



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - UFCG
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES - CFP
UNIDADE ACADEMICA DE ENFERMAGEM - UAENF
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

FABRÍCIA ALVES DE SOUZA

**PLANO DE PARTO: ALIADO NO EMPODERAMENTO E SEGURANÇA DIANTE
DAS VIOLÊNCIAS OBSTÉTRICAS.**

CAJAZEIRAS – PB

2020

FABRÍCIA ALVES DE SOUZA

**PLANO DE PARTO: ALIADO NO EMPODERAMENTO E SEGURANÇA DIANTE
DAS VIOLÊNCIAS OBSTÉTRICAS.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Unidade Acadêmica em Enfermagem - UAENF, do Centro de Formação de Professores - CFP, da Universidade Federal de Campina Grande - UFCG, como requisito para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª. Dra. Aissa Romina Silva do Nascimento

CAJAZEIRAS – PB

2020

Dados Internacionais de Catalogação -na- Publicação - (CIP)
Denize Santos Saraiva Lourenço - Bibliotecária CRB/15-046
Cajazeiras-Paraíba

S729p Souza, Fabrícia Alves de.
Plano de parto: aliado no empoderamento e segurança diante das violências obstétricas / Fabrícia Alves de Souza. - Cajazeiras, 2020. 69f.
Bibliografia.

Orientadora: Profa. Dra. Aissa Romina Silva do Nascimento.
Monografia (Bacharelado em Enfermagem) UFCG/CFP, 2020.

1. Puerpério. 2. Violência Obstétrica. 3. Enfermagem Obstétrica.
4. Empoderamento. 5. Plano de Parto. 6. Parto Humanizado. I. Nascimento, Aissa Romina Silva do. II. Universidade Federal de Campina Grande. III. Centro de Formação de Professores. IV. Título.

UFCG/CFP/BS

CDU – 618.6

FABRÍCIA ALVES DE SOUZA

**PLANO DE PARTO: ALIADO NO EMPODERAMENTO E SEGURANÇA DIANTE
DAS VIOLÊNCIAS OBSTÉTRICAS.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Unidade Acadêmica em Enfermagem - UAENF, do Centro de Formação de Professores - CFP, da Universidade Federal de Campina Grande - UFCG, como requisito para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovado em: 21_de__Novembro__de 2020

Banca Examinadora:

Aissa Romina Silva do Nascimento

**Prof^ª. Dra. Aissa Romina Silva do Nascimento
(Orientadora)
UAENF/CFP/UFCG**

Mayara Evangelista de Andrade

**Prof^ª. Esp. Mayara Evangelista de Andrade
(Examinadora)
UEPB**

Mércia de França Nóbrega

**Prof^ª. Me. Mércia de França Nóbrega
(Examinadora)
UAENF/CFP/UFCG**

“Que os vossos esforços desafiem as impossibilidades, lembrai-vos de que as grandes coisas do homem foram conquistadas do que parecia impossível “.

Charles Chaplin

AGRADECIMENTOS

É por essas poucas linhas que compartilho toda minha gratidão a todos que de alguma forma contribuíram com a minha jornada até aqui, direta ou indiretamente vocês foram e são aprendizados que levarei por toda a vida.

Primeiramente agradeço ao Universo e as energias que me cercam, também podem chamar de Deus se preferir, por sempre conspirar para meu sucesso e aprendizado, por sempre direta ou indiretamente me mostrar o caminho certo.

Aos meus pais Maria Neirilândia e Francisco Fabio, agradeço por todo o empenho não somente financeiro, mas também emocional, obrigada por sempre acreditar em mim e almejar o meu sucesso, por me aguentar ligando no fim do dia chorando pela primeira nota baixa no curso e também pelas vezes que não liguei mas chorei de saudade, porém foi o pensamento em vocês e quanto os amo que me fez continuar firme e forte.

Ao meu irmão Fabrício obrigado por sempre me apoiar e ser um companheiro que jamais pensei que seríamos, torço muito pelo seu sucesso. Ao resto da minha família, Vovó Neta, Tia Iana, Tia Toinha, Carol, Tio José, entre outros, obrigada pelas palavras e por acreditarem que eu posso vencer vocês também foram essenciais na minha formação.

Quero deixar registrada minha imensa gratidão as minhas irmãs postiças, Beatriz Gomes, Thalia, Patrícia e Rosa, obrigada por se fazerem família nos momentos que mais precisei, por enxugarem minha lágrimas quando chorei os perrengues que passamos, tudo isso foi essencial para nos tornarmos o que somos hoje, eu as amo!

Em especial quero deixar meu agradecimento a Beatriz Pereira que caminhou nesse projeto de TCC junto comigo e que se desesperou junto também, mas no fim conseguimos, saiba que você foi peça fundamental nesse trabalho.

Não posso deixar de citar minha dupla preferida que se mostrou presente nos surtos de ansiedade, no fundo do poço e nas alegrias, a vocês Valeria e Raquel meu muito obrigada, vocês foram meu alicerce quando tudo pareceu desmoronar, vocês me fizeram enxergar que existia solução e que tudo tinha um propósito, eu quero carregar vocês para toda a vida, amo muito. Ao meu melhor amigo Dieyson obrigada por sempre ser essa pessoa maravilhosa do seu jeito e por me ajudar sempre da forma que pode jamais me esquecerei de nada.

A minha turma XXIII o meu muito obrigado por me deixar fazer parte e por se mostrar tão unida através dos anos, amo cada um de vocês. A minha orientadora AissaRomina obrigada por me fazer tão forte na construção desse trabalho de conclusão de curso.

A todos os professores que me cativaram e que contribuíram com a minha formação profissional, em especial à Deyze Galiza, KênyaAbrantes, Marcelo Costa, Edineide Nunes, Arydyjany Gonçalves, Mayara Evangelista, Alba, obrigada pelos ensinamentos e por me proporcionar momentos excepcionais, sou grata por tudo que aprendi com vocês.

A minha banca examinadora, na presença das professoras Mayara Evangelista, Professoras Mércia de França Nóbrega e Aissa Romina Silva do Nascimento.

A todos que contribuíram de maneira indireta, compartilhando saberes e experiências de vida e me aturando nos momentos difíceis tenham certeza que mesmo não citando individualmente, deixaram belas lembranças na minha vida, espero que um dia possamos nos encontrar novamente. Grata a todos!

SOUZA, Fabrícia Alves de. **Plano de parto: Aliado No Empoderamento E Segurança Diante Das Violências Obstétricas**. 2020, 69f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso Bacharelado em Enfermagem) – Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras, 2020.

RESUMO

O parir sempre foi carregado de simbologia e misticismo, eram assistidos por mulheres da comunidade e tinha a mulher como protagonista, contudo com a medicalização o conhecimento empírico foi substituído pelo científico, as mãos experientes das mulheres nesse processo de nascimento foram trocadas pelas mãos enluvadas dos homens, com toda essa manipulação exagerada a gestante ficou mais favorável a sofrer violências nesse momento, diante disso, o plano de parto foi criando e incentivado como uma ferramenta de proteção da mulher e combate a esse tipo de violência. Objetivou-se analisar a vivência da parturiente-puérpera quanto ao cumprimento-descumprimento do seu plano de parto. Trata-se de um estudo de campo, descritivo com abordagem quanti-qualitativa, realizado através de uma entrevista semiestruturada e checklist. O estudo foi realizado com 5 gestantes, com a elaboração do plano de parto na Unidade Saúde da Família Francisco Alves Mutirão I, na cidade de Cajazeiras-PB, a coleta dados da entrevista semiestruturada e check-list dos elementos do plano de parto foi realizado logo após o parto por meio eletrônico. O estudo respeitou os preceitos éticos dispostos na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Campina Grande/Centro de Formação de Professores sob parecer nº 3.547.173. Observou-se o quanto o plano de parto ainda é pouco difundido como artifício de empoderamento e realce da autonomia da gestante, visto que das cinco gestantes participantes da pesquisa, apenas uma apresentou o mesmo na maternidade. Contudo foi observado que a gestante que mostrou o documento não relatou violência sofrida e todos seus desejos foram atendidos, diferentemente das demais onde houve violências obstétricas e diferentes tipo e descumprimento de suas vontades. Sendo assim, com os dados coletados foi possível observar que o plano de parto é uma arma poderosa de autonomia e no combate as violências obstétricas, isso quando incentivado desde a atenção básica pelos profissionais que as acompanham.

Palavras-chave: Violência Obstétrica. Enfermagem Obstétrica. Empoderamento. Plano de Parto. Parto Humanizado.

ABSTRACT

The birthing was always loaded with symbolism and mysticism, they were assisted by women from the community and the woman was the protagonist, however with medicalization the empirical knowledge was replaced by the scientific, the experienced hands of women in this birth process were exchanged for the gloved hands of men, with all this exaggerated manipulation, the pregnant woman was more favorable to suffer violence at that moment, given that, the birth plan was created and encouraged as a tool to protect women and combat this type of violence. The objective was to analyze the experience of the parturient-puerperal woman regarding the fulfillment-non-compliance with her birth plan. It is a descriptive field study with a quantitative and qualitative approach, carried out through a semi-structured interview and checklist. The study was carried out with 5 pregnant women, with the birth plan elaborated at the Family Health Unit Francisco Alves Mutirão I, in the city of Cajazeiras-PB, the data collection of the semi-structured interview and check-list of the elements of the birth plan was carried out shortly after delivery by electronic means. The study respected the ethical precepts set forth in Resolution 466/2012 of the National Health Council, being approved by the Ethics Committee of the Federal University of Campina Grande / Teacher Training Center under opinion No. 3,547,173. It was observed that the birth plan is still not widespread as an artifice of empowerment and enhancement of the pregnant woman's autonomy, since of the five pregnant women participating in the research, only one presented the same in the maternity hospital. However, it was observed that the pregnant woman who showed the document did not report suffering violence and all her wishes were met, differently from the others where there were obstetric violence and different types and non-compliance with her wishes. Thus, with the data collected it was possible to observe that the birth plan is a powerful weapon of autonomy and in the fight against obstetric violence, this when encouraged from the primary care by the professionals who accompany them.

Keywords: Violence Against Women; Obstetric Nursing; Empowerment; Labor, Obstetric; Humanizing Delivery.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AC	Análise de Conteúdo
AB	Atenção Básica
APS	Atenção Primária a Saúde
CEP	Comitê de Ética
CFP	Centro de Formação de Professores
ESF	Estratégia Saúde da Família
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
HRC	Hospital Regional de Cajazeiras
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
MPS	Mulheres Profissionais do Sexo
OMS	Organização Mundial de Saúde
PB	Paraíba
PHPN	Programa de Humanização no pré-natal e nascimento
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade Saúde da Família
UFCG	Universidade Federal de Campina Grande
VO	Violência Obstétrica

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Caracterização das gestantes que participaram da pesquisa.....	31
Tabela 2: Categoria 1-Trabalho de Parto.....	34
Tabela 3: Categoria 2- Parto.....	36
Tabela 4: Categoria 3- Após o Parto.....	39
Tabela 5: Categoria 4- Cuidados com a criança.....	40
Tabela 6: Categoria 5- Caso a cesárea seja necessária.....	41

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Apresentação do plano de parto na maternidade.....	32
---	----

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
2 OBJETIVOS.....	16
2.1 Objetivo geral.....	16
2.2 Objetivos específicos.....	16
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	17
3.1 Violência Institucional.....	18
3.2 Violência obstétrica.....	18
3.3 Plano de parto: uma estratégia para modificar a forma de nascer.....	21
3.4 O papel da enfermagem no empoderamento da gestante.....	23
4 PERCURSO METODOLOGICO.....	25
4.1 Tipo de estudo.....	25
4.2 Local do estudo.....	25
4.3 População e amostra.....	26
4.4 Critérios de Seleção.....	26
4.5 Instrumento e Procedimento de Coleta de Dados.....	27
4.6 Análises dos dados.....	29
4.7 Aspectos éticos.....	29
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	30
5.1 Caracterização da Amostra.....	31
5.2 Análise das Categorias do Check-List.....	35
REFERÊNCIAS.....	46
ANEXO A: TERMO DE ANUÊNCIA DELIBERADO PELA SECRETARIA DE SAÚDE DE CAJAZEIRAS – PB.....	64
ANEXO B - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	65

1 INTRODUÇÃO

Por muito tempo o parto foi cercado de saberes empíricos, era algo natural rodeado de mulheres da comunidade e onde a parturiente tinha total autonomia no desenvolvimento do momento. As mulheres eram imbuídas de simbologia, sendo elas a coragem, força, determinação e poder, existia todo um misticismo atrelado ao evento do nascimento (RODRIGUES,2017).

O parir é uma experiência única na vida da mulher e carrega consigo através da história, diferentes emoções, tradições e significados. Em meados do século XIX, os partos eram acompanhados por negras e portuguesas pobres. No entanto com a mudança da família real para o Rio de Janeiro houve uma onda de modernização e combate a epidemias, com isso o conhecimento empírico foi substituído pelo científico, as mãos experientes das mulheres nesse processo de parto foram trocadas pelas mãos enluvadas dos homens, a assistência passou de ofício a profissão e as mulheres antes empoderadas e participativas deram lugar a pacientes incapazes de dar à luz a seus próprios filhos (CORTÉS *et al*, 2015).

Com o avançar da medicalização, o corpo da mulher foi visto como algo defeituoso, tratando o parto com algo patológico utilizando assim de artifícios descomedido, invasivos e muitas vezes danosos para lidar com o momento, ignorando assim as dimensões essenciais nesse momento que seria o sexual, social e espiritual (RODRIGUES, 2017).

A violência obstétrica está dentro da violência institucional e se observa a depender do tipo de evento invasivo ou não invasivo ao qual a mulher é submetida, na forma física é expressa e vista quando há uma cesariana marcada sem indicação clínica, na realização de episiotomia, toques vaginais repetitivos e dolorosos entre outros. No tipo verbal a mulher pode ser tratada de maneira rude e desrespeitosa, negando assim seu direito a questionar ou expressar sua opinião. As formas de violência perpassam o físico e o verbal, permeia entre pequenos gestos e ações como respostas grosseiras, falta de repasse de informações, até mais graves como a realização de procedimentos dolorosos e sem indicação, com o intuito de acelerar o trabalho de parto e parto (CORTÉS *et al*, 2015).

