



UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

SARAH BIANCA TRINDADE

**O PLANO DE PARTO COMO TECNOLOGIA LEVE PARA REDUÇÃO DA
VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA INSTITUCIONAL EM UMA MATERNIDADE
PÚBLICA**

MACAPÁ

2022

SARAH BIANCA TRINDADE

**O PLANO DE PARTO COMO TECNOLOGIA LEVE PARA REDUÇÃO DA
VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA INSTITUCIONAL EM UMA MATERNIDADE
PÚBLICA**

Trabalho de Conclusão de Curso, formato de artigo
apresentado como requisito avaliativo do curso de
Bacharelado em Enfermagem, da Universidade Federal do
Amapá, sob orientação da Prof.^a Dr.^a Nely Dayse Santos da
Mata.

MACAPÁ

2022

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Biblioteca Central/UNIFAP-Macapá-AP
Elaborado por Mário das Graças Carvalho Lima Júnior – CRB-2 / 1451

T833 Trindade, Sarah Bianca.

O plano de parto como tecnologia leve para redução da violência obstétrica institucional em uma maternidade pública / Sarah Bianca Trindade. Macapá, - 2023.

1 recurso eletrônico. 19 folhas.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade Federal do Amapá, Coordenação do Curso de Enfermagem, Macapá, 2023.

Orientadora: Nely Dayse Santos da Mata .

Modo de acesso: World Wide Web.

Formato de arquivo: Portable Document Format (PDF).

1. Adolescente. 2. Plano de parto. 3. Tecnologia leve. I. Mata, Nely Dayse Santos da, orientadora. II. Universidade Federal do Amapá . III. Título.

CDD 23. ed. – 610.73

TRINDADE, Sarah Bianca. **O plano de parto como tecnologia leve para redução da violência obstétrica institucional em uma maternidade pública.** Orientador: Nely Dayse Santos da Mata. 2023. 19 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Coordenação do Curso de Enfermagem. Universidade Federal do Amapá , Macapá, 2023.

**O PLANO DE PARTO COMO TECNOLOGIA LEVE PARA REDUÇÃO DA
VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA INSTITUCIONAL EM UMA MATERNIDADE
PÚBLICA**

Esta pesquisa foi avaliada e julgada adequada para qualificação em formato de artigo pelo
Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal do Amapá.

Data de Avaliação: __06__/_11__/_2022.

Orientadora

Prof.^a Dr.^a. Nely Dayse Santos da Mata.

BANCA EXAMINADORA:

Prof.^a. Dra. Luzilena de Sousa Prudêncio

AVALIADORA/UNIFAP

Prof.^a Ms. Camila Rodrigues Barbosa Nemer

AVALIADORA/UNIFAP

MACAPÁ

2022

O PLANO DE PARTO COMO TECNOLOGIA LEVE PARA REDUÇÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA INSTITUCIONAL EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA

Sarah Bianca da Trindade¹

Nely Dayse Santos da Mata²

¹Graduanda do curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal do Amapá, contato: (96) 99104-1514, e-mail: garotaamarga@gmail.com; ²Enfermeira docente do curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal do Amapá. Doutora em Ciências pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – EEUSP, contato: (96) 98106-0008, e-mail: nelydsmata@gmail.com.

RESUMO

INTRODUÇÃO: o termo “violência obstétrica” está associado à violação de direitos humanos das mulheres, sendo reconhecido como questão de saúde pública pela Organização Mundial da Saúde (OMS). O plano de parto contribui para o empoderamento e incentivo à autonomia das mulheres a fim de torná-las protagonistas do seu processo parturitivo, exercendo o poder de decisão informada. **OBJETIVO:** analisar o plano de parto como tecnologia leve na redução da violência obstétrica institucional. **MÉTODO:** é um estudo descritivo e exploratório com abordagem qualitativa. O cenário do estudo ocorreu no município de Macapá, capital do Amapá/Brasil, na unidade básica de saúde da Universidade Federal do Amapá. Foram entrevistadas nove mães adolescentes, no período de julho a setembro do ano em curso. O instrumento de coleta foi entrevista semiestruturada e análise utilizou-se a análise categorial de Bardin. O presente estudo é uma extensão da Iniciação Científica-IC, sob o título: “Plano de parto como estratégia de prevenção da violência obstétrica em época de pandemia por covid-19”, onde tem por finalidade a construção do plano de parto durante o pré-natal e que fazem parte do grupo de estudos e pesquisa materno infantil-GEPMI. **RESULTADO E DISCUSSÃO:** o perfil, das participantes, predominou entre 15 a 19 anos de idade e seu estado civil, 4 (44,4%) são solteiras e 4 (44,4%) declararam união estável. A escolaridade, 66,6% afirmaram ter o 2º grau incompleto. Quanto a autodeclaração de cor, afirmaram ser parda 66,6% e 22,2% cor branca e 11,1% preta. A ocupação, 55,5% relatam ser do lar. Em relação à moradia 66,6 % relataram que moram em casas de madeira, 45,6% em área de ressaca, 88,9% possuem água encanada e todas possuem serviço de coleta de lixo. Emergiram dos relatos três categorias, sendo elas: 1º - Mães adolescentes que reconhecem o que é violência obstétrica, 2º - Plano de parto sob as lentes das adolescentes, 3º - Plano de parto: estratégia que fortalece a diminuição das violências obstétricas. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** quanto ao plano de parto, ser uma tecnologia leve que contribui para redução da violência obstétrica é notório nas narrativas das participantes nos momentos em que elas se empoderaram do seu corpo, se sentem seguras em decidir e comandar seu processo de parturição, e com isso os profissionais de saúde, acabam por perceber que ali está uma

mulher que recebeu informações que ajudará no processo parto e nascimento, logo, o estudo comprova que o plano de parto reduz a violência obstétrica institucional.

