

PLANO DE PARTO COMO FERRAMENTA NA PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Gláucia Mendes de Oliveira¹

Gabrielli Pinho de Rezende²

RESUMO

Introdução: A gestação e o parto são momentos ímpares da vida de uma mulher. Ao mesmo tempo que esse período pode ser repleto de alegria, segurança e apoio profissional, pode também caracterizar-se pela presença de tristeza, muitas incertezas e violência obstétrica. Nesse contexto o Plano de Parto constitui-se em um instrumento legal que permite registros, garante autonomia à mulher e um diálogo aberto entre a gestante e o profissional de saúde.

Objetivo: compreender se a construção do plano de parto com a gestante durante o pré-natal, com abordagem da violência obstétrica, interferiu na qualidade do parto, na visão dessas mulheres. **Metodologia:** trata-se de um estudo qualitativo realizado com gestantes de um município do interior de Minas Gerais. A coleta dos dados aconteceu por meio da construção do plano de parto com as gestantes em um grupo operativo e com uma entrevista semiestruturada no pós-parto. A análise dos dados foi realizada por meio da técnica de análise de conteúdo de Laurence Bardin. **Resultados:** foram construídas três categorias: 1- Importância do pré-natal para a autonomia e informação da gestante; 2- Construção do plano de parto e seus reflexos na assistência e 3- Plano de parto e a prevenção da violência obstétrica. Observou-se que o pré-natal é um momento propício para a troca de informações e empoderamento da mulher para o cuidado e que a construção do plano trouxe reflexos diretos no conhecimento dos seus direitos e na tomada de decisões, permitindo assim maior participação da mesma e prevenção da violência obstétrica.

Descritores: Atenção Primária à Saúde. Assistência à Saúde. Gestantes. Violência.

ABSTRACT

Introduction: Pregnancy and childbirth are unique moments in a woman's life. While this period can be filled with joy, security and professional support, it can also be characterized by the presence of sadness, many uncertainties and obstetric violence. In this context, the Birth Plan is a legal instrument that allows registration, guarantees autonomy for women and an open dialogue between the pregnant woman and the health professional. **Objective:** Understand whether the construction of the delivery plan with pregnant women during prenatal care, with an approach to obstetric violence, interfered with the quality of delivery, in the view of these women. **Methodology:** this is a qualitative study carried out with pregnant women in a city of Minas Gerais. Data collection took place through the construction of the birth plan with pregnant women in an operative group and with a semi-structured interview in the postpartum period. Data analysis was performed using Laurence Bardin's

¹Graduanda em Enfermagem pela Faculdade Ciências da Vida, Sete Lagoas-MG. E-mail: glauciamendesoliveira@hotmail.com

² Doutoranda em Enfermagem pela UFMG. Docente do curso de graduação em Enfermagem pela Faculdade Ciências da Vida, Sete Lagoas. Orientadora da Pesquisa. E-mail: gabrielli_rezende@yahoo.com.br.

content analysis technique. **Results:** three categories were built: 1- Importance of prenatal care for the pregnant woman's autonomy and information; 2- Construction of the delivery plan and its effects on care and 3- Birth plan and the prevention of obstetric violence. It was observed that prenatal care is a favorable moment for the exchange of information and empowerment of women for care and that the construction of the plan brought direct reflections on the knowledge of their rights and decision-making, thus allowing their greater participation and prevention of obstetric violence.

Descriptors: Primary Health Care. Health Care. Pregnant Women. Violence.

1 INTRODUÇÃO

A gestação consiste em um momento ímpar na vida da mulher, independentemente de ter sido desejada ou não, por todas as mudanças e expectativas que são criadas. Sentimentos de alegria podem dividir espaço com sentimentos de medo, ansiedade, insegurança e a assistência dos profissionais de saúde é fundamental para tornar esse momento mais tranquilo (MOURA *et al.*, 2018). O atendimento realizado às mulheres no período gestacional sofreu transformações com o passar dos anos. Anteriormente ao modelo tecnocrático, caracterizado pelo profissional como protagonista e a mulher como sujeito, pela exclusão do lado sentimental e pela predominância no ambiente hospitalar, as gestantes recebiam cuidado em domicílio por meio do conhecimento empírico das parteiras (MELO *et al.*, 2016; ALVARENGA; KALIL, 2016; MEDEIROS *et al.*, 2019).

Com o avançar dos estudos, a assistência pré-natal ficou cada vez mais reconhecida pelo grande potencial em detectar precocemente riscos à saúde da gestante e do recém-nascido. Nesse momento de encontro com o profissional da saúde no qual o objetivo é prestar um cuidado a essa mulher com qualidade durante todo o pré-natal até o puerpério, a gestante esclarece suas dúvidas, apresenta seus anseios e tem oportunidade de expor suas preferências e pensamentos (OMS, 2014; MENDES *et al.*, 2018). Em um contexto de anseios e dúvidas, o Plano de Parto surge como um instrumento importante, pois o mesmo é um documento legal que permite registros, garante autonomia à mulher e um diálogo aberto entre a gestante e o profissional (MEDEIROS *et al.*, 2019; NARCHI *et al.*, 2019).

O empoderamento da mulher se inicia quando é estabelecida uma troca de informações entre a mesma e o profissional da saúde responsável por conduzir as consultas do pré-natal. Essas informações possibilitam à gestante o conhecimento sobre todas as fases da

gestação, como também sobre o trabalho de parto. Desta forma ela estará mais preparada e segura para assumir sua autonomia, para planejar de acordo com sua subjetividade esse momento tão esperado e ainda buscar a garantia dos seus direitos (MENDES *et al.*, 2018; SALIMENA *et al.*, 2019; SANTOS *et al.*, 2019).