Com relação ao exposto vimos o quanto à violência obstétrica pode manifestar-se de diversas formas, considerado um problema grande de saúde pública, ao qual se faz necessária a participação de todos os envolvidos no processo assistencial. É necessária a adoção de

práticas diferenciadas que visem à mulher no seu mais completo estado, que promovam sua autonomia e que incentive seu protagonismo no processo do nascer. (RODRIGUES, 2017).

Com o intuito de diminuir os tipos de violência obstétrica, reduzir a mortalidade materna e neonatal e melhorar os cuidados às gestantes e parturientes, o Ministério da Saúde criou em 2000, O Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), que oferece diretrizes para a humanização da assistência ao parto fundamentado pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Esse programa visa atender a peculiaridade de cada mulher no processo do parto, com o objetivo de minimizar os procedimentos desnecessários e inapropriados, buscando a humanização no ciclo Gravídico-puerperal (BRASIL, 2002).

Muitas mulheres relatam terem medo com relação ao parto natural/normal, isso se dá pela total falta de informação de como acontece o evento do nascimento pelos profissionais que a assistem durante a gestação, criando assim um ambiente de medo e insegurança por não saber como irá proceder. No pré-natal existem algumas estratégias com o objetivo de orientar, manter informada e fortalecer o empoderamento da mulher na hora do trabalho de parto, entre elas está a elaboração do plano de parto (CORTÉS *et al.*, 2015).

O plano de parto é um aliado bastante competente na questão educacional, onde através dele a mulher tira suas dúvidas e aprende mais sobre o que não conhecia além de promover um diálogo entre os profissionais envolvidos e a própria mulher. A partir do plano de parto a mesma é capaz de fazer escolhas e determinar onde e por quais profissionais ela quer que seu parto seja assistido, quais procedimentos permitem realizarem em seu corpo, bem como analisar as alternativas possíveis em casos normais ou caso surja algumas intercorrências. Além disso, pode contribuir bastante no contentamento da gestante com os profissionais da saúde, uma vez promove uma comunicação e respeito pelo desejo da mãe favorecendo uma melhor assistência no círculo gravídico-puerperal (CORTÉS *et al.*, 2015).

O plano de parto está inserido em uma posição de destaque dentre as condutas que devem ser encorajadas durante a gestação, segundo a Organização Mundial de Saúde. Trata-se de um documento de caráter legal, que torna possível que a mulher estabeleça um poder de decisão sobre todas as dimensões da parturição (SILVA *et al.*, 2013). Constituem como parte dessas dimensões, a escolha do local do nascimento do bebê; do acompanhante; o profissional que vai prestar assistência; desejos pessoais; expectativas e necessidades particulares, segundo as boas práticas e de acordo com sua preferência, sob condições normais (CORTÉS *et al.*, 2015).

Sabe-se assim que uma boa experiência no parto depende do conhecimento das mulheres e de uma assistência de qualidade no momento do pré-natal que vise à aplicação de

todos os direitos que as grávidas possuem para que assim o parto se torne um momento especial, não de medo, mas de dádiva pelo contato mãe e filho e somente se potencializa com uma assistência humanizada.

Diante do exposto, a presente pesquisa possui relevância, pois busca o empoderamento de gestantes quanto ao seu protagonismo no trabalho de parto através da educação em saúde no pré-natal, do acesso à informação sobre o processo de parturição e dos seus direitos sexuais e reprodutivos, da comunicação eficaz e de um cuidado centrado na mulher, além da elaboração de planos de partos de acordo com as vontades e necessidades de cada gestante, a serem aplicados no momento do parto.

A partir desses constructos podemos concluir o quão importante se faz o plano de parto como medida educativa e de combate às violências sofridas pelas mulheres no momento do parto e humanização do mesmo. O estudo tem como questão norteadora “O plano de parto é um aliado eficaz no empoderamento e combate às violências obstétricas?”.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar a vivência da parturiente-puérpera quanto ao cumprimento-descumprimento do seu plano de parto

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Verificar se a assistência da equipe prestada contemplou as necessidades colocadas no plano de parto;
- Construir o plano de parto com as gestantes;
- Identificar, na visão-ótica da mulher, a ocorrência de violência obstétrica durante o processo do parto e nascimento.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 VIOLÊNCIA INSTITUCIONAL

A violência contra a mulher é algo histórico, ancorado em vários contextos sociais, originário de uma cultura de inferiorização feminina, fazendo com que se tornasse algo natural com o passar do tempo, inclusive para as próprias mulheres (BRITO *et al.*, 2020).

A violência institucional se caracteriza como um conjunto de práticas e condutas inadequadas para com grupos vulneráveis que procuram atendimento, como é o caso de mulheres/gestantes/parturientes/puérperas, exercida pelas instituições públicas como hospitais, maternidades, Unidades Básicas de Saúde (UBSs), entre outros, sendo praticada pelos profissionais que deveriam prestar um serviço humanizado, acolhedor e reparador de danos para com as mulheres vítimas de violência. (MARRERO, BRÜGGEMANN, 2018).

Nas maternidades esse tipo de violência revela um cenário precário do sistema de saúde pública, pois existe o paralelo que em alguns momentos são apontados vários casos de maus tratos e enquadrados na categoria de violência institucional e em outros momentos, os maus tratos são camuflados e naturalizados com a desculpa de condutas necessárias para o trabalho exercido no momento. O uso da violência na assistência a paciente já vulnerável por conta da gravidez revela também um enfraquecimento nas bases teóricas que valorizam a humanização da assistência, bem como a falta de conhecimento das leis existentes sobre o assunto (CARDOSO *et al.*, 2017).

Tal violência constitui em violação aos direitos humanos uma vez que é incompatível com a construção de uma sociedade que respeite a dignidade humana, posto isso os movimentos de direitos humanos juntamente com grupos de feministas entraram com a questão do respeito aos direitos do parto e nascimento, repudiando qualquer ato de violência institucional, mudando essa terminologia para violência obstétrica, onde essa se encontra restrita a qualquer ato de violência de qualquer nível a mulher no processo parturitivo (BRITO *et al.*, 2020).

Nas instituições como hospitais e maternidades ainda temos a assistência onde prevalece o poder exercido pelos profissionais diante da mulher e apesar dos esforços para manter-se a humanização o poder extrapola os limites e recai na desumanização, transformando-se em atos de violência (LADEIA *et al.*, 2016).

3.2 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

A violência obstétrica é compreendida como todo ato ou omissão intencional praticado por profissionais da saúde, que ocasione em danos ou degrida a imagem da mulher no momento do trabalho de parto, parto e puerpério. Dessa forma, exigir da mulher uma determinada posição para ter o bebê como a posição supina com as pernas elevadas ou realização de procedimento desnecessário, alterar o processo natural do parto o acelerando sem o consentimento ou aviso prévio a gestante, se caracteriza com uns dos vários modos de praticar a violência obstétrica (MOURA, 2014).

A mesma é realizada dentro de instituições de saúde e muitas vezes são consentidas involuntariamente pela mulher no momento do trabalho de parto, sendo essa caracterizada como qualquer forma desumanizada de tratamento, abusos de fármacos, levando-as à perda da autonomia para decidir livremente sobre seu corpo e sexualidade a deixando a mercê do meio (OLIVEIRA; MERCES, 2017).

O uso do poder exercido pelo profissional de saúde e da violência na assistência revela uma prática de violência obstétrica associada às condutas ditas como “necessárias” a rotina da instituição, mostrando assim a autoridade médica e o empoderamento concedido aos profissionais na tomada de decisões que deveriam ser da mulher parturiente (SANTOS *et al.*, 2016).

Esses procedimentos realizados em demasido e sem indicação sugestiva é caracterizado como medidas iatrogênicas, por sua vez praticadas acabam por gerar um impacto na situação em que a gestante se encontra seja de maneira física ou mental.

A episiotomia é considerada uma violência obstétrica utilizada na maioria das vezes sem necessidade e sem evidências científicas, caracterizando-se como um corte feito na vagina da parturiente com intuito de ampliar a passagem do bebê e utilizada sem evidências científicas. Esse procedimento geralmente é feito sem o consentimento da mulher e a afeta tanto fisicamente quanto psicologicamente (ZANARDO *et al.*, 2017).

Essa é uma das diversas intervenções utilizadas para acelerar o parto que nem sempre é realmente necessária. Essa prática conhecida entre as mulheres leigas como “um cortezinho lá” é um dos procedimentos mais realizados no Brasil, e de acordo com o estudo de Pompeu *et al.* (2017), os números ultrapassam cerca de 70%, do valor recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

Nas literaturas não há indicação de se ab-rogar a prática da episiotomia, porém, que a mesma somente seja utilizada quando realmente houver indicação para tal, devendo o

profissional obstetra realizar os procedimentos de fortalecimento de períneo, o qual contribui de forma significativa a afastar esse tipo de procedimento. Em registros, há a indicação da prática citada quando se apresenta um quadro de sofrimento fetal, processo insuficiente do parto e lesão iminente de 3º grau de períneo (POMPEU *et al.*, 2017).

Outra medida iatrogênica é o toque vaginal, apesar de comum e necessário pode tornar-se uma violência obstétrica a partir do momento em que são realizadas inúmeras vezes em curtos espaços de tempo, por profissionais diferentes, podendo causar incômodo e até prejudicar na evolução do parto por causar edema de vulva, porém, por não ter o conhecimento sobre o fato, as gestantes acabam por sofrer passivamente e caladas, com receio de serem maltratadas se houver alguma reclamação por parte delas (OLIVEIRA; MERCES, 2017).

O uso dessas intervenções desnecessárias acarreta em uma cascata de procedimentos que coloca em risco o bem-estar da gestante. A utilização do fórceps é uma medida de aceleração do parto constituída como a utilização de um instrumento metálico semelhante a uma pinça formada por dois braços articulados em forma de colher que se adapta a cabeça do bebê. Os motivos considerados aceitáveis cientificamente para utilização dessa técnica é quando o parto em seu curso natural oferecer riscos tanto a mãe quanto ao feto, como a presença de doença cardíaca ou respiratória que se manifeste no momento do esforço físico, sendo necessário acelerar o nascimento.

O uso desnecessário desse procedimento pode desenvolver riscos e sequelas, pois o uso do fórceps pode levar a lesão perineal, incontinência anal e urinária, disfunção sexual, risco de infecção, dificuldade na formação de vínculo do bebê com a mãe e na amamentação, além de tornar o pós-parto bem mais doloroso (MOURA, 2014).

Contudo, a violência obstétrica perpassa os procedimentos invasivos e muitas vezes sem consentimento e nem indicação, ela pode acontecer tanto no momento do parto quanto no pré-natal, em uma voz alterada do profissional para com a mulher, ofensas, humilhações, piadas, gritos, discriminação, negligência, entre vários outros, podendo ser classificados nas modalidades: físicas, psicológicas, sexuais, institucional, material e midiática (OLIVEIRA; MERCES, 2017).

Na violência física se enquadram os procedimentos explanados acima considerados iatrogênicos e muitas vezes sem necessidade, que ocasionam em danos a integridade física da gestante. A violência psicológica, muitas vezes se apresenta de modo nivelado, e às vezes pouco perceptível, contudo, se evidencia nas falas de puérperas na pesquisa de Oliveira e Mercês (2017), na qual uma delas diz que o profissional de saúde a alertou a ficar calma ou

podia ser que a anestesia não fizesse efeito, deixando-a com medo, revelando assim uma forma sutil de prática de tal violência.

Pelo poder imposto na instituição por ser o detentor de um conhecimento vasto, os profissionais da saúde acabam por desenvolver um grau de autoridade maior, assumindo, dessa forma, o papel principal e deixando a futura mãe agindo de forma passiva a chegada do bebê, privando-a dos seus direitos e a deixando submissa ao meio, com a sensação de insegurança e medo (SÁ *et al.*, 2017).

A ausência de uma assistência adequada se dá pela desinformação, tanto dos profissionais quanto das próprias parturientes, em relação aos seus direitos nesse momento. A pesquisa feita por Oliveira e mercês (2017), com o intuito de observar o grau de conhecimentos das puérperas sobre violência obstétrica, possibilitou a percepção da falta de conhecimento sobre a magnitude das violências obstétricas, onde o conhecimento das mesmas se restringia as violências do tipo física e psicológica.

Esse tipo de violência vai muito além da violência física e Psicológica, uma vez que perpassa diversos tipos como por exemplo violência moral, violência sexual, entre outras (ZANARDO *et al.*, 2017). Um exemplo da violência moral refere-se à negação do acompanhante, tendo em vista que a mulher tem o seu direito garantido por lei federal número 11.108/2005 negado. Já a violência sexual, existe o “ponto do marido” compreendido como um ponto a mais realizado no momento da episiorrafia com o intuito de deixar a vagina mais apertada. Além disso, a violência obstétrica se enquadra na violência contra a mulher e é crime.

Pelo fato dos maus tratos com as mulheres em trabalho de parto ser tão comum, muitas das mulheres os consideram naturais e até comuns nos serviços de saúde, tornando-se um problema de saúde pública, onde as mesmas não conseguem distinguir quando estão sofrendo violência, e quando se dão conta acabam por se calar com receio de represália (ZANARDO *et al.*, 2017).

Essa falta de informação geralmente resulta em um atendimento precário, desumanizado, com procedimentos iatrogênicos e desnecessários na parturiente (SÁ *et al.*, 2017). Por isso, durante o processo do parto deve haver o enfrentamento das barreiras feitas com a medicalização e a tentativa do resgate da autonomia tirada da mulher, para que assim, ela se sinta protagonista de sua própria história. E uma das formas de mudar essa realidade, é permitindo que a mulher diga como ela quer parir e fazer respeitar os seus desejos por meio da elaboração de um plano de parto.

3.3 PLANO DE PARTO: UMA ESTRATÉGIA PARA MODIFICAR A FORMA DE NASCER

O parto deve ser visto e assistido de forma individualizado e com humanização dos profissionais para com a futura mãe, fazendo com que assim essa se sinta confiante de expressar suas vontades e ter autonomia de conduzir a situação. (MOUTA *et al.*, 2017).

