sobre as possibilidades da cesárea a pedido ☐ Eu não discuti com a equipe médica sobre as possibilidades da cesárea a pedido Meus comentários sobre a realização da cesárea a pedido:

13) O que acontece após a saída da placenta

Depois que o bebê nascer será utilizado uma medicação chamada ocitocina, que ajuda na contração do útero e diminui o risco de hemorragia após o parto.

☐ Eu discuti com a equipe o uso de ocitocina após o parto.
☐ Eu não discuti com a equipe o uso de ocitocina após o parto.
 Meus comentários sobre o uso da ocitocina após a dequitação da placenta:

APÓS O NASCIMENTO DO BEBÊ

14) O contato pele a pele com seu bebê

Na sala de parto há sempre um profissional habilitado em reanimação neonatal. Esse profissional é responsável pelo bebê. Imediatamente após o nascimento é realizada a avaliação do bebê e, dependendo da condição do bebê, poderá haver necessidade de cuidados imediatos. Se tudo estiver bem com o seu filho você:

☐ Gostaria que fosse colocado em contato pele a pele.
☐ Gostaria que fosse limpo e envolto em uma coberta antes de ser dado a mim. ☐ Eu não tenho certeza ainda se gostaria que fosse colocado em contato pele a pele.

Meus comentários sobre o contato pele a pele:

15) Aspiração de vias aéreas

A aspiração da boca e narinas do recém-nascido não é indicada rotineiramente. Só será feita se houver alguma situação clínica de risco para seu bebê que indique este procedimento.

☐ Eu discuti com a equipe de saúde sobre a aspiração da boca e narinas do recém-nascido em caso de risco para o bebê.

☐ Eu não discuti com a equipe de saúde sobre a aspiração da boca e narinas do recém-nascido em caso de risco para o bebê.

Meus comentários sobre a aspiração das vias aéreas:

16) Colírio (Credé)

Para prevenção de infecção ocular grave no recém-nascido, é obrigatória a aplicação de colírio de nitrato de prata a 1%, uma gota em cada um dos olhos, até uma hora após o nascimento, uma única vez (**Decreto Estadual nº 9.713/ 1977**).

☐ Eu estou esclarecida sobre a importância da administração do colírio de nitrato de prata no meu filho.

☐ Eu não estou esclarecida sobre a importância da administração do colírio de nitrato de prata no meu filho.

Meus comentários sobre o colírio:

17) Vitamina K

Para prevenir sangramentos, eventualmente graves, no recém-nascido (doença hemorrágica do recém-nascido), é recomendada a administração de vitamina K (**Portaria MS nº 1.067/ 2005**). No HU a vitamina K é feita rotineiramente pela via oral, sendo realizada a via injetável em determinados casos de maior risco.

☐ Eu estou esclarecida sobre o uso de vitamina K .

☐ Eu não estou esclarecida sobre o uso de vitamina K .

Meus comentários sobre a vitamina K:

18) Vacinas

Existem vacinas que são obrigatórias em nosso país determinadas por lei (**Decreto nº 78.231/ 1976, que regulamenta a Lei nº 6.259/ 1975, artigos 27 e 29**). Porém, esta é uma decisão dos responsáveis pelo recém-nascido, exceto nas mães portadoras do vírus de Hepatite B, quando o uso de vacina e de imunoglobulina é obrigatório logo após o parto. O HU oferece vacinas contra a Hepatite B e a Tuberculose (vacina BCG), aplicadas durante a internação. Caso seu (sua) filho(a) tenha condições de receber as vacinas, você:

- ☐ Gostaria que fosse feita a vacina contra a Hepatite B.
☐ Gostaria que fosse feita a vacina BCG.
☐ Não gostaria que fosse feita nenhuma vacina e me responsabilizo por fazê-la após a alta.

Meus comentários sobre a vacinação:

19) Outros comentários que gostaria de fazer sobre meu plano de parto:

20) Situações de não conformidade, esclarecimento de dúvidas e modificações (após discussão com a equipe multiprofissional):

São Paulo, ____ de _____ de ____.

Paciente

Médico Orientador

ANEXO E – PLANO ESTANDARDIZADO GERAL – DEFENSORIA DE SÃO PAULO



PLANO DE PARTO

NOME:

ENDEREÇO:

TELEFONE:

E-MAIL:

DATA:

Durante o Trabalho de parto:

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

Parto (hora do nascimento):

8. Liberdade para escolher a posição que me sentir melhor:

() SIM () NÃO

9. Episiotomia (corte na vagina) – somente se necessário com justificativa:

() SIM () NÃO

10. Manobra de Kristeller (profissional de saúde faz pressão no fundo do útero para empurrar o bebê para fora):

() SIM () NÃO

11. Ruptura artificial de bolsa, por rotina:

() SIM () NÃO

12. Amarração dos braços e das pernas durante o parto:

() SIM () NÃO

13. Bebê imediatamente colocado no colo para o contato pele a pele:

() SIM () NÃO

Após o parto:

14. Aguardar expulsão espontânea da placenta com auxílio da amamentação
() SIM () NÃO

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

() SIM () NÃO

16. Alta o quanto antes.

() SIM () NÃO

Caso a cirurgia cesariana seja necessária.

17. Presença do acompanhante:

() SIM () NÃO

18. Anestesia: peridural, sem sedação.

() SIM () NÃO

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

() SIM () NÃO

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

() SIM () NÃO

21. Amamentação o quanto antes.

() SIM () NÃO

24. Alojamento conjunto o tempo todo.

() SIM () NÃO

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

() SIM () NÃO

Cuidados com o bebê:

22. Amamentação na primeira hora de vida:

() SIM () NÃO

23. Oferecimento de água glicosada ou leite artificial: () SIM () NÃO

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

Assinatura: _____

Protocolo: _____

Recebido em _____

Por _____ (nome _____ e
função): _____

Hospital: _____

Estado de São Paulo – CAM Central e Associação Artemis (www.artemis.org.br)

ANEXO F – PLANO ESTANDARDIZADO GERAL – DESPERTAR DO PARTO



Meu Plano de Parto

Dados iniciais

Meu nome é: _____

Nome do meu bebê: _____

Data provável do parto (40 semanas): _____

Meu parto será acompanhado por:

() Meu médico obstetra contratado: _____

() Enfermeira obstetra/obstetriz contratada: _____

() Pediatra contratado: _____

() Equipe plantonista da Maternidade: _____

Hospital de escolha: _____

Terei o apoio das seguintes pessoas:

Meu acompanhante de escolha no parto (garantido pela Lei Federal 11.108) será: _____

Minha doula será: _____

Gostaríamos de ter a visita dos nossos outros filhos:

() durante o trabalho de parto

() depois do nascimento do bebê

() em nenhum momento

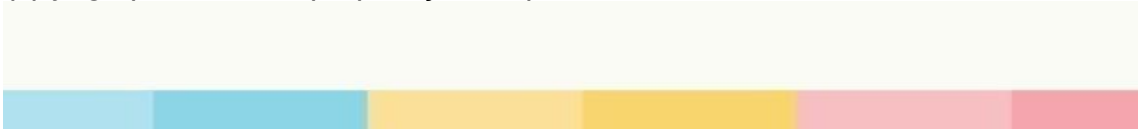
Estamos frequentando ou pretendemos frequentar os seguintes cursos:

() curso de pré-natal da maternidade

() curso de pré-natal oferecido por _____

() grupo de gestantes / grupos de apoio ao parto _____

() yoga pré-natal ou preparação corporal



() visita ao hospital

Estou informada baseada dos seguintes estudos (livros / artigos / sites):

Existe algo que gostaria que soubessem de nós (colocar aqui se preciso, questões importantes, medos específicos ou preocupações):

Condução no Parto e Pós-Parto

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

Trabalho de parto (fase latente e ativa):

- Não quero tricotomia (raspagem dos pelos pubianos) e enema (lavagem intestinal);
- Gostaria de usar minhas próprias roupas e não avental do hospital;
- Sem perfusão de soro com ocitocina ou outros hormônios;
- Liberdade de alimentar-me e beber líquidos;
- Sem rompimento artificial da bolsa amniótica;
- Gostaria de ter o menor número de exames de toque possíveis;
- Gostaria que a monitoração dos batimentos cardíacos do bebê fosse feito com frequência adequada e preferencialmente na posição que eu estiver, pois sei que deitar de barriga para cima para ser avaliada não será uma posição muito confortável para mim.

Para alívio da dor: As medidas abaixo são comprovadamente eficazes para o alívio da dor, portanto gostaria de:

() usar medidas de apoio e de conforto dadas pela pessoa de apoio (doula, enfermeira, acompanhante), entre elas:

() uso do chuveiro

() caminhar

() massagem

() bolsa de água quente na lombar ou baixo ventre

() liberdade para movimentar-me

() ouvir a minha própria música

() uso da banheira (banho de imersão)

() escolher posição que quero ficar

() usar a bola de parto

() usar analgesia farmacológica adicionalmente às medidas de apoio e de conforto

() preferencialmente não usar analgesia farmacológica. Pedirei se sentir necessidade.

() outras medidas: _____

Parto (fase expulsiva e nascimento do bebê):

- Não gostaria de mudar de sala (ir para o centro cirúrgico) para o bebê nascer;
- Prefiro a posição vertical: ficar de cócoras, na banqueta de parto ou semissentada (costas apoiadas), tendo a possibilidade de escolher a posição que me sentir melhor no momento;
- Se deitada não colocar minhas pernas nas perneiras;
- Prefiro fazer força só durante as contrações, quando eu sentir vontade, em vez de ser guiada;
- Gostaria de um ambiente especialmente calmo nesta hora;
- Não permito que minha barriga seja empurrada para baixo;
- Episiotomia: só se for realmente necessário. Não gostaria que fosse uma intervenção de rotina;
- Gostaria que as luzes fossem apagadas (penumbra) e o ar condicionado desligado na hora do nascimento;
- Gostaria que meu bebê nascesse em ambiente calmo e silencioso;
- Gostaria de ter meu bebê colocado imediatamente no meu colo após o parto no contato pele a pele, com liberdade para amamentar;
- Quero que se espere o cordão parar de pulsar para só depois ser cortado

Gostaria que o pai cortasse o cordão.

Após o Parto

Cuidados comigo:

- Aguardar a expulsão espontânea da placenta, ou ter o manejo ativo se necessário, se possível com o auxílio da amamentação;
- Não receber sedação após o parto;
- Liberação para o apartamento o quanto antes com o bebê junto comigo. Quero estar ao seu lado nas primeiras horas de vida;
- Alta hospitalar o quanto antes.

Cuidados com o bebê:

- Não quero que meu bebê receba aspiração das vias aéreas, apenas se estiver com dificuldade de estabelecer a respiração;
- Não quero que meu bebê receba aspiração gástrica, apenas se realmente necessário depois das primeiras horas de vida;

- CREDÊ (colírio de nitrato de prata): como meus exames forma negativos para gonorreia e clamídia, não gostaria que meu bebê recebesse o colírio. Caso necessário, somente após algumas horas de contato comigo;
- Administração de vitamina K injetável (eficaz para evitar doença hemorrágica do recém-nascido) preferencialmente no meu colo;
- Administração da vacina da hepatite B preferencialmente no meu colo;
- Ter o bebê comigo o tempo todo enquanto eu estiver na sala de parto, mesmo para exames e avaliação;
- Caso o bebê precise de atendimento e seja levado, o pai deverá acompanhá-lo o tempo todo

Primeiro BANHO do bebê:

Observação: hoje se sabe que é importante o bebê ser contaminado pela flora bacteriana da mãe e do pai. O banho feito no berçário traz outras bactérias que não serão familiares ao meio em que o bebê irá ficar, por isso mesmo a própria OMS recomenda não dar o banho no hospital ou se o fizer, que seja após no mínimo 6 horas de vida após contato prioritário com os pais. O bebê nasce apenas com secreções do parto que geralmente são facilmente limpas com um pano macio e seco.

- ☐ não gostaria que meu bebê tomasse banho no hospital, o darei em casa.
- ☐ eu darei o banho no quarto, conto com o apoio de uma enfermeira.
- ☐ prefiro que a enfermagem dê o banho no berçário.
- ☐ gostaria de fazer as trocas (ou eu ou meu marido/acompanhante).



Amamentação e alojamento conjunto:

- ☐ quero fazer a amamentação sob livre demanda.
- ☐ em hipótese alguma, oferecer água glicosada, bicos ou qualquer outra coisa ao bebê.
- ☐ alojamento conjunto o tempo todo. Pedirei para levar o bebê caso esteja muito cansada ou necessite de ajuda.

Caso a cesárea seja necessária

- Quero o início do trabalho de parto antes de se resolver pela cesárea;
- Quero a presença da doula e de marido na sala de parto;
- Gostaria que as luzes e ruídos fossem reduzidas e o ar condicionado desligado;
- Na hora do nascimento gostaria que o campo fosse abaixado para que eu possa vê-lo nascer e se possível passar o bebê por debaixo do campo;
- Após o nascimento, gostaria que colocassem o bebê sobre meu peito no contato PELE a PELE e que minhas mãos estejam livres para segura-lo;
- Gostaria de permanecer com o bebe no contato PELE a PELE enquanto estiver na sala de cirurgia sendo costurada;
- Também gostaria de tentar amamentar o bebê com a ajuda de um profissional neste momento;

- Não quero ser sedada após a cesárea;
- Gostaria que meu bebê e meu acompanhante (ou doula) estivessem comigo na recuperação cirúrgica;
- Não ter meu bebê levado para o berçário;
- Ter alojamento conjunto o quanto antes.

Plano de Parto inspirado no guia “Assistência ao Parto Normal: um guia prático”, da Organização Mundial de Saúde – 2000 e no livro “Parto Normal ou Cesárea: tudo o que as mulheres deveriam saber” da Ana Cris Duarte e Simone Grilo Diniz – Ed. Unesp – 200.

ANEXO G – PLANO ESTANDARDIZADO GERAL – JUSBRASIL

MODELO DE PLANO DE PARTO

Ao Diretor do Hospital/Maternidade _____ (colocar nome da maternidade)

Eu _____ (nome completo da gestante) e meu acompanhante _____ (nome completo), vimos por este documento, formalizar nossas escolhas para o momento do pré parto, parto e pós parto do (a) nosso (a) filho (a) _____ (nome do bebe) no hospital _____ (nome do hospital), em acordo com todas as recomendações da Organização Mundial da Saúde e diretrizes do Ministério da Saúde Brasileiro, assim como em conformidade com a legislação vigente. Declaramos que “estamos cientes que o parto pode tomar diferentes rumos; contudo, listamos nossas preferências em relação ao parto e nascimento do nosso (a) filho (a) caso tudo transcorra bem. Sempre que os planos não puderem ser seguidos, gostaríamos de ser previamente consultados e avisados a respeito das alternativas e procedimentos que serão utilizados”.

Nossas preferências em acordo com a legislação federal que garante presença do acompanhante Lei 11.108/2015 e presença de doula Lei estadual nº _____ (colocar a lei do seu estado ou município) e seguindo as orientações gerais da OMS para o parto desejamos que durante o **trabalho de parto, parto e pós-parto:**

(aqui nessa lista deixar suas preferências, conforme as opções de exemplo – lembrando que não há regra e você pode fazer as escolhas que mais adequem a realidade da sua família depois de conversado com sua equipe).

Preferências durante o **trabalho de parto:**

- Presença do meu marido e doula, conforme garantido pelas leis acima citadas;
- Sem tricotomia (raspagem dos pelos pubianos) e enema (lavagem intestinal);
- Sem perfusão contínua de soro ou ocitocina;
- Liberdade para beber líquidos enquanto seja tolerado;
- Liberdade para caminhar e escolha da melhor posição durante o trabalho de parto;
- Monitoramento fetal: apenas o essencial, sem ser contínuo caso desnecessário;
- Analgesia: peço que (não) seja oferecido anestésico ou analgésico e deem-se preferências para alívios não farmacológicos de alívio à dor;
- Sem rompimento artificial da bolsa.

Preferências durante o **Parto:**

- A parturiente prefere ficar de cócoras ou semi-sentada (costas apoiadas);
- Prefere fazer força só durante as contrações, quando sentir vontade, em vez de ser guiada. Gostaria de um ambiente especialmente tranquilo nessa hora
- Manifestar vontade de uso de celular, música, etc...
- Não tolera que a barriga seja empurrada para baixo;
- Episiotomia: não gostaria que fosse intervenção de rotina.
- Gostaria que as luzes fossem diminuídas e o ar condicionado desligado na hora do nascimento, para que nosso bebe possa nascer em um ambiente calmo e silencioso;
- Gostaria de carregar o bebê logo após o nascimento e que seja amamentado na primeira hora (ainda que cesárea);

- Gostaria que o cordão umbilical fosse cortado pelo acompanhante após parar de pulsar.

Preferências após o parto:

Aguardar a expulsão espontânea da placenta, sem manobras, tração ou massagens.

- Se possível, ter auxílio na amamentação;
- Ter o bebê com a mãe o tempo todos enquanto estiver na sala de parto, mesmo para exames e avaliação;
- Liberação para o apartamento o quanto antes com o bebê junto com a mãe, de forma que estejam lado a lado nas primeiras horas de vida;

Preferências nos cuidados com o bebê:

- Administração do nitrato de prata ou antibióticos oftálmicos apenas se necessário e somente após o contato com a mãe nas primeiras horas de vida;
- Administração de vitamina K oral (nos comprometemos em dar continuidade nas doses);
- Amamentação sob livre demanda;
- Em hipótese alguma oferecer água glicosada, bicos ou qualquer outra coisa ao bebê;
- Alojamento conjunto o tempo todo. A parturiente pedirá para levar o bebê caso necessite;
- Gostaria a mãe de ser a primeira a dar o banho e fazer as trocas (ou o meu acompanhante);

Preferências no caso de cesárea necessária:

- Início de trabalho de parto antes da cesárea;
- Presença de doula e acompanhante na sala de cirurgia;
- Anestesia: peridural, sem sedação;
- A gestante gostaria que o campo cirúrgico fosse abaixado para que possa ver seu bebê nascer;
- Gostaria que as luzes e ruídos fossem reduzidos e o ar condicionado desligado no momento do nascimento;
- Gostaria que o bebê fosse colocado sobre o peito da mãe logo após o nascimento e que as mãos estejam livres para segurá-lo;
- Gostaria que o bebê assim permanecesse enquanto estiver na sala de cirurgia;
- Gostaria de amamentar e ter alojamento conjunto o quanto antes.

Estando as preferências acima citadas em conformidade com as diretrizes básicas da saúde, agradecemos desde já o apoio de toda equipe médica e seus esforços para que esse momento seja tranquilo e respeitoso para todos os envolvidos.

Desde já, muito gratos.

Sendo assim, assinamos o presente e protocolamos em duas vias neste hospital.

Local e data,

Assinatura da Mãe

Assinatura do Pai

ANEXO H – PLANO INDIVIDUAL – DEMÉTER

Meu Plano de Parto

Dados iniciais

Meu nome é: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

Nome do meu bebê: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx DPP: xxxxxxxxx

Meu parto será acompanhado por:

Minha médica obstetra: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

Enfermeira obstetra contratada: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

Pediatra plantonista da Maternidade

Hospital de escolha: xxxxxxxxx

Terei o apoio das seguintes pessoas:

Meu acompanhante de escolha no parto (garantido pela Lei Federal 11.108/2005) será: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

Minha doula será: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx (garantida pela Lei Estadual 10.648/2016)

Condução no Parto e Pós-Parto

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

Trabalho de parto (fase latente e ativa):

- **Não quero** tricotomia (raspagem dos pelos pubianos) e enema (lavagem intestinal);
- **Gostaria** de usar minhas próprias roupas;
- *Preferencialmente* sem perfusão de soro com ocitocina;
- Liberdade de alimentar-me e beber líquidos;
- *Preferencialmente* sem rompimento artificial da bolsa amniótica;
- **Gostaria** de ter o menor número de exames de toque possíveis;
- **Gostaria** que a monitoração dos batimentos cardíacos do bebê fosse feita com frequência adequada e *preferencialmente* na posição que eu estiver, pois sei que deitar de barriga para cima para ser avaliada **não será** uma posição muito confortável *para mim*.

Para alívio da dor **gostaria** de usar medidas de apoio e de conforto dadas pela pessoa de apoio (doula, enfermeira, acompanhante), entre elas:

- uso do chuveiro
- caminhar
- massagem
- bolsa de água quente na lombar ou baixo ventre
- liberdade para movimentar-me
- ouvir a minha própria música

- escolher posição que quero ficar
- usar a bola de parto
- *preferencialmente* não usar analgesia farmacológica.

Parto (fase expulsiva e nascimento do bebê):

- **Gostaria** de permanecer na mesma sala (não ir para o centro cirúrgico) para o bebê nascer;
- **Prefiro** a posição vertical: ficar de cócoras, na banqueta de parto ou semissentada (costas apoiadas), tendo a possibilidade de escolher a posição que me sentir melhor no momento;
- Se deitada não colocar minhas pernas nas perneiras;
- **Prefiro** fazer força só durante as contrações, quando eu sentir vontade, em vez de ser guiada;
- **Gostaria** de um ambiente especialmente calmo nesta hora ao som das nossas músicas selecionadas;
- Não permito que minha barriga seja empurrada para baixo;
- Episiotomia: **Não gostaria** que fosse realizada;
- **Gostaria** que as luzes fossem apagadas (penumbra) e o ar condicionado desligado na hora do nascimento;
- **Gostaria** que o pai fosse a primeira pessoa a segurar o bebê, caso eu esteja em posição que me impossibilite.
- **Gostaria** de ter meu bebe colocado imediatamente no meu colo após o parto no contato pele a pele, com liberdade para amamentar e aproveitar nossa Golden Hour.
- **Quero** que se espere o cordão parar de pulsar para só depois ser cortado
- **Gostaria** que Bruno, o pai, cortasse o cordão.

Após o Parto

Cuidados comigo:

- Aguardar a expulsão espontânea da placenta, concordo com uma leve tração para ajudar na saída caso haja necessidade.
- Não receber sedação após o parto;
- Alta hospitalar o quanto antes.

Cuidados com o bebê:

- **Não quero** que meu bebê receba aspiração das vias aéreas, apenas se estiver com dificuldade de estabelecer a respiração;
- **Não quero** que meu bebê receba aspiração gástrica, *apenas se realmente* necessário depois das primeiras horas de vida;
- CREDE (colírio de nitrato de prata): como meus exames foram negativos para gonorreia e clamídia, **não gostaria** que meu bebê recebesse o colírio. Caso necessário, *somente* após algumas horas de contato comigo;
- Administração de vitamina K injetável (eficaz para evitar doença hemorrágica do recém-nascido) *preferencialmente* no meu colo;
- Administração da vacina da hepatite B *preferencialmente* no meu colo;
- Ter o bebê comigo o tempo todo enquanto eu estiver na sala de parto, mesmo para exames e avaliação;

- Caso o bebê precise de atendimento e seja levado, o pai *deverá* acompanhá-lo o tempo todo
- Primeiro BANHO do bebê: **gostaria** que meu bebê não tomasse banho *imediatamente*, apenas 24h após o nascimento.

Caso a cesárea seja necessária

- **Quero o** início do trabalho de parto antes de se resolver pela cesárea;
- **Quero** a presença da doula e de marido na sala de parto;
- **Gostaria** que as luzes e ruídos fossem reduzidas, nossas músicas tocando e o ar condicionado reduzido;
- Na hora do nascimento **gostaria** que o campo fosse abaixado para que eu possa vê-lo nascer e, *se possível*, passar o bebê por debaixo do campo;
- **Após** o nascimento, **gostaria** que colocassem o bebê sobre meu peito no contato PELE a PELE e que minhas mãos estejam livres para segura-lo;
- **Gostaria** de permanecer com o bebê no contato PELE a PELE enquanto estiver na sala de cirurgia sendo costurada;
- Também **gostaria** de tentar amamentar o bebê com a ajuda de um profissional neste momento;
- **Não quero** ser sedada após a cesárea;
- **Gostaria** que meu bebê e meu acompanhante (ou doula) estivessem comigo na recuperação cirúrgica;
- Ter alojamento conjunto o quanto antes.

Existe algo que gostaria que soubessem de nós: Passei por uma cesárea anterior (há aproximadamente 5 anos e 10 meses) em que apresentei reação alérgica ao fio usado na sutura.

Eu, meu acompanhante e minha doula estamos assintomáticos, não viajamos nos últimos 14 dias, nem tivemos contato com casos suspeitos ou confirmados de COVID-19.

ANEXO I – PLANO INDIVIDUAL – ATENA

Meu Plano de Parto

Eu, XXXXXXXXXXXXXXXX, gostaria que esse documento fosse anexado ao meu prontuário médico e estou ciente de que o parto pode tomar diferentes rumos. Abaixo, listo minhas preferências em relação ao nascimento do meu filho. Entendo que a equipe obstétrica *tentará sempre* tomar as melhores condutas no meu atendimento, mas gostaria de ser avisada ou consultada sempre que os planos não puderem ser seguidos e todas as decisões, intervenções e acontecimentos sejam registradas em meu prontuário médico.

Assegurando a Lei Federal nº 11.108/2005 que garante às parturientes direito a acompanhante durante todo o trabalho de parto, parto e pós-parto, no Sistema Único de Saúde, da rede própria ou conveniada. Lembrando que a pandemia não revogou a lei que consiste em um direito garantido a mulher e que deve ser preservado.

Quero que seja meu acompanhante: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Caso não seja possível seu comparecimento, o acompanhante substituto será: Ivonete Cavalcante Barreto.

Terei a presença da doula : XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

conforme a lei Estadual nº 10.648/2016

Parto natural

Acredito que meu corpo é capaz de parir e, portanto, gostaria que tais escolhas sejam respeitadas.

DURANTE O TRABALHO DE PARTO

- Solicito a presença durante o meu trabalho de parto do meu acompanhante e da minha Doula.
- Gostaria de ter liberdade de movimento, não gostaria de ficar deitada o tempo inteiro.
- Gostaria de ter o mínimo possível de gente circulando para não atrapalhar minha concentração com o bebê.
- Gostaria que o ambiente tivesse baixa luminosidade, pouco barulho, sem conversas paralelas.
- Gostaria de outras maneiras para lidar com a dor, como banho quente, bolsa térmica, massagem ou outros procedimentos que a Doula possa realizar.

- Gostaria de ter a liberdade de me alimentar e tomar água durante o trabalho de parto para ter energia para o momento de parir.
- Quando estiver na sala de parto durante o expulsivo desejo parir na posição que eu me sentir mais confortável.
- Não gostaria de receber toque no intervalo inferior a 4 horas a menos que eu solicite.
- Gostaria que me fosse oferecido analgesia caso eu solicite.
- Não gostaria de receber ocitocina a não ser que eu solicite ou haja uma pausa na evolução do parto.
- Não gostaria de receber ocitocina na admissão da maternidade.
- Não gostaria que rompessem a minha bolsa amniótica sem o meu consentimento
- Não gostaria de fazer puxo dirigido, gostaria de respeitar o momento do meu corpo.
- Sendo necessário a utilização de algum instrumento eu desejo que seja utilizado o vácuo extrator.

Indução

- Meu desejo é por um parto o mais natural possível com o mínimo de intervenções necessárias. Sendo assim, minha escolha pelos métodos de indução serão sempre pelos mais naturais e menos invasivos até os mais farmacológicos.
- Gostaria de aguardar o trabalho de parto até 41 semanas
- Gostaria de fazer o descolamento de membrana com 40 semanas
- Gostaria de iniciar pelo misoprostol ou balão.
- Só gostaria da ocitocina só a partir dos 5 cm de dilatação.
- Caso a ocitocina não resolva gostaria do rompimento de bolsa.
- Gostaria de utilizar o vácuo extrator para evitar uma Cesária, a utilização do Fórceps somente em último caso e com meu consentimento.

Cesárea

Caso a cesárea seja necessária, gostaria de ser consultada antes em relação aos seus reais motivos e todas as informações detalhadas no prontuário médico.

- Solicito a presença do meu acompanhante e da minha Doula.
- Gostaria de estar consciente durante a cesária.
- Não gostaria que meus braços ficassem presos.
- Gostaria que o bebê viesse direto para os meus braços. Ter contato pele-a-pele e amamentá-lo assim que ele nascer
- Gostaria que abaixasse o campo de visão para eu ver o bebê nascendo.
- Gostaria que respeitassem o bebê quando nasce, não segure de cabeça para baixo.

- Gostaria de ouvir a playlist que eu preparei para o meu parto.
- Gostaria que o médico explique a cirurgia enquanto ela acontece.

Cuidados com o bebê

- Sendo parto normal ou Cesária gostaria que esses cuidados com o bebê fossem mantidos
- Gostaria que se o bebê estiver saudável viesse para os meus braços assim que nascer, é importante para o bebê e para mim.
- Gostaria que o cordão fosse cortado pelo pai, aguardando ele parar de pulsar para uma melhor nutrição do bebê.
- Gostaria que bebê fosse examinado no colo do pai.
- Gostaria que meu filho recebesse Vitamina K no colo do pai.
- Tendo em vista que não tenho Gonorréia, não existe a necessidade de aplicar Nitrato de prata, nem em caso de Cesária.
- Solicito que esperem o nascimento espontâneo da placenta, sem manobras ou tração;
- Gostaria que os primeiros exames médicos sejam feitos apenas após a amamentação;
- Gostaria de amamentar na primeira hora com leite materno de forma exclusiva, não quero que seja administrada formulas e nem que seja oferecida mamadeira ou chupetas.
- Desejo amamentar exclusivamente.
- Não gostaria que o bebê tomasse banho antes das 24 horas. Não quero que tire o vernix do bebê.
- Desejo que ele fique comigo 24 horas no quarto
- Desejo que o pai dê o banho do nosso filho.

Após o parto

- Gostaria de aguardar pelo menos 30 minutos para a placenta se solte naturalmente, caso isso não ocorra gostaria da massagem uterina para a placenta se soltar.
- Gostaria de levar a placenta para plantar junto com uma árvore na minha casa.

Não quero de forma alguma

- Não quero a episiotomia em nenhum caso, prefiro a laceração natural, estou ciente disso.
- Não quero manobra de kristeller
- Não quero lavagem intestinal (Enema)
- Não quero chupeta, mamadeira para o bebê
- Não quero que me mandem calar a boca
- Não quero puxo dirigido
- Não quero tricotomia (raspagem dos pelos)

Em caso de óbito

- Quero segurar meu bebê nos braços pelo período de tempo que eu achar necessário.

Por fim, gostaria de agradecer a atenção e a ajuda de todos em tornar seguro e especial esse momento tão importante. *Confio na intenção da* equipe obstétrica de seguir esse Plano de Parto, dentro do possível. E meu acompanhante que tem um papel importante junto a equipe de garantir que eu seja respeitada.

Data ____/____/____

Assinatura

Estou ciente das escolhas

Assinatura

do

acompanhante

REFERÊNCIAS

Esse plano de parto foi elaborado seguindo as seguintes publicações:

- Recomendações da OMS sobre atendimento pré-natal para uma experiência gestacional positiva. Geneva: World Health Organization; 2018.
- Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal: relatório. Brasília. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS, CONITEC; 2016._
- Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação Cesariana. relatório. Brasília. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS, CONITEC; 2016._

E outras publicações.

ANEXO J – PLANO INDIVIDUAL – HERA

PLANO DE PARTO

Bebê: XXXXXXXXXXXXXXXX

Marido: XXXXXXXXXXXXXXXX

Obstetra: XXXXXXXXXXXXXXXX

Enfermeira Obstetra: XXXXXXXXXXXXXXXX (Auxiliada por XXXXXXXX)

Doula: XXXXXXXXXXXXXXXX

Data provável do parto (DPP): XXXXXXXXXXXX

Premissas:

- Entendo o parto como um processo fisiológico, que deve apenas ser *assistido* pelos profissionais de saúde, caso não haja nenhuma complicação;
- O parto normal é *importantíssimo* para mim, por isso, estou me preparando com estudo e exercícios físicos. Pretendo esperar por ele até 42 semanas, caso não aja indicação médica contrária
- Suporto melhor a dor quando estou sozinha.
- Quero apoio e segurança, mas, se não quiser companhia ou conversa, gostaria que ninguém as forçasse, ou interpretasse como rejeição.
- A partir da 38ª semana, adotarei condutas não farmacológicas de estímulo ao trabalho de parto (acupuntura, reflexologia, chás etc)
- Prefiro uma laceração de 1º grau a uma episiotomia, e prefiro um fórceps ou vácuo a uma cesárea;
- Em caso de necessidade de indução do parto, quero a Doula comigo;
- Se a posição da criança ou da placenta for desfavorável ao parto normal quero aguardar pelo trabalho de parto ou, na impossibilidade, pelo menos os pródromos

Trabalho de parto:

- Assim que eu entrar na fase latente, a EO tentará reservar o quarto da banheira na Casa de Parto;
- Quero ficar em casa até a fase ativa, caso não aja indicação inversa da Enfermeira Obstetra;
- A não ser que eu solicite companhia, prefiro ficar sozinha;
- Se a bolsa romper antes das contrações, avisarei a equipe (EO e Doula) para acompanhamento;
- Decidirei na hora quando quero avisar minha família. Não quero causar ansiedade caso tenha um trabalho de parto longo, mas também não quero excluí-los do processo.
- Quero o celular do XXXXXXXXXXXX desligado (silencioso não vale. Desligado mesmo, sem negociação) e o das meninas, se possível, no silencioso;

Internação:

- *Pretendo* me internar na fase ativa, ou seja, com *pelo menos* 5 cm de dilatação e 3 contrações em 10 minutos. Na verdade, quero ficar em casa o máximo de tempo possível, desde que haja uma margem de segurança para a transferência para a Casa de Parto. Não quero ficar em salas pré-parto, nem tampouco parir no carro;

- *Tentarei* me internar diretamente na Casa de Parto. Caso não haja vagas, *pedirei* a EO que tente as suítes de parto do Hospital. Neste caso, é ainda mais importante que vá com o TP bem adiantado.
 - Desde o início do TP, vou caminhar, fazer exercícios, enfim, o que puder para contribuir para seu avanço;
 - Quero a presença do XXXXXXXXXXXXXXXX, da Doula e da EO, seja na Casa de Parto, seja na Maternidade;
 - Quero o menor número possível de pessoas no ambiente;
 - Quero ser chamada pelo meu nome, mesmo pelos profissionais que não conheço. Nada de mamãe ou de mãezinha. XXXXXXXXXXXXXXXX vai me ajudar;
 - *Manterei* meu hábito de depilação;
 - *Levarei* biquíni, caso tenha a chance e resolva entrar na banheira;
 - Não quero que mantenham acesso a minha veia de rotina (nem soro puro, nem com ocitocina);
 - Quero poder beber e comer. *Levarei* frutas, castanhas, chocolate, gatorade;
 - Quero me movimentar buscando meu conforto;
 - Usarei o chuveiro e alternativas de alívio da dor (massagem, técnicas de respiração, música – tudo que possa tornar o ambiente acolhedor).
- Manterei a partir de agora arranjos de flores perfumadas em casa, para levá-los quando formos para a Maternidade;
- Gostaria que o XXXXXXXX fosse acompanhado pelo sonar: não quero ficar presa no cardiotoco para não limitar minhas posições, nem criar ansiedade desnecessária. O sonar deve ser usado onde eu estiver: mesmo no chuveiro, ou no jardim;
 - Não quero exame de toque com frequência, pois me causará desconforto e ansiedade; Em 24 horas, fiz 5 toques: 3 em casa, 2 no Sofia.
 - Antes de fazer uso de analgésicos, *tentarei* alternativas para a diminuição da dor.
 - Se precisar de analgésicos ou calmantes, *pedirei*. Não me ofereçam. *Pretendo* conversar com a Doula e a EO para que ponderem comigo sobre a necessidade destes artifícios, já que o XXXXXXXXXXXXXXXX já declarou que não se sentiria confortável fazendo-o. Ainda que decida por estas intervenções, *gostaria* que elas fossem usadas com parcimônia, para que eu não perca os movimentos das pernas ou a consciência do que está acontecendo e o poder de decisão;
 - Quero tentar posições ou movimentos antes de iniciar o uso de ocitocina -n seja qual for a indicação;
 - Não quero ruptura artificial da bolsa, por mera rotina;
 - As fotos devem respeitar minha privacidade, dando prioridade aos registros das expressões e emoções, evitando nudez e sangue. Quando o XXXXXXXXXXXXXXXX já estiver conosco, quero muitos registros.
 - Gostaria que minha decisão de rejeitar algum procedimento seja respeitada. Não quis manobras para retirada da placenta.

Expulsivo:

- Quero ter o xxxxxx na posição que eu desejar;
- Não quero que fiquem tocando meu períneo no período expulsivo. Se houver laceração, paciência;
- Não quero que puxem o bebê, deixem que ele venha no tempo dele. Toquem-no o menos possível, ele deve apenas ser amparado.

- Quero me concentrar no que está acontecendo e preciso de silêncio para fazê-lo, então, não quero palavras de incentivo, nem conversas. Por favor, não falem comigo durante as contrações;
- Não me mandem fazer força, inclusive, se eu estiver exagerando, lembrem-me de ter suavidade, para evitar a laceração;
- Lembrem-me de tocar a cabeça do BB, quando ele estiver corando;
- Não quero episiotomia – a menos que o bebê esteja em risco e precise nascer logo; Como já disse, não tive episiotomia, nem qualquer laceração no períneo. Só uma pequena, nos lábios.
- Não quero manobras para a saída do bebê – a menos que seja estritamente necessário devido à sua saúde. Nesse caso, quero ser comunicada antes de aplicar a manobra e saber o porquê;
- Quero ter o meu bebê imediatamente em meu colo após o nascimento.
- Se a sucção das vias respiratórias for necessária, prefiro que seja feita enquanto o bebê está comigo, com a perinha.
- Quero que o cordão seja cortado apenas quando parar de pulsar. Se o XXXXXXXXX estiver presente, deve ser consultado se quer fazê-lo.

Após o parto:

- Prefiro aguardar expulsão espontânea da placenta com auxílio da amamentação. Não quero massagem, tração ou infusão intravenosa de ocitocina. Caso a placenta não saia sozinha em uma hora, reavaliaremos a conduta;
- Quero o xxxxxx comigo o tempo todo, mesmo para avaliação e exames.

Cuidados com o bebê:

- Quero manter meu filho no colo o tempo que eu quiser após o nascimento;
- Quero amamentar na primeira hora;
- Fiz os exames de Streptococo, Clamídia e Gonorréia e todos são negativos. Estas informações constam no meu cartão de gestante e eu levarei os exames impressos. Não quero que seja administrado nitrato de prata nos olhos do xxxxx;
- A vitamina K deve ser aplicada enquanto o bebê estiver mamando
- Não oferecer água glicosada, fórmulas ou bicos;
- Teremos alojamento conjunto o tempo todo. Caso seja necessária a separação o pai deverá acompanhá-lo o tempo inteiro. É o pai quem vai vesti-lo, pesá-lo e segurá-lo para eventuais exames;
- Eu e xxxxxxxx daremos o primeiro banho;
- Quero que a avaliação pediátrica seja feita no quarto e na presença de um dos pais;
- Caso seja necessário algum procedimento de urgência me avisar dos detalhes e porque está sendo feito;

Caso a cesárea seja necessária:

- Caso a indicação seja anterior ao TP, quero ser acompanhada pelo Dr. xxxxxx;
- Gostaria que fosse franqueada a presença de meu marido e da Doula.
- Anestesia peridural se possível, sem sedação.
- Não quero minhas mãos presas. Caso não seja possível quero que me soltem para que eu possa segurar meu bebê quando nascer;
- Quero ser consultada de desejo remover o campo para ver o neném nascer;
- Após o nascimento gostaria que colocassem o bebê sobre meu peito imediatamente, sem separação;
- .- Gostaria de amamentar já na sala de cirurgia;

Observações:- Se eu não tiver condições de decidir sobre alguma intervenção meu marido está apto a decidir por nós.

ANEXO K – PLANO INDIVIDUAL – ILÍZIA

Plano de Parto

Parturiente: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Pai: XXXXXXXXXXXXXXXX

Bebê: XXXXXXXXXX

DPP: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Doula: XXXXXXXXXXXXXXXX

Obstetra: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Enfermeiras: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX e XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Estamos cientes de que o parto pode tomar diferentes rumos. Abaixo listamos nossas preferências em relação ao nascimento da nossa filha, caso tudo transcorra tranquilamente. Nós estudamos antes de fazer as escolhas abaixo, e entendemos que há situações em que nossas escolhas podem não ser possíveis. Sempre que os planos não puderem ser seguidos, desejamos ser comunicados e consultados a respeito das alternativas.

Durante o trabalho de parto

- Desejo a presença do meu companheiro (*Lei Federal nº 11.108/2005*) e de minha doula (*Lei nº 10.648*) durante todo o parto, da admissão no hospital até o nascimento;
- Quero ter liberdade para caminhar, mudar de posição e fazer exercícios. Os trabalhos de parto que incluem livre caminhar e liberdade para mudar de posição são mais curtos e mais confortáveis;
- Quero usar água quente no trabalho de parto e todos os métodos não farmacológicos para o alívio da dor possíveis. Passar parte(s) do trabalho de parto sob o chuveiro ou imersa numa banheira diminui a necessidade de medicamentos para dor.
- Gostaria de ser lembrada por todos do porquê das minhas escolhas.
- Gostaria de usar minhas próprias roupas.
- Não gostaria de receber toque vaginal com frequência. Realizar o mínimo possível.
- Quero poder comer e beber enquanto for tolerado. Quero que me ofereçam chocolate, mel, água de côco e sucos.
- Não desejo analgesia/anestesia de parto, mas pedirei se achar necessário. Antes de fazer uso de bloqueios e anestésicos, quero tentar alternativas não-farmacológicas para a diminuição do desconforto. **Caso eu insista** em receber anestesia (fora das contrações), meu anestesista de confiança e preferência é Dr. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX Meu esposo tem autonomia para acioná-lo, *se for o caso*.
- Não quero que rompam minha bolsa mecanicamente. O rompimento artificial das membranas aumenta as chances de infecção e cria um limite de tempo para o parto, além de resultar em contrações geralmente mais dolorosas.
- Infusão intravenosa *apenas* se houver indicação médica. A infusão intravenosa restringe a mobilidade e interfere no relaxamento. A ingestão de líquidos leves no trabalho de parto reduz a chance de desidratação. As

hemorragias em partos espontâneos e não medicamentosos são *muito raras* para justificar o uso de infusão preventiva.

- Durante o parto em si
- Prefiro que a neném nasça no quarto e não em um bloco cirúrgico.
- Quero escolher a posição em que desejo parir. Prefiro usar cadeira de parto/banqueta, pois sei que posições verticalizadas fazem diminuir o comprimento do canal de parto, aumenta a abertura da pélvis, e faz as contrações serem mais eficientes, já que o trabalho está sendo auxiliado pela gravidade.
- Não quero episiotomia.
- Quero fazer força quando me der vontade, não quero ser guiada ou pressionada.
- Prefiro luz baixa, porta fechada, ambiente calmo.
- Não quero manobras para a saída do bebê (kristeller e afins).
- Clampeamento do cordão *apenas* depois que ele parar de pulsar. O clampeamento oportuno do cordão permite que o bebê continue recebendo oxigênio pelo cordão umbilical enquanto o sistema respiratório começa a funcionar. Diminui também o risco de anemia em bebês até 6 meses.
- Desejo que o PAI corte o cordão umbilical, como fez com os nossos outros filhos.
- Quero que minha filha seja colocada imediatamente no meu colo (sobre a barriga ou nos meus braços). O contato *imediato* pele-a-pele é benéfico. Desejo amamentá-la assim que possível. A sucção do bebê estimula a produção materna de ocitocina, que induz o delivramento da placenta e reduz o sangramento pós-parto.
- Não quero que usem o nitrato de prata nos olhos dela. Por não ser portadora de gonorréia, o nitrato de prata *não tem qualquer utilidade* e pode provocar conjuntivite química no recém-nascido.
- Não quero que minha bebê seja aspirada, pois não é *necessário* aspirar bebês saudáveis, nem colocar sondas na boca, nariz ou ânus.
- Aplicar vitamina K posteriormente, só depois do vínculo estabelecido e com a bebê no meu colo ou no colo do pai.
- Desejo que a placenta seja expulsa espontaneamente da parede do útero. Tração ou massagem *pode fazer* com que parte do tecido placentário permaneça no útero, *podendo provocar* infecção e hemorragia pós-parto.
- Não quero ser separada da bebê em nenhum momento. Caso necessite realizar algum procedimento em outro ambiente, o pai deverá acompanhá-la e retornar com ela logo em seguida.
- Não quero que ofereçam fórmulas artificiais a minha bebê, água glicosada, bicos ou qualquer outra coisa.
- Gostaria de dar o primeiro banho na minha bebê e fazer as trocas (ou eu ou meu marido).

Em caso de indução:

- Diante do meu histórico pessoal de síndrome hipertensiva gestacional na gestação anterior e dos atuais exames (doppler) com alterações nas artérias uterinas, sei que existe a probabilidade de precisar interromper a

gestação antes das 39 semanas. Sendo assim, diante da PA alterada, gostaria de iniciar um protocolo de estímulos naturais, a partir das 38 semanas.

- Além dos métodos naturais, gostaria que fossem realizados, pela equipe técnica, estímulos mecânicos - a princípio, o descolamento das membranas em consultório.
- A partir de 38 semanas e 2 dias, gostaria que fosse realizado outro descolamento, se possível.
- A partir de 38 semanas e 4 dias, gostaria que fosse utilizado o método Krause - sonda/balão.
- A partir de 38 semanas e 5 dias, gostaria de ser internada para uma indução medicamentosa, iniciando com misoprostol para tratamento do colo. E ao fim desse protocolo, combinar a administração de ocitocina sintética para estimular contrações uterinas.

Em caso de cesariana:

- Quero a presença do meu marido e da minha doula.
- Anestesia: peridural ou raquidiana, sem sedação em momento algum.
- Gostaria que a equipe nos explicasse cada procedimento realizado.
- Na hora do nascimento, gostaria que o campo fosse abaixado para que eu possa vê-la nascer. Isso irá nos permitir assistir o nascimento da bebê, e sendo assim vamos nos sentir mais integrados ao nascimento.
- Gostaria que as luzes e ruídos fossem reduzidas e o ar condicionado desligado.
- Após o nascimento, gostaria que colocassem a bebê sobre meu peito e que minhas mãos estejam livres para segurá-la.
- Desejo que o pai corte o cordão umbilical após parar de pulsar.
- Gostaria de permanecer com a minha filha no contato pele a pele enquanto estiver na sala de cirurgia sendo costurada. Segurar e tocar a bebê reduz a ansiedade dos pais, além de trazer os benefícios do vínculo precoce.
- Gostaria de amamentar se possível até na sala de cirurgia e ter alojamento conjunto o quanto antes. Isso dá à mãe e ao bebê as mesmas vantagens do aleitamento precoce obtido nos partos vaginais.

Desde já agradeço por todo respeito, empenho, compreensão, colaboração e dedicação de todos da equipe que estará conosco nesse momento tão íntimo e especial e que prestará assistência ao meu parto e ao nascimento da nossa filha. Muito obrigada!

XXXXXXXXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXXXXXXXX

ANEXO L – PLANO INDIVIDUAL – TÊMIS

PLANO DE PARTO DOMICILIAR PLANEJADO*FAMÍLIA XXXXXXXXX***DADOS GERAIS:****Mãe:** XXXXXXXXXXXXXXXX**Pai:** XXXXXXXXXXXXXXXX**Bebê:** XXXXXXXXXXXXXXXX**Irmã:** XXXXXXXXXXXXXXXX (2 anos e 10 meses no parto)

Endereço do Parto: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

DPP: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX**Equipe de Parto:** Enfermeira Obstetra: XXXXXXXXXXXXXXXX Parteiras
XXXXXXXXXXXXX; Doulas – XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX**Filmagem:** XXXXXXXXXXXXXXXX**1. PESSOAS PRESENTES NO PARTO****1 / 2 – Mamãe (xxxxx) e Papai (xxxx);**

3 – Irmã xxxxx– terá 2 anos e 10 meses no momento do parto. Pretendemos deixá-la no ambiente se ela se sentir confortável e se não estiver nos atrapalhando. Caso sinta que é preciso retirá-la do ambiente, essa será uma tarefa da avó xxxx. A presença da xxxxx também vai depender do horário que iniciar o trabalho de parto (ela pode não estar em casa nesse momento), e então avaliaremos pontualmente o quanto vale a pena trazer ela ou já deixar ela longe. Porém, o desejo maior é que ela esteja junto.

4 – Avó xxxxxx (mãe da xxxxxx) – O principal papel dela é ser o apoio da xxxxy para o que ela precisar. Dessa forma, ela estará presente se for necessário. Se a xxxxx precisar ficar longe, ela estará cuidando dela.

5 – Paçoca – nossa cachorrinha, uma salsichinha de 6 anos. Ela é responsável por uma recepção calorosa a todos que entrarem em casa, mas depois disso, tende a ser amorosa. Imaginamos que ela terá algum tipo de reação quando o bebê nascer, antes e depois disso ficará tranquila.

6 – xxxxx Doula – responsável pela orientação da gestante e exercícios de visualização (caso sejam necessários)

7 – xxxxx Doula – responsável pela orientação da gestante, pela prática de exercícios de ioga e respiração (caso sejam necessários).

8 – xxxxxx – parteira equipe xxxxx

9 – xxxxxxx – parteira equipe xxxxxx

10 – xxxxx – fotógrafa que fará um vídeo documental sobre o parto.

2. AMBIENTE DO PARTO

O primeiro ponto do ambiente é a chegada em casa. A Paçoca realmente faz uma boa recepção, é normal inclusive ela avançar em quem ela não conhece. Temos uma preocupação muito grande nesse aspecto pois entendemos que serão várias chegadas, e não queremos que haja constrangimento nisso. Para evitar esse transtorno, recomendamos que:

- Ao chegar no prédio, nos informe por Whats App. Interfonar ou tocar a campainha só ajuda a deixar ela ainda mais nervosa;

- Alguém tem que descer para abrir o portão. Ou vocês precisarão usar a senha (botão senha xxxxx – no teclado de cima, tanto no portão quanto na porta de vidro). No mundo ideal, gostamos sempre de descer com a Paçoca, para daí ela já ir fazendo o reconhecimento. Quando ela te recebe na portaria ela é mais tranquila do que em casa (porque não é o território dela);

- Ao ter contato com ela, deixe-a te cheirar, mas não faça carinho de imediato. Só depois que ela se acalmar daí o carinho é bem vindo. Inclusive é bastante provável que ela escolha uma “melhor amiga” para ficar no colo durante o trabalho de parto. Ela é super amorosa depois que se ambienta, mas a recepção realmente é turbulenta.

Bem, entramos em casa!

Nosso apartamento possui sala e cozinha conjugadas, bem próximas também a varanda – a qual não pretendemos utilizar para o parto.

Entendemos que a aglomeração principal ocorrerá na sala, sendo utilizados o banheiro social e o quarto do casal caso necessário. Mas pretendemos passar a maior parte do tempo juntos na sala.

Nosso apartamento possui baixa circulação de ar natural. Com o número de pessoas previstos, é bem provável a necessidade de ligar ar condicionado e/ou ventilador.

A varanda precisará ser fechada se o ar condicionado estiver ligado, mas fica aberta para quem quiser passar um tempinho lá!

Não temos nenhum ritual cultural ou religioso previsto para o momento do parto.

Em relação ao ambiente, entendemos que vai depender do momento em que o trabalho de parto se iniciar.

A) Caso se inicie final da madrugada, pela manhã, ou após eu estar descansada, o ambiente que eu desejo é agitado. Gosto de luz e música tocando. Meu desejo é que a façamos uma espécie de show, onde estamos todos nos divertindo e celebrando animadamente a chegada do xxxxxx

B) Caso se inicie durante a tarde ou noite, quando eu provavelmente estarei mais cansada, é provável que minha principal preocupação seja tirar um cochilinho e descansar para o que está por vir. Nesse caso, podemos manter o ambiente mais escuro, ainda assim com música.

3. SOBRE A GESTANTE

Penso ser importante vocês saberem algumas coisas sobre mim:

- Sou uma pessoa extremamente racional. Sei que preciso me entregar durante o trabalho de parto e fiquem tranquilas que sei fazer isso, mesmo de forma consciente. Recomendo que as instruções sejam passadas de forma clara e direta, e me sinto capacitada a tomar decisões inclusive durante os momentos de dor;

- Sou agitada. A música é o que me traz mais concentração. Silêncio me desconcentra. Se a playlist escolhida estiver ligada em um volume suficiente para

eu estar conectada com ela e cantando, pode cair o mundo em volta de mim que estarei concentrada. Mas se houver silêncio, ouvirei cada passo ao meu redor. Por isso recomendo fortemente haver música durante todo o processo – não muito baixa a ponto de não ouvir, nem muito alta a ponto de incomodar.

- Sou muito resistente a dor. Tenho dificuldade de perceber quando realmente estou sentindo dor. Enquanto para outras mulheres a dor é forte, para mim ainda é um pequeno incômodo e posso suportar mais. No primeiro parto, não senti nenhuma dor que chegou a um nível insuportável – para mim, as cólicas menstruais que já tive foram piores do que as dores do parto em si. Portanto, preciso que me avisem caso algo não esteja indo bem, porque minha sensibilidade nesse quesito é um pouco desajustada...

- O maior medo que terei que enfrentar nesse parto é a laceração – que foi bem intensa no meu primeiro parto. Embora esteja mais preparada dessa vez, devido a prática de Ioga para parto, sinto que esse será o momento mais intenso por ter um pequeno trauma. Podemos trabalhar isso até lá!