O enfermeiro assume um papel importante na construção do Plano de Parto em conjunto com a gestante, pela busca de aproximação, humanização e assistência integral. De acordo com o decreto nº 7.498 de 1987, esse profissional pode realizar todas as consultas pré-natais de baixo risco, bem como a solicitação de exames para rastreamento e prevenção de agravos (ASSUNÇÃO *et al.*, 2019).

Ainda é visível o elevado índice de violência obstétrica, principalmente no momento do parto, apesar de todos os avanços na assistência à gestante, seja em relação às questões tecnológicas, à garantia por lei de direitos ou de vínculo com os profissionais da saúde. Essa violência configura-se como a apropriação sobre o corpo da mulher, utilizando-se de procedimentos invasivos sem prévia comunicação e autorização, considerando assim um desrespeito à autonomia da gestante sobre seu corpo (BRASIL, 2017; ZANARDO *et al.*, 2017).

O interesse pelo presente tema despertou-se a partir da experiência da pesquisadora durante suas atividades em um hospital de referência para atendimento à gestante, enquanto técnica de enfermagem. No cotidiano de trabalho observou-se uma assistência que não estava voltada para a humanização e que não preservava o direito da autonomia das gestantes durante o período do parto. Diante disso questiona-se: como o plano de parto com inclusão do tema violência obstétrica, trabalhado como atividade de educação em saúde no pré-natal, pode empoderar a gestante e trazer mais qualidade na assistência ao parto?

Pressupõe-se que a partir do momento que as gestantes tiverem mais conhecimento acerca dos seus direitos, incluindo a assistência humanizada, a promoção da autonomia e a prevenção da violência obstétrica por meio do Plano de Parto, estarão mais empoderadas e problemas poderão ser evitados.

A realização da pesquisa justifica-se pela incidência de condutas rotineiras que atingem diretamente a saúde da gestante e conseqüentemente a do recém-nascido. As Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal observa e analisa através dos autores vertentes que se relacionam com os sentimentos da gestante e dos familiares ao afirmar que: “A experiência vivida por eles neste momento pode deixar marcas indeléveis, positivas ou negativas, para o resto das suas vidas” (BRASIL, 2017, p. 6).

O presente estudo teve como objetivo compreender se a construção do plano de parto com a gestante durante o pré-natal, com abordagem da violência obstétrica, interferiu na qualidade do parto, na visão dessas mulheres.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Conceituar a violência obstétrica vem sendo um desafio para os pesquisadores, uma vez que não há uma unanimidade sobre a definição desse termo. Algumas vertentes de pensamento alegam que existe uma ação proposital por parte do profissional da saúde no ato da violência, além de não considerar os progressos técnicos incorporados na assistência e que teoricamente interferem na autonomia da parturiente (OLIVEIRA; PENNA, 2017).

Apesar dessa divergência e tomando como base principalmente as técnicas, condutas e procedimentos não coerentes com a assistência obstétrica humanizada, a Organização Mundial da Saúde (OMS) define violência como:

“O uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação” (BRASIL, 2002 p.5).

Sabe-se que a tecnologia existente no meio hospitalar proporcionou melhores condições de tratamento e assistência para os usuários, inclusive nas maternidades. Entretanto ocasionou um cuidado automatizado e ligado a intervenções e técnicas muitas vezes sem indicação. Essas intervenções, realizadas na maioria das vezes sem prévia comunicação e conhecimento da gestante, favorecem a perda de direito de decisão sobre seu corpo, suas vontades e expectativas e podem ser realizadas por qualquer profissional de saúde. A assistência prestada sem a efetivação dos direitos da mulher fere os princípios da ética e privacidade, ocasionando sentimentos como impotência, medo, solidão e a submissão a condutas de terceiros (OLIVEIRA; PENNA, 2017; OLIVEIRA *et al.*, 2019).

Por questões culturais que permeiam o gênero feminino e ideias construídas que relacionam fragilidade e submissão à mulher, nota-se que a violência obstétrica está presente e invisível na prática assistencial pelos profissionais da saúde e conseqüentemente através de procedimentos rotineiros tornou-se também invisível para as mulheres. A rotina caracterizada

pela autoridade e poder de decisão concentrado na equipe de saúde vai fazendo com que essa prática não seja identificada pelos que a praticam e ainda entendida como uma conduta necessária por muitos, o que pode ocasionar descontinuidade na relação profissional/usuário (CASSIANO *et al.*, 2016; JARDIM; MODERNA, 2018; LANSKY *et al.*, 2018).

Algumas formas de violência que permeiam o contexto da saúde da mulher são a institucional, em que a gestante vai em busca de atendimento, se deparando com a desassistência pela qual procura; a recusa da permanência de um acompanhante de sua escolha durante o pré parto, parto e pós parto, onde é defendida pela lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005 (BRASIL, 2012); a violência física, constitui-se em ações que acarretam danos ao corpo da mulher e conseqüentemente do seu bebê, como a episiotomia (corte na vagina), a manobra de Kristeller (estímulo na área superior do útero com propósito de expulsar o bebê); toques vaginais repetitivos; a imposição da posição litotômica sem a permissão de deambular; o uso de ocitocina para adiantar o tempo do parto sem indicação e o jejum muitas vezes imposto (MARTINS; BARROS, 2016; BRASIL, 2017; CÔRTEZ, 2018; OMS, 2018).

Além dessas violências, a verbal está presente nos momentos em que a mulher sofre humilhações, grosserias, tratamento desumano, julgamentos e procedimentos agressivos e dolorosos como forma de punição (SILVA; SERRA, 2018). Possíveis causas desses agravos são atribuídas à sobrecarga de trabalho dos profissionais de saúde, a um ambiente com precárias condições de atuação e à desqualificação do pessoal. Em relação aos usuários, outro aspecto analisado foi o nível socio econômico baixo, adolescentes sem acompanhantes e sem assistência durante o pré-natal e pessoas que de alguma forma se tornam passivas diante de intervenções sem qualquer tipo de informação preexistente, sem apoio social e familiar (CASSIANO *et al.*, 2016; RODRIGUES *et al.*, 2018; JARDIM; MODERNA, 2018).