Quando se trata de preparo para o trabalho de parto, considera-se que essa preparação começa desde o momento do pré-natal, onde as dúvidas são sanadas e a educação é repassada, para aumentar a autonomia e confiança pode ser elaborado pela mulher juntamente com o profissional de saúde o plano de parto do qual deve ser respeitado pelos profissionais que vão atendê-las. (RODRIGUES, 2017).

O empoderamento é uma parte primordial e necessária à mulher fazendo-a ganhar poder interior e controle do que acontece à sua volta, bem como em defesa dos seus direitos. É a partir da ideia dos direitos que a parturiente tem total autonomia de estabelecer decisões que envolvem o trabalho de parto e parto como a escolha do local de nascimento do bebê; do acompanhante; o profissional que vai prestar a assistência, as tecnologias não invasivas de cuidado aplicadas em todo o processo de gestar, parir e nascer. (MOUTA, *et al.*, 2017).

Para que essa mulher tenha um empoderamento pleno e com a segurança de ter seus direitos atendidos, pode-se fazer uso do plano de parto. Trata-se de um documento de caráter legal que nele a mulher expressa todos os seus desejos pessoais, expectativas sobre o momento e necessidades, sempre prezando sobre as boas práticas de cuidado, tudo isso sobre condições normais (MOUTA *et al.*, 2017).

O direito a elaboração do plano individual de parto é encontrado na Lei nº 10.548, de 05 de novembro de 2015, onde assegura o direito ao parto humanizado nos estabelecimentos públicos de saúde do Estado e das outras providências, dentro do estado da Paraíba.

É através da elaboração do plano de parto que a mulher reflete sobre o trabalho de parto e toma suas próprias decisões sobre como quer que ocorra, é um instrumento poderoso para fortalecer a humanização no trabalho de parto e parto, além de ser uma das principais recomendações da Organização Mundial da Saúde.

O plano de parto é um modo de educação bastante enriquecedor e poderoso, uma vez que é através dele que a mulher poderá tirar suas dúvidas e desmistificar medos e insegurança, com ele a mulher consegue confiança para se deparar com o trabalho de parto bem como

desenvolve autonomia e assim, empodera-se. É com o plano de parto que se consegue uma comunicação primordial necessária entre o profissional e a mulher, favorecendo o diálogo e a educação horizontal e o compartilhamento de saberes (RODRIGUES, 2017).

Com a elaboração desse documento, a mulher pode decidir onde quer que seja realizado o parto, quais profissionais estarão com ela, quais métodos serão utilizados caso haja alguma intercorrência, entre várias outras exigências, isso favorece o conhecimento das mulheres uma vez que saberão o que acontecerá à sua volta, ajudando a não ter medo do desconhecido, além de passar confiança a mulher de forma que se sinta à vontade de expressar suas necessidades (NARCHI *et al.*, 2019)

É através dessa ferramenta, um direito da gestante, que ela expressa diante da equipe a quão bem informada e decidida está, sobre os diversos assuntos que envolvem os processos do nascimento bem como sobre a violência obstétrica. Seu uso vem sendo observado desde 2014 nas unidades básicas de saúde, porém aqui no Brasil ainda não é amplamente utilizado e quando é, trata-se de mulheres com classe social mais elevada, o tornando seletivo. (RODRIGUES, 2017).

O plano de parto pode ser construído em qualquer momento da gravidez, contudo é preferível que ele seja realizado no decorrer da gestação à medida que a gestante vai adquirindo conhecimento sobre o parto e sobre a fase em que está vivenciando como um todo, assim ao concluir o documento estará constando no mesmo todas as vontades de acordo com o conhecimento adquirido, favorecendo um parto humanizado, seguro e respeitando a individualidade (SANTOS *et al.*, 2019).

Assim, o plano de parto é uma estratégia bastante forte com relação ao empoderamento materno no momento do parto e que deve ser encorajado durante a gestação, porém por não ser amplamente difundido e por poucos profissionais o conhecerem, acaba por não ser utilizado e a não propiciar a autonomia da mulher. (MOUTA, *et al.*, 2017).

Mesmo que o plano de parto não seja seguido em todos os aspectos é possível buscar a satisfação da gestante com a comunicação, humanização, respeito e compreensão do quão vulnerável está essa mulher, promovendo assim uma assistência digna e humana favorecendo assim o respeito pelo momento e pela pessoa assistida. Com isso o desenvolvimento do plano de parto é uma prática incentivada e valorizada pelas políticas públicas, programa de saúde da mulher e instrumentos legais nacionais e internacionais (RODRIGUES, 2017).

Segundo as Diretrizes Nacionais sobre pré-natal e parto é de responsabilidades dos profissionais de saúde perguntar se a gestante tem um plano de parto, ler e discutir sobre o mesmo levando em consideração as limitações que possam vir a surgir no ambiente em que

será realizado o parto, embora a equipe médica fique com a decisão final de cumprir ou não o plano de parto caso haja alguma intercorrência (BRASIL, 2017).

3.4 O PAPEL DA ENFERMAGEM NO EMPODERAMENTO DA GESTANTE

A enfermagem tem um papel fundamental na assistência às mulheres no decorrer da gravidez, que podem ajuda-las a adquirir o discernimento de saber quais são os seus direitos de escolha, de humanização, de respeito, e assim, tem o poder de empoderar através do cuidado e da educação no momento do pré-natal e até mesmo na maternidade, fazendo com que a mulher se sinta confiante e capaz de ser protagonista do seu trabalho de parto (POMPEU *et al.*, 2017).

Na situação atual faz-se necessário um modelo de assistência à saúde da mulher que acolha, identifique, humanize e solucione os problemas, bem como que seja mais incisivo no combate a violência obstétrica e as consequências que essa acarreta. Contudo, quando se observa que os serviços de atendimento as gestantes que era para seguir as diretrizes do SUS, tais como o atendimento integral e humanizado, escuta ativa, resolução dos problemas, responsabilização e vínculo nota-se novamente uma lacuna a ser enfrentada (SANTOS, 2016).

A equipe de enfermagem por estar sempre presente no convívio das unidades de saúde ao qual a gestante frequenta desde o pré-natal até o momento do parto, deve se apossar de estratégias que possam garantir confiança e conhecimento da fase que está vivenciando a futura mãe, como utilizar-se de maneiras educativas para o conhecimento das violências que pode vir a sofrer, como a obstétrica. Uma das estratégias garantidas por lei que podem ajudar as mulheres a adquirirem confiança, empoderamento e poder de decisão é o Plano de parto e a educação advinda dos profissionais de saúde.

É de extrema importância que o plano de parto seja construído pela mulher e apresentado ao profissional que a assiste, fazendo com que se estabeleça o vínculo e a convicção de que cada mulher tem sua individualidade e diferentes expectativas (MOUTA, *et al.*, 2017).

Sendo assim o profissional de enfermagem se torna uma importante peça no processo de elaboração do plano de parto, uma vez evidenciado um convívio maior com a gestante durante seu ciclo gravídico. Contudo, o profissional deve inteirar-se de um aporte teórico sobre como se elaborar o mesmo, para garantir uma assistência mais completa.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo de campo, descritivo com abordagem quanti-qualitativa, realizado através de uma entrevista semiestruturada e checklist.

O estudo de campo procura o aprofundamento do que foi proposto, neste estuda-se um único grupo, ou seja, ressaltando ainda mais as interações de seus componentes. Sendo assim o estudo de campo tende a utilizar mais a técnica de observação do que de interrogação. (GIL, 2008, p. 57).

O caráter descritivo refere-se àquele que descreve uma determinada realidade, sendo de grande valia para profissionais assistencialistas e gestores da saúde, pois permite conhecer dados acerca da demografia de uma população (ARAGÃO, 2011). No que diz respeito a abordagem quantitativa são utilizadas quando os dados se apresentam de maneira numérica, utilizando-se assim de estratégias estatísticas para classifica-las e posteriormente analisa-las. Logo no que se concerne à abordagem qualitativa, está faz interface com a subjetividade, cujos objetos de pesquisa não podem ser explanados por meio de números, visto que ela utiliza a linguagem em suas diversas formas de expressão como material (BOSI, 2012).

A entrevista semiestruturada caracteriza-se como uns questionamentos básicos que são apoiados em teorias e hipóteses relacionam com o tema em questão. O foco principal é estabelecido pelo investigador-entrevistador e diante das respostas obtidas surgiriam novas hipóteses, as perguntas são estabelecidas, porém não condicionadas a alternativas, fazendo com que assim as respostas sejam mais livres e consigam captar bem o momento (TRIVIÑOS, 1987, p. 146).

4.2 LOCAL DO ESTUDO

A elaboração do plano de parto foi realizada na Unidade Saúde da Família Francisco Alves Mutirão I, localizada na cidade de Cajazeiras, extremidade ocidental do Estado da Paraíba (PB) a aproximadamente 468 quilômetros da capital estadual, com 33 estabelecimentos de saúde do SUS distribuídos em uma área territorial de aproximadamente 565,899 km², com uma população estimada de 61.776 habitantes sendo caracterizado como o município mais populoso entre os 15 municípios que compõem a 9ª Regional de Saúde da

Paraíba (IBGE, 2019). A escolha da unidade básica de saúde (UBS) em questão se deu pelo fato de ser a UBS com o maior número de gestantes, de acordo com a Secretária de Saúde de Cajazeiras e também pelo fato de ser o local do estágio supervisionado I da pesquisadora, onde realizou o acompanhamento do pré-natal de cada uma das gestantes da unidade no período compreendido entre agosto e dezembro de 2019.

A coleta do funcionamento do plano de parto foi realizada por meio remoto com as gestantes que pariram no Hospital Regional de Cajazeiras (HRC), localizado no Centro do município de Cajazeiras na Paraíba. Ao longo de 78 anos o hospital vem prestando serviços de saúde a população da cidade e de cidades vizinhas. Um dos seguimentos do hospital é a maternidade Deodato Cartaxo que atende gestantes com intercorrências e no momento do parto, conta com a prestação de serviço de uma equipe multiprofissional.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

De acordo com Bergamaschi, Souza *et al*, (2010), a população de uma pesquisa científica equivale ao total de elementos que são postos para estudo, ressaltando a necessidade de pontos em comum entre os elementos para que componham uma população, já a amostra está relacionada com um processo de delimitação, composta por uma parte retirada da população para ser analisada. A população do presente estudo foi composta por gestantes que residem na cidade de Cajazeiras-PB e que frequentaram as consultas de pré-natal na Unidade Saúde da Família Francisco Alves Mutirão I. A amostra foi composta por seis gestantes que atenderam aos critérios de seleção estabelecidos.

4.4 CRITÉRIOS DE SELEÇÃO

Os critérios de inclusão estabelecidos foram gestantes maiores de 18 anos residentes da cidade de Cajazeiras- PB, que frequentaram as consultas de pré-natal na Unidade Saúde da Família Francisco Alves Mutirão I em idade gestacional a partir de 26 semanas, com gestação de risco habitual.

Os critérios de exclusão foram gestantes que possuíam algum transtorno psicológico que dificultasse ou impedia o entendimento das informações que foram repassadas durante a realização do plano de parto e entrevista pós-parto e que tiveram indicação de pré-natal de alto risco.

4.5 INSTRUMENTO E PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

Posterior ação educativa explicando sobre plano de parto e seus direitos no momento da concepção foram solicitados à participação das gestantes que se sentissem aptas a realizar o plano de parto, onde o mesmo foi redigido juntamente com a gestante e a pesquisadora, nesse plano constaram os desejos das mesmas sobre seu trabalho de parto e parto, tendo em vista que após as ações educativas que foram realizadas na unidade de saúde da família sobre violência obstétrica, tipos de parto, entre outros já teria se estabelecido certo conhecimento das etapas do parto, bem como os acontecimentos, opções de condutas e comportamentos que podiam ocorrer nessa fase.

Em curso da normal na assistência a gestante no momento do pré-natal o plano de parto deve ser redigido pela enfermeira ou médica juntamente com a gestante assistida, porém por falta de conhecimento sobre determinado instrumento que por sua vez colabora no combate a violência obstétrica sofrida pela parturiente, acaba entrando em desuso pelos profissionais da atenção básica, sendo assim um instrumento poderoso acaba não sendo exposta no momento do pré-natal e posteriormente não executado, mostrando dessa forma a fragilidade dos profissionais em procurar ferramentas na literatura para dar segurança à mulher no momento do parto.

Foi realizado a confecção do plano de parto com seis gestantes na Unidade Básica de saúde (UBS), o mesmo era semiestruturado separado em categorias, sendo categoria 1 o momento do trabalho de parto, 2 parto, 3 após o parto, 4 cuidados com a criança, 5 caso a cesárea seja necessária, nessas tinha situações onde a gestante respondia se queria que aquilo acontecesse ou não, e podia acrescentar algo que não estivesse registrado previamente de forma livre.

Adiante a pesquisadora disponibilizou seu contato pessoal para que quando a gestante se apresentassem a maternidade com sinais ativos de trabalho de parto, pudesse acontecer à observação da situação e constatar se o plano de parto foi realmente, em condições normais, executado.

Contudo, dado a situação ocorrida no momento da coleta de dados ao qual se caracterizou como uma pandemia de coronavírus, a participação presencial da pesquisadora não foi permitida devido a condutas de proteção e quarentena.

O coronavírus é uma família de vírus que causa doenças no trato respiratório. Foi descoberto em 31 de dezembro de 2019 após registrar-se o primeiro caso na China provocando a doença em questão. Por conta do seu alto poder de transmissibilidade houve a necessidade de estabelecer-se uma quarentena, com o intuito de que menos pessoas contraíssem o vírus e, portanto, diminuísse a curva de crescimento do mesmo.

Sendo assim, medidas foram tomadas nos setores da saúde e educação para cumprir a quarentena, uma delas foi de suspensão das aulas presenciais e a restrição de estudantes da área da saúde nos hospitais e estabelecimentos da rede do Sistema Único de Saúde (SUS).

Os acompanhantes foram incluídos nas coletas dos dados por conta da sua participação em todo o processo do parto e por se caracterizar como uma importante peça para obtenção de informação, tendo em vista que os mesmos estavam com os sentidos mais apurados para a percepção do meio do que a gestante que no momento em questão poderia esquecer-se de algum detalhe por conta dos fatores do momento.