Bem, acho que as principais informações são essas!

4. PÓS DATISMO

Algumas datas me vem a cabeça sobre o nascimento do xxxxxx:

- 29/09/2020, segunda-feira, 39+3: é o dia de São Rafael, o que é simbólico para mim tendo em vista a relação com o nome escolhido;

- 01/10/2020, quarta-feira, 39+5: lua cheia. São as exatas 10 luas cheias após a gestação. E dia 1º é um dia simbólico para nossa família.

Penso que, caso avancemos essas duas datas que tem um simbolismo especial para nós, estarei bem tranquila para avançar 41 semanas – o que, pelas contas segundo a DPP via ultrassom (que é mais avançada) é dia 14/10/2020.

O plano inicial é que ele chegue então, no máximo, até dia 16/10. Antes disso, não pretendo pensar em outro plano.

Comecei a sentir desconfortos com a barriga com 35 semanas. Algumas dores já tem me incomodado e podem indicar um início de trabalho de parto antes do previsto. Espero que a gente consiga chegar até 39 semanas, mas também temos que estar preparadas para caso o xxxxxx queira chegar antes.

Caso ultrapássemos as 41 semanas, daí podemos pensar em técnicas naturais para estimular o trabalho de parto ou outros caminhos. Porém, eu realmente não gostaria de avançar nesses planos neste momento.

Quero me concentrar em que ele venha bem, com saúde, no tempo dele e, sinto que tenho uma equipe bastante capacitada para me informar e me ajudar a escolher os caminhos após completar 42 semanas (21/10). Mas só gostaria de começar a pensar nisso caso ele não nasça até 16/10.

5. TRABALHO DE PARTO

Em primeiro lugar quero que saibam que minha expectativa é ter um trabalho de parto rápido, tendo em vista meu preparo e a experiência que tive no parto da xxxxx. Rápido para mim é menos de 2 horas. Estou super preparada para chegar em 6, 8h de trabalho de parto. Passando disso já vai ser um desafio maior, mas tenho certeza da minha capacidade de enfrentar tudo que está por vir!

Penso existir duas maneiras do trabalho de parto começar:

- 1) A bolsa estourar (como foi com a xxxxx). Nesse caso, gostaria de permanecer em casa desde que esteja tudo bem comigo e com o bebê. Se demorar muito tempo para o trabalho de parto iniciar (mais de 5, 6h), e a equipe sentir necessidade de estímulos naturais estou de acordo.
- 2) Contrações. Nesse caso eu penso que é a forma mais rápida pois, elas podem passar despercebidas por mim por bastante tempo, já que não sinto muita dor – e posso acabar interpretando como contração de treinamento.

Minha expectativa está no sentido que, independente da forma que o trabalho de parto comece, quando o trabalho ativo começar (contrações ritmadas e regulares) eu possa estar tranquila e acolhida na minha casa, perto da minha família e com uma música agradável, e que eu possa vencer essas dores com naturalidade e me entregar a elas.

Dependendo da velocidade que o trabalho de parto andar, neste momento a equipe ainda nem terá chegado em casa por completo – mas não pretendo esperar todo mundo chegar rs....

Gostaria de ser avisada sobre a frequência das contrações, bem como o início do expulsivo. Também gostaria de ser bem orientada na parte do expulsivo, em como fazer força, que horas, em que posição.

Sobre o alívio da dor, a melhor forma de me ajudarem é com afirmações positivas. Gravei um áudio para mim mesma que pode ser usado caso cheguemos em extremos da dor. Vai me ajudar a me conectar comigo mesma e com a minha história com o parto domiciliar. Este áudio é o primeiro dos meus favoritos no Whats App, só acessar se precisar.

No mais, qualquer medicação (de preferência natural) que ajude a aliviar a ardência é bem vinda. No primeiro parto usaram vaselina, não tenho conhecimento de outros medicamentos que tenham o mesmo objetivo.

Caso o bebê esteja pélvico e a equipe sinta segurança na minha saúde e na dele, prefiro continuar em casa do que ser encaminhada para o hospital.

6. PARTO

Penso que o nascimento do xxxxx ocorrerá na sala da minha casa, onde todos os presentes estarão em volta. A posição de cócoras é a que me parece mais favorável até então. Dentro do possível, com o xxxxxx me dando suporte nas costas. Não utilizaremos banheira.

Gostaria de ser a pessoa a pegar o bebê. Mas caso não esteja em uma posição confortável para isso, sugiro que seja a xxxxxx

Sobre administração de ocitocina após o parto: não tenho nada contra, desde que seja necessário. Deixo essa decisão para a equipe xxxxx de acordo com o evoluir da meu trabalho de parto.

7. CUIDADOS COM O BEBÊ

Desejo fazer hora dourada – mas talvez 1h seja muito, penso em 30, 40 minutos. A não ser que seja um desejo dele, não faço questão de amamentar na primeira hora – e também não me oponho a essa amamentação caso seja necessário.

Gostaria de manter o cordão umbilical conectado por pelo menos 30 minutos, ou até que ele pare de pulsar. No parto da xxxx, o cordão era curto, precisamos

cortar rápido pois não tínhamos mobilidade com ela – não sei se esse cenário irá se repetir.

O cordão umbilical deve ser cortado pelo xxxxxxxx junto com a XXXXX(se ela quiser). Pode ser usado material esterilizado da equipe.

Sim, quero fazer medicina da placenta. As doulas farão a pintura da placenta em um papel para guardarmos de recordação. E também irão prepara-la para deixarmos congelada, para depois de uns dias fazer o ritual de enterrar a placenta.

8. O PÓS-PARTO

Depois que todo esse processo de parto se concretizar, que o xxxx estiver bem conosco, eu quero ter a chance de um descanso imediato (2 horas após o parto), em especial se o bebê dormir.

Essa é a minha prioridade após o processo de parto se encerrar.

Não sei se farei questão de me alimentar nem de tomar banho – veremos esses pontos na hora, mas faço questão de, no primeiro momento que puder, tirar um cochilo. Nesse sentido, quero que todos da equipe fiquem a vontade para fazer os procedimentos que precisam ser feitos após o parto e, se for o caso, ir embora sem se despedir de mim.

Penso que quanto mais tempo eu puder dormir após o parto, mais estarei preparada para enfrentar o processo de amamentação que vem em seguida e a restrição de sono do recém nascido.

Por isso esse descanso é sagrado para mim após o parto!

A mensagem mais importante que queremos levar é que este é um momento de celebração na nossa família! Queremos que tudo realmente seja uma festa, com muita animação, energia positiva e alegria. E temos a certeza de ter escolhido a equipe ideal para vir participar da nossa festa!

Estamos de acordo com a responsabilidade compartilhada no meu parto e nos cuidados do meu bebê.

Sendo assim, ratificamos nossos desejos formalizando este plano de parto.

Florianópolis, ____ de _____ de ____.

Gestante: xxxxx

Pai: xxxxx

Equipe xxxxxx

Equipe xxxx

APÊNDICE

APÊNDICE A

Afrodite – Parto Hospitalar com plantonista – SUS (2013)

- 2 E - A primeira pergunta é sobre a gravidez. Fala um pouquinho sobre:::e quais eram as tuas
3 preocupações quando você se descobriu grávida.
- 4 M - Bom eu queria que::: primeiro que eu queria ter parto normal porque na primeira não não
5 fo::oi. Eu já queria ((se referindo ao parto normal)) da primeira gravidez...mas eu não tinha
6 tanta informação eeeh e aí acabou tendo aquela coisa suspe::ita de sofrimento fetal - que
7 não era bem isso né - frequência cardíaca não tranquilizadora - que até hoje eu acho que:::
8 não era nada e foi induzido pra cesárea por isso - foram quarenta semanas... e aí eu fiquei já
9 na cabeça ... continuei com a ideia - “Não, mas o próximo eu quero normal” e quando eu
10 engravei eu já tinha contato com L - L que era a minha doula e era a minha amiga próxima...
11 íntima - então eu já tinha bem mais contato com pessoas de roda de de de gestante eh
12 doulas... parteiras ... eu já tinha muito mais informação... acho que... quando eu fiquei grávida
13 ... a principal coisa que eu pensei era já no parto: “Eu QUero ter um parto normal que eu não
14 consegui ter do primeiro”. Eu não entrei nem em trabalho de parto... né... da primeira vez...
15 Então eu ficava muito assim “Eu quero saber como é... eu preciso saber o que é isso”.
- 16 E - Uhum... tá. Então o foco de interesse era o, era o parto, né?
- 17 M – Isso... já comecei pensando muito nisso.
- 18 E - Quando::: você tava grávida do segundo filho qual era a assistência que você tinha, assim:
19 era pública, privada, convênio
- 20 M - Pública. Eu fiz o pré-natal tudo pelo SUS naquele PSF ali no Bessa ((bairro de João
21 Pessoa). Todo o acompanhamento foi lá.
- 22 E - Mas... e por que você optou pela pública?
- 23 M - Eu tava sem plano de saúde e assim - como no::: do primeiro - POrem no primeiro eu
24 imediatamente fiz o plano de saúde que cobriu o pré-natal inteiro... menos o parto.
- 25 E - Uhum.
- 26 M - E dessa vez como eu tinha esse foco do parto normal e sabia que eu não ia querer ter
27 um... uma... uma... experiência de parto privado porque tinha mais chance de ter cesariana
28 - eu já tinha essa formação - eu disse... então não vale a pena fazer o plano de saúde e o
29 acompanhamento e ter no público... é melhor ficar no público que eu sei que é algo bom, de
30 qualidade e realmente foi ... não tenho queixas assim ... sobre isso. A única coisa que eu
31 senti falta foi de gravar as ultrassons - porque no particular do primeiro eu ficava gravando as
32 ultrassonografia todinha e no público não tinha essa opção... aquela 3D essas coisas.
- 33 E - Aham. No acompanhamento do segundo filho teve alguma mudança? Você começou a
34 ser acompanhada por um médico.. você falou do postinho, né? Teve alguma mudança, você
35 saiu do postinho e foi para outro local?
- 36 M - Eu acho... pelo que eu me lembro não... se teve assim não teve nada muito impactante
37 porque eu não me lembro. Eu acredito que foi tudo no posto mesmo. Algumas coisas era...
38 ultrassonografia, então vamo pra maternidade ... mas acompanhamento normal sempre sem
39 nenhuma mudança.
- 40 E - Tá. Como é que foi teu pré-natal... o acompanhamento? Qual era a regularidade das
41 consultas e se você lembra quais eram as orientações que você recebia... nessas consultas.
- 42 M - Eu não lembro dessa... da regularidade não. Eu acho que era uma vez por mês. Mas eu
43 não... não tenho essa lembrança não. E tinha aquele acompanhamento::: simples... né.. de:::
44 de ausculta... de ver as ultrassons... de orientar de perguntar como é que tava a alimentação...
45 e teve acompanhamento dentário né que sempre enfatiza muito assim.. quando você tá

46 grávida sempre eles encaminham e foi lá mesmo no PSF que tinha a dentista de lá - sempre
47 tem esse acompanhamento pras gestantes, então me lembro disso. Mas é um
48 acompanhamento normal assim... o/as orientações de manter os exames que era passado,
49 de:: ter uma alimentação equilibra::da.

50 E - Alguma orientação sobre parto?

51 M - Oi?

52 E - Alguma orientação foi sobre o parto?

53 M - Não me lembro de nada muito específico porque eu já era muito assim "Ah, vou ter parto
54 normal nem converse comigo", mas eu ... eu lembro assim que ... que era mais comum dizer
55 que "Não... faça parto normal...é bom... vai dar certo" e tal não sei o quê... acho que é mais
56 comum porque tem essa cultura de que vai tentar o parto normal no SUS então é com a
57 enfermeira o pré-natal mesmo não é com a obstetra só nas/nos exames é que é esse
58 acompanhamento mas era... eu me lembro assim de que era ... num tinha algo muito
59 específico explicando o que é par::to pra você escolher e tudo... mas é mais voltado assim
60 oh você vai ter parto normal se tu::do correr bem

61 E - Uhum. Eh:: você participava de alguma roda de ... de gestante... algum grupo sobre parto?

62 M - Participava de rodas de gestante e fui algumas vezes ... e:: grupos da internet, né?
63 Facebook... ou era Orkut na época ((risos)) não, era Facebook mesmo ((risos))?

64 E - ((risos)) Acho que era Face.

65 M - ((risos))

66 E - Como é que aconteciam as interações na... na... na rede assim... quando você tava no
67 grupo do Facebook ... você lia mais ou interagia?

68 M - Eu acho ... eu não sei se durante a gestação eu interagia tanto... eu comecei a interagir
69 depois que o meu bebê nasceu... como eu não tinha a experiência do parto - eu gostava de
70 entrar nas tretas nessas épocas né? sobre parto sobre essas coisas ... talvez eu já:: tivesse
71 meio ativa. Mas... assim eu tava nuns grupos bem polêmicos... tô tentando lembrar o nome
72 aqui... bem polêmico... sei se era "Pediatria Radical" alguma coisa assim... e aí:: rolava muita
73 polêmica...era MUita gente nesse grupo... tinha as administradoras e todo mundo era bem a
74 favor das evidências científicas... então todo mundo parto normal, natural, eh tem que seguir
75 as evidências e tal... mas tinha gente de todo tipo então pessoas que não tinha essa
76 configuração às vezes vinha e dava indicação de outra coisa... falava contra cesárea aí
77 começava a ter muitas tretas e acabava que eu participei, agora pra lembrar se eu já tinha
78 tido ele ou não

79 E - E:: e na roda de gestante como é que eram os encontros?

80 M - ... Tentar lembrar aqui de alguma coisa mais específica... eu sei que a gente conversava
81 sobre alguns temas...participei de rodas que teve aquela despedida da barriga de outras
82 pessoas... eu não me lembro se eu fiz isso ((falando sobre não saber se fez a despedida da
83 barriga)) ... se eu passei por isso porque eu não ia todas as semanas ... mas algumas pessoas
84 passaram por isso eu participei... eh... foi lá que eu conheci a parteira - que não me
85 acompanhou porque eu tive no hospital - outras doulas que eu já conhecia de fora e nem sa/
86 sabia nem o que era doula ... mas conhecia a pessoa, inclusive no dia do parto eu encontrei
87 algumas pessoas por acaso porque a minha doula estava fazendo curso de doula... eu fui
88 buscar ela... lá... já em trabalho de parto... mas era aquela coisa bem acolhedora assim nas
89 rodas ... sobre o parto ... a gente conversava sobre o parto e sobre:: sobre as questões da
90 criação também - amamentação, o que é que vai vir depois - aí tira dúvidas... tinha alguns
91 pais e companheiros que participavam também ...

92

93 E - Quais eram os teus medos durante a gravidez?

M - ((suspiro)) Ter outra cesárea né que eu não queria - primeiramente... eu acho que... eu não tinha muito medo não eu era ... eu era muito tranquila assim... mas o que eu não queria de jeito nenhum era ter outra cesariana... eu não pensava muito na dor... só... vivia mesmo... e::: não tinha medo de::: de::: de repente nascer em casa... eu nem ligava... ficava assim oh “se nascer em casa nasceu” ... acho que é/a principal era isso eu não queria ter cesárea.

E - Você acha que vinha de onde esse medo?

M - Só porque eu queria muito essa experiência porque a cesárea nem foi essa experiência traumática assim... da primeira gravidez - fo::i pelo fato da expectativa que eu tinha de ter um parto normal MESMO, mas assim... a cirurgia em si e também porque eu fui sozinha foi no HU ((hospital universitário)) não deixaram entrar acompanhante nenhum... eu fui sozinha e tava naquele clima de que aí é uma emergência sabe? São algumas coisas assim que eu não queria de novo mas... só se fosse no inconsciente que era por isso... não tenho... não tenho “ai, meu Deus, eu não quero passar por isso de novo”... era mais porque eu queria passar pela experiência do parto normal e::: cirurgi:::a ... pós-operatório foi... foi tranquilo... ruim porque sempre é mas não foi nada demais pra mim... realmente era porque eu queria muito o parto né ... normal

E - Aí para administrar esse medo ...assim.. de passar por uma cesárea novamente ... você...você fazia o quê? como é que você lidava com ele/com esse medo?

M - Então tem muito essa conversa sobre o parto possível e o parto real e a gente sempre tem leituras e conversas sobre isso... mas eu acho que::: eu ignorava mesmo “olhe isso não vai acontecer e vamo simhora que vai ter ces/que vai ter parto normal”...eu acho que o medo se acentuava por:::que::: tinha essa coisa da cesárea prévia né que a gente sabe que... tem esse mito de que não vai poder ser normal... eu me lembro que eu cheguei na maternidade e já fui dizendo “eu tenho uma cesárea, mas eu quero parto normal” ... justamente porque “NEM venha eu vou ter parto normal”... e outras intervenções né que podem ocorrer E OCORRERAM ... eu acho que pra driblar ((esses medos)) eu só ignorava assim “Não vai acontece::: vamos seguir a vida e ter parto normal” e é isso ((falando para si)).

E - Durante a gestação você recebeu orientação sobre a escolha da via de parto... procedimentos que podiam ser realizados e os que não podiam? ... e sobre os seus direitos?

M - Eh eu acho que só nas rodas assim... na/ no acompanhamento do pré-natal era bem mais técnico de como é que tá o bebê... como é que tá a saúde... se tá legal segue em frente.. mas assim como tinham as rodas os grupos e eu tava muito imersa eu lia muito sobre isso ... procurava muito essas questões né das evidências o que é que/quando é que essas intervenções realmente são benéficas ... quando elas não são necessárias são feitas costumeiramente... me informava mais assim na internet e com essas pessoas dessa rede de apoio dessas rodas a doula aí tinha esse tipo de informação.

E - Joia... quando é que você tomou conhecimento sobre o plano de parto? como e quando?

M - Ai não sei exatamente quando não ... mas foi também através desse acompanhamento né da/ eu não me lembro exatamente quando eu tive mas eu sei que a doula trouxe também assim mais específico... mas eu não sei quando/não consigo lembrar em que etapa... mas eu acho que desde o começo assim eu já tinha esse conhecimento também por causa desse contato com esses grupos e com a internet mesmo

E - Você recebeu alguma orientação pra escrever?

M - Recebi modelo da minha doula

E - A orientação foi pra você se basear pelo modelo...

M - Dentro do modelo a gente conversou pra ver o que ... o que eu gostava dali o que eu poderia acrescentar o que eu queria mudar::: de acordo com o que a gente vinha sempre::: procurando né se informar... o modelo... tinha o modelo pra seguir mesmo do::: do gênero

142 como é que se escreve isso como é que começa como é que termina ... mas foi vendo..
143 pensando nessa... nessas coisas que poderiam ser acrescentadas.
144 E - Então o processo de escrita foi receber o modelo aí::: depois conversar acerca de... do
145 que você queria e do que poderia ser modificado?
146 M - Isso
147 E - E a doula que auxiliou...
148 M - Foi
149 E - Você utilizou efetivamente o plano de parto?
150 M - Eu levei pra maternidade e entreguei... agora o que é que fizeram com ele depois que eu
151 entreguei eu não sei ((risos))
152 E - ((risos)) Aí por que você escolheu levar e entregar?
153 M - Pra que fosse respeitado né o que tava ali::: as preferências sobre o parto normal... que
154 fosse sem intervenção que/eu sei que... eu não me lembro o que tinha escrito especificamente
155 lá mas eu sei que tinha isso... Eh::: levei pra tentar impor mesmo pra que fosse respeitado o
156 que... o que era a minha vontade né e eu sei que eles teriam que eh:: receber e não poderiam
157 fazer intervenções eh:: que eu não queri:::a ... só que é claro que isso não acontece né porque
158 no meu caso mesmo não aconteceu ((risos)).
159 E - Como foi a entrega do plano? Você lembra da/das reações...
160 M - Eu eh tava com nove centímetros de dilatação ... que foi inclusive uma coisa horrível que
161 você chega muito louca já e ficam lhe fazendo perguntas pra preencher tudo lá ... mas eu
162 tenho essa impressão de que foi meio “Ah, tá bom... me dê aí” recebido só ... não teve uma
163 atenção sabe?
164 E - Você acha que o documento teve alguma assistência sobre o documento que você
165 recebeu?
166 M - Não ... acho que não ((risos))
167 E - Então em que medida ele influenciou o desfecho do parto?
168 M - De o quê? Desfecho?
169 E - É!
170 M - Eu acho que ele::: me ajudou a ter consciência das informações e de/das/de como eu
171 queria que fosse conduzido o parto... eu acho que isso me ajudou eh::: a tentar me impor me
172 colocar só que por exemplo teve uma episio que eu não queria e tava lá e eu disse que não
173 era pra fazer e foi feito.. então... não foi respeitado nem o plano de parto nem a minha própria
174 palavra na hora mas ter estuda:::do e construído foi o que fez eu ter na hora a consciência de
175 que eu não “eu sei o que é isso... eu não quero isso” de tentar me impor de alguma forma -
176 apesar de não ter funcionado né? e sobre as posições como eu queria de como num queria
177 eh::: algumas coisas que eu não me lembro se tá lá mas que podem tá no plano de parto
178 foram decisões minhas na hora mesmo de ignorar tipo “ah, eu não quero ficar mais sentada
179 não... não quero nem me mexer mais ...vou parir deitada mesmo” mas eu acho que é muito
180 dessa questão/ quando você constrói mesmo que na hora você rasgue você tem consciência
181 ... você estudou... você sabe::: o que você escolheu né?
182 E - Você lembra de alguma coisa que saiu como você tinha pensado... como você desejava?
183 M - O parto normal ((risos))
184 E - Ter a via vaginal, né? ((risos))
185 M - Essa via foi ... pelo menos eu me lembro.. tava lá e foi ... agora eu não consigo lembrar
186 o que tinha mais lá não... detalhes, né? mais detalhes...
187
188 E - Mas você lembra da episio que tava lá para não ser feita e foi...
189 M - ISSO

190 E - Teve outra coisa que você lembra?

191 M - Não.

192 E - Tá. Eh::: A que você atribui o cumprimento ou não das vontades do plano?

193 M - ...((pensando)) Eu acho que:: ... eu não sei se o::: o plano - não sei como é que tá hoje
194 né depois de dez anos se é uma coisa mais usual se é uma coisa que muitas gestantes
195 utilizam ... eu acho que se for mais utilizado se for um hábito com a rotina de respeitar mais
196 ... mas eu acho que também essa posição médica de eu sei o que eu tô fazendo e eu vou
197 fazer essa episio mesmo... vou cortar porque eu sou a médica e eu sei o que é bom... acho
198 que tem muito isso.. só que o plano de parto ele é... ele foi baseado em evidência científica
199 então não tem nada ali que o médico deveria estar desconsiderando a não ser numa situação
200 real de necessidade comprovada também por evidência científica

201 E - E aí... esse cumprimento assim de ... de... o que era o teu desejo... o parto normal né?
202 não queria cesárea... aí isso foi feito ... aconteceu... aí você atribui isso a quê?

203 M - Eu acho que eu tive::: ... mulher não sei não tô pensando aqui... PRlmeiro a minha doula
204 ESTAVA lá ... eu acho que é importante isso... se eu tivesse sozinha não sei como ia ser
205 esse acompanhamento dessa médica ... segundo eu cheguei com nove centímetros de
206 dilatação então já... então acho que favoreceu isso... se eu tivesse passado o::: trabalho de
207 parto desde cedo na maternidade podia te::r entrado naquela “não tá demorando muito ...
208 vamos fazer já tem uma cesárea” sabe? tentar expor alguma coisa assim... mas eu acho que
209 por ter sido rápido e por eu tá acompanhada de alguém que entendia ... e Larissa ((doula))
210 trabalhava lá ((no hospital)) então ela era conhecida lá ... ela coordenava as doulas da ((nome
211 da maternidade)) ... Eu acho que esse::: sabendo quem era ela lá e que ela já tava ali pra
212 isso deve/pode ter dado um apoio nesse caminho... mas eu acho que essa coisa de ter sido
213 rápido foi bem importante porque se tivesse demorado eu acho que ia cair nessa de “tá
214 demorando mu:::ito já tem uma cesárea”.

215 E - E sobre a decisão de ter a doula assim de ter uma doula... você teve por quê?

216 M - ... também por essas eh::: ... pelo acompanhamento dessas rodas e tudo eh::: sempre é
217 muito enfatizado de que era muito bom ter esse acompanhamento né ... ter alguém que::: ia
218 me dar informações que eu não ia conseguir::r eh coletar recolher em outros lugares sozinha
219 porque a pessoa não sabe né o que é né? eu nunca tive um parto normal - eu já tinha um filho
220 mas as coisas são diferentes... são muitas informações que alguém que já trabalha com isso
221 vai lhe dar um apoio maior de de de lhe mostrar um caminho que vai ser mais fácil esse
222 caminho com alguém que tem mais eh::: conhecimento mesmo pra lhe apoiar.

223 E - Uhum.

224 M - Eu acho que isso e::: L é minha amiga né? então eu já conhecia uma doula e era a minha
225 amiga e eu tinha essa confiança por ela ser minha amiga e já confiar nela ... ela estudou
226 comigo e era uma pessoa estudiosa dedicada ... me mostrando o caminho que ela conhece
227 me deu muita confiança.

228 E - Fala sobre teus sentimentos ... mesmo que já faça tempo ... o que é que você sente
229 quando você pensa nessa assistência que você recebeu durante o parto?

230 M - De L ótima... inclusive foi lá pra casa ela, o marido dela, a filha dela... então tava todo
231 mundo lá numa bagunça... eu pensei que eu ia expulsar todo mundo... eu tinha certeza -
232 pode ir quem quiser lá pra casa, mas também se eu botar pra correr sai todo mundo - ... foi
233 todo mundo lá pra casa ... foi amiga minha, foi minha tia ... era gente entrando e saindo e eu
234 lá ... contrações... e ótimo foi ter L assim desde o começo... e foi como eu te falei começaram
235 as contrações ela tava num curso de doulas e::: o marido dela que era meu amigo foi lá em
236 casa me buscar e a gente foi buscar ela e foi bem legal porque eu encontrei lá no curso outras
237 doulas conhecidas... encontrei a parteira e ela fez a ausculta com o próprio ouvido ... eu dei

238 numas carteiras assim... ela viu a posição que tava o bebê e tudo então foi massa assim...
 239 eu gostei de/de ter encontrado não só a doula mas essas pessoas que me acompanharam
 240 nessas ro:::das que tinham me acompanhado nos grupos trocado ideias ... foi bom ter essa
 241 rede e no parto::: frustrante a questão da episio né? que eu fiquei irritada lá com a médica
 242 até hoje que ela fez o que eu disse na hora “não faça eu não quero” então teve essa parte
 243 dessa frustração... e assim que acabou eu fiquei meu Deus será que valeu a pena mesmo?
 244 essas seis sete horas de dores? mas foi só um segundo... depois passou ((risos)).
 245 E - Quando você diz assim “frustrante” é quando entra a figura da médica ou quando você
 246 chega no hospital?
 247 M - Não ... da médica
 248 E - Quais acontecimentos mais marcaram você?
 249 M - Desde o trabalho de parto ou do hospital?
 250 E - Pode ser desde o trabalho de parto?
 251 M - Eu acho que essa coisa de encontrar com L ((outra doula da roda de gestantes)) pessoas
 252 muito queridas foi muito bom... e eu encontrei com elas por acaso.. eu fui só buscar Larissa
 253 e encontrei com as duas então assim... deixou... deixou o momento bem massa porque eram
 254 pessoas que eu gostava muito que não iam me acompanhar no parto ... eh::: essa parte de
 255 chegar no hospital e ter que responder um monte de pergunta nove centímetros de dilatação
 256 e ficar respondendo perguntas e perguntas foi bem chato e marcou no mau sentido eh::: assim
 257 que eu entrei pra fazer toque - eu só fiz um toque NA VIDA porque só foi necessário esse -
 258 quando eu cheguei lá já fui dizendo OLHE eu tenho uma cesárea mas eu quero um parto
 259 normal... então isso foi uma coisa que me marcou muito pra mim e que L tentou eh::: levantar
 260 um pouquinho a cama e eu não queria ... não quis porque eu queria ficar deitada ... marcou
 261 porque eu sei que seria melhor a descida mas na hora eu não queria né?
 262 E - Uhum
 263 M - A episio PRINCIPALMENTE negativamente ((explicando que marcou o parto
 264 negativamente)) e assim porque eu me lembro de tudo ... dela se movimentando e eu
 265 perguntando “o que é que você tá fazendo?” e eu dizer assim “não eu não quero isso” e depois
 266 eu descobri que ela tinha feito porque na hora eu não senti ...
 267 E - Uhum... Você utilizaria novamente o plano de parto... em uma gravidez futura?
 268 M - Utilizaria sim.
 269 E - Por quê?
 270 M - Porque eu acho que me deu essa/esse/essa consciência do que eu queria ... você fica
 271 pensando “não eu quero assim eu quero assim” mas quando tá tudo ali juntinho você estuda
 272 ponto por ponto e você sabe o que você quer e por que você quer então você consegue
 273 defen:::der consegue ir atrás do que você quer com mais clareza eh::: é claro que era na hora
 274 do menino sair então seria mais complicado a questão da episio mas os outros pontos se
 275 tivesse acontecido outra intercorrência eu podia ter dito “OH tá aí entreguei meu plano e eu
 276 quero dessa forma”.
 277 E - Uhum
 278 M - Na na na episio foi muito extremo porque é bem na hora da criança sair né... eu acho que
 279 não teve ... não teria nem... nem sei... de repente eu até falei e não me lembro né mas eu
 280 acho que dá essa... essa base pra você também correr atrás do que você quer e do que tá lá
 281 assinado e de que eles SÃO OBRIGADOS a receber então “tá aí na mão de vocês... vocês
 282 têm que respeitar”.
 283 E - Uhum. Até que ponto você acha que o plano de parto é importante?
 284 M - Muito importante... eu acho que dá essa segurança essa base esse conhecimento... tudo
 285 isso que eu disse ... que eu falei agora eh::: acho que reúne o que você tá estudando no pré-

286 natal e tudo mais... ele dá um - é muita informação mas o que é que eu quero e por que eu
287 quero? tá tudo reunido ali.
288 E - Que conselhos você daria a uma mulher que está se preparando para ter um filho e deseja
289 um parto normal?
290 M - Estu::::::::::de e busque pessoas que querem e que conseguiram isso que você também
291 quer porque vai facilitar esse caminho... alguém já isso você va:::i ter muita informa::ção::
292 você vai ouvir que uma coisa é boa e outra é ruim... pra você não ficar tão::: perdida procure
293 alguém que quer a mesma coisa que você e estu::::de junto dessas pessoas ... essa rede de
294 apoio é muito importante.
295 E - Tá ótimo...você foi muito objetiva

APÊNDICE B

Gaia – Parto hospitalar com obstetra do convênio - 2018

- 1 E - Quais eram as tuas preocupações quando você se viu grávida?
- 2 M - Hã... vou falar sobre a gravidez de R ((em que ela fez plano de parto))... o medo era de...
- 3 de não... de ter um parto difícil de novo como tinha sido o primeiro...apesar de ter sido normal
- 4 eu sofri muita violência ... e eu tinha muito medo de sofrer de novo... no parto e por ser na
- 5 época... o primeiro parto pelo convênio... eu tinha muito medo também de ser empurrada
- 6 uma cesárea... porque os médicos do convênio eles era bem cesaristas né? então era esse
- 7 o meu medo durante a gestação... eu não tinha outros medos mais importantes não...
- 8 E - E focos de interesse assim do período de gravidez.... você pode até falar também da
- 9 primeira gestação... o que é que você pesquisava... procurava....
- 10 M - Eu pesquisava sobre parto ((risos)) eu pesquisava e procurava tudo sobre parto e
- 11 amamentação ((risos)) na verdade foram os meus ... as minhas principais buscas... era sobre
- 12 parto e amamentação.... e::: principalmente da segunda gravidez...
- 13 E - e essas buscas eram assim... arti:::gos?
- 14 M - Não... não era artigo não... era... relatos em grupos na época de Facebook de mães...
- 15 buscava a experiência de outras mães eh::: quanto a partos...buscava a experiência de outras
- 16 pessoas que já tinham tido partos com uma médica ou outro lugar que eu tava querendo...
- 17 mas num eu acho... que se eu ... eu acho que... eu num acredito que eu li algum artigo...
- 18 talvez eu tenha lido sobre amamentação ou alguma coisa porque eu tinha ouvido numa
- 19 experiência de uma mãe sobre amamentação... sobre a preparação do bico... que não
- 20 precisava preparar o bico ... e:: eh:: eu achava que eu não tinha um seio que anatomicamente
- 21 dava pra amamentar né assim ... só que aí eu ouvi dessa moça dessa mulher que não
- 22 preparava ... que isso era mito que não precisava... que tinha a ver com a pega essas coisas
- 23 ... e aí quando eu fiz um curso de casal grávido e a enfermeira disse que precisava ficar
- 24 mexendo o bico... mexendo no mamilo pra fazer o bico eh:: durante ah:: o período da gestação
- 25 pra que quando ele nascesse conseguisse mamar... então eu procurei um artigo nessa época
- 26 pra ver se a mulher que tinha falado antes tinha razão ou se era a enfermeira... porque afinal
- 27 era a enfermeira que tava trabalhando na maternidade e ela devia saber mais né... e aí eu
- 28 acabei vendo que a mãe...com a experiência ela tava com a razão... de acordo com a... eh:::
- 29 com o artigo que eu tinha lido....
- 30 E - Quando você tava grávida qual foi o tipo de assistência que você recebeu? pú:::blica...
- 31 privada... convênio... e por que você optou por ela?
- 32 M - Da primeira foi pública e na segunda foi privada por causa da experiência ruim na pública
- 33 né... aí da segunda foi pelo convênio... foi plano de saúde... na época tava.. num era aquele
- 34 negócio... tava iniciando né o parto humanizado... mas... nas maternidades ... ela ainda não
- 35 era muito forte... era um negócio tido como moda... era um negócio que tava surgindo mas o
- 36 pessoal não levava muito em consideração... mas eu acabei ... como eu tive uma experiência
- 37 ... como eu não tinha plano no primeiro parto ... e pela experiência que eu tive... eu optei em
- 38 fazer no segundo tudo pelo plano... e aí eu procurei uma médica por indicação que não fosse
- 39 cesarista...ou não tão cesarista... que atendesse pelo convênio....
- 40 E - No teu pré-natal como é que foi o acompanhamento em relação às regularidades das
- 41 consultas e quais as orientações que você teve acesso durante o acompanhamento?
- 42

43 M - O primeiro foi todo pelo SUS... na época tava tudo muito bom... tava tudo muito bem
 44 acompanhado... mas quando eu fiz pelo convênio no segundo algumas coisas no que eu fiz
 45 nesse eu não fiz no primeiro... alguns exames não foram pedidos no primeiro pré-natal e::: na
 46 verdade no pré-natal e só consegui fazer alguns exames a tempo porque eu tinha uma
 47 conhecida dentro do hospital que conseguia marcar pra mim os exames... porque quando eu
 48 comecei primeiro o pre-natal no posto de saúde... aí lá foi pedido a ultrassonografia ... mas
 49 aí que chegue o encaminhamento pra eu conseguir fazer o exame.. quando chegou o
 50 encaminhamento... eu já tava com quase vinte semanas né ... já era a época de fazer a
 51 morfológica ... então se eu não tivesse feito com a menina lá no outro hospital... eu nem tinha
 52 conseguido fazer a tempo os exames... essas coisas no sistema de saúde pública são muito
 53 ruins e eu só consegui fazer o primeiro pré-natal legal porque né...por causa dessa
 54 conhecida... então... se não fosse por isso eu teria que ou ter que pagar os exames
 55 laboratoriais ou eu tinha que esperar tudo atrasado... na segunda foi particular... foi melhor...
 56 fiz mais exames ... no primeiro não pedia translucência nugal... mas no segundo eu fiz... acho
 57 que do primeiro eu só fiz duas ultrassons - que talvez seja suficiente - mas do segundo eu fiz
 58 mais...

59 E - E as orientações que você tinha da equipe médica? da pessoa que orientava?

60 M - Do primeiro foi tudo muito eh:: superficial e muito geral... as informações em relação à
 61 parto era aquela experiência geral...não existia informação no pré-natal... era só pra fazer os
 62 seus exames ali na hora... medir a altura uterina e receber as solicitações pra exames... não
 63 existia nenhum tipo de orientação... as informações que eu tive foi porque eu busquei e
 64 mesmo assim que o hospital na época oferecia era tudo muito superficial... era aquela
 65 orientação bem geral “ a gente tenta... talvez o quadril seja muito estreito”... essas coisas
 66 bem... aquelas desculpas ... pra não ter um parto normal... a segunda gravidez eu também
 67 não tinha orientação não...nessa eu tinha mais informação porque eu já tinha passado pelo
 68 primeiro parto... e me dei conta da quantidade de violência que eu sofri... no segundo eu fui
 69 buscar uma coisa diferente ... eu não queria sofrer mais as violências que eu tinha sofrido
 70 mas que afinal eu só me dei conta depois que eu tinha sofrido]

71 E - [você só se deu conta por quê?

72 M - PorQUE eu via as mulheres falando nos grupos ... eh:: por exemplo né... quando eu sofri
 73 a manobra ((falando sobre a manobra de Kristeller) eh:: meu marido ficou super horrorizado
 74 com as pessoas empurrando a minha barriga... mas eu pensei ... não deve ter sido
 75 necessário... porque eu acho que... aí o primo dele que tava se formando em medicina...
 76 tinha acabado de se formar disse “olha... eu nunca vi um parto sem isso... todos os partos
 77 que eu assisti na graduação teve essa manobra... teve isso.. então é normal” então por um
 78 tempo eu achei ... ah então deve ter sido normal... eu acho que eu não tinha condições de
 79 botar ele pra fora... e aí na verdade eu fui entender a série de violências que aconteceu pra
 80 chegar nisso aí e ter essa manobra... e aí no segundo... depois que eu assisti o documentário
 81 o Renascimento de Parto e eu vi em alguns grupos de parto normal que eu participava no
 82 Facebook eu percebi... estouraram a minha bolsa... né....a partir de oito centímetros já tavam
 83 fazendo puxo dirigido...já com a bolsa estourada porque tinha estourado e não porque tinha
 84 estourado naturalmente... sem a minha permissão... então foi tudo...muito conturbado...
 85 muita gente... eu fui tentar tocar nele e era todo tempo colocando vaselina pra ele sair... pra
 86 ele nascer... então foi bem sofrido... eu só tive essa noção depois... não na hora... na hora
 87 pra mim era tudo necessário... aí por isso que eu fui buscar outra médica na outra gravidez
 88 né...

89 E - Durante a gravidez você participava de algum grupo sobre parto e maternidade?

M - No primeiro... o hospital oferecia um curso para o casal que se chamava curso de casal grávido... a gente foi fazer os encontros eram quinzenais e era mais em relação a cuidados com o bebê... era mais em relação ao que fazer... como trocar... banho... essas questões sobre... nada relacionado a parto mesmo... quando teve um dia lá... eles falaram que não forçavam o parto normal... que o parto normal não era sempre a melhor coisa... que às vezes era necessário o corte ... uma mulher falou que uma ... várias mulheres precisavam ser cortadas por necessidade... mas só que como na minha cabeça né... achava que tudo tinha sido necessário que era tudo necessário... eu não tive o corte mas por bondade de Deus só porque outras coisas piores eu acabei tendo.... e no segundo eu participei algumas vezes dessas rodas de gestante que alguns grupos de parto normal faziam... por causa do que eu tinha sofrido... porque eu queria buscar mais informações então eu participava às vezes dessas rodas e aí num tinha um dia fixo nem um período... era mais quando eles marcavam... eu sabia das rodas pela internet... seguia a página ... e aí elas publicavam a reunião né eu eu sabia pela internet... Facebook...

E - Quais eram os teus medos em relação ao momento do parto?

M - O primeiro era só passar por uma cesárea desnecessária ... era só isso... eu só queria ter normal.. porque a minha mãe dizia ... ela teve três partos... ela dizia que não lembrava da dor do parto normal mas ela dizia que tinha que se recuperar e lembrava que se recuperava muito bem... rápido... mas da cesárea foi terrível... a recuperação foi horrível... tem que depender de alguém... então eu colocava isso na minha cabeça... e aí eu só queria ter parto normal... e aí da segunda eu tinha medo de sofrer as violências que eu sofri no parto do primeiro... eu tinha também medo da médica no final inventar uma desculpa pra mim e me empurrar uma cesárea porque no convênio também já tinha essa fama... que os médicos do convênio já faziam isso.. eu também além desse medo ... mas um pouco menor do que da outra gestação... eu tinha medo de sofrer violência ... obstétrica do jeito que eu sofri no primeiro parto... manobra etc... na época do primeiro parto eu não tinha esse medo porque eu não tinha esse acesso fácil à informação como a gente tem hoje ao celular de olhar o tempo todo informação... eu não tinha smartphone... eu ligava o computador::: não era toda a hora que eu tava lá... na segunda era rapidinho.. eu abria ali... e num existia ainda essa comunicação nas redes sociais sobre o parto.... o Renascimento do parto eu não lembro quando foi lançado mas na primeira gravidez eu não tinha assistido... então eu só queria ter filho de parto normal....

E - Quando você sentia esses receios assim ... o que você fazia pra administrar esses medos assim?

M - Eu orava... eu orava e e pedia pra Deus preparar o dia... porque além disso eu não tinha... eu não tinha dinheiro pra contratar uma ... uma equipe melhor... tinha muito mais dificuldade com... principalmente no primeiro porque eu não tinha plano nem nada ... até me foi sugerido pela família... porque tinha bastante mito em relação a parto normal... não da parte da minha família mas da parte da família do meu marido... foi tipo assim o primeiro parto eh::: de uma geração mais nova que foi parto normal...porque o restante foi tudo cesárea que::: ninguém mais admitia ter normal naquela época né... os partos normais eram vistos como sendo muito sofridos e... eh::: foi isso.... né:::

E - Durante as gestações você recebeu orientação a respeito da via de parto? alguma informação sobre os seus direitos?

M - Não.. durante as consultas não... nenhum... nem do primeiro nem do segundo... no primeiro tava liberando a questão do acompanhante... que a gente soube na roda de gestante ... mas na consulta não... questão de parto... questão de benefício tanto de um quanto de outro não... a gente não tinha nenhum tipo de informação... se a gente perguntasse era tipo

138 assim... uma médica do primeiro parto falou “não... eu cheguei a puxar o menino pela cabeça
 139 porque ele não queria sair... quando o menino não sai a gente puxa ele... então tem que ter
 140 força” então era sempre uma coisa muito... não existe... não existia pelo menos na época
 141 aquela... aquele respeito ou aquele conhecimento do profissional de que aquilo era um
 142 processo fisiológico do corpo... era muito raro isso não acontecer com as mulheres né... mas
 143 eu não tive parto com ela né... porque eu tive com a plantonista... porque no público a gente
 144 tem com o plantonista... quem tava no meu parto foi uma médica e uma residente e uma
 145 penca de médico lá dentro... porque como era um hospital universitário

146 E - Quando você tomou conhecimento acerca do plano de parto?

147 M - Eu tiv/eu::: conheci o plano de parto no final da primeira gravidez mas eu não sabia como
 148 assim... eu sabia ... não... no plano de parto você fala como você quer seu parto... mas eu
 149 não sabia... eu não sabia o que você poderia ... o que era possível você querer ... sabe... no
 150 primeiro... o que é que era possível... era um direito seu... o que era possível você exigir...
 151 então eu fui procurar um plano de parto na internet mas ele era muito... muito simples sabe...
 152 eh::: só queria a questão de de de eh::: não falava de questão de violência obstétrica né...
 153 do parto... era muito simples... a questão do plano de parto do primeiro... eu nem levei na
 154 verdade... eu nem levei pro hospital o plano de parto... eu tinha imprimido mas não levei...

155 E - Por quê?

156 M - Porque eu pensei que o hospital já atendia tudo aquilo que::: tudo aquilo que o plano de
 157 parto já falava... pensei que o plano de parto era muito mais uma coisa hospitalar mesmo...
 158 no segundo... a partir do que eu tinha sofrido ... do primeiro... eu conheci o que era fazer um
 159 plano de parto ... do que ... o que você tinha direito... o que era desnecessário e o que você
 160 poderia pedir... e aí eu fiz tudo isso do plano de parto da segunda gravidez... aí quando eu
 161 fui conhecer mesmo já era dois mil e catorze... o que eu ... sobre direitos... sobre o que eu
 162 poderia pedir... essas coisas...

163 E - Aí você recebeu alguma orientação?

164 Não... de ninguém..

165 E - Nem da doula?

166 M- Não... nem da doula... o que eu tive foi porque eu busquei na verdade porque a doula era
 167 mais assim.. porque a doula era uma amiga minha que eu conheci::: no final da primeir/não
 168 conheci com o meu bebê novinho ... ela tava grávida na época... mas aí::: eu perdi o contato
 169 com ela né... ela não era doula quando eu conheci.. e aí em dois mil e quinze quando eu
 170 engravidei... ela tava em outro país e no final da gestação... ela voltou pro Brasil... e aí casou
 171 - ela não morava aqui ... morava numa cidade vizinha - mas só que no dia:: na semana que
 172 tava... ela tava acompanhando uma amiga que tava gestante... então ela tava dormindo na
 173 casa dessa amiga... então ela foi e falou comigo .. antes ela já tinha falado antes de viajar...
 174 mas eu não incomodei porque ela foi eh::: ... pra o país que ela tava - acho que era Romênia
 175 - e aí retornou já no final da minha gestação... então a gente não teve tempo de conversar...
 176 sobre par/tudo o que eu sabia era de informação que eu buscava ... a

177 E - Na segunda gestação você pegou outro modelo? ou assim fez uma pesquisa mais
 178 profunda...

179 M - Eu pesquisei modelos e a partir deles eu fui fazendo o que eu queria... né... a partir
 180 daqueles que eu fui... fui fazendo o que eu queria... o que eu achava que era necessário pra
 181 mim e aí eu coloquei né... mas eu fiz muito mais em torno do que eu tinha sofrido do
 182 primeiro... então aquelas coisas que eu não queria:::... era mais relacionado ao parto anterior
 183 do que eh::: o que eu ainda não tinha tido né... as coisas mais assim que eu tinha ... será
 184 que... que eu ainda tinha dúvida que de de de dar uma vacina lá após o parto... né... ou me
 185 separar dela... eu ainda ficava meio assim ... mas será que eu hospital... eu ficava com receio

186 do hospital retaliar assim algumas coisas que eu pedi já que o hospital particular também não
187 tava preparado pra receber também alguém que fosse ter parto normal...então eu exigi pouca
188 coisa... o que eu queria exigir mesmo era mais o que eu tinha sofrido na primeira gestação...
189 E - o da primeira gestação você não chegou nem a entregar... mas o segundo você
190 entregou...
191 M - Entreguei... entreguei à médica nas últimas semanas de pré-natal... eu entreguei pra
192 ela...
193 E - Eh::: fala como foi essa entrega... quando você entregou a ela... reação... se você lembra
194 de alguma fala específica... alguma atitude...
195 M - Não... quando eu entreguei ela... antes eu já tinha perguntado se as pacientes dela
196 costumavam fazer plano de parto e ela disse que algumas sim... que já recebia... aí eu fiz e
197 entreguei... quando eu entreguei ela disse que ia ler depois... por causa da hora... tinha
198 outras pacientes... disse que não ia ler lá comigo... mas eu achava que deveria ler pra me
199 dizer se alguma coisa tava faltando ou dizer que alguma coisa era desnecessária... eu achava
200 que ela ia ler comigo lá na hora né... só que depois eu fiquei com vergonha de perguntar se
201 ela realmente leu né ((risos)) ...
202 E - Ela nunca te deu esse retorno se ela leu ou não?
203 M - ela nunca me deu esse retorno... mas no dia do parto eu fui com o plano também né ...
204 impresso pra mim e também pro meu marido ler...ele já tinha lido na verdade... pra ele exigir
205 tudo o que tava lá...
206 E - Na tua opinião... o documento teve alguma influência sobre a assistência que você
207 recebeu?
208 M - Não... nenhuma ... não...
209 E- Em que medida ele influenciou o desfecho do parto? Até que ponto ele influenciou a
210 condução e o desfecho do parto?
211 M - Eh::: na verdade eu acho que o plano de parto serviu muito mais pra conscientizar meu
212 marido ... meu acompanhante... do que o pra pra pra fazer com que a médica respeitasse
213 porque na verdade ela conduziu como quis... como ela achava na verdade que tava... que foi
214 também tudo mal conduzido... foi... ela não esperou a hora né... mandou logo me internar
215 sem trabalho de parto ... então quando você vai pro hospital sem trabalho de parto... você já
216 fica tensa lá querendo que as coisas evoluam... uma coisa que nem tava acontecendo... uma
217 coisa que você queria que evoluísse mas que não tava nem acontecendo lá na hora... ela não
218 estourou minha bolsa... que eu pedi lá na hora... pra não estourar minha bolsa... eu cheguei
219 a mencionar algumas coisas que eu tinha sofrido do parto anterior que por coincidência ela
220 era diretora do hospital onde eu tive meu primeiro filho ((risos)) então eu mencionei o que eu
221 tinha passado lá... ela fez uma cara meio de surpresa mas eu acho que foi mais porque era
222 uma coisa bem recorrente lá no hospital... e aí eu mencionei essa questão da bolsa e da
223 manobra... ela disse que manobra ela não fazia de jeito nenhum e que eu não me
224 preocupasse com isso - isso foi antes de entregar o plano de parto - e a bolsa ela disse que
225 ia levar em consideração...que às vezes era necessário mas que ia me informar ... que ia me
226 dizer e aí eu me tranquilizei... mas mesmo assim eu entreguei o plano de parto depois ... ela
227 não estourou minha bolsa mesmo... mas...
228 E - O que é que saiu como tava lá no plano e o que é que não saiu? você lembra?
229 M - O que saiu como tava lá no plano era não estourar minha bolsa... não fazer manobra de
230 Kristeller... não fazer episiotomia... eh::: foram as únicas coisas na verdade... apenas essas
231 três... o resto de puxo dirigido eh::: no a.. a... a... a ficar com a hora de ouro lá com a bebê
232 também não foi respeitado... ela ficou um tempinho comigo mas foi logo levada pra pra fazer
233 né o que elas... o que o hospital já costumava a fazer que era limpar... medir essas coisas

234 rapidamente assim que ela nasceu... na verdade foi só isso assim... acompanhante que eu
 235 disse que queria ter mas que na verdade era um direito... que eu já sabia... ah:::: e não colocar
 236 ocitocina se não fosse necessário..

237 E - A que você atribui o cumprimento ou não o não cumprimento das vontades lá do plano?
 238 M - eu acho que ela não leu... e porque na verdade eu acho que ela se sente... o médico né
 239 que não tá muito comprometido com essas coisas de parto natural... humanizado... ele se
 240 sente muito de que ele é o médico... ele que sabe mais... ele que vai fazer o que ele real/acha
 241 que deve fazer na hora então:: eu acho que na cabeça dela ela disse ... olhe... eu vou fazer
 242 o que deve ser feito aqui agora e que eu acho que deve ser... então em nenhum momento
 243 ela disse ... vou fazer isso porque isso é preciso... por causa disso... ela simplesmente fazia...
 244 algumas coisas que a gente tinha pedido pra não fazer... principalmente essa questão de
 245 puxo dirigido ... ela mandava o tempo todo fazer força lá no final porque ela que dirigia né...
 246 durante o expulsivo.. que eu nem sei se realmente tava no expulsivo né... ela que me levou e
 247 me mandou fazer força.. enfim... no primeiro parto e no segundo eu não senti isso de que o
 248 pessoal dizia “não a gente sente aquela vontade incontrolável de fazer força” ... eu não senti
 249 isso ... eu só fiz força porque ela dizia “bora... tá vindo uma contração... faz força agora” mas
 250 eu não sentia vontade de fazer força...

251 E - Mas você fazia porque ela pedia...

252 M - Porque ela pedia .. eu já tava no auge de dor ... morrendo de dor... doida pra acabar...
 253 ela tava me mandando fazer força... eu fiz...

254 E - Fala sobre os teus sentimentos em relação a essa assistência recebida no parto... o que
 255 é que te marcou?

256 M - Eu fiquei frustrada com a falta de paciência ... né... no segundo parto... no primeiro... eu
 257 achei tudo normal...eu consegui meu parto normal... pronto... depois de ter mais consciência
 258 eu fiquei muito triste e frustrada de ter passado pelo que eu passei... mas após o parto da
 259 segunda filha mesmo... eu me senti frustrado por ter... por não ter tido... era uma coisa que
 260 eu falava muito com a minha doula... eu queria muito sentir os puxos... eu queria muito sentir
 261 essa vontade natural de fazer força... e aí eu comecei a...e eu falei ... senhor será que sou
 262 eu que não consigo sentir... será que é porque no final do trabalho de parto... eu que não
 263 tenho ... eu não consigo ter essa percepção... e não consigo ter força... de mim mesmo do
 264 meu corpo... eu comecei a questionar essa questão... de mim mesmo do meu corpo... eu
 265 acho que eu não tenho essa for/eu não tenho... eu não vou passar por isso... eu acho que o
 266 meu... é uma falha do meu corpo esse processo... sempre vai ter que ter... eu acho que
 267 chega lá e meu corpo não sente ... sempre tem que alguém dizer a hora de fazer força porque
 268 ... e::: essa questão da da da... eu tenho muito me/muito receio da de tá demorando... então
 269 eu acabava... ela dizia pra fazer força e eu achava que eu ia incomodar demais demorando
 270 demais... então eu ia fazendo força pra terminar logo ... é tanto que no terceiro parto... a
 271 médica já era muito ... era uma médica humanizada super tranquila que respeitava até demais
 272 ... mas eu comecei a fazer força sem tá sentindo puxo... justamente porque eu fica... eita...
 273 será que eu vou tomar muito tempo da médica ... será que não tá muito... e aí ela pediu pra
 274 eu parar ... se eu não tivesse sentindo vontade de fazer o puxo eu não fizesse... então no
 275 terceiro parto foi até uma questão da médica... mas é porque ficou internalizado essa questão
 276 de que eu achava que... era uma coisa que eu não ia passar pelo puxo natural...