Palavras-chave: Adolescente. Plano de parto. Tecnologia leve. Violência obstétrica.

INTRODUÇÃO

O termo “violência obstétrica” está associado à violação de direitos humanos das mulheres, sendo reconhecido como questão de saúde pública pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Os maus-tratos e as violências sofridos no parto configuram-se como práticas generalizadas, em sistemas de saúde de diversos países, e dizem respeito a condições de risco, abusos e descasos, como por exemplo, o uso excessivo de medicalização no processo natural de parir, tem sido apontado como uma prática cotidiana, caracterizando violência obstétrica, desrespeito/abuso, impetrado pelos profissionais de saúde (LAMY *et al.*, 2021).

Evidenciou-se a institucionalização do parto em ambientes hospitalares e, até meados do século XIX, a gravidez e o parto eram acontecimentos na esfera privada, compartilhados pelas mulheres nos espaços domésticos. A medicalização do parto e da gravidez transformou esses eventos em objetos de conhecimento e prática médica. Em outras palavras, em pouco mais de um século, o parto deixou de ser uma experiência do âmbito doméstico e íntimo, compartilhado entre as mulheres, para ser conduzido medicamente, institucionalizado no hospital e regulado pela prática de políticas públicas (SANTOS *et al.*, 2019).

Adicionalmente, as feministas levantaram críticas ao domínio masculino sobre os corpos das mulheres e ao interesse da medicina no controle da sexualidade e da reprodução. Sendo contrárias a um modelo de assistência que limita as decisões da mulher, reduzindo-a a um corpo passivo. Dessa maneira, termo “violência obstétrica”, advindo do movimento de mulheres, atualmente é usado para tipificar e agrupar formas variadas de violência, agressões e omissões praticadas na gestação, no parto, no puerpério e no atendimento às situações de abortamento (LIMA.; PIMENTEL.; LYRA, 2021).

As expectativas de muitas mulheres para o parto são baseadas em cuidados intervencionistas que têm sido vistos como naturais ou tradicionais. Como resultado, herdou o modelo tecnocrático de atenção ao parto, difundindo a ideia de imobilizar e tornar passiva a mulher durante o parto, ao mesmo tempo em que aceitava a intervenção de profissionais desconhecidos para diminuir o tempo de trabalho de parto. Visto que, a

prática educativa não consegue mudar a cultura da cesárea socialmente construída (OLIVEIRA.; PENNA, 2018).

Em virtude, Lamy *et al.* (2021) enfatiza que o argumento para justificar a adoção de condutas violentas, como expressões pejorativas, ameaças e reprimendas às parturientes, é a necessidade do uso de autoridade para manejar situações corriqueiras do serviço. Chama-se a atenção da importância do termo violência obstétrica quando a violência institucional for praticada na assistência à mulher durante o parto e nascimento.

No mundo, inúmeras mulheres são vítimas de violência obstétrica enquanto estão em trabalho de parto nas instituições de saúde. O termo “violência obstétrica” reúne e relata diversas formas de violência e danos provocados pelo profissional de saúde durante a assistência no pré-natal, parto, puerpério e abortamento. Desta maneira, pode ser determinada como maus-tratos físicos, psicológicos e verbais, ou como práticas intervencionistas desnecessárias (VELOSO *et al.*, 2020).

O conceito de violência obstétrica surgiu na América Latina e na Espanha na década de 2000 como resultado de movimentos ativistas de humanização do parto. Como marco legal, o termo surgiu na Venezuela em 2007, na Argentina em 2009 e no México em 2014, sendo que os agentes de violência obstétrica estão sujeitos a responsabilidade criminal nesses países (KATZ *et al.*, 2020).

No Brasil, embora não haja lei federal específica, existem apenas alguns estados e municípios que conseguiram aprovar leis que tipificam essa prática. O Estado de Santa Catarina promulgou a Lei nº 17.097, de janeiro de 2017, e o Estado de Pernambuco também sancionou a Lei nº 16.499, de dezembro de 2018, que define violência obstétrica como “todo ato praticado por profissionais de saúde, que implique em negligência na assistência, discriminação ou violência verbal, física, psicológica ou sexual contra mulheres gestantes, parturientes e puérperas” (KATZ *et al.*, 2020).

As violências cometidas especificamente contra as mulheres usuárias de serviços de saúde foram classificadas em quatro tipos: negligência, violência verbal, violência física e violência sexual (ANUNCIAÇÃO *et al.*, 2018). A negligência é a omissão dos profissionais para com as parturientes. A violência verbal refere-se ao tratamento rude, ameaças, gritos, repreensão, humilhação e abuso verbal. Já a violência física diz respeito a agressões, procedimentos violentos e sem consentimento, e a violência sexual é caracterizada pelo estupro ou abuso sexual.

Diante disso, a violência obstétrica se configura como uma dimensão da violência institucional, mas também de gênero, destacando que gênero não regula apenas a relação

entre homens e mulheres. Assim, mulheres pobres, negras, adolescentes, sem pré-natal ou sem acompanhante, profissionais do sexo, usuárias de drogas, vivendo em situação de rua ou encarceramento estão mais sujeitas a negligência e omissão de socorro (ANUNCIACÃO *et al.*, 2018).

No Brasil, para cada quatro mulheres, uma mulher vivencia ou já sofreu violência obstétrica. No entanto, com o aumento da violência obstétrica, a luta pela humanização do parto avançou na busca por condições de respeito e dignidade em uma etapa tão importante da vida da mulher. Trata-se de um fenômeno complexo e considerado um problema de saúde pública (BRITO; OLIVEIRA; COSTA, 2020).