Diante de tudo isso, é possível observar que na atualidade o modelo de assistência ao parto não traz a mulher como atuante, levando conseqüentemente a inseguranças no ato de parir. Os profissionais de saúde se tornaram responsáveis pelas decisões que serão tomadas e a gestante já está culturalmente convencida de que todos os procedimentos são realmente imprescindíveis para o nascimento do seu bebê (ALVARENGA; KALIL, 2016).

Nesse sentido, a busca da implantação do Plano de parto no pré-natal tem como objetivo promover uma assistência centrada no bem-estar da mulher, que proporcione autoconfiança e garantia dos seus direitos como cidadã e gestante. O profissional da saúde tem papel fundamental na construção de saberes, visto que se corrobora um momento frágil e susceptível a ações adversas e conseqüências (OMS, 2014).

Dessa forma, o pré-natal, por ser uma assistência disposta à preparação da mulher e sua família para a chegada da criança pode ser considerado como um momento propício também na prevenção da violência obstétrica, visto que a maioria delas ocorre pela falta de conhecimento das gestantes, onde consideram esse atendimento desumanizado uma rotina e uma forma de abordagem normal (FREITAS *et al.*, 2016; SILVA *et al.*, 2019).

Dessa forma, uma relação de confiança deve ser estabelecida e o acompanhamento durante o pré-natal fortalece esse vínculo e permite que o usuário se torne protagonista do cuidado. O atendimento humanizado permite uma escuta qualificada e alivia as tensões ocasionadas pelo período puerperal e o enfermeiro por sua vez, por meio da consulta de enfermagem se torna responsável por essa escuta e por ações de promoção da saúde (COSTA; GARCIA; TOLEDO, 2016; ROCHA; ANDRADE, 2017). Espera-se que a expectativa imaginada pela gestante durante todo o período gestacional seja vivenciada de forma positiva, com segurança e proteção, e livre de práticas de negligentes, desatenção e frustração (SILVA; SILVA; ARAUJO 2017).

3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo realizado com gestantes de um município no interior de Minas Gerais. A abordagem qualitativa corresponde a estudar e compreender comportamentos, vivências e uma determinada situação em um aspecto mais abrangente, não se limitando a respostas direcionadas. A partir disso ela não visa a frequência dos acontecimentos e sim em uma relação causal de forma mais específica (ANDRADE; STEFANO; ZAMPIER, 2017). Esse tipo de estudo adequa-se ao presente trabalho pela busca das particularidades e subjetividades que podem estar envolvidas no contexto de cada mulher.

A pesquisa teve como cenário uma Estratégia de Saúde da Família (ESF) do município do interior de Minas Gerais. Essa cidade conta com 4 unidades de ESF e em todas elas são realizadas acompanhamentos de pré-natal, motivo esse que levou à escolha do local para a pesquisa. Considerando que a Atenção Primária à Saúde (APS) tem como eixo norteador de sua assistência a promoção à saúde e a prevenção de agravos, além de possibilitar o cuidado longitudinal por meio do fortalecimento de vínculo, a mesma torna-se o cenário ideal para a realização deste trabalho que acompanhou as gestantes durante o pré-natal implantando o Plano

de Parto onde foi possível avaliar sua eficácia na autonomia e qualidade da assistência prestada à mulher.

Foi realizada uma solicitação junto à Secretaria Municipal do município para a autorização da pesquisa no município. Participaram do estudo 07 gestantes. Os critérios de inclusão eram ser cadastrada na ESF, realizar pré-natal no local e estar no último trimestre da gestação para que o tempo de realização da pesquisa permitisse contemplar o pré-natal, o parto e a verificação dos efeitos do Plano de Parto. O critério de exclusão era algum impedimento, como parto prematuro ou não comparecimento às atividades, que dificultasse o acompanhamento proposto.

A implementação da pesquisa e coleta dos dados aconteceu nas seguintes etapas: 1- Identificação das gestantes por meio do cadastro da ESF, esclarecimentos sobre a pesquisa e convite para participar do estudo; 2- Construção do plano de parto com as gestantes por meio de grupo operativo (momento em que foi abordada a violência obstétrica) mantendo o distanciamento social de 1,5 metros e uso de máscara; 3- Entrevista com roteiro semiestruturado realizada por ligação telefônica no pós-parto pra conhecimento da vivência experimentada e contribuições do plano de parto.

A análise dos dados foi realizada por meio da técnica de Análise de Conteúdo de Laurence Bardin (Bardin, 2016). Nessa abordagem a sistematização de análise dos dados é realizada por meio da pré análise, em que deve ser realizada uma leitura dos documentos para uma organização dos dados e das ideias; a exploração das informações em que deve-se estabelecer a construção de categorias e a terceira etapa, de tratamento dos resultados, que consiste na interpretação e discussão das informações com a literatura já existente (CÂMARA, 2013; SILVA; FOSSÁ, 2013; BARDIN, 2016).

Os materiais produzidos na pesquisa têm utilização somente para fins científicos e ficarão em poder da pesquisadora por 5 anos, sendo posteriormente destruídos. O projeto foi cadastrado na plataforma Brasil e enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa para apreciação.