277 E - Você utilizou o plano de parto novamente na terceira gravidez?

278 M - Eu não utilizei... eu não utilizei ... eu eu cheguei a fazer mas eu não utilizei...

279 E - Por quê?

280 M - Como eu tinha entregado na médica anterior e não tinha sido respeitado... eu achava que
 281 mais importante que o trab/o plano de parto... era escolher uma uma equipe ou uma médica

282 que realmente você confiasse naquele processo de que ela não ia lhe enganar... era mais...
 283 mais importante do que o plano era a quem eu tava entregando esse plano nesse momento
 284 entendeu? então eu procurei uma outra médica no terceiro... na terceira gestação...e eu e
 285 mais importan/assim... na MINHA experiência realmente foi mais eh::: foi mais::: eu não sei
 286 se pela maneira que eu me porto... talvez se fosse uma pessoa eu exigisse na hora...se meu
 287 marido exigisse na hora talvez fosse colocado em prática né o que eu pedi nos outros partos
 288 anteriores... mas eu acho que né...acaba que ... acaba desgastando... a gente acaba
 289 sofrendo uma retaliação por tá exigindo uma coisa que eles não... que eles não têm o costume
 290 nem querem fazer...então por medo também de retaliação... a gente não exige muito de muita
 291 coisa...e aí por causa disso eu achava .. poxa... melhor que o plano de parto é procurar uma
 292 médica que compartilha né da da da visão que é aquela médica que realmente tá ali pra fazer
 293 o parto acontecer da.. que entende que o parto é uma questão fisiológica ... natural da mulher
 294 e que vai acontecer ... e aí eu procurava uma médica pensando nisso...

295 E - E até que ponto você considera que o documento é importante?

296 M - Até você não ter condição de pagar uma equipe que você tem consciência que compartilha
 297 da mesma visão... eu acho que ... eh:: hoje é importante pra uma pessoa que vai ter num
 298 hospital público... ou vai ter com o plantonista né... por exemplo... eu tô na quinta gestação
 299 e aqui eu vou ter com plantonista ((ela está morando em outra cidade)) ... porque]

300 E - Você considera fazer?

301 M - Eu vou fazer dessa vez porque como é meu quinto parto... como eu já passei por dois
 302 partos ruins e dois partos muito bons... como eu não conheço a equipe... como eu não tenho
 303 muita informação... como eu não conheço muita gente na cidade... eu vou fazer porque e
 304 dessa vez eu quero... eu vou pedir pro meu marido exigir algumas coisas porque eu já tenho
 305 plena convicção do meu direito... plena consciência do que é necessário e do que não é
 306 necessário... e como eu não sei a quem eu tô confiando esse momento... eu acho que é
 307 necessário... eu acho que é importante você ter um plano de parto... () de que você ter um
 308 acompanhante que vai exigir porque você sabe que você mesmo não exige na hora... até o
 309 ponto de você não ter condição de pagar uma equipe que você tenha plena consciência de
 310 que partilha do seu ... da sua visão ... da da daquele momento... é importante você ter um
 311 plano de parto...

312 E - Pra gente finalizar... quais seriam os conselhos que você daria a uma mulher que tá se
 313 preparando para ter um filho e quer ter um parto normal?

314 M - Eu diria pra buscar informação eh::: de uma forma assim mais geral.... com... com
 315 profissionais que você sabe que tem realmente aquela fama ... pela experiência porque hoje
 316 você já facilmente já tem essa noção por causa da facilidade em questão do Instagram... você
 317 rapidamente acaba tendo aquelas informações pelas postagens ... pelo que a pessoa faz ...
 318 principalmente se ela tiver um IG profissional... eu diria pra ela buscar muita informação...
 319 buscar indicação por outras mulheres que já tiveram... que já passaram pelo processo... de
 320 quem são esses profissionais...pra que a partir desses profissionais ela possa beber as
 321 informações que ela que ela precisa pra principalmente a questão do parto... pra esse
 322 processo do parto ... trabalho de parto... porque muita informação você vai ter... mas vai ter
 323 muita informação ruim também ... então vai ter muita gente com experiência ruim... com
 324 profissional ruim e que acaba passando a experiência pras outras pessoas também muito
 325 ruins... então eu diria pra você buscar de pessoas que passaram pelo processo de parto...
 326 pra você buscar indicação de onde beber das informações sobre o parto.

APÊNDICE C

Héstia – Parto hospitalar com obstetra do convênio - 2019

1 E - A primeira é sobre o momento quando você descobriu a gravidez... quais eram as suas
2 preocupações iniciais... o que é que vinha na tua cabeça quando você se descobriu grávida?

3
4 M - Então... quando eu me descobri grávida... fui procurar um médico... o meu medo era
5 questão de saúde... o enxoval dela eu montei dois meses antes dela nascer... a minha
6 preocupação era o médico... e foi aí onde eu falhei... na época a gente tinha plano de saúde...
7 meu marido trabalhava na ((diz o nome da empresa)) e o plano dele era o Bradesco... ele
8 procurou informação dos amigos dele... de onde a gente pudesse encontrar obstetra e a gente
9 foi pra aquele espaço Clin que é por trás da Clin... sei se tu sabe onde é... quando eu cheguei
10 lá... eu não pedi informações a ninguém assim de amigas e conhecidas... quando eu cheguei
11 lá eu perguntei “moça...eu queria marcar uma consulta com obstetra” e ela disse “você tem
12 alguma preferência” e eu falei “moça...qual é a melhor?” e ela disse “a mais procurada é dra
13 Y” ((disse o nome da médica)) aí eu disse “então marque uma consulta com ela “ aí foi aí onde
14 eu comecei o pré-natal... a minha preocupação era só questão de saúde... de cuidado... eu
15 tinha medo de acontecer alguma coisa... era o meu primeiro filho e eu não tinha experiência...
16 assim né... aí foi aí onde tudo começou...

17
18 E - Essa preocupação de saúde era de ... do desenvolvimento do bebê... do teu
19 desenvolvimento... assim... controlar questão de pressão?

20
21 M - Não... o meu medo era o desenvolvimento de J.... porque como eu era de uma área que
22 a gente estuda desenvolvimento infantil ((ela é psicopedagoga e acompanha crianças com
23 necessidades especiais)) eu sabia dos problemas que poderia vir a ter... nascer com alguma
24 patologia... alguma coisa... então a minha preocupação era toda ela... eu não... eu não me
25 preocupava muito comigo... quer dizer ... me preocupava... porque se eu não tivesse bem
26 ela não estaria bem... então era mais assim ... ter um médico que estivesse lá pra me dar um
27 suporte caso acontecesse alguma coisa com J...

28
29 E - E teus focos de interesse durante a gravidez?

30
31 A única coisa que eu me preocupava com isso... era.. eu dormia muito... foi uma época que
32 eu tive muito sono... então a minha preocupação era de estimular ela... então eu cantava
33 muito... contava história... meu negócio era estimular... eu tinha preocupação quando
34 chegava perto das ultrassons... aí cada ultrassom eu queria saber ... pronto a ultrassom que
35 era pra saber se tinha síndrome de down... aquela dali eu surtei... eu fiquei muito mal... eu
36 lembro que que fiz essa ultrassom no dia da Síndrome de Down então era eu esperando pra
37 fazer o exame e lá falando sobre a Síndrome de Down... só que minha médica da ultrassom
38 era ma-ra-vi-lho-sa.... diferente da minha ginecologista... a minha única preocupação era ter
39 um filho normal... eu queria um parto normal... então a minha preocupação era isso... foi
40 quando entrou P a doula...né... que foi através de K ((uma amiga))

41
42 E - Você falou assim... que queria ter um filho normal... quando você fala normal.. você fala
43 assim... um filho de desenvolvimento normal ou de ter]

44

1 M - [não normal de parto normal... eu queria um parto normal... aí foi quando eu
2 conversando uma uma amiga...ela me marcou no Facebook de P... a doula e eu não tinha
3 condições de contratar uma doula... mas P estava fazendo um trabalho socia:::l e::: que ela
4 disse que teria ... que ia dar duas grávidas que tivessem filho entre setembro e outubro... que
5 era a data que J poderia nascer... aí foi quando eu comecei a ter contato com P... só que dra
6 Y não queria doula ...não queria doula e eu tinha um medo muito grande de trocar de médico..
7 eu achava que se eu trocasse de médico ia ter alguma coisa com J... então eu tinha esse
8 medo... e dra Y ela era muito “eu não vou... **eu não quero doula... você não tem condições**
9 **de ter um filho normal... porque você tem trinta anos... filho normal só pode até os vinte**
10 **e sete anos... depois disso já é uma gravidez de ris:::co:::**” aí a doula me dizia o oposto
11 né... e eu pesquisando... estudando... e eu não acreditava nela... eu ia pra ela pra ela
12 me dar as guias... não acreditava em dra Y... eu ia pra ela pra me dar as guias... já a
13 ginecologista eu amava porque ela me explicava ... me explicava tudo sobre J... ela me
14 orientava... quando eu fiz a morfológica ... ela pediu pra fazer a do coração... e eu fiz a do
15 coração... e aparentemente não tem nada no coração dela... e eu queria fazer uma do
16 coração dela... só do coração... aí eu fiz uma do coração então::: eu acreditava muito em dra
17 G que era a médica da ultrassom... **em dra Y eu não confiava por conta que ela assim...**
18 **ela era muito GROSSA nesse sentido... de que não era pra eu ter um parto normal...**
19 **que não dava certo eu ter um parto normal e ela ficava insistindo nisso...** e P (a doula))
20 sempre me orientando e eu pesquisando... então.. e eu vendo que dava pra eu ter um parto
21 normal... meus exames tava tudo... tudo normal... eu não tinha problema nenhum... aí quem
22 eu confiava? eu confiava em P e em V... a nutricionista... porque ela me orientava na parte
23 alimentar... porque dra que eu tive... a minha diabetes deu muito baixa e dra G pediu pra comer
24 rapadura... muita rapadura pra minha diabetes voltar ((falando sobre a glicemia)) então V
25 dizendo que não... que não havia necessidade porque a minha diabetes era 55 e o normal era
26 60... então ela disse “sua diabetes tá baixa mas não é um baixo que chega a prejudicar... é
27 melhor ela baixa do que ela alta e você ter uma diabetes gestacio]
28 E - [que no caso é a glicemia né... nera a glic/a glicemia tava norm/tava baixa...
29 Isso... a glicemia... eu a diabetes... a glicemia ((risos)) foi mal ((risos))
30 E - ((risos)) é porque quando você tava falando eu pensei que você tinha diabetes ((risos))
31 M - Não... era a glicemia ... é que faltou o nome ((risos))... a minha glicemia era baixa mas
32 não era tanto... quando chegou com trinta... acho que com trinta e sete semanas... eu fui pra
33 dra Y ... eu já tava de férias...acho que em julho... acho que uma semana antes do recesso...
34 uma semana não ... eu pedi... eu pedi... eu entrei de licença maternidade uma semana
35 antes... porque eu queria tirar uma semana pra descansar::: ... pra organizar tudo... nessa
36 semana que eu tirei... eu fui pra dra Y e ela disse assim “pronto... nós vamos agendar seu
37 part/sua cesárea... venha segunda-feira em jejum”... aí ela disse lá os procedimentos né... de
38 um parto cesárea “que eu vou marcar a sua cesárea e daqui nós vamos pra Clin” né ... aí
39 eu::: travei... “doutora mas eu não queria cesárea” ... “não mas você não tem condição de
40 ter normal”... “e aviso logo” isso eu ainda não tinha dito a ela que eu tinha uma doula...eu o
41 tempo todo escondendo dela.. **“e aviso logo eu não aceito esse negócio de doula na**
42 **minha sala não... esse povo quer saber mais do que eu”** ... essa era a fala dela... aí::: eu
43 saí de lá::: isso ela chegava atrasada... assim... passava horas pra me atender... às vezes
44 eu saía de lá oito horas da noite ... eu chegava lá de duas da tarde...e::: tinha essas questões
45 assim ... eu senti que ela não tinha muito respeito sabe por a ... por a/ por mim - não sei se
46 era por todos né mas eu senti isso dela... aí::: quando foi na segunda-feira eu entrei em
47 contato com P aí P veio na minha casa... porque ela ensinou meu marido a mexer naquele
48 aplicativo... a mexer naquele negócio de contagem de contração::: aí foi quando eu disse pra

ela “P... doutora Y quer me fazer uma cesárea e eu não quero... o que é que eu faço?” aí ela fez “Você tem coragem de trocar de médico?” ... aí foi onde eu tive coragem de trocar de médico... porque era ou isso ou uma cesárea... e eu não queria a cesárea... porque eu já tinha lido sobre os benefícios do parto normal pra J e eu tinha lido que uma cesárea era no caso de risco ... e eu não precisava de uma cesárea... então eu não queria... aí foi quando ela me levou... ela me indicou doutora J... que foi a que fez meu parto... aí eu fui pra ela numa quarta de manhã... quando eu tava com trinta e nove semanas... quando eu cheguei lá doutora J teve um SUS to... porque... eu já tava prestes a ter... aí eu cheguei lá levei todas as ultrassons... doutora J já sabia do caso ... P já tinha contado pra ela... ela já tava sabendo de tudo... aí ela disse “olhe eu não vou marcar nenhum exame pra você porque você já tá... já no finzinho... então é só uma conversa mesmo pra eu lhe entender e lhe explicar como vai ser o parto”... aí:: ela me disse que se ela tivesse na cidade ela faria o meu parto... eh:: ela só não faria se ela tivesse em Recife porque ela dava plantão em Recife... pronto e foi isso... aí ela falou todo o oposto de doutora Y... ela disse que isso não existe... ela disse que tinha paciente com quarenta anos que ia ter um parto normal.. ela disse “o parto cesáreo ele é mais pra salvar a vida da mãe quando é caso de vida ou morte mas quando tá tudo normal pode sim ter tudo normal... e você tá com tudo normal .. tudo” ... aí foi quando eu vim pra casa... e isso P orientando meu marido... né... sobre a questão das contrações... orientando a gente que não precisava assim que a bolsa estourasse correr pro hospita:::l... que eu podia esperar em casa... ele ficava fazendo as contagens das contrações::: aí tá certo... aí eu vim pra casa... quando foi na sexta-feira... de seis horas da manh/da noite minha bolsa estourou... aí::: pronto... aí minha bolsa estourou... meu marido ficou aperreado... P pediu pra eu me alimentar bem porque ela disse que eu ia fazer bastante força ... aí eu me alimentei né..ela até disse olha “coma bastante açaí que é bom”... aí eu comi açaí ((risos))... aí tomei bastante açaí... aí isso as contrações vinham - eu tinha muito líquido... muito líquido... eu tinha... e as contrações vinham e meu marido lá... naquela contagem... isso P sabia e doutora J ... elas tavam vindo pra ir pro hospital]

E - [a gente vai falar disso... tem umas perguntas pra isso... que aí... eu queria só entender se a tua assistência... que já é a segunda pergunta... qual foi o tipo de assistência recebida por você... pública... privada ou convênio? aí foi convênio né?

M - foi::: tudo convênio... eu não fui pro SUS... a doula era um trabalho voluntário dela... tanto doutora Y quanto doutora J eram do convênio... o restante era tudo do convênio...

E - Pra você falar sobre o teu pré-natal... eh::: como era o tipo de acompanhamento... a regularidade das consultas e os tópicos... as orientações que ela te passava...

M - Ela só fazia escuta ((ausculta))... peso.. só... aí... às vezes eu até ficava assim porque eu via muito ... nessa época eu comecei a seguir muitas páginas... aí::: no Facebook eu comecei a seguir relat/menina... eu passava a minha tarde inteira lendo relato de parto normal.. era::: porque assim... eu só trabalhava de manhã... de tarde eu dormia e de madrugada eu ia escutar relato de parto... pronto... essa época eu vivi pra J... ela só escutava relato de parto... elas mostravam foto da caderneta tudo... ela ((a médica)) não me deu isso ... eu por conta própria... peguei um caderno meu e comecei a fazer as anotações... porque ela não dava/ela não me deu essa caderneta né... e como eu não fui pro SUS ... eu fiquei só no particular.. então era basicamente isso... ela não me dava orientação de nada... eu tive um problema de saúde ... no mês de Ju:::lho... eu tive uma gripe... eu mandei mensagem pra

ela e ela só dizia “vá pro hospital” ... ela não me dava nenhum tipo de orientação... ela não me receitava... porque assim... eu sabia que eu não podia tomar nada que não fosse natural ... ela também não dizia nada do tipo “se acalme”... não... ela dizia pra eu ir pro hospital e lá eu era medicada ... e o médico de lá que me medicava “oh vá na farmácia e compre tal e tal remédio”... quem me dava o apoio no caso assim emocional “olha vai dar certo... você vai conseguir” era P e na época eu me apeguei muito a I na época ... uma que trabalhava comigo... porque J e a filha dela têm a mesma idade... e::: a diferença é semanas... então eu conversava muito com I na época... e... I tinha uma médica obstetra que realmente era a favor do parto normal... e com ela era diferente ela realmente procurou uma médica que queria o parto normal e tudo...então eu conversava muito com I...

E - Fala pra mim se durante a gravidez você fez parte de algum grupo sobre parto ou sobre maternidade...

M - Não... só entrei num grupo mas era só pra ler os relatos de parto... eu lia muito relato de parto... era um grupo de mulheres que tiveram parto normal no Facebook... elas relatavam ... tipo foi no Facebook... eu não perguntava nada... só lia os relatos... eu comecei a seguir também uma mulher que tinha sete filhos ((risos)) e comecei a seguir também aquele Grão de gente porque aí eu queria ver também o enxoval...

E - Aham...fala sobre os teus receios durante a gravidez... você compartilhou que tinha preocupação com a saúde de J... sentia algum outro receio em relação a gravidez ou em relação ao momento do parto?

M - Não... eu era muito confiante.. eu sabia que eu queria aquilo ((parto normal)) mas na cesárea eu tinha ((medo))... quando eu pensava naquela injeção.. eu tratava... porque a anestesia... eu escutava o povo dizendo “tem que ser um bom anestesiologista porque senão ele aleija você” e aquilo... menina... “meu Deus do céu... e se eu ficar aleijada?” e o povo dizia que era um em cada mil casos e eu pensava... e se eu for esse um? né? ... aí eu tinha medo.

E- Como é que você fazia pra administrar esse medo? pra lidar com esse medo?

M - Mulher eram os exames... e P me apoiava... o apoio de P foi muito bom... eu acho que se eu não tivesse tido ... se não fosse P na minha vida... eu poderia ter tido o parto normal porque eh::: ... eu fui / foi muito rápido o meu parto... mas eu acho que... meu parto foi lindo ((risos)) eu amo falar dele... ((risos)) eu tenho até fotos ((risos)) se você quiser fotos... meu marido não gosta das fotos não porque tem foto de todo jeito ... mas não teria sido...

E - Durante a gestação você recebeu orientações sobre a escolha da via de parto... procedimentos que poderiam ser realizados e que não poderiam e sobre os seus direitos?

Sim...sim.. isso foi a doula... doutora Y não... veio da doula... ela disse “Você precisa fazer um...” como é que é o nome? um relato? não ... um relato não...

E - Um plano de parto...

M - Isso...um plano de parto... se você não souber fazer eu lhe mando o meu... aí foi quando eu entrei em contato com uma amiga e ela me emprestou o dela e eu li tudo... A única coisa

1 que eu lembro que eu não modifiquei... que... P me orientou mas eu tive medo... foi de um
2 colírio que coloca no olho da criança... eu não sei se você sabe... e::: foi a única coisa que
3 eu deixei porque eu tive medo... eu procurei estudar mas as informações que eu consegui ...
4 esse do colírio eu não senti confiança.. então infelizmente se se usa até hoje eu vou deixar
5 porque eu não tinha confiança... e como eu não tinha uma pediatra... ia ser a pediatra de
6 plantão... mas eu acho que eles nem usaram o colírio porque eu vi que o olho da criança
7 ficava meio avermelhado...e o de J nem ficou... eu acho que eles nem usaram também..

8
9 E - aham ... em que momento você tomou conhecimento sobre o plano de parto? em que
10 momento da gravidez?

11
12 M - Foi já no finalzinho... acho que eu já tava perto dos nove meses.... quando P fez uma
13 visita na minha casa e ela me orientou... essa orientação foi pra todos... pra mim... pro meu
14 marido e meus pais tavam aqui... então ela orientou toda a família... e aí foi quando eu tive
15 conhecimento sobre o plano de parto... eu já escutava algumas mulheres falando mas eu não
16 sabia como era isso... como era esse plano de parto... mas assim... eh:::

17
18 E - [nos relatos que você lia surgia em algum momento do texto falando sobre plano de parto?

19
20 M - [não nos textos não.. nos relatos que eu lia nenhum falava de plano de parto...

21
22 E - Tá...essas orientações que a doula deu eram sobre a escrita do texto? ela orientou
23 assim... você precisa colocar seus dados... seu CPF...?

24
25 M - Não... nessa parte ela não me orientou...ela disse assim... você precisa fazer um plano
26 de parto... é importante você fazer...eh::: se você não souber fazer você me fala que eu
27 mando o meu pra você e você segue aquele roteiro... aí eu segui o de uma amiga minha... o
28 meu foi muito parecido com o dela...eu modifiquei conforme o que eu queria

29
30 E - Você lembra se teve algumas... lembra de alguma coisa assim que ficou meio... bem
31 diferente do modelo que você seguiu?

32
33 M - o que eu lembro foi do colírio e eu lembro do banho... isso eu lembro porque isso eu
34 lembro que eu li vários relatos de que não era bom a criança não tomar banho nas primeiras
35 vinte e quatro horas... isso eu lembro... lembro também que a criança tinha direito a ter um
36 acompanhante e que esse acompanhante não podia sair de perto dela...

37
38 E - Você utilizou efetivamente o plano de parto? chegou a entregar?

39
40 M - Não... não utilizei ...

41
42 E - Tá então... o que é te::: fez não::: usar o plano de parto?

43
44 M - Na verdade não foi nem que eu não fui usar.. foi na hora lá... você tá entendendo? no
45 no... eu levei ele porque ele tava dentro dos meus documentos... mas na hora lá ninguém
46 lembrava de plano de parto... tá entendendo?... então não foi nem que ele não foi utilizado...
47 ele não foi usado não foi porque me negaram... barraram... foi porque ele realmente eh::: na
48 hora lá ninguém lembrou... e como doutora J foi indicada pela doula... na hora lá ela fez tudo

1 tudo tudo que é que é assim... tudo que... todas as orientações... se brinc/na verdade ela
2 nem me ouviu né... porque por mim ... ela tinha me dado uma anestesia... porque várias
3 vezes eu fiquei pedindo a ela ((risos))

5 E - Você acha que se você tivesse com doutora Y você teria lembrado do plano de parto?

7 M - Ela teria rasga/Sim... com doutora Y eu teria lembrado porque eu sabia que ela não ia:::
8 porque eu sabia que ela não ia::: me escutar... com doutora Y... sim... eh...

10 E - Então a mudança de médica pode ter influenciado essa não entrega ((falando sobre não
11 entregar o plano de parto))? Você tava mais tranquila?

13 M - Isso... tanto eu tava tranquila com a médica como a doula tava do meu lado... quando eu
14 cheguei na maternidade ... doutora J ainda tava chegando de Recife e ia em casa ainda tomar
15 um banho e eu já tava na maternidade... aí a médica do plantão olhou pra mim e disse “a
16 médica tua está vindo?” e a doula disse assim “sim”... aí ela disse “coloque ela na minha sala
17 pra fazer o toque” ... na hora que ela disse isso eu disse “P... eu não quero toque” ((dizendo
18 pra doula)) porque eu já sabia dos efeitos.. que não havia necessidade de toque... que era
19 desconfortável pra mulher... que havia outros recursos... aí a doula disse “fique tranquila...
20 ninguém vai fazer toque em você ... eu não vou deixar”

22 M - ... isso a doula comigo... aí quando eu cheguei na sala eu vomitei todo o açaí ((risos)) aí
23 a doula se abaixou e viu uma gosma... aí disse assim “Você tem que ir pra uma enfermaria...”
24 aí a doula pediu pras meninas pegarem uma cadeira de rodas e me levarem pra uma
25 enfermaria... e elas pediram pra eu fechar as pernas... porque elas tinham dito... segundo a
26 doula - eu não entendo muito bem disso e ela deve ter algumas experiências - ela disse que
27 a bebê estava quase coroadando então ... aí eu fui pra enfermaria... quando eu fui pra
28 enfermaria... doutora J chegou ... aí ela pegou um equipamento e escutou os batimentos
29 cardíacos da bebê... e mandou eu ir ...aí ela disse ... ela pediu pra me levarem pra sala de
30 parto... quando eu cheguei na sala de parto ela me deitou na ma:::ca e disse assim “Não tem
31 banqueta aqui não?” e as enfermeiras disseram “não nós não temos banqueta”... aí ela e a
32 doula olharam uma pra outra e disseram assim “eita... vai ter que ser aqui mesmo” - acho que
33 elas queriam que eu tivesse J sentada né... aí: pronto... aí eu fiquei lá... aí as enfermeiras
34 disseram assim.. não aí doutora disse assim “cadê a pediatra?” aí ela fez... a::: “a pediatra não
35 pode vir... ela só vem em emergência” e ela disse assim “e isso é o quê? isso não é uma
36 urgência?” ... “uma mulher tendo filho não vai ter uma pediatra presente?”... “não.. ela só vem
37 quando o bebê nascer”... aí eu senti que a doutora e a doula não gostaram mas eu tava ali
38 com tanta dor que eu nem... sabe? aí disse tá certo... aí doutora J começou a me orientar
39 “olhe... faça assim... faça assim” ... aí o meu marido ficou lá... ficou presente o parto todo...
40 aí eu lembro que eu ficava “doutora J... tá doendo... corta... me dá uma injeção” e ela dizia
41 “eu não posso... não posso... quem vai fazer tudo é você... eu tô aqui só pra segurar seu
42 filho”... aí ela ficava “você consegue” ... aí a gente ficava conversando... aí quando a
43 contração vinha ela dizia “respira” aí ela viu que na posição que eu tava não ia rolar... porque
44 eu tava naquela posição que a mulher tem normal né]

46 E - [deitada

1 M - [é... aí ela me mandou ficar de costas ... de bunda pra ela.. tu tá entendendo né? segurada
2 aqui assim de costas... pronto.. aí foi quando eu fiquei... aí ela disse “pronto essa posição é
3 melhor... elas me ajudaram a virar porque eu tava com muita dor... aí eu virei... aí foi quando
4 ela nasceu.. tá entendendo? aí elas ofereceram pra meu marido cortar o cordão... ele não
5 tinha ((coragem)) ... ele tava mais nervoso do que eu((risos)) aí ele não cortou... eu também
6 não tinha coragem... aí foi quando ela cortou e a pediatra chegou... aí a pediatra já tava
7 presente...

8
9 E - Eu tô só curiosa de doutora J ... se ela sabia que tu tinha um plano de parto?

10
11 M - não... eu não apresentei o plano de parto pra ela... pra ser bem sincera... eu tinha um
12 plano de parto mas eu tinha um pouco de medo dele... de medo de assim... dos
13 procedimentos que eu disse que eu não queria que a bebê tivesse de eu prejudicar ela.. de
14 eu prejudicar ela no futuro... eu não era totalmente confiante no plano de parto... porque como
15 eu fui apresentada a ele só no final da gestação... eu não tive tanto tempo de estudar... de
16 ler ... de ler de entender... a única coisa que eu sabia era do ... eu esqueci até o nome do
17 verne/vernex... eu esqueci até o nome ... de quando o bebê nasce... aquele negocinho
18 branco... o vérnix... porque aparecia muito nos relatos de parto e eu pesquisei... foi uma
19 pesquisa por curiosidade ... aí eu fui pesquisar... os demais procedimentos... que eu vi no
20 plano que eu peguei eu tinha medo porque eu pensava “e se eu tiver prejudicando a minha
21 filha?”... a decisão de ter um parto normal era tudo pensando nela ... porque eu sabia dos
22 benefícios para o bebê...

23
24 E - e sobre procedimentos em você? você colocou no plano de parto?

25
26 M - Não.. você falando agora me fez lembrar porque como eu perdi o meu plano de parto...
27 né.. eu acho que eu coloquei isso... mas a minha preocupação era mais J mesmo... porque
28 como eu tinha encontrado dra J eu sabia que eu estava em ótimas mãos...eu sabia que ela
29 não ia fazer isso...pela indicação da doula... então eu sabia que eu estava em ótimas
30 mãos...mas a bebê eu tinha as minhas dúvidas porque eu sabia que a bebê ia estar com a
31 médica de plantão... não ia ser minha pediatra... ia ser a pediatra de plantão lá... e eu sabia
32 que essas pediatras de plantão não tão nem aí... aí:: eu fiquei... mas o fato de eu não entregar
33 o plano de parto mesmo porque eu poderia ter entregado na consulta mesmo ... foi mais pelo
34 fato de ... eu não tinha tanto conhecimento... eu fiz baseado em outro mas com uma certa
35 incerteza... será que eu tô fazendo certo? eu tinha um certo medo... um certo receio do que
36 eu tava fazendo...

37
38 E - Fala ... o que é que você tinha planejado assim e que aconteceu exatamente como você
39 tinha planejado durante o parto e o que você viu que não aconteceu como você queria....

40
41 M - Não... o nascimento aconteceu do jeito... até melhor do que eu esperava... na verdade
42 doutora J me respeitou demais... eu acho que o que eu queria que não ia me respeitar ela
43 dizia “Não...eu não vou permitir” porque eu dizia “doutora...corta” ... eu pedi um remédio pra
44 dor passar... eu pedia um soro... eu não tive nada disso ... foi no natural... isso foi melhor do
45 que eu imaginava... o fato de ter a doula lá do meu lado... de ter o marido do meu lado... isso
46 foi muito bom... agora...enquanto eu estava sob os cuidados delas foi perfeito... quando eu
47 saí dos cuidados delas... aí já não foi mais... que foi quando eu estava sob os cuidados dos
48 médicos de plantão...então eh:: as enfermeiras pediam pra eu não gritar... porque os médicos

1 não gostavam mas eu dizia que eu tava com muita dor e elas diziam “mas não GRITA”... elas
2 me pediam pra não gritar... quando J nasceu ... elas me jogaram na sala lá... não me deram
3 orientação de nada... eu ficava pedindo nos corredores... elas não iam... então essa questão
4 aí depois do parto não foi... depois que eu saí dos cuidados de doutora J e da doula ... aí foi
5 a parte difícil...

6
7 E - entendi... fala sobre os teus sentimentos que você tem em relação a essa assistência que
8 você recebeu...

9
10 M - Eu acho que acima de tudo gratidão né... por P e por doutora J... porque querendo ou
11 não ela me aceitou... ela me conheceu numa quarta e numa sexta ela tava fazendo meu parto
12 normal.. eh: o respeito que elas tiveram por mim... da minha filha nascer sem nenhum tipo de
13 interferência... do jeito que ela disse “eu só vou pra segurar a sua filha” e realmente ela fez
14 isso e sei lá ... é uma alegria que não tem tamanho... foi... eu amei meu parto... eu sou
15 suspeita em falar dele... o parto em si... aquele momento em que a gente tava lá na sala...
16 que tava só nós quatro... foi a decisão mais acertada que eu tive na minha vida foi mudar de
17 médico... foi a melhor decisão que eu tomei... não gosto nem de imaginar se tivesse sido pra
18 doutora Y

19
20 E - Elege os acontecimentos que mais marcaram você.... algum acontecimento

21
22 M - O ruim foi quando eu tive essa gripe no mês de julho e uns dias eu tive crise de ansiedade..
23 então esse mês de julho foi horrível pra mim... no dia em que doutora Y disse venha em jejum
24 porque nós vamos fazer seu parto... porque eu não queria o parto cesáreo... aquilo foi
25 desesperador pra mim... e no dia do parto... no dia mesmo do parto... no momento que eu
26 estava na sala com a equipe... aquele momento ali pra mim ... porque tava acontecendo ali
27 melhor do que eu imaginei... eu imaginava um parto normal mas não da forma que
28 aconteceu... como todo o cuidado com toda a preocupação eu até falo pras meninas... se
29 eu tivesse dinheiro meu próximo parto ia ser em casa... só não tenho dinheiro... porque eu
30 acho ele mágico... meu marido não gosta das fotos porque são fortes ((risos)) mas foi lindo...
31 foi mágico... mulher eu ficava conversando com ela sobre a vida pessoal dela... eu dizia
32 doutora a senhora se formou com quantos anos... aí quando vinham as contrações eu parava
33 e ela né... e a gente ficou nisso assim ...era lindo ... eu não tenho problema.. se eu tivesse
34 dinheiro eu tinha não sei quantos filhos porque hoje eu sei o que eu devo procurar...
35 eu teria dez filhos... eu sei a dor é enorme... mas é aquela dor né... senti... foi-se embora...

36
37 E - você utilizaria o plano de parto em alguma gravidez futura...

38
39 M - ((pensando)) pra ser bem sincera... se eu tivesse a equipe que eu tive não... porque eu...
40 talvez assim... não... retiro o que eu disse... talvez eu usaria ele mas não de uma forma tão:::
41 formal “olha... isso daqui é meu plano de parto... acho que no próprio decorrer do processo
42 eu ia conversando com a médica obstetra com a doula “olhe eu quero assim”... com a
43 pediatra... então querendo ou não eu ia falar do que eu queria no dia... só que eu não faria
44 um documento... eu acho que eu não faria um documento se eu pegasse uma equipe que
45 fizesse tudo como eu queria... não sei se o documento seria importante pra deixar do-cu-men-
46 ta-do os meus pedidos né... pela experiência que eu tive... eu senti que não era necessário
47 nada por escrito porque ela soube me respeitar sim...

48

- 1 E - que conselhos você daria para uma mulher que tá grávida e deseja um parto normal?
2
- 3 M - A médica... eu diria uma doula só que a doula hoje em dia é cara né... se bem que o
4 público hoje já permite...mas uma médica de sua confiança é fundamental ... no meu caso foi
5 a doula que me levou até a doutora J... eu diria assim... procure uma médica que pense do
6 jeito que você quer ... se você quer um parto normal... humanizado ... sem nenhum tipo de
7 intervenção... então procure uma médica que pense desse jeito... era o conselho que eu
8 daria... por tudo o que eu passei com doutora Y... que ela não queria... doutora Y era o
9 oposto... o único conselho que eu daria aqui..
10
- 11 E- Tá ótimo... a gente termina aqui. .. foi muito rico...
12
- 13 M - Eu quem agradeço porque eu AMO falar do meu parto ((risos))

APÊNDICE D

Deméter – Parto hospitalar com obstetra do convênio – 2020

1 E - São treze perguntas... eu acho que eu já falei... a gente começa com uma pergunta que
2 é sobre a gravidez... aí você pode falar sobre todas as gravidezes você pode falar ... pode
3 falar se havia alguma preocupação na primeira gravidez que mudou nas outras ... então..
4 quais eram as suas preocupações quando você se descobriu grávida?

5 M - Quando eu fiquei grávida da primeira eu era bem jovem.. então eu tinha pouco
6 conhecimento... a preocupação inicial era entender... era conhecer... era curiosidade... o que
7 é que eu sei a respeito? eu só sabia o que era exemplo de casa... a minha avó teve todos os
8 filhos em casa... a minha mãe teve filhos que ela SA-bia o sexo por sentir... mas ela não não
9 tinha acesso a ultrassonografia por exemplo e::: teve normal e pronto e era isso... era isso
10 que eu sabia ... era só isso... então eu queria informações e aí::: eu comecei a estudar...
11 pesquisar::: a entrar ... na época era o Facebook o auge e eu entrava em tudo ... lia sobre
12 tudo... então nessa fase eu já li sobre gestação::: eh:: sobre:: parto... amamentação...sono
13 do bebê... eu consumia todo tipo de informações a respeito porque eu não eh::: sabia nada
14 ... sabia o que sabia de casa... logo no começo eu descobri que havia essa distância entre o
15 real e o ideal... e eu acho que ... eu acho que sei lá... antes de fechar doze semanas... acho
16 que ainda no primeiro trimestre... eu já comecei a estudar sobre parto e aí::: descobri que o
17 cenário obstétrico em João Pessoa era difí:::cil no Brasil::: depois Paraíba ... João Pessoa:::
18 logo no comecinho eu::: encontrei o perfil de Melânia... comecei a seguir... inclusive coloquei
19 um comentário perguntando sobre indicações de doulas... de pessoas da humanização aqui
20 em João Pessoa... tava no auge... acho que tava no lançamento de um dos filmes... tava
21 perto de lançar o Renascimento do Parto ... o primeiro]

22 M - [Era 2013?

23 C - Isso... era 2013 porque a minha filha nasceu em 2014 ... 2013 quando eu tava grávida
24 eh::: e ela me indicou na época ((fala o nome da profissional)) e eu lembro que eu comecei a
25 seguir perguntei... havia uma roda chamada Gestar e Maternar que era su:::per longe da
26 minha casa e eu fui no comeci:::inho da gravidez ainda... bem::: inocente de tu:::do... foi logo
27 quando levei o baque de que precisa ter eh::: particular... plano não tem como fazer... então
28 aí se tornou uma outra preocupação financeira... a preocupação agora da gestação envolvia
29 isso... eu não me preocupava com enxova:::l... eh:: com:: coisas que eu considero supérfluas
30 porque eu não sou muito ligada nessas coisas e porque mainha costura... então não era algo
31 que eu me importava eu dizia “ah mainha vai decidir... mainha vai resolver” tanto que chá de
32 fraldas eu fiz só no final... fotos foi uma coisa que não se fazia tanto da minha primeira
33 gravidez... mas foi popular nas outras... eu só tirei fotos com trinta e sete semanas... trinta e
34 seis ((risos)) então a minha preocupação era entender os processos da gestação e sobre
35 parto que era a minha maior preocupação... eh:: na primeira gravidez quando me me deparei
36 com tudo isso... eu estava com uma médica que era das mais humanizadas da cidade... era
37 cobrava muito caro acho que numa faixa de cinco mil reais ... então era fora da minha... do
38 meu orçamento TOTALMENTE ... mas ela na época tinha aquela conversa de “ah... se der
39 tudo certo a gente tenta... tem aquela disponibilidade... não precisa se preocupar ago:::ra” e
40 a preocupação da gente virou juntar dinheiro pra ter o parto e aí::: eu frequentei essa roda por
41 muito tempo e eu ... eu não tinha dinhei:::ro pra pagar doula que era uma coisa que era uma
42 coisa bem nova aqui em João Pessoa... teve uma que tava iniciando e disse pra mim que
43 poderia fazer num preço social:::... mas que eu não cheguei a contratar porque com trinta e
44 quatro semanas eu comecei a... eu descobri que ela estava transversa e que:: não queria

mudar de lugar... e aí:: começou todo o tormento e essa foi uma preocupação que se manteve nas gravidezes seguintes “posicionamento do bebê” porque foi meu primeiro impacto... meu primeiro susto na primeira gestação... eu comecei a ter pressão alta na consulta... eu comecei a ficar nervosa com o parto porque na minha época a minha médica disse que eh:: só em Campina Grande com Melânia e outras pessoas... mas eu já sabia que Melânia só atendia no ISEA pelo SUS ... que eu não conseguia marcar uma consulta pra ela né... então eu vi isso como uma dificuldade palpável... algo muito difícil de eu conseguir que era versão cefálica externa pra conseguir ter um parto normal... então eu fiz um plano de parto bem bonito nam nam nam... mas a médica já começou assustando dizendo “oh ela não vira mais... só vira até trinta e quatro semanas e geralmente fica na posição porque fica maior::: porque o diâmetro fica insuficiente pro bebê virar... teria essa versão cefálica... mas eu não faço... ninguém aqui em João Pessoa faz” isso foi trazendo a cesárea de uma forma eh:: muito forte e mesmo tendo feito tudo ... no finalzinho da gravidez... com trinta e nove semanas eu senti:: restrição de movimento... fui fazer exame... enfim... ela me encaminhou pra uma cesárea por ... pelo bebê transverso né... mas eu não cheguei a entrar em trabalho de parto ... trabalho de parto ativo... que eu só vim saber depois... e eu já me considerava muito estudada na época... mas eu não sabia ainda que eu deveria ter exigido entrar em trabalho de parto pra ser encaminhada pra cesárea... na gravidez seguinte a minha preocupação com o parto era meu foco principal ((choro do bebê e pausa))..

E - aí depois ... na tua outra gravidez ((retomando a entrevista))

M - Aí depois na gravidez de R minha preocupação era exclusivamente com parto eh:: porque... segunda gravidez eu já sabia mais ou menos do desenvolvimento do feto... já fiz todos os exames que precisava fazer eh:: eu fiz toda uma preparação eh:: com nutricionista... endocrinologista... eu tava bem mais magra ah porque na primeira gravidez também eu tive reação alérgica ao fio usado na sutura então eu fiquei super traumatizada com a cirurgia cesárea ... então eu precisava de um parto normal porque eu tinha tido um bebê transverso e porque eu tinha tido um problema de recuperação...então eu fiz todo acompanhamento eh:: tive doula desde o início... encontros... plano de parto todo detalha::do eh:: fiz todo... segui à risca todos os procedimentos e:: e aí:: trinta e nove ... quarenta... quarenta e um... ((risos)) e aí o bebê começou a ficar morando na minha barriga pra sempre ((risos))... eh:: não entrei em trabalho de parto:: eh:: isso virou uma preocupação maior... **tentei indução com a enfermeira obstetra... o meu plano de parto não tinha eh:: essa seção por exemplo de indução específica** ... era uma coisa que eu achava que não ia chegar porque todo mundo “ah.. com trinta e nove e quarenta e um... a maioria das mulheres entra” e eu não entrei... com quarenta e alguma coisa eu comecei a perder tampão... mas era só porque o tampão continuava saindo sempre e foi um um um/uma fase bem difícil... novamente eu tava pelo plano de saúde e eh:: mas agora tinha acompanhamento de enfermeira obstetra particular:: tinha acompanhamento de doula... eh: particular desde o começo e da médica que era humanizada - agora uma que atendia pelo plano sem cobrar disponibilidade mas que era da humanização ... que me dizia que fazia curso com doutor Braulio Zorze::lla ..então me respaldou assim de que né... tinha conhecimento assim de que era da humanização e aí:: a gente precisou fazer uma indução mecânica porque pela cesárea prévia eu não podia usar Misoprostol ... eh:: a indução mecânica pra afinar o colo deu certo... eu usei depois ocitocina ... a gente foi até sete centímetros até ter uma parada geral.. o bebê ficar mal posicionado e eu acabei na cesárea intraparto por desproporção cefalo-pélvica em que::: quando eu apresentei o meu trabalho/meu plano de parto a médica mal leu e disse “quem trabalha no SUS já tem tudo isso que você escreveu como prática diária então... eu não preciso nem checar porque a gente já faz assim” eh:: ela olhou bem por alto mesmo e mas realmente de fato

mesmo na cesárea intraparto nem tudo foi respeitado eh:: eu tinha pedido... no caso de cesárea baixar a luz:: eh:: bebê ficar - ele até veio mamar logo mas não foi aquele imediato - o pai conseguiu cortar o cordão... algumas foram respeitadas outras nem tanto ... eh:: eu fiquei bem frustrada... sofri de transtorno de estresse pós-traumático após o parto ... tive acompanhamento psicológico com uma psicóloga perinatal... como nove dias de parto... eh:: justamente por conta do trauma da cesárea:: e:: com sessões semanais melhore::i ... consegui eh:: verbalizar melhor... sistematizar ... formular o que eu tinha vivido ... e aí fui surpreendida pela terceira gestação ... a minha preocupação novamente se tornou o parto porque agora eu era assombrada pela história da:: da cicatrização né... que eu tive problema na primeira... na primeira vez eu fiquei muito apreensiva... muito nervosa melhorei eh:: psicologicamente junto com a recuperação física.. eu tava muito preocupada mas aí tava um a um... eu podia ou ter problema ou não ter e:: na terceira gestação isso foi uma preocupação... era conseguir um parto normal ou pelo menos uma indução... agora a indução já era algo possível... que eu já tinha passado por uma... mas eu não queria a cesárea... pelo menos não de início... o problema é que aí eu já sabia que eu tava com intervalo pequeno e aí com menos de dezoito meses entre os partos era chance novamente de ter:: uma outra cesárea direto sem opção... eh:: eu continuei com a mesma médica que disse novamente que não ia seguir o protocolo do SUS que seria direto ... cesárea.. mas que a gente poderia tentar:: ... só que aí fomos surpreendidos por uma diabetes gestacional ((risos)) e:: aí:: isso se tornou um agravante apesar de ter sido apenas uma :: alteração no primeiro trimestre da glicemia em jejum () e:: aí:: eu fiquei com esse prazo de validade das quarentas semanas... apesar de estudar muito... de ler de pesquisar - eu levei vários argumentos pra ela ... pra passar das quarenta porque eu sabia que na gravidez anterior eu tinha tido uma gravidez prolongada... meu bebê nasceu... chegou às quarenta e duas o segundo né? então eu sabia da possibilidade agora na terceira mas fo::i fervorosamente refutada contra isso porque ela disse que não havia nenhum protocolo que respaldasse isso e aí o meu prazo era as quarenta semanas e dessa vez apesar de ter me organizado para um parto normal... eu achei que a cesárea seria muito provável e aí a gente tentou as induções ... óleo de rícino... acupuntura... indução não medicamento::sa e não conseguimos passar o balão porque não tinha dilatação suficiente até o dia mesmo das quarenta semanas... porque segundo ela ... ela já foi ousada até demais porque por conta da diabetes gestacional deveria ter sido interrompida antes ... ainda assim eu precisei ir pra cesá::rea sem entrar em trabalho de parto ((voz turva))

E - Então na primeira a tua preocupação foi de conhecer mais assim... na segunda de não passar por uma cesárea]

M - [pra não viver o que eu vivi na primeira... no parto ((risos)) da primei::ra]

E - E a terceira ...

M - A terceira era foi ... era a preocupação da diabetes gestacional e de conseguir pelo menos uma indução:: pra entrar em trabalho de parto ainda que nã/não conseguisse ser normal por conta de algum problema por exemplo do útero né que eu li muito e assisti muito vídeo sobre ruptura uterina... intervalo nam nam nam segurança na indução... era isso... era a ideia de pelo menos entrar em trabalho de parto... pelos benefícios associados.

E - Qual o tipo de assistência recebida por você durante a gravidez?

M - Nas três foram assistências privadas por convênio... na primeira... eu tive que pagar a médica por fora além do plano e nas outras duas não teve o pagamento por disponibilidade né... **na primeira gravidez era uma opção ir pra o serviço público pensando no eh:: em**

conseguir o parto normal ((inaudível pela conexão e por causa do choro do bebê))e as outras por questões da médica não cobrar disponibilidade por fora e porque era referência no serviço público também...

E - Teve alguma modificação em alguma assistência?

M - Na primeira gestação foi por convênio e eu paguei por fora essa disponibilidade da médica né... suados dois mil e quinhentos reais juntos/juntados...

E - Você pagou pra ela acompanhar o parto]

M - [pra ela acompanhar o parto que não aconteceu:: eh:: porque foi cesárea mas ela disse que eu tinha que pagar porque ela:: me acompanhou durante o dia... apesar dela ter prestado durante o dia assistência pública ... ela tava de plantão num hospital público e eu fui pra lá... e eu fui atendida num hospital público e só fui ter mesmo a cirurgia num hospital privado e só fui ter mesmo a cirurgia num hospital privado... mesmo assim ainda paguei por fora ((risos)) ...

E - Fala sobre o teu pré-natal... como é que foi o teu acompanhamento em relação a regularidade das consultas e quais foram as orientações que você recebeu?

M - Eh:: eu fiz consultas mensais... eu acho que a partir das trinta e cinco semanas ficam quinzenais e depois das trinta e sete ficam semanais eh:: fiz todas direitinho:: ... eh::na primeira gestação ... eu descobri que a médica foi um pouco negligente com relação à hipertensão... porque:: eu tive:: comecei a ter picos de catorze por nove que eu soube que já é considerado hipertensão pra gestante... no entanto ela dizia que era só porque eu tava nervosa porque ia ser cesárea porque o bebê tava transverso... coincidentemente esse pico começou quando eu descobri que o bebê tava transverso... e:: eu não tive medicação e eu não tive nenhuma orientação em relação a isso e:: durante o parto a cirurgia né na verdade... quando ela tirou a placenta a minha pressão subiu muito... tanto que eu saí tomando captopril ... eu fui direcionada a ir pro cardiologista quando saí... eu fiquei tomando a medicação durante quarenta e cinco dias ... tive um edema do lado esquerdo do corpo... precisei tomar diurético... e eu só soube depois nas gravidezes seguintes contando o meu histórico de que a médica na verdade tinha sido negligente com minha pressão alta... que eu na verdade tava tendo pico hipertensivo e que precisaria ser uma coisa que precisaria ser tratada desde o começo ... mas foi uma coisa que eu só descobri posteriormente]

E - [Uhum

M - [nas gravidezes seguintes... a:: segunda foi super tranquila... super saudável... zero intercorrência ... e na terceira... diabetes gestacional e controle glicêmico diário... quatro ou seis vezes ao dia e no final da gestação eh:: só duas vezes.. porque aí já tava bem pertinho...

E - Essas orientações que você tinha no pré-natal elas eram mais a respeito de rotina assim eh::]

M - [ultrassom

E - [ou também eram orientações relacionadas ao parto::

M - Não não não ... nenhuma ao parto... todos os assuntos de parto nas três gestações eu que trazia pra consulta... era eu que perguntava... era eu que questionava... a minha médica... nas últimas consultas agora ela já falava “como eu sei que você lê muito” ((risos)) ... aí ela trazia algumas orientações assim “há uma orientação pra que não se faça prolongamento em gravidez com diabetes gestacional...” mas aí ela trazia mais por já conhecer o meu histórico de ser uma paciente que questionava muito e que queria muito né...

conseguir o parto normal.. mas as orientações eram apenas de rotina...rotina de exame laboratorial e rotina de exame eh:: de imagem todos os meses... tanto que a enfermeira obstetra que me acompanhou ela fez “menina... mais de quinze exames... que exagero! qual a necessidade né de tá olhando com a imagem?” quando na verdade aquilo diz muito pouco... a ausculta que é mais eh:: com o sonar né que é mais determinante... outros fatores clínicos ... e aí:: mas eu era orientada só quanto a isso... como eu perguntava muito assim... aí eu recebia orientação mas era sempre em resposta... nunca espontâneo ... tinha ausculta... verificação de pressão... verificação da altura uterina... peso e medida... que nem era com a médica era com as assistentes... mas só...

E - Aí a quarta pergunta... você participava de algum grupo sobre parto e maternidade?

M - Na primeira gravidez eu participei de uma roda de gestante que era aqui em João Pessoa numa academia de pilates ... no Bessa... que era super longe... e eu demorava mas eu ia de ônibus... e participava de grupo de Facebook também... eh:: um grupo de amamentação bem famoso que tem - acho que é GVA - e acompanhava as páginas de Melânia e de.. e de humanização do parto né em geral... na segunda e na terceira gestação tinha grupo específico da cidade ... uma assistência materno-infantil chamado Cegonhas... eles montam grupos né... pra divulgar o trabalho deles né de amamentação e aí dentro desse grupo a gente fez subgrupos... de pessoas interessadas em parto normal ((risos)) e dentro desses grupos a gente discutia evidências ... a gente ... na segunda.. não... na segunda e na terceira gestação... agora na última... eu fazia também como se fosse um curso que minha doula dava online ... eu frequentava a roda de gestante também que era da Respeitare - que foi o grupo da enfermeira obstetra que me... acompanhou na segunda gravidez... e na última era tudo online por causa da pandemia né? ... e a gente fazia isso né com a doula que fazia a roda sobre as etapas do parto... cada segunda-feira era uma temática diferente...

E - Eh:: essas reuniões seguiam uma sistematização... vocês levavam os tópicos?

M - A gente podia fazer perguntas mas originalmente o grupo de moderadores era quem decidia então a gente foi pra relatos de parto... a gente foi pra outra sobre dor... como enfrentar a dor... métodos não farmacológicos de enfrentar a dor... tinha temas que eram mais direcionados por elas ... tanto nessa da Respeitare quanto na da minha doula... ela fazia uma pesquisa semanal com sugestão de temas... depois ela abria uma pesquisa com três e o mais votado era abordado e aí tinha por exemplo ... analgesia... indução:: cada um era um tema...

E - Jóia.. fala sobre teus receios durante a gravidez e sobre o momento do parto... aí você fala... você já falou bastante coisa na primeira resposta... mas quando você se viu grávida quais eram os seus receios durante a gravidez... mas aí de onde você acha que ... que isso vinha?