A pesquisa Nascer no Brasil mostrou um total de 23.940 puérperas estudadas em diferentes partes do país, das quais apenas 5,6% tiveram parto normal assistido sem qualquer intervenção e 45,5% tiveram cesariana, embora 56,8% tenham sido consideradas de risco habitual. Em relação às intervenções realizadas durante o trabalho de parto, a posição de litotomia (deitada, face para cima, joelhos dobrados) foi utilizada em 92% dos casos; a manobra de Kristeller (aplicação de pressão na parte superior do útero) ocorreu em 37%; e a episiotomia (corte na região do períneo) ocorreu em 56% dos partos (MARQUES, 2020).

Considerando a prevalência de partos hospitalares e o aumento do número de cesarianas registradas no Brasil, bem como o cenário atual das práticas e intervenções descritas, é importante analisar a atenção à gestação e ao parto abrangendo todo o período da consulta pré-natal até a consulta pós-parto. Levar em consideração as informações repassadas às gestantes e seu consentimento (sobre seu estado de saúde, comportamento e procedimentos e seus benefícios e riscos e sua exposição a tais situações) e garantir o direito de ter um parceiro no processo deve ser foco da política de atendimento humanizado (ZANARDO *et al.*, 2017).

A tecnologia é caracterizada como sendo uma forma de conhecimento eticamente relacionada a outras ferramentas de trabalho da enfermagem; está relacionada às escolhas de uso, aos benefícios que servirá e aos meios e fins desejados de uso. Além disso, é um artefato tangível baseado no conhecimento científico que busca os benefícios das condições de saúde, além de seu objetivo de liberar e formar conhecimento (SABINO *et al.*, 2016).

Por conseguinte, as tecnologias em saúde são classificadas em: tecnologias duras, representadas por instrumentos, equipamentos, máquinas permanentes, instalação física, normas e estruturas organizacionais; tecnologias leves-duras com conhecimentos e

saberes estruturados; e as tecnologias leves, manifestadas nas relações humanas, nos processos relacionais, nas comunicações e na forma de gerir o cuidado e os serviços (PRATA *et al.*, 2019).

Haja vista, que consiste em saberes de base relacional que são utilizados no encontro profissional e usuário, para fins de acolhimento, vínculo, comunicação e autonomia. O uso predominante dessas tecnologias condiz com modos de cuidado alicerçados em um modelo assistencial humanizado, pautado no trabalho sensível (PRATA *et al.*, 2019).

As técnicas de enfermagem compreendem um conjunto de conhecimentos, sejam eles científicos ou sistematizados, que requerem a presença humana, objetivam a qualidade de vida, e são representados por condutas de cuidado, consideram questões éticas e processos reflexivos (SABINO *et al.*, 2016).

Por mais de uma década, os autores definiram, analisaram e discutiram as tecnologias leves na área da saúde; no entanto, as mudanças foram lentas e as melhorias foram mínimas. A situação atual das unidades de saúde mostra que, devido aos muitos problemas enfrentados pela assistência primária à saúde, os usuários não têm sido recebidos de forma efetiva (LISBOA.; SANTOS.; LIMA, 2017).

Com base na pesquisa realizada, concluiu-se que a aplicação da tecnologia leve no processo de enfermagem é essencial para uma assistência qualificada e humanizada. Observou-se também que não houve falta de conhecimento técnico nos serviços, mas falta de responsabilidade e interesse na compreensão do usuário sobre seus problemas específicos e coletivos nos diversos serviços por parte dos profissionais (LISBOA.; SANTOS.; LIMA, 2017).

Mediante a isso, com a finalidade de tornar possível a educação em saúde, Trigueiro *et al.* (2021), ressalta que um dos instrumentos que pode auxiliar na educação pré-natal sobre o parto durante a gestação é o plano de parto, que desde 1996 é uma das recomendações da Organização Mundial da Saúde para assistência ao parto normal.

Assim, o plano de parto contribui para o empoderamento e incentivo à autonomia das mulheres a fim de torná-las protagonistas do seu processo parturitivo, exercendo o poder de decisão informada (TRIGUEIRO *et al.*, 2021).

Atrelado a isso, têm-se o conhecimento das tecnologias leves em saúde, que incluem práticas que despontam como ferramenta ideal para suprir a necessidade de uma abordagem diferenciada, pois conferem qualidade às relações interpessoais, pois incluem as tecnologias de relação como acolhimento, vínculo, responsabilização e gestão como

formas de governar processos de trabalho. Uma vez que, esse dispositivo deva superar todas as tecnologias duras no pré-natal para fortalecer conexões, aumentar práticas que priorizem autonomia, responsabilidade compartilhada, culminando no exercício da humanização (VIEIRA, 2016).

O presente estudo é uma extensão da Iniciação Científica-IC “Plano de parto como estratégia de prevenção da violência obstétrica em época de pandemia por covid-19”, onde tem por finalidade a construção do plano de parto durante as consultas de pré-natal, ficando mais voltado para a atenção básica. Logo, este estudo, decorrente das lacunas encontradas, evidenciou a necessidade de se aprofundar no âmbito da atenção hospitalar.

É na assistência hospitalar que ouvimos queixas verbalizadas pelas usuárias ao retornarem à primeira consulta de puerpério. Quanto a redução da violência obstétrica é uma pauta do feminismo, que se caracteriza por um movimento social e político, que luta pela emancipação e empoderamento das mulheres diante do patriarcado, tendo em vista, que muitas práticas que são consideradas violência obstétricas decorrem da falta de conhecimento da usuária em se impor pelos seus direitos, ficando submissa e suscetível a práticas que ferem os direitos humanos.