Todas as participantes foram convidadas, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em respeito às Resoluções 466/12, 518/2016 e 580/2018 (BRASIL, 2012; 2016; 2018), referentes a pesquisas com seres humanos. Aceitaram também que as entrevistas fossem gravadas, para maior fidedignidade na transcrição das informações. O sigilo foi garantido e as mulheres foram identificadas pela letra G (gestante) e numeradas pela ordem de realização da entrevista (G1, G2 e assim sucessivamente). A qualquer momento as participantes poderiam sair da pesquisa, sem nenhum prejuízo. Estavam sujeitas a risco mínimo,

sendo esse relacionado a vivências do pré-natal e parto e ainda relacionados a algum tipo de violência obstétrica, ficando o pesquisador responsável por providenciar a assistência necessária (BRASIL, 2012).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com o propósito de analisar se a construção do plano de parto com a gestante durante o pré-natal, com abordagem da violência obstétrica, interferiu na qualidade do parto foram construídas três categorias: 1- Importância do pré-natal para a autonomia e informação da gestante; 2- Construção do plano de parto e seus reflexos na assistência e 3- Plano de parto e a prevenção da violência obstétrica.

4.1 Importância do Pré-natal para a Autonomia e Informação da Gestante

A presente categoria tem como objetivo ressaltar a importância do pré-natal para estreitamento da relação profissional-usuária e reconhecimento desse como um momento de troca de conhecimento, construção da autonomia e empoderamento da mulher por meio de informações. Observou-se, por meio dos depoimentos das gestantes, que um bom acompanhamento no decorrer do pré-natal impacta positivamente na saúde das mesmas e no nascimento saudável do bebê, como também no vínculo entre profissional e usuário:

O pré-natal me ajudou a saber mais das coisas que estavam acontecendo comigo e com o meu bebê, porque é através dessas conversas que a gente fica sabendo do que realmente precisa. Sem o pré-natal não teria como ficar tranquila (G1).

Meu maior medo era não saber a hora de ir pro hospital, porque foi minha primeira gestação... eu fui muito bem instruída lá [consultas de pré-natal] ... e com isso consegui relaxar, consegui focar no que eu podia sentir e saber identificar a hora certa de ir para a maternidade (G4).

Nota-se que cada mulher pode apresentar dúvidas, inseguranças e expectativas diferentes. A assistência individualizada e com qualidade pode solucionar ou pelo menos

minimizar esses anseios, fazendo com que a gestante ou parturiente possa tomar decisões, fazer escolhas e buscar maior satisfação com o processo da gestação e nascimento.

De acordo com a OMS o cuidado prestado durante o pré-natal está diretamente ligado com a melhoria da saúde do binômio mãe e filho, como também um momento adequado para estimular a troca de conhecimento através da comunicação com a mulher e com sua família (OMS, 2016). A partir da busca da autonomia da mulher e o empoderamento da mesma, favorece a participação ativa no processo do nascimento, possibilitando o fortalecimento e satisfação dos seus desejos (REIS, *et al.*, 2017; JARDIM; SILVA; FONSECA, 2019).

Percebe-se também, por meio das falas das participantes, que sentimentos de satisfação e a sensação de preparo para o momento do parto e cuidado com o recém-nascido são construídos por meio de uma assistência qualificada:

As minhas consultas de pré-natal foram ótimas... Eu realizei ao todo 7 consultas de pré-natal e fui muito bem instruída. Me senti preparada e como foi meu 3° filho eu aprendi ainda mais nas conversas com a enfermeira (G2).

Se não tivesse tido tanta orientação eu nem sei como faria sozinha. Porque foi meu primeiro filho, sabe? (G4)

Saber o momento certo de ir para a maternidade é muito importante, e a gente aprendeu isso né? Durante o pré-natal a gente aprende isso, para na hora não desesperar (G7).

A educação em saúde fortalece o vínculo e a confiança, preparando a mulher para conhecer a assistência humanizada e se informar sobre os possíveis acontecimentos. Essa humanização é um direito da gestante e deve ocorrer em qualquer assistência e qualquer tipo de parto. Dessa forma torna-se possível a mulher atuar como protagonista nesse momento único em sua vida e aproximar esse processo dos seus desejos e costumes. A parceria com os profissionais de saúde é fundamental à medida em que o mesmo fornece subsídios importantes para a integração e familiarização da gestante com seu processo de gravidez e planejamento do parto (SILVA; CUNHA; KAPPLER, 2018; JARDIM; SILVA; FONSECA, 2019; SOUZA *et al.*, 2020).

4.2 Construção do Plano de Parto e seus Reflexos na Assistência

Entre as informações que podem ser repassadas durante a consulta de pré-natal, relevantes conforme já ressaltado na categoria anterior, encontra-se o plano de parto. A presente categoria tem como objetivo analisar a importância da construção desse plano e de que maneira o mesmo interfere na assistência ao parto, na opinião das mulheres.

Observou-se reflexos positivos da criação do plano de parto por meio dos depoimentos das participantes:

Fiquei com medo de não deixar acompanhante e a gente sabendo que a gente tem direito, me ajudou bastante. Se caso fosse necessário eu ia falar que queria meu acompanhante porque ajuda demais e querendo ou não traz confiança ver alguém que a gente conhece com a gente nessa hora (G3).

Eu gostei de saber das coisas, porque me ajudou. Eu não aceito que faça coisas que eu não gosto em mim e você disse que eu tinha os direitos lá. Então se eles fizessem algo que eu não queria eu não ia deixar mesmo (G5).

Eu vou te falar viu, aquela palestra lá, que a gente teve, que você conversou com a gente, fez eu ficar sabendo do que eu podia e do que eu não podia. Então eu fiquei sabendo que eu podia levar meu marido comigo, porque não precisava ser mulher (G6).