Sendo assim, foi realizada uma entrevista com a gestante e acompanhante através de um roteiro semiestruturado constituído de dados socioeconômicos e três perguntas e checklist dos itens do plano de parto através de uma chamada de voz por telefone feita pela pesquisadora para as mesmas no dia do parto ou até uma semana depois, para que assim nenhum detalhe fosse esquecido do momento.

Na entrevista constavam as seguintes perguntas: “Mostrou o plano de parto? Se não, por quê?”; “Foi parto vaginal? Se não, porque foi necessária uma cesárea?” “Houve alguma violência obstétrica? Se sim, como foi?” por fim foi realizado uma escuta ativa de tudo que a gestante quisesse acrescentar que não se enquadrasse nas perguntas, mas que fosse relevante a pesquisa e agregasse algum ponto de debate significativo.

Tendo em vista os critérios de exclusão do estudo uma gestante foi eliminada da coleta de dados por ter marcado sua cesariana na rede particular de assistência, dessa forma impossibilitando a avaliação, pois a mesma não teve seu bebê na maternidade do Hospital Regional de Cajazeiras (HRC) pré-requisito do estudo.

As gestantes tinham a idade gestacional de 26 semanas no momento da realização do plano de parto, em Outubro de 2019, pois para a coleta de dados teria de acontecer em período letivo onde a pesquisadora teria disponibilidade de coletar os mesmos. O acompanhamento logo após a realização do plano de parto foi estabelecido através dos pré-natais até Dezembro de 2019, onde a pesquisadora reforçava a importância do plano de parto no combate as violências obstétricas e o quão necessário era a apresentação do mesmo no momento de chegada a maternidade.

Em Março iniciou-se a espera pelo trabalho de parto das gestantes da pesquisa, antes da quarentena iniciar houve a oportunidade de coletar os dados presenciais de uma gestante, porém as demais foram coletadas por meio eletrônico, dos acompanhantes somente um se disponibilizou em responder a entrevista, os outros quatro não quiseram se manifestar.

4.6 ANÁLISES DOS DADOS

Após coletas das informações do plano de parto, os dados do check-list foram tabulados e analisados por intermédio de estatística descritiva de frequência absoluta com amparo do *software* Microsoft Excel 2010®, sendo num momento posterior apresentado sob forma de gráficos e/ou tabelas, visando à aquisição do seu significado para a pesquisa, logo em seguida analisados utilizando literatura científica. Para os dados subjetivos coletados a partir da entrevista semi-estruturada com as gestantes, foi realizada a separação do seu conteúdo e encaixadas nas categorias pertinentes do plano de parto para análise.

Após a coleta, seguimos com a análise e interpretação dos dados. Segundo Gil (2008), apesar de serem distintos, a coleta e análise dos dados, estão estritamente relacionados. O objetivo da análise é organizar e resumir os dados coletados, de modo que estes possibilitem o funcionamento de resposta ao problema proposto para o estudo.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

Ressalta-se que foram obedecidos todos os itens dispostos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a pesquisa com seres humanos. Respeitou-se a dignidade e autonomia das participantes e foi assegurado o seu desejo de contribuir e permanecer, ou não, no estudo, mediante sua manifestação expressa, livre e esclarecida (BRASIL, 2012).

Após obtenção da anuência da Rede Escola da Secretaria de Saúde de Cajazeiras, este projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Formação de Professores da Universidade Federal de Campina Grande, localizado na Rua Sérgio Moreira de Figueiredo s/n, bairro Casas Populares; CEP: 58900-000, Cajazeiras-PB, Telefone: (83) 3532-2075, E-mail: cep@cfp.ufcg.edu.br, e aprovado sob o número do parecer 3.547.173.

Os participantes da pesquisa foram orientados quanto aos objetivos e finalidades do estudo e a respeito da garantia do direito de se retirarem da investigação a qualquer momento, sem que isso lhes acarrete qualquer tipo de prejuízo. O anonimato das informações declaradas

por estes também foi ressalvado ao se atribuir um pseudônimo ao usar suas falas na apresentação dos resultados. A participação ficou condicionada à autorização prévia, formalizada pela assinatura, em duas vias, do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), onde uma das vias ficou com a pesquisadora responsável e a outra foi entregue a participante.

Devido envolver coleta de dados através de check-list e entrevista com a gestante e acompanhante, este estudo apresentou riscos mínimos para os participantes, no entanto pode ocorrer constrangimento ou timidez ao responder alguma das indagações. Caso isto ocorresse, os pesquisadores poderiam suspender a entrevista ou orientará os participantes que se sintam à vontade para decidir sobre sua participação no estudo, atentando sempre para a minimização da ansiedade.

Quanto aos benefícios, o estudo possibilitou a obtenção de conhecimento por parte das gestantes sobre os seus direitos durante toda a gestação, trabalho de parto e parto, além do conhecimento de todas as formas de violência obstétrica que pudessem vir a sofrer, garantindo-lhes autonomia para decidir sobre o seu trabalho de parto através do plano de parto, além de proteger a mulher com a utilização do plano de parto, uma vez que se trata de um documento onde expressa a vontade da gestante.

Também contribuiu para a percepção através dos discursos das gestantes da pesquisa sobre o tratamento das mesmas no ambiente hospitalar, bem como a detecção de tipos de violências obstétrica praticadas por profissionais ao qual deveria resguardar o direito de decisão da mulher parturiente.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A amostra desse estudo foi constituída por cinco gestantes que participaram do pré-natal na USF Francisco Alves Mutirão I, localizado na cidade de Cajazeiras-PB. Na tabela 1 encontra-se a caracterização da amostra, contendo algumas variáveis como: faixa etária, estado civil, escolaridade, cor/raça, ocupação e renda familiar.

Tabela 1- CARACTERIZAÇÃO DAS GESTANTES QUE PARTICIPARAM DA PESQUISA

VARIÁVEIS	FREQUÊNCIA ABSOLUTA%	
Faixa etária		
Entre 18 e 25 anos	03	60%
De 25 a 35 anos	02	40%
De 36 a 45 anos	00	0%
Estado Civil		
Casada ou união estável	02	40%
Solteira	03	60%
Escolaridade		
Ensino fundamental incompleto	01	20%
Ensino fundamental completo	00	0%
Ensino médio incompleto	01	20%
Ensino médio completo	03	60%
Ensino superior completo	00	0%
Cor/raça autodeclarada		
Branca	01	20%
Parda	04	80%
Negra	00	0%
Amarela	00	0%
Ocupação		
Dona de casa	04	80%
Outras ocupações	01	20%
Renda familiar		
Até 1 salário mínimo	03	60%
Até 2 salários mínimos	01	20%
Até 3 salários mínimos	01	20%
TOTAL 5 GESTANTES: 100%		

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

A amostra é composta em sua maioria de mulheres de 18 a 25 anos, cerca de 60%, seguido de 40% de 25 a 35 anos, o que se mostrou esperado tendo em vista que a UBS em que se realizou o plano de parto tinha suas taxas de natalidade mais abundantes entre mulheres jovens.

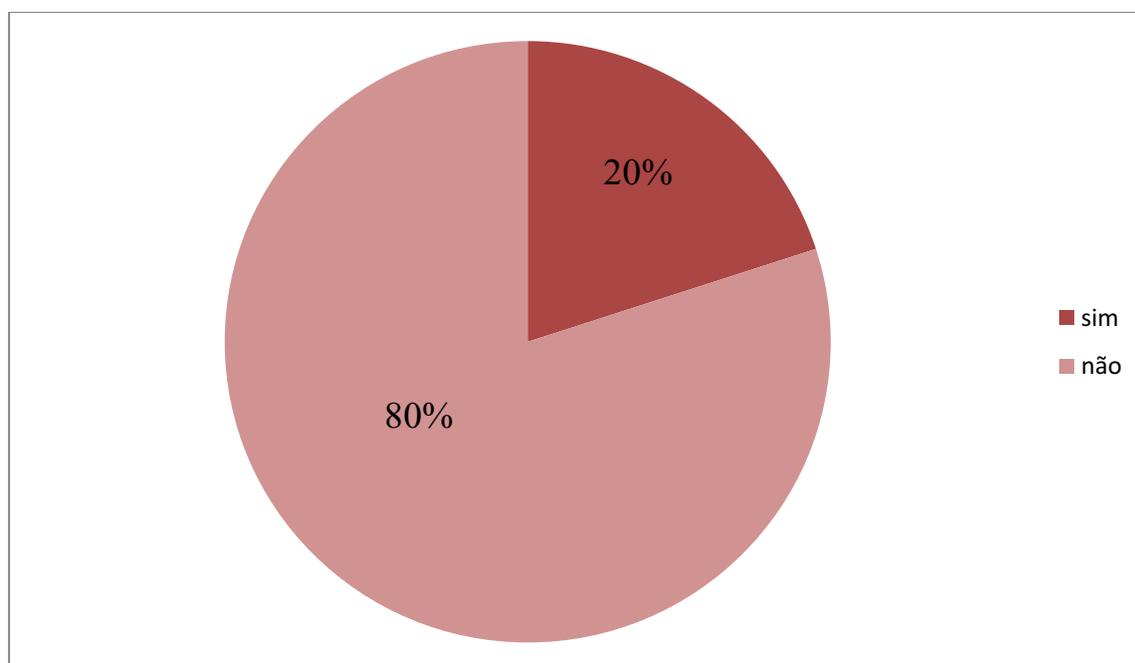
A maioria era solteira compondo 60% da amostra, 40% casadas ou em união estável, cerca de 60% tinha ensino médio completo, 20% ensino médio incompleto e 20% tinha ensino fundamental incompleto, 80% se autodeclararam pardas e 20% brancas, 80% eram donas de casa e 20% tinham outras ocupações.

No que tange renda familiar 60% tinha renda de ate um salário mínimo, 20% até dois salários e os outros 20% obtinha até três salários mínimos.

Fatores como a diferença racial, o perfil sociodemográfico, renda e a escolaridade influenciam de certa maneira a percepção das usuárias sobre o atendimento ao parto e ao parto em si. Em alguns serviços públicos de saúde no Brasil, onde são atendidas mulheres com baixa escolaridade e baixa renda, elas são consideradas sem autonomia e sem capacidade de decidir sobre seu corpo no parto a tornando assim ainda mais vulnerável (ZANARDO *et al.*, 2017).

Foi realizada a confecção do plano de parto com as cinco gestantes, como mostra na caracterização da amostra, porém conforme o gráfico 1 apresenta, apenas uma relatou ter apresentado o mesmo no momento de chegada a maternidade em trabalho de parto ativo.

Gráfico 1- APRESENTAÇÃO DO PLANO DE PARTO NA MATERNIDADE.



Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

Dessa forma se observa o quanto esse instrumento ainda é pouco difundido como artifício de empoderamento e realce da autonomia da gestante. Quando questionado as participantes o porquê da não apresentação do Plano de parto as quatro responderam que se tratou de esquecimento do documento impresso em casa, pois estavam com muita pressa e também porque as mesmas não tinham a noção de que já iriam ser internadas e também não foram questionadas pelos profissionais do serviço sobre a existência desse documento.

O relatório de recomendações publicado pelo Ministério da saúde, intitulado Diretrizes Nacionais de Assistência ao parto normal, salienta que todas as mulheres em trabalho de parto devem ser tratadas com respeito e dignidade e incluídas em todas as tomadas de decisões. Para que isso possa ocorrer o profissional que a assiste deve estabelecer uma relação de vínculo e intimidade, perguntando sempre sobre seus desejos e expectativas, bem como ler e discutir seu plano de parto (NARCHI *et al.*, 2019).

Entretanto por não ser muito difundido e a maioria dos serviços de saúde ainda não terem implementado essa estratégia, muitos profissionais sequer conhecem o significado de tal documento, evidenciado no momento do pré-natal onde a equipe multiprofissional da UBS não tinha conhecimento sobre o assunto bem como na maternidade que atendeu as gestantes da pesquisa, aonde os mesmos não chegaram nem a perguntar sobre a existência do plano de parto.

A Política nacional de humanização (PNH) traz consigo logo nas suas diretrizes o protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e do coletivo e nas suas diretrizes também se reforçam a defesa dos direitos dos usuários, onde os profissionais devem conhecer esses direitos, repassar as informações e garantir que esses sejam cumpridos em todo o processo de cuidado (BRASIL, 2004). Sendo assim é demonstrado um enfraquecimento do conhecimento dos colaboradores do SUS referente às políticas existentes que podem contribuir com um momento parturitivo mais tranquilo e humanizado e também a deficiência pela falta de pesquisa científica no assunto (NARCHI *et al.*, 2019).

Quando encorajada a verbalização e apresentação do plano de parto pelas maternidades demonstra-se o compromisso do profissional de entender que existe uma diversidade de opinião, resgatando a ideia de que a mulher tem que ter seu espaço de decisão e fala, permitindo assim a reavaliação de protocolos e práticas clínicas, oportunizando assim uma melhora no serviço (ANDREZZO, 2016).

Foi decidido observa o cumprimento do plano de parto e realizar o questionário de todas as gestantes que participaram da realização da pesquisa, mesmo daquelas que não apresentaram o impresso na maternidade, pois de todo modo o que decidiram no documento era o que almejaram para o momento que vivenciaram, portanto mesmo sem o plano de parto físico esses desejos estavam inerentes em seu âmago.

Assim podemos observar a quão ouvida ou ignorada pela equipe de saúde a mulher pode ser, mesmo sendo a protagonista do momento em questão e ter documentos do ministério da saúde e OMS que definem e incentivam a participação ativa da gestante nos momentos decisivos e em possíveis mudanças no cronograma do período de parturição.

De acordo com Medeiros *et al*, 2019, apesar dos muitos efeitos benéficos decorrentes do uso do Plano de Parto, notam-se ainda resistências e desafios a serem ultrapassados na utilização desta ferramenta em diferentes contextos. Em geral, o número de mulheres que o apresentam ainda é baixo, principalmente no Brasil, embora haja indícios de que esteja aumentando lentamente em diversos países. A não utilização deste instrumento pelas mulheres está relacionada, principalmente, a falta de conhecimento do Plano de Parto e de seu propósito, além da ausência de apoio profissional necessário para entender as opções disponíveis e expressar preferências.