Diante do exposto, enaltece a relevância do estudo para as mulheres, no sentido de empoderá-las sobre seus direitos, a família, para a sociedade, pulverizando conhecimento fazendo com que eles possam saber seus direitos constitucionais voltados para a saúde, e na formação dos graduandos da área da saúde a possibilidade de desenvolverem um atendimento mais qualificado e respeitoso. Com isso surge a pergunta que norteou o estudo, “O plano de parto como tecnologia leve contribui para a redução da violência obstétrica institucional? ”. Portanto, o objetivo é analisar o plano de parto como tecnologia leve na redução da violência obstétrica institucional.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório com abordagem qualitativa. A pesquisa descritiva, permite abranger, com exatidão, as características de um indivíduo, uma situação, ou um grupo, bem como desvendar a relação entre os eventos, (GIL, 2010). Para Oliveira Júnior (2017), na pesquisa exploratória, o pesquisador busca conhecer de forma mais profunda o assunto abordado. Concentra-se em esclarecer/explorar o campo de conhecimento da inquietação da pesquisa. Quanto a abordagem qualitativa, utiliza-se para estudos com conceitos levantados de formas imensuráveis. E esses conceitos são extraídos de ideias, opiniões de um determinado fato ou problema de pesquisa a ser desvelado (SOARES, 2019).

A pesquisa ocorreu no município de Macapá, capital do Amapá/Brasil. O estado situa-se ao Norte do país e tem como limites a Guiana Francesa ao norte, o Oceano Atlântico ao leste, o Pará ao sul e oeste e o Suriname a noroeste. Possui uma população estimada em 2019 de 845.731 habitantes, sendo a capital, Macapá, com 503.327 habitantes (IBGE, 2019). O cenário do estudo onde foram convidadas as nove participantes foi na unidade de saúde da Universidade Federal do Amapá-UNIFAP, conveniada com a prefeitura da capital do Estado e desenvolve ações voltadas para a atenção primária à saúde.

A coleta de dados ocorreu em julho a setembro de 2022, com as adolescentes primigestas que realizaram o pré-natal por agendamento, com a equipe do grupo de estudos e pesquisas materno infantil-GEPMI, do projeto de pesquisa universitária sob o nome: “Gestar e Parir: o WhatsApp como ferramenta de apoio à promoção da saúde”, vinculado ao curso de Enfermagem da Universidade Federal do Amapá. O grupo é multiprofissional, composto por professores, enfermeiros, acadêmicos de graduação e de residentes em Saúde Coletiva. Quanto ao número de participantes no estudo, levou-se em consideração o método de saturação, quando na abordagem por entrevista não há algo novo, assim como o entendimento do fenômeno não se altera, chega a hora de parar as entrevistas (NASCIMENTO *et al.*, 2017).

A inclusão das participantes, foram: estar realizando pré-natal na Unidade de Saúde da UNIFAP, e que apresentam no mínimo 5 consultas de pré-natal. Serão excluídas da pesquisa, gestantes que apresentarem qualquer sinal e sintoma que possam evoluir para gestação de alto risco. Para a coleta foi utilizado entrevista semiestruturada com perguntas abertas e fechadas, e houve gravação de áudio e transcrição das respostas. A entrevista semiestruturada busca o aprofundamento dos dados por meio das narrativas e enfatizando o confronto para melhor compreensão do referido objeto em estudo (NUNES *et al.*, 2016).

Para a análise utilizou-se a análise de conteúdo, com intuito de obter, por procedimentos sistemáticos, fatores que permitem a inferência de conhecimentos, relativos às condições de produção dessas narrativas (BARDIN, 2015). Essa técnica de análise possui três etapas: a pré-análise, a exploração do material, o tratamento dos resultados e interpretação.

A pré-análise trata-se de uma fase de organização dos dados com o objetivo de constituir o corpus da pesquisa que são documentos a ser submetidos aos procedimentos analíticos. Na etapa exploração do material é o momento da codificação, em que os dados brutos são transformados de forma organizada e agregados em unidades, as quais

necessitam de uma descrição das características pertinentes do conteúdo para que assim os achados brutos tenham significativos e validados. Adicionalmente surgirão as categorias para análise, e a interpretação categorial originários dos dados das entrevistas (BARDIN, 2015).

A pesquisa é pautada na resolução nº 466, de 02 de novembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, que versa sobre a garantia da preservação da dignidade humana dos participantes da pesquisa científica, mantendo os às questões de ordem ética. Dessa forma, respeitando sempre a dignidade, a liberdade e a autonomia do ser humano (BRASIL, 2012). Para manter a privacidade das participantes da pesquisa, as mesmas receberam o código de nomes de pedras preciosas, seguida pelo número ordinal, exemplo: Esmeralda 1, Rubi 2, Safira 3, e assim sucessivamente. O projeto inicial teve a aprovação sob o parecer 4.807.722 do comitê de ética em pesquisa (CEP), da Universidade Federal do Amapá – UNIFAP.

RESULTADO E DISCUSSÃO

Quanto ao perfil socioeconômico das participantes, foram entrevistadas 9 mães adolescentes, na qual a faixa etária variou entre 15 a 19 anos. Informações da Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde indicam que 14% das adolescentes entre 15 e 19 anos já iniciaram a vida reprodutiva, e já são mães, com isso a realidade as colocam na situação de vulnerabilidade aos agravos em saúde sexual, saúde reprodutiva e social (TEIXEIRA *et al.*, 2010).

Quanto ao estado civil, 4 (44,4%) eram solteiras e 4 (44,4%) declararam união estável. O estado solteiro para essas adolescentes, torna-se um problema, haja vista a insegurança no compartilhamento do cuidar do filho, assim como a insegurança econômica. A renda familiar é um indicador de saúde e avalia as diferenças quanto à concentração de renda, e contribui para a estimar a situação socioeconômica da população fazendo com que os menos favorecidos possam ter uma maior atenção de políticas de saúde, educação e proteção social contribuindo para a diminuição de desigualdades (TEIXEIRA *et al.*, 2010).