Percebe-se que por meio da comunicação e educação em saúde diferentes informações podem ser veiculadas. As mulheres passam a ter conhecimento, principalmente sobre direitos e deveres, e se encorajam para falar e expor suas necessidades, sendo essa uma das formas de possibilitar uma assistência mais humanizada e prevenir a violência obstétrica. Essa discussão com as mulheres antes do parto e reflexões sobre seus desejos e vontades dentro do que é possível torna a hospitalização e o enfrentamento do nascimento da criança mais seguro e tranquilo.

Em relação a essa questão da presença do acompanhante relatada nas falas, desde 2005, é afirmado pela Lei nº 11.108 o direito de um acompanhante durante o pré-parto, parto e pós-parto e isso se manteve mesmo em período atual de pandemia, visando a humanização dos direitos da mulher, e exaltando a importância do mesmo (BRASIL, 2005). O acompanhante é considerado um apoio físico e emocional que proporciona sensação de segurança, apoio e aumento do vínculo familiar (SILVA; CUNHA; KAPPLER, 2018).

No cotidiano é possível observar que a gestante traz consigo a ansiedade e o medo e que essa situação a coloca, muitas vezes, sujeita a procedimentos e ocasiões que poderiam ser evitadas. Frequentemente a mulher fica submissa às ações dos profissionais de saúde sem questionar e por mais que não gostem não se sentem seguras de impedir:

Eles colocaram 3 comprimidos dentro de mim, para dilatar, durante o dia. Aí depois estourou a bolsa com um negócio que eles usam lá e ela já foi saindo rápido também. Sempre fizeram isso nos meus outros partos (G5).

É possível notar que muitos procedimentos são ditados como normais e necessários pela frequência que são realizados. É culturalmente difundida a ideia da obrigatoriedade da ruptura artificial da bolsa amniótica denominada de amniotomia e do uso de indutores do parto que podem ser o soro ou comprimidos vaginais com ocitocina. É válido lembrar que esses itens podem ser usados, com justificativa para tal, mas não de maneira rotineira.

A assistência ao parto deixou de ser empírica e hoje se baseia em comprovações científicas, vinculado ao atendimento humanizado. Segundo as diretrizes de assistência ao parto normal do Ministério da Saúde a amniotomia com ou sem o hormônio ocitocina não deve ser realizada de maneira rotineira quando a mulher e o bebê estão evoluindo dentro do esperado (BRASIL, 2017; PEREIRA *et al.*, 2019).

A necessidade de acelerar o trabalho de parto vem concomitantemente com o modelo biomédico realizado nos hospitais. O dia a dia sobrecarregado dos profissionais faz com que esse procedimento se torne uma válvula de escape para adiantar o processo de nascimento (SOUSA *et al.*, 2016; PEREIRA, *et al.*, 2019).

Diante dessas situações ressalta-se ainda mais a importância de construir o plano de parto, informar e sensibilizar a mulher. De acordo com o estudo de Narchi (2019) o plano de parto é considerado potencializador da autonomia e protagonismo da gestante. Nesse cuidado construído de forma conjunta entre profissionais e mulheres, a assistência é pautada nos direitos legais e em fundamentos científicos.

Percebe-se que medidas e ações simples realizadas pela equipe de saúde com a mulher, no sentido de maior humanização da assistência, trazem felicidade e autonomia:

Eu levei aquele papel lá (plano de parto), que você me deu. Escrevi lá que queria tomar café e eles me deram. Eu achei o máximo! Me deram café duas vezes (G5).

O plano de parto foi legal, eu gostei. Muito interessante esse negócio porque a gente não pode deixar que aconteça coisas que a gente não quer. Eu não deixo. Acho que ajuda muito as gestantes (G7).

Assim como na literatura é possível observar que o planejamento do parto reflete na assistência prestada e na mudança de ótica do lado da gestante. Ela deixa de ser uma pessoa passiva e passa a reconhecer sua importância e direito nas decisões que envolvem sua vida e saúde. Ressalta-se ainda a importância de orientações adequadas pelo profissional de saúde

durante a elaboração do plano de parto pra que a gestante tenha conhecimento do que pode ou não intervir e que muitas situações serão conduzidas de acordo com o quadro clínico apresentado.

Tendo em vista seu grande valor, a criação do plano de parto está entre as novas recomendações da OMS que tratam do parto humanizado. O objetivo é diminuir procedimentos desnecessários, incluir a mulher na tomada de decisão e contribuir para um atendimento humanizado e acolhedor. Ainda assim observa-se negligência desse instrumento por muitas vezes (MOUTA, *et al.*, 2017; NARCHI; 2019; OMS, 2018).

De uma maneira geral foi possível observar que a construção desse instrumento trouxe um impacto positivo na assistência das mulheres ao parto, com aumento da autoconfiança e conhecimento dos seus direitos. Nesse sentido são possíveis maiores reflexões a respeito da prevenção da violência obstétrica.

4.3 Plano de Parto e a Prevenção da Violência Obstétrica

A prevenção da violência obstétrica, tão comum na rotina dos serviços de saúde, é um dos grandes objetivos do plano de parto. Conforme já mencionado nesse trabalho, a mulher fica em diversos momentos sujeita a ações fragmentadas, sem humanização e com exposição a procedimentos e situações desnecessárias.

A esse respeito o depoimento das participantes mostra conhecer seus direitos e ter a possibilidade de se expressar faz diferença no processo de cuidado:

A única coisa que foi diferente é que eles colocaram uma sonda na minha vagina para poder segurar a urina. Isso foi incomodativo, a única coisa foi isso, a sonda. E isso foi na hora do parto. Das outras vezes não fizeram isso comigo. Aí eu achei estranho e perguntei por que iam colocar (G3).