M - Meus medos... meus receios... inicialmente em não ser boa mãe... na primeira eram muitos medos por falta de conhecimento e nas outras era essencialmente pelo que eu já sabia e pelas complicações... eu sempre tive a impressão de que eu era a exceção em tudo... e tipo... se podia todo mundo acontecer de um jeito e tinha uma chance de acontecer de outro... esse um por cento sempre acontecia comigo .. então:: os medos eram das intercorrências... na primeira gravidez eu passei mal após a (tatg) fiquei vomitando ... aí eu ficava “ai será que tá fazendo mal ao bebê... será que ela não tá se sentindo bem... não tá crescendo” ... essas coisas... eh:: eu tinha medo também... eh:: de algumas violências porque:: minha mãe não tinha muita instrução mas contava coisas do parto então por exemplo... eu tinha uns uns

fantasmas tipo... o médico subiu na minha barriga... eu lembro até hoje da imagem dele aqui ... ele empurrando a minha barriga pra baixo:: e como doeu e como depois eu tive que tomar bolsa de sangue:: minha mãe contou ... o do meu irmão que era muito grande... que ela nunca tinha feito uma ultrassom... então fica sempre preocupada com o percentil do bebê... será que tá num tamanho bom.. será que eu vou conseguir:: parir um bebê deste tamanho né? então sempre que já tava eh:: mais... eh:: depois das trinta semanas eu ficava preocupada com o percentil pra não crescer muito por achar que:: um bebê grande.. eu sofreria demais né como porque eu tinha esse relato de mai::nha do meu irmão mais velho que:: tinha sido quatro quilos e duzentos... que ela tomou duas bolsas de sangue ou também eu tinha uma preocupação com relação a assistência porque :: minha mãe tem um relato esCRItto num caderno... contando desde o meu parto e os meus primeiros setes anos... que ela falava como um diário... esCRItto por ela mas como se fosse eu... e aí ela conta lá nesse diário por exemplo que a médica tava dormindo quando ela chegou na... pra me ter no hospital e que eu nasci entra a enfermeira sozinha com ela em cima da maca e a enfermeira gritando no corredor chamando a médica e ela disse (se preocupe não que eu) seguro o seu bebê... então eu tinha medo de uma não assistência né de não ser bem assistida por esse medo vindo disso né... do histórico... familiar também .. então era uma preocupação eh:: ter uma boa assistência porque eh:: o que eu sabia eram essas dificuldades... eh... e como eu falei na primeira pergunta meu medo principal... meu receio principal era passar por uma cesárea e ter complicações era um medo maior porque aconteceu na primeira então aconteceu na primeira então na segunda e na terceira era o era o era o pior de todos... se eu fosse eleger o pior dos medos era passar por uma cesárea e ter complicações... eram dois medos bem significativos.

E - Como é que você fazia pra ... pra lidar com esses medos?

M - ((risos)) então assim eh:: na primeira gestação eh:: como eu disse tinha muito desconhecimento então eu sinto que eu sofri muito mais ... sofri com sangramento pós-parto por exemplo - o médico não explicava “olhe vai sangrar... pode sangrar muito” ele falava vai sangrar mas era uma cachoeira e eu ficava meu Deus... eu tô morrendo ou mesmo das complicações porque ela disse... depois quando a minha cirurgia depois com sete dias começou a molhar... ela falou assim “ah é normal” mas aquilo assim não era normal né.. ela apertava... ela precisou drenar a cada dois dias durante várias semanas... então era algo que ela me dizia assim “ah pode ser porque você é muito gordinha... pode ser porque você teve alergia” era uma coisa assim mal explicada então eu sofri bastante por falta de conhecimento e isso foi um medo que me paralisou na segunda... tanto que eu precisei de auxílio psicológico... devido a esse problema no pós-parto bem... que me afetou bastante ... eu não lembro mas meu esposo relata que eu tinha medo de machucar o bebê .. não me via.. não era eu... no terceiro bebê a gente fez um trabalho de orientação mesmo ... ela me ensinou técnicas que eu colocaria em prática durante a cirurgia ... eu tive sei lá cinco horas antes da cirurgia uma sessão com a psicóloga que ela treinou comigo vários ... várias estratégias pra eu treinar durante a cirurgia pra que esses medos não me engolissem ... pra que eu conseguisse literalmente sobreviver... porque eu tava morrendo.

E - Fala se durante a gestação se você recebeu alguma orientação sobre a escolha da via de parto e sobre teus direitos..

M - Eu não fui orientada di-re-ta-men-te porque como eu disse... sempre partiu de mim... a iniciativa de perguntar de questionar sempre partiu de mim...eu já cheguei na consulta dizendo o que eu queria... mas por exemplo... intervenções como uso de fórceps... vácuo

extrator não faço a menor ideia... é uma coisa que eu posso dizer que eu nunca fui informada... nunca foi abordado... outro assunto que nunca foi abordado e que eu cheguei a questionar foi episiotomia e a médica disse - a primeira né - "ah depende né... a gente vê na hora se faz" nessa época em 2014 eu já seguia Melânia que dizia que era uma prática que dizia que já era proscrita... que não precisava mais... mas é algo que eu vi que era uma possibilidade... foi algo que eu tive medo.. foi algo que eu não fui orientada adequadamente sobre isso... como eu questionei na segunda e na terceira também ela dizia "ah não precisa não... é algo que eu não faço" ... algo bem superficial ... mas... eh:: essas questões da via de parto...fora a demanda que já vinha de mim... não era desenvolvida pelas médicas.. nem por nenhuma... fora/a não ser pela enfermeira obstétrica e pelas doulas... porque elas...sempre tinham os encontros então elas sempre davam a orientação... na segunda gestação com a enfermeira obstétrica... mas com outros profissionais não...

E - E em relação a direitos assim...acompanhantes... permanência de pai... enfim... alguma orientação relacionada a direito?

M - Não ... nenhuma orientação eh:: específico não ... você tem direito a isso não... eu que:: já vinha insistindo mesmo "Olhe eu quero que meu marido participe" ... inclusive era através do plano de parto que eu já deixava isso claro "olhe eu quero que você veja... eu preciso assinar... precisa levar no hospital na hora?" já pra evitar ser pega de surpresa né... então meu marido entrou na segunda e na terceira ele cortou o cordão ... eh:: eu consegui por exemplo botar música... eu tive acesso a esses... esses luxos entre aspas... que... mas por pedir mesmo... por falar... não por ser:: ofertado diretamente.

E - Entendi... fala como é que você teve conhecimento do plano de parto e quando assim... e que orientações você obteve... que você recebeu para escrever...

M - descobri na preparação da primeira gravidez quando já estava grávida... acompanhando nos grupos mesmo... pesquisando lendo... aí falaram "ah.. plano de parto é algo muito comum... alguém tem modelo?" era algo que era muito difícil alguém ter acesso ... não era uma coisa fácil em 2014 quando eu conheci...era todo mundo modelo .. um do outro... às vezes a gente editava um do outro mas a gente não tinha por exemplo formatos disponíveis eh:: e:: depois com o acesso da:: quando eu tive doula na segunda gestação... ela que mandou o modelo né... ela disse: oh... partiu dela esse negócio de "vamos preparar o seu plano de parto " era pra discutir isso plano de parto... eu lembro que eu coloquei uma observação na segunda gravidez sobre tracionar a:: placenta pra ajudar na saída e a enfermeira obstétrica questionou "você está certa quanto a isso?" você sabe o que significa? é tipo o médico balançar e dar uma puxadinha pra estimular na saída ... eh:: eu perguntei se aquilo era algo que doía... se era algo inadequado e ela "não mas é bom você saber porque tá botando isso né" ... a enfermeira obstetra]

E - [essa observação que você colocou lá era do primeiro? do modelo que você editou?

M - Isso ... eram edições do modelo e por isso ela me questionou... então na segunda eu tive mais orientações por ter profissionais mesmo... a primeira foi meio que pega um modelo da internet e vamo editando e se tiver algo que a gente não sabe o que é deixa porque... **se é da humanização e tá lá deve tá certo... basicamente era esse o raciocínio...** na segunda

332 eu fui mais instruída sobre os procedimentos... especialmente pela enfermeira obstetra ... e
333 na terceira foi só control c e control v...

334

335 E _ essa pergunta é sobre o processo de escrita que você já comentou... então o primeiro
336 você pegou modelo... o segundo foi a enfermeira obstetra e a]

337

338 M - A doula e a enfermeira obstetra]

339

340 E - E o terceiro era o que você já tinha do segundo

341

342 M - Isso ...

343 E - eh ... não teve nenhuma modificação?

344

345 M - Não... até porque a impressão que a gente tem eh:: eu conversando com outras mães
346 nos grupos por exemplo é que eh são poucos os hospitais que respeitam ... que leem e isso
347 acontece especialmente quando é privado... quando é pago... era uma experiência que a
348 gente compartilhava lá no grupo ... uma delas que não teve aqui em João Pessoa falou que
349 no SUS eh:: lá em Brasília eles perguntaram “Cadê o seu plano de parto? a gente quer ler”
350 ela se surpreendeu porque não era uma prática comum aqui em João Pessoa quando ela
351 iniciou o pré-natal... e o plano de parto era mais como se fosse mais nosso pra gente ficar
352 tranquilo com as nossas escolhas do que que o médico de fato ia respeitar aquilo mas que a
353 gente discutia ser importante porque era um documento que a gente tinha como dizer mas foi
354 essa a escolha que eu fiz... ainda que o médico não tivesse respeitado.

355

356 E - Na rede privada você sentia que eles solicitavam?

357

358 M - Não não..não solicitavam. NEM liam.. nem ligavam... e quando eu questionei a minha
359 médica ela falou isso é prática no SUS... no SUS a gente já faz tudo isso então não precisa
360 nem você falar porque isso é prática diária ...

361

362 E - Você efetivamente utilizou o plano de parto assim... de entregar::?

363

364 M - Em todas eu imprimi várias cópias pra doula...pra médica... pra minha bolsa de
365 maternidade... pro marido .. pra enfermeira obstetra.. compartilhando no grupo:: em PDF...
366 impresso ... várias... eh:: várias em vários formatos para garantir que aquilo estava de fato
367 registrado... era um conhecimento de quem tava comigo me acompanhando e dos
368 profissionais que me acompanhavam também...

369 E - Você usou na primeira e já viu assim que eles não consideravam... por que você optou
370 por usar na segunda e na terceira?

371 M - Porque eu vejo que eh:: o plano de parto pode funcionar como a minha voz quando eu
372 não puder falar... porque eu tinha muito medo assim de “ah... se eu tiver com dor... eu não
373 vou conseguir dizer que eu não quero anestesia ((risos)) ... mas tá lá escrito que eu não quero
374 analgesia... eu quero métodos não farmacológicos... então eu pensava que se eu não
375 escrevesse... se aquilo não fosse do conhecimento deles... eles poderiam se deixar levar
376 pelo momento “ah não a bichinha tá com dor ... dá algum remédio a ela”... mesmo eu
377 sabendo que quando eu estava consciente sem dor pensando e refletindo a respeito... eu
378 tinha decidido não usar analgesia por exemplo... então eu pensava... eu penso ... que o plano
379 de parto era a minha voz registrada... era meu pensamento tranquilo sem interferências

externas do momento... pra que fosse de fato o registro das minhas escolhas.. então eu pensava... eu penso nele como uma forma de me resguardar como forma de violência... no caso de uma conduta inadequada... até mesmo de uma consequência por alguma escolha ruim e que eu poderia até mesmo depois correr atrás né da médica “olhe eu tinha pedido isso... por que isso não aconteceu?” uma forma também de proteção...

E - A gente vai falar agora sobre a reação da equipe médica... tenta resgatar como foi essa entrega do plano de parto à equipe médica... e as reações à equipe mesmo.

M - Na primeira gravidez eu levei durante a consulta mostrei à médica... falei que tinha feito... ela olhou... disse que concordava com tudo e disse que eu mantivesse uma cópia comigo e que levasse no dia... e se eu ... se eu fosse ter doula ... que eu também desse a conhecer a ela pra que ela tivesse acesso... caso tivessem dúvidas... foi bem aceito...ela não ficou surpresa porque ela era um dos poucos nomes da humanização na cidade... eram tipo três médicas que tinham na cidade da humanização ((citando o nome das médicas)) não era surpresa... ela era um nome relevante na cidade em relação à humanização... tanto que quando eu fui na roda de gestante em 2019 grávida de novo.. quando eu fiz o relato de parto do primeiro... a enfermeira obstetra disse “nossa mas em 2014 tinha algum médico que conhecia a versão cefálica externa?” aí eu disse tinha foi a médica que me falou quando eu disse que tava com o bebê transverso... então ela conhecia... ela não ficou surpresa... mas o fato dela ter acolhido o plano de parto não fez com que ela tivesse levado a sério ele... entende? ela tinha... eu soube depois que ela tinha essa fama de concordar na consulta ... mas na hora do parto ela fazer do jeito dela entendeu? ela às vezes fazia episiotomia... ela não esperar... ela usar ocitocina em excesso ... eu só soube depois porque eram poucos nomes na cidade... internet não era tão divulgada ainda... eh:: muitas meninas da roda optavam pela médica particular... inclusive eu achei que né respaldava ... foi um dos fatos que eu achei que ia acontecer que me fez juntar dinheiro ... eu achar que ela ia realmente até às últimas comigo eh::pra ter o parto normal... **eu só soube que ela era uma cilada depois... quando eu fui para as rodas seguintes que eu disse quem era a médica disseram “meu Deus... aquela que é uma em um milhão... um dá certo pra um monte dá errado”** eu fiz bom... mas era a informação que a gente tinha .. hoje em dia com o WhatsApp as informações correm mas na época não era algo tão popular... era só assim do imaginário... um teve uma experiência boa e aí a gente saía eh:: caçando...

E - E a segunda?

M - A segunda... eu achei que ela ia dar mais atenção... ela leu por al-tís-si-mo assim... ela folheou... as páginas eh:: leu os tópicos e disse assim: tudo aqui já é o que eu faço na minha prática... você nem precisava ter escrito porque já é o que eu faço... porque quem trabalha no SUS tem que agir assim ... e foi a mesma que me acompanhou no segundo... então esse foi o acolhimento

E - Você acha que essa resposta dela foi meio como ... algo que colocasse em xeque a ação dela em relação a procedimento? quando você entregou é como se fosse um questionamento a respeito da prática dela?

M - É... eu acho que muitas vezes ela se sentia questionada se eu confiava de fato... tanto que ela começou a me mandar tabelas de evidências científicas... porque eu acho que ela se sentia como se eu não confiasse tanto... até porque quando eu fui pra ela eu disse que tinha ido em outras médicas que diziam que... que queri/que diziam que acompanhavam normal e depois não e depois já tava bem esclarecido e se ela não fizesse ok...tanto que eu fui pra ela

pela indicação da indicação da indicação... então eu já cheguei colocando as cartaz na mesa sabe... explicando tudo... mas uma coisa que me chamou atenção com relação a condutas é que na hora da cirurgia ... “fulaninha... ela quer humanizado tá? ... ela quer o bebê no colo quando nascer... ela quer botar logo no peito... ela quer amamentar” e eu fiquei nossa... mas se é prática ela precisava explicar pra médica pediatra que tava lá na hora? foi uma coisa que me surpreendeu eh:: e que eu não sei é porque ela tinha lido meu plano de parto ou porque como ela disse já era prática ... da prática dela... mas ela precisou alertar a médica que eu queria um atendimento::: diferente? A terceira entrega foi com a mesma médica ...que então era o mesmo plano... a mesma coisa... você já sabe a gente vai fazer do mesmo jeito ((risos)) eu ainda falei alguma coisa mas a justificativa dela era porque tinha sido de emergência... só que inclusive uma das coisas que eu questionei foi que “só que o bebê nasceu com dez dez de Apgar não era uma emergência pra vida dele” era uma cesárea intraparto... inclusive ela se sentiu meio ofendida ... ela olhou pra mim na consulta e disse “você acha que eu poderia ter feito mais? você acha que eu deveria ter feito alguma coisa que eu não fiz?” ((risos)) aí eu... águas passadas... eu fui até onde a gente discutiu né... depois... conversando com a enfermeira obstetra que me acompanhou... a gente comentou algumas condutas e ela falou “ah ela devia ter te ofertado analgesia durante essa parada de progressão porque podia ser só teu corpo dizendo que tava cansado”... só que como era pandemia não podia estar a enfermeira de parto e a doula e como a doula tem a Lei estadual que ela pode eh::: pode participar... entre a enfermeira obstétrica e a doula eu escolhi a doula... e aí a enfermeira obstétrica depois disso comentou... eu não achei justo cobrar da médica isso porque a analgesia foi algo que eu disse que não queria ... que estava no meu plano de parto... não era algo que eu havia estudado pra progressão da dilatação ao contrário... eu sempre li que ela parava a progressão e que não ajudava então eu não culpei ela porque não foi algo que a gente de fato discutiu ... a respeito desse tipo de abordagem...

E - Como é que você avalia a influência do documento em relação à assistência médica... você acha que ele influenciou esse desfecho?

M - eu diria em partes sabe... naquilo em que eu acho que não interferia na prática médica... porque os médicos se sentem meio hã as minhas médicas ... as médicas que me atenderam se mostraram um pouco resistente quando era algo que intervinha eh::: que interferia na prática dela... por exemplo... na primeira eu queria que o pai cortasse o cordão umbilical...na primeira a médica disse que era impossível porque ia contaminar a área...porque ele não tava estéril então foi algo que não foi respeitado... que tava no meu plano de parto mas não foi respeitado... mas por exemplo... tava dizendo que eu queria a luz mais baixa...que eu queria música tocando na hora do nascimento... isso foi respeitado sabe? então eu diria que em partes... aquilo que era superficial que não interferia na conduta médica foi algo que foi respeitado... no primeiro parto eles apagaram a luz... tava lá só a luz necessária pra eles... eu tremia muito com a anestesia e o ar-condicionado... eles desligaram o ar-condicionado ... eu lembro disso... no entanto nas outras na:: na nos outros partos... nas cirurgi:::as... eu acho que::: também só essas coisas superficiais... como eu disse a médica teve que orientar a outra médica... então eu penso que isso pode ter sido re-la-ti-va influência então::: ela viu que tava registrado pra evitar que tivesse sei lá algum tipo de complicação posterior ela re... ela fez essa ressalva né pra pediatra “olha...ela quer o atendimento humanizado” eu lembro de tá deitada na cama... quando a médica pediatra entrou ela disse “fulana...ela quer o atendimento humanizado... ela quer o bebê no colo... ela quer botar pra mamar logo assim que nascer”... “não... tudo bem tudo certo... a gente faz” eh:: eu lembro que ela deu essa

476 ressalva antes então eh eu não acho que interferiu necessariamente mas que ela tentou
 477 atender em partes pra eu não sei lá não sair reclamando... né... afinal de qualquer forma era
 478 atendimento privado...

479

480 E - Essa pergunta tem relação com o que você tava falando ... mencionar os que se deram
 481 como você planejou ... eu sei que você já falou... da luz... da temperatura mas tem algum
 482 outro?

483 M - Na primeira gestação eu precisei argumentar bastante com a anestesista porque eu não
 484 queria sedação após o parto porque ela queria ... eu lembro de brigar verbalmente e dizer 'eu
 485 não quero ... não bote"... eu não quero ... eu não quero" e ela dizer "mas é pra você
 486 descansar... é pra você relaxar" e eu dizer "não mas eu não quero dormir" eu tinha medo de
 487 levarem a minha filha né... sei lá... não sabia o que ia acontecer ... porque era a primeira vez
 488 que eu tava passando por uma cirurgia... eu lembro que foi respeitado mas assim a duras
 489 penas... eu consciente gritando... levantando a cabeça "não quero dormir"]

490 E - [E tava no teu plano de parto que você não queria...

491 M - que eu não queria sedação após a saída do bebê exatamente... em caso de cesárea...
 492 eu lembro de ter ficado super estressada com isso e de nos partos seguintes isso ser uma
 493 preocupação... de nos partos seguintes eu dizer pro anestesista... "olhe eu não quero dormir
 494 depois" eh::: apesar de não estar no plano e de eu estar muito revoltada eu pedir - na última
 495 gravidez - "eu quero sedação desde o início" o médico disse "a gente não pode porque senão
 496 o bebê nasce dormi:::ndo e a gente precisa ver ele coradinho" nam nam nam.. mas não tava
 497 no plano de parto né...fazia mais parte do meu comportamento mesmo eh::: na hora lá eh:::
 498 nas gravidezes seguintes eu lembro que teve isso da luz que não foi respeitada... eh::: da
 499 temperatura da sala que não foi reduzida... que tava no plano de parto mas não aconteceu
 500 na sala eh::: na última o bebê teve desconforto respiratório e isso impediu o contato pele a
 501 pele sabe porque ele veio mas começou a passar mal ... então os procedimentos não foram
 502 feitos comigo... lá do meu lado... eles foram feitos longe e aí nesse caso meu marido foi
 503 acompanhar... Alojamento conjunto foi algo que eu consegui... não era prática do hospital
 504 fazer alojamento conjunto eu fui questionada por várias enfermeiras que foram rudes "ela quer
 505 o bebê no quarto viu? ela não quer o bebê no berçário não... não me chame não depois da
 506 meia-noite não que eu não venho que eu tenho quinze meninos pra dar conta lá" ... eu fui
 507 tratada bem mal pela equipe do hospital por ter escolhido isso e por estar no meu plano de
 508 parto que eu queria alojamento conjunto... foi respeitado no entanto também a ferro e fogo...
 509 eu gritando... argumentando... dizendo que queria e os outros dizendo que não era assim e
 510 eu dizendo "mas a filha é minha"]

511

512 E - Das enfermeiras então no caso

513

514 M - Das enfermeiras do alojamento conjunto né... a médica autorizou né... mas as
 515 enfermeiras não aceitavam no caso.. eh::: na segunda gravidez ... eh::: eu não tinha vontade
 516 mas eu fui respeitada sobre me alimentar... eh:::

517

518 E - A que você atribui o cumprimento ou não das vontades do plano... que estavam listadas
 519 no plano?

520

521 M - ... eu atribuo que os médicos ainda demonstram comportamento de superiorida:::de...
 522 que eles são detentores do saber:::... que eles são formados... que ela::: atende parto a não
 523 sei quantos anos que já fez não sei quantos partos...ou como ela me disse né que "essa já é

524 minha prática no SUS” quando ela se ofende “você acha que eu deveria ter feito algo a mais?
525 você acha que teve algo que eu não fiz?” como ela sendo atualizada o suficiente ... eu sou
526 apenas a paciente que devo seguir o que ela::: fizer e não o contrário... não é ela que tem
527 que fazer o que eu quero mas ela ... mas eu que devo aceitar o que ela tem a oferecer ...
528 E - Quando ela permite a realização de alguns procedimentos... como o seu marido cortar o
529 cordão umbilical... você acha que ela permitiu por quê?
530 M - porque tava registrado.. porque eu pedi ... porque era possível... e porque de certa forma
531 eu penso que ela quer sim... ainda que em passos curtos... contribuir para algum tipo de
532 humanização ... eu penso que ela ainda deve ter muitas resistências... tanto que uma coisa
533 que corrobora pra esse meu pensamento é que na consulta eh::: quando eu tava na terceira
534 gestação... permanecendo com a mesma médica que acompanhou a segunda ela disse
535 “olha... já teve muita coisa que eu estudei do seu parto pra cá... eu já tô fazendo um outro
536 curso com Braulio... eu tenho umas atualizações e sugestões de coisas que a gente poderia
537 ter feito diferente” então assim ... eh::: me faz... esse tipo de discurso me faz pensar que ela
538 quer contribuir sim mas que é um caminho difícil pra ela inclusive ... né ... de modificando
539 práticas diárias e de que naquilo que ela se sente mais segura... confortável... como por
540 exemplo eh::: indicar meu marido... colocar uma luva estéril...indicar a ele onde era pra fazer
541 ... dizer não toque em tal canto... era algo que ela conseguia dominar... diferente de alguma
542 outra situação que ela não sentia confortável... não sei...
543 E - Uhum...tá bom fala sobre sentimento assim... sentimento quando você lembra da
544 assistência que você recebeu nos partos... quais são os acontecimentos que mais marcaram
545 você...
546 M - Eita... nem dissesse que ia ser tão difícil ((risos)) tenho que marcar psicólogo pra ontem
547 ((risos)) ... eh... aí::: eu ... no primeiro parto uma das coisas mais marcantes foi
548 insegurança... eu ficava muito insegura quando ela por exemplo não me falava... ela fez toque
549 duas vezes no dia né...mas ela não me dizia se ela sentia alguma dilatação... se aquilo era
550 preocupante .. ela só fez assim “vá pra casa... tome um banho... coma um lanche leve...
551 esteja no hospital às seis horas” e assim::: quando a pessoa já tá instável emocionalmente...
552 trinta e nove semanas com medo... com o bebê transverso você meio que não pensa direito...
553 você tá muito vulnerável ::: e acaba confiando porque é a médica que vai salvar o seu bebê...
554 fazer com que ele viva que nasça bem... mas é um sentimento muito presente de insegurança
555 porque eu não sei... eu não sabia bem o que tava acontecendo... eu não me sentia com
556 coragem de questionar nesse momento e::: quando eu penso nessa assistência eu penso que
557 ... eu me senti insegura né .. porque é que eu tava tendo esse problema de cicatrização... até
558 no final... a gente gastou muito dinheiro tentando resolver... não parecia que ela sabia
559 também como sabe? era como se a gente tivesse tentando tentando tentando.. tanto que o
560 que melhorou foi açúcar mascavo ((risos)) que fez a cicatrização... então acho que
561 insegurança resume bem a minha primeira assistência... nas duas seguintes o sentimento
562 era de persistência...era de como se eu tivesse lutando literalmente contra o sistema...
563 passou das quarenta semanas “não... vamos esperar” eh::: então entrou em trabalho de
564 parto... todo mundo diria cesárea e a gente não... vamos pra indução... então era o
565 sentimento de persistência de vamos conquistar esse parto ... vamos fazer tudo o que for
566 possível... o que as evidências nos mostram eh::: e::: na terceira seria o sentimento de
567 aceitação... eu tava aceitando o que viesse... pela insegurança gerada na primeira... pela
568 persistência da segunda ... pelo intervalo curto... pela possibilidade palpável do que eu
569 sabia... a partir do que eu estudava do que eu lia e do que vi nas discussões das consultas
570 de quem era possível::: eh::: então era de aceitação... de vamos aceitar o que vier... mas eu
571 lembro de ter usado nessa época o discurso de “eu não consigo mais lutar pra ter o parto” e

572 aí na época a enfermeira obstetra - porque eu cheguei a ter algumas consultas né com a
 573 enfermeira obstetra mas eu não fechei o acompanhamento com ela... eu tive só duas né... -
 574 e eu lembro dela dizer “por que precisa ser uma luta? por que precisa ser tão penoso?”
 575 “mulher... porque ou a gente luta ou a gente não consegue” a sensação é a de que eu não
 576 tenho mais forças pra lutar ... não tenho mais forças pra né... eu já não tinha forças porque
 577 eu já tinha tentado tanto no outro... então era aceitação... ((risos))

578

579 E - Fala...se você utilizaria novamente o plano de parto...

580

581 M - Eu utilizaria sim... com certeza.. é uma das armas que eu acho que:: me respaldavam
 582 dentro das coisas que eu tava lutando ... era uma arma necessária... nas gravidezes
 583 seguintes era mais fácil ter outros modelos... sugestões ... a própria doula já vinha... então
 584 era como se fosse se popularizando... então com certeza... usaria novamente...

585 E - Até que ponto você considera o documento importante?

586 M - ((pensativa e suspiros)) até o ponto em que eu tenho uma equipe que vai levar em
 587 consideração... se eu tivesse em uma outra situação... por exemplo numa assistência com
 588 um médico não humanizado... sei lá... numa outra cidade ... eu penso que ele não seria tão
 589 importante porque seria uma equipe que não levaria em consideração ... eu lembro de uma
 590 colega que foi fazer consulta no HU e eles que exigiam... diziam “tragam o seu plano de parto”
 591 então já era uma ... já era uma luz... de que a gente deveria sim continuar insistindo porque
 592 quando você tem uma equipe que leva em consideração... ela é uma ferramenta
 593 importante... a impressão que eu tenho é a de que o plano de parto é necessário quando
 594 aquilo não é... quando você corre o risco de não ter aquilo ((falando sobre atendimento
 595 humanizado)) é um respaldo... é algo pra te resguardar... a medida que aquilo vai se tornando
 596 mais comum ... mais eh:: a necessidade se torna menor... e quando tem uma equipe que se
 597 importa... uma equipe que vai levar em consideração porque se você não escrever ele vão
 598 agir como eles quiserem... então é necessário fazer... então ele é importante nesse sentido
 599 ... eh:: eu continuaria usando porque eu acho que é um trabalho de formiguinha ainda:: essas
 600 casas de parto são tão ideais e tão distante da nossa realidade brasileira ... qu eé preciso
 601 mesmo quando o cenário é favorável... que foi o meu caso quando eu tava na segunda
 602 gestação que eu tava com enfermeira obstetra... doula... na terceira me ofereceram a casa
 603 de parto ... ela disse que a gente podia tentar... ainda assim eu acho que:: eh:: porque voê
 604 não sabe o que vai acontecer né... o médico pode desmaiar ... passar mal e você precisar de
 605 uma outra assistência e aí quem garante né que aquilo ali vai... vai ser conduta prática normal
 606 do outro médico... então fundamental..

607

608 E - Até nesses contextos assim menos intervencionistas né... você acha que é importante
 609 levar o plano?

610

611 M - Eu acho... que é importante porque mesmo numa situação mais favorável ainda não é um
 612 contexto nacional geral:: realmente favorável... não dá pra confiar... a gente tem tantos
 613 casos aí de escândalos... eu não acho que eu confiaria simplesmente só de boca...

614

615 E - Pra gente encerrar... que conselhos você daria para uma mulher que está se preparando
 616 pra ter um filho e deseja um parto normal?

617

618 M - Estude... junte grana... reze:: ((risos)) ... se exercite... e::: sei lá::... confie... espere...
 619 porque é o que me repetiam sempre ... cada gravidez é única... cada bebê é único... então é

620 possível.. as histórias são diferentes... MAS não é fácil ... o conselho que eu dou pras minhas
621 amigas quando estou com elas é não é fácil...estude ... se resguarde... escreva.. cerque-se
622 de pessoas que queiram o mesmo que você e ainda assim a chance pode ser pequena...
623 junte dinheiro que o que você puder pagar é um passo de você estar mais perto... mas ainda
624 assim não é uma garantia... então... estudar ... juntar ... dinheiro ... se preparar e rezar...
625
626 E - Tá ótimo... obrigada... a gente fica por aqui

APÊNDICE E

Irene - Parto Domiciliar – 2020

1 E - As perguntas você pode tomar por base as duas gravidezes porque o critério de inclusão
2 é ter usado o plano de parto... e como você usou nas duas... aí você pode falar dos dois
3 contextos.

4
5 M - Tá bom.

6
7 E - A primeira pergunta é sobre as tuas preocupações quando você se viu grávida assim...
8 da primeira gravidez e da segunda assim... o que é que você pensava - quais eram os teus
9 focos de interesse.

10
11 M - Na primeira gravidez... eu não mora/ eu não estava morando no Brasil então eh::: foi tudo
12 muito instável porque eu tava morando no exterior::r ... eu tentei mudar... eu tinha visto de
13 estudante ... então eu morava fora... eu tive que::: tentar aplicar visto pra ficar no país aí eu
14 tive que mudar de volta pro Brasil porque eu não consegui::: aí eu tive uma diabetes
15 gestacional... então assim... o meu plano de parto ... isso tudo pensando no plano de parto
16 né? ou na gravidez em geral?

17
18 E - É porque quando as mulheres engravidam... algumas mulheres se preocupam bastante
19 com o quarto... com o enxoval eh:::

20
21 M - Ah não... eu queria só parto normal ... PARTO NORMAL pra mim tipo assim oh não
22 importa se eu vou parir oh numa sala com cinquenta pessoas se vai ter luzinha... se vai ter
23 música... não importa eu quero parto normal... eu queria parto normal assim oh::: a maior
24 prioridade foi por isso que eu fui atrás de plano de parto de informação porque eu comecei a
25 estudar e vi que::: as taxas de cesárea são assustadoras... entendeu? então a minha maior
26 preocupação era o meu parto virar uma cesárea.

27 E - uhum... do primeiro né?

28 M - É.

29 E - E do segundo também?

30 M - Do segundo o maior preocupação foi passar pelo que eu passei no primeiro.

31 E - ((risos))

32 M - Porque eu tive um parto induzido com Misu - que é aquele comprimido que eles chamam
33 de misu - e foi por conta da minha diabetes... eu tive que fazer o parto no hospital porque
34 diabetes é considerado uma gravidez de risco né? e::: eu fiz um parto induzido que foi assim
35 extreMAMENTE dolorido... extreMAMENTE... eu fiquei ... eu tive hemorragi:::a pós-parto então
36 eu tive ... foram doze horas de trabalho de parto ativo de MUL:::TA dor::: o médico que me:::
37 atende:::u eh::: sabia que eu queria o parto normal então quando eu pedi anestesia ele
38 desconversou::: ... sabe? Porque ele é um médico muito conhecido do parto humanizado
39 sabe ... doutor X ((dizendo o nome do médico)) ... ele é um médico conhecido até aparec/ já
40 apareceu no programa da Fátima Bernardes ...aparece nos documentários de parto tudo ...
41 e aí::: quando eu engravidei do segun/ o primeiro parto foi muito traumatizante MULto:::
42 porque foi muito dolorido... todo aquele romance do parto desapareceu... essa coisa do “ai

você pare uma criança e sai andando... ai a recuperação do pós-parto é maravi” não... a minha recuperação foi péssima... o meu parto foi difícil ... tive laceração::::: eu tive tu::::do:: assim... eu não sofri violência obstétrica mas eu pass/ eu achei que eu fosse morrer ... foi assim tenebroso... então quando eu descobri a segunda gravidez eu comecei a chorar porque.. eu não queria uma cesárea mas eu não queria um parto normal eu queria que a minha barriga tivesse vindo com um zíper...abri tirava acabou... entendeu? eu nunca eh:: eu nunca gostei da ideia da cesárea mas eu não queria passar de novo pelo que eu passei pelo primeiro... aí foi aí que eu decidi mudar prum médico que ele é assim dessa equipe mais humanizada mas ele é super a favor da anestesia... aí eu comecei a fazer meu pré-natal com ele:::: e aí a pandemia comendo solta:: ele ligou pra mim e falou que o hospital tava lota::do que provavelmente eu teria que ter meu trabalho de parto com aquela máscara da ... - porque o hospital tava muito cheio e não tava tendo quarto individual mesmo eu tendo:: eh:: convênio e aí:: eu:: falei “o quê? vou ter esse neném na minha casa”... aí conversei com as parteiras e decidimos assim em trinta e sete semanas fazer o parto.

E - A tua assistência da primeira gravidez e da segunda foi pública, privada ou convênio?

M - Então eu já tinha convênio e eu optei pela pela/ eu paguei meus dois partos né? porque eh:::: as taxas de cesárea da Unimed - que é o meu plano de saúde - são altíssimas você consegue puxar esse documento pelo **próprio site da Unimed e aí eu pedi esse documento com os obstetras da minha cidade e fui indo pelo nú::::mero e aí eu fui visitando um por um e eu ouvi coisas do tipo “mas você é índio? Por que que você quer parir de cócoras? essas coisas de parto humanizado? você quer você quer você é índio agora?”** sabe? desse jeito assim ...

E - Essas falas assim eh:: ... você foi a alguma consulta e aí eles falavam?

M - Obstetras ... obstetras da Unimed um ou outro falando “mas veja bem PARTO NORMAL? veja bem!” como se parto normal fosse uma condição assim uma... uma:: exceção à regra e não fosse o mais impor/ e não fosse o óbvio né? o parto normal é o óbvio a cesárea é uma exceção pra salvar uma vida né mas a gente sabe que eles ganham mais que eles não precisam ficar disponíveis então tem tudo isso e aí eu comecei assim:: a minha primeira gravidez eu lembro de um caderno.. eu marquei o nome de todos e fui fazendo um ranking e eu fui visitando e aí eu risquei risquei acho que visitei mais de 15 médicos... marcava consulta.... fazia conversava ... já falava de cara “eu quero um parto normal SEM anestesia você topa?” e assim... parecia que eu era uma aberração da natureza quando eu falava isso.

E - Foi em que ano esse teu primeiro?

M - O primeiro foi em 2019...ele nasceu em 2019 né mas a gravidez foi de 2018 que ele nasceu no comecinho de mar::ço então maior parte da minha gravidez foi 2018... e aí o segundo...como eu já sabia disso... eu conhecia esse médico que ele era:::: humanizado mas que era a favor da:: de anestesia ... ele não era tão radical e aí eu acabei - ele não fazia parte do meu convênio - eu fui lá bater um papo com ele pra ver se eu gostava... aí eu gostei muito dele aí eu joguei a real e falei se a gente não podia fazer um pacotão:: pré-natal assim... aí eu acabei pagando... todo mundo indignado... a família inteira indignada que:: paga convênio e tava pagando... mas infelizmente eh:: - eu não sei... eu tive dois partos demorados e complicados assim né eu acredito que se eu não tivesse pago eu não teria tido normal... todas

as histórias e relatos e das equipes que me acompanharam se não fossem médicos que esperassem o processo natural... eu teria... sido levada pra duas cesáreas facilmente... o meu segundo parto eu comecei a ter contração no sábado e ele nasceu na segunda... então o médico... nenhum médico ia querer ficar lá esperando entendeu? Ia falar que o bebê tá em sofrimento que eu tava em sofrimento eh::: enfim...

E - Aí você começou a visitar pelo convênio e depois você pagou por fora?

M - Sim... eu paguei mas eu fiz todos os meus exames pré-natal pelo convênio ... ultrassom... todos os exames eu fiz pelo meu convênio... mas eu paguei::: a equipe do primeiro parto e::: o médico obstetra e depois a equipe das parteiras porque o meu segundo parto foi com uma equipe de enferm/de parteira () maravilhosas.

E - E como é que foi teu pré-natal? Acompanhamento, regularidade das consultas? E quais eram as orientações que você tinha acesso nesse acompanhamento?

M - Como assim?

E - O médico que te acompanhava no pré-natal ou a equipe que te acompanhava... quais eram as orientações que eles te davam sobre parto sobre gravidez...

M - No primeiro parto... como eu já eu fui muito nerd assim então eu comecei a estudar muito assim ... conforme o médico não falava o que eu queria ouvir que eu já tinha pesquisado eu ia MUDando de médico... até eu achar um que alinhasse com as minhas ideias então as orientações eh::: tanto é que depois o médico que eu achei ele não era nem a favor daquela vitamina pré-natal ... ele era a favor de se alimentar bem...fazer os exames ... o mínimo de exames possível... não fazia toque não fazia exame desnecessário ia só assim::: o básico...não pedia muito - pedia mais ultrassom por conta da diabetes pra ver líquido aumentado assim mas eh::: muito tranquilo.. o segundo médico já era mais preocupado então ele pedia mais exames eh::: ele ficava me preparando para uma possível cesárea eh::: mas assim de de recomendação de parto::: os médicos foram::: eu busquei o que eu queria então::: porque caso o contrário eu passei por médicos tipo a médica que falou se eu era se eu queria... por que é que eu queria parto normal “Por quê? Cê tá louca?”...

E - Você participava de algum grupo sobre parto e maternidade durante a gravidez?

M - Sim... eu fiz... eu... tem uma clínica aqui em Sorocaba chamada Bem Gerar que::: e então de doula elas fazem acolhimento tem palestra... elas montam os grupos do WhatsApp das mães que vão ter no mesmo mês pras mães irem trocando informação durante a gravidez::: eh::: elas fazem eventos de encontro com a família eh: os eventos assim pra se despedir da barriga sabe... então eu participei muito eu ia em todas as reuniões da primeira gravidez da segunda não porque aí já era pandemia e só participava mesmo assim pelo grupo do WhatsApp e como eu já tinha um ((filho)) eu não tinha tanto tempo também.

E - Eh::: nesses encontros as atividades que se faziam lá as interações como eram?

M - Tinha eh::: bastante atividade informativa palestra... tinha umas atividades assim de alongamento de encontro de mães pros primeiros cuidados com o bebê aprender a usar o sling eh::: ... amamentação... e::: a gente se preocupa tanto com o parto e depois cê vai ver

139 a treta é outra ((risos)) amamentar as crias... mas era assim tudo em prol do parto humanizado
 140 tinha fisioterapia pélvica nessa clínica também ... eu fiz fisioterapia pélvica nas minhas duas
 141 gestações pra preparação de períneo pra preparação de parto ... mas a maioria eram
 142 encontros informativos sobre parto assim... encontros informativos assim sobre parto assim...
 143 desde parte fisiológica até::: relatos muito relatos de parto pra encorajar::: mais essa pegada
 144 assim.

145
 146 E - Uhum...tinha algum grupo virtual?

147
 148 M - Sim... tem o grupo... eu fazia parte daquele grupo de amamentação... é um grupo bem
 149 famoso que tem no Facebook como é o nome dele? esqueci.

150
 151 E - Mas fazia parte de um grupo né?

152
 153 M - Fazia.

154
 155 E - Você já falou um pouquinho sobre isso na primeira pergunta mas aí volta agora ... é sobre
 156 seus receios durante a gravidez e sobre o momento do parto e eu queria eh::: te perguntar...
 157 de onde você acha que esses receios vinham?

158
 159 M - Olha o::: o meu maior receio foi no segundo ... que vinha do primeiro .. eu cheguei a ter
 160 umas crises de ansiedade assim... quando foi chegando mais perto assim porque::: mesmo
 161 que eu quisesse tomar anestesia o médico já tinha falado não pode tomar anestesia logo no
 162 início do parto porque pode atrapalhar todo o processo e o meu medo era sentir aquela dor
 163 perto da morte assim ... foi o que eu senti... foi assustador então o meu medo era passar por
 164 aquilo sabe? e o meu primeiro parto::: eu entrei numa onda de provar pra mim mesmo que eu
 165 era capaz que foi muito errado também que eu não preciso provar nada pra ninguém... dessa
 166 coisa de dava medo mas não eu me propus a fazer e agora eu vou até o fim sabe... e eu acho
 167 que no parto humanizado rola muito disso de você meio que provar que você é capaz.

168
 169 E - E do primeiro você não queria a cesárea né? você queria o parto normal.

170
 171 M - Sim ... os dois eu queria né mas o primeiro assim DE JEITO NENHUM só se assim eu
 172 tiver morrendo e o bebê tiver morrendo .. não então]

173
 174 E - [então a cesárea seria assim... um receio uma preocupação que você não queria?

175
 176 M - Sim eh::: ... eu não queria eu pensava em cesáreo e já ficava nervosa de pensar que iam
 177 cortar a minha barri:::ga que::: ficava apavorada.

178
 179 E - Então o que você fazia pra administrar esses medos ... essa ansiedade?

180
 181 M - Estudava... lia... lia... lia ... conversava com as pessoas e::: no segundo parto:: eu
 182 medita:::va... meditava pensando assim "tudo bem vai doer mas eu vou viver.. vai doer mas
 183 eu vou viver" ... vai doer mas vai sair...

184 E - Aham... durante a gestação você recebeu orientações sobre a escolha da via de parto...
 185 da primeira e da segunda? Da segunda você já tava bem inteirada né? mas da primeira você
 186 recebia assim essas informações sobre a escolha da via de parto?

187

188 M - Não... eu perguntava... nenhum médico que eu fui gosta de falar de parto... eles não
189 gostam de ficar a/aí você fica perguntando e eles ficam “Ah cê tá muito preocupada” “Ah mas
190 vai dar tudo certo” ... ninguém fala pra você... uma das coisas que eu mais senti a pior... a
191 maior crítica em relação a todos os profissionais em relação a parto é o preparo pro pós-
192 parto... que a mulher é largada na sarjeta... não sabe o que fazer com o períneo com o que é com
193 os escapes de xixi que fica depois... essa incontinência urinária... a flacidez... diástase
194 ninguém fala sobre diástase... é muito do pré-natal pra ver o bebê mas eles não querem falar
195 sobre o parto porque pra eles o parto é só UM dia UM evento e acabou e o pós-parto nenhum
196 falava... e eu no primeiro parto não SABIA então::: nunca perguntei... então no segundo
197 parto::: - eu sofri muito:::to no primeiro - então no segundo parto eu já começava a me preparar
198 melhor assim - a anemia que eu tive depois do meu primeiro parto que eu não... que eu não
199 conseguia recuperar... ninguém me preparou pra isso sabe? então eh::: eles dão uma
200 instrução::: no pré-natal o que você pode e o que você não pode fazer em relação a remédio
201 eh::: ... exame e só.

202 E - Uhum... e sobre procedimento que poderia ser realizado... na hora do parto eh::: e os que
203 não poderiam alguém falou a você?

204 M - ... Não isso aí eu que fui atrás sozinha.

205 E - E sobre os teus direitos?

206 M - Ninguém.

207 E - Então as informações que você tinha eram todas coletadas por você a partir das leituras
208 né?

209 M - Sim... nenhum obstetra né... essa clínica que eu frequentava aqui falava sobre isso mas
210 nenhum obstetra falava sobre isso.

211 E - Mas o teu primeiro obstetra ele era humanizado né?

212 M - Sim

213 E - E ele não falou...

214 M - ... Não...

215 E - Fala pra mim por favor como é que você tomou conhecimento sobre o plano de parto

216 M - A minha doula... foi a doula... na minha primeira::: consulta assim que eu tive com ela...
217 ela falou assim “olha a gente vai ter vários encontros ... eu vou te explicar isso isso e isso...
218 um encontro vai ser sobre plano de parto” e eu quê? e ela “calma eu vou te explicar” ela
219 mandou vários modelos me explicou tudo:::do:::

220 E - E você lembra em que trimestre foi?

221 M - Eu fiz no segundo trimestre o meu plano de parto

222 E - E foi no]

223 M - [e o obstetra ele falava pra mim “é o plano de parto é muito importante mas você precisa
224 saber que plano de parto eh... é uma margem que no fim das contas se eu precisar fazer
225 alguma coisa eu vou ter que fazer:::”...como eu sempre trazia o plano de parto e perguntava
226 - porque por exemplo eu não pinguei o colírio de nitrato de prata nos meus filhos então eh:::
227 pra ter isso eu tive que fazer os exames médicos... deixar muito especifico no plano de parto...
228 fazer uns exames antes então ... eu perguntava muito e meu plano de parto era bem
229 detalhado... mas se eu não perguntasse...

230 E - Então ele não falou sobre o plano de parto? tô falando do da primeira gravidez?

231 M - O obstetra ele falou porque ele sabia que eu tava alinhada com as doulas que já
232 trabalhavam... então ele falou pra mim eh::: “você já fez lá com as meninas? o seu plano de
233 parto? me traga quando estiver pronto”

234 E - Tá ... então quem te apresentou foi a doula mas como ele sabia que você tinha esse
 235 acompanhamento então ele perguntou na consulta se você já tinha feito...

236 M - Sim

237 E - Tá eh::: e do segundo você também ... eh::: como é que ... você recebeu ou foi orientada
 238 a escrever o plano de parto? quais foram as orientações que você recebeu pra escrever?

239 MS - Eh::: eu recebi modelos do plano de parto então foi assim olha: “pode ser mais descritivo
 240 ou pode ser mais objetivo” e optei pelo mais objetivo eh::: e respeitando mais ... eu não tinha
 241 muitas questões em relação a música...luz do ambiente ... o meu era tipo “não quero que
 242 faça manobra de Kristeller não quero que fique fazendo/” era tudo assim coisas mais técnicas
 243 “não quero que amarre a minha mão”... era muito mais essas partes técnicas que eu escutava
 244 muito que a mulher entra na partolândia e ela não toma decisões... então eu deixei o meu
 245 marido muito bem treinado e um plano de parto muito bem detalhado e todo mundo sabendo...
 246 tá aqui “se eu não tiver condições de falar por mim é isso aqui”

247 E - Esse no primeiro assim.. tava bem detalhado?

248 M - Sim... sim..

249 E - Porque eu lembro que você falou que fez o segundo ainda mais esmiuçado né?

250 M - Sim.. foi foi

251 E - Eh::: o processo de escrita ela ... a doula compartilhou com você o modelo... aí você levou
 252 pro médico e o médico foi revisando com você ... então vocês discutiram.

253 M - Foi.

254 E - E na segunda gravidez você também passou pelo processo de escrever... passou pelo
 255 obstetra também?

256 M - Sim... ele adorava que eu levava porque ele falou que parecia que eu tava fazendo a lição
 257 de casa porque eu trazia as perguntas pra ele e ele falou... ele falou que ele não recebe
 258 grávidas assim normalmente ... difícil as grávidas que vêm interessadas em ter um plano de
 259 parto muito bem discutido muito bem elaborado ((risos)) e eu tava muito disposta a fazer meu
 260 ... o meu plano de parto.

261 E - Então vocês discutiram juntos ... teve alguma coisa que você retirou porque ele falou?

262 M - Sim... teve coisa que eu tirei porque eles falaram que como eles que iam me acompanhar
 263 que não precisava porque eles não faziam... () tipo a manobra de Kristeller... meu primeiro
 264 obstetra ele falou “eu não faço isso jamais.. não precisa por... eu que vou tá com você... então
 265 pode secar as coisas pra não ficar”... e assim ele leu o meu plano de parto antes e na hora
 266 nem usou entendeu? porque ficou lá eu e Deus parindo aquela criança ((risos))... O segundo
 267 como foi na minha casa eu mudei ele ((o plano de parto)) ... porque com trinta e sete semanas
 268 eu já tinha um plano de parto versão hospitalar... aí quando eu decidi fazer na minha ca:::sa...
 269 eu fiz um plano de parto mais light... tipo falando como que eu queria que as pessoas
 270 conduzissem/ eh se portassem na da minha casa... pedindo pras parteiras tirarem fo:::to
 271 porque eu não ia contratar fotógrafo ... foi uma coisa muito mais informal do que técnica ...
 272 porque como - o meu plano de parto hospitalar o segundo foi muito mais detalhado mas aí eu
 273 decidi fazer na minha casa aí o médico “não precisa de mais de um monte de coisa porque
 274 eu... eu acho ... depois que eu passei pelas experiências eu acredito agora que o plano de
 275 parto () se você vai pegar um plantonista ... se você vai pegar um médico que não te conhece
 276 que vai ter a boa vontade de ler ... porque a galera que já te acompanhou e já sabe meio que
 277 eles não precisam porque eles já sabem... se você - é tantas vezes que vê que conversa que
 278 no fim das contas ele já sabe o seu plano de parto... chega no dia não precisa usar.

279 E - Então você usou efetivamente o plano de parto: entregou ... você já falou que vocês
 280 discutiram juntos eh::: mas assim... por que você decidiu utilizar?

281 M - O plano de parto? Porque eu tinha escutado que a mulher quando tá parindo no... se
 282 chegar pra ela e falar “quer tirar esse facão e tirar” dependendo do que for ela fala “BORA
 283 VAMO” entendeu? Aí é tipo era pra garantir se eu tivesse loucona de adrenalina e de dor e
 284 de tudo... os meus direitos iam::: ser respeitados.

285 E - Relata pra mim por favor como foi a entrega do plano à equipe ao médico... se você
 286 lembrar de alguma reação... alguma fala... você falou já do segundo obstetra mas aí o
 287 primeiro teve alguma coisa alguma reação que te marcou quando você apresentou?

288 M - Não::: não ele pegou na boa leu me retornou... ele pediu pra eu enviar pra ele por
 289 WhatsApp.. ele fez uns comentários “bom então pra isso a gente vai precisar desse exame”
 290 tan nan nan e beleza ... e o segundo adorava ele adorava tipo era ele ficou espantado por
 291 ele não ter muitas pacientes que fazem plano de parto... então ele ficou empolgado pra
 292 responder perguntas porque ele via que eu trazia coisas que a maioria não trazia.

293 E - Uhum.. no primeiro parto você chegou na maternidade e apresentou?

294 M - Eu levei ele impresso comigo.

295 E - Tá

296 M - Eu só não lembro se eu cheguei a apresentar mas ele estava comigo e o segundo... eu:::
 297 enviei pra todo mundo... eu nem tinha impresso o segundo

298 E - Ele circulou nas eh::: nas no WhatsApp da equipe que ia te acompanhar, né?

299 M - Sim

300 E - Você acha que ele exerceu alguma influência sobre a assistência médica que você
 301 recebeu?

302 M - Sim...

303 E - Em que medida ele influenciou o desfecho do teu parto?

304 M - Como que influenciou o desfecho... bom deu certo sim né? deu certo eu fui respeitada...
 305 mas é... eu acho que eu ter tido uma equipe que a gente se alinhou desde o começo::: fez
 306 com que o plano de parto perdesse eh::: o poder da::: da influência que ele tem porque eh:::
 307 já sabiam o que eu queria... só que eu acho que me trouxe confiança pra saber que eu tinha
 308 direito de tais coisas ... que eu tinha que ser respeitada que eu queria e que assim a minha
 309 opinião importa... se eu não tenho decisão.... eu não tenho conhecimento médico pra falar
 310 não não vai fazer uma cesárea mas::: eu deixei muito explicado ele garantiu que só ia fazer
 311 uma cesárea caso tudo o que eu pedir não tivesse como ... então eu acho que ele influenciou
 312 o desfecho dessa maneira... ele me garantiu e assim eu acho que o mais importante... eu
 313 acho que o plano de parto ... ele mostra que a pessoa se informou ... eu acho que esse é o
 314 maior poder dele...