O grau de escolaridade, predominou-se adolescentes que afirmaram ter o 2º grau incompleto com 66,6%. Em relação a autodeclaração de cor, 66,6% das entrevistadas se declararam como parda, 22,2% como branca e 11,1% preta. Quanto à ocupação, 5 (55,5%) das entrevistadas são donas de casa. Em relação à moradia e suas condições, 66,6 %

relataram que moram em casas de madeira, 45,6% em área de ressaca, 88,9% possuem água encanada e todas possuem serviço de coleta de lixo.

Após análise das entrevistas, surgiram três categorias, sendo elas: 1º - Mães adolescentes que reconhecem o que é violência obstétrica, 2º - Plano de parto sob as lentes das adolescentes, 3º - Plano de parto: estratégia que fortalece a diminuição das violências obstétricas.

Categoria 1 - Mães adolescentes que reconhecem o que é violência obstétrica

A categoria em questão foi construída a partir do questionamento às adolescentes acerca do entendimento sobre a violência obstétrica. Após análise das respostas, foi possível avaliar que a maioria reconhece o que é a violência obstétrica. Em seus relatos, evidenciou-se o conhecimento sobre as práticas realizadas durante o parto que configuram-se como V.O e reconhecem que estas quando praticadas são realizadas sem o consentimento ou necessidade da gestante. As observações descritas estão nos relatos a seguir:

É algo que eu acho que o médico quer fazer no seu corpo e você não permite, ou quando ele nem avisa pra você o que vai fazer. Às vezes acontece isso na maternidade, o médico nem fala, a mulher está sentindo dor e faz o cortezinho (episiotomia). Outra forma é quando a barriga da mulher é apertada (pressiona-se no fundo do útero manobra de Kristeller). (RUBIN)

Eu já ouvi tanta coisa sobre esse assunto, eu já ouvi que tem gente que eles maltratam, estouram a bolsa (membrana amniótica), administram medicamento na veia. (Esmeralda)

Outra situação, foi que presenciei, uma moça que estava tendo bebê, e ela gritava muito, chamando pela mãe dela e o enfermeiro falou assim “na hora de você está lá (ato sexual), você não chamava pelo nome da tua mãe” aí eu achei muito ruim, dele ter falado isso. (Ametista)

Em contrapartida, houveram relatos nos quais as mães adolescentes citaram o desconhecimento completo sobre o que era a V.O.

Não consigo lembrar o que seja, já ouvi falar, mas não sei explicar. (Diamante)

Eu nunca ouvi falar. - (Safira)

Eu não sei, eu não lembro. (Turquesa)

Durante o pré-natal, os profissionais da saúde devem desenvolver a educação em saúde, a fim de fornecer informações às gestantes sobre seu processo gestacional, procedimento que ocorre durante o parto e cuidados pós-parto, dessa forma, estimulando o sentimento de bem-estar e segurança à paciente. Com isso, favorecendo o conhecimento

da gestante acerca de práticas invasivas que se configuram como V.O, pode-se garantir a autonomia e segurança da mulher durante o período de parto, promovendo a prevenção das ocorrências de V.O (COSTA *et al.*, 2020).

No presente estudo, identificou-se que a maioria das primigestas adolescentes reconhecem os atos de V.O e que a realização destas ocorrem sem o consentimento da paciente, tais percepções são pontos positivos que demonstram a disponibilidade de conhecimento sobre o assunto que ocasionalmente podem prevenir os episódios de V.O nesta população.

De acordo com Lansky *et al.* (2019), a violência obstétrica é nivelada e o reconhecimento dessa prática pelas mulheres é complexo, tendo em vista que a não autorização de práticas onde não há consentimento e autonomia para fazer escolhas durante o parto são fatores recentes, os quais não estão consolidados culturalmente na relação dos profissionais e das mulheres. Além disso, a dificuldade na percepção da V.O, geralmente, associa-se ao receio das gestantes em questionar práticas de assistência realizadas na manipulação do seu corpo e desconhecimento das necessidades destas ações realizadas (VIEIRA *et al.*, 2020).

O grupo de gestantes adolescentes levantam a necessidade de um atendimento individual pelos profissionais da saúde, tendo em vista que estes por fatores inerentes a faixa etária possui uma maior sensação de insegurança diante dos momentos de assistência a sua gestação (SCHMIDT, 2021). Os achados científicos contribuem para a compreensão dos fatores que podem interferir no desconhecimento da V.O pelas primigestas adolescentes.

Categoria 2 - Plano de parto sob as lentes das adolescentes

Em seus relatos, foi possível identificar que as adolescentes compreendem o plano de parto como instrumento que auxilia na compreensão do processo de parto e seu planejamento. Além disso, citaram que o plano de parto fornece segurança e contribuiu para redução do medo e ansiedade, além de fornecer informações sobre seus direitos e como deve se comportar no momento do parto. As percepções descritas estão a seguir:

Eu sou mãe de primeira viagem, eu não sabia nada. Então, eles iriam fazer o que quisessem comigo lá. Então ele me ajudou bastante. Ele me ajudou na maternidade, para saber como eu tinha que agir nas horas que eu precisasse de alguma coisa, ou, se eu tinha direito de alguma coisa. (Rubi)
É um plano que a gente faz de como quer que seja o parto, como a gente planeja. (Opala)

Eu nunca tinha ouvido falar anteriormente no plano de parto, por exemplo, eu era muito ansiosa quando engravidei e fiquei com muito medo, ele pode ajudar a reduzir isso. (Ametista)

Eu me senti bem porque consegui fazer algumas coisas dele, mas me senti ainda melhor porque consegui planejar o meu parto. (Turquesa)

Eu nunca tinha ouvido falar, até o dia em que nós montamos e eu senti mais segurança na hora, já que ele serviu para me informar de como seria a minha experiência, para não me maltratarem e eu ter um direito. (Esmeralda)

Eu não tinha ouvido falar antes do grupo (Pré-natal), e ajuda bastante a gente ter uma noção de como vai ser o parto. (Jade)

A construção do plano de parto tem como finalidade orientar a gestante acerca de aspectos da gestação, procedimentos invasivos e desnecessários, o trabalho de parto e os seus direitos de escolha durante esse momento, o que faz do plano de parto uma ferramenta de suma importância para a assistência da gestante, favorecendo o desempenho da assistência obstétrica (COSTA *et al.*, 2020).