5.2 ANÁLISE DAS CATEGORIAS DO CHECK-LIST

Nessa subdivisão começaremos a discutir todas as cinco categorias do Plano de Parto aplicado nas participantes da pesquisa. A categoria 1 trata-se do cumprimento dos desejos das gestantes no momento do trabalho de parto, nesta enquadram-se quatro participantes, tendo em vista que uma delas já foi diretamente encaminhada para cirurgia antes mesmo de vivenciar o trabalho de parto ativo.

Tabela 2: CATEGORIA 1- TRABALHO DE PARTO

VARIÁVEIS	DECISÃO		RESULTADO	
	SIM	NÃO	+	-
Presença do acompanhante Oudoula	4	0	100%	0%
Sem tricotomia (raspagem dos pelos pubianos) e enema (lavagem intestinal):	0	4	100%	0%
Sem perfusão contínua de soro e ou ocitocina	4	0	80%	20%
Liberdade para caminhar e escolher a posição que quero ficar:	4	0	60%	40%
Uso ilimitado da banheira e/ou chuveiro:	4	0	100%	0%
Peço que não seja oferecido anestésico ou analgésico. Eu pedirei quando necessário:	4	0	100%	0%

Sem rompimento artificial de bolsa:	4	0	80%	20%
TOTAL 4 GESTANTES: 100%				

Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

A ocitocina é uma das medicações mais utilizadas na obstetria para estimulação das contrações uterinas. A mesma é utilizada quando ocorre alguma falha no trabalho de parto, com o objetivo de alcançar o parto vaginal (LOPEZOSA *et al.*, 2016).

Como observado na tabela 2, uma (20%) das quatro gestantes recebeu perfusão de ocitocina no soro, mesmo atestando que seu desejo era que somente fosse infundido se realmente necessário. De acordo com os dados coletados através de entrevista com a acompanhante sobre esse assunto a mesma referiu que o trabalho de parto não apresentava distorcia ou um prolongamento exagerado de tempo.

Em um estudo realizado por Carvalho e Brito, 2017, que tinha o objetivo de identificar as formas de violência obstétrica vivenciada por puérperas que tiveram parto normal, quando se analisou as práticas não recomendadas no parto vaginal houve uma prevalência de 86,57% de realização dessas práticas em uma maternidade escola no Nordeste, desses a administração de ocitocina correspondia a 41% dos casos.

O uso da ocitocina é recomendado com base na literatura quando há distorcias no decorrer do trabalho de parto e parto, pois assim culminaria em redução do numero de cesarianas. As principais indicações do número aumentado de cesarianas são atribuídas justamente a um trabalho de parto muito longo extrapolando o tempo normal e distorciam encontradas (LOPEZOSA, 2016).

Logo, a gestante da pesquisa foi submetida a um procedimento de aceleração do trabalho de parto sem indicação científica, sem ser comunicada sobre o procedimento e esclarecida os motivos para uso do mesmo, negando-a dessa forma o direito a informação e decisão, caracterizando-se assim como violência obstétrica.

As quatro mulheres que se enquadraram nessa categoria expressaram a vontade de ter a liberdade para caminha e decidir a posição que gostaria de ficar ao qual se sentisse mais confortável, porém duas (40%) não conseguiram alcançar esse desejo de acordo com a tabela acima, sendo-as imposta a posição supina para o momento do parto como única opção.

Contudo, não se recomenda a realização do parto somente por posição supina ou litotômica, durante o processo do parto a mulher deve ter a liberdade para deambular e escolher a posição que sentir mais facilidade e conforto para ter seu bebê. Quando a mulher

passa a maior parte do tempo de trabalho de parto e parto caminhando ou optando por posições verticais a própria gravidade ajuda a impulsionar o feto para baixo, devido à força da gravidade (PAIVA *et al.*, 2018).

O último ponto da tabela 2 a ser avaliado é com relação a uma gestante que disse não querer o rompimento artificial de bolsa, mas seu desejo não foi cumprido. De acordo com o coletado com a gestante em questão tratava-se do primeiro filho e de acordo com a mesma e sua acompanhante havia dado entrada na maternidade apenas na fase latente do trabalho de parto registrando três centímetros de dilatação no primeiro exame de toque.

O uso da amniotomia (ruptura artificial das membranas) é utilizado para aceleração do trabalho de parto quando nota-se que o mesmo encontra-se retardado e necessita-se monitorar a criança para identificar possíveis complicações, porém a gestante da pesquisa apresentada evolução normal de acordo com o relato e era nulípara fazendo com que assim seu trabalho de parto fosse mais demorado.

Segundo relato da gestante às treze horas da tarde se encontrava com sete centímetros de dilatação, caracterização da fase ativa do trabalho de parto que geralmente em nulíparas pode levar de 5/6 horas para evolução, mas foi optado pela cesariana. Quando questionada sobre qual foi à indicação da cirurgia a mulher respondeu que o médico que a atendia falou que não havia espaço para o bebê passar.

Segundo protocolo clínico publicado em 2017 pela EBSEH e embasado na cartilha do Ministério da Saúde em 2001 intitulado Parto, Aborto e Puerpério: assistência humanizada à mulher, existe algumas distorcias que podem se enquadrar-se na justificativa do médico, entre elas a parada secundária de dilatação onde a dilatação cervical permanece a mesma em dois ou mais toques sucessivos com intervalo entre os toques de duas horas ou mais. Principal causa é a desproporção céfalo-pélvica absoluta ou relativa.

A problemática de aceleração do trabalho de parto juntamente com a demasiada ocorrência de cesárias é um problema ainda encontrado, onde a necessidade de agilidade sobrepõe às necessidades da mulher se a mesma não apresentava distorcias do tipo apresentada acima.

Nas categorias 2, 3 e 4, enquadraram-se somente as gestantes que realizaram o parto vaginal, no caso três.

Tabela 3- CATEGORIA 2- PARTO

VARIÁVEL	DECISÃO	RESULTADO
----------	---------	-----------

	SIM	NÃO	+	-
Prefiro ficar de cócoras ou semi-sentada (costas apoiadas)	1	2	100%	0%
Gostaria de um ambiente especialmente calmo nesta hora	3	0	80%	20%
Não vou tolerar que minha barriga seja empurrada para baixo	3	0	20%	80%
Episiotomia só se for realmente necessário. Não gostaria que fosse uma intervenção de rotina:	3	0	80%	20%
Quero que as luzes sejam apagadas e o ar condicionado desligado na hora do nascimento	2	1	20%	80%
Gostaria de ter meu bebê colocado de imediato no meu colo com liberdade para amamentar	3	0	20%	80%
TOTAL 3 GESTANTES: 100%				

Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

O momento do parto é considerado um dos momentos mais marcantes na vida de uma mulher e deve ser resguardada pelos profissionais que a assiste, a parturiente deve receber um atendimento humano e especial, pois a maneira de vivenciar o parto é única e será lembrada pelo resto da vida da mãe. Dessa forma é essencial proporcionar o máximo de conforto, informações, sempre respeitando a singularidade de cada mulher (SANDIM, 2017).

Levando em consideração o fato de que para que o parto seja um momento especial e marcante na vida da mulher deve-se estabelecer um conforto na sala onde estar sendo realizado o mesmo, podemos visualizar na tabela 3, categoria 2, que quando a gestante considerou que gostaria de um ambiente especialmente calmo na hora, uma delas (20%) não conseguiu que esse desejo fosse cumprido.

Um dado alarmante evidenciado nessa tabela é que duas mulheres (80%) em curso de parto vaginal foram submetidas à Manobra de Kristeller, mesmo expressando em plano de parto que não toleraria que sua barriga fosse empurrada para baixo. Uma das gestantes relatou

que a justificativa do médico para realização desse procedimento era que a cabeça do bebê tinha ficado presa, para a outra gestante não foi apresentada justificativa e nem aviso prévio da realização da manobra, sendo assim a pesquisadora somente tomou conhecimento da técnica utilizada porque a acompanhante relatou o ocorrido quando entrevistada.

A manobra foi criada por um médico chamado Samuel Kristeller em 1867 e se caracteriza como uma pressão contra a barriga da parturiente com o objetivo de encurtar o fundo uterino e conseqüentemente diminuir o tempo do período expulsivo, contudo esse procedimento gera inúmeros malefícios maternos e fetais, bem como lesões no útero e períneo (LIMA, LOPES, 2019).

Essa atitude além de obsoleta carrega consigo uma capacidade de traumatizar a gestante, em curto prazo a causando dor no momento expulsivo e em longo prazo de maneira psicológica.

Infelizmente juntamente com essa técnica acompanha-se a episiotomia outra prática considerada iatrogênica, sendo indicado somente quando houver a presença de sofrimento fetal, processo insuficiente do parto e lesão iminente de 3º grau de períneo (POMPEU *et al.*, 2017). Contudo essa prática ainda é utilizada como medida de aceleração do processo de parturição, uma gestante (20%) da nossa pesquisa foi submetida à episiotomia como procedimento de rotina.

Quando questionada a gestante sobre a prática a mesma parecia confusa e alegava ter um corte na sua região genital, porém não se recordava se esse procedimento havia sido realizado, pois não foi informada. Contudo quando abordada a acompanhante a mesma confirmou a realização da episiotomia bem como da episiorrafia sem o consentimento da gestante.

Com isso, nota-se não somente a retirada de autonomia da mulher em expressar sua vontade como também a não inclusão da mesma nas decisões pertinentes ao momento, tornando-a assim um sujeito passivo do momento e sem direito nenhum a voz ou a informação.

Logo após o momento de expulsão o bebê sai de um ambiente interno, útero materno, para o meio externo. Geralmente o útero materno se encontra com uma temperatura de aproximadamente 37 °C graus, todavia a temperatura do ambiente externo é influenciada de diversas formas, como é o caso da presença do ar condicionado que mantém a temperatura da sala de parto em torno de 18/20 °C, com base nessas informações, duas mulheres da pesquisa

expressaram a vontade de que o ar condicionado fosse desligado e as luzes apagadas, com o objetivo de proporcionar um ambiente mais aconchegante para a chegada do bebê.

Ainda assim as duas (80%) tiveram seus pedidos negados ou parcialmente atendidos, em um dos partos os profissionais se recusaram a desligar o ar condicionado, alegando que era obrigatório o ar permanecer naquele determinado grau, e que as luzes não podiam ser desligadas, no outro somente foi permitida o desligamento do ar condicionado, as luzes se mantiveram ligadas.

Vemos assim o quão frágil estar às bases teóricas aprendidas na academia com relação a um atendimento humanizado e específico de acordo com cada realidade, porque por mais que os desejos não pudessem ser atendidos por completo, que procurassem estabelecer um meio termo que trouxesse satisfação a parturiente e a deixasse mais acolhida para recebimento de seu filho.

Sabe-se desde o estudo das bases teóricas até a vivencia na prática o quão essencial se faz o contato mãe e filho logo no primeiro momento, fortalece o vínculo, ajuda na lactação, entre vários outros benefícios. Existem alguns passos que garantem o sucesso do aleitamento materno, desses merece destaque o incentivo ao aleitamento materno na primeira hora após o nascimento da criança e colocar a criança pele a pele com a mãe imediatamente depois do nascimento, por no mínimo uma hora (ARTIBALE, BERCINI, 2014).

Incumbidas de conhecimento sobre isso disposto no momento de realização do plano de parto, duas das três gestantes dessa categoria decidiram que gostariam que seus filhos fossem colocados em seus colos de imediato e que queria a liberdade para amamenta-los, porém não tiveram a possibilidade de amamenta-los logo nos primeiros minutos de vida, pois os bebês foram retirados brevemente de seus colos.

Esse evento ajuda a reconhecer o quanto o setor profissional necessita se empoderar dos conhecimentos disponíveis sobre o assunto, assim poderiam observar o quão benéfico para um aleitamento materno exclusivo é o oferecimento da mama nos primeiros minutos de vida pós-útero.

Tabela 4: CATEGORIA 3- APÓS O PARTO

VARIÁVEL	DECISÃO		RESULTADO	
	SIM	NÃO	+	-
Aguardar a expulsão espontânea da placenta, sem manobras, tração ou massagens.	2	1	80%	20%

Quero ter o bebê comigo o tempo todo enquanto eu estiver na sala de parto	3	0	100%	0%
Liberação para o apartamento o quanto antes com o bebê junto comigo	3	0	100%	0%
TOTAL 3 GESTANTES: 100%				

Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

Posteriormente a fase de expulsão do feto tem a fase placentária que perdura até a saída completa da placenta e membranas fetais, essa fase dura em média 30 minutos e pode ser feita de maneira ativa, quando há o uso rotineiro de substância uterotônicas, clampeamento, secção precoce do cordão umbilical e tração controlada do cordão após separação da placenta, ou de maneira fisiológica, onde não se uso substância uterotônicas, o clampeamento do cordão umbilical somente é feito quando acaba a pulsação e a expulsão da placenta é por esforço materno (BRASIL, 2017).

Para reforçar a humanização mesmo dentro da unidade hospitalar faz-se necessário se apropriar do máximo de vias que leve a não medicalização do momento, cada pequeno percurso escolhido que não envolva tantos procedimentos, administração de medicação ou retirada ainda mais de autonomia da mulher é valido para tornar o momento do nascimento mais especial para todos que estão vivenciando.

Apesar da conduta ativa nesse estágio reduzir as chances de hemorragia, deve-se orientar a gestantes sobre os benefícios e malefícios de cada maneira e respeitar sua decisão (BRASIL, 2017). Na tabela acima podemos notar que uma das gestantes (20%) que optou pela terceira fase fisiológica da saída da placenta não foi atendida e nem explicada o possível motivo de tal recusa, reforçando a ideia do estado de latência que a gestante ainda enfrenta dentro da unidade hospitalar.

Tabela 5: CATEGORIA 4- CUIDADOS COM A CRIANÇA

VARIÁVEL	DECISÃO		RESULTADO	
	SIM	NÃO	+	-
Administração de nitrato de prata ou antibióticos oftálmicos apenas se necessário	3	0	80%	20%
Quero fazer a amamentação sob livre demanda	3	0	100%	0%

Em hipótese alguma, oferecer água glicosada, bicos ou qualquer outra coisa ao bebê	3	0	100%	0%
Alojamento conjunto o tempo todo	3	0	100%	0%
Pedirei para levar o bebê caso esteja necessite de ajuda	3	0	100%	0%
Gostaria de dar o banho no meu bebê e fazer as trocas (ou eu ou meu acompanhante)	3	0	100%	0%
TOTAL 3 GESTANTES: 100%				

Fonte: Dados da Pesquisa, 2020.