Quando meu bebê nasceu, eles (profissionais) só me mostraram por cima do pano e já levaram ele. Aí eu perguntei se eu podia ficar com ele, em contato comigo. Eles me disseram que como ele tinha nascido antes da hora, não podia, mas que ele estava bem e que já ia ficar comigo (G6)

Eu cheguei lá 12:00 horas sem almoço, eu e meu marido. E eles (profissionais) não me deixaram em jejum. Ainda bem! Porque eu sabia que não precisava ficar com fome para ganhar (G5)

Observou-se que a construção do plano de parto possibilitou um olhar diferenciado das gestantes frente aos procedimentos que poderiam acontecer e deu autonomia e liberdade para que as mesmas perguntassem sobre o que fosse desconhecido para elas.

Além disso, essa sem dúvida é uma maneira de promover a reflexão dos profissionais para sua postura e de certa forma evitar a violência obstétrica:

A enfermeira estava muito nervosa. Chegou grosseira e errou minhas veias várias vezes. Mas aí depois ela viu que estava errada e me pediu desculpas (G5).

Qualquer postura que caracterize falta de respeito e limitação do direito de a mulher vivenciar aquele momento com segurança deve ser evitada.

A violência obstétrica geralmente acontece pela falta de autonomia da gestante e concentração do saber nos profissionais de saúde. Isso foi construído culturalmente e a mulher foi colocada em uma posição de submissão, o que traz a angústia de não poder ter voz nesse período do parto. É notória a importância do plano de parto e de ser trabalhado durante todo o período gestacional com a parturiente como protagonista de todo o processo (MOURA *et al.*, 2018; PEREIRA, *et al.*, 2019).

Foi possível notar que a maioria das mulheres, a partir da construção do plano de parto, conseguiram assimilar o que foi discutido e se empoderaram para se posicionar frente às situações que foram acontecendo. Por tudo isso esse é considerado um instrumento de grande valia no empoderamento da mulher, na garantia dos seus direitos e da prevenção da violência obstétrica.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo permitiu observar que a construção do plano de parto com a gestante durante o pré-natal, com abordagem da violência obstétrica, interfere positivamente na qualidade do parto.

O pressuposto de que a partir do momento que as gestantes tivessem mais conhecimento acerca dos seus direitos, incluindo a assistência humanizada, a promoção da autonomia e a prevenção da violência obstétrica por meio do Plano de Parto, estariam mais empoderadas e problemas poderiam ser evitados foi confirmado.

Foi possível perceber que a construção do plano de parto ameniza medos, anseios e dúvidas presentes no período gestacional, potencializando a resolução dessas vulnerabilidades. Notou-se também que um bom acompanhamento durante o pré-natal tem estrita relação com o empoderamento da mulher e com o conhecimento que ela leva para a maternidade, o que facilita sua tomada de decisão, participação no processo do parto e identificação de sintomas de violência obstétrica.

Algumas limitações do estudo foram trabalhar somente com gestantes que estavam no terceiro trimestre de gestação, tendo em vista o tempo de realização da pesquisa e objetivo de avaliar como foi a assistência ao parto e ainda a indisponibilidade de uma das participantes para a realização da entrevista no puerpério. Sugere-se novas discussões e estudos sobre o tema, com abordagem da mulher durante todo o período gravídico, para que todas as suas necessidades sejam abordadas.

REFERÊNCIAS

ALVARENGA, S. P.; KALIL, J. H. Violência Obstétrica: como o mito “parirás com dor” afeta a mulher brasileira. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**. Três Corações, v. 14, n. 2, p. 641-649, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.5892/ruvrd.v14i2.2755>. Acesso em: 20 de março de 2020.

ANDRADE, S. M; STEFANO, S. R; ZAMPIER, M. Metodologia de pesquisa, 2017. Disponível em: <http://www2.unicentro.br/lmqqa/files/2017/03/ANDRADE2c-STEFANO-ZAMPIER-Metodologia-de-Pesquisa-1-1.pdf>. Acesso em: 23 de abril de 2020.

ASSUNÇÃO, C. S.; RIZZO, E. R.; SANTOS, M. E.; BASÍLIO, M. D.; MESSIAS, C. M.; CARVALHO, J. B. O Enfermeiro no Pré-Natal: Expectativas de Gestantes. **Rev. pesqui. cuid. fundam.** (Online); [S.l.], v. 11, n. 3, p. 576-581, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v11.6585>. Acesso em 26 de março de 2020.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**, 2016. Disponível em: <https://madmunifacs.files.wordpress.com/2016/08/anc3a1lise-de-contec3bado-laurence-bardin.pdf>. Acesso em: 23 de abril de 2020.

BRASIL. Lei nº 11.108, 07 de abril de 2005. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, pag.1 08 mar. 2005. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111108.htm Acesso em: 16 de abril de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde, 2002. **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Disponível em: <http://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/04/14142032-relatorio-mundial-sobre-violencia-e-saude.pdf>. Acesso em 15 de abril de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde, 2014. Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_por.pdf;jsessionid=3006C0B5EA3D97D78F939384CC7E97C6?sequence=3. Acesso em: 15 de abril de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde, 2014. Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_por.pdf;jsessionid=3006C0B5EA3D97D78F939384CC7E97C6?sequence=3. Acesso em: 15 de abril de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde, 2017. **Diretrizes Nacionais De Assistência Ao Parto Normal**. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf. Acesso em: 18 de março de 2020.

BRASIL. Ministério Da Saúde, 2017. Política Nacional da Atenção Básica (PNAB). Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 14 de março de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2013/06_jun_14_publicada_resolucao.html. Acesso em: 20 de abril de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016**. Dispõe sobre os princípios éticos das pesquisas em ciências humanas e sociais. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, 24 mai. 2016. Seção 1. p. 44-46. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acesso em: 20 de abril de 2020.