O plano de parto constitui-se como uma das tecnologias não invasivas para o processo de parto, tendo em vista que proporciona confiança, segurança e impulsiona o conhecimento da gestante acerca de seu corpo, os quais estão envolvidos no processo de parturição (PORTELA.; HOLANDA.; ALBUQUERQUE, 2020).

Na pesquisa científica feita por Barhart et al. (2022), onde buscou-se identificar se puérperas tiveram acesso ao PP, evidenciou-se que mais de 75% das mulheres do estudo relataram não conhecer o plano de parto. De acordo com o autor, tais resultados ocasionam a ausência de empoderamento e impedimento do exercício dos direitos da mulher gestante, refletindo na ocorrência do uso de técnicas desnecessárias e a vivência negativa do parto.

Dessa forma, nota-se a importância da construção do plano de parto durante a assistência ao pré-natal, haja vista que este procedimento de elaboração envolvendo o profissional da saúde e a mulher, proporciona a legitimação e conhecimento dos direitos das gestantes, além de proporcionar uma vivência positiva do processo de parturição.

Categoria 3 - Plano de parto: estratégias que fortalece a diminuição das violências obstétricas

É notório que a construção do plano de parto onde a mulher planeja com antecedência como será a chegada do seu filho, ocorre a diminuição da ansiedade, o empoderamento sobre seu corpo, sente segurança e respeito pela equipe de saúde, assim como, desperta nos

profissionais a reflexão das suas atitudes diante do cuidado, como observa-se nos relatos seguintes das parturientes.

Eu apresentei o plano de parto na maternidade. Só que não deu para minha mãe entrar comigo, só podia entrar acompanhante para as mães de 14 anos. Esperamos a assistente social chegar para resolver, pois eu queria minha mãe lá comigo. Eu informei na recepção que era um direito meu, daí ela entrou comigo. Mas em relação ao plano de parto eu apliquei quase tudo, eu consegui ter um parto sóbrio, com quarto com menos luz (penumbra) ter alimentação leve, beber água durante o trabalho de parto. Consegui parir naquela posição deitada de lado e levantando a perna (lateralizada), a minha bolsa se rompeu sozinha, foi maravilhoso, a forma como planejei. (Rubi)

Minha acompanhante foi a minha irmã e ela participou de todo o processo de parto, eu coloquei em prática do plano de parto, foram as posições, eu fiquei de cócoras e de quatro (quatro apoios), tive acesso a água (ingesta de líquidos); e caminhei durante trabalho de parto. (Esmeralda)

Me encaminharam para o centro de parto e eu fiquei esperando até a hora do nascimento, nesse intervalo eu tomei banho de chuveiro e minha acompanhante que foi a minha mãe, fez massagem relaxante e caminhamos pelo corredor, até o meu bebe nascer. A equipe foi muito respeitosa, não sei se foi o papel que levei (plano de parto). (Diamante)

Segundo o estudo de Narchi *et al.* (2019) o plano de parto é considerado potencializador da autonomia e protagonismo da mulher. Portanto, o cuidado edificado de forma conjunta entre profissionais e de mulheres, a assistência é pautada nos direitos legais e em fundamentos científicos. A mulher deixa de ser passiva no processo de parturição 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 na elaboração do plano de parto que tenham conhecimento do que pode ou não intervir e que algumas situações poderão ser conduzidas de acordo com o quadro clínico apresentado (OLIVEIRA E RESENDE, 2018). São necessários esses esclarecimentos para que ela e seu acompanhante, compreendam as condutas e não as considerem como violência obstétrica.

A importância do plano de parto relaciona-se ainda ao princípio bioético de autonomia, uma vez que a mulher tem autonomia sobre o seu trabalho de parto e parto, já que se constitui um instrumento para a preparação desse momento capaz de diminuir os medos com base na informação e comunicação, constituindo um processo de de um efeito positivo sobre a satisfação (SUÁREZ *et al.*, 2015). O mesmo autor afirma ser o plano de

parto o eixo da relação clínica estabelecida entre as mulheres grávidas e o profissional, servindo de norte durante o cuidado no processo de parturição.

Em um estudo realizado em hospitais em Andaluzia (Espanha), a janeiro de 2009 e janeiro de 2013, nos registros médicos de 178 mulheres, teve como resultado foi de que à medida que era atendido os planos de parto, aumentou o número de partos vaginais, escores de Apgar e as pontuações no PH do cordão umbilical (LOPEZOSA.; MAESTRE.; BORREGO, 2017).

Portanto, para a humanização da assistência ao parto, diminuição à violência, devem-se garantir mecanismos para que a pessoa assuma a posição de protagonista do parto, respeitando a sua autonomia e garantindo o acesso às informações adequadas à condução deste momento pela parturiente. Dentre estes meios, encontra-se o plano de parto.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo identificou o perfil socioeconômico dessas mulheres adolescentes permanecem nos grupos vulneráveis, assim como continuam assumindo sozinhas a responsabilidade de gerar, parir e criar seus filhos, como vimos nessa pesquisa, a metade continua solteira e sem trabalho remunerado, porque trabalho elas têm, pois são do lar. E mesmo com o segundo grau incompleto, não finalizam o ciclo escolar importante para o mercado de trabalho. A vulnerabilidade econômica dessas adolescentes, as tornam depende de ajudas governamentais para sua sobrevivência e de sua família, pois com a chegada de seu filho aumenta as preocupações, medo e ansiedade.