315 E - Menciona pra mim os eventos que se deram como você planejou.

316 M - Se os eventos se deram como eu planejei?

317 E - Quais se deram como você planejou e quais ou que não se deram como você planejou?

318 M - Eu acho que tudo foi como planejado.

319 E - É tão bom ouvir isso ((risos))

320 M - Foi ... eu não tenho... eh: assim:: eu tive algumas coisas no caminho que eu não eh:: eu
 321 não planejei... me deixaram muito descompensada emocionalmente... não foram violências
 322 ... não foram coisas que não foram... foram coisas que foram acontecendo no processo do
 323 parto... porque é impossível também um parto sair todo como planejado... não dá pra planejar
 324 tudo... mas tudo que eu queria que eu fosse respeitada eu FUI.. não tem nada que eu falo
 325 “Oh isso aqui não era pra ter feito e vocês fizeram” - isso não.

326 E - E você atribui a quê esse cumprimento das vontades?

327 M - A essa ... a toda essa troca de informação... de deixar muito claro o que é ... eu deixei
 328 muito claro desde o começo tudo o que eu queria que acontecesse.

- 329 E - Fala sobre os teus sentimentos em relação à assistência que você recebeu no parto ...
 330 tanto do primeiro que foi eh:: hospitalar quanto do segundo que foi em casa
- 331 M - A assisten/ maravilhosa ... assim eh fui muito bem assistida por toda a minha equipe.. eh::
 332 eu dou um valor absurdo pra doula ... hoje quando eu conheço uma grávida eu falo “a primeira
 333 coisa que você precisa é uma doula” acho isso extremamente necessário... mas no hospital
 334 eu fui super bem atendida e observada e bem tratada... a equipe toda desde a troca de plantão
 335 ... todo mundo muito respeitoso.. é um hospital que já tem uma fama de respeitar... ele tem
 336 uma fama de respeitar ... o centro obstétrico deles é bem famoso por ser respeitoso... as
 337 equipes ... a faxineira veio no dia seguinte lá me dar um abraço porque ela falou que viu eu
 338 gritando a noite inteira “Fia acabou meu plantão e eu vim aqui dar um beijinho em você que
 339 cê gritou e eu fiquei morrendo de dor de você fia” sabe assim... foi tudo::: ... o parto foi muito
 340 difícil eh::: e as complicações que eu tive por conta desse parto... foi o que me traumatizou
 341 pra o segundo parto mas assim não dependia dos outros né porque foi fisiologicamente
 342 desafiador ...
- 343 E - Que acontecimentos marcaram mais assim você?
- 344 M - Eh::: nossa ((risos)) nossa eu debaixo do chuveiro lá sentada naquela bola esperando
 345 eh::: a::: eu tive que... a::: a parte final da minha dilatação o meu médico me ajudou a
 346 dilatar com o dedo durante uma contração pra acelerar um pouco o trabalho de parto... foi
 347 muito marcante e a hemorragia que eu tive no final ... muito marcante em tudo... era sangue
 348 pra tudo que é lado...
- 349 E - E o segundo?
- 350 M - O segun:::do foi assim um evento::: um evento::: num templo budista porque assim ... foi
 351 um evento muito atípico - quando eu tirava o meu pé do chão as contrações paravam... eh::
 352 elas falaram que elas nunca tinham visto um negócio desses na vida delas então eu tava
 353 muito cansada e eu falava “vou deitar” e aí minhas contrações para:::vam
- 354 E - ((risos))
- 355 M - Aí eu dormia::: aí eu falava “bora lá gente vamo lá” aí eu pisava no chão e eu começava
 356 a ter contração... então foi ... aí foi na minha ca:::sa e a gente ouviu mú:::sica e batendo papo
 357 e viu filme no meio... e::: foi assim::: uma escala de dor nem::: o terço do que foi o prime:::iro...
 358 o meu segundo bebê nasceu empelicado::: ... ele só estourou a bolsa na hora em que ele
 359 tava aqui... - aquele barulho de explosão de bolsa ... então assim foi mui:::to ... ressignificou
 360 muito::: o primeiro... curou tudo do primeiro.
- 361 E - Então valeu o investimento né em casa?
- 362 M - Valeu ... e assim ter o meu bebê eles saíram ... porque no hospital por mais que a equipe
 363 que eu contratei ... eu pedi pra ter aquele momento só eu e o bebê... vem gente olhar vem
 364 pediatra olhar na primeira hora... por mais que deixaram ele comigo mas no segundo o meu
 365 bebê ficou preso na placenta por quase duas horas aí depois elas vieram pesaram olharam
 366 ... eu na minha cama... depois quer ir tomar uma chuveirada? no meu banheiro... Al
 367 MARAvilhoso... maravilhoso... queria que todo mundo pudesse ((as crianças começaram a
 368 conversar com a mãe)).
- 369 E - Você utilizaria novamente o plano de parto numa gravidez futura?
- 370 M – Sim
- 371 E - Por quê? ((crianças falando))
- 372 M - Eu usaria sim de novo... porque eu acho que o plano de parto mesmo que você não use
 373 ele... ele é ((crianças falando)) eu acho que você ter um plano de parto é você ir munido... a
 374 pessoa fala opa ... essa aí a gente não consegue abusar muito...fica alguma coisa dela ...
 375 ela sabe ... o maior poder do plano de parto é esse mostrar que você sabe...
- 376 E - Até que ponto esse documento é importante?

377 M - É que assim a gente escuta muito é que ... eu não sofri nenhuma violência... eu não posso
378 te dizer até que ponto porque o meu foi totalmente respeitado mas assim... a gente escuta
379 mulheres que mesmo com o plano mesmo com o plano de parto sofreram alguma violência
380 então assim ... até que ponto ele é importante? eu não porque assim tem gente que não
381 respeita né... ((crianças falando))

382 E - A gente vai pra última agora tá? eh qual o conselho que você daria para uma mulher que
383 está se preparando para ter um filho e deseja o parto normal?

384 M - Se informe... faça um bom plano de parto... bota o maridão... companheiro... quem for
385 alinhado com as suas ideias - isso é muito importante ((fala com a criança))... mas é se
386 informar... se preparar fisicamente porque é um parto normal porque é puxado... às vezes a
387 pessoa acha que a gravidez é::: só gestar uma criança né... é se informar e se preparar pruma
388 batalha né... você precisa tá informada...preparada fisicamente...saudável... eu .. se você
389 quer... eu acho que o maior conselho que eu posso dar é queira engravidar é uma batalha
390 que não tem fim porque tem que se preparar.

391 E - Eu quero agradecer demais... foi muito interessante... assim foi um privilégio ter acesso à
392 sua história... parabéns aí pela luta

APÊNDICE F

Têmis – Parto Domiciliar com equipe de parteiras e enfermeira obstétrica 2020

1 E - Quais eram tuas primeiras preocupações quando você recebeu o positivo?

2
3 M - tá... vamo lá... então assim oh...eh... eh... eu acho que... eu ach/ eu vou contar das duas
4 gestações... tá?...

5
6 E- uhum...

7
8 M - quando eu engravidei da N...eu tava passando por um momento da minha vida... que
9 eu... tinha acabado de me tornar empreendedora... tá?... eu... tinha saído de um emprego...
10 tinha sido mandada embora - tudo isso no blog... tudo isso no blog... cê () lá cê acha ()
11 os posts... de tudo isso... tá... - eu tinha sido mandada embora... e: e... eu tinha decidido
12 algum tempo depois me tornar empreendedora me tornar empresária... né... e daí... e:h...e
13 eu sempre fui muito estudiosa... muito nerd... né?... eh... sempre envolta na academia... tal...
14 eu até fazia mestrado... depois eu larguei o mestrado... e:... mas eu estudava muito... muito
15 muito muito sobre todos os assuntos... sobre::... a questão do empreendedorismo... a
16 questão do nicho onde eu resolvi atuar... que era dentro do marketing digital... estudei muito
17 sobre investimento... sobre bolsa de valor... sempre muito autodidata... né? pesquisando
18 sobre tudo... e daí quando eu recebi o positivo - já era um desejo meu e do meu marido... a
19 gente já tava tentando engravidar fazia ... acho que... de nove a dez meses - quando veio...
20 né?... o positivo - a gente morava em Floripa... tá?... eh...e...e... a nossa família é daqui do
21 interior de São Paulo... hoje eu moro em Piracicaba tô me mudando pra Americana - toda a
22 minha família é de Americana... mas a gente morava em Florianópolis... e daí quando eu
23 descobri que ia ser mãe... por algum motivo que não sei te explicar qual... eu falei... bom...
24 eu não quero que ninguém me ensine a ser mãe... tudo o que eu faço de... autodidatismo
25 para o meu trabalho eu vou fazer para minha vida pessoal e pra minha maternidade... então
26 eu quero aprender a ser mãe... e eu não quero que ninguém me ensine eu quero aprender
27 pelos meus meios... então eu comecei todo um trabalho... né?... científico investigatório... sei
28 lá como é que é o nome ((risos))... procurando informações sobre maternidade de TUdo o
29 que se pode imaginar... desde... co/como que eu lido com o choro do bebê... fralda...
30 alimentação amamentação parto... e fui pesquisando pesquisando pesquisando eu própria
31 mon/montei o meu próprio... meu próprio curso de...de... né? de gestante...entendeu...
32 - tudo isso tem no blog... depois eu dividi lá - e tinha um podcast que eu ouvia... que eu
33 gostava muito... que era o:: tricô de pais...né? o () do tricô de pais ()... não sei se você
34 conhece esse esse podcast?... são muito bons assim ... eles foram a minha base... né? acho
35 que o meu roteiro... e eu pegava deles... e daí eu ia pesquisando na internet... coletando
36 artigo né? ... ouvindo... ainda naquela época... cinco seis anos atrás... essa questão da
37 maternidade... né? não era tão difundida quanto é hoje... hoje já tem muito mais
38 informação... muito mais blogueira falando sobre isso...né? ainda era algo que tava
39 incipiente... tava começando... né? esse assunto na rede...eh:: e daí eu comecei a estudar...
40 comecei a estudar sobre... sobre tudo que se pode imaginar... TU-do... tu-do o que se pode
41 imaginar de maternidade eu estudei...cê entendeu? ... até chegar no parto...daí inclusive no
42 parto... ne?... quando... quando foi a questão do parto... eu já tinha vontade de ter um parto
43 normal... né?... e na primeira... na gestação da N mesmo... eh... teve um congresso de::
44 parto humanizado em Floripa... e eu fui... só tinha doula... eu era a única gestante... tinha
45 trezentas pessoas e eu era a única gestante do congresso entendeu?... porque era um
46 congresso pra profissional... mas eu fui de curiosa... de querer entender... de saber como é
47 que funcionava tal... e eu voltei daquele congresso e falei... eu quero ter um parto em casa...
48 só que na época... né?... primeira gestação...tal... a gente longe da família... muita coisa...
49 muita dúvida ao redor...eu falei... cara... eu não vou comprar essa briga... eu vou pro parto

normal... mas eu não vou comprar a briga do parto domiciliar... eu vou deixar o parto domiciliar pra uma outra ... pra uma outra momento... mas aí eu fui pro parto normal... enfim... daí... eh: acho que estou na sétima ou oitava pergunta....

E- a tua preocupação e o teu foco era aprender tudo sobre maternidade né?

E- Qual foi o tipo de assistência que você recebeu durante a gravidez?... pública... privada? foi convênio?

M - no... no... par/ na N... na minha primeira filha... eu fiz o acompanhamento pelo sus e fiz o acompanhamento do convênio... fiz os dois... mas seguia mesmo os meus estudos... então eu não tomava o remédio que o médico mandava... não fazia nada o que o médico mandava... tipo assim... eu ia com uma lista de perguntas lá... só pra ouvir a opinião dele... que... pra mim o que valia era o que eu tava estudando... e que... o meu marido brincava comigo dizendo... então por que você vai no médico?... eu falo... porque eu tenho que ir... porque não fiz nada do que eles mandaram...

E- do segundo filho também foi?...

M - do segundo filho daí foi só o sus... porque daí... como eu peguei uma segurança muito forte do que eu tava fazendo... do do dos meus estudos né?... de tudo o que eu... que eu já tinha desenvolvido eh... daí e assim também né? também tem tem uma parte dos estudos que falam que tipo... que muito ultrassom é ruim pro bebê tal... então o segundo filho... eu já não tinha mais plano....daí foi tudo no sus... daí ainda emendou pandemia... daí foi tudo assim bem () mesmo... be::m... daí só que no segundo filho... como eh... eu tive o parto domiciliar...daí eu contratei uma equipe de parto... e também meu tive mais acompanhamento da equipe de parto... das parteiras...né? eh... e também das doulas... nos dois eu tive doula né?... então a doula também me ajudou bastante... a doula eu seguia... o médico não... mas a doula eu seguia... a doula eu obedecia...

E- esse esse na tua primeira gestação você optou por fazer os dois ao mesmo tempo por que? convênio e sus?

M - () procura no blog que deve ter... mas eu acho que foi mais assim ... tipo...pra testar... que como eu sabia que eu queria... que eu queria ter mais filho foi realmente pra me sentir segura... sabe? de saber que a rede pública me daria todo o:: suporte... eh... pra comparar mesmo... tipo... pra ter certeza de que eu teria o suporte necessário na rede pública também... tanto que no segundo eu nem fui pro particular

E - você já falou sobre isso um pouquinho eh... sobre teu pré-natal eh... como é era assim teu acompanhamento... a regularidade das consultas... se você tinha alguma orientação que eles davam durante o acompanhamento?

M - uma vez por mês... uma vez por mês... as consultas... mas assim... perto do universo que eu tinha de informação... eu não tinha orientação nenhuma... não era... não era eles me ensinando...era eu brigando com eles entendeu?... tipo assim eh... eles... o que você quer? que que cê isso... que que cê aquilo?... daí tipo assim... na hora que o médico entendia que eu já tinha um nível de conhecimento muito maior... nem discutia mais

E - e em relação à orientação vindo ... vinda do acompanhamento da doula?

M - a doula já é mais aberta né...ela já é be::m... as... as duas doulas que eu tive na primeira e na segunda gestação foram sensacionais... foram... muito boas... assim... do mesmo jeito né? eu fiz toda uma pesquisa em relação à doula... na primeira gestação eu conversei com três né?... eu fui na que me senti mais segura que era mais profissional... foi um atendimento sensacional...assim foi muito muito bom... valeu muito ()... assim eu recomendo muito... putz... pra todo mundo

E - durante a gravidez você teve algum... eh... você participou de algum grupo sobre parto e maternidade?

104 M - não

105

106 E- não? só pesquisa?

107 M - Eu fiz meu próprio curso de gestante

108

109 E- você eh...tinha algum receio sobre o momento do parto?

110 M - assim... oh... eu sempre me senti muito segura... com o processo... entendeu?... eh...
 111 eu tenho... eu tenho comigo algumas crenças de que...manifeste o que você quer... se
 112 prepare pro pior... e aceite o que vier... então eu sem/ eu sempre... idealizei muito tudo o que
 113 eu quero... e muita coisa do que aconteceu foi o que eu idealizei... sabe? assim... eu não
 114 tive medo...eu me senti muito segura tinha muito estudo por trás... eu sabia o que eu tava
 115 fazendo... eu tava realmente assim...eh... bem segura mesmo...bem segura

116

117 E- então nenhum receio né?

118 M - não.. não tinha receio

119

120 E- eh... durante a gestação quando você tava fazendo acompanhamento... você teve alguma
 121 orientação de algum profissional... você já falou que não tá... não tinha nenhuma...mas
 122 assim... em algum momento surgiu alguma conversa sobre escolha de via de parto...
 123 procedimento que era permitido procedimento que era desnecessário?

124

125 M - teve...teve...tiveram essas conversas... () no acompanhamento do sus ... peraí...()
 126 eh...durante as consultas do pré-natal surgiam né? essa... essa... essa pergunta eh... e eu
 127 sempre indiquei pelo parto normal tal...eh... mas assim... como nos dois casos né?... no no
 128 primeiro caso eu num... eu num fiz chamado... num fiz chamado hospitalar então era um
 129 plantonista... então... ninguém falou sobre a questão dos procedimentos... mas é que eu já
 130 sabia... entendeu? eu já tinha estudado eu já tinha ido ao congresso do parto então eu já
 131 sabia de tudo isso... então... então eu eu meio que fui conduzindo sabe?... e o plano de parto
 132 em si era o instrumento que eu tinha né? pra... cancelar e fazer acontecer o que eu queria

133

134 E - e é justamente a próxima pergunta... fala é... como você teve encontro com o plano de
 135 parto... como é que foi... quando?

136

137 M - provavelmente foi naquele congresso... naquele congresso que eu fiz né? que era um
 138 congresso para profissionais da área de saúde que eu tive o...o::o contato com o documento
 139 e depois a própria doula me orientou a fazer né? ela me... ela:: enfim... eh... conduziu todo o
 140 processo e daí eu tinha o plano de parto por conta dela...

141

142 E - na primeira gravidez também?

143 M - na primeira gravidez também

144

145 E- eh... sim...

146 M - sim... e e e não era somente o plano de parto... era... era... não era o plano de parto em
 147 si... era o plano do nascimento então assim... que que eu tinha de combinado de acordado
 148 de data tipo ah...eu... eu... né? então assim eu tinha comigo... eu vou tranquila até quarenta
 149 e uma semanas até em quarenta e duas eu não vou me preocupar só vou me preocupar a
 150 partir de quarenta e um mais três quarenta e um mais quatro... né? que tem que acontecer
 151 então não era assim... o momento do parto... o o entolho do nascimento... entendeu?

152

153 E- eh... você teve alguma orientação - você falou da doula - eh... mais alguma orientação
 154 assim... dela pra escrever.... ela compartilhou modelo... você viram juntas você....

155 M - eu acho... eu acho que ela me deu um modelo... eu acho que ela me deu um modelo

156

157 E- tá... eh... e aí chegamos na pergunta que eu já tenho a resposta... você utilizou
 158 efetivamente o plano de parto né?

159 M - eu usei

160 E - tá... por que você decidiu usar mesmo tendo acompanhamento da doula e:: sendo parto
 161 domiciliar?

162 M - então () ir por parto... no primeiro parto que foi hospitalar...eh... eu tinha... eu tinha a
 163 doula mas eu fui pro hospital e cheguei na plantonista... então a primeira coisa que fiz foi
 164 entregar o plano de parto pra ela... minha bolsa rompeu era uma hora da manhã... eu cheguei
 165 no hospital umas três... três e pouquinho...daí eu fui atendida tal...daí na hora que ela viu o
 166 plano de parto ela falou ah... você quer o parto normal né? você quer? daí ela falou eu vou...
 167 a gente vai fazer um exame de ausculta porque tua bolsa estourou tá com mecônio e eu não
 168 sei se vou poder esperar o desenvolvimento do processo do trabalho de parto... daí beleza...
 169 daí eu fui internada eles começaram a fazer o a... a... ausculta... a ausculta do bebê né? e
 170 daí ali era umas... cinco horas da manhã hora que eles começaram a fazer... na hora que
 171 eles amarraram a cinta na minha barriga... começou a vir as contrações... e daí eu passei
 172 o exame inteiro com contração... e daí eu meio marcando no ... - tipo eu já tinha avisado à
 173 doula que eu tava lá tal... mas eu tava preparada pro trabalho de parto de sei lá... doze
 174 horas... dezesseis horas... vinte e quatro horas... tava preparadaça entendeu?... e eu lá
 175 marcando contração contração contração... sei que durou uns quarenta minutos o exame daí
 176 a enfermeira saiu e eu tava esperando o resultado vir né? pra saber se eu ia... se eu ia ficar
 177 no parto normal ou se eu ia pra cesária... eu sei que daí a contração fica muito power muito
 178 power e começou a me dar uma ardência e vontade de comer coisa... e daí eu lá no
 179 banheiro... e eles não tinham deixado eu comer... tinha deixado beber nada que eu poderia
 180 ir pra cesária...daí eu um tempo lá e eu falei olha.. assim... o seguinte... ou cê chama alguém
 181 ou eu vou beber água da torneira porque eu vou beber água tô com sede né? tava ali... daí
 182 de repente brotou gente dentro da sala... dentro da sala...e na hora que viu já tava coroando...
 183 criança já tá () nascendo... não eu né... por mais que eu tivesse estudado eu não tinha
 184 entendido que eu tava no momento de expulsivo ali... foi uma hora e meia... uma hora e meia
 185 de trabalho de parto e eu tava no expulsivo eh.. e é até engraçado porque daí eu.. eu...de de
 186 que nasceu que eu peguei a folhinha eu falava pro meu marido minha filha corra que você
 187 não viu aqui contração de quatro em quatro minutos () eu tava vivendo eu não tava
 188 contando.. mas era óbvio que tinha que ter avisado e chamado a doula e tipo assim... por
 189 mais que eu tivesse passado tanto conhecimento num num foi... enfim... aí eu sei que a
 190 médica que entrou no quarto e já tava coroado já tava ali eh... e vamo pra sala de parto...vamo
 191 pra () e foi aquele fuzuê... daí me trouxeram pra sala de parto... daí chamamo a doula...daí
 192 eu literal/ literalmente esperei a doula chegar... literalmente...tipo assim... a doula chegou
 193 duas contrações depois o bebê nasceu... entendeu? então foi assim eh... foi assim... eu usei
 194 o plano de parto... eu usei no sentido de né? de ir pro pro parto normal né? e daí dali depois
 195 disso foi tudo tão rápido que não deu tempo de de intervir... não teve procedimentos invasivos
 196 porque não deu tempo de nada entendeu? simplesmente foi nasceu e voou entendeu? esse
 197 foi no hospitalar... daí no domiciliar também... os partos foram muito parecidos..muito
 198 parecidos... então foi a mesma coisa... minha bolsa estourou às cinco horas da manhã né?...
 199 só que eu tava sem contração mas já tava tipo... já tinha experiência no primeiro parto tava
 200 muito mais bem preparada... muito tranquila ... foi pessoal não tem... tá tudo bem... não tem
 201 contração...quando eu começar a ter contração eu aviso tá? daí () quando eu almocei... eu
 202 deitei eu tava lá deitada... veio a primeira contração...beleza...daí veio a segunda
 203 contração... ah.. tá bom... daí veio a terceira... daí eu falei mandei mensagem pra ()olha...
 204 eu acho que vocês podem vir... começou a contração... daí veio a quarta contração e eu
 205 levantei... eu levantei... fui pro banheiro... entrei no banho entrei no expulsivo ... foi quarenta
 206 minutos de trabalho de parto no segundo... n o segundo eu literalmente eu literalmente não
 207 pari porque eu tava em casa e não tinha ninguém... eu esperei as pessoas chegarem... mas
 208 eu não aguentei toda a equipe inteira chegar ... o primeiro que chegou pegou

209

210 E- eh... como é que foi a entrega do plano de parto no contexto do hospital eh é no contexto
 211 domiciliar... assim a reação de quem recebeu...se houve alguma fala que você lembra... o
 212 acolhimento mesmo

213 M - o acolhimento... no contexto hospitalar foi assim.. tipo... entregou a documentação e o
 214 plano de parto tava lá então... não teve... não teve assim muito... e ela leu né? eh...mas num
 215 num teve nada... agora no domiciliar... no domiciliar foi construído junto né? a equipe ... a
 216 equipe participou da construção então foi um acompanhamento então assim num teve né?
 217 oh... no domiciliar...foi muito mais a questão assim tipo ah quer música não quer mú::sica
 218 eh... eh... quer comer não quer come::r... que que você quer fazer depo::is... que que a gente
 219 vai fazer com a placen::ta?

220

221 E - Eh... você acha que o... documento exerceu influência sobre a assistência que você
 222 recebeu? a assistência médica?

223

224 M - eu acredito que sim... no... no... hospitalar sim... né?... eu acho que evitou que eu tivesse
 225 que... eh... que me posicionar naquele momento né? porque tava tudo escrito então... eh...
 226 e a médica foi bem...bem seca assim... bem ríspida num ... eh... enfim... num () num fez
 227 nada de mais assim... então... então...nesse sentido eu acho que ajudou... tipo ah já... já...
 228 eh::... tô falando com quem entende então não vou me meter.. sabe?

229

230 E- você falou que tava querendo tomar água né? só que você não tomou porque tinha a
 231 possibilidade de ir pra cesárea... no teu plano tinha essa questão da alimentação em caso de
 232 parto normal né? que você queria... eh...ter liberdade pra come::r... ingerir líquidos essas
 233 coisas?

234 M - isso

235

236 E- tá... eh... você lembra dos eventos que aconteceram como você planejou no domiciliar
 237 mesmo?

238 M - então... no domiciliar... assim... foi um parto muito rápido... muito rápido mesmo... e::
 239 teve assim ...bom... daí a gente vai entrando em um assunto mais mais polêmico mas vamo
 240 lá... e::h... o pós-parto foi muito intenso... no segundo... no domiciliar...entendeu? porque
 241 assim... depois que o/que o... que o meu be/bebê nasceu... eu não fiquei bem...eu sentia
 242 muito dor ... muita dor... muita dor... então assim... eu não consegui curtir o processo
 243 entendeu? e::h... né? () elas me alimentaram... () mandei todo mundo embora () eu não
 244 tava bem... eu não tava me sentindo bem entendeu?...tinha acontecido tudo do jeito que eu
 245 queria tava... tinha sido maravilhoso... mas eu tava me sentindo muito mal... e aí enfim né...
 246 depois eu vim entender que isso tudo aconteceu porque eu tinha resto placentários () tive
 247 outro parto depois desse... depois tive que fazer curetagem foi uma novela entendeu? o
 248 momento do parto foi... foi...do jeito que eu queria rapidinho pá pá pá... mas daí as
 249 complicações do pós-parto me levaram a toda uma jornada que não tava nada previsto no
 250 plano de parto nada previsto em lugar nenhum ... mudou toda a minha vida esse pós-parto
 251 entendeu?

252

253 E - entendi... eh:: ... você teve alguma coisa que não aconteceu como você tinha formulado
 254 lá? tanto no hospitalar quanto no domiciliar?

255 M - não... aconteceu tudo tudo() inclusive é interessante porque eh...daí quando eu... eu
 256 tive o no domiciliar que eu tava bem mais... preparada e tal né? como eu tive esse... esse
 257 negócio do do pós-parto... então eu tive parto daí três dias depois nasceu outra placenta...
 258 eu tive outro parto... daí eu tive que fazer uma curetagem ... a curetagem não tirou tudo... daí
 259 eu fiz outra curetagem depois de um mês... então foram quatro... eventos... neste último
 260 evento na segunda curetagem... aconteceu exatamente tudo o que tava no plano de parto...
 261 as músicas... as... oh... tudo o que eu tava explicando que não aconteceu no primeiro que
 262 não deu tempo aconteceu no na na...na da última entendeu? na segunda curetagem

263

264 E - eh... você atribui a quê o cumprimento das vontades?... que você colocou no plano de
 265 parto?
 266 M- a quê? ou a quem?
 267
 268 E - a que ou a quem
 269 M - () eu atribuo a:: minha decisão de querer fazer... eu queria fazer...e eu sabia o que eu
 270 queria e eu expressei e compartilhei com todo mundo ... ah eu me lembro que no no parto do
 271 R que foi domiciliar a gente fazia conversas online... e era todo mundo () eram umas oito
 272 pessoas eu meu marido as duas parteiras as duas doulas minha mãe que trabalhava de rede
 273 de apoio mais alguém da família que tava de rede de apoio... então assim era todo mundo
 274 todo mundo mesmo entendeu? não era... né... era uma comissão de... de parto ali pra o
 275 negócio funcionar
 276
 277 E - eh... foi na pandemia né? 2020?
 278 M - foi na pandemia... foi na pandemia foi no meio da pandemia... outubro de 2020
 279
 280 E - uh...quais são os sentimento assim que você tem quando você lembra dessa
 281 assistência que você recebeu?
 282 M - ah... é muito bom nossa foi muito bom foi sensacional... muito acolhimento muito carinho
 283 muito amor... foi ... foi espetacular... foi assim...uh... foi a experiência que ... cara... eu eu
 284 recomendo assim pra todo mundo é sério... eu SEi... eu tenho noção que não são todas as
 285 pessoas que têm consciência pra fazer isso e que você precisa de muita consciência e de
 286 assumir muitos riscos e de muita coragem... e...e assim... e eu sei que não é pra qualquer
 287 um mas cada um deveria experimentar que foi muito bom... foi muito muito muito bom
 288
 289 E - você falou sobre os partos serem muito rá::pidos assim... mas tem alguma outra coisa
 290 assim que... algum outro acontecimento que mais marcou você?
 291 M- em relação ao parto?
 292 E- sim
 293 M - é M assim... eu sou uma pessoa que eu gosto muito da parte de planejamento sabe? ...
 294 então assim viver esse planejamento viver cada etapa disso cada decisão ... cada
 295 detalhezinho... eh... idealizar o dia... pensar no dia... então se você fuçar bem no blog ali -
 296 não se... se você chegou ah... a parte do índice tem teve... uma parte do R teve a ... como é
 297 que fala... como é que chama a despedida da barriga lá? chá de benção ... chá de benção...
 298 teve o chá de benção... né? ...então assim...e...e foi um negócio assim que eu fiz ... cara
 299 ... muito do coração mas muito natural muito diferente ... então a gente tava no meio da
 300 pandemia ... morava longe... então eu fiz o chá de be::nção... no chá de benção tavam eu a
 301 doula que pintou minha barriga e minha mãe ... mas eu mandei mensagem pra todas as
 302 pessoas ao meu redor então daí eu criei um grupo as pessoas mandavam ... as mensagens
 303 e eu não via daí eu fui ver os vídeos e os áudios só na ho::ra que tava ali:: no () a barriga
 304 pintada... foi muito... foi muito emocionante sabe? tipo...foi um... foi uma celebração pra mim
 305 o nascimento foi muito legal muito gostoso
 306
 307 E- você utilizaria novamente o plano de parto em uma gravidez futura?
 308 M- completamente... com certeza
 309 E- por quê?
 310 M - porque eu vejo que é tanto um momento de você definir o que você quer ... quanto se
 311 definir... quando você joga isso pro universo o universo te responde ... te devolve né? eh...
 312 e também é o momento de:: você:: de eh eh... compartilhar isso com quem tá na jornada com
 313 você né? e e eu vejo que é um... é um mecanismo de segurança... então assim... eh...eu
 314 estive extremamente lúcida nos dois partos... eu tive momentos de inconsciência mas eu
 315 estive extremamente lúcida nos dois partos mas eu imagino se eu não tivesse isso teria me
 316 auxiliado muito entendeu? teria me... teria sido a minha defesa durante o processo...nos
 317 momentos que eu tive pouca consciência né? eh... no primeiro parto especificamente depois

318 do parto praticamente desmaiei... porque eu tive muito sangramento tive...eh... rasgou tudo
319 lá ... como é que chama? () não... hã? ...laceração... tive laceração... () ficaram me
320 costurando um tempão então assim... eh...eu eu tive esses momentos que eu não tava
321 respondendo por mim... né? mas eu tava amparada né... pela equipe que tava ciente do que
322 tava acontecendo

323

324 E - tá... eh... que conselhos você daria pra mulher que tá se preparando para ter um filho e
325 essa mulher deseja ter um parto normal?

326 M - estuda... estuda...estuda... a tua... a tua:... a tua certeza e a tua confiança vem da
327 quantidade de informação que você ingere... () eh... eh... eh... é o que eu falo tá tudo
328 conectado ... eh.. eu só cheguei onde eu cheguei nos meus dois partos porque eu... na hora
329 que eu engravidei eu falei... eu não aceito respostas e orientações que vêm da família eu
330 quero eu procurar o melhor pra mim e eu foi... eu fiz tudo isso entendeu? ... de onde veio esse
331 () veio de mim eu sou assim...né? o Google é meu melhor amigo... primeiro... primeira
332 pessoa que eu pergunto tudo é pro Google e daí eu vou me resolvendo...então assim eu
333 acredito que foi muita a minha postura sabe? ... então né? e () é...né... por eu ter dividido
334 isso no blo::g né? teve vídeo do parto então teve... tem muita gente que me procura a respeito
335 desse assunto e eu sempre falo... cara... é tua cabeça... é tua cabeça é tua preparação é
336 mental o negócio... não é... físico... não é medicinal... é mental... então.. que conselho que
337 eu daria? hã... eu acredito que você pode... acredito que você pode e vai e faz acontecer

APÊNDICE G

Maia - Parto Domiciliar com Enfermeira Obstetra 2021

E - São catorze perguntas... e você vai::: respondendo assim... a partir do que você lembra e:: você fez o plano de parto né?

M - Fiz... fiz sim

E - Você tem ele ainda?

M - Te:::nho... eu tenho que resgatar onde é que ele tá mas eu tenho sim... eu vou procurar e e e envio pra você...

E - Pronto porque vai ser maravilhoso ver... eu vou perguntando e você vai lembrando... foi quando o teu parto?

M - Foi no dia 05 de janeiro de 2021...

E - 2021?

M - Foi..

E - Tá... você vai falar um pouquinho agora... a primeira pergunta é pra você comentar quando você se viu grávida assim... quais eram as tuas preocupações e teus focos de interesse?

M - Certo. eh: ah bom... a gestação da E foi a gestação da pandemia... né? e:: foi muito::: sem querer na realidade... eu já tava saindo de um::: de um filho de quatro anos né::: na época ele tava deixando de ser bebê... já começando a me deixar mais livre pra tocar a minha vida... porque eu parei pra maternar dele e aí::: eu já tava assim angustiada... querendo fazer alguma coisa... já tava muito cansada né de ser só mãe...e aí eu falei não... agora esse ano eu vou fazer alguma coisa... não sei o que é que é... vou estudar vou fazer alguma coisa e de repente veio a gravidez então... na época mexeu muito comigo... eu não aceitei ... fiquei muito triste... já tava com trinta e oito anos... me achava velha pra ser mãe de novo sabe? essas questões... falava "ai com trinta e oito anos eu vou ter outro filho? pelo amor de Deus"... mas né fazer o que... eu fui trabalhando isso na minha mente e acabou que::: digeri né... demorou uns três meses assim... até pra contar pra minha família né... pra dar a notícia com alegria né... porque no início eu fiquei bem triste porque eu não queria... mas aí depois eu descobri que era menina né... aí tudo se transformou né... e a decisão do parto domiciliar foi desde... foi desde o início... porque eu sempre quis parto domiciliar ... mas eu ainda não tinha nas outras gravidezes... como é que se fala? ... uma maturidade:::de e::: as condições necessárias pra fazer né?... e na dela eu já tinha ... amigas aqui do meu marido que são doulas ... conheci L que é parteira... tive...tenho amigas que fizeram até com ela ... mas aí foi isso... no início foi difícil aceitar mas depois eu entrei em contato com eh:: com pessoas que faziam parto domiciliar... entrei em contato com L ((a parteira)) mas na época ela tava super enrolada com Chikungunya ... com dengue ... com tudo ((risos)) ela tem quatro filhos né? aí::: ela falou eu não vou conseguir te acompanhar... aí entrei em contato com uma turma

lá de Natal e aí:: e depois eu terminei encontrando o pessoal daqui da Respeitare que é a M ((citou o nome da enfermeira obstétrica)) e o J ((citando o nome de outro enfermeiro da equipe))e aí:: foi maravilhoso assim sabe... ela me atendeu em tudo... ela é muito:: meticulosa eu diria assim sabe... muito detalhista... ela deixa você assim bem a vontade... te explica tudo.. te deixa segura... a parteira era uma coisa mais solta... ela não leva nada assim de equipamento de primeiros socorros né... e já M que é enfermeira... ela já tem mais essa pegada de se preocupar mesmo na hora do parto... se acontecer qualquer intercorrência... ela tem como socorrer... então eu fiquei mais segura com essa possibilidade de você ter equipamentos hospitalares na sua casa em caso de necessidade que L não tem ne?... aí eu optei também M por isso.

E - Tá... teus outros partos foram ... como?

M - O primeiro eu era novinha... tinha dezessete anos quando eu fui mãe dele... aí foi o parto totalmente conduzido pelo... pelos médicos e pelas enfermeiras lá do hospital... era um hospital público...e:: inclusive eu não pude ser acompanhada nem pelos meus responsáveis... eu tive que entrar sozinha na maternidade... fiquei fazendo o meu trabalho de parto to-do sozinha... quando fui ganhar ele... eles fizeram a episto ((falando sobre a episiotomia)) totalmente sem necessidade porque eu cheguei à maternidade com sete centímetros e assim em três horas ele nasceu... eu cheguei no hospital duas e pouca da manhã e ele nasceu era cinco e dezesseis... então não tinha necessidade de fazer a episio né... mas eles chegaram... não me perguntaram... inclusive estouraram a minha bolsa... enfiaram aquela vareta lá... então assim foi tudo ... foi bem violento né? naquela época não tinha essa dimensão né? naquela época foi sucesso o meu parto...por ser uma menina jovem e tal e não senti quase dor... foi super bom...o que eu tive dificuldade foi que eu tive rejeição aos pontos e aí tive que fazer a cicatrização toda natural e aí foi bem chata essa parte sabe? o outro foi hospitalar também... foi aqui em João Pessoa... eu já conduzi mais o parto... mas não teve plano de parto porque foi o acompanhamento já de pré-natal... foi no hospital...eu fiz pelo SUS... fiz pelo hospital mas em nenhum momento foi sugerido fazer plano de parto nada disso...

E - Então era uma vontade tua ter o domiciliar?

M - Era... eu queria ter na piscina... na água... minha vontade era essa... era meu sonho... e aí eu planejei tudo dela pra ter na água... eu planejei tudo... morava numa casa que tinha uma banheira nessa época... mandei ajeitar a banheira... deixei tudo preparado sabe... enchi a banheira... a coisa mais linda... só que acabou não sendo ... mas tudo bem ((risos)) foi no banheiro pelo menos ((risos))

E - Eh ((risos)) ... a assistência que você recebeu no pré-natal foi pública? foi particular?

M - Foi... foi pública... eu fiz ali no São José... no bairro ... que tem uma unidade básica de saúde.... tem uma lá e eu fiz lá e fiz com M também né... que é a enfermeira... só que a M ela acompanha mais de perto a partir da trigésima sexta semana... entendeu? antes ela vai uma vez ou outra... mas quando tá mais perto de ganhar é que ela começa a ir com mais frequência na sua casa né? então antes de chegar nisso... eu fiquei indo lá no São José ... no caso foi todo lá meu pré-natal...

E - E no caso M ela é enfermeira obstétrica?

93
94 M - É...

95 E - Você optou pelo acompanhamento no SUS por quê?

96
97 M - Porque eu acho que ... eu achava que lá era bem preparado pra isso... era referência...
98 não sentia necessidade de... até porque eu já tinha conversado com M também... eu sabia
99 que eu tinha ali ... qualquer momento que eu precisasse eu poderia entrar em contato com
100 ela... tinha a minha amiga que foi minha doula também próxima ali que podia estar
101 conversando.... e já era o terceiro filho né... eu sou saudável num tinha maiores
102 intercorrências... então ali pra mim... eles fazem muito bem esse acompanhamento...
103 algumas vezes que eu fiz no SUS eu gostei muito...

104
105 E - E M era no caso um era um contrato privado né? você pagava sob demanda?

106
107 M - Era um plano assim ... você fazia do parto e aí já tava incluído no pacote entendeu? mas
108 é particular

109
110 E - Entendi... teu pré-natal aí o acompanhamento... a regularidade das consultas... era de
111 quanto em quanto tempo e você recebia que tipo de orientação nesse acompanhamento?

112
113 M - Olha eu não vou saber te dizer exatamente... não foi lembrar mas assim... ela foi lá em
114 casa... sempre que eu queria ela ia... graças a Deus...ela fez reunião comigo... com meu
115 marido... depois minha mãe e meu pai vieram e ela se reuniu com eles ... as doulas... explicou
116 tudo... com a minha sogra... tudo ela explicava.. tin tin por tin tin...como é que era... o que é
117 que podia acontecer... quais eram os riscos.. né assim... e eu tinha muito medo... o meu
118 maior medo... era o pós-parto... porque eu tive do segundo filho síndrome do pânico pós-
119 parto... né... então assim... ela conversava muito comigo sobre isso.. e eu fui atrás de fazer
120 a terapia da placenta... a minha doula ela é da placentaria... ela fez vários cursos sobre a
121 ingestão da placenta... os benefícios disso no pós-parto.. então... tudo o que era me dito
122 assim “faça isso” aí eu fazia.... e aí M ela ia ... ela foi no início assim pra conversar sobre isso
123 pra dizer como seria o atendimento lá... ela ia pra ver minha barriga... auscultar o coração...
124 todos esses exames nesse acompanhamento pré-natal ela fazia em casa... mas aí ela não ia
125 todo mês entendeu?

126
127 E - Lá na unidade de saúde você ia com que regularidade?

128
129 M - Aí era uma vez por mês... era uma vez por mês...

130 E - E a.. a quem te atendia? era a enfermeira? e ela te dava alguma orientação?

131
132 M - Era a enfermeira... era a enfermeira... só teve uma vez que a médica me atendeu mas
133 era a enfermeira... no SUS não me lembro dela falar sobre parto... eu acho que eu comentei
134 lá que ia fazer parto domiciliar... aí algumas eram contra... outras ficava assim encantadas...
135 mas a maioria era contra..não achava muito legal parir domiciliar... agora eu não me lembro
136 delas falarem sobre parto não...falavam sobre as vacinas que você ia ter que tomar.. as
137 vitaminas e essas coisas...

138
139 E - e você participava de algum grupo sobre parto e maternidade?

140 M - Não.

141

142 E - E no caso o contato que você tinha era assim ... porque você disse assim “ah eu conhecia
143 uma doula”... era mais assim laço de amizade... não era de você ir pra grupo de
144 maternidade...

145

146 M - Não eu não cheguei a ir porque era também pandemia né...e até tinha essas rodas de
147 mães... eu acho que se eu tivesse ido pra parteira eu teria seguido esse caminho... mas como
148 eu não fui... eu fui pra M... então também não tinha esses encontros e como era assim coisa
149 virtua::l e assim virtual não me encanta... esse tipo de coisa assim virtual não me enche os
150 olhos... e outra... eu tava muito mais preocupada com o meu pós-parto... então eu fui fazer
151 terapia... eu fui pra psicóloga... eu fazia pilates ... coisas pra me preparar pro meu pós-
152 parto...eu não tinha preocupação com o parto..

153

154 E - Essa outra pergunta era assim... explique sobre os seus receios durante a gravidez e
155 sobre o momento do parto e aí um dos teus receios era esse pós-parto né?

156

157 M - Olha eu tinha muita preocupação... quem vai cuidar do meu filho do meio? quem vai cuidar
158 dele? meu marido assim... eu achava que ele não ia dar conta:: eh::: minha mãe vinha pra
159 cá mas ele sempre foi meu xodozinho... ele sempre foi muito grudado comigo... sempre foi
160 muito grudado comigo... então ele dormia comigo... tudo era eu... então eu ficava muito
161 preocupada como ele ia receber E... só eu sabia as coisas que ele gostava do jeito que ele
162 gostava... a hora certa de tudo e ficava muito preocupada com isso... e tudo isso fui
163 trabalhando na terapia... então a minha maior preocupação era isso... e a outra era a tal da
164 síndrome do pânico pós-parto porque foi apavorante a que eu tive do segundo filho e
165 consegui... eu tive algumas crises durante a gestação:: de síndrome do pânico... umas duas
166 ou três vezes eu tive... ((fala da criança)) aí eu fui trabalhando lá na psicóloga ... e essas
167 crises são fruto de uma preocupação... você não sabe o que vai acontecer... a cabeça fica
168 muito acelerada ...e eu fui trabalhando isso junto com a psicóloga... aí eu fazia rituais em
169 casa... de leitura... então pra dormir eu tinha todo um ritual... eu tinha que fazer uma oração
170 eu tinha que cantar um cântico... eu tinha que colocar um negocinho de lavanda... eu só
171 conseguia dormir na cadeira de amamentação... eu não conseguia dormir deitada... e assim
172 eu dormia sempre... eu colocava ele pra dormir e aí eu comecei a colocar ele pra dormir na
173 caminha dele e eu fazia ele dormir de longe... né porque eu cantava pra ele dormir sempre
174 toda noite... e depois que eu engravidei eu fiquei preocupada com isso também... como é que
175 ele vai dormir sem mim?quem vai cantar pra ele dormir ((risos))

176

177 E - E em relação ao parto em si não né? Só ao pós...

178

179 M - O parto não tinha preocupação com o parto... realmente eu não tinha...

180

181 E - Você recebeu durante a gestação alguma orientação sobre a escolha da via de parto?

182 M - Eu sempre disse que eu queria normal... eu sempre falei que queria normal... nunca
183 cogitei fazer outro tipo de parto a não ser que acontecesse alguma coisa ... mas eu num...

184

185 E - E você recebeu alguma orientação sobre os procedimentos que poderiam e que não
186 poderiam ser realizados e sobre os seus direitos?

187

188 M - Sim... M orientou sobre isso...ela falou a questão do toque... eles não fazem toque porque
 189 elas... não tem necessidade... da segunda gravidez eu levei toque adoidado e é bem
 190 desconfortável realmente né... e aí ela explicou “olha não tem necessidade... pela forma como
 191 você se comporta a gente conhece quando tá perto de nascer... então não tem necessidade...
 192 só de eu pegar na tua barriga...sentir a tua barriga de eu ver o teu comportamento - eu consigo
 193 saber se já tá próximo da mulher nascer”... aí ela falou sobre essa questão do toque... mas
 194 ela falou também se precisasse fazer um tipo de manobra... ela comentou também sobre
 195 isso... eu lembro que ela comentou também sobre o bebê depois de nascido... mas não
 196 lembro exatamente o que é que era...eu não me apeguei muito às coisas ruins não ((risos))
 197 eu tinha tanta certeza que ia dar tudo tão certo que eu não me preocupava muito... eu achava
 198 que ia dar tudo certo .. que ia nascer bem... que não tinha problema nenhum... mas assim...
 199 tem toda a instrução de só poder ter o neném se tiver um hospital a tantos quilômetros... que
 200 você possa se dirigir pra lá caso aconteça alguma coisa... mas ela leva lá na hora o negócio
 201 de oxigênio... e ela tem uma lista de material que ela pede que a gente tenha em casa
 202 também... na hora do parto... tem várias coisas que ela pede...

203

204 E - No SUS você recebia alguma coisa... alguma orientação de procedimento?

205

206 M - Não... não cheguei a conversar sobre isso lá... mas talvez eu não tenha chegado nesse
 207 momento lá... quando chegou esse acompanhamento mais intenso de M... eu parei de ir no
 208 SUS porque não tinha mais necessidade... pode ser que eles ainda fossem comentar sobre
 209 isso... mas não deu tempo entende?

210

211 E - Tá... quando é que você tomou conhecimento sobre o plano de parto? quando e como?

212 M - Foi M... foi a primeira vez que eu ouvi falar... ela falou ... da importância de fazer... eu
 213 resisti um pouco... não queria... eu falei “ah não quero que seja uma coisa na tural assim que
 214 aconteça da forma como for” mas aí eu conversei... ela conversou comigo... as minhas
 215 amigas... a minha amiga doula que na verdade chamou umas duas amigas dela pra também
 216 me atenderem... também né conversou comigo... me explicaram da importância... eu meio
 217 que resistindo ainda “tá eu vou fazer” porque eu não queria fazer só... queria que meu
 218 companheiro fizesse comigo... aquilo ali também me deixava meio desgostosa mas aí eu falei
 219 “ah não vou fazer”... aí quando eu comecei a fazer que eu realmente me envolvi no plano de
 220 parto eu achei uma delícia... achei que realmente valeu muito a pena ((fala de crianças e
 221 conversas)) mas aí eu percebi que realmente assim é um momento meu e claro se meu marido
 222 quisesse também poderia ser dele infelizmente... ele não quis né... mas aí é um problema
 223 dele ((risos)) mas aí foi um momento muito bom de pertencimento... de você se conectar com
 224 você mesma naquele seu momento... eh muito da mulher... o homem pode fazer parte e
 225 deve... eu gostaria muito que ele tivesse participado mas é um direito dele também né...

226

227 E - Quando você ... que orientações você recebeu pra escrever? como é que foi o processo?

228

229 M - Não... eu escrevi sozinha... mas elas me mandaram ... M me mandou vários modelos de
 230 outras pessoas e me mandou assim ... básicas que devem ter... ela me mandou
 231 tipo um esboço... de coisas que deveriam constar lá... mas também deixou bem livre... pra
 232 eu também discorrer bem à vontade e aí eu também li vários modelos de outras pessoas...
 233 me baseei nesses modelos e fiz o meu.

234

235 E - Depois ela deu uma lida.. vocês ...

236 M - Ela leu... ela leu... fico/pediu pra... eu não me lembro se ela pediu pra acrescentar alguma
237 coisa... acho que até ela pediu pra acrescentar alguma coisa mas não me lembro agora o
238 quê...

239 E - Então teve essa discussão sobre a estrutura né?

240 M - Teve teve

241

242 E - Tá... você fez uso efetivamente do plano?

243

244 M - Sim.. eu tentei... eu fiz... tentei fazer tudo como eu havia planejado mesmo... só que ali
245 na hora né... a minha doula por exemplo não chegou... ela tava viajando no dia... quando
246 chegou a bebê já tinha nascido... ela conseguiu mandar uma substituta né... mas chegou a
247 substituta na hora que ela nasceu e ela ((a doula)) chegou depois um pouco... é mas assim...
248 o plano de parto serviu muito pra orientar também a enfermeira né... o que ela poderia ou
249 deveria fazer né... eh:: eu consegui pontuar lá quem eu queria que tivesse comigo porque
250 tinha ela e tinha o colega de trabalho dela né... eu disse "não... eu quero que seja você" então
251 eu acho que vale bem a pena assim sabe... e as coisas que eu gostaria que ela fizesse comigo
252 na hora ou que ela não fizesse... ela também sempre tava muito atenta me perguntava quer
253 isso? quer aquilo? vamos fazer assim... vamos fazer assado... me ajudou muito nas minhas
254 dores... uma pressão muito forte no baixo ventre... "ah vamos fazer uma compressinha" aí
255 ela foi esquentava água... aliviou demais... não aí tipo do outro eu ficava muito no chuveiro...
256 dela já não me ajudava porque a posição que eu ficava doía muito... aí eu preferia ficar
257 sentada... então... eh:: eu imaginei no plano de parto... eu coloquei que eu ia ganhar na
258 banheira... então deixou tudo preparado ... todos os materiais necessários pra ganhar na
259 banheira... acabou que meu marido me fez ir pro chuveiro e não deu tempo tempo de chegar
260 na banheira - eu acho que ele não leu meu plano de parto ((risos))

261

262 E - Como é que foi a entrega do plano à equipe médica?

263

264 M - Eu mandei por email... mandei pro email

265

266 E - E no caso quem recebeu foi M?

267

268 M - Foi M ... ela e o J... acho que é J o nome dele ((falando sobre os enfermeiros que
269 acompanharam o parto))

270

271 E - E a reação dela ... você lembra?

272

273 M - Não... a reação normal.. porque é corriqueiro né... porque ela o trabalho dela sempre se
274 faz dessa forma... tanto é que ela insistiu né... porque eu não queria fazer .. ela insistiu sabe?
275 porque ela queria que eu fizesse... eles não forçam nada mas eles induzem né... porque eles
276 sabem da importância de cada coisa... então é importante que tenha registrado ali o que a
277 pessoa quer o que a pessoa não quer... pra depois não ficar na discussão né... disso isso...
278 não disse... queria de tal jeito... não queria.