BRASIL. Organização Mundial da Saúde, 2016. **Recomendações da OMS sobre cuidados pré-natais para uma experiência positiva na gravidez**. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250800/WHO-RHR-16.12_por.pdf;jsessionid=ED92FC29079436FEE7236D66628D6D27?sequence=2 Acesso em: 16 de setembro de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 580, de 22 de março de 2018**. Regulamentar o disposto no item XIII.4 da Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012, que estabelece que as especificidades éticas das pesquisas de interesse

estratégico para o Sistema Único de Saúde (SUS) serão contempladas em Resolução Específica, e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, 16 jul. 2018. Seção 1. p. 44-46. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso580.pdf>. Acesso em: 20 de abril de 2020

CÂMARA, Rosana Hoffman. Análise de conteúdo: da teoria à prática em pesquisas sociais aplicadas às organizações. **Revista Interinstitucional de Psicologia**. 6 (2), jul - dez, 2013,179-191. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/gerais/v6n2/v6n2a03.pdf>. Acesso em: 23 de abril de 2020.

CASSIANO, A. N.; SANTOS, M. G.; SANTOS, F. A. P. S.; HOLANDA, C. S. M.; LEITE, J. B. C.; MARANHÃO, T. M. O.; ENDERS, B. C. Expressões da violência institucionalizada ao parto: uma revisão integrativa. **Rev Electrónica trimestral de Enfermería**. 2016. Disponível em: http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v15n44/pt_revisiones5.pdf. Acesso em: 15 de março de 2020.

CÔRTEZ, C. T.; OLIVEIRA, S. M. J. V.; SANTOS, R. C. S.; FRANCISCO, A. A.; RIESCO, M. L. G.; SHIMODA, G. T. Implementação das práticas baseadas em evidências na assistência ao parto normal. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** 2018;26:e2988. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2177.2988>. Acesso em 15 de abril de 2020.

COSTA, P. C. P; GARCIA, A. P. R; TOLEDO, V. P. Acolhimento e cuidado de enfermagem: um estudo fenomenológico. **Texto Contexto Enferm**. 2016; 25(1). DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016004550014>. Acesso em: 14 de abril de 2020.

FREITAS, N. A.; PINTO, R. A.; MENDONÇA, G. M.; SILVA, M. R. F. S. Intimidade e Vínculo nas práticas de cuidado na ESF: Enlace entre o binômio mãe-filho mediante a estratégia de abordagem grupal desenvolvida na Residência Multiprofissional em Saúde. **Tempus, actas de saúde colet, Brasília**, 10(4), 25-37, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.18569/tempus.v11i1.2005>. Acesso em: 27 de março de 2020.

JARDIM, D. M. B; MODENA, C. M, A violência obstétrica no cotidiano assistencial e suas características. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 2018;26:e 3069. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2450.3069>. Acesso em: 26 de março de 2020.

JARDIM, M. J. A.; SILVA, A. S., FONSECA, L. M. B. Contribuições do Enfermeiro no Pré-Natal para a Conquista do Empoderamento da Gestante. **Rev Fund Care Online**.2019.11(n. esp):432-440. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i2.432-440>. Acesso em: 30 de setembro de 2020.

LANSKY, S.; SOUZA, K. V.; PEIXOTO, E. R. M.; OLIVEIRA, B. J.; DINIZ, C. S. G.; VIEIRA, N. F.; CUNHA, R. O.; FRICHE, A. A. L. Violência obstétrica: influência da Exposição Sentidos do Nascer na vivência das gestantes. **Ciência & Saúde Coletiva**, 24(8):2811-2823, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018248.30102017>. Acesso em 21 de maio de 2020.

MARTINS, A. C.; BARROS, G. M. Parirás na dor? Revisão integrativa da violência obstétrica em unidades públicas brasileiras. **Rev Dor. São Paulo**, 2016 jul-set;17(3):215-8. DOI: <https://doi.org/10.5935/1806-0013.20160074>. Acesso em: 26 de março de 2020.

MEDEIROS, R. M. K.; FIGUEIREDO, G.; CORREA, A. C. P.; BARBIERI, M. Repercussões da utilização do plano de parto no processo de parturição. **Rev. Gaúcha Enferm.** vol.40 Porto Alegre, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180233>. Acesso em: 26 de março de 2020.

MELO, D. S. A.; SILVA, J. M. O.; SANTOS, A. A.; SANCHES, M. E. T. L.; CAVALCANTE, K. O. R.; JACINTHO, K. S. Percepção Da Mulher Quanto À Assistência Ao Parto. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, 10(Supl. 2):814-20, 2016. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v10i2a11024p814-820-2016>. Acesso em: 19 de março de 2020.

MENDES, R. B.; SANTOS, J. M. J.; PRADO, D. S.; GURGEL, R. Q.; BEZERRA, F. D.; GURGEL, R. Q. Avaliação da qualidade do pré-natal a partir das recomendações do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. **Ciênc. saúde coletiva** vol.25 no.3 Rio de Janeiro, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020253.13182018>. Acesso em: 27 de março de 2020.

MOURA. R. C. M.; PEREIRA, T. F.; REBOUÇAS, F. J.; COSTA, C. M.; LERNADES, A. M. G.; SILVA, L. K. A.; ROCHA, K. M. M. Cuidados de enfermagem na prevenção da violência obstétrica. **Enferm. Foco**; 9 (4): 60-65. 2018. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1333>. Acesso em: 25 de março de 2020.

MOUTA, R. J. O.; SILVA, T. M. A.; MELO, P. T. S.; LOPES, N. S.; MOREIRA, V. A. de parto como estratégia de empoderamento feminino. **Rev baiana enferm.** 2017;31(4):e20275. DOI: 10.18471/rbe.v31i4.20275. Acesso em: 02 de outubro.