Nessa categoria colhemos os dados somente das participantes que foram submetidas ao parto vaginal, tendo em vista sua maior autonomia de movimento para observar seu filho que comparado às submetidas ao parto Cesáreo, ao qual seu campo de visão era mais restrito. Porém os dados ainda foram colhidos de maneira turva, onde as puérperas não tinham a certeza absoluta sobre o que estava sendo realizado com seus filhos, o ponto que mais tiveram dúvidas foi na realização da administração de nitrato de prata ou antibióticos oftálmicos. Portanto as que não tiveram a certeza de que houve a administração foi classificado como não atendido ao desejo.

Com essa inconstância de informações foi observado uma falta de comunicação dos profissionais com relação aos procedimentos realizados na criança, fazendo com que assim a mãe não tivesse informações pertinentes sobre os procedimentos realizados.

Na categoria 5 (Caso a cesárea seja necessária), se enquadraram duas das cinco gestantes pertencentes ao estudo pois tiveram a evolução para parto cesáreo.

Tabela 6: CATEGORIA 5- CASO A CESÁREA SEJA NECESSÁRIA

VARIÁVEL RESULTADO	DECISÃO		
	SIM	NÃO	+
-			
Exijo o início do trabalho de parto antes de se resolver pela cesárea.	2	0	50% 50%
Quero a presença da doula e de marido na sala de parto.	0	2	50% 50%

Anestesia: peridural, sem sedação em momento algum.	2	0	100%	0%
Na hora do nascimento gostaria que o campo fosse abaixado para que eu possa vê-lo nascer.	0	2	50%	50%
Gostaria que as luzes e ruídos fossem reduzidos e o ar condicionado desligado.	2	0	0%	100%
Após o nascimento, gostaria que colocassem o bebê sobre meu peito e que minhas mãos estejam livres para segurá-lo.	2	0	50%	50%
Gostaria de permanecer com o meu filho no contato pele a pele enquanto estiver na sala de cirurgia.	2	0	0%	100%
Também gostaria de amamentar o bebê e ter alojamento conjunto o quanto antes.	2	0	100%	0%
TOTAL 2 GESTANTES: 100%				

Fonte: Dados da Pesquisa, 2020.

A cesariana representa um dos procedimentos cirúrgicos mais antigos da história e a cirurgia mais realizada em mulheres no mundo, consiste na incisão do abdômen e parede do útero para liberar o conceito desenvolvido. O avanço do chamado capitalismo industrial acabou por dar ao médico a monopolização do parto. A criação de novas técnicas cirúrgicas, anestésias e o uso da assepsia no parto foram de fundamental importância na institucionalização do parto e a baixa nas taxas de mortalidade materna contribuiu na aceitação da hospitalização perante a sociedade (COELHO, 2017).

O primeiro ponto dessa categoria é o desejo de optar por ter o trabalho de parto antes de resolver evolução para uma cesárea, as duas mulheres enquadradas nessa categoria afirmaram querer esse percurso, porém apenas uma teve sua vontade atendida.

Quando questionada do porquê não ter atendido esse desejo de iniciar o trabalho de parto a mesma relatou que por ter sobrepeso e ser hipertensa a encaminharam diretamente para o centro cirúrgico. De acordo com Filho e Mentenegro, 2013, as indicações absolutas de origem materna para cesariana incluem placenta prévia ou parcial, malformações genitais,

tumorações prévias, cardiopatias específicas e instáveis, pneumopatias específicas, dissecação de aorta, condições associadas à pressão intracraniana elevada e história de fistula retrovaginal.

Sendo assim notamos que essa gestante não teve a oportunidade de vivenciar o início do trabalho de parto por puro comodismo, tendo em vista que o procedimento cirúrgico demora bem menos do que horas de trabalho de parto para posterior um parto vaginal. Essa mesma perspectiva aplica-se a outra gestante que também teve como evolução o parto cesáreo, porem passou pelo trabalho de parto, quando questionada o motivo da opção do parto cirúrgico a mesma respondeu que o médico havia dito que ela não tinha espaço para o bebê nascer.

Assim conseguimos observar o quanto o cenário hospitalar estar abusivo no uso da cesárea sem indicação científica, apenas com o intuito de otimizar do tempo, caracterizando-se como uma violência obstétrica, uma vez que o profissional submete da gestante a um procedimento desnecessário e que acarreta em perigo a vida materna e fetal se algo der errado, e tendo em vista que o parto cesáreo oferece risco que o parto vaginal em si não apresenta.

Nenhumas das gestantes que foram submetidas a cesáreas queriam o acompanhante na sala de parto, mas não por preferência e sim porque já sabiam que a maternidade do Hospital Regional de cajazeiras não permitiria, contudo, uma das gestantes teve a presença do acompanhante no momento.

As gestantes dessa categoria eram primíparas e no momento do plano de parto relataram não querer que o campo fosse abaixado para que pudessem ver o bebê nascer, mas uma delas disse que abaixaram o campo e que gostou muito da visão que tinha, sendo assim evidencia-se o medo do desconhecido uma vez que a cirurgia ainda pouco explicada às mesmas.

Já foi falado o quão importante se dar o contato do binômio mãe-filho o quanto antes, pois favorece o vínculo, ajuda no processo de amamentação e ajuda o momento a ficar mais acolhedor, por isso as duas gestantes relataram querer que o bebê fosse colocado sobre seu peito e que tivesse uma das mãos livre para segura-lo. Uma das gestantes não teve esse desejo atendido, desumanizando ainda mais o momento que já estava fragilizado por conta o alto índice de manipulação do corpo da mulher.

Mesmo a que teve seu bebê posto em seu peito para primeiro contato foi retirado logo em seguida, descumprindo outro ponto do desejo da mulher que era permanecer com o filho no contato pele a pele enquanto estivesse na sala de cirurgia.

Dessa forma o binômio mãe-filho fica fragilizado, causando assim impactos físicos por se tratar de uma cirurgia e o tempo de recuperação ser o dobro do parto normal, psicológico pelo ambiente e anestesia e quanto social uma vez que a puérpera vai repassar sua experiência para outras mulheres que convive no seu nicho.

Na pesquisa realizada por Artibale e Bercini, 2014, buscou analisar os significados e as vivências do contato e da amamentação precoces de puérperas internadas em um Hospital Amigo da Criança, com participação de 16 puérperas no estudo foi observado que a aproximação entre o binômio mãe-filho logo após o nascimento proporcionou uma experiência única à mulher, desencadeando sensações diversas dentro do contexto biopsicossociocultural de cada uma delas, com sentimentos e significados favoráveis ao vínculo mãe-filho e ao início da amamentação.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos dados obtidos logo no gráfico onde mostra o índice de exposição do Plano de parto na maternidade, observamos a fragilidade encontrada ainda nessa ferramenta, onde apenas uma gestante o apresentou no momento de admissão, isso se dar pela falta de incentivo da realização do mesmo ainda na UBS, mostrando assim um enfraquecimento da procura por aperfeiçoamento teórico sobre leis e direitos existentes pelos profissionais, que muitas vezes se acomodam com o passar do tempo de trabalho com a comunidade.

Porém, em paralelo observou-se o quão poderoso é a elaboração e apresentação do plano de parto, uma vez que a única gestante que expôs o documento foi a que teve o aproveitamento de 100% dos seus desejos atendidos, além de ter todas as suas dúvidas respondidas e avisada sempre caso algo saísse do planejado.

Por isso faz-se necessário uma maior busca dos profissionais presentes principalmente no pré-natal sobre essas ferramentas de autonomia e combate as violências obstétricas, para que assim a gestante possa ter um processo parturitivo humanizado e acolhedor, com voz ativa e autonomia de expor suas vontades.

A violência obstétrica foi observada em 80% das participantes da pesquisa o que revela uma porcentagem ainda alarmante em se tratando de uma prática desumanizada e que acarreta em danos muitas vezes irreparáveis. Ainda assim muitas das gestantes não conseguiram identificar de maneira clara que estavam sofrendo violência o que revela ainda uma falta de conhecimento acerca do caso e que demonstra que o ganho de conhecimento no momento do pré-natal que era para ser de suma importância estar defasado.

Todavia observamos a importância do plano de parto como instrumento de autonomia e combate as violências obstétricas, uma vez que a gestante que o apresentou não relatou nenhum tipo de violência relacionada, pelo contrário, afirmou ter sido muito bem tratada e que sua experiência do parto foi um momento muito aconchegante.

Como fragilidade para elaboração do estudo, percebe-se a dificuldade ainda de se achar artigos sobre a temática de plano de parto, os estudos estão aparecendo recentemente, o que mostra que ainda precisa abordar muito essa linha para que o instrumento seja mais utilizado, também houve a impossibilidade de acompanhamento presencial do parto por conta do isolamento social causando pela pandemia do COVID-19 e não menos importante a falta de informação e incentivo por parte dos profissionais da UBS quanto à importância da apresentação do plano de parto na maternidade, uma vez que a pesquisadora somente tinha o período de estágio supervisionado para acompanhamento e repasse de informação a gestante.

Propõem-se a construção de mais artigos relacionados à ferramenta do plano de parto e seus benefícios na autonomia da gestante e como aliado no combate a violências, visto a carência de material científico sobre o assunto.

Desse modo, espera-se que essa pesquisa possa incentivar a população acadêmica e as gestantes a ficarem ciente de seus direitos no momento do parto, bem como que os profissionais observem o quão importante se faz empoderar-se de instrumentos de resgate da autonomia e proteção contra uma violência que ainda hoje a mulher enfrenta nas maternidades. Portanto é de extrema importância um maior conhecimento e busca de educação por parte dos profissionais, uma vez que através deles que pode haver o empoderamento da gestante através da educação ainda no pré-natal, resgatando assim sua confiança diante do momento tão especial que é o nascer.

REFERÊNCIAS

ANDREZZO, H. F. A. **O desafio do direito á autonomia: Uma experiência de Plano de parto no SUS.** Tese de Mestrado. Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública. São Paulo, 2016. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6136/tde-07112016-141429/pt-br.php>. Acesso em: 17/10/2020.

ARAGÃO, J. Introdução aos estudos quantitativos utilizados em pesquisas científicas. **Revista Praxis**, v. 3, n. 6, p. 59-62, 2011. Disponível em: DOI: <<https://doi.org/10.25119/praxis-3-6-566>> Acesso em: 17/02/2020.

BERGAMASCHI, D.P.; SOUZA, J.M.P.; HINNIG, P. F. **População, amostra, variável, coleta de dados, apuração de dados e apresentação tabular.** HEP 103-Bioestatística aplicada à Nutrição. São Paulo: FSP/USP, 2010. Disponível em: <https://www.passeidireto.com/arquivo/5494443/apostila-2011-estatistica> Acesso em: 18/02/2020.

BOSI, M. L. M. Pesquisa qualitativa em saúde coletiva: panorama e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 17, n. 3, p. 575-586, mar, 2012.

BRASIL. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.** Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pb/cajazeiras/panorama>. Acessado em: 15/03/2019.

BRASIL. **Lei Nº 10.548.** Institui o Pacto Estadual Social para Humanização da Assistência ao Parto e Nascimento em todos os estabelecimentos de saúde do Estado da Paraíba. 2015. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=305804> Acesso em: 22/11/2020.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Humanização do parto e do nascimento.** Caderno HumanizaSUS, v.4. Universidade Estadual do Ceará- Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: http://www.redehumanizasus.net/sites/default/files/caderno_humanizasus_v4_humanizacao_parto.pdf. Acesso em: 06/04/ 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, Aborto e Puerpério: assistência humanizada à mulher.** Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal.** Brasília: Ministério da Saúde; 2017. Disponível

em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf Acesso em: 10/10/2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Teórico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão de todas as instâncias do SUS**. 1 ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004 . Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf Acesso em: 20/10/2020.

BRASIL. **Resolução Nº 466, De 12 De Dezembro De 2012**. Considerando o respeito pela dignidade humana e pela especial proteção devida aos participantes das pesquisas científicas envolvendo seres humanos. Diário da União, Brasília, DF, 12 dez. 2012. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf> Acesso em: 20/10/2020.

BRITO, C. M. C.; OLIVEIRA, A. C. G. A.; COSTA, A. P. C. A. Violência Obstétrica e os direitos das parturientes: o olhar do poder judiciário brasileiro. **Cad. Ibero-amer. Dir. Sanit.**, Brasília, 9(1): jan./mar., 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.17566/ciads.v9i1.604>. Acesso em: 26/09/2020.

CARDOSO, F.J.C.; COSTA, A. C. M.; ALMEIDA, M. M.; SANTOS, T. S.; OLIVEIRA, F. B. M. Violência obstétrica institucional no parto: percepção de profissionais da saúde. **Rev. enferm. UFPE online**; 11(9): 3346-3353, set. 2017. Disponível em: <DOI: 10.5205/reuol.11088-99027-5-ED.1109201704> Acesso em : 10/04/2020.

CARVALHO, I. S.; BRITO, R. S. Formas de Violência obstétrica vivenciadas por puérperas que tiveram parto normal. **Rev. Eletrônica trimestral de Enfermagem**. ISSN 1695- 6141. Julho 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.3.250481> Acesso em: 15/10/2020.

COELHO, C. A. **O Processo de mercantilização das cesarianas no Brasil**. 2017. 132f. Dissertação de mestrado- Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-905081> Acesso em: 15/10/2020.

CORTÉS, M.S.; BARRANCO, D.A.; JORDANA, M.C. ROCHE, M. E. Use and influence of delivery and birth plans in the humanizing delivery process. **Rev Latino-AmEnferm**. 2015 mai-jun. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0067.2583> Acesso em: 15/09/2020.

D' ARTIBALE, E. F.; BERCINI, L. O. O contato e a amamentação precoces: significados e vivências. **Texto contexto - enferm**. 2014, vol.23, n.1, pp.109-117. ISSN 0104-

0707. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072014000100013>. Acesso em 17/10/2020.

FILHO, J. M. D. R.; MONTENEGRO, C. A. B. **Rezende obstetrícia**. Edição: 12º ed. Rio de Janeiro: Guarabara Koogan, 2013. 1300p.