Quanto ao plano de parto como uma tecnologia leve é notório nas narrativas das participantes os momentos que elas se empoderam, se sentem seguras em decidir e comandar seu processo de parturição, e com isso a violência obstétrica tendem a diminuir, pois os profissionais de saúde, acabam por perceber que ali está uma mulher que recebeu informações que ajudará no processo parto e nascimento.

A contribuição desse estudo, foi trabalhar a construção do plano de parto delas uma vez que a maioria não tinha conhecimento dessa ferramenta, algumas tinham ouvido falar, porém a pesquisa oportunizou a emersão das participantes nesse universo que é o plano do seu próprio parto. Destacamos ainda que um dos frutos desse estudo é a implantação do plano de parto extra grupo de pesquisa a outros profissionais que atendem pré-natal na unidade de saúde da Universidade Federal do Amapá. O estudo atingiu seu objetivo, e deixa como continuidade para outras pesquisas, a necessidade de investigação com mulheres de outras faixas etárias.

REFERÊNCIAS

- ANUNCIACÃO, P. S. et al. “Revés de um parto”: relatos de mulheres que perderam o filho no período neonatal. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, ed. 12, p. 1-11, 7 jan. 2019. DOI: 10.1590/0102-311X00190517. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/frb87VhC9jjTYn6ZZtbNFfg/?lang=pt#ModalArticles>. Acesso em: 1 jan. 2022.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 7.ed. Lisboa: Edições 70, 2015.
- BARHART, J. B. et al. Desconhecimento e falta de acesso de gestantes ao Plano de parto. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 10, p. 1-10, 2022. Disponível em: <file:///C:/Users/Gabriel/Downloads/32506-Article-367029-1-10-20220726.pdf>. Acesso em: 24 nov. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 02 jun. 2022.
- BRITO, C. M. C. de; OLIVEIRA, A. C. G. de A.; COSTA, A. P. C. de A. Violência obstétrica e os direitos da parturiente: o olhar do Poder Judiciário brasileiro. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, [S. l.], v. 9, n. 1, p. 120–140, 2020. DOI: 10.17566/ciads.v9i1.604. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/604>. Acesso em: 27 jan. 2022.
- COSTA, N. S. **Construção e elaboração de um modelo de plano de parto a partir da percepção das gestantes**. Orientador (a): Efigênia Aparecida Maciel de Freitas. 2020. Especialização (Enfermagem Obstétrica) - Universidade Federal de Uberlândia, 2020. Disponível em: <https://repositorio.ufu.br/handle/123456789/31662>. Acesso em: 17 nov. 2022.
- COSTA, N. Y. et al. O pré-natal como estratégia de prevenção a violência obstétrica. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 12, n. 2, p. 1-5, 2020. DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e4929.2020>. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/4929>. Acesso em: 26 nov. 2022.
- IBGE- Instituto Brasileiro de geografia e Estatística. 2019. Acesso: https://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2019/estimativa_dou_2019.pdf
- GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2010.
- KATZ, L. et al. Quem tem medo da violência obstétrica?. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife- PE, v. 20, ed. 2, p. 627-631, 5 ago. 2020. DOI 10.1590/1806-93042020000200017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/RDwVm7ZV3DksbRBsKLBwXjw/?lang=pt#>. Acesso em: 3 fev. 2022.
- LANSKY, S. et al. Violência obstétrica: influência da Exposição Sentidos do Nascer na vivência das gestantes. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 8, p. 2811-2823, 2019. DOI: 10.1590/1413-81232018248.30102017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/66HQ4XT7qFN36JqPKNCPrjj/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 24 nov. 2022.
- LAMY, Z. C. et al. Atenção ao parto e nascimento em maternidades do Norte e Nordeste brasileiros: percepção de avaliadores da Rede Cegonha. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, ed. 3, p. 951-960, 15 mar. 2021. DOI: 10.1590/1413-81232021263.26572020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/T6PJtHMTDRJpCmwHtJKgvsD/?lang=pt#>. Acesso em: 4 jan. 2022.
- LIMA, K. D.; PIMENTEL, C.; LYRA, T. M. Disparidades raciais: uma análise da violência obstétrica em mulheres negras. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, ed. 3, p. 4909-4918, 15 nov. 2021. DOI: 10.1590/1413-812320212611.3.24242019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/wbq3FqxQH7HmVMYSp7Y9dntq/>. Acesso em: 6 jan 2022.

LISBOA, N. A.; SANTOS, S. F.; LIMA, E. I. A importância das tecnologias leves no processo de cuidar na atenção primária em saúde. **Textura**, v. 10, n. 19, p. 164 - 171, 15 dez. 2017. Disponível em: <https://textura.emnuvens.com.br/textura/article/view/53>. Acesso em: 01 fev 2022.

LOPEZOSA, P. H.; MAESTRE, M. H.; BORREGO, M. A. O cumprimento do plano de parto e sua relação com os resultados maternos e neonatais. **Revista Latino Americana Enfermagem**, v. 25, p. 1-6, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/zKhxQqt9zr3RJn3GPGkhZTp/?lang=pt#>. Acesso em: 27 nov. 2022.

MARQUES, S. B. Violência obstétrica no Brasil: um conceito em construção para a garantia do direito integral à saúde das mulheres. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, [S. l.], v. 9, n. 1, p. 97-119, 2020. DOI: 10.17566/ciads.v9i1.585. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/585>. Acesso em: 27 jan 2022.

NARCHI, N. Z. *et al.* O plano individual de parto como estratégia de ensino aprendizagem das boas práticas de atenção obstétrica. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, v. 53, e03518. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/dNPK3CC4bCn5XKLhRDfnMnm/?lang=pt#>. Acesso em: 24 nov. 2022.