NARCHI, N. Z.; VENÂNCIO, K. C. M. P.; FERREIRA, F. M.; VIEIRA, J. R. O plano individual de parto como estratégia de ensino-aprendizagem das boas práticas de atenção obstétrica. **Rev Esc Enferm USP** · 2019;53:e03518, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2018009103518>. Acesso em 26 de março de 2020.

OLIVEIRA, M. S. S.; ROCHA, V. S. C.; ARRAIS, T. M. S. N.; ALVES, S. M.; MARQUES, A. A.; OLIVEIRA, D. R.; SANTANA, M. D. R. Vivências de violência obstétrica experimentadas por parturientes. **ABCS Health Sci.** 2019; 44(2):114-119 2019. DOI: <https://doi.org/10.7322/abcshs.v44i2.1188>. Acesso em: 20 de março de 2020.

OLIVEIRA, V. J; PENNA, C. M. M. O discurso da violência obstétrica na voz das mulheres e dos profissionais de saúde. **Texto Contexto Enferm.** DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017006500015>. Acesso em 14 de abril 2020.

PARAOPEBA. Relatório de Gestão 2017-2020. Paraopeba, 2017.

PEREIRA, L. R.; RODRIGUES, G. M. M.; FERREIRA, E. S.; BARROS, I. N. M.; SIQUEIRA, L. S. Parto normal e intervenções ocorridas em uma maternidade pública. **Rev baiana enferm.** 2019;33:e-32631. DOI 10.18471/rbe.v33.3263. Acesso em: 20 de outubro de 2020.

REIS, T. L. R.; PADOIN, S, M, M.; TOEBE, T. R. P.; PAULA, C. C.; QUADROS, J. S. Autonomia feminina no processo de parto e nascimento: revisão integrativa da literatura. **Rev Gaúcha Enferm.** 2017 mar;38(1):e64677. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.01.64677>. Acesso em: 24 de outubro de 2020.

ROCHA, A. C; ANDRADE, G. S. Atenção da equipe de enfermagem durante o pré-natal: percepção das gestantes atendidas na rede básica de Itapuranga – go em diferentes contextos sociais. **Revista Enfermagem Contemporânea.** 2017 Abril;6(1):30-41. DOI: <http://dx.doi.org/10.17267/2317-3378rec.v6i1.1153>. Acesso em 16 de abril de 2020.

RODRIGUES, D. P.; ALVES, V. H.; VIEIRA, S. R.; LEÃO, D. C. M. R.; PAULA, E.; PIMENTEL, M. M. A violência obstétrica no contexto do parto e nascimento. **Rev enferm UFPE on line.** Recife, 12(1):236-46, jan., 2018. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i01a23523p236-246-2018>. Acesso em 18 de abril de 2020.

SALIMENA, A. M. O.; PAULA, M. B. M.; SOUZA, I. E. O.; QUEIROZ, A. B. A.; AMORIM, T. V.; MELO, M. C. S. C. Trabalho de parto e o parto: compreensão de mulheres e desvelamento da solicitude como possibilidade assistencial. **Rev Min Enferm.** 2019;23:e-1201, 2019. DOI: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20190049>. Acesso em: 27 de março de 2020.

SILVA, A. H; FOSSÁ, M. I. T. Análise de conteúdo: exemplo de aplicação da técnica para análise de dados qualitativos. **Qualit@s Revista Eletrônica,** 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.18391/qualitas.v16i1.2113>. Acesso em: 26 de março de 2020.

SILVA, L. C. C.; CUNHA, E. F. C.; KAPPLER, S. R. Percepção de mulheres sobre o parto e o papel da doula. **Psic. Rev. São Paulo,** volume 27, n. 2, 357-376, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.23925/2594-3871.2018v27i2p357-376>. Acesso em: 02 de outubro de 2020.

SILVA, A. S; SERRA, M. C. M. Uma imposição social de dor para além da dor do parto: violência obstétrica como violência de gênero. **Revista Libertas.** 2018. Direito UFOP, Ouro Preto, v. 4, n. 1, pp. 67-84. Disponível em: <https://www.periodicos.ufop.br/pp/index.php/libertas/article/view/1685/3173> Acesso em: 27 de março de 2020.

SILVA, F. M.; SILVA, M. L.; ARAUJO, F. N. F. Sentimentos Causados pela Violência Obstétrica em Mulheres de Município do Nordeste Brasileiro. **Rev Pre Infec e Saúde**.2017;3(4):25-34. DOI: <https://doi.org/10.26694/repis.v3i4.6924>. Acesso em 16 de abril de 2020.

SOUZA, M. A. R.; WALL, M. L.; THULER, A. C. M. C.; SOUZA, S. R. K. Pré-natal como facilitador na participação do acompanhante no processo de trabalho de parto e parto. *Rev Fun Care Online*. 2020 jan/dez; 12:197-202. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v12.7201>. Acesso em 30 de setembro de 2020.

SOUSA, A. M. M.; SOUZA, K. V.; REZENDE, E. M.; MARTINS, E. F.; CAMPOS, D.; LANSKY, S. Práticas na assistência ao parto em maternidades com inserção de enfermeiras obstétricas, em Belo Horizonte, Minas Gerais. **Esc Anna Nery** 2016;20(2):324-331. DOI: 10.5935/1414-8145.20160044. Acesso em 20 de outubro de 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience**. Geneva, 2018. ISBN 978-92-4-155021-5. Disponível em: <<https://www.who.int/publications-detail/9789241550215>>. Acesso em: 15 de abril de 2020.

ZANARDO, G. L. P.; URIBE, M. C.; NADAL, A. H. R.; HABIGZANG, L. F. Violência Obstétrica No Brasil: Uma Revisão Narrativa. **Psicol. Soc. [online]**. 2017, vol.29, e155043, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2017v29i155043>. Acesso em: 17 de março de 2020.