GAYESKI, M.E.; BRÜGGEMANN, O.M. Percepções de puérperas sobre a vivência de parir na posição vertical e horizontal. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** vol.17 no.2 Ribeirão Preto Mar./Apr. 2009. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692009000200003>. Acesso em: 15/10/2020.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social** / Antonio Carlos Gil. - 6. ed. - São Paulo: Atlas, 2008.

LADEIA, P. S. S.; MOURÃO, T. T.; MELO, E. M. O silêncio da violência institucional no Brasil. **RevMed Minas Gerais**. 2016; 26 (Supl8): S398-S401. Disponível em: <http://rmmg.org/artigo/detalhes/2186> Acesso em: 16/09/2020.

LIMA, G. A. F.; LOPES, M. C. A. **Violência Obstétrica: Riscos do Uso da Manobra de Kristeller Durante o Parto**. 2019. 22f. Trabalho de conclusão de curso- Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos – UNICEPLAC. Gama- DF. 2019. Disponível em: <https://dspace.uniceplac.edu.br/handle/123456789/312> Acesso em: 16/10/2020.

LOPEZOSA, P. H.; MAESTRE, M. H.; BORREGO, M. A. R. Labor stimulation with oxytocin: effects on obstetrical and neonatal outcomes. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 2016;24:e2744. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0765.2744> Acesso em: 15/10/2020.

MARRERO, L.; BRÜGGEMANN, O. M. Violência Institucional Durante o Processo Parturitivo no Brasil: Revisão Integrativa. **RevBrasEnferm**. 2018; 71(3):1152-61. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0238>. Acesso em: 14/10/2020.

MENEZES, F. R.; REIS, G. M.; SALES, A. A. S.; JARDIM, D. M. B.; LOPES, T. C. O olhar de residentes em Enfermagem Obstétrica para o contexto da violência obstétrica nas instituições. **Interface (Botucatu)**. 2020; 24: e180664. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.180664> Acesso em: 26/09/2020.

MEDEIROS, R. M. K.; FIGUEIREDO, G.; CORREIA, A. C. P.; BARBIERI, M. Repercussões da utilização do plano de parto no processo de parturição. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. 2019;40:e20180233. Disponível em: doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180233>. Acesso em: 22/11/2020.

MOUTA, R. J. O; SILVA, T. M. A; MELO, P. T. S; *et al.* Plano de parto como estratégia de empoderamento feminino. **Rev baiana enferm.** 2017;31(4):e20275. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v31i4.20275>.> Acesso em: 06/08/2020.

NARCHI, N. Z.; VENÂNCIO, K. C. M. P.; FERREIRA, F. M.; VIEIRA, J. R. O Plano Individual de Parto como estratégia ensino-aprendizagem das boas práticas de atenção obstétrica. *Rev. esc. enferm. USP* vol.53 São Paulo Jan./Dez. 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2018009103518> Acesso em: 13/10/2020.

OLIVEIRA, M.C.; MERCES, M.C. Percepções sobre violências obstétricas na ótica de puérperas. **Rev. enferm. UFPE online**; 11(supl.6): 2483-2489, jun. 2017. Disponível em: <http://10.5205/reuol.9799-86079-1-RV.1106sup201701> Acesso em: 13/10/2020.

PAIVA, E. F.; STHAL, H. C.; PAULINO, V. C. P.; LEITE, G, R. POSIÇÕES ASSUMIDAS DURANTE O PARTO NORMAL: Percepções de puérperas atendidas numa maternidade de Jantaí- Goiás. **Rev. Eletrônica Graduação/Pós graduação em Saúde.** 2018- V.14, N.4. ISSN. 1807-9342. Disponível em: <https://doi.org/10.5216/rir.v14i4.54977> Acesso em: 15/10/2020.

POMPEU, K. C; SCARTON, J; CREMONESE, L; FLORES, R. G.; LANDERDAHL, M. C.; RESSEL, L. B. Prática da episiotomia no parto: Desafios para a enfermagem. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro.** 2017;7:e1142. Disponível em: <https://doi.org/10.19175/recom.v7i0.1142> Acesso em: 06/08/2020.

RODRIGUES, F.A.C.; LIRA, S. V. G.; MAGALHÃES, P. H.; FREITAS, A. L. V.; MITROS, V. M. S.; ALMEIDA, P. C. Violência obstétrica no processo de parturição em maternidades vinculadas à Rede Cegonha. **Reprod. clim**; 32(2): 78-84, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.recli.2016.12.001> Acesso em: 06/08/2020.

RODRIGUES, Milene Silva. **Humanização no processo de parto e nascimento: implicações do plano de parto.** 2017. 102f. Dissertação (Mestrado)- Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. Disponível em: <http://hdl.handle.net/1843/ANDO-AQCL2R> Acesso em: 07/09/2020

SÁ, A. M. P; ALVES, V. H; RODRIGUES, D. P.; BRANCO, M. R. B. L.; PAULA, E.; MARCHIORI, G. R. S. O direito ao acesso e acompanhamento ao parto e nascimento: a ótica das mulheres. **Rev. enferm UFPE online.**, Recife, 11(7):2683-90, jul., 2017. Disponível em: <https://10.5205/reuol.10939-97553-1-RV.1107201705> Acesso em: 28/09/2020.

SANDIM, N. F. C. **Nível Do Conhecimento Das Mulheres Acerca Da Violência Obstétrica.** 2017. 30f. Trabalho de conclusão de curso- Faculdade de Ciências da Educação e

Saúde. Brasília. 2017. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/185257299.pdf> Acesso em: 15/10/2020.

SANTOS, A. L. M.; COSTENARO, R. G. S.; HAEFFNER, L. S. B.; NAUJORKS, A. A.; SOUZA, M. H. T. Violência obstétrica: uma revisão narrativa. **DisciplinarumScientia**. Série: Ciências da Saúde, Santa Maria, v. 17, n. 1, p. 163-169, 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufn.edu.br/index.php/disciplinarumS/article/view/1917/1817> Acesso em: 15/06/2020.

SANTOS, F. S. R.; SOUZA, P. A.; LANSKY, S.; OLIVEIRA, B. J.; MATOZINHOS, F. P.; ABREU, A. L. N.; SOUZA, K. V.; PENA, E. D.; Os Significados e Sentidos do Plano de Parto Para as Mulheres que Participaram da Exposição Sentidos do Nascer. **Cad. Saúde Pública**. vol.35 no.6 Rio de Janeiro 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00143718> Acesso em: 13/10/2020.

SILVA, F.M.B.; PAIXÃO, T.C.R.; OLIVEIRA, S.M.J.V. LEITE, J. S.; RIESCO, M. L. G.; OSAVA, R. H. Assistência em um centro de parto segundo as recomendações da Organização Mundial da Saúde. **RevEscEnferm USP**. 2013 Abr;47(5):1031-8. Disponível em: <https://10.1590/S0080-623420130000500004> Acesso em: 09/03/2020.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

ZANARDO, G.L.P.; URIBE, M.C.; NADAL, A.H.R. et al. Violência obstétrica no brasil: uma revisão narrativa. **Psicologia & Sociedade**, 29: e155043, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-0310/2017v29155043> Acesso em: 13/03/2020.

APÊNDICES

APÊNDICE A- MODELO BASE DO PLANO DE PARTO

PLANO DE PARTO

NOME: _____

ENDEREÇO: _____

DATA: ___/___/___

TELEFONE: _____

EMAIL: _____

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

TRABALHO DE PARTO

Presença de meu marido e doula.

Sem tricotomia (raspagem dos pelos pubianos)

enema (lavagem intestinal).

Sem perfusão contínua de soro e ou ocitocina

Liberdade para caminhar e escolher a posição que quero ficar.

Uso ilimitado da banheira e/ou chuveiro.

Peço que não seja oferecido anestésico ou analgésico.

Eu pedirei quando necessário.

Sem rompimento artificial de bolsa.

PARTO

Prefiro ficar de cócoras ou semi-sentada (costas apoiadas)

Gostaria de um ambiente especialmente calmo nesta hora.

Não vou tolerar que minha barriga seja empurrada para baixo.

Episiotomia: só se for realmente necessário.

Não gostaria que fosse uma intervenção de rotina.

Quero que as luzes fossem apagadas e o ar condicionado

desligado na hora do nascimento.

Gostaria de ter meu bebê colocado de imediato
no meu colo com liberdade para amamentar.

APÓS O PARTO

Aguardar a expulsão espontânea da placenta,
sem manobras, tração ou massagens.

Quero ter o bebê comigo o tempo todo enquanto
eu estiver na sala de parto.

Liberação para o apartamento o quanto antes com
o bebê junto comigo.

CUIDADOS COM A CRIANÇA

Administração de nitrato de prata ou antibióticos
oftálmicos apenas se necessário.

Quero fazer a amamentação sob livre demanda.

Em hipótese alguma, oferecer água glicosada,
bicos ou qualquer outra coisa ao bebê.

Alojamento conjunto o tempo todo.

Pedirei para levar o bebê caso esteja necessite de ajuda.

Gostaria de dar o banho no meu bebê e fazer as trocas
(ou eu ou meu marido).

CASO A CESÁREA SEJA NECESSÁRIA

Exijo o início do trabalho de parto antes de se resolver pela cesárea.

Quero a presença da doula e de marido na sala de parto.

Anestesia: peridural, sem sedação em momento algum.

Na hora do nascimento gostaria que o campo fosse abaixado
para que eu possa vê-lo nascer.

Gostaria que as luzes e ruídos fossem reduzidas

e o ar condicionado desligado

Após o nascimento, gostaria que colocassem o bebê sobre meu peito

e que minhas mãos estejam livres para segurá-lo

Gostaria de permanecer com o meu filho no contato pele

a pele enquanto estiver na sala de cirurgia

Também gostaria de amamentar o bebê e ter alojamento

conjunto o quanto antes.

Agradeço muito a equipe envolvida e a ajuda para tornar esse momento especial.

Muito obrigada

Assinatura

do

obstetra

Assinatura dos pais

APÊNDICE B- ROTEIRO DE COLETA DE DADOS PÓS-PARTO

Entrevista n°: _____ Data: ___/___/_____

INFORMAÇÕES PESSOAIS

1. Estado civil:

 Solteira Casada ou união estável Divorciada Viúva Outros _____

2. Idade: _____

3. Estado civil:

 Solteira Casada ou união estável Divorciada Viúva Outros _____

4. Escolaridade:

 Analfabeta Sabe ler e escrever Ensino fundamental completo Ensino Fundamental Incompleto Ensino Médio Completo Ensino Médio Incompleto Ensino Superior Incompleto Ensino Superior Completo Pós graduação. Qual? _____

5. Cor/Raça (Autodeclarada):

 Branca Parda Negra Índia Outra: _____

6. Ocupação: _____

7. Idade da primeira gestação: _____

8. Número de gestações anteriores: _____

9. Número de partos vaginais e cesáreas: _____

INFORMAÇÕES SOBRE O DECORRER DO TRABALHO DE PARTO E

PARTO

1- Foi parto vaginal? Se não, porque foi necessária uma cesárea?

2- Apresentou o plano de parto na maternidade? Se não, por quê?

3- Houve alguma violência obstétrica? Se sim, como foi?

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM

Você está sendo convidada a participar como voluntária da pesquisa: **“EMPODERAMENTO DA GESTANTE ACERCA DO SEU PROTAGONISMO NO TRABALHO DE PARTO”** desenvolvida pelas discentes de enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande/Centro de Formação de Professores, Beatriz Pereira Alves e Fabrícia Alves de Souza, sob orientação da professora Dr. AissaRomina Silva do Nascimento.

JUSTIFICATIVA, OBJETIVOS E PROCEDIMENTOS

Sua participação é voluntária e você poderá desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento, sem que isso lhe traga prejuízo ou penalidade. Este estudo tem por objetivo promover o empoderamento de gestantes quanto ao seu protagonismo no trabalho de parto.

Caso decida aceitar o convite, você será submetida aos seguintes procedimentos: uma entrevista gravada por um aparelho de mp3, que terá como guia um formulário semiestruturado, composto por perguntas de cunho pessoal e relacionadas a temática violência obstétrica, participação em ações educativas referentes ao assunto supracitado e elaboração de um plano de parto de acordo com suas vontades e necessidades.

Como benefício do estudo, o mesmo possibilitará a obtenção de conhecimento por parte das gestantes sobre os seus direitos durante toda a gestação, trabalho de parto e parto, além do conhecimento de todas as formas de violência obstétrica que podem vir a sofrer, garantindo-lhes autonomia para decidir sobre o seu trabalho de parto através do plano de parto, voltado a satisfazer as reais necessidades das participantes.

Todas as informações obtidas serão sigilosas e seu nome não será identificado em nenhum momento. Os dados serão guardados em local seguro e a divulgação dos resultados em eventos científicos será feita de maneira que não permita a identificação individual de nenhuma voluntária.

Se você tiver algum gasto comprovado decorrente de sua participação na pesquisa, você será ressarcido, caso solicite. Em qualquer momento, se você sofrer algum dano relacionado e atestado frente a realização da pesquisa, você poderá buscar o direito de ser indenizado.

DESCONFORTOS E RISCOS: Devido envolver coleta de dados através de formulário e entrevista gravada, este estudo apresenta riscos mínimos para as participantes, como constrangimento ou timidez ao responder alguma das indagações. Caso isto ocorra, as pesquisadoras poderão suspender a entrevista ou orientarão a participante que se sinta à vontade para decidir sobre sua participação no estudo, atentando sempre para a minimização da ansiedade. Ressalta-se que a assinatura deste termo é isenta de danos e é vedada sua

reprodução em qualquer outro meio que não este.

FORMA DE ACOMPANHAMENTO E ASSISTÊNCIA: *A priori*, será feita a aplicação do formulário pré-educação em saúde, posteriormente a ação educativa em grupos compostos por até 10 mulheres, seguida da entrevista pós-educação em saúde e por fim, a elaboração do plano de parto a ser aplicado no dia do trabalho de parto de cada uma das gestantes. Vale ressaltar que as atividades só terão início após a assinatura, em duas vias, do TCLE por ambas as partes, onde uma das vias ficará com a pesquisadora e a outra será entregue a participante.