279

280 E - Aham... você acha que esse documento teve influência sobre a assistência que você
281 recebeu?

282

283 M - Olhe eu não tenho como te responder isso assim cem por cento... porque eu acho que se
 284 eu não tivesse feito o plano de parto ela teria me assistido da mesma forma... tendeu? porque
 285 talvez ela não tivesse mais aquele embasamento do que eu queria... então ela talvez fosse
 286 conduzir da forma que ela acreditava que era melhor... ou talvez pudesse ser que na hora eu
 287 tivesse que estar falando mais coisas né... mas ali já tava orientada né no plano... ali no plano
 288 você coloca quem você quer na sua casa... no dia... quem você não quer...tem isso né? às
 289 vezes um monte de gente quer ir e você não quer e eles e eles são firmes né em seguir assim
 290 né... se eu dissesse “olhe se chegar qualquer pessoa lá não deixe entrar” e eles não deixam
 291 entendeu?... então assim é muito detalhe que às vezes você nem pensa que pode acontecer
 292 e eles falam “oh mas já pensou nisso? e se por acaso acontecer isso tu quer que eu te leve
 293 pra onde? tu quer que eu faça o quê? eh:: se precisar eh:: se a bolsa estourar ela falava... aí
 294 eu dizia não se preocupe a minha bolsa não vai estourar... “não mas a gente tem que pensar
 295 nisso” ... “mas não se preocupe eu tive dois partos e a minha bolsa não estourou”... “não mas
 296 nenhum parto é dife/é igual... é diferente um do outro”... “não mas eu tenho certeza que não
 297 vai M fica tranquila”... era mais ou menos assim né... tem um nome lá... rota... que é uma
 298 preocupação que ela tinha desse negócio da placenta... eu dizia não... isso não vai
 299 acontecer... mas ela queria né... que eu botasse lá no plano... né... enfim... só sei que ela
 300 nasceu... a bolsa estourou na hora que ela nasceu ((conversa com a criança))

301

302 E - A próxima pergunta é sobre os eventos que você planejou lá... eu planejei isso e isso no
 303 plano e aconteceu dessa forma... mas aconteceu alguma coisa que tava lá mas não foi do
 304 jeito que eu tinha registrado

305

306 M - Bom aconteceu assim.. eu queria que tivesse presente meu marido... já tinha colocado
 307 lá... oh minha mãe vai ficar responsável por cuidar do R ((segundo filho)) por colocar a comida
 308 dele... quando eu tiver trabalhando... no trabalho de parto ... minha mãe vai cuidar do R... aí
 309 o meu pai se tivesse lá eh:: eu nem sei o que eu tinha botado lá... mas o meu pai não tava...
 310 ele não conseguiu chegar mas eu tinha botado função pra todo mundo ((risos)) aí... ((choro
 311 do filho e conversa com o filho)) aí assim eu tinha bota/ aí lá em casa tava minha enteada...
 312 meu marido eu queria que ele tivesse chegado logo no início...né e ficado comigo o tempo
 313 inteiro e ele não conseguiu... demorou pra chegar... eh:: mas M que eu queria que ficasse
 314 comigo ficou o tempo todo comi::go... aí o que eh:: que não deu certo... o tal do parto na
 315 banheira... aí o meu marido chegou e parece que foi só pra atrapalhar o final ((risos)) o tal do
 316 parto na banheira... porque chegou já tava dela nascer... aí eu tive uma contração muito forte
 317 que sujou de fezes né...aí quando foi... quando “oh meu amor eu tenho que ir pra banheira...
 318 tá na hora vai nascer... vai nascer” e ele “não peraí vamos passar ali no chuveiro só pra você
 319 se lavar” e eu falei “não... não vai dar tempo” “não amor mas é porque tá tão sujo” não sei o
 320 quê pê pê pê aí eu “ai meu pai do céu vamo” aí quando eu me lavei menina que eu fui sair do
 321 banheiro aí veio aquela contração... aí eu só me abaixei assim de quatro e ela nasceu nos
 322 braços dele... ela nasceu nos braços dele... aí não deu tempo de chegar na banheira... eu
 323 tava botando o pezinho assim oh na escada pra subir na banheira e ele “não peraí vamo ali”
 324 isso foi a única coisa assim que eu me lembro de não ter acontecido assim do jeito que eu
 325 planejei sabe? era uma coisa que eu queria muito e não rolou né... depois eu vi que foi
 326 melhor... a banheira tem vantagens e desvantagens e também tinha toda aquela preocupação
 327 minha né de nascer na banheira e se afogar... se engolir água... sei lá... o bom que no final
 328 das contas foi como a bebê quis mesmo... foi como era pra ser... e:: acho que foi isso.

329

330 E - Algum procedimento assim que você achou que a equipe fez e você na queira?

331

332 M - Não... teve não... ela deixa você muito à vontade ... teve uma hora que eu até pedi “ai M
333 me dá um abraço aqui”... aí ela me sustentou assim... nessa hora eu tava sozinha... meu
334 marido não tinha chegado e ela ficou comigo... foi muito bacana assim sabe.. agora eu acho
335 assim tem que ter uma sinergia da pessoa que tá cuidando de você no momento com a pessoa
336 que tá parindo né... uma sinergia boa... pra que você fique tranqui::la... fique segura... fique
337 à vontade... porque é um momento muito íntimo né... eu tava...eu me planejei de vestir um
338 conjuntinho ... tipo um sutiã com uma calcinha short mas ali na hora você fica nua né... tá aí
339 mais uma coisa que eu planejei que né... não deu muito certo.

340

341 E - Você atribui a que o cumprimento das vontades listadas no plano?

342

343 M - Eu atribuo muito à equipe porque na hora assim... que você tá no trabalho de parto.. você
344 meio que se desconecta ali... da realidade... você tem toda ... todo um planejamento.. mas
345 pelo menos eu... eu falava a minha doula que eu não queria estar preocupada com nada
346 assim... não eu quero tá lá no meu quarto e pronto... eu quero que seja uma coisa natural...
347 tanto é que meu segundo filho tava comigo... ele tava assistindo televisão e eu tava na minha
348 cama... na minha cama na frente tinha um tipo de baú... eu fiquei sentada ali apoiada as
349 costas na cama e eu sentada... embrulhada num cobertor bem quentinho... eu fiquei ali
350 paradinha sabe... respirando e tudo fluindo... e M ali do lado...se eu precisasse de qualquer
351 coisa ela tava ali aí fazia uma massagem no meu pé... na minha perna... acho que vez ou
352 outra ela escutava o coração... ficava ali monitorando e qualquer coisa se eu tivesse ali com
353 dor... ela dizia “respi::ra.. ah vou pegar uma bolsa de água quente... você quer água?” aí::
354 eh:: ela me deu alguma coisa pra comer ou pra tomar... mas foi tudo muito rápido... o primeiro
355 sinal veio onze e meia da manhã... ela nasceu uma e vinte... foi muito rápido...

356

357 E - Foi foi... verdade... quais os sentimentos que você tem sobre a assistência que você
358 recebeu no parto?

359

360 M - Ah é de muito acolhimento... foi isso que eu senti assim... muito acolhimento mesmo...
361 de M né? porque foi ela que tava comigo ali... meu marido chegou depois mas já tava mais
362 no final...aí foi isso assim.. muito acolhimento mesmo... muito carinho da parte dela... meu
363 marido chegou também muito amoroso... ficou comigo... massageou meus pés... mas
364 assim... foi ela que... eu devo tudo a ela... se for pra referenciar... é ela mesmo sabe... aí
365 teve uma hora assim que eu botei no plano de parto o rapaz que trabalhava com ela.... eu me
366 lembrei agora... ah quem você quer que te leve... era muito detalhezinho que você tinha que
367 pensar na hora... então quanto mais minucioso for... melhor... eu não queria me antecipar e
368 pensar nessas coisas e me incomodava... me incomodava eu botar uma regra... me
369 incomodava eu ter que pensar... ah se acontecer isso vai fazer isso... porque eu queria que
370 fosse uma coisa natural... uma coisa leve... instintiva... mas aí eu percebi que uma coisa não
371 anula a outra porque aí eu percebi que naquele momento... que você tá lá... realmente você
372 se desconecta... então é bom que você faça antes porque ali você pode pensar em tudo ...
373 você tá racional e na hora você tá totalmente livre e desprendida de preocupação... então
374 você realmente fica desconectada... fica tranquila... fica le::ve.... deixa fluir porque você
375 confia na equipe... porque você sabe que ... você já conversou sobre isso ... sobre o que
376 você queria ... então é muito valioso esse instrumento mas a gente só percebe depois que
377 vivencia o processo né...

378

379 E - Aham... você citou alguns acontecimentos que marcaram.. mas se você fosse escolher
380 dois? algo que aconteceu no parto?

381 M - Ah o que me marcou mais foi a história da banheira que não deu certo ((risos)) que eu
382 queria muito mas tudo bem... marcou mas tudo bem... eu achei muito legal meu marido ter
383 segurado ela quando nasceu... uma coisa muito marcante que ele ficou com ela muito rápido
384 e queria me dar ela de volta e eu não “não amor fica tranquilo... não tenha pressa amor de
385 me dar ela”... ele dizia que escorregava né demais... ele queria me dar logo ela... e quando
386 eu peguei ela... eu peguei ela por baixo da perna porque eu tava de quatro e aí eu fiquei de
387 joelhos aí eu fui pegando ela por baixo da perna quando eu subi ela e passou no meu peito
388 ela pegou direto e já mamou... isso eu fiquei impressionada... ela chegou direto... abocanhou
389 meu peito e sugou assim... eu fiquei... em CHOQUE... isso me marcou muito... aí teve a hora
390 de ouro... que eu achei... foi a primeira vez que eu vivenciei assim a hora de ouro do cordão
391 não ser cortado dentro da primeira hora... do estoque de ferro retornar todinho pra criança...
392 eu achei muito bom... muito legal esse momento... o parto domiciliar ele... ele... ((chorando))
393 eu até me emocionei agora... ai ai ... ele traz uma vivência muito única né... de você poder
394 tá reunida com pessoas assim escolhidas a dedo para compartilhar daquele momento que é
395 tão significativo ... e único né?

396
397 M - porque por mais que você tenha dez filhos mas sempre vai ser um parto só daquele filho
398 né ((chorando)) então é muito mágico mesmo assim... muito bacana... eu fiquei muito feliz de
399 ter em casa... e recomendo muito... nem se compara o parto hospitalar com o parto em
400 casa... nem se compara... você tá no seu ambiente... você faz o que você quiser... você
401 come o que você quiser... você anda pra onde você quiser... o seu comportamento... ninguém
402 vai te rechaçar é tudo... então não tem comparação... não tem ninguém pra te conduzir... eu
403 lembro que do meu segundo filho a enfermeira dizia assim “faz força enquanto a médica não
404 chega... faz força pra já ir adiantando esse processo” ... eu só sei minha filha que o negócio
405 corou e a médica não tava lá e essa enfermeira se desesperou e falou “segura.. segura...
406 segura” e eu falei “mulher... como eu vou segurar pelo amor de Deus” ((risos)) você primeiro
407 me manda fazer força e tu me manda segurar ... aí como é que é... aí tanto é que ele quebrou
408 a clavícula no parto... ainda teve essa ... agora ela ninguém triscou nela... ela nasceu assim
409 e PUFF... nasceu... e com certeza ele também nasceria se não tivesse uma médica pra
410 querer meter a mão nele entendeu? então assim... não é que eu seja contra mas eu acho que
411 muita coisa precisa ser revista porque o processo de parto ele é de fato natural... caso que
412 têm mulheres que precisam né de um apoio médico ali de alguma intervenção... mas quando
413 você vê que a mulher está saudável que tudo está fluindo ... a mulher dizia “faz força de cocô”
414 como é que é isso meu Deus? no hospital “força de cocô”... M ((a enfermeira obstétrica)) dizia
415 pra mim assim “não precisa fazer força... porque é tão natural que o próprio organismo ele
416 bota pra fora” e realmente quando você faz força é uma coisa natural ... essa força é natural
417 do organismo... é claro que eu fiz força mas não foi uma força que eu dizia assim “eu tenho
418 que fazer força agora” ou que alguém me dizia “faça força agora” era uma força que o teu
419 corpo dizia pra você... e ali... tudo muito tranquilo e eu acho que eu dei um pontinho da E
420 ((nome da filha)) assim ... não teve nada.

421
422 E - Você usaria novamente o plano de parto?

423
424 M - Usaria sim com certeza... faria um novo novamente... acho que todo parto tem que ter
425 um plano de parto novo... cada situação é uma situação... o lugar é diferente... seria outra
426 dinâmica... então tem que fazer...

E - Até que ponto esse documento é importante?

M - Eu acho importantíssimo... como eu te falei... no início eu relutei ... não ... não quero isso não e tal mas é um ... é o que eu te falei né... é uma liberdade que você tem na hora do parto... a mulher é muita preocupação ... que a gente tem né... são muitas questões... e o plano de parto te dá essa liberdade de você naquele momento do parto... do processo todo... você não precisar pensar em nada... só viver aquele momento... porque você já PENsou... o que era pra você tá pensando ali você já pensou... você já SABE tudo o que você idealizou... que deveria acontecer de um jeito e foi ou não foi... ou não vai ser... ou vai ser... enfim... tá tudo pensado planejado escrito... então na hora que você tá no plano de parto você tá livre... você tá leve... você tá despreocupa::da... você tá distensionada ... você está apenas vivendo aquele momento da forma mais natural possível... eu acho que a grande sacada do plano de parto pra MIM foi isso... eu que tava sofrendo com a questão da ansiedade... eu nem refletia sobre o parto... só no pós-parto... então o plano de parto me trouxe esse pé no chão assim ... calma... o pós-parto é depois mas ainda tem po parto né... vamos pensar um pouquinho aqui... porque realmente eu não queria pensar no parto... o parto pra mim era algo resolvido... eu já sabia que ia dar conta ... agora foi muito bom e:: porque foi tão leve... meu outro filho fazia “mamãe o que é que você tá fazendo aí? você tá só relaxando” e eu morrendo de dor ((risos)) mas eu consegui segurar tudo na respiração... a doula foi importantíssima pra mim nessa questão de me ensinar os momentos do trabalho de parto... **“quando você achar que não tá mais dando conta... segura quinze minutos que vai nascer”** aí eu só ficava pensando nisso... porque realmente... chega uma hora que você tá tão exausta que você fala “eu não aguento mais ... eu não aguento” foi assim no segundo e foi assim com a E...no dela foi assim também quando chegou nessa hora eu pensei assim... não... se não for agora não vai dar mais...aí eu me lembrava da doula falando “quinze minutos”... se chegar nesse momento do “eu não aguento mais ... quinze minutos... vai nascer” e aí dito e feito.. então quando você conhece o processo... quando você tá esclarecida ... quando você sabe o que você vai sentir e o que você pode sentir... você ganha força... você se sente amparada...e aí com o plano de parto podem surgir questões pra você refletir ... opa... e isso? vou conversar com minha doula... tendeu? é muito importante... agora no hospital eu não sei como funciona porque tem todas as normas do hospital que também não dá pra você fazer tudo do jeito que você quer.

E - Eh... você daria que conselhos pra uma mulher que tá se preparando pra ter um filho e ela quer um parto normal?

M - Acho tão delicado porque eu já quis dar conselhos... e as mulheres elas são um pouco... eu não sei se é coisa daqui da região mas algumas eu percebi assim um direcionamento muito forte assim pra cesariana... eu acho muito importante a pessoa se munir de conhecimento a respeito... tem vídeos muito bons de exercício pra você fazer durante a gestação... tem fisioterapia... tem yoga... é buscar o que a pessoa se sente bem... né... também não dá pra forçar... mas o conhecimento faz toda a diferença... você conhecer seu corpo... você ter uma abertura com esse profissional que te atende pra você poder falar sobre tudo ... pra você ficar à vontade né... eu acho que esse conselho eu ia dar a partir do que a pessoa fosse querer saber... porque assim fica muito solto... eu lembro que já dei conselhos sobre alimentação... de deixar tudo preparado... eu acho que uma coisa que eu sempre penso assim em

475 aconselhar sobre isso...a minha preocupação é mais no pós ((risos)) sempre né? eu fico
476 sempre lá na frente já... e a amamentação também né... porque tem muita mãe que idealiza
477 muito mas é bem difícil.
478
479 E - Eu achei maravilhoso... obrigada

APÊNDICE H

Íris – Parto hospitalar com obstetra do convênio - 2021

- 1 E - Vou tentar ser bem breve pra não atrapalhar a tua rotina. Você pode falar sobre a gravidez
- 2 que você usou plano de parto.
- 3 M - Só usei na de C.
- 4 E - Faz quanto tempo?
- 5 M – Um ano
- 6 E - Ah.. tá recente... A primeira pergunta é pra você falar um pouco mais sobre a tua gravidez
- 7 de C... quando você descobriu que tava grávida quais eram as tuas preocupações e teus
- 8 focos de interesse assim... assim que você descobriu?
- 9 M - Quando eu descobri::: é só relacionado ao parto né?
- 10 E - Quando você descobriu... na verdade quando você descobriu a gravidez mesmo ... qual
- 11 era a tua preocupação durante a gravidez de C...
- 12 M - Em relação ao parto ou ao/
- 13 E - Em relação ao parto...enxoval... com quem ela vai ficar depois... de tudo assim... porque
- 14 quando a gente tem gente que se preocupa com mais assim... ah eu tenho que comprar tal
- 15 coisa o quarto não tá pronto e tem que fica mais preocupada assim com a amamentação...
- 16 então assim qual era o teu foco de interesse.
- 17 M - Quando eu descobri... eu não tinha muita preocupação... eu acho que a gravidez de L
- 18 ((falando da primeira gravidez)) faz diferença porque a gente tá mais experiente né... então
- 19 eu::: procurei me preparar mais para o parto porque na::: gravidez de L eu não tinha tanto
- 20 informação... eu tinha poucas... e aí eu procurei me aprofundar mais nessas questões de
- 21 parto de amamentação e aí eu fui deixando as outras coisas ... deixando pra depois e::: fui
- 22 tentar procurar logo um obstetra que estivesse alinhado com as minhas ideias - era uma
- 23 preocupação minha ... no começo de::: tentar um obstetra pelo plano ... então essas foram
- 24 as preocupações de tentar encontrar e aí nessas andanças né de obstetra eu fi/encontrei né
- 25 a dra K e a gente continuou na gravidez ((ruído)) porque as outras coisas foram aparecendo
- 26 e depois foram sendo resolvidas...
- 27 E - Na de L ((a primeira gravidez)) tua preocupação não era muito sobre parto
- 28 M - Era também era também ... na gravidez de L eu tinha medo do plantão... eu não tinha
- 29 plano de saúde então eu tinha medo do que poderia acontecer... então eu procurei encontrar
- 30 informações de uma boa maternidade pra que eu pudesse ... pra que eu não pudesse sofrer
- 31 tanto... a minha ideia era que eu JÁ IA SOFRER ... já tinha aquela ideia de SUS de sofrimento
- 32 de tanta coisa... então vou procurar aquela que a gente menos sofre que eu achava ((risos))
- 33 então foram esses... foram essas as preocupações né de::: () e aí eu também eu era muito
- 34 inocente queria ... eu nem sabia como funcionava assim no começo então eu achava - eu
- 35 queria uma cesariana no começo... eu achava que era fácil que era só quere::r que ia
- 36 acontecer e depois eu fui descobrindo que não era bem assim::: então eu fui ver
- 37 documentá:::rios então eu fui - já tinha a experiência da minha irmã que né já tinha me dado
- 38 uns esclarecimentos sobre algumas coisas e... foi () e... essas coisas de enxoval... de
- 39 amamentação... eu fui lendo algumas coisas também e na verdade assim não não não tive
- 40 muito curiosidade nisso... a amamentação foi aquilo foi nascendo e foi descobrindo naquele
- 41 momento mesmo nem tive uma uma uma preparação graças a Deus eu nunca sofri::: nem na

42 amamentação de L nem na amamentação de C as duas foram muito tranquilas... não tive
43 problema de pega com o bico nem nada então... num... essa parte foi bastante tranquila.

44 E - Quando você tava grávida né de C ... você teve que tipo de assistência?
45 pública...privada...foi convênio e por que é que você optou pela/ por esse modelo de
46 assistência?

47 M - Na de C ((falando sobre a gravidez mais recente)) foi privada...eu já tinha plano de saúde
48 e::: comecei com uma obstetra que foi que me acompanhou na gravidez de C foi::: daquela:::
49 agradável surpresa... passei por um processo difícil achando que tinha uma gestação
50 ectópica né uma obstetra daqui de Recife... recebi esse diagnóstico... viajei nas pressas a
51 João Pessoa pra poder fazer esse procedimento lá por causa de L ((falando sobre a filha mais
52 velha)) pra poder deixar na casa dos meus pais e... a:: obstetra que me acompanhou na
53 maternidade lá no ((nome do hospital)) me acompanhou nas primeiras semanas... mas aí
54 quando eu fui falar de parto de acompanhamento... ela disse que não tinha essa assistência
55 né personalizada de poder estar comigo né no momento do par::to ... então isso me
56 preocupou porque eu... eu queria muito ter uma assistência ... queria muito fazer um parto
57 diferente do que eu tive de L - e não tinha sido ruim ... ape/ apesar de eu não ter achado o
58 parto ruim mas eu queria ter uma assistência melhor sem sofrer tanta violência que eu sofri
59 no de L ... então... a segurança de ter uma obstetra do meu lado de poder::: tá ali se acontecer
60 alguma coisa de errado... de ter alguém que permaneça ali ela está ali pronta... então eu
61 queria ter essa segurança... então à medida que eu fui eh::: ... percebendo né que a obstetra
62 que estava me acompanhando não ia poder fazer isso então eu não ... eu fui procurar outras
63 e::: outras opções também caso eu não conseguisse essa assistência.

64 E - Então essas tuas primeiras pesquisas foram pelo convênio? foram pelo plano... pelo
65 plano?

66 M - Todas foram pelo plano... todas as consul/ até com... até com a obstetra que me
67 acompanhou antes e durante o parto as consultas foram feitas pelo plano de saúde.

68 E - Aí você só mudou de obstetra?

69 M - Isso.. só mudei de obstetra... eu tava com quinze semanas.

70 E - E a razão foi...

71 M - Foi me acompanhar durante o parto era estar disponível na hora do meu parto.

72 E - Tá. eh::: fala sobre o teu pré-natal... teu acompanhamento... regularidade das consultas
73 e quais foram as orientações que você recebeu do médico ((ruído)) ou da equipe... do médico
74 do pré-natal ((eco)).

75 M - Meu pré-natal foi bem tranquilo eu tive poucas intercorrências só tive COVID e uma anemia
76 que me acompanhou desde o começo da gestação até::: ...o final que não me largava de jeito
77 nenhum ((risos)) e::: mas... o que era mais difícil era poder me locomover né ... eu morava
78 em Recife e fazia o pré-natal em João Pessoa então... no final da gravidez que a gente tem
79 aquela frequência maior de primeiro mensalmente e depois quinzenalmente no pré-natal eu:::
80 faltei algumas vezes porque eu não podia estar toda a semana em João Pessoa e::: acabou
81 ficando... no final foi ficando ... foram poucos encontros.

82 E - E as informações que você recebia no pré-natal?

83 M - As informações foram bem tranquilas sabe... então além de receber os cuidados da
84 gravidez ... a gente conversava bastante sobre parto... tirava bastante minhas dúvidas né de
85 algumas coisas que eu queri:::a de outras coisas não ... fui descobrindo outras coisas porque
86 no começo eu falava que em algum momento... eu poderia querer um::: uma analgesi:::a
87 então::: isso foi bastante discutido porque::: eu não sabia né de que uma analgesia poderia
88 trazer outras outros tipos de de::: de::: de::: eh::: perai... eh::: - me esqueci eh::: perai pra
89 eu formular melhor - eu não ... eu queria o mínimo de eh::: intervenções sabe... então quando

90 ... então ela falou que quando a gente acaba escolhendo uma analgesia você acaba puxando
 91 outro tipo de intervenção e aquilo acaba acontecendo outro e aí eu fui tentando...
 92 ((interferência e eco na gravação))
 93 E - Começou agora a dar uma interferência na gravação ((eco e ruído)) ... tenta sair e entrar
 94 novamente ((a participante sai da sala virtual e entra novamente depois)).
 95 M - Pronto
 96 E - Acho que melhorou né?
 97 M - Foi
 98 E - Melhorou bastante L agora .. acontece às vezes.. essa tecnologia ... aí você tava falando
 99 ... aí ela disse assim que quando você pede uma analgesia isso acaba puxando outra
 100 intervenção:: e você queria ter o mínimo de intervenção possível né?
 101 M - Isso... então ela acabou me convencendo disso né? ... de parar
 102 E - Isso era na consulta de pré-natal né? Ela te dava essas orientações...
 103 M - Foi
 104 E - Que foi no caso Dra K de quando você teve essa mudança... você na primeira ... nas
 105 primeiras consultas com a obstetra você chegou a:: a ter esse acompanhamento do pré-natal
 106 ou já assim ... teve uma consulta e já decidiu mudar?
 107 M - Eu tive três consultas com ela... com doutora B ((falando sobre a primeira médica que a
 108 acompanhou no pré-natal)) e () pra saúde de C ((filha da qual estava grávida)) porque como
 109 eu tinha acabado de saber que eu estava grávida ... ela me acompanhou nesse processo...
 110 eu fiquei internada por causa da da suspeita da gestação ectópica então nesse ... nesse::
 111 período de:: até descobrir que realmente ... () eu fui acompanhada por ela... quando:: eh::
 112 eu soube que finalmente sim eu estava grávida e foi começar o pré-natal eu comecei a falar
 113 já sobre o parto e não sei se eu assustei ela ((risos)) e ela falou não olha a gente pode
 114 esclarecer as dúvidas durante o pré-natal mas assistência ao parto mes::mo eu não poderei
 115 dar:: e aí eu falei pra ela que era uma vontade minha... que era que eu queria aqui::lo e acaba
 116 que a gente conversou e nos despedimos né... ela aceitou... entendeu e deu tudo certo...
 117 E - Aí eh ... você durante a gravidez.. você participou de algum grupo sobre parto e sobre
 118 maternidade?
 119 M - Não:: eu não participei de um grupo ... assim oficialmente não sabe... eu tinha conhecido
 120 no parto de L ((primeira filha)) umas doulas e:: uma delas inclusive foi () do parto de C e era
 121 com elas que eu falava e tirava as minhas dúvidas - sobre o parto de C ... no parto de L eu
 122 não tinha tanta informação:: e não sabia que grupo de parto existia e:: foi bem:: foi bem
 123 assim:: pela curiosidade mesmo de buscar minhas próprias informações de assistir... de
 124 indicações de de de outras amigas que tinha também ... mais minha irmã naquele momento
 125 que também tinha parto... então foi na curiosidade... de C eu procurei conversar com pessoas
 126 mais específicas mas não participei de nenhum grupo.
 127 E - Tá...durante a gravidez dela quais eram os teus medos sobre a gravidez e também sobre
 128 o momento do parto em si?
 129 M - Na gravidez eu tinha medo de acontecer alguma coisa... C era bem gordinha... então ...
 130 ela sempre tava bem gordinha e eu tinha algum medo com ela e comigo ... era o que me
 131 movia a ter alguém ali que soubesse o que tava fazendo ... apesar de uma gestação sem
 132 nenhuma intercorrência ... nada fora do normal ... foi tudo bem direitinho... mas havia muitos
 133 medos se passando pela minha cabeça ... então... pra eu ficar mais tranquila ((ruído e eco))
 134 começou de novo né? ((falando sobre o ruído da gravação))
 135 E - Foi começou um ruído ((ruído e eco))
 136 M - Deixa eu ver se eu consigo mudar pra cá ((se movendo de lugar))
 137 E - Ainda tá... Vamo tentar de novo sair e voltar? Valeu viu, L. ((sai da sala virtual))

138 E - Tem uma hora que fica com ruído... mas melhorou bastante...

139 M - É melhorou

140 E - Aí esses teus medos que você falou... você acha que vinham de onde?

141 M - Eh::: vinham... eu acho que ... pra olhar a minha realidade a minha gestação eu acho que
142 eu não tinha muito motivo pra ter medo não sabe... eu tive um gravidez bem tranquila...eu
143 acho que partia mesmo dos das minhas eh ideias da minha mente mesmo eh das possíveis
144 coisas que poderiam acontecer - ah se eu tiver hemorragia... ah se acontecer alguma coisa
145 com o bebê::: bem essas coisas que a gente fica aqui levantando levantando e acaba às
146 vezes parece que é uma coisa iminente parece que vai acontecer mesmo ... então eu ficava
147 ali tentando tirar ... tentando eh:: na verdade::: me fi/ficar segura né... falava dos meus medos
148 pra minha médica e dizia "Olhe...isso... isso a chance é mínima de acontecer" e::: tentava na
149 verdade aliviar esses medos com as informações dela né que ela que sabia ali naquele
150 momento que ... era tinha os os eh:: a técnica né? ela que sabia dos conhecimentos
151 técn/técnicos e eu tava ali também pra tirar essas dúvidas e pra me sentir segura então...
152 assim... até o calmante ela me ((risos)) ela me receitou ((risos)) porque às vezes eu chegava
153 muito nervosa na consulta com algum medo... às vezes eu via alguma notícia então... ela
154 acabou sendo assim de certa forma até uma psicóloga assim nas consultas e::: e além de ser
155 obstetra também né ... de cuidar dessa parte da gestação.

156 E - Durante a gestação você recebeu alguma orientação sobre a escolha da via de parto?
157 sobre procedimentos que podiam ser realizados e sobre os que não poderiam e sobre os seus
158 direitos?

159 M - ... SIm:: eu acho que eh::: ela é::: ela me passou bastante segurança então a gente
160 conversou bastante sobre as vias de parto... eu tinha bastante medo de cirurgia ... e::: não
161 queria né... tinha medo né das possíveis coisas que poderia acontecer... apesar de né a
162 cesariana ser uma cirurgia segura mas::: eu não queria que acontecesse porque tinha medo
163 que acontecesse alguma coisa... então:: eh::: eu acho que o parto normal tava ali sempre:::
164 eh::: nunca foi uma opção escolhida sabe? acho que a ideia do parto sempre foi bem segura
165 tava ali com uma ideia já bem sólida e a gente foi já trabalhando o desfecho né sobre o que
166 poderia acontecer - claro que tinha essas conversas se acontecesse realmente alguma coisa
167 então se por algum motivo o bebê não pudesse nascer de parto normal então tinha que fazer
168 a cesariana então as coisas ficaram bem... bem esclarecidas... ela era bem bem bem
169 verdadeira... ao mostrar os os benefícios os prós e os cron/ e os contras de cada via de parto
170 ((ruído)) sem induzir né...sem induzir a paciente e acho que era um problema né daquele
171 obstetra que fala da via de parto querendo induzir a paciente pra escolher tal via mas nessa
172 questão ela era bem bem verdadeira me deixou... me deixava em alguns momentos bem livre
173 assim "se você quiser a cesariana a gente faz mas aí pode acontecer isso pode acontecer
174 isso pode acontecer aquilo" mas... eh::: foi um parto também normal.

175

176 E - Na sua outra filha você tinha essa discussão no outro acompanhamento... sobre via de
177 parto?

178 M - Não... fiz todo o meu pré-natal com a enfermeira do posto onde eu morava... foi pelo SUS
179 então as consultas eram bem rápidas ... era aquela bem básica mesmo então... não tinha um
180 não tinha muitas conversas... tinha... tinha poucas coisas pra falar... né porque tinha bastante
181 gestante ainda pra atender... então... tinha que ser bem rápido então às vezes não acabava
182 tendo tempo pra tirar dúvidas sobre essas coisas ... então era mais pra mostrar os exames ..
183 pra mostrar... tava tudo bem "continue do jeito que tá e até a próxima".

184 E - Quando você estava no acompanhamento com Dra K ((médica que fez o parto da segunda
185 filha)) ... você recebia essas informações mais a partir dela ou também acessava outras
186 fontes?

187 M - Era bem mais da parte dela ...partia dela ... ela falava das experiências né dos outros
188 partos que ela já fez ... eu trazia bem poucas coisas sabe... eu ouvia bastante assim o que
189 ela tinha pra dizer ... às vezes era só... era só... tentava tirar algumas dúvidas sobre algum
190 exame mas sobre o parto eu só ouvia né... ela falava e eu só ouvia né... tentava ali absorver
191 o máximo de coisas né ... ela sempre falava né ... em cada consulta das fases do parto...
192 então foi uma coisa que eu descobri no parto da minha segunda filha né ... ela falava muito
193 sobre as fases do parto e eu só ouvia pra quando chegasse o parto o meu... eu pudesse
194 saber oh... pudesse saber dividir em que momento do parto eu estava né... assim as fases
195 do parto... eu nem sabia né que tinha fases de parto.

196 E - Uhum... tá... fala pra mim também quando é que você tomou conhecimento sobre as fases
197 do parto porque você não usou da primeira gravidez né ... mas quando foi que você tomou
198 conhecimento sobre o plano de parto em si.

199 M - Foi depois da minha primeira gravidez... comecei a participar de alguns grupos no
200 Facebook né... então às vezes surgia ali algumas conversas né sobre plano de parto e eu
201 descobri que existia isso ((risos)) e aí eh::: durante esse tempo entre::: a primeira gravidez e
202 a segunda foi nesses grupos que... que eu::: eu descobri né e que mais e que mais/ mas eu
203 não conhecia um né... não tinha não tinha/nunca tinha feito nem sabia como::: poderia
204 acontecer... eu só sabia que existia mas eu também não procurei porque eu não queria ficar
205 grávida ali naquele momento... não era um assunto que eu tinha... que eu tinha muita
206 curiosidade né.. que eu ia me aprofundar... aí a minha doula começou a me enviar alguns
207 modelos né ... eu não sabia como fazer um::: nem como - não sabia nada - aí ela começou a
208 me enviar alguns modelos pra que ao longo da gestação eu pudesse saber ali o que tirar de
209 um colocar em outro e a partir das consultas também o que poderia acrescentar... **no plano**
210 **de parto eu acho que a minha doula me ajudou mais do que a minha obstetra.**

211 E - Aí as orientações que você recebeu foi da doula e aí algumas vinham da obstetra?

212 M - Do plano de parto? do plano de parto foi mais da doula... ela me ajudou a construir o
213 plano...

214 E - Como é que foi esse processo de escrita?

215 M - Ela... ela me enviava né alguns modelos que ela que ela já::: que ela tinha em casa de
216 alguém... acho que na verdade três modelos de de planos do parto e que foram de algumas
217 pessoas pra::: gente ter mais ou menos uma ideia do que fazer... então a partir daqueles
218 modelos que a gente recebeu::: eu e meu marido ... a gente foi fazendo o da gente né ...
219 então eh::: ele participou de bastante coisa ali do plano de parto... ele foi fazendo e eu fui
220 só::: ... eu fui só concordando na verdade ... “isso aqui tá bom? isso aqui tá bom” e eu “tira
221 isso tira isso tira isso”... a gente mandou pra ela e eu mandei pra minha médica também que
222 concordou não teve nenhuma objeção e pronto.

223 E - Ela leu teu plano e opinou sobre o conteúdo dizendo que tava ok...

224 M - Foi... isso... e uma das/ quando ficou pronto em uma daquelas consultas já no final da
225 gestação ((filha falando ao fundo)) foi já no finalzinho das consultas... a gente mostrou e aí
226 ela foi fazendo né.... tinha até analgesia né... foi aí que eu descobri que tinha analgesia no
227 meu plano de parto que eu permitia caso fosse necessário e como eu não tinha muito
228 conhecimento sobre isso foi nesse momento que ela falou sobre o uso da analgesia em que
229 eh::: uma ação poderia chamar outra ação e assim eu acabasse eh::: uma ação acabar...
230 podia eh::: chamar outra ação que eu talvez não ... que eu talvez não eh::: não quisesse...
231 então eh::: essa parte de analgesia foi uma coisa que a gente cortou.

232 E - Tá... você usou efetivamente o plano de parto?

233 M - ... se eu usei... na verdade ... eu acho que o plano de parto nem saiu da pasta onde
234 tavam o:: os documentos eu:: - F, deixa eu só tirar uma dúvida... tu entregou o plano de
235 parto a alguém quando a gente chegou na maternidade? ((falando com o marido)) ... no
236 hospital mesmo ... na verdade eu já cheguei cheia de dor que eu nem lembrava mais o que
237 tinha numa pasta e essas coisas acabaram ficando com F ((o marido))... **eu acho que eu me**
238 **preocuparia mais com o plano de parto:: se eu não tivesse assistência da médica... se**
239 **eu tivesse sujeita ao plantão... eu acho que:: eu lembraria do plano de parto... mas**
240 **como ali eu tava com a dra K eu acho que eu fiquei mais tranquila quanto a isso...**

241 E - Você acha que ficou tranquila porque ela já ... já tinha visto... já tinha sido discutido ((o
242 plano de parto))?

243 M - Ela já tinha conhecimento sobre as coisas que eu queria ... a gente já tinha .. a gente já
244 tinha falado sobre as coisas que poderiam acontecer... tava bem:: tava bem tranqui::la...

245 E - A outra pergunta era sobre a entrega do plano... sobre as reações... como você não
246 entregou no contexto lá... quando você apresentou a ela o plano... como é que foi a reação
247 dela?

248 M - Ah não foi bem tranquila... a reação foi linda... em algumas consultas ela perguntou... ela
249 já tinha perguntado se eu ia fazer plano de parto... eu disse que eu ia fazer embora eu não
250 saberi/ embora eu não soubesse... foi aí que eu já tinha falado com a doula né sobre o plano
251 mas assim ... pareceu pra ela uma coisa já muito normal... nada que fosse... que ... eh:: de
252 diferença ou que causasse estranheza não ... ela foi bem:: bem tranquila ao receber o plano
253 e ao falar sobre ele.

254 E - Que é porque ... que tem a ver com a abordagem dela né?

255 M - Isso... isso.. exatamente ... porque talvez se fosse outro obstetra né que tivesse outra
256 visão sobre parto talvez não fosse tão bem recebido.

257 E - Você acha que o documento influenciou a assistência que você teve no parto?

258 M - Sinceramente eu acho que não... eu acho que se eu não tivesse nem feito o plano de
259 parto ((risos)) eu acho que não era uma coisa ... não foi uma coisa relevante né no meu
260 parto... pelo que eu já disse né por causa da assistência... eu acho que se eu tivesse assim
261 com outro médico que eu já não soubesse nada de plantão mesmo ... eu acho que sim poderia
262 fazer a diferen::ça mas:: ... no parto dela especificamente eu acho que não fez não..

263 E- Tá... me diz por favor os eventos que aconteceram como você planejou lá no documento
264 e os que não ficaram como o planejado.

265 M - A gente fez uma playlist bem gran::de... eu imaginei momentos assim naquela parte do
266 parto que:: eu ia dançar:: que eu ia fazer exercício bem tranqui::la... então a gente imaginou
267 né () mas aí quando chegou ... a bebê tava alta... tava na pelve e a gente focou muito nesses
268 exercícios pra ela descer e eu tava com muita dor... muito cansada no parto de madrugada
269 ... e meu marido botava a música e eu não queria nenhuma música ... eu queria só que
270 (acabasse) logo o parto porque eu não aguentava mais de dor ... eu eu eu não quis nada
271 que acontecesse só meu marido que ainda deu tempo de colocar algumas fotos ... umas
272 fotinhas... umas coisinhas lá... mas a música que a gente tinha planejado... todas as coisas
273 que a gente tinha planejado - conversas - pra ser um parto mais tranquilo não aconteceu não
274 ((risos)).

275 E - Aham ((risos)) eu super entendo porque eu também não consigo ((risos)) você atribui a
276 que o cumprimento das vontade que estavam lá no plano?

277 M - Eu acho que a todos ((risos)) a ... meu marido também estava... ele estava bem inteirado
278 das coisas participou bastante ... então ele já sabia das coisas e eu disse "olha F, se eu quiser
279 isso... se eu pedir uma cesariana se eu pedir alguma coisa ... não deixa não... por favor me

280 traga ... tente trazer a... seja a minha consciência ali” porque::: naquele momento de dor e:::
 281 foi o que eu pedi mesmo ... eu pedia analgesia ... eu pedia cesariana... eu pedia tudo né...
 282 mas assim dra K também já tava bem segura e a doula também dizia “calma L isso é uma
 283 fase” ... mesmo que a gente... naquele momento eu queria que todo mundo desaparecesse
 284 e fizesse a minha vontade ... mas depois que passa a gente entende né ... tava todo mundo
 285 bem seguro né do que eu queria na verdade que foram aquelas coisas que eu tinha... que eu
 286 já tinha exposto pra minha doula pra minha médica e pro meu marido e assim os três tavam
 287 bem ... assim... tavam caminhando alinhados.

288 E - Então quer dizer que tudo... tudo exceto a questão da lista... tudo aconteceu conforme
 289 você tinha planejado em questão das intervenções...

290 M - Isso... aconteceu

291 E - Quais são os teus sentimentos sobre a assistência que você recebeu nesse parto?

292 M - Eu fiquei muito feliz ... foi um parto assim bem do jeito que eu sonhei na verdade e assim
 293 no primeiro ((parto)) eu tive algumas intercorrências... apesar de ter... de ter pego um plantão
 294 bem tranqui:::lo ... uma médica assim boa-zi-nha... mas tive muitas coisas no primeiro...
 295 então assim no segundo eu não tive nenhuma intercorrência ... nenhuma intervenção... nada
 296 mesmo então foi tudo muito natural foi tudo muito tranquilo... então assim...

297 E - No primeiro parto você teve intervenções... quais foram?

298 M - Tive...então eu tive a::: a ocitocina né... tomei e tive a manobra de Kristeller... Kristeller...
 299 uma enfermeira lá giGANte subiu em cima da minha barriga pra fazer as manobras e assim
 300 né tinha aquelas...aquelas indiretas da própria médica que tava lá e:::não era muito positiva
 301 né e::: acabava que:: tentou fazer episiotomia e meu marido que eh::: disse que não... acho
 302 que a presença dele intimidou no primeiro parto porque se tivesse outra mulher ela tinha feito
 303 né ... porque na verdade ela nem perguntou... ela já ia fazer ... ela já pegou a tesoura e F já
 304 disse que não.. aí::: eh::: eu já tava bem fragilizada porque assim tinha uns cinco residentes
 305 assim me olhando eram uns seis numa fila... olhando ali aquele momento... eu tava com na...
 306 com ocitocina na veia ... eu tava numa posição que eu tava... numa posição que eu não tava
 307 me sentindo muito confortá:::vel... mas que foi a médica que tinha me deixado ficar...
 308 mandado na verdade... então eu tava numa fragilidade tão grande que se eu tivesse ali
 309 sozinha ou com outra mulher na verdade ela assim teria feito sem nenhuma timidez ... mas
 310 aí meu marido que viu e disse que não:: e os outros residentes dizendo “**sim faça vai ser**
 311 **mais rápido**” e ele disse “Não não vai fazer ... ela não vai fazer” e acabou que ela não fez ...
 312 eu tive só uma pequena laceração.. eu levei só dois pontos do primeiro parto... então seri/
 313 teria sido... teria sido bem diferente se eu tivesse feito né a episiotomia.

314

315 E - Do primeiro parto a posição que você pariu foi::: deitada ou foi acororada?

316

317 M - Sim... aquela posição ginecológica mesmo.

318

319 E - E a do segundo?

320

321 M - De C eu pari::: fiquei a maior parte do tempo no banheiro né... ficava debaixo do chuveiro
 322 então ela nasceu debaixo do chuveiro quente mesmo eh::: encostada eu tava encostada na
 323 pare:::de que era onde a água quente batia aqui na minha... na minha... na minha coluna que
 324 era onde eu sentia muita dor... então era o que aliviava também a água morna batendo na
 325 minha coluna então do jeito que eu tava ali recebendo a água C também nasceu...

326

327 E - Acororada?

328 M - Isso

329 E - E a médica aparou?

330 M - Isso.. ela ela ela ... ela ficava do jeito... da posição que eu queria ficar então quando a
331 gente tentou algumas posições então alguma doía mais... onde eu me sentia mais aliviada
332 das dores era no chuveiro então ela fez ah... então ela entrava no chuveiro também... não
333 tinha assim problema com relação a isso...

334 E - No parto quais acontecimentos mais marcaram você... assim que você lembra bem
335 claramente assim?

336 M - Eu acho que foi::: o momento do parto mesmo né... eu tive o momento que ela nasceu
337 porque no primeiro tinha muita gente... tanta gente falan:::do... gritando... porque você
338 acabava ouvindo os gritos de outra pessoa também eram os gritos da médica eram os
339 residentes conversando num num eu não tive aquela conexão...aquela concentração tipo
340 poxa é agora que ela tá nascendo... no de C não porque foi tudo muito tranquilo foi... foi.. eu
341 tava entendendo que ela tava nascendo que ela ia nascer naquele momento... naquele
342 período ali... eu lembro disso naquele período de expulsão porque no de L... eu nem me
343 recordava disso... no de L eu só vi que ela nasceu... mas eu num... eu num tava... num tinha
344 consciência do que realmente tinha acontecido mas no de C não... eu senti a expulsão...
345 aquela ardência que as pessoas falavam... esse momento de de de silêncio de poder tá ali
346 só eu e ela mesmo ... então essa parte ... esse momento do parto foi bem marcante ... bem
347 diferente assim do primeiro...

348 E - Coisa boa viu ... escutar ... fala também se você utilizaria o plano de parto em alguma
349 outra gravidez... se você engravidasse hoje ... você::: utilizaria novamente o plano de parto?
350

351 M - Eu acho que sim... eu acho que sim... eu acho que eu também tentaria () eu utilizaria e
352 se eu pudesse de novo escolher um bom profissional que me acompanhasse eu acho que
353 também::: o caminho... pelo menos eu acho que é o caminho que pode dar mais cer:::to do
354 que alguém desconhecido no final né::: lá do parto... buscar um profissional alinhado com as
355 suas expectativas também::: dá mais segurança ... além do plano de parto
356

357 E - Até que ponto você acha que o documento é importante?
358

359 M - Eu acho muito importante se ... se aquela pessoa não tiver alguma condição de ter aquela
360 assistência ::: e hoje ainda mais ... eu acho que as informações tão bem melhores e maiores
361 do que era pelo menos há oito anos quando L ((primeira filha)) nasceu... e acho que hoje tá
362 bem... que hoje tá bem conhecido então se eu falasse algumas coisas no meu primeiro parto
363 ... eu não seria tão ouvida eh::: talvez as médicas ignorassem assim as minhas vontades:::
364 eu acho que hoje tá bem diferente até assim essa nova formação de profissionais eu acho
365 que tem alguns novos profissionais que também entendem pelo que eu vejo assim de poucas
366 coisas que eu acompanho... eu acho bastante importante assim... eu faria se eu não tivesse
367 também assistência ou também... ()
368

369 E - Que conselhos você daria pra uma mulher que::: tá grávida eh::: e... ela deseja ter um
370 parto normal?
371

372 M - Eu diria para ela começar a estudar desde já ((risos))... buscar informações... eu acho
373 que isso é uma coisa muito imporTANte ... principalmente sabendo do que pode acontecer ...
374 não ficar somente na mão do médico ... do médico dizendo o que você tem que fazer ou do
375 que tem que deixar de fazer::: segura de informações importante de buscar fontes

376 importantes... fontes verdadeiras e... eu acho que isso é mais importante do que qualquer
377 outra coisa né? se você deseja... se aquela mulher deseja ter um parto normal não é só
378 chegar na maternidade pra ter um parto normal... infelizmente não é assim ((ruídos e falas
379 das crianças)) ... aí:: então eu acho que::: eu poder saber de algumas coisas fez basTANte
380 diferença né... fez bastante diferença mesmo... porque no primeiro eu nem sabia né... muitas
381 coisas que eu não sabia ... eu achava vou ter parto normal é só chegar lá e pronto ... mas eu
382 não conhecia episiotomi:::a não conhecia... não sabia todas essas coisas ... de todas essas
383 manobras... eu não sabia desse termo violência obstétrica ... ter consciência disso me ajudou
384 até::: a identificar né - olha eu sofri violência obstétrica nesse momento nesse momento nesse
385 momento - e pra não repetir né numa próxima gestação que foi a de C.
386
387 E - Tá ótimo... eu te agradeço.

APÊNDICE I

Atena – Parto com plantonista pelo SUS 2021

1 E - A primeira pergunta é ... fale um pouco sobre a sua gravidez sobre as suas primeiras
2 preocupações quando se descobriu grávida e seus focos de interesse durante o período.... M
3 - Eh::: é bastante coisa mas assim - um pouco da sua gravidez - quando você descobriu que
4 tava grávida qual era o teu foco principal assim de interesse?

5
6 M - Bom pra mim foi até um pouco difícil porque eh::: porque eu tinha::: eu tenho endometriose
7 e daí eu nem sabia que eu ia engravidar ... e::: quando engravidei realmente foi uma surpresa
8 né foi uma surpresa pra mim... aí foi um mix de emoções muito grande né... então a gente
9 ficava pensando e agora como é que vai ser? o que é que vai muda::: a rotina vai mudar...
10 como vai ser receber um bebê::: eh::: como é que vai ser o parto né... a gente tem medo né
11 como é que vai ... vai doer muito... como é que vai ser - vou fazer uma cesárea? vai ser
12 normal? como... como eu sou nutricionista pra mim... tive que ir realmente estudar realmente
13 sobre gestação porque eu queria ser a::: uma das minhas preocupações era ser bem
14 suplementada durante esse período pra ajudar no desenvolvimento né do meu filho ... eu
15 penso/ eu pensava muito ... eu não quero que ele passe por tudo que eu realmente passei
16 por falta de conhecimento da minha mãe né? ela não tinha conhecimento sobre amamentação
17 sobre suplementar o que precisava o que era importante pro bebê::: então isso pra mim - o
18 desenvolvimento dele e o meu bem-estar era algo::: eh primordial ... então... eu/ durante a
19 gestação eu fui estudar sobre::: sobre alimentação pra gestante porque não era o meu foco
20 de atendimento porque não acompanhava gestante não queria - certo receio - ah vou passar
21 alguma coisa ela de repente perde o bebê... mas como eu já estava gestante né esse medo
22 tinha que realmente passar ... eu tinha que/ porque a pessoa que eu mais confiava mesmo
23 era eu né ((risos)) e daí/ e aí ((risos)) eu fui estudar e como eu não tinha plano de saúde ia ter
24 realmente tudo pelo SUS - eu até tava me organizando pra fazer o plano de saúde pra tratar
25 endometriose ma:::s descobri no dia que eu ia fechar o contrato que estava gestante... daí
26 eu disse “deixa pra depois” até porque não vou ter cobertura pra ele né? aí::: eh::: comecei a
27 fazer pré-natal pelo SUS e::: algumas médicas ... algum/uma né... uma das médicas que eu
28 passei realmente criticou bastante disse que não era necessário eu estar tomando ((falando
29 sobre a suplementação)) fez muita chacota da minha cara né falando popuLARmente... e a:::í
30 eu comecei até a tentar explicar um pouco pra ela sobre o que eu tava tomando mas aí eu
31 deixei pra lá porque realmente eu via que era uma pessoa que tinha/ que era mais
32 ultrapassada né ... então não adiantava eu falar nada... e a outra médica aceitou també::m
33 eh::: a forma como eu estava ME suplementando ME tratando - aceitou até mais porque eu
34 acho que ela não queria nem eh::: bater de frente né ((risos)) sabia que “ah ela já sabe então
35 deixe ela por si só” foi isso que eu senti tá? ... e::: a gestação foi bem tranqui::la o finalzinho...
36 só aquele mesmo estresse ansiedade essas coisas que a gente passa sem saber como vai
37 ser realmente.

38 E - Aham

39 M - Né? Mas foi eh::: graças a Deus foi muito tranquilo meu bebê nunca teve problema nenhum
40 durante eh a gestação foi bem tranquila realmente... eu fui encaminhada pra o ((maternidade
41 de João Pessoa)) devido à endometriose porque eu nunca havia apresentado exame que eu
42 tinha feito a nenhuma médico e daí eh no posto de saúde eles acharam melhor encaminhar
43 ... pra evitar qualquer - mas no mais graças a Deus foi tudo tranquilo.

44 E - Coisa boa. A segunda pergunta é - você mais ou menos respondeu já - qual o tipo de
 45 assistência recebida por você durante a gravidez: pública, privada, convênio e por que você
 46 optou por ela?

47

48 M - Foi.. ah... foi... foi todas as consultas do pré-natal foi tudo pelo SUS ... só os exames
 49 alguns eh:: exames de imagem que eu fiz particular mas a maioria foi pelo SUS e alguns
 50 exames de sangue que eu queria e que eles não queriam passar né? e aí eu fiz por conta
 51 própria mesmo porque eu sabia que era importante.

52 E - Você optou pelo SUS por quê?

53 M - Porque::: primeiro... porque eu queria o parto normal e::: daí eu sabia que pelo pelo
 54 particu::lar e:::u 99% da minha chance ia ser uma cesárea e aí eu só queria ir para a cesárea
 55 realmente se houvesse uma real necessidade - eu tava pronta pra ir também pra uma cesárea
 56 - mas eu sabia que no particular é o que:: eles ganham mais e e aí::: eu queria parto normal...

57 E - Ok... nesse acompanhamento que você teve/ teve em algum momento você:: mudou?
 58 começou no particular e depois foi pelo SUS ou sempre foi o SUS desde o início?

59 M - Sempre foi o SUS desde o início.

60 E - Porque você disse que ia fazer um plano né?

61 M - Sim... foi mais ou menos assim ... eu ia fechar numa sexta-feira e a minha menstruação
 62 devia chegar no dia anterior e ela nunca falha aí ela não chegou aí eu disse ao meu esposo
 63 ... eu vou esperar pra segunda-feira porque aí eh:: eu acredito que ela vai vir... foi alguma
 64 coisa que aconteceu - eu não acreditava que eu tava grávida e aí eu sabia que se eu tivesse
 65 grávida eu não ia ter eu ia ter carência de 900 dias mais ou menos assim... eu não lembro...
 66 então não ia cobrir os exames de imagem só depois de 3 meses eu precisava - então eu ia
 67 gastar praticamente o que eu ia pagar pra fazer o que realmente eu ia precisar e o parto eu
 68 nem ia conseguir porque a carência não cobria né... ia ter que esperar e aí não ia dar tempo...
 69 aí eu optei pelo SUS mesmo.

70 E - A terceira pergunta é a respeito do teu pré-natal...como é que foi teu acompanhamento e
 71 você já falou um pouco né...a regularidade das consultas...quais eram as orientações que
 72 você recebeu durante o acompanhamento?