NASCIMENTO, L. C. N. *et al.* Theoretical saturation in qualitative research: an experience report in interview with schoolchildren. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília-DF, v. 71, ed. 1, p. 243-248, 1 jan. 2018. DOI 10.1590/0034-7167-2016-0616. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/SrfhX6q9vTKG5cCRQbTFNwJ/?lang=en#>. Acesso em: 3 fev 2022.

NUNES, G. C. *et al.* Pesquisa científica: conceitos básicos. **ID on line. Revista de psicologia**, [S.l.], v. 10, n. 29, p. 144-151, fev. 2016. DOI:<https://doi.org/10.14295/online.v10i1.390>. Disponível em: <https://online.emnuvens.com.br/id/article/view/390/527>. Acesso em: 03 fev. 2022.

OLIVEIRA, V. J.; PENNA, C. M. M. Cada parto é uma história: processo de escolha da via de parto. **Revista Brasileira de Enfermagem**: saúde da mulher e criança, Brasília-DF, v. 71, ed. 3, p. 1302-1312, 1 jan. 2018. DOI: 10.1590/0034-7167-2016-0497. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/8bjVWVQyJMc5wcy4xHXr9CD/?lang=en>. Acesso em: 8 jan. 2022.

PRATA, J. A. *et al.* Non-invasive care technologies: nurses' contributions to the demedicalization of health care in a high-risk maternity hospital. **Esc. Anna Nery**, v. 23, n. 2, e20180259, 2019. Disponível em <http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452019000200217&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 26 jan. 2022. Epub 28-Mar-2019. <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2018-0259>. Acesso em: 27 jan. 2022.

PORTELA, A. R.; HOLANDA, V. R.; ALBUQUERQUE, G. P. Percepção de usuárias do Sistema Único de Saúde brasileiro sobre o plano de parto. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 24, n. 4, p. 1-12, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/rbcs/article/view/53135>. Acesso em: 26 nov. 2022.

SABINO, L. M. M. *et al.* Uso de tecnologia blanda-dura nas práticas de enfermagem: análise de conceito. **Aquichan**, Bogotá, v. 16, n. 2, pág. 230-239, abril de 2016. Disponível em <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972016000200010&lng=en&nrm=iso>. acesso em 26 de janeiro de 2022. <https://doi.org/10.5294/aqui.2016.16.2.10>. Acesso em: 27 jan. 2022.

SANTOS, F. S. R. *et al.* Os significados e sentidos do plano de parto para as mulheres que participaram da Exposição Sentidos do Nascer. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, ed. 6, p. 1-11, 4 jul. 2019. DOI: 10.1590/0102-311X00143718. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/FrXHFqx57JpZBsFV5Xdt3jB/?lang=pt#>. Acesso em: 17 jan. 2022.

SCHMIDT, M. **Violência obstétrica contra adolescentes: em debate suas causas e formas de manifestação**. Orientador (a): Dr^a. Jaina Raqueli Pedersen. 2021. Especialização - Universidade Federal do Pampa, 2021. Disponível em: <https://dspace.unipampa.edu.br/handle/riu/6519>. Acesso em: 24 nov. 2022.

SOARES, S. J. Pesquisa Científica: uma abordagem sobre o Método Qualitativo. **Revista Ciranda-Montes Claros**, v. 1, n.3, pp. 168-180, jan/dez-2019. Disponível: <https://www.periodicos.unimontes.br/index.php/ciranda/index> . Acesso em 21 jan 2022.

SUÁREZ, C. M. *et al.* Uso e influencia de los planes de parto y nacimiento en el proceso de parto humanizado. **Revista Latinoamericana de Enfermagem**, v. 23, p. 520-526, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/CnCH3f9JjpyCsCStbtdrZfS/?lang=pt>. Acesso em: 27 nov. 2022.

TEIXEIRA, S. V. *et al.* EDUCATION IN HEALTH: THE INFLUENCE FROM SOCIO-ECONOMIC-CULTURAL OF PREGNANT WOMAN. **Rev enferm UFPE on line**, v. 4, n. 1, p. 133-141, 2010. DOI: 10.5205/reuol.546-5659-1-LE.0401201018.

TRIGUEIRO, T. H. *et al.* Experiência de gestantes na consulta de Enfermagem com a construção do plano de parto. **Escola Anna Nery**, [s. l.], v. 26, p. 1-9, 15 nov. 2021. DOI: 10.1590/2177-9465-ean-2021-0036. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452022000100221. Acesso em: 21 jan. 2022.

VELOSO, A. C. F. *et al.* Atuação dos profissionais de saúde e o processo de humanização no centro obstétrico. **Nursing**, São Paulo, v. 23, ed. 268, p. 4570-4579, 1 set. 2020. DOI: 10.36489/nursing.2020v23i268p4570-4579. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1145303>. Acesso em: 21 jan. 2022.

VIEIRA, S. F. **O emprego das tecnologias leves na assistência de enfermagem ao pré-natal de gestantes adolescentes**. Orientador: Prof.^a Dr^a Olga Maria Ramalho de Albuquerque. 2017. 89 f. Monografia (graduação) (Graduação em enfermagem) - Universidade de Brasília, [S. l.], 2016. Disponível em: <https://bdm.unb.br/handle/10483/15535>. Acesso em: 26 jan. 2022.

VIEIRA, T. F. *et al.* Conhecimento das mulheres sobre violência obstétrica: uma revisão sistemática. **Braz. J. Hea. Rev**, Curitiba, v. 3, n. 4, p. 9912-9925, jun./aug, 2020. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/14493>. Acesso em: 24 nov. 2022.

ZANARDO, G. L. P. *et al.* Violência obstétrica no Brasil: Uma revisão narrativa. **Psicologia & Sociedade**, Recife- PE, v. 29, p. 1-11, 1 jan. 2017. DOI:10.1590/18070310/2017v29i155043. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/J7CMV7LK79LJTnX9gFyWHNN/?lang=pt#>. Acesso em: 1 fev 2022.