CUSTOS DA PARTICIPAÇÃO, RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO POR EVENTUAIS DANOS: A participação no estudo não acarretará custos para a Sra. e não será disponível nenhuma compensação financeira adicional. Não é previsto nenhum dano decorrente desta pesquisa a Sra., uma vez que será aplicado um formulário, realizada entrevista, ações educativas e elaboração de um plano de parto.

DECLARAÇÃO DO PARTICIPANTE OU DO RESPONSÁVEL PELO PARTICIPANTE:

Eu, _____, fui informada dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci todas minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e desistir de participar da pesquisa se assim o desejar. As pesquisadoras Beatriz Pereira Alves e Fabrícia Alves de Souza, sob orientação da professora Dr. AissaRomina Silva do Nascimento certificaram-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais, no que se refere a minha identificação individualizada, e deverão ser tornados públicos através de algum meio científico. Elas comprometem-se, também, em seguir os padrões éticos definidos na Resolução CNS 466/12. Compreendi que em caso de dúvidas poderei contatar os pesquisadores através dos telefones: **(83) 99409-8988**, **(83) 99629-1621** e **(83) 99985-0271**, através dos endereços de e-mail <**pbia012@gmail.com**>, <**fabricia.alves1405@gmail.com**>, e <**aissas@bol.com.br**>, respectivamente, ou caso necessite poderei procura-las pessoalmente na sala do Grupo de Pesquisa Violência e Saúde no bloco da coordenação de enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande – Campus Cajazeiras, em horário acordado anteriormente. Além disso, fui informada que em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo poderei consultar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Campina Grande, situado na Rua Sérgio Moreira de Figueiredo s/n - Casas Populares CEP: 58.900-000, através do e-mail: **cep@cfp.ufcg.edu.br** ou Telefone: **(83) 3532-2000**. Ademais, assinei este termo em duas vias, ficando uma em minha posse e outro com a pesquisadora.

Cajazeiras, _____/_____/_____

Assinatura do Participante da Pesquisa

Assinatura do Pesquisador Responsável

APÊNDICE D – TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM****TERMO DE RESPONSABILIDADE E COMPROMISSO DO PESQUISADOR
RESPONSÁVEL**

Eu, **AissaRomina Silva do Nascimento**, docente da Universidade Federal de Campina Grande, responsabilizo-me pela orientação das discentes do curso de Graduação em Enfermagem, Beatriz Pereira Alves e Fabrícia Alves de Souza, cujo projeto de pesquisa intitula-se **“EMPODERAMENTO DA GESTANTE ACERCA DO SEU PROTAGONISMO NO TRABALHO DE PARTO”**.

Comprometo-me em assegurar que sejam seguidos os preceitos éticos previstos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e demais documentos complementares.

Responsabilizo-me também pelo zelo com o meu projeto de pesquisa, pelo fiel cumprimento das orientações sugeridas pelo meu orientando nas atividades de pesquisa e, junto com ele, pelos resultados da pesquisa para sua posterior divulgação no meio acadêmico e científico.

Reafirmo a minha responsabilidade indelegável e intransferível, mantendo arquivados todos os dados pertinentes à pesquisa, zelando pelo sigilo e confidencialidade das informações referidas pelos sujeitos participantes. Caso seja necessário, apresentarei, sempre que solicitado pelo Comitê de ou pelos órgãos envolvidos neste estudo, o relatório de qualquer eventual modificação neste projeto, bem como sobre seu andamento e sua conclusão. Estou ciente das penalidades que posso sofrer caso infrinja qualquer um dos itens da referida resolução.

Por ser verdade, assino o presente compromisso.

Cajazeiras, ____/____/____

Assinatura do Pesquisador Responsável

APÊNDICE E – TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR PARTICIPANTE**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM****TERMO DE RESPONSABILIDADE E COMPROMISSO DO PESQUISADOR
PARTICIPANTE**

Nós, **Beatriz Pereira AlveseFabrícia Alves de Souza** discentes do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), nos responsabilizamos, junto com nossa orientadora, a docente prof^ª Dr. **AissaRomina Silva do Nascimento**, desenvolver o projeto de pesquisa intitulado “**EMPODERAMENTO DA GESTANTE ACERCA DO SEU PROTAGONISMO NO TRABALHO DE PARTO**”.

Declaramos estarmos cientes e nos comprometemos em assegurar que sejam cumpridos os preceitos éticos previstos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e demais documentos complementares.

Nos responsabilizamos também pelo zelo com o projeto de pesquisa no sentido de manutenção da privacidade e sigilo das informações, resguardo da segurança e bem estar dos participantes nela recrutados, pelos resultados obtidos e posterior divulgação no meio acadêmico e científico, pela comunicação ao Comitê de Ética (CEP) sobre qualquer alteração no projeto e/ou ocorrência de eventos adversos que impliquem no cancelamento da pesquisa, bem, como pelo arquivamento durante 5 (cinco) anos, após o término da pesquisa, de uma das vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assinado por cada participante recrutado durante a execução da mesma.

Cajazeiras, _____/_____/_____

Assinatura do Pesquisador Participante

Assinatura do Pesquisador Participante

APÊNDICE F– TERMO DE COMPROMISSO DE DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM****TERMO DE COMPROMISSO DE DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS**

Por este termo de responsabilidade, nós, abaixo – assinados, respectivamente, discentes e orientadora da pesquisa intitulada **“EMPODERAMENTO DA GESTANTE ACERCA DO SEU PROTAGONISMO NO TRABALHO DE PARTO”**, assumimos o compromisso de:

- Preservar a privacidade dos participantes da pesquisa cujos dados serão coletados;
- Assegurar que as informações serão utilizadas única e exclusivamente para a execução do projeto em questão;
- Assegurar que os benefícios resultantes do projeto retornem aos participantes da pesquisa, seja em termos de retorno social, acesso aos procedimentos, produtos ou agentes da pesquisa;
- Assegurar que as informações somente serão divulgadas de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificar o sujeito da pesquisa;
- Assegurar que os resultados da pesquisa serão encaminhados para a publicação, com os devidos créditos aos autores.

Cajazeiras, _____/_____/_____

Discente

Discente

Prof.^a Orientadora

**ANEXO A: TERMO DE ANUÊNCIA DELIBERADO PELA SECRETARIA DE
SAÚDE DE CAJAZEIRAS – PB**


**PREFEITURA MUNICIPAL DE
CAJAZEIRAS**

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
PROGRAMA REDE ESCOLA/DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO EM
SAÚDE**

TERMO DE ANUÊNCIA

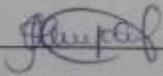
Declaramos para os devidos fins que a pesquisa intitulada: **"Empoderamento da Gestante acerca do seu protagonismo no trabalho de parto"**, a ser desenvolvida pela aluna **Beatriz Pereira Alves e Fabrícia Alves de Souza**, do curso de Graduação em Enfermagem da UFCG – CAMPUS Cajazeiras – sob a orientação da Prof^ª. Dr^ª. Aissa Romina Silva do Nascimento, está autorizada para realizar a pesquisa junto a este serviço, especificamente nas UBS Mutirão I no Município de Cajazeiras-PB.

Outrossim, informamos que para ter acesso a qualquer serviço da Rede Municipal de Saúde de Cajazeiras, fica condicionada a apresentação da Certidão de Aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa, devidamente credenciado junto à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, ao Serviço que receberá a pesquisa.

Sem mais,

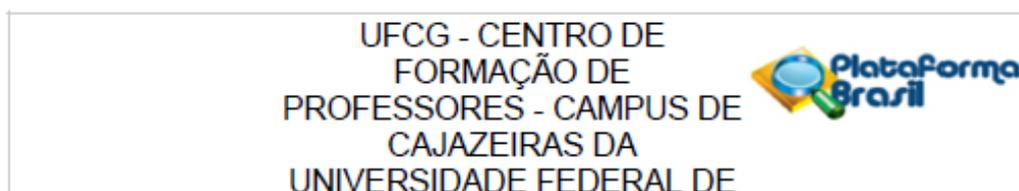
Cajazeiras, 18 de junho de 2019.

Secretaria Municipal de Saúde
Departamento de Educação em Saúde
Rua Euclides de Almeida, 1000



**Kellyne Soraya Menezes Maciel
Departamento de Educação em Saúde**

ANEXO B - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: EMPODERAMENTO DA GESTANTE ACERCA DO SEU PROTAGONISMO NO TRABALHO DE PARTO

Pesquisador: AISSA ROMINA SILVA DO NASCIMENTO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 18692419.0.0000.5575

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.547.173

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo de campo, exploratório-descritivo com abordagem qualitativa, mediatizado pela pesquisa-ação, seguindo suas doze fases. O estudo será realizado na Unidade Saúde da Família Francisco Alves Mutirão I, localizada na cidade de Cajazeiras, extremidade ocidental do Estado da Paraíba (PB). Destaca-se que ações de saúde com foco na violência obstétrica e plano de parto serão realizadas para posterior avaliação do entendimento das gestantes, bem como a elaboração do seu plano de parto para a seguir observar se suas exigências foram atendidas.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Promover o empoderamento de gestantes quanto ao seu protagonismo no trabalho de parto.

Objetivo Secundário: Analisar seus conhecimentos acerca da violência obstétrica. Realizar ação educativa sobre a violência obstétrica. Realizar o plano de parto com as gestantes. Avaliar o cumprimento das exigências no plano de parto no momento do trabalho de parto.

<p>Endereço: Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, s/n Bairro: Casas Populares CEP: 58.900-000 UF: PB Município: CAJAZEIRAS Telefone: (83)3532-2075 E-mail: cep@cfp.ufcg.edu.br</p>
--

UFCG - CENTRO DE
FORMAÇÃO DE
PROFESSORES - CAMPUS DE
CAJAZEIRAS DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE



Continuação do Parecer: 3.547.173

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Devido envolver coleta de dados através de formulário e entrevista gravada, este estudo apresenta ,para as participantes, no entanto poderá ocorrer constrangimento ou timidez ao responder alguma das indagações. Caso isto ocorra, os pesquisadores poderão suspender a entrevista ou orientará a participante que se sinta à vontade para decidir sobre sua participação no estudo, atentando sempre para a minimização da ansiedade.

Benefícios: Quanto aos benefícios, o estudo possibilitará a obtenção de conhecimento por parte das gestantes sobre os seus direitos durante toda a gestação, trabalho de parto e parto, além do conhecimento de todas as formas de violência obstétrica que podem vir a sofrer, garantindo-lhes autonomia para decidir sobre o seu trabalho de parto através do plano de parto, voltado a satisfazer as reais necessidades das participantes.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa de relevância social e acadêmica que muito contribuirá para conhecimentos das alunas e para o processo de conscientização de mulheres gestantes, no tocante a seus direitos e tomadas de decisões desde sua gestação até a realização do parto.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O TCLE necessita ser modificado em em sua p. 02 quando diz: "[...]Em qualquer momento, se você sofrer algum dano relacionado e atestado frente a realização da pesquisa, você será indenizado."

Do ponto de vista jurídico o recomendável é [...] você poderá buscar o direito de ser indenizado.

A correção do TCLE foi atendida conforme a relatoria do CEP/CONEP, ao afirmar a pesquisadora que:"[...] Em qualquer momento, se você sofrer algum dano relacionado e atestado frente a realização da pesquisa, você poderá buscar o direito de ser indenizado."

Ainda, registra-se que a pesquisadora informa aos participantes , de forma clara, o local de atendimento dos participantes e , assim, informa: "[...] caso necessite poderei procurá-las pessoalmente na sala do Grupo de Pesquisa Violência e Saúde, no bloco da coordenação de enfermagem, da Universidade Federal de Campina Grande – campus Cajazeiras, em horário acordado anteriormente.

Os demais foram apresentados conforme exigências do CEP/CONEP.

Os demais foram apresentados conforme exigências do CEP/CONEP.

Endereço: Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, s/n
 Bairro: Casas Populares CEP: 58.900-000
 UF: PB Município: CAJAZEIRAS
 Telefone: (83)3532-2075 E-mail: cep@cfp.ufcg.edu.br

UFCG - CENTRO DE
FORMAÇÃO DE
PROFESSORES - CAMPUS DE
CAJAZEIRAS DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE



Continuação do Parecer: 3.547.173

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Uma vez atendidas às solicitações do CEP/CONEP, recomendo o envio dos relatórios parciais e final da pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1400190.pdf	25/08/2019 13:01:17		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	25/08/2019 12:59:06	BEATRIZ PEREIRA ALVES	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	25/08/2019 12:58:51	BEATRIZ PEREIRA ALVES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETODETALHADO.pdf	25/08/2019 12:58:36	BEATRIZ PEREIRA ALVES	Aceito
Outros	TERMODIVULGACAODERESULTADO S.pdf	07/08/2019 18:20:41	BEATRIZ PEREIRA ALVES	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	19/07/2019 18:09:56	AISSA ROMINA SILVA DO NASCIMENTO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	OFICIO2.pdf	18/07/2019 19:41:38	AISSA ROMINA SILVA DO NASCIMENTO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	OFICIO1.pdf	18/07/2019 19:41:26	AISSA ROMINA SILVA DO NASCIMENTO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TERMOPESQUISADORPARTICIPANTE.pdf	18/07/2019 19:40:25	AISSA ROMINA SILVA DO NASCIMENTO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TERMOPESQUISADORRESPONSABLE.pdf	18/07/2019 19:40:07	AISSA ROMINA SILVA DO NASCIMENTO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TERMODEANUENCIA2.pdf	18/07/2019 19:39:48	AISSA ROMINA SILVA DO NASCIMENTO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TERMODEANUENCIA1.pdf	18/07/2019 19:39:36	AISSA ROMINA SILVA DO NASCIMENTO	Aceito

Endereço: Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, s/n
 Bairro: Casas Populares CEP: 58.900-000
 UF: PB Município: CAJAZEIRAS
 Telefone: (83)3532-2075 E-mail: cep@cfp.ufcg.edu.br

UFCG - CENTRO DE
FORMAÇÃO DE
PROFESSORES - CAMPUS DE
CAJAZEIRAS DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE



Continuação do Parecer: 3.547.173

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAJAZEIRAS, 02 de Setembro de 2019

Assinado por:

ERLANE AGUIAR FEITOSA DE FREITAS
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, s/n

Bairro: Casas Populares

CEP: 58.900-000

UF: PB

Município: CAJAZEIRAS

Telefone: (83)3532-2075

E-mail: cep@cfp.ufcg.edu.br