73 M - Bom eh:: eu fui... eu fiz o primeiro/a primeira consulta no posto de saúde com a enfermeira
 74 e aí devido ao problema ((endometriose)) ela disse "olhe M eu vou lhe encaminhar lá pra
 75 maternidade pra o ((nome do hospital)) porque você nunca mostrou esse exame ao médico
 76 e::: aí::: eu quero que ela avalie" e aí eu fui pra lá... e aí quando ela viu ela disse "Como é que
 77 você engravidou?" ... ela olhou assim pra mim e disse porque () eu tava tratando a
 78 endometriose com alimentação e suplementação pra diminuir minhas dores e realmente havia
 79 diminuído e nesse processo veio a gestação... e aí:: eu já fui com a minha suplementação
 80 toda pronta e aí foi realmente foi a médica que eh:: acolheu então pode continuar tomando
 81 esse suplemento e nas consultas só fazia mesmo ver o batimen::to eh:: ver como era que
 82 tava ... perguntava dos exames mas nada muito aprofundado só que entre essas consultas
 83 eu tive que ir na outra médica porque essa médica entrou de férias - aí foi ela que realmente
 84 - já tava com 20 e pouquinhas semanas - e ela realmente me criticou bastante ... eu podia
 85 prejudica::r o meu filho... ela querendo realmente me colocar MEdo né? e achou graça com
 86 a outra assistente que só toma ferro e ácido fólico... a suplementação só é necessária lá pra
 87 depois de 20 semanas ... o bebê já tá formado... precisa nem disso também... e aí eh:: eu
 88 nunca mais voltei nela .. eu poderia ficar nela ou voltar pra outra... como a outra não tava me
 89 criticando ... não tinha o acompanhamento de:: tirar todas as dúvidas e me deixar falar ma::s
 90 eh:: também não criticava o que eu tava fazendo nem mangava da minha cara né... como a
 91 outra fez e daí foi seguindo... e... perto já de eu ter eu disse "doutora... quando é que a gente

- 92 vai conversar sobre o parto... como é que eu vou saber qual/ o que é que eu tenho direito...
 93 como é que vai ser a assistência ... eu vou poder levar o plano de parto e tal?" aí ela disse...
 94 olha o que ela me disse - foi essa que nunca me criticou - eu não faço isso vou conversar um
 95 pouquinho com você sobre o plano de parto..
 96 E - Ela não... ela disse que não/ que não conversava geralmente mas com você sim... ela ia
 97 abrir essa exceção.
 98 M - Foi... eu vou conversar um pouquinho com você sobre isso... eu não faço isso - ela disse
 99 desse jeito ... na hora chega dá aquele negócio sabe... você cheia de ansiedade... eu tava
 100 mais... eu tava com mais de trinta semanas ... e::: a médica não queria saber nem do meu
 101 plano... nem do que eu pensava... deu aquele gelo e aquela desorientação sabe? E daí eu
 102 perguntei né se chegasse no período de induzir como era que ia ser e daí ela falou muito
 103 rapidamente e eu perguntei também da episio ... ela disse "olhe a episiotomia não é feita aqui
 104 no ((nome do hospital))... não se preocupe e tal" e pronto somente isso.
 105 E - Aham tá... você participava de algum grupo de apoio sobre parto e maternidade? pode ter
 106 sido assim fora do pré-natal, fora da maternidade... algum grupo na internet...
 107 M - Não.
 108 E - Nada. Nem um grupo de Facebook? Grupo de WhatsApp? Roda de gestante?
 109 M - Não...nunca participei.
 110 E - Tá. Teus receios durante a gravidez... você falou em relação a suplementação que foi a
 111 tua área de foco assim no início... mas havia alguma outra coisa assim que preocupava você?
 112 e::: alguma preocupação relacionada ao momento do parto?
 113 M - Sim::: eu não sabia realmente o que... acho que o que dá mais medo é a dor não tem
 114 como mensurar a dor... o que vai ser... se vai dar certo se vai ter alguma complicação durante
 115 o parto...se o meu bebê vai nascer bem... se ele vai vai nascer com alguma coisa se/era/
 116 meu medo era esse... se ele vai nascer bem... se ele teria alguma complicação após e se eu
 117 ia conseguir realmente ter o parto normal...se ia dar tudo certo... acho que a dor também
 118 ((risos)) falava muito alto.
 119 E - Você pensa assim:::... refletindo um pouquinho - teu filho já tem quantos anos?
 120 M - Tá com um ((ano)) e três
 121 E - Ah então é recente né?
 122 M - É
 123 E - Quando você tava no assim com esse medo da dor... agora olhando pra trás... você acha
 124 que isso vinha de onde? já que você nunca tinha ... você nunca teve né essa experiência...
 125 aí você tinha esse/essa/esse medo de quê? vinha de onde?
 126 M - Eu acho que é do que a gente via... do que a gente assistia que era as mulheres gritando
 127 que era aquele sofrimento... então eu tinha medo disso também e daí quando também eu fui
 128 buscar conhecimento a/a/a pessoa que eu fiz uma imersão do "bora parir" ((um curso virtual
 129 sobre parto)) e ela dizia muito ela dizia muito "Você se prepare emocionalmente... prepare o
 130 seu emocional porque vai doer.. vai doer e se vocês não tiverem psicologicamente preparadas
 131 talvez no finalzinho faltando bem pouquinho vocês desistam" e ela falava isso e eu sabia que
 132 ia doer não sabia o tanto mas::: eu tinha medo né... a angústia de não suportar.
 133 E - E ela era de onde?
 134 M - Ela é do "Bora Parir"
 135 E - É um movimento relacionado à maternidade?
 136 M - Ela dá ela dá curso... ela tem um curso que o nome do curso é "Bora parir".
 137 E - Aqui em João Pessoa?
 138 M - Não... é online.
 139 E - Aí você achou como esse curso?

- 140 M - Foi uma amiga minha que mandou pra mim.
- 141 E - Aham e você fez perto da/ da quando já tava perto da/ no terceiro trimestre?
- 142 M - Não foi antes... eu tava com vinte e poucas semanas eu já ... no início da gestação eu
- 143 comecei a acompanhar... o Instagram dela no início só que eu já fui fazer o curso eu já tava
- 144 com vinte e algumas semanas... e aí fiz o curso pra ir me preparan...do.
- 145 E - Durante a gestação - também tem a ver com o que você tava falando agora ((risos)) - você
- 146 recebeu orientações sobre a escolha da via de parto... os procedimentos que poderiam ser
- 147 realizados, os que não poderiam e sobre os seus direitos?
- 148 M - Não.. nada... não tive orientação nenhuma a não ser essa vez que eu perguntei quando
- 149 é que ia ser conversado sobre isso.
- 150 E - Mas você não recebeu nenhuma orientação foi tudo que partiu de você né?
- 151 M - O curso... exatamente fui ler... li bastante pra realmente ir muito bem instruída pra tentar
- 152 minimizar as violências que eu sabia que iria sofrer.
- 153 E - Aham... fala pra mim por favor eh:: como é que você tomou conhecimento sobre o plano
- 154 de parto... onde é que foi assim... qual foi o teu primeiro contato quando é que você ficou
- 155 sabendo acerca do instrumento.
- 156 M - Foi pelo Bora Parir ... eu nem sabia que existia isso.
- 157 E - Aham... foi numa publicação dela.
- 158 M - Aham aí eu tava grávida e a minha amiga que mandou pra mim tava grávida também - a
- 159 diferença do bebê dela pro meu é de um mês eh...
- 160 E - Ela também usou o plano de parto?
- 161 M - Usou... ela fez o plano... o dela foi pelo convênio foi normal... mas ela conseguiu pelo
- 162 convênio.
- 163 E - Então você teve alguma orientação para escrever o plano? Porque você disse que ficou
- 164 sabendo pelo Instagram ... pelo Bora Parir mas você teve alguma orientação de alguém pra
- 165 escrever?
- 166 M - Sim... eu fiz a imersão do Bora parir do plano de parto... aí durante a imersão aí foi um
- 167 dia inteiro de imersão e daí ela escrevia junto com a gente o plano de parto dizia o que era
- 168 que podia colocar... dizia toda a estrutura do plano e daí:: depois eh:: já perto... eu acho
- 169 que eu já tava com umas trinta e cinco semanas e aí eu contratei uma doula e aí:: ela também
- 170 falou do pla::no ... eu mandei o meu plano pra ela e ela também... junto comigo a gente leu
- 171 tudo direitinho e aí ela também me passou muita informação.
- 172 E - Você é muito organizada, viu? ((risos)) eu achei bem.. bem estruturado ((risos)) todo esse
- 173 plano ... realmente... foi realmente o plano de parto e o plano que você arquitetou ... foi ótimo.
- 174 M - ((risos)) exatamente ((risos))
- 175 E - Me fala também se - aí você falou né que teve essa orientação da doula - B é doula também
- 176 ((B é a pessoa responsável pelo curso do Bora Parir))?
- 177 M - B é doula também mas ela tem outras formações... mas ela também era doula
- 178 E - Eh:: você utilizou efetivamente o plano... de chegar e apresentar na maternidade?
- 179 M - Sim... cheguei com a doula com meu plano com minhas documentações e foram todos
- 180 entregues na na:: admissão né.
- 181 E - Por que você usou? Por que você escolheu usar?
- 182 M - Pra que o meu filho nascesse da forma mais humana.... possível... mais aconchegante
- 183 ... a minha intenção era essa... era ter toda essa organização aí depois foi muito difícil lá
- 184 dentro - pra receber ele da forma melhor ... da melhor forma que a gente pudesse e evitar a
- 185 violência o máximo que a gente pudesse a violência obstétrica.
- 186 E - Fala também como é que foi a entrega... como é que foi entregar.

187 M - Agora a entrega quem fez foi o meu esposo... quando a gente chegou... a gente foi já na
188 carreira porque::: porque minha bolsa rompeu e daí eu fiquei em casa e eu só fui no outro
189 dia... acho que era depois do almoço já ... na hora que eu fui pra maternidade eu tava com
190 muita dor... era uma ((contração)) atrás da outra e aí::: eu não conseguia um... nem me
191 levantar direito e daí ele que fez a entrega::: das documentações e eles receberam.
192 E - Ele compartilhou depois contigo se eles receberam bem? se teve alguma...
193 M - Não ... e ele também foi muito bem instruído pra pra pra saber o que é que o que é que
194 ia acontecer lá então ele estudou também junto comigo pra ele também poder entender e
195 minha mãe também ((risos)) se ele tivesse doente quem ia era ela ((risos)).
196 E - Fala pra mim se você acha que/se o documento exerceu alguma influência sobre a
197 assistência médica.
198 M - ... Assim... às vezes eu acho que::: ... às vezes né eu penso assim que atrapalhou um
199 pouco porque é eu acho que foi muito parecia uma pessoa jogada... quanto mais as pessoas
200 viam que era uma mãe que tinha conhecimento mais eles jogavam. Eu acho que às vezes
201 meu esposo até disse isso às vezes até atrapalhou.... porque eles viam que era alguém
202 orientada que tinha conhecimento dos direitos do que podia e do que não podia acontecer e
203 aí eu achei que eu fiquei muito jogada... sem nenhum tipo... a assistência mínima... a gente:::
204 não teve muito não e::: ... algumas coisas foram sim obedecidas principalmente a questão do
205 toque que eu disse que eu não queria::: só realmente do jeito que tem lá na Organização
206 Mundial né que era de quatro em quatro horas porque às vezes eles querem fazer né de
207 minuto em minuto né? e ::: e daí eu disse então que eu não queria então o toque só foi feito
208 realmente quando eu solicitei::: isso foi algo que eles obedeceram... só que as outras coisas
209 que eu coloquei ((risos))
210 E- Não foram obedecidas...
211 M - Não.. muitas das coisas que eu coloquei eles eles ... só foi isso... e também ah:: o soro
212 de colocar ocitocina logo na admissão sem a dilatação porque a mulher fica sofrendo né não
213 tem dilatação pra expulsar vai ficar sofrendo com a ocitocina ... eles também não colocaram
214 E - Em que medida você acha que o plano influenciou o desfecho do parto? Porque você
215 queria o parto normal... Você acha que o plano influenciou para que você tivesse o parto
216 normal?
217 M - Olha... eu acho que como foi pelo SUS... o parto normal é a ... é a/ é até as últimas né?
218 realmente... e aí eu acho assim que eles realmente iam deixar até a última hora mesmo... só
219 se não tivesse como iam partir pra uma cesárea... mas eu acho que realmente é porque é do
220 SUS
221 E - No caso .. não é bem o plano que influenciou o desfecho foi porque era o contexto público
222 porque eles esperam bastante e optam pelo parto normal?
223 M - Exatamente ...
224 E - Você já falou essa pergunta "Descreva os eventos que se deram como você planejou" e
225 aí você falou da ocitocina e do toque né aí e os que não acontecerem segundo os seus
226 desejos... o que é que teve lá que você não queria mas aconteceu
227 M - Então... acho que o pior momento ... o PIOR momento foi na sala de parto porque eh:::
228 meu bebê demorou um pouco pra nascer né assim... na minha visão... porque quando eu
229 rompi a bolsa num... era onze horas da noite num domingo e daí ele veio nascer só quatro da
230 manhã da terça-feira e aí assim fiquei contando dar umas trinta horas de bolsa rompida né...
231 e eu já tava muito cansada não conseguia comer e::: pra você ver ... eu pedi um lençol lá e
232 eles não me deram... eu tava com muito frio ... eu acho que a pressão baixa ... eu tava com
233 muito frio ME tremendo e eu pedi uma/um lençol e disseram que não podiam dar porque não
234 era troca de/ não era troca de plantão lá/ de trocar os lençóis e eles não me deram o lençol...

235 e a minha salvação foi a::: doula que tinha levado um pano que faz eh/pra reduzir as dores
 236 nas contrações foi ali que... aquilo ali que me salvou porque eu me tremia muito de frio e a
 237 cama SUJa porque a minha bolsa rompeu mas ela ficou... ela não ... ela rompeu em casa e
 238 saiu uma parte depois saía mais e ficava saindo líquido misturado com sangue e sujava tudo
 239 e sujava roupa e sujava o lençol da cama e o que eu pedi um lençol limpo pra botar na cama
 240 e um lençol pra me cobrir não deram... e a gente fica naquela podridão... e eu fazia... eu
 241 falava “eu não aguento mais ficar nessa sujeira” morrendo de dor mas era o que dava né... aí
 242 quando eu fui pra sala de parto o bebê já tava coroando realmente eu não tinha tido nem uma
 243 laceração até então... eles tinham... meu esposo até disse ... tinham uns momentos que eles
 244 mangavam realmente da gente achavam graça entre eles - os profissionais - e teve um
 245 momento que chegou uma moça que chegou do meu lado e a bolsa dela se romPEU e foi
 246 uma explosão ... a sorte é que tinha um biombo entre a minha cama e a dela porque senão
 247 vinha a água todinha pra cima da gente ((risos)) e nesse momento o médico veio né atendeu
 248 ela rapidamente... depois viu que o bebê tava coroando e disse “leve ela pra sala de parto” aí
 249 foi um momento que realmente eu **vi que... o restante ia desandar das minhas escolhas**
 250 **né** ...apesar de eu estar com muita dor mas eu estava bem consciente.

251 E - Quando você viu que ia pra sala de parto aí você pensou que agora você não tinha poder
 252 de decisão .. de escolher?

253 M - Isso porque eu disse “Doutor, eu não quero episio” e ele simplesmente olhou... virou a
 254 cara e saiu... sabe quando você diz “Você não sabe de nada... quem sabe sou eu?” e saiu...
 255 aí veio uma enfermeira bastante arrogante e eu tava sentindo muita contração que eu nem
 256 conseguia levantar direito da posição que eu tava... e aí ela me sentou... eu não tava
 257 conseguindo ajustar os pés pra sentar na cadeira de rodas e meu esposo viu quando ela me
 258 baixou assim PUFF ((imita o som)) parece que me derrubou na cadeira? E a cabecinha do
 259 meu bebê já tava aqui né ... e aí eu fui pra sala de parto e ela muito arrogante e eu pedindo
 260 um pouquinho a ela pra me aguardar subir na cama porque eu já sabia que eu não ia ter a
 261 liberdade de movimentos que eu tinha colocado no meu plano de parto ... ia ser posição
 262 ginecológica e a laceração poderia acontecer ... mas eu só queria que ele nascesse ... eu
 263 não tava mais aguentando e aí::: eu pedi “Espere um pouquinho” e me segurava no meu
 264 esposo porque eu não conseguia porque vinha contração muito forte e eu ia subir como na
 265 cama ... ALta né? Depois eu fiquei na posição ginecológica sabendo que não ia ter ... a
 266 posição ia ser aquela e acabou-se e aí...

267 E - A posição ginecológica que você diz é aquela deitada?

268 M - Deitada exatamente.

269 E - Você não queria ficar deitada?

270 M - Não porque eu sabia que essa posição deitada com as pernas levantadas são a que mais/
 271 as que mais/ deixam mais difícil pra sair e ainda pode causar laceração... laceração maior...
 272 e aí ... eh: o médico mandava eu fazer força... o puxo dirigido também não queria... só que
 273 aí eu não fazia força na hora que ele mandava porque eu sabia a hora da minha contração
 274 né? e aí::: quando colocou a ocitocina realmente eu tinha passagem só que eu não tinha mais
 275 FORça ... porque era muito tempo eu não conseguia comer não conseguia jantar ... tudo o
 276 que eu comia colocava pra fora ... e aí eh quando deu a ocitocina realmente foi uma ajuda
 277 muito grande porque eu tinha passagem mas não tinha força ... e aí quando ele nasceu/ e
 278 sim outra coisa... no momento do parto ele ((o médico)) ficava colocando o dedo na ((vagina))
 279 e eu mandava ele não colocar o dedo porque o ato dele colocar o dedo ele pode rasgar né e
 280 quando eu cheguei NA SAla da/ do parto ... ele veio com a tesoura quando eu tava deitada
 281 ... eu disse “eu não quero episio”... aí olhei pro meu esposo “não deixe fazer episio... não
 282 deixe fazer episio” e ele voltou com a tesoura.

283 E - Ele cortou?

284 M - Não... não com a tesoura mas ele favoreceu a laceração que foi GRANDE pela posição
 285 e por um dos momentos que ele colocando o dedo ele puxou... aí do que ele puxou já tava
 286 fino ... aí ele lacerou e aí foi uma laceração grande... eu não sei o grau... eu ia pedir meu
 287 prontuário depois ... depois eu fiquei realmente bem mal por causa do parto eu realmente não
 288 fui atrás ... deve ter sido uma das mai/uma grande porque o meu esposo não quis me dizer
 289 ... eu vim saber depois de não sei quantos meses... ele disse já pra eu não me preocupar
 290 tanto... e daí meu bebê nasceu ... eu queria esperar o cordão parar de pulsar... ele não
 291 esperou ele já quis cortar ... esperou um minutinho porque eu pedi a minha doula pra ela
 292 colocar uma música quando ele tivesse nascendo e aí ele teve/ foi o único momento de paz
 293 que a gente teve ... aí ele esperou um segundinho... quando a música cessou ele já foi
 294 cortando ... e a gente sabe que esperando parar de pulsar o bebê tem o suporte de ferro aí
 295 de seis meses né e não não não foi esperado e:: eu queria que esperasse também a minha
 296 placenta nascer que é o coRREto... esperar a placenta nascer e ele simplesmente ... meu
 297 esposo viu quando ele enrolou todo o cordão umbilical no braço... no punho e puxou... isso é
 298 muito arriscado pra mulher porque pode ficar um pedacinho e a gente ter uma hemorragia ali
 299 e morrer ele nem teve o cuidado de olhar a minha placenta pra ver se tinha ficado alguma
 300 coisa... quem olhou foi a minha doula ... que ela tinha saído INTEIRA... e aí eh:: ele mandava
 301 também não gritar ... eu não gritava mas eu dizia “UAI” não era um grito exagerado ... MESMO
 302 que FOSSE ... tava no meu direito ... e ele com o fone de ouvido bem grande nos ouvidos
 303 que eu via - eu via tudo ... tudo que colocava em mim eu perguntava o que era - e aí minha
 304 doula chegava “Se você quiser gritar você pode gritar fazer o que você quiser” e ele dizia “Não
 305 grite! Seu filho não vai sair por causa do grito” só que é uma dor que a gente não consegue
 306 suportar né... e aí foi bem traumatizante.. o parto..

307 E - E você atribui a quê esse não cumprimento das vontades?

308 M - A::: eles acharem que sabem de tudo e que os outros não sabem de nada né... acham o
 309 detentor de todo o conhecimento e que a mulher ali é ... é como se fosse um eh:: sei lá... uma
 310 pessoa sem formação que realmente não sabe não tem conhecimento... só quem sabe são
 311 eles né... eu acho que ele nem leu... o médico provavelmente nem leu o plano de parto... ele
 312 tava mais preocupado em voltar pro sono dele... ele tava dormindo ... eram quatro horas da
 313 manhã... a gente sabe que é o horário do melhor sono da gente né? e aí foi tudo muito
 314 apressado tudo muito agoniado e:: e:: realmente não foi tão respeitoso... eu acho que sendo
 315 uma maternidade de referência ... como humanizada... eu acho que a humanização passou
 316 longe

317 E - E as vontades que foram cumpridas como ele não cortou com a tesoura eh:: não
 318 colocaram soro em você e a questão da ... acho que é do toque né? você atribui a quê? Por
 319 que eles cumpriram esses aí?

320

321 M - Por causa do plano de parto... somente por causa do plano de parto... e ele não cortou
 322 com a tesoura por causa da minha vontade...porque ele sabe que a mulher apesar de ...eu
 323 acredito que ele não tinha lido o meu plano... mas ele sabe que ele tem que respeitar ...
 324 porque quando ele viu ... ele viu que não era uma pessoa leiga que geralmente... muitas
 325 mães que vão pra lá elas não sabem não tem informação não busca acha que tudo aquilo é
 326 correto e que tá tudo certo e que o médico que sabe mais do que elas ... não que eu saiba
 327 mais mas algumas coisas eu queria que fossem respeitadas né... mas eu acho que foi por
 328 isso por ele ver que eu NÃO IA deixar... ele respeitou as outras foi por causa do plano de
 329 parto que:: realmente é um documento - que hoje eu vi que já tão tirando aí da caderneta da

gestante .. mas é um documento que é a:: lei né... eu poderia entrar com um processo contra a maternidade ... poderia só que eu não quis o desgaste::: mais ainda.

E - Quando você fala eu me lembro do meu primeiro parto que foi num contexto bem semelhante ... eu tive episio tudo contra a minha vontade fiquei bastante assim com aquela questão “vou atrás” mas o desgaste me parou sabe... ele já tem nove anos o meu primeiro filho mas quando você fala eu me lembro de tudo

M - Eh:: pois nada mudou viu.. nada mudou infelizmente e acho que nem vai mudar... a não ser que troque aí todos os médicos viu? e os médicos que ensinam aos médicos porque eles já aprendem dessa forma... pra você ver por causa da laceração eu tive uma complicaçãozinha depois do parto né... como se/ eu pensei que ele tinha dado um ponto errado... e daí eu fui quarenta dias eu fui numa consulta e fui motivo de chacota a consulta todinha... paguei uma consulta particular caríssima ... pra ela... rir da minha cara e querer me dar lição de moral e ainda me disse ... olha o que ela me disse “se eu quisesse dar opinião sobre o meu parto eu deveria ter contratado uma equipe pra eu poder dizer o que eu queria” e pensar que é um médico... ela falou isso pra mim e disse que essa minha complicação havia sido APENAS porque eu não tinha deixado o médico fazer episiotomia e agora eu tinha que ir nela pra resolver.... ((respira e pensa)) e eu já tava tão mal... tão mal que eu não conseguia eh:: rebater... porque quando eu ... quando eu fui pra ela foi porque eu tive uma indicação que ela era uma pessoa humana ((suspiro)) ... eu precisava de alguém que cuidasse de alguma coisa porque eu tava tão desmantelada ((risos)) e ia receber/ foi pancada por cima de pancada ... mas graças a Deus... eh hoje a gente segue né? eu me emociono com tudo porque realmente ((fala com a voz trêmula)) ... e graças a Deus eu fui pra outra pessoa que... e eu tive o acolhimento e vi que não era nada grave... era coisinha BOba sabe? mas que deu tudo certo e... espero não depender desses profissionais mais ((suspira e ri)).

E - Eu também espero, M. Você também já falou um pouquinho ... mas pra gente responder de uma forma resumida essa décima primeira pergunta... eh:: fala sobre os teus sentimentos em relação à assistência recebida no parto e quais acontecimentos mais marcaram você e por quê? Você já respondeu mas é só pra gente arrematar... o que é que você sente quando lembra da assistência?

M - A minha assistência foi ruim por causa dos profissionais... minha assistência mesmo que realmente valeu a pena foi meu esposo... quase trinta horas em pé ... e a minha doula que ajudou a gente assim demais... foi a minha assistência... na maternidade eu eu eu me senti realmente jogada sem acolhimento...num lugar que estava muito sujo e dum médico realmente sem o menor cuidado e arrogante...é isso que... eu nunca mais ... se eu fosse ter um outro filho eu nunca mais iria lá... tanto que as consultas do meu bebê - que ele deveria ser acompanhado até dois anos lá - eu não levei um dia sequer... só pra fazer o teste do pezinho e pronto.

E - E os acontecimentos que mais marcaram?

M - Foi a atitude do médico ele ter puxado a minha placenta foi um risco grande eu podia ter tido uma hemorragia... eu podia ter morrido se tivesse ficado alguma parte dentro de mim - que ele não foi olhar... e eh::: deixa eu ver o que mais porque é tanta coisa.... e dos lençóis né que foram negados porque eu estava me tremendo e meu esposo pediu um lençol e eles negaram UM lençol e::: a questão dele ter puxado com o dedo pra lacerar ... pra poder abrir mais a passagem pra o bebê nascer logo ... eu acredito que ele queria descansar ... então desse/dessa puxada dele a laceração realmente foi muito grande...

377 E - Eh::: a penúltima pergunta... você utilizaria novamente o plano de parto em alguma
378 gravidez futura?
379 M - Sim.
380 E - Por quê?
381 M - Sim porque é meu direito... eu acho que::: eh:: ali estão todos... todas as minhas vontades
382 né o que eu queria do/ que acontecesse e assim é uma documentação ali eu tô eh:: como se
383 eu estivesse assim dentro da lei ((risos)) qualquer coisa eu poderia entrar eh::: até mesmo
384 com um processo contra o local e assim eh:: eu acho que em outros lugares talvez aceitassem
385 melhor do que lá porque lá eu não voltaria lá ... talvez outra maternidade tivesse um
386 acolhimento diferente...
387 E - Até que ponto você acha importante o plano de parto?
388 M - É cem por cento ((risos)) é realmente a mulher ter o conhecimento ... porque tem muitas
389 pessoas que não sabem nem o que... eu não sabia nem que existia né então assim é muito
390 importante porque traz esse conhecimento pra mulher... ela vai mais tranquila porque ela já
391 sabe o que vai acontecer lá né... então pra você ver eu até do que eu podia e do que eu não
392 podia levar eu sabia né pra lá ((risos)) tudo eu sabia e assim ... a gente vai um pouco menos
393 ansiosa porque chegando lá tem tantas surpresas que a gente nem espera já vem tanta
394 surpresa então assim é a mulher realmente ter o conhecimento.
395 E - Uhum... e que conselhos M você daria pra uma mulher que tá se preparando pra ter um
396 filho e deseja um parto normal?
397 M - Que ela...estude... ela estude sobre o que é a gestação... ela estude sobre o PARTo
398 sobre como é um PARTto ... o que tem... o que pode o que não pode acontecer dentro de um
399 PARTO quais são os seus direitos e que quando a gente sabe o conhecimento ele é libertador
400 né... ele nos liberta... então com o conhecimento se torna algo mais fácil ... e a gente consiga
401 trabalhar o emocional porque o parto começa na nossa cabeça né... então trabalhe as
402 emoções::: pra que você vá um pouco menos ansiosa ... e saber que vai doer... mas o
403 sofrimento vai ser uma escolha... no meu caso teve sofrimento e teve dor .. né infelizmente..
404 então é isso é que ela realmente se prepare para o que virá.
405 E - M, eu quero agradecer demais viu a sua participação e o seu depoimento muito rico assim
406 bem detalhado... obrigada.

APÊNDICE J

Ilítia – Parto domiciliar não planejado, mas plano escrito para circulação no hospital - 2022

1 E - A gente toma por base ((como ela tem três filhos estava explicando que ela tomasse por
2 base o primeiro parto e o último)) o primeiro parto e o último porque o do meio você não
3 conseguiu fazer ((o plano de parto) né?

4 M - Não...

5 E - Aí quando você se descobriu grávida quais eram os teus focos de interesse... era mais
6 voltado pra quê? o que é que você tinha assim em mente - tô grávida vou ver isso aqui ... e
7 vou me preocupar em ver isso aqui...

8
9 M - Quando eu me vi grávida do primeiro o meu foco era entender os processos fisiológicos
10 que eu ia passar né em todas as fases da da da gestação ... primeiro trimestre... segundo
11 trimestre ... terceiro trimestre...todas as mudanças que eu ia viVER... a gravidez dele teve
12 uma pequena intercorrência no primeiro trimestre ... um sangramento... ameaça de
13 abortamento::: que eu tive ... fiquei em repo:::uso e fiz aquela reposição::: de progesterona
14 durante::: sei lá... fiquei a gravidez inteira ...quase inteira... foi muito remédio que eu tomei
15 só que:: depois eu descobri que nem tem tanta evidência pra ficar toman/ pra ficar fazendo
16 uso contínuo mas eu fiz ... fiz um procedimento de sutura do colo do útero que chama
17 cerclagem com treze semanas por causa da ameaça de abortamento... mas aí vivi vida
18 normal... a sutura da cerclagem cortei com trinta e sete semanas e com trinta e oito ele nasceu
19 e cinco dias ... mas enfim.. todas essas intercorrências do início me fizeram querer estudar
20 muito sobre a fisiologia da gestação né... do pré parto... parto e o pós parto também... eu
21 percebi que tem tipo partes da nossa saú:::de da saúde da mulher... da nossa fisiologia que
22 a gente não conhece fora da gravidez... né... tipo... a gente ouve falar em colo do útero por
23 causa das campanhas de câncer do colo do útero mas eu não tinha noção de como era...
24 nunca tinha visto nem gravura sobre isso num livro... eu não sabia que era tipo uma garrafa
25 ... uma bexiga com um gargalo num tinha essa noção que aquela partezinha o gargalo era o
26 colo do útero... então assim... eu tive interesse em estudar essas questões... anatomia e
27 fisiologia do parto então minha maior... minha maior foco de interesse - informação... de me
28 munir de informações ... eu nunca fui apegada a coisas materiais tipo enxoval::: esse
29 negócio... tava nem aí pra isso... tudo meu foi doado desde o primeiro filho... cortina berço
30 almofada... todo mundo investe né em fazer o quartinho... tava nem aí pra isso... eu foquei
31 realmente nessa parte informacional que mudava muitos paradigmas né... da mulher não mãe
32 pra mulher mãe né... tipo era um universo inteiro de saberes e de conhecimento que eu não
33 tinha acesso... né ... eu conhecia muitas pessoas grávidas né... das pessoas que eu
34 acompanhei a gestação.. mas mesmo assim tem coisa de foro íntimo da saúde íntima da
35 mulher que ... acaba num tem/ num num tem tanto acesso até você viver né... na terceira
36 gravidez minha preocupação era apenas ter uma experiência positiva de parto e que me
37 possibilitasse uma recuperação rápida pra tá em casa com os meninos né ((falando sobre os
38 dois outros filhos))... no primeiro filho a gente podia ficar o tempo que fosse no hospital então
39 tanto faz o parto que ia ser... a casa ia tá vazia... no segundo filho::: só tinha uma pessoa pra
40 me preocupar então mainha veio aqui... ficou dormindo aqui com ele ... tranquilo... ele nem
41 mamava nem nada... já no no terceiro filho - minha mãe é idosa pra ficar com duas crianças
42 pequenas em casa né então eu tinha muito essa preocupação de ter uma experiência
43 positiva... um parto sem maiores intercorrências pra pra me recuperar bem..estar bem... não
44 passar por nenhum momento negativo até emocionalmente pra não ter um baby blues muito

pesado um blues puerperal... eu fiquei muito assim com os dois outros ... apesar de terem sido partos rápidos sem intercorrências também... o baby blues bateu muito com o primeiro filho por causa da mudança... enfim de tudo e toda a questão hormonal enfim que acontece ... e com o segundo quando nasceu eu me sentia muito cansada... então eu tinha essa preocupação assim de tá bem em todos os aspectos porque eu tinha crianças pequenas pra dar conta além do recém-nascido... esse não era meu foco de preocupação na primeira gravidez né... na gravidez dela ((falando da terceira filha)) eu já tinha muitas informações sobre anatomia e fisiologia de de N eu já não tinha então eu comecei a me munir ... não lembro nem qual era a pergunta ((risos)) mas era mais ou menos isso... acho que era meus focos de preocupação.

E - Você respondeu bem direitinho dentro do tema ((risos))... a tua assistência foi pública... privada...convênio...

M - No primeiro foi tudo pelo convênio...o segundo foi tudo pelo convênio... o de J foi privado... eu paguei:::i eh:: a disponibilidade dessa equipe... que era uma equipe multidisciplinar... não se se pode chamar assim sendo uma enfermeira e uma médica mas eu acho que sim ((risos)) ... elas se chamam assim ((risos))

E - Você optou por pagar por quê?

M - ... na verdade ((risos))... foi uma situação... não foi aquela escolha cem por cento autônoma ... foi uma situação meio que foi acontecendo... acontecendo e aconteceu.... meu Deus... sigilo aqui ... mas não é sigilo porque tá numa entrevistas ((risos)) a médica que eu contactei a princípio era a minha aluna de inglês e a gente tinha um vínculo afetivo:::vo ... ela era minha aluna e a gente entrava em chamadas assim::: todas as sema:::nas... então ela foi a primeira pess/ no dia que eu fiz o Beta a aula dela era oito da manhã ... aí eu contei pra ela que eu tinha feito o Beta ... ela foi a primeira pessoa que soube que eu tava grávida ... né... e ela “que alegria” não sei o quê “vamo acompanhar esse bebê” e tal... foi meio que foi sendo foi sendo foi sendo e foi sabe? e aí::: só que eu sabia que ela não aceitava plano e era particular... só que como a gente tinha um vínculo de amizade ... eh:: eu meio que eh tipo não foi uma permuta nem nada ... mas ela era a minha aluna e o valor que ela me pagava mensalmente era o valor do do do do pré-natal basicamente... então no início foi sendo assim... ela até parou de ter as aulas mas eu já tinha começado o pré-natal com ela e continuei e::: na época que eu fi/ a gente até ficou “caramba mas é pesado” mas era só uma vez no mês né? então a gente acabou ajustando... fez algumas trocas... porque financeiramente faz diferença né você fazer pelo plano... porque pelo plano a gente paga coparticipação mas não é trezentos reais é sei lá sessenta reais a consulta... fez uma diferença financeiramente foi pesado mas aí me deram a ideia de fazer a rifa pra pagar o parto - porque o pré-natal era um valor mas o parto era por fora ... e o valor que se pagava no parto cobria consultas a partir de trinta e sete/trinta e seis semanas ... trinta e seis... trinta e sete... trinta e oito... trinta e nove ... quarenta.. quarenta e um ... quarenta e dois - se chegasse até lá né... J nasceu com trinta e sete então eu paguei o valor do plano e tive uma consulta dentro ou ((se autocorrigindo)) o valor do parto e tive uma consulta dentro desse valor e a consulta pós-parto né e a assistência ao parto que era pra ser hospitalar né... mas aí elas vieram aqui ... adaptaram né fizeram uns ajustes no serviço prestado né porque não foi hospitalar ... mas assim fizeram toda a assistência... avaliação e tudo ... então só respondendo... eu não optei porque eu tive uma GRANde decepção na assistência do plano não ... foi tipo ... a gente entende que a assistência ao parto é mais ali em relação a ao respeito ao protagonismo da mulher nesse momento... a hotelaria dos hospitais é tudo igual... a diferença é mínima entre um hospital e

outro público e privado... sinceramente::: a maior diferença tá nisso ... porque no público você divide quarto com outras pessoas e no privado é mais ... o quarto é particular né? mas ... enfim... não foi por uma questão de grandes decepções de outras experiências ... era só porque eh:: dentro do meu plano nenhuma das outras médicas que a gente ti/ a gente no no - no círculo das doulas a gente fala que “não é uma Brastemp mas gela” tem essa expressão “não é uma Brastemp mas gela” ... tinham médicas que não eram Brastemp mas gelavam na época do primeiro parto ... na época de J já não tinha mais... nenhuma atendia por e... pelo plano... então eu tinha que ir pro plantão mesmo... pro plantão do hospital que é uma grande loteri::a né? tem médico intervencionista ... tem médico que tem cem anos ((risos)) ... tem médico que faz episiotomi::a... que faz manobra de Kristeller... que comete violência obstétrica sem a cara nem tremer::: de culpa nem de:: NAda... então tipo... na época de J a gente tava vivendo uma época muito ruim no cenário obstétrico da cidade ... e como eu fiz curso de formação de doulas e:: e permeio muito esse esse universo... eram relatos assim:: foi até essa questão desse terrorismo sobre o cenário... me influenciou ... na hora que o financeiro pesou eu fiz não... mas eu consigo fazer umas trocas em vez de comer uma pizza todo o domingo a gente faz comida em casa e esses sessenta reais de todo o domingo vou juntando num valor lá que eu preciso pagar no pré-natal... aí pra pagar o parto me deram a ideia de fazer ri::fa... uma amiga minha fez e foi bem-sucedida... outra amiga minha fez e foi bem-sucedida ... surgiu no tempo do chá de fralda online que se popularizou também em função da pandemia né... ninguém tava muito podendo fazer festinha junto... fazia chá de fralda online:: angariava um um um valor né... em dinheiro pelo sit/pela plataforma e aí eu levantei o valor da rifa e por isso consegui pagar o parto porque realmente era ... é um valor alto né... esse cenário obstétrico da cidade virou um mercado assim... que chega a ser:: indecente... eu jamais conseguiria pagar de de de/ do meu bolso ... aí fazendo a rifa eu consegui pagar sem maiores deficits aqui... não não não impactou tanto a gente né... por causa disso...

E - No primeiro você não teve nenhu::ma intercorrência eh assim que tenha influenciado você a pagar o domiciliar não né ... foi ok a assistência.

M - Foi... o de N ((primeiro filho)) eu acabei tendo com o plantão né... a minha médica tinha viajado... a pré-natalista tinha viajado pra um congresso... tava em Brasília ... e aí:: eu entrei em trabalho de parto e fui pra Clim ... aí eu cheguei me identificando como paciente da médica tal... aí a plantonista disse “ah ela me falou ((falando sobre a médica que fez o pré-natal)) que você poderia vir essa semana”... porque ela tinha feito o corte do fio da cerclagem ... na semana que ela viajou... ela cortou o fio e disse “olhe você provavelmente vai entrar em trabalho de parto essa semana” e foi o que aconteceu... e aí:: ela avisou às amigas dela que trabalhavam na Clim - porque ela sabia que eu ia pra Clim ... ela fazia parte do quadro de plantonistas da Clim e deixou avisado... eu me identifiquei como paciente dela... a plantonista lá era colega dela né... e ela não fez nada... ficou lá esperando nascer e nasceu muito rápido ... os dois foram rápidos.. foi tão rápido que não tem nem tempo de ter intervenção de ter violência nem nada... não teve tempo pra isso acontecer...

E - No teu pré-natal do primeiro filho qual eram as informações... as orientações que você recebi::a durante as consultas do pré-natal...

M - Então... o acompanhamento de pré-natal tinha o seu valor informacional::: que a médica que acompanhou o pré-natal de N ... ela ela ti::nha o momento da consulta que fazia a triagem clínica ... peso... pressão... medir a altura uterina ... tinha a parte clínica... ela falava “olhe tantas semanas você pode experimentar câimbra... você pode sentir isso.. sentir aquilo” e quando eu trazia queixas ela:: ela::: sugeria intervenções ... ela sempre tentava intervir a princípio de forma não medicamento::sa ai::: dependendo do do nível né da queixa né...

ela/ela entrava com medicação ... eu lembro que quando a minha pressão subiu ela passou logo o ((nome do remédio)) e tem gente que diz “não mude a alimentação primeiro” ela passou remédio e mandou eu ficar em repouso e meteu logo um atestado... não é uma doença placentária... não tem nada que você vai fazer que vai mudar né.. enfim eh:: mas ela ... ela partilhava informações também... ela tinha essa parte educativa na assistência de pré-natal dela... não era uma assistência pré-natal ruim não... ela não... ela não foi aquela assistência pré-natal que omite informações pra:: porque isso acontece né mas não foi o meu caso - aquela assistência pré-natal que omite informações pra pra tentar manipular o desfecho... ela falava tudo e ela realmente acreditava que os meus partos iam ser naturais né ... segundo ela.. quando eu fui na consulta pós-parto ela dizia “eu sabia que você ia ter parto normal porque você sempre foi muito tranquila” ... eu sempre fui muito tranquila ... sem muita ansiedade muita expectativa ... né... eu ... ela disse que ... enfim... ela disse que tinha essa impressão ... que tudo daria certo no desfecho do parto pelo meu comportamento no consultório né... mas era uma assistência boa... eu não tenho muito do que me queixar não...
E - E as orientações do de J ((terceira gravidez))

M - No de J foi meu terceiro processo né de pré-natal... em alguns momentos eu até achava meio repetitivo tudo... mas o pessoal só fazia...eles cumpriam uma PAUta... como eu te disse era um coletivo né a médica trabalhava com outros profissionais e eles - como eram várias pessoas trabalhando eles tinham essa organização ... ela tinha uma PAUta que tinha que cumprir ... tipo assim.. primeira consulta fala isso... segunda consulta fala isso... terceira consulta fala isso... e era bem assim mesmo.. porque quando chegava lá ((ruídos)) elas abriam a agenda e falavam “vamo lá hoje nós temos que falar sobre indução... hoje nós temos que falar sobre intercorrências... hoje nós temos que falar sobre violência obstétrica”... era assim... era como se tivesse seguindo um cronograma mesmo né...teve alguns momentos que eu me senti incomodada porque como eu era doula... em algumas consultas antes de falar elas diziam assim “eu sei que tu já sabe mas eu tenho que falar sobre isso” ... teve uma hora que a médica falou assim “eu acho que isso tu sabe mais do que eu mas eu tenho que falar” e eu fazia “velho me trate como uma paciente normal” ... em momento algum eu quis dar carteira::da ou quis impor ... quis dizer que eu sei mais que ninguém... isso nunca foi do meu feitio e eu não queria nem que isso viesse à tona .. mas elas em algumas consultas... principalmente do meio pro final eh:: sempre começavam com essa fala... isso me incomodava um pouco...mas enfim.. talvez era só uma forma de se expressar né... mas elas cumpriam um cronograma de educação perinatal mesmo sabe.. em consulta... era assim... bem organizado... bem planejado... eu notei essa diferença que assim ... que que o conteúdo/as pautas eram planejadas e já nas outras ... meus outros pré-natais não... dependia muito da minha queixa... eu chegava lá dizendo “doutora eu tô com câimbra” e ela dizia “ah é porque na gravidez a gente tem uma queda de potássio...” dependia muito do meu relato pra a médica dizer o que ela ia dizer... ela não tinha tanto uma programação tipo só falava de indução só fala de analgesia se eu pedisse pra falar também... nessa não... nessa eles tinham um cronograma... independente do que eu ia falar eles já iam falar daquilo... era bem alinhado porque eram várias pessoas e eles queriam seguir bem uma sequência pra não ficar repetindo tipo... se hoje eu tinha uma consulta com a enfermeira... na próxima consulta ela ia dar continuidade... não ia mais repetir...

E - Você participava de algum grupo de parto e maternidade já de N ((primeira gravidez))?

M - Isso... participei de rodas de gestante... e eu participava porque a minha amiga que era doula... era mediadora de uma roda e aí:: eh:: a gente participou bem... conheci vários profissionais que trabalhavam com assistência ao parto ... nutricionista ... acupunturista...

189 eh:: consultora de amamentação... essa roda era bem rica... inclusive essa roda deu origem
 190 a um coletivo de enfermagem que trabalha com parto domiciliar hoje em dia.. que é o
 191 Florescer... então isso é... eu tinha até esquecido disso... mostra como na primeira gravidez
 192 meu foco era me informar ... claro que também eu tinha outra carga de trabalho... na segunda
 193 gravidez eu trabalhava de manhã e de tarde... eu só tava em casa de noite e muito cansada
 194 e tinha N pra dar conta... e na de N a gente era um casal recém casado e a gente se dedicou
 195 integralmente a esse novo momento da vida da gente né que era a gestação e a a a
 196 expectativa da chegada de um filho... mas eu participei de uma roda de gestantes ... na
 197 gravidez de J... as rodas de gestante que eu participava era as que eu mediava enquanto
 198 doula... eu tinha uma roda de gestante... eu era facilitadora de uma roda ... aí participei
 199 também mas em outra função né... mas participei né... não deixava de participar... tinha a
 200 troca com outras doulas e outras mulheres e profissionais de assistência ao parto...
 201 E - Uhum... e essas essas interações como eram assim?
 202 M - Na primeira eram rodas de gestante presenciais:::... a gente se encontrava uma vez por
 203 semana e elas liberavam ... falavam sobre o que era o tema com antecedência ... mas era
 204 um momento bem de acolhimento mesmo... de instrução... de acolhimento... de relatos
 205 pessoais... pessoas que tinham vivências sobre aqueles temas traziam os seus relatos e
 206 sempre um profissional da área eh:: fazia um contraponto muitas vezes ... ora validando ora
 207 eh:: compartilhando como seria num mundo ideal... num mundo em que os interesses da
 208 mulher fossem completamente respeitados.... então era um momento bem de de de quebra
 209 de mitos ... de quebra de paradigmas ... e como era presencial::: quando eh... tinha um
 210 negócio muito massa que acontecia nessas rodas de gestante... quando uma mulher chegava
 211 a termo o pessoal da roda promovia... separava dez quinze minutos da roda pra fazer um
 212 momento que eles chamavam de “colo”... se a mulher chegasse lá com trinta e nove semanas
 213 eles já faziam isso no meio da roda... era uma roda literal... sentava no chão com o formato
 214 de círculo com o tapete no meio ((risos)) essa parte é meio mística ((risos)) tinham umas velas
 215 no meio ((risos)) uma luminária não sei o quê... mas enfim... a gente ia e::: relevava o que
 216 a gente tinha que relevar ... mas a informação era realmente muito boa porque as pessoas
 217 que mediavam a roda - tinha umas que tinha esse lado mais místico mas tinha tipo
 218 cientistas... tipo ... tinha uma mulher lá que era DOUTORA... enfermeira doutora em saúde
 219 da mulher e tal - ... enfim.. era muito boa a parte de informação eram pessoas que
 220 trabalhavam com evidências científicas e tirando essa parte das vela era massa ((risos))... aí
 221 eh:: tinha esse momento chamado de colo e o pessoal cobria ela com um repouso - o repouso
 222 é uma malha que as parteiras mexicanas usam pra fazer algumas massagens e algumas
 223 manobras ... é uma malha assim com oito metros de comprimento ... é bem grande - e aí
 224 cobriam a mulher ... enrolavam a mulher e todo mundo ia lá fazia um carinho na mulher ...
 225 tocava em algum lugar do corpo dela - com muita decência é claro ((risos)) - e faz/soltavam
 226 uma palavra de benção tipo assim “Deus te abençoe”... “uma boa hora”... “que seja lindo”...
 227 era esse momento e a mulher se emocionava lá... não tinha nenhuma oração ... nenhuma
 228 cantiga ... não era nada assim religioso mas era só um momento de de de de fazer um carinho
 229 nessa pessoa e desejar uma coisa boa... isso era pré-pandemia... eu tô falando aqui de dois
 230 mil e dezesseis né... na roda de J as rodas da gente eram encontros quinzenais via Google
 231 Meet né... e com pautas já pré-estabelecidas ... a gente tinha um calendá:::rio anual que a
 232 gente - aliás não era quinzenal não era mensal ...eu confundi... onli:::ne e a gente tinha o
 233 calendário de temas ... no mês de março a gente vai falar sobre... eh diabetes gestacional...
 234 no mês de abril a gente vai falar sobre DAGS... no mês de maio a gente vai falar sobre mitos
 235 e indicações de cesárea reais ou fictícias ou falsas ... em agosto vamos falar sobre
 236 amamentação... então a gente tinha um calendário anual de pautas e eram cinco doulas

237 ÉRAMOS - o grupo ainda existe mas não estamos mais promovendo rodas - aí tinha roda que
 238 tinha assim trinta pessoas ... por ser online facilitava né... tinha hora que dava menos gente
 239 mas era bem informacional assim... era uma rede de apoio virtual porque além das rodas
 240 mensais a gente tinha um grupo no Telegram... um grupo que era uma rede de apoio né ...
 241 as pessoas tiravam dúvida... pediam orientações... e além das doulas que tavam lá... havia
 242 outras doulas que tinham formação na área de saúde... e e compartilhava::: acontecia como
 243 uma rede de apoio virtual mesmo... mas a gente não se via presencialmente mas a gente
 244 tava sempre ali ... tanto no grupo do Telegram como no grupo ali das rodas... tinha gente que
 245 que deixava pra fazer as perguntas e pedir as ajudas nos momentos das rodas ...

246 E - E algum grupo virtual no Face?

247 M - Na época de N eu entrei num grupo que eu acho que era GVA de amamentação que
 248 apesar de ser um grupo de amamentação ele acabava trazendo outras informações para a
 249 mulher ... porque::: essas mulheres que mediam - as facilitadoras - são todas consultoras de
 250 amamentação e eu acredito que o foco desse grupo é um trabalho educativo mesmo ... então
 251 começa antes do bebê nascer né... eu não sei qual é a origem do grupo... enfim... eu entrei...
 252 assim solicitei né acesso e eu sempre usava lupinha lá ... eu nunca cheguei a fazer uma
 253 pergunta mas toda a dúvida que eu tinha ... eu jogava lá na lupinha e o povo já tinha
 254 respondido ... esse grupo tinha mais de dez anos ... olhava lá na lupinha e olhava as
 255 respostas então era um grupo muito rico em informação... tipo assim... eu tive até
 256 intercorrência depois que N nasceu... tive mastite algumas vezes e eu ia olhar no grupo e as
 257 pessoas lá também tinha uma conduta baseada em evidências científicas... quando alguém...
 258 quando eles davam um palpite assim do nada sem evidências as mediadoras apagavam...
 259 então era um grupo que o ... elas tinham um critério muito grande pra manter informação
 260 lá...então era um grupo muito bom em relação a isso... e eu entrei nesse grupo grávida...tinha
 261 mulher que dizia assim “ah eu tenho muita dor pra amamentar” ... aí tinha mulher que dizia
 262 assim “mulher::: bota uma fórmula que o bebê dorme a noite toda” então a galera da da da
 263 consultoria ia lá esculhambava e apagava... era o negócio da cultura do desmame então tinha
 264 treta por conta disso... mas eu não tava nem aí pra treta...não era do meu interesse aquela
 265 parte da conversa passava batido...

266 E - Aham.. Você comentou sobre os seus receios durante a gravidez... na última você queria
 267 ficar bem por causa dos meninos e na primeira você tinha algum receio?

268 M - Não:: em relação a essa coisa de bem-estar não tinha.

269 E - Nenhum receio assim sobre o momento do parto?

270 M - Não... sobre o momento do parto eu tinha aqueles que a gente tinha quando você tá
 271 entrando nesse universo você escuta falar de violência obsté:::trica... eu tinha medo disso mas
 272 eu tinha tido a seguinte orientação “não vá cedo demais pro hospital”... quanto mais cedo
 273 você vai pro hospital mais risco você tem de sofrer violência e de uma intervenção
 274 desnecessária... então essa era a máxima da mi:::nhã gestação ... eu fixei... tanto que eu fui
 275 cedo pro hospital... passei a madrugada toda com contração... fui lá de sete da manhã... aí
 276 a mulher fez “três centímetros” doze e meia... doze e quarenta... e aí ela fez... agora...ela
 277 disse que eu tava com sete centímetros mas ele nasceu uma e treze... então ele nasceu com
 278 trinta e poucos minutos que eu tava lá... avaliação de dilatação acaba que é subjetivo né ...
 279 depende da pessoa que avalia... mas... eh::: eu optei por exemplo por voltar pra casa quando
 280 não tinha passado nem da metade da dilatação... porque eu tinha estudado e tinha lido e tinha
 281 sido informada nas rodas também que a::: média na primigesta - na pessoa que tá grávida
 282 pela primeira vez - é que cada centímetro ... cada hora dilate um centímetro... então eu pensei
 283 assim “cara são sete da manhã eu tô com três centímetros ... eu preciso de mais sete
 284 centímetros... então pela média da literatura... a literatura indica que eu vou ter esse bebê só

de tarde... então eu volto pra cá depois do almoço"... eu pensei assim matematicamente mesmo e aí eu voltei pra casa... então a minha preocupação na de N tinha a ver mais com o momento do parto com violência ... principalmente porque eu ia pro plantão também... desde lá eu já tinha essa preocupação com plantonista né... plantonista não tá nem aí pro paciente... ele quer fazer o trabalho dele e sair na hora que der a hora dele... bater o ponto e sair... então eu tinha esse medo de de de ser invisível né lá... porque eu era só mais uma paciente no meio do plantão... e::: e **tinha essa orientação... não ficar tempo demais no hospital...** então eu fui e voltei e fui de novo... aí quando eu fui de novo foi quando ele nasceu ... então deu certo... mas a minha preocupação era essa.

E - Você fazia como assim pra administrar esse receio?

M - Informação véi... estudar e tipo era isso... sabia que existia violência obstétrica mas o que eu podia fazer? me informar sobre o que era e como poderia evitar... e a forma ((risos)) infelizmente a forma de evitar violência obstétrica no plantão do hospital é não passando muito tempo lá ((risos)) foi justamente esse o foco ... essa... essa.. essa mensagem que eu acabei passando aqui pra minha equipe que no caso era meu marido e eu acabei falando "Se a gente chegar lá e se a dilatação tiver menos de cinco a gente volta... a gente não fica"... porque esse era o plano pra não ficar mais de cinco horas no hospital porque senão o povo vai ficar enchendo o saco... e vai começar a querer apressar coisas que eu sabia que fisiologicamente iam acontecer... né... na gravidez dele eu fui muito munida de informações e fui capaz de confiar nos processos fisiológicos ... né... eu acho que esse foi o grande diferencial... eu fui capaz de confiar... de confiar nos processos ... de confiar no corpo ... porque essa é a dificuldade de muitas mulheres ... não vou dizer que eu não falei isso no parto de N... eu falei que não vou conseguir que não vou aguentar porque é uma dor dilacerante né... mas geralmente a pessoa fala isso quando tá já no finalzinho né... na fase de transição... né... já tá com a dilatação completa... tá indo da dilatação pro expulsivo... aí você começa a desistir a fase que muita gente chama da hora da covardia ... eu fiquei gritando que eu não conseguia... mas na preparação pra gestação... eu me muni de informações que que que... que me deixaram capaz de confiar em mim mesmo e confiar nessa confiança assim né... eu sei que eu vou tá submetida a um serviço de saúde mas o que tá no meu controle é a hora que eu vou me submeter a eles... eu tinha essa informação e foi baseada em informações que eu lutei contra esses medos...

E - E essas informações sobre via de parto... procedimentos que poderiam ou não ser realizados e sobre os teus direitos... elas vinham de onde?

M - Da roda de gestantes... a roda de gestante foi basicamente a maior fonte de informação da gente... e de alguns grupos na internet também... no facebook né...

Você lembra quando você tomou conhecimento sobre o plano de parto?

Foi na roda ... porque assim... existe uma linha meio... uma névoa entre o que foi a roda e o que foi a doula ... porque foi assim... eu tinha uma amiga que foi minha doula... ela não fez educação perinatal comigo...ela não veio na minha casa falar sobre os processos... mas ela me convidava pra ir à roda ... e a gente ia junto... a gente ia junto então tipo... por isso que eu não sei se eu digo foi minha doula que me levou a essas informações ou foi a roda ... porque ela me levou até a roda... então ficou... em inglês a gente fala ficou meio shade aí essa delimitação... mas eu vou considerar ambos...tanto a doula quanto a roda...

E a orientação... você recebeu orientação pra escrever?

Então... eu recebi dela um rascunho ... que tinha sido o plano de parto de outra pessoa... ela compartilhou comigo o rascunho com as informações sensíveis omitidas claro né... mas ela compartilhou comigo o plano de parto de outra pessoa... aí eu usei isso como base pra construir o meu da forma que me... que funcionava pra mim... que era como um recurso educativo... tipo assim... foi a forma que eu optei a fazer e como doula é a forma como eu oriento as pessoas a fazerem... porque o que é um plano de parto... é um documento pra registrar as suas escolhas e as suas recusas no momento do parto... você expressa algo que você quer e algo que você não quer... mas como professora - sabe aquele negócio responda e justifique... responda e justifique sua resposta... e aí eu fiz velho ... eu vou dizer o que eu quero e porque eu quero... porque dessa forma eu aprendo... não tô só copiando o plano de parto de outra pessoa então.. quando eu fiz meu plano de parto eu recebi um rascunho... porque também como doula eu MANDo alguns modelos pras pessoas mas eu digo “velho, escolha e diga porque você quer” porque aquilo tem que fazer sentido pra você... não é só porque outra pessoa botou no deles que você precisa fazer só copiar... então eu fazia assim...no meu plano de parto é bem legal eu boto assim... “eu não quero eh:: hidratação intravenosa se não existir necessidade de medicação” por quÊ? “porque o ace::sso dificulta a mobilidade da gestante e a mobilidade livre ... a literatura eh:: indica que o livre posicionamento ajuda na descida do bebê” tendeu? **tipo eu colocava uma coisa que eu queria e que eu não queria e explicava que as evidências científicas me levavam àquela escolha... entendeu?**

E - Uhum.. na primeira gravidez você falou que que usou o plano de parto como um instrumento educativo

[autoeducativo né pra mim mesma...

E - É... na outra você disse que teve uma orientação diferente pra construir..

M- Foi na de E eu fui orientada a pensar ... nas diversas eh:: situações adversas ((risos)) né... em várias situações adversas que eu não ti::nha previsto no no plano...no de N porque o meu plano de N era muito simples... vou entrar em trabalho de parto e vou pro hospital... e e e eu não fui orientada a botar isso e isso ... isso e isso ... isso e isso ... nessa gravidez eu fui e elas queriam ((falando sobre a equipe multidisciplinar que assistiu o terceiro parto) que eu botasse no plano isso e eu disse “oxe mas se isso acontecer foge do plano... eu preciso botar no plano?” então... ((ruídos) no de J o plano era mais extenso digamos assim...

E - Elas quando você fala é a médica e a enfermeira né?

M - É .. as médicas e as enfermeiras... na época eram quatro pessoas na equipe hoje são cinco né ... na minha assistência eu tive contato com quatro profissionais...

E - O de N você não teve a mão do médico no teu plano não ... de ler com e::le...

M - Não o de N eu fiz o plano... imprimi... levei pra médica uma cópia e ela folheou e anexou na minha pastinha mas ela não comentou nada nem nada... ela anexou e realmente ficou anexado lá que até nas minhas consultas pós parto eu vi o documento lá... e quando ela abria dava pra ver que tava lá grampeado...

E - No contexto do parto mesmo você usou efetivamente...levou entregou?

M - Eu leve:::i e ficou dentro da pastinha... uma mala mas não entreguei a ninguém porque foi uma agonia... é uma agonia quando a pessoa chega lá ... é até tipo... isso como doula eu vejo muito acontecer... **todo mundo leva plano de parto e ninguém sabe o que fazer com ele muito na hora sempre acaba ficando na mala ficando no quarto... tem gente que o marido vai entregar na recepção e o povo fala “não entrega lá em cima no postinho” né o pessoal do hospital mostra um pouco de despreparo sobre em que momento receber esse documento...** quem vai ficar? é na recepção é no postinho de enfermagem? é a

médica? se/se for a médica particular... aí tem médica que chega e fala “não eu já tenho” se for a médica pré-natalista da pessoa né... no meu caso... a minha médica pré-natalista não foi a que me atendeu na maternidade... então a gente levou... mas como chegou na agonia já... cheguei numa fase de muito desespero... muito choro não sei o quê... acabou ficando dentro da mala...nem sei se ela ... se a plantonista chegou a ver... eu vi depois quando eu fui abrir a mala pra pegar a minha roupa tava lá na pastinha... eu nem sei se ela chegou a ver... acho que não... acredito que não ... na outra gravidez a gente não tirou nem a mala do corredor nem no carro chegou ((nessa gravidez a criança nasceu em casa pois não houve tempo de chegar ao hospital))... mas a equipe eh:: na consulta que foi domiciliar... eles leram o meu plano inteiro... eu li pra eles... e elas fizeram essas indagações “e se e se e se” ... aí eu editei::: e mandei no grupo pra elas e elas “Ah beleza agora tá ótimo bem completinho e tal” ... pronto.

E - Você acha que o documento ... tanto na primeira gravidez quando você mostrou a médica quanto no/na última ... ele exerceu influência sobre a assistência que você recebeu?

M - Rapaz::: eu vou te dizer que... na MINHA vivência acho que:: não porque ((risos)) o plano de parto é esse documento que a gente faz com o nosso plano ... mas ... o parto é uma caixinha de surpresas né como eu te disse... tudo aconteceu como uma grande agonia... eu fiz o plano de parto pensando que quem ia estar no meu parto era a pessoa que tava no meu pré-natal e não foi isso que aconteceu e eu acho que ela nem teve acesso a esse documento porque a gente chegou lá na agonia e no outro como nasceu antes da médica chegar - a enfermeira estava aqui ((falando da casa)) porque tinha vindo me avaliar e a médica tava indo pro hospital ... então assim... não fez diferença porque ele não foi de forma alguma seguido... INCLUSIVE uma das situações que ela mandou prever no plano era se nascesse em casa sem assistência né... sem planejar ... e eu coloquei que se nascesse em casa eu ia chamar o SAMU e ia de ambulância pro hospital e não fui ((risos)) ... então tipo não fez diferença porque ele não foi cumprido na verdade... é o que eu digo eu procuro sempre pensar no plano de parto hoje em dia né como mãe... como pessoa que passou pelo processo de parto... e como doula também... eu sei que ele tem a sua importância ... ele é reconhecido pela OMS não sei o quê... não sei o que lá... mas ele é um recursos muito mais de autoeducação velho... eu penso nisso... ele faz você pensar:: nas diversas situações que você jamais teria pensado antes se você não tivesse que produzir esse texto... né... então eh:: eles serviram pra gente pensar nas situações como eita... se nascer em casa? se nascer em casa chama o SAMU... se nascer em casa eu vou ligar pro 192 e vou de ambulância pro hospital... ele serviu pra gente prever situações que eram impensáveis pra gente né.... **mas eu não acho que fez diferença não... sendo bem realista...**

E - Quais foram os eventos que você lembra da primeira gravidez assim que aconteceram como você tinha colocado lá... que você tinha pedido?

M - Eu tinha pedido pra não... pra não... eh:: não ter ... nessa época eu usei um modelo de plano de parto que eu acho que foi obsoleto mas eu tinha pedido várias coisas tipo assim não fazer lavagem intestinal porque as pessoas faziam de/em algumas maternidades de João Pessoa ... eh:: tricotomia que era:: raspar pelo pubiano - porque eles fazem eh:: essas raspagens quando vai ter cesárea né.. aí né não colocar dieta ZERo assim na internação... se bem que eu já cheguei parindo lá e eu não comi nem bebi nada mesmo eu coloquei várias coisas e que realmente não aconteceram... mas - agora que eu falei eu lembrei - na...no parto

de N eu ainda fui/ainda administraram uma medicação em mim contra enjoo porque eu cheguei com muita dor e a ocitocina é nauseante né assim::... a dor muitas vezes quando você tá com muita dor você vomita e:: quando eu cheguei lá a médica colocou Plasil injeto/injetá::vel sem me:: sem falar/ sem ME perguntar... ela chegou... pediu a enfermeira e a enfermeira chegou pra me dar a injeção ... aí eu lembro do meu marido perguntar “o que é isso?” ela disse “não::... é pra ela não vomitar” mas eu nenhum momento ela me consultou... e eu lembro que ... agora que eu falei isso eu lembrei ((risos)) ... eu disse no plano de parto que eu não queria receber nenhuma medicação sem ser consultada né... ela perguntou “é alérgica a alguma coisa” e eu disse que não ... ela solicitou sem me/e sem nem eu dizer que tava com ânsia de vômito... foi uma coisa assim... foi tipo uma profilaxia ((suspiro)) em tese foi a única intervenção desnecessária foi esse Plasil injetável que fizeram sem eu dizer nem que tava com vontade de vomitar ((suspiro)) mas ela admini]

E - [ela... o resto foi seguido assim né... o que foi possível...

M - O que foi possível é...porque eu disse assim “eu quero o mínimo de toque possível” ... só na admissão na internação e:: se passar mais de quatro horas sem nenhum... sem nada acontecer faz um toque pra avaliar... mas não passou quatro horas... eu cheguei... fiz o toque... ela disse lá como tava a dilatação na cabeça dela e ele nasceu com meia hora... então eu não tive mais de... eu não tive dois toques por exemplo... só tive um toque...e:: ela me deu ele assim que ele nasceu:: coisa assim do pós-parto imediato... todas foram eh:: todas foram seguidas... claro que se/ de acordo com a limitação do hospital né... o hospital tava lotado... não tinha QUARto então ele e:: e:: a sala - eu não sei onde aconteciam os partos normais nessa época mas ele nasceu no bloco cirúrgico... já podia ter no quarto eu acho - porque eu botei no meu plano de parto que queria ter ele no quarto eu acho - mas quando eu cheguei tava lotado o hospital não tinha quarto disponível e eles não podem... quando a pessoa chega na situação que eu cheguei eles têm que admitir né?.. então eu fui pro repouso da anestesia que era uma área dentro do bloco que tinha um monte de cama que o povo tava lá acordando das cirurgias né... a Clim na época tinha muita cirurgia eletiva além das cesáreas - o povo ia botar silicone ... fazer rinoplastia ... então era uma clínica limpa né que a gente chama ... tinha o centro cirúrgico - só cirurgia eletiva ... não tinha cirurgia de vida ou morte lá... né:: era ... era um centro cirúrgico limpo... então eu fui pra o repouso da anestesia ... e na hora que ele foi nascer... eu entrei numa sala dentro do bloco cirúrgico eh... e... e ele nasceu... ele veio direto pra mim.. ele mamou no bloco... mas aí... isso tinha no plano que eu queria que todos os exames fossem feitos perto de mim ali... mas como também foi atropelado... isso... isso faz sete anos mas eu lembro ... foi muito rápido... não tinha pediatra na sala ... não tinha enfermeiro na sala... tava só meu marido a médica obstetra e a doula... então por exemplo:: depois que ele nasceu... ele ficou comigo um tempão ... chegou a pediatra ... um tempão levou isso e... como não foi aquela sala preparada pra o parto ... não tava a caminha aquecida não tava a balança... não tava o negócio de medir... não tava ... a pediatra chegou lá só ela não tinha nenhum equipamento que geralmente TÁ na sala de parto ... quando ela tá preparada pro parto tendeu? então ela disse “olhe a gente tem que examinar ele mas eu vou ter que levar ele lá na sala ao lado do berçário porque não tem nada aqui ... não prepararam pra ess/ essa sala pra um parto” porque justamente era... segundo me foi informado foi assim... tudo tão rápido que não deu tempo de preparar

E - Que no caso você queria que ele ficasse com você ... fosse examinado com você...

M - É no meu plano de parto eu tinha botado que eu queria que ele fosse todo examinado no mesmo lugar que eu:: porque o que acontece normalmente? até quando é cesárea o bebê é

477 examinado na sala de cirurgia aí nesse caso - não tinha nada lá não tinha nada... e não tinha
 478 nem equipe nem enfermeiro nem nada... aí ela fez “eu vou levar ele... o pai vem comigo tá?”...
 479 aí meu marido foi com ele pro berçário... aí foi mediu... botou a roupinha dele lá... ficou com
 480 ele lá... aTÉ:: liberarem o quarto pra mim e eu fiquei com a doula... a doula ficou comigo era
 481 a minha amiga né... a médica foi simhora que já tinha dado a hora dela e eu fiquei lá no
 482 repouso da anestesia até liberarem quarto pra mim que foi quase cinco da tarde... ele nasceu
 483 treze e treze ((suspiro)) ... ficou comigo ali até perto das duas que foi quando a médica
 484 chegou... a médica chegou duas e:: meia... aí ficou comigo ali amamentando e fez “eu tenho
 485 que medir ele” porque não pode passar mais de uma hora de nascido sem fazer os exames
 486 e aí:: ela levou ele... eu fiquei umas três horas sem ver ele... isso aí eu achei ruim... tipo...
 487 eu tinha/ todo o meu parto... todo o meu plano de parto foi pra ter essa parte do pós-parto
 488 imediato tipo hora de ouro... eu considero que tive hora de ouro porque ele mamou bastante...
 489 ficou comigo um tempão... mas aí logo em seguida ele ficou três horas sem mim ((risos)) né...
 490 mas tava com o pai e eu fiquei com a doula.

491 E - Como foi essa assistência a ela ((falando sobre a filha da terceira gravidez))?

492 M - Ela nasceu na minha casa... aí quando eu peguei... ela saiu e veio pros meus braços
 493 imediatamente aí:: eu tava em pé né...no na porta do corredor ... eu fui pro quarto... quando
 494 eu fui pro quarto::...me deram um monte de pano né pra cobrir ela por causa do da temperatura
 495 ... pra ela ficar quentinha... e aí eu me deitei na cama e aí a preocupação era tipo ficar
 496 observando ela porque tipo todo o bebê às vezes nasce - a cor da pele ... então tem que ficar
 497 observando o tônus muscular::... a enfermeira que tava comigo era uma uma enfermeira
 498 obstétrica então ela é capacitada pra fazer essa avaliação inicial ... ela fez.. ela - não sei se
 499 ela tinha estetoscópio nem nada mas ela ficou observando J ... a médica chegou com todo o
 500 equipamento aí fez ... fez toda a assistência que fazem no hospital ... vitamina K::: sinais
 501 vitais e tal... aí a placent/aí eu amamentei também... fiquei um tempão deitada com ela na
 502 cama... a placenta nasceu::: a gente fez o () cortou o cordão::: todos os partos meu marido
 503 cortou o cordão e isso tinha no plano de parto... o outro também::: ... tipo mesmo que tenha
 504 sido no bloco daquele jeito atropelado... ele cortou o cordão porque a médica tá lá... só não
 505 tinha enfermeiro mas... a médica sabia mexer no ... sabia onde tinha as coisas e ela foi
 506 pegando... aí::... no último ela chegou com os equipamentos tipo bisturi não sei o quê... aí::
 507 meu marido cortou o cordão... foi períneo íntegro então não precisou de sutura nenhuma no
 508 pós parto.. e aí a gente botou uma roupinha nela... foi meu marido que botou... eh:: foi tudo
 509 na minha cama... tipo literalmente não tinha como tá mais perto de mim... só teve um
 510 momento que ela teve que sair de cima de mim e ficou do meu lado... depois que a placenta
 511 nasceu::: que era justamente pra medir cabeça ... pra medir:: ... medir abdome não sei o
 512 quê... fez isso deitadinha do lado da minha perna assim...

513 E - E esses procedimentos tavam lá no plano e foram como tava lá...

514 M - É::... só que não foi hospitalar né... e no plano era hospitalar... seria na sala de parto do
 515 hospital... mas ... aí foi aqui no quarto e::: e eu queria que::: não... foi ... foi tranquilo... foi
 516 exatamente como seria só que em casa...

517 E - Uhum...e teus sentimentos quando você lembra da assistência que você recebeu no
 518 parto?... tanto de N quanto de J

519 M - Rapaz::: no de N... acho que foi uma sensação meio que de alívio assim “caramba eu fui
 520 pro plantão e deu tudo certo” né... porque justamente existe esse medo né porque plantão é
 521 loteria depende de quem tá lá não sei o quê... eu achei que deu certo... foi com alguém que
 522 conhecia a minha médica ... e... ela parecia até desinteressada em tá trabalhando no
 523 momento ((risos)) então ela tipo ... eu ficava “cadê a médica? cadê a médica?” e ela chegou
 524 “vai nascer” e eu “faça alguma coisa... me ajude” e ela “não vai nascer... você consegue

andar?” tipo... ela falava assim como se nada tivesse acontecendo... então a sensação foi tipo realmente de alívio de tipo ... apesar de não ser a minha médica era alguém que não...não...não me violentou porque realmente ela demonstrava tá nem aí... ela tava só querendo que nascesse logo pra ela ir simhora ((risos))... então ela não fez nada pra acelerar os processos ... ela até comemorou que foi super rápido... parto dez de dez segundo ela...foi excelente... e::: e::: ela também não precisou fazer nada... quase não deu tempo de botar a luva... e no de J foi tipo assim ... não sei nem te dizer como foi o sentimento foi assim... meu Deus do céu que loucura...porque a gente... foi totalmente inesperado ela ter nascido em casa ... mas também fiquei feliz que deu tudo certo... que ela nasceu saudável né... a::: porque o medo de um parto domiciliar não planejado é... são as intercorrências com o bebê né... no momento em que a médica chegou e me avaliou e fez “períneo íntegro” também foi um alívio porque se eu precisasse de sutura e de repor san::gue... eu tinha risco de hemorragia...todo mundo tem risco de hemorragia pós-parto...essa primeira hora de observação após o parto... elas ficaram aqui umas três horas depois do parto ainda... ela nasceu oito e trinta e quarto e o pessoal foi embora da minha casa quase uma hora da manhã... então elas ficaram observando ... só foram embora depois que eu me levantei e fui tomar banho sozinha... então realmente teve essa sensação de de de.. esse sentimento de ter sido atropelada pela fisiologia... mas também uma sensação de alívio de tudo ter ido bem... tanto comigo quanto com ela... elas nasceu sem nenhuma ntercorrência... fizeram o teste do coraçãozinho... todos os testes que tinham que fazer assim que nasce... o APGAR dela também foi bom - ela tá aqui olhando pra mim ((risos)) - foi a sensação de alívio por motivos diferentes... o de N foi tipo assim alívio de meu Deus LIVRAMento e o dela foi... deu tudo certo... foi tudo não planejado... mas deu tudo certo...

E - Um acontecimento que mais marcou você assim no primeiro e por quê?

M - ... rapaz ah... no parto dele o que mais me marcou que até hoje eu lembro é quando eu senti o primeiro puxo porque foi no momento que eu descí da maca... eu fiquei em pé e eu me agachei porque a força ... era como se o centro da Terra tivesse me puxando pra baixo... aí eu me agachei tipo involuntariamente ... minhas pernas dobraram e eu me agachei tipo... um agachamento violento assim... fiquei de cócoras... aí todo mundo veio pra mim... todo mundo ... meu marido... a doula... a médica... veio “você tá bem”e eu “tô” porque era como se o chão tivesse me puxado porque justamente era o primeiro puxo do expulsivo e depois disso eu tive dois puxos e ele nasceu né... tipo o primeiro no segundo a cabeça e o corpo no terceiro... então me marcou muito essa força involuntária do corpo... foi um momento que eu **me dei conta que o corpo sabe parir né...** porque eu tive zero participação intencional nesse momento... eu não pensei vou fazer força agora nesse momento... eu levantei e... eu fui atraída pra um ... pra o chão... eu não caí mas eu fiquei acorada... tipo foi muito louco isso...

E - E no de J ... o que mais marcou?

M - No de J me marcou porque eu não senti nada disso... no de J eu não senti puxo... no de J eu senti a gravidade... eu senti o peso no assoalho pélvico ... e pensei acho que ela tá nascendo agora... o que me marcou foi por ter sido tão diferente... eu tinha uma consciência corporal que... essa consciência corporal que nos partos anteriores me levava a saber “isso está acontecendo agora” ... o bebê tá virando agora... o bebê tá nascendo na pelve... tô sentindo aqui o círculo de fogo não sei o quê... eu senti isso no dos meninos ... no dela eu não senti nada disso... me marcou ter sido uma experiência completamente diferente das anteriores... eu não esperava nada do que aconteceu...

573 E - E você utilizaria novamente ((risos))... VAI utilizar novamente o plano de parto nessa
574 gravidez?

575 M - ((risos)) vou ((risos)) é né a pessoa não prevê que a pessoa que tá sendo entrevistada tá
576 grávida pela quarta vez ((risos))... vou... vou fazer tudo pelo plano... desde o pré-natal até o
577 parto... vai ser plantonista de novo... então.. eh:: assim como nos dois primeiros eu vou me
578 munir o máximo de recursos e de informações e de ... e como esse processo da autoeducação
579 fortalece as minhas convicções né... estudar e me informar fortalece a minha confiança no
580 processo né e em mim mesma... eu vou fazer tudo isso novamente... mesmo sendo tão cedo
581 né depois do parto de J - ela vai fazer um ano ainda - né... esse meu bebê tá previsto pra as
582 as... os últimos dias de novembro... né... então... eh:: tá tão recente do meu último plano de
583 parto... mas eu vou revisar... eu vou visitar o texto.. vou refletir novamente sobre as
584 situações porque como ... dessa vez não tem assistência privada... quer dizer é plano né...
585 é mais ou menos privado... não é público mas é pelo plano... vou pra plantonista e tal... eu
586 vou fazer o mesmo caminho que fiz no primeiro... querendo ou não... de me informar o
587 máximo que posso pra estar confiante durante o processo e não e não não ser levado por...
588 não ser levada pelos medos né... porque o acontece com muitas gestantes... você chega no
589 hospital com muita dor e entra num ciclo de num espiral de dor medo desespero e é levado a
590 ... a situações a circunstâncias que:: que te levam a desfechos que você não queria né
591 ((comentários sobre a filha engatinhando na sala)).

592 E - E até que ponto você acha que esse documento é importante?

593 M - Ele é importante... pra mim ele é importante justamente nessa questão da autoeducação
594 e de de fortalecer convicções... e eu acho que quando você se submete a um serviço né ...
595 uma assistência que:: as pessoas ali são os donos da verdade... eles detêm amplo
596 conhecimento sobre o universo que você sabe nada ou quase nada né... você chega na
597 condição de leiga no hospital... todo mundo ali é especialista numa coisa que você não sabe
598 nada... você tá vivendo... você é a mãe.. você é a gestante... mas se um médico olhar pra
599 mim e disser “esse bebê tá em sofrimento.. tem que nascer agora” eu vou **dizer “beleza” né?**
600 **... tipo se... se eu tô desse lado que eu sei nada ou quase nada... então o plano de parto**
601 **ele ajuda a entender:: eh:: as condutas... que conduta é necessária... que conduta é**
602 **desnecessária... que conduta é necessária e por que é necessária e quando existem**
603 **outras alternativas... por exemplo... eu tô com muita dor... analgesia é o único**
604 **caminho? minha sei lá... eu tô com diabetes gestacional... tem que marcar a cesárea?**
605 **tipo né... o plano** de parto me ajuda a estudar sobre temáticas que caso ele não existisse
606 eu ia ser completamente leiga porque eu não ia nem pensar nessas situações.. então o plano
607 de parto sobre situações que podem vir a acontecer ... como prevenir situações indesejáveis
608 e como me antecipar e me preparar pra os desfechos que quero né... então eu acho que a
609 importância dele pra mim né... tá mais nesse sentido de autoeducação e de fortalecer
610 convicções e de me preparar até pra questionar... ai não a gente vai fazer um sorinho aqui...
611 por quê? ... não... pra hidratar... eu prefiro beber água de coco... eu prefiro eh:: tomar um
612 melzinho::... eu tô bem... minha glicemia tá boa ... eu não preciso de um sorinho... você quer
613 fazer um acesso pra facilitar ... pra aplicar medicação depois mas eu tô bem... os meus sinais
614 vitais aqui tão todos bem então eu não preciso... eu sei que eu vou precisar de medicação se
615 eu tiver certos marcadores... mas eu preciso conhecer quais são esses marcadores pra saber
616 se aquela intervenção tá sendo feita como protocolo... se tá sendo feita de forma arbitri/ de
617 forma arbitrária... ou se tá sendo feito porque os médicos estão querendo só acelerar o
618 processo porque o plantão deles tá acabando e eles querem mais um pra conta... tendeu?
619 então... eh:: é importante né pra informação... né? quanto mais informação você sabe... mais
620 luz você traz pras situações... **porque em algumas situações você ser mantido no escuro**

- 621 **só beneficia um lado né? então::... eu... eu acredito que o plano de parto tem essa**
622 **importância de esclarecer... ele.. ele.../ de mostrar verdades que são do seu interesse...**
623 **né? a quem interessa a ignorância da mulher parturiente?** interessa a quem tem pressa...
624 a quem trata a mulher como:: só mais uma ali no plantão médico e no caso... o parto é único
625 né... você.. tipo... eu tenho três filhos e três partos completamente diferentes e:: enfim...
626
627 E - Que conselhos você daria para uma mulher que está se preparando para ter um filho e
628 deseja um parto normal?
629
630 M - Se.. estude velho... estude... se infor::me... se possível contrate uma doula::: se não for
631 possível contratar doulas se envolva em:: rodas... em movimen:::tos em em... em movimentos
632 de formação... tem muita coisa que acontece de forma gratuita... a roda virtual.. eh::: roda em
633 praça pública... tem roda que o pessoal pede pra levar lanche e uma toalha pra sentar no
634 chão... tem roda que o povo cobra a entrada... tem gratuito também... e:::mas é isso... o
635 meu conselho é estudar ... vale muito mais você investir em educação perinatal em
636 informação do que num enxoval.
637
638 E - Foi uma hora de gravação ((risos)) riquíssima

APÊNDICE K

Ártemis – Plano hospitalar com obstetra pré-natalista – 2022

E - Eu queria que você compartilhasse comigo as tuas preocupações de quando você se descobriu grávida... desse bebê que você usou o plano de parto... qual era a tua preocupação... qual era o teu interesse assim durante o período do/da gravidez....

M - A minha preocupação era porque... eu estava catorze quilos acima do peso e eu ia parar pra emagrecer pra ter o segundo filho... como eu fiz no segundo parto... não deu tempo porque a gente tinha planejado ter o bebê... engravidar na segunda metade de dois mil e vinte e dois e eu me vi grávida em janeiro de dois mil e vinte e dois....então o plano se antecipou... isso foi o que mais me preocupou.. me perturbou desde o início... era um plano mas que foi muito antecipado... então eu não tive tempo de emagrecer... fiquei preocupada com isso e tal ((voz do bebê)) ... uma outra preocupação era as condições do bebê porque o meu primeiro filho teve restrição uterina e eu tinha muito medo que a gente vivesse com ele as mesmas coisas que a gente viveu do primeiro... que não foi fácil né... o primeiro nasceu com um quilo e oitocentos... quarenta e oito centímetros... muito pequenininho ... em condições de sofrimento... e aí eu tinha medo disso... e outra coisa era que () o parto normal... que conseguiria... porque as pessoas diziam “ah.. não... o teu primeiro foi cesárea o outro vai ser cesárea... vai ser cesárea... vai ser cesárea”... eram as preocupações assim... mas eram essas nesse período...

E - Uhum .. tá. eh... e aí... qual foi o tipo de assistência que você recebeu durante a gravidez?

M - Eu fiz convênio... eu fiz o plano ... eu fiz o pré-natal com uma ginecologista obstetra... eh... pelo convênio da Unimed e com quatro pra cinco meses eu iniciei o pré-natal paralelo com o do SUS... porque quando eu... eu não sabia assim.. na verdade o seguinte... quando eu fiquei grávida dele... grávida do primeiro eu morava no Valentina ((bairro de João Pessoa)) e grávida do segundo eu morava no Castelo Branco ((outro bairro de João Pessoa))... no Valentina eu não tinha cobertura de unidade de saúde na minha rua... nunca busquei essas assistências por lá... e no Castelo Branco... o grupo de equipe/a equipe lá de agentes é muito atuante... muito engajada e eu fui lá pra... quatro meses eu acho... quatro meses ... atualizar o meu cartão de vacina... que eu tinha uma vacina da gravidez anterior que eu não tinha completado por causa da restrição do bebê... umas coisas se atropelaram e eu não consegui terminar.. aí quando cheguei lá uma pessoa disse assim pra mim “Hã... você tá grávida?”... a agente de saúde... “Meu Deus... uma GRÁVIDA” aí veio todo mundo pra cima de mim “você pode fazer o acompanhamento por aqui...” não sei o que lá... pediram por tudo no mundo... “onde é que você mora e sua rua”... a agente foi na minha casa... perguntou sobre a gravidez... perguntou sobre tudo e me ofereceu o serviço.. disse assim “olhe... você pode continuar com a sua ... com a sua obstetra... mas... seria tão interessante que você fizesse também com a gente pela unidade de saúde... é um pré-natal muito completo ... tá lá lá lá lá lá lá... não é não confiar no serviço... a minha questão é TEMPO... “eu não tenho tempo de fazer dois pré-natais” aí ela fez “uma vez por mês?” ... aí eu falei “uma vez por mês eu também já vou pra minha obstetra” () eu encontrei uma agenda e fui... a enfermeira da unidade ficou me atendendo no horário que eu poderia ir ... ela disse “não... não é o dia de pré-natal mas como você pode nesse dia você vem”.. então eu fiz dois pré-natais paralelos até o final...na mesma intensidade e recebi uma ótima assistência... e aí ... foi aí que eu fui

fazendo dois pré-natais... () foi que eu fiz o contrato com uma doula porque como eu queria ter normal e tudo tava se encaminhando muito bem pra ser normal::: minha médica me deu muitas possibilidades e esperanças né... aí eu disse... então eu vou contratar uma doula...

E - A tua médica do plano né?

M - Foi... a minha médica do plano disse assim “olhe tá caminhando tudo bem e eu não vejo impedimento pra um parto NORmal” a gente pode - e ela é parteira mesmo... é alguém que... que inclusive ela não era a minha obstetra... eh... a do meu primeiro filho foi outra... que eu sabia que partejava ... então nesse sentido... eu confiei muito nela e a gente caminhou e deu certo...

E - Nessas consultas que você tinha... tanto pelo convênio quanto pelo SUS... eh::: quais eram as orientações que te passavam? tanto a médica quanto a enfermeira do posto?

M - Eh::: depois de fazer tudo lá... peso...medida... aquelas coisas todas ... as recomendações eram assim “olhe... beber bastante á:::gua... se sentir um líquido escorrendo pelo meio das pernas... VÁ pro hospital... se sentir o bebê não mexer::: VÁ pro hospital:: se sentir”... esse discurso era muito mais do SUS da médica do SUS... se sentir uma coisa como se fosse refluxo...sentir as mãos dormentes... e não sei o quê...ela dava essas orientações... a minha médica do do do convênio ela não falava todas essas orientações mas ela dizia mais assim “olhe ... se tiver sangramento... se sentir sangramento... aí você vai pro hospital...entra em contato comigo que eu vou encontrar você lá” ... e daí eram mais essas orientações assim de algo que ... porque como eu era de segunda viagem... apesar de não ter tido um parto normal... mas eu já sabia mais ou menos os passos finais da gravidez né... as coisas assim ((risos)) ()

E - Você participava durante a gestação de algum grupo sobre parto e maternidade?

M - Não...não tinha saco e não tinha juízo porque eu acho que as mulheres enlouquecem assim pra algumas coisas e a minha obstetra tinha dito assim ... ela vinha me preparando sempre “olhe ... SE não der cer:::to... o parto normal::: não tem proble:::ma... a gente vai pra uma cesárea... vai dar tudo cer:::to ... vai ser a mesma intensidade ... tá lá lá lá lá lá... porque eu me preocupo muito com esses grupos e não sei o quê”... porque ela tinha paciente que não conseguiu fazer normal e aí foi excluída de grupo.. “ah você não conseguiu fazer normal” e aí entrou em depressão... ela sempre contava dessa paciente dela ... aí eu não tenho muito tempo né de ficar moendo nos grupos... eu já tenho vontade de sumir de tods eles né... e aí não sei quantas mil perguntas ... tem gente que de um assunto sai mil e uma coisas aí eu ... não não tenho condições... nunca me envolvi em nenhum...

E - Ela não gostava muitos dos grupos porque achava que gerava uma expectativa nas mulheres e depois elas ficavam tristes quando não dava certo?

M - Não... não ela nem era contra o grupo... ela tinha medo de uma rejeição... caso eh::: o parto não acontecesse de maneira natural né... normal e aquela mãe viesse a ter uma depressão pós-parto e tivesse um problema que ela não tinha... ela contava esse relato a partir de uma paciente dela... tentou tentou não deu certo... aí disse que quando decidiram... “então olha vou deixar você e seu marido decidirem” ((fala da médica)) e ela saiu com a doula da sala de parto pros pais decidirem e quando ela voltou eles decidiram fazer a cesárea

porque ela não tava conseguindo evoluir no parto... ela disse que ela foi pro parto com a cabeça baixa assim.... arrasada ... triste e na volta pra tirada dos pontos ela contou pra ela ((pra médica)) que foi retirada dos grupos das mães que estavam... porque ela não fez normal... então não tinha mais sentido ela estar naquele grupo...

E - Você durante a gravidez tinha algum receio sobre o momento do parto?

M -Tinha... eu tinha medo de não saber a hora do parto... eu não tinha medo do parto... não tinha medo da dor..esse medo eu tinha quando eu era muito jovem... agora eu pensava assim ... será que eu vou saber quando o meu bebê vai querer nascer essa era a minha pergunta e ela dizia “seu corpo vai dar sinais” ... mas eu não acreditava nisso ... com medo.. meu Deus se de repente esse menino tiver aqui saindo ... ela dizia ... calma não é assim... isso tudo é um processo... não é como a televisão ((risos))

E - Na sua opinião você acha que vinha de onde ... de não sentir o parto começar?

M -Acho que sei lá da falta de experiência mesmo... de não conhecer o corpo... de achar que tinha que ser um botão que tinha que apertar e eu não saber que botão era esse ((risos)) era assim...o medo era não conhecer o meu corpo

E - E você fazia como para administrar esse medo?

M - EU li muito... eu pesquisei bastante... eu filtrei também... porque no parto não dá pra ler tudo e ficar com tudo... porque como diz a Bíblia... tem que experimentar de tudo e reter o que é bom ... então eu estava retendo o que era bom... e pra mim uma coisa que foi decisiva e fez TODA a diferença foi um relato de parto de uma amiga minha... que eu não esperava ler e eu fiz... nossa e foi muito esclarecedor - inclusive assim eu fiquei me devendo o relato do parto - ela foi muito clara assim no percurso ... ela contou os detalhes assim... ardeu.. doeu... eu senti assim... aí pronto eu criei aquele trajeto na minha cabeça e eu disse meu Deus se for pra ser assim eu queria que o MEU fosse assim que eu identificasse eu o meu foi muito muito muito semelhante ao dela... e aí... e eu até agradei assim sabe... NOSSA como fez diferença ter lido aquele texto sensível e claro assim sabe? realis::ta... foi muito bom ... e aí foi tão próximo do que ela escreveu... se fosse assim uma matemática... eu dizia que esse era o manual ((risos)) porque realmente eu pedi tanto a Deus que me desse discernimento e segurança pra saber o que tava acontecendo e tava tudo ali no relato de J...

E - Que coisa boa... que bom... quando você tava sendo acompanhada... você recebi::a alguma orientação sobre a escolha da via de parto? sobre os procedimentos que poderiam ser realizados e os que não precisavam?

M - Olhe... eh:: esse essa lista de coisas... eu vim ter de uma forma mais concreta mesmo quando eu fui elaborar... fazer o plano de parto da doula...e quando eu disse a minha obstetra que eu ia colocar uma doula e ela achou o máximo e ela disse “Ótimo... maravilhoso ... a gente vai se ajudar”... quando eu disse quem era... ela disse que já partitava com ela várias vezes e aí ela disse assim “pronto... você leia o plano de parto mande pra mim pra gente discutir o plano de parto” aí eu li... tirei minhas dúvidas... na verdade eu fiz uma entrevista com a doula... a gente sentou lá... conversou eu ... ela e meu marido ... ela explicou os termos ... alguns termos que realmente eram coisa de outro mundo e que eu não entendi... e depois eu fui pra minha obstetra... ela leu também o plano de parto e ela disse “oh... aqui tá

dentro do que tá real... do que é possível e é isso que a gente vai buscar junto no dia do seu parto"... e aí foi assim... as orientações foram basicamente essas... eu não tava cem por cento segura de tudo o que tava lá::: o que era () não... mas assim... de um modo muito geral dava pra entender o que ia acontecer...era esperado que acontecesse....

E - Você então recebeu essas orientações a partir da médica ou da doula?

M - Doula

E - E a médica depois discutiu com você né...

M - a médica na verdade ela disse ... vamos junto ver esse plano de parto e a gente discute... mas aí a deixa dela foi a partir do plano de parto da minha doula...

E - Quando é que você tomou conhecimento que existia plano de parto?

M - Com a doula... assim... de maneira mais esclarecedora com a doula... eu sabia do termo plano de parto... mas eu não sabia do que continha...

E - Você lembra de onde você viu... leu?

M - Não lembro... talvez dessas minhas pesquisas...

159

E - A orientação que você recebeu pra escrever foi como?

161

M - Ela me mandou vários modelos de plano de parto pra escrever e vi o que era mais didático ... assim mais claro mais objetivo e o layout que mais me agradava porque assim eu tinha que entender aquilo... ((inaudível))

165

E - E aí o processo de escrita... a doula te ajudou além de compartilhar o modelo?

167

M - Não... eu li... entendi... o que eu tinha dúvida eu perguntava a ela... e::: o que eu quis acrescentar eu terminei acrescentando eu perguntei "eu posso acrescentar isso?" e ela "pode"... mas foi bem assim... porque na verdade ela me demorou pra me mandar esse plano de parto... esse plano de parto era pra ter sido compartilhado no dia da nossa entrevista... porque assim tudo foi muito... o meu contrato com ela foi assim em cima da hora... assim eu decidi e levantei o recurso lá nas últimas semanas do parto... então assim... foi tudo muito agoniado.. tanto pra ela quanto pra mim... então quando ela me mandou... eu não tinha aquele tempo de ficar analisando não... eu fui ... isso aqui pra mim tá claro... isso aqui pra mim não tá claro... por favor me expl:::que e escolhi o que pra mim tá mais didático...

177

E - Você utilizou efetivamente o plano?

179

M - ((risos)) (risos)) foi uma emoção... por quê? porque quando eu cheguei lá o menino já tava já chegando... né já tava quase nascendo... então::: a saída de casa foi agoniada... então meu marido... saiu pegando tudo o que via na frente e levou né... a minha médica também tinha uma cópia do plano de parto... ela tava com ele.. embora ela tenha chegado quando o menino já tava assim coroando...assim ele FOI utilizado.. ele foi utilizado ... foi feito assim eu acho que noventa por cento... e se me perguntar o que foi que não foi feito eu não me lembro ((risos))...

E - então você não levou mas sua médica tinha o modelo e então já tava lá... era isso?

188

M - não... a gente acabou levando... a gente levou ... a gente não mostrou... a gente levou... tava dentro das coisas mas ninguém tirou das coisas pra entregar... aí depois a doula foi que se lembrou::: mulher... foi muito agoniado... pra você ter uma ideia... eu saí de casa de nove

192 e dez... fiz a triagem e de dez pras dez o menino nasceu...foi foi... foi bom foi ótimo... foi
193 pouco tempo que eu passei em trabalho de parto no hospital...

194 E- Por que que você decidiu utilizar de fato o plano de parto?

195 M - Ah porque eu acho que era humano as coisas que estavam lá...

196 E - QUando você mostrou à médica o plano de parto na consulta... qual foi a reação dela?

197 M - Tu diz a que médica?

198 E - A sua do pré-natal.. porque antes você não discutiu com ela né? aí quando você chegou
199 lá... como é que foi a reação dela?

200 M - Não... ela disse que o plano estava ótimo... ela disse "Olhe... isso aqui é totalmente
201 realizável e isso aqui é o que tem que acontecer e é o que a gente vai buscar fazer no dia do
202 seu parto".

203 E - Uhum... você acha que ele exerceu influência sobre a assistência que você recebeu no
204 dia do parto?

205 M - Sim... porque a gente não tivesse entregue... eu não sabia se tinha entregue ou não mas
206 eu disse "eu tenho um plano de parto"... quando eu cheguei no hospital a médica não tava ()
207 a minha médica estava de plantão em outro hospital ... ((corte na fala)) quem me atendeu foi
208 a médica plantonista... ela quis fazer de conta que eu não tinha um plano de parto e eu deixei
209 claro que eu tinha um plano de parto... eu disse que eu tinha um plano de parto que o povo
210 podia procurar que alguém achasse... e aí parece que esse plano de parto apareceu...
211 mesmo... junto com o meu cartão de gestante ... e aí a coisa mudou... eu tinha a presença
212 da doula "ah... sim... tá certo... tem um plano de parto" ... que ela quis meio que acelerar o
213 processo... ela disse "olhe... se você quiser que esse menino nasça logo faça FORÇA.. faça
214 FORÇA" e eu "NÃO ... eu não quero fazer força ... eu quero que ele nasça na hora que ele
215 quiser"... aí eu disse do plano de parto... aí pronto... foi quando a coisa ()

216 E - Aí você...você lembra de algum evento que se deu como você planejou

217 M - Lembro... a hora de ouro... eh:: a entrada na sala de parto que no meu plano de parto
218 dizia que eu escolheria a posição que eu quisesse e::: na hora que eu entrei disseram assim
219 "você quer ficar como? você quer ficar assim? quer ficar assado?" e ::: eu escolhi ficar... meu
220 marido lá o tempo todo comigo...a doula também ao meu lado ((conexão oscilou e não se
221 pôde ouvir nada mais)) ... tanta coisa que aconteceu... que eu planejei e aconteceu... acho
222 que essas coisas foram mais marcantes...

223

224 E - Tem algo que você lembra de alguma coisa que não se deu bem como você tinha
225 pensado?

226

227 M - ... tem uma coisa que tava informando no meu plano de parto... eu tava com uma infecção
228 e eu precisava... eu precisa:::va fazer uma medicação... um antibiótico antes do parto na veia
229 () e não foi feita... ainda furaram a minha mão... eu avisei que eu tava... muito doidona assim
230 naquela hora eu disse e ninguém se lembrou... aí eu falei e a médica olhou assim "Meu
231 Deus... tem que fazer" aí na hora que isso aconteceu a enfermeira furou meu braço pra injetar
232 e a minha obstetra chegou... quando ela chegou ela disse 'Você não viu fulana? você não viu
233 que no cartão de vaci/no plano de parto dela que tem bem grande?" aí ela disse "Não... não
234 vi" "agora não adianta mais" aí a médica mandou suspender... inclusive afetou o bebê... a
235 gente teve um probleminha ... porque não aconteceu né... essa leitura cuidadosa .do plano
236 de parto ((vozes e conversa com o bebê)) deixa eu ver... teve uma coisinha que eu não me
237 lembro...

238

239 E - Você pode falar um pouquinho sobre os sentimentos que você tem quando você lembra
240 da assistência que você recebeu?

241

242 M - Posso... no parto... eh::: na entrada do hospital eu achei o povo muito assustado... a
243 recepcionista... pessoas muito assustadas... muito nervosas... porque quando eu passei...
244 fui direto pra triagem... que subi na maca ... fez o toque... ela disse “tem bem pouquinho
245 colo... tá com dez centímetros”... corre todo mundo ((risos)) o povo tava muito nervoso... nera
246 pra esse povo tá me acolhendo? isso lá embaixo na triagem... é tanto que na hora assim...
247 meu marido não conseguiu fazer a ficha na recepção::: na hora que eu tava indo no corredor
248 pra o elevador eu me aperreei “cadê o meu marido? onde ele tá?” só que aí como não deu
249 tempo de fazer nada mandaram ele subir...então ele tava atrás de mim... esse primeiro
250 momento é isso que eu senti um pouco de insegurança na entrada por causa da recepção do
251 povo... no parto... já na sala de parto eu já percebi um ambiente mais acolhedor ... não da
252 obstetra de plantão...mas da técnica... da enfermeira... da pediatra de plantão... porque a
253 pediatra convidada não deu tempo de chegar... a pediatra de plantão mais segura ... eh:::
254 então eu tenho um sentimento de muita alegria porque eu tinha muita vontade que isso
255 acontecesse mas eu não sabia se eu tinha capacidade... então eu me senti forte... eu me
256 senti assim... mas era uma sensação de alegria assim... de satisfação... e de segurança né...
257 porque além da equipe mostrar segurança eu tava acompanhada pela minha doula...

258

259 E - Você utilizaria novamente o plano de parto?

260 M - SIM ... CERTAMENTE... por isso porque a experiência foi muito boa... porque eu acho
261 que tem que ser daquele jeito assim... porque ... pro conforto dele... pro nosso conforto... eu
262 acho que tem que ser daquele jeito... então não acho que tem que ser diferente não... então
263 eu utilizaria de novo ... deu certo...

264

265 E - E até que ponto você acha que esse documento é importante?

266

267 M - Muito importante...especialmente pela questão da medicação... o documento é
268 importante para que todo mundo esteja ciente das minhas vontades e das minhas e dos meus
269 pedidos... ne... e assim... que alguém tenha uma leitura pelo menos dinâmica desse
270 documento né...mas eh::: aquela leitura de alguém que é experiente que já saiba identificar
271 tudo ali pá pá pá... porque a gente sabe né que as coisas relevantes mesmo ... elas já estão
272 na prática... já é pra estar na prática... hora de ouro... o pai... doula... tem coisa que todo
273 mundo vai ter... mas sim... então assim quem tá ali na prática já sabe mais ou menos do
274 grosso...mas alguém que consiga identificar as coisas como a necessidade específica da
275 minha medicação.... que era pra ter sido feita antes do bebê sair e tal eu acho que tem que
276 ter |()

277

278 E - Que conselhos você daria pra uma mulher que quer ter um filho e está se preparando para
279 ter um parto normal?

280

281 M - Estude... leia ... converse com pessoas que têm uma experiência positiva... uma
282 linguagem positiva eh::: porque tem muita gente pra falar muitas coisas mas você até isso
283 tem que selecionar pessoas que saibam compartilhar esses relatos..

284

285 E - Você tinha compartilhado antes que tinha uma cesárea antes... essas cesáreas foram por
286 causa das complicações com o primeiro bebê?

287

288 M - Foi... assi... eu já tinha falado com a minha obstetra que eu queria fazer o parto
289 normal....mas eu não sabia que ela era cesarista... mas quando eu conversei com ela... ela
290 disse “não... eu faço parto normal lá lá lá” eu disse tá certo... quando a gente descobriu com
291 trinta e duas semanas que o bebê era restrito... ela imediatamente cortou a possibilidade de
292 ser um parto normal... embora quando eu conversei isso com a minha doula... explicando
293 sobre o parto anterior... ela fez uma cara assim como diz... poderia ter sido um parto normal...
294 mas naquele momento eu não tinha conhecimento sobre isso... não tinha segurança...então
295 assim na minha cabeça se ele passasse pelo estresse do parto... ele morreria... e então
296 assim... foi por isso que aconteceu...

297

298 E - Foi em que ano?

299

300 M - Dois mil e dezenove... faz três anos e meio e dez meses...

301 E - E aí::... o desejo pelo parto normal continuou e você foi atrás... continuou e eu mudei de
302 médica por causa disso também...

303

304 E - Essa médica que fez a cesárea era do plano também?

305

306 M - Do convênio também...

307

308 E - Então pra ter o parto normal você foi buscar a visão da médica sobre o parto normal...

309

310 M - Eu já sabia... eu já sabia... ela foi uma benção mesmo na minha vida... ela é uma médica
311 muito requisitada... a secretária disse “eu vou falar com ela pra saber se ela pode lhe
312 acompanhar” ... aí eu orei bem muito e ((risos)) a médica me aceitou e fomos juntas até o
313 fim...

314

315 E - Oh que coisa boa

APÊNDICE L – Termo de Consentimento Livre Esclarecido



Termo de consentimento

Você está sendo convidada para participar da pesquisa intitulada "A tessitura textual do gênero plano de parto: instrumento de protagonismo em meio à violência obstétrica", que está sendo desenvolvida por Monique Galdino Queiroz, aluna de Doutorado da Universidade Federal da Paraíba.

O objetivo da pesquisa é analisar o que se conhece sobre o gênero plano de parto, bem como compreender a estrutura e a eficácia desses textos no lugar em que circulam.

Se você concordar em participar deste estudo, você será solicitada a responder a um questionário a seguir, composto por 23 perguntas, o que demandará cerca de 10 minutos do seu tempo. As respostas obtidas serão utilizadas na construção da tese e a sua confidencialidade será mantida.

Ao participar deste estudo, você não receberá pagamento.

Se você concordar em participar dele, mas posteriormente mudar de ideia, você poderá sair da amostra a qualquer momento. Caso você tenha alguma pergunta sobre a pesquisa ou se você tiver algum problema derivado desta pesquisa, você poderá contatar a pesquisadora Monique Galdino através do e-mail moniquecgaldino@outlook.com ou pelo Whatsapp por meio do telefone (83) 98899-2011

Ao clicar em "Continuar para a próxima seção", abaixo, você indica que leu esta introdução e concorda em participar da pesquisa.

De antemão, agradecemos sua ajuda.

monique.galdino@maplebear.com.br [Alternar conta](#) 

 Não compartilhado

APÊNDICE M – Perguntas para entrevista semiestruturada

- 1 - Fale um pouco sobre a sua gravidez, sobre as suas primeiras preocupações, quando se descobriu grávida e seus focos de interesse durante o período.
- 2 - Qual o tipo de assistência recebida por você durante a gravidez (pública, privada, convênio) e por que optou por ela? Houve alguma mudança nesse acompanhamento em algum momento?
- 3 - Discorra sobre o seu pré-natal: como foi o acompanhamento, a regularidade das consultas e quais as orientações às quais teve acesso durante esse acompanhamento.
- 4 - Você participava de algum grupo sobre parto e maternidade? Se sim, como os encontros se davam e como eram as atividades e interações?
- 5 - Explique os seus receios durante a gravidez e sobre o momento do parto. Na sua opinião, de onde vinham? O que você fazia para administrá-los?
- 6 - Durante a gestação, você recebeu orientações acerca da escolha da via de parto, procedimentos que poderiam ser realizados e os que não poderiam, e sobre seus direitos? Se sim, onde ou a partir de quem você recebeu essas informações?
- 7 - Fale sobre como e quando tomou conhecimento acerca do plano de parto. Que orientações recebeu para escrevê-lo? Como foi o processo de escrita e quem a auxiliou?
- 8 - Você utilizou efetivamente o plano de parto? Por quê?
- 9 - Relate como foi a entrega do plano à equipe médica, detalhando reações, falas e atitudes.
- 10 - Na sua opinião, o documento exerceu influência sobre a assistência médica recebida? Em que medida ele influenciou o desfecho do parto?
- 11 - Mencione os eventos que se deram como você planejou e os que não aconteceram segundo os seus desejos. A que você atribui o cumprimento ou não das vontades listadas no plano?
- 12 - Fale sobre seus sentimentos em relação à assistência recebida no parto. Quais acontecimentos mais marcaram você? Por quê?
- 13 - Explique se você utilizaria novamente o plano de parto em gravidezes futuras e por quê. Até que ponto esse documento é importante?
- 14 - Que conselhos você daria a uma mulher que está se preparando para ter um filho e que deseja um parto norma

