 

# MIKAELLY CHRISTINY BARBOSA VITORINO

**O PLANO DE PARTO COMO INSTRUMENTO INIBIDOR DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA**

# SÃO LOURENÇO - MG 2023

 

# MIKAELLY CHRISTINY BARBOSA VITORINO

**O PLANO DE PARTO COMO INSTRUMENTO INIBIDOR DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA**

Projeto de trabalho de conclusão de curso apresentado na Faculdade de São Lourenço - UNISEPE como requisito parcial para a conclusão do Curso de Direito.

Orientador: Prof. Me. Leandro Abdalla Ferrer

# SÃO LOURENÇO - MG 2023

**O PLANO DE PARTO COMO INSTRUMENTO INIBIDOR DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA**

# RESUMO

Mikaelly Christiny Barbosa Vitorino1

Leandro Abdalla Ferrer2

O conceito de humanização vem sendo utilizado há vários anos, principalmente no campo da saúde, em relação à humanização do atendimento. Na área da assistência ao parto. Até meados do século XIX, a gravidez e o parto eram eventos de esfera privada compartilhados pelas mulheres no espaço doméstico. A medicalização do parto e da gravidez transformou esses eventos em objetos do saber e da prática médica. Ou seja, por mais de um século, o parto deixou de ser uma experiência compartilhada pelas mulheres no âmbito doméstico e íntimo, para se tornar uma prática dominada pela medicina, institucionalizada em hospitais e regulamentada por políticas públicas. Nesse contexto, o modelo de parto humanizado questiona o uso inadequado de tecnologia nos hospitais, com foco nas cesarianas, que não só não trazem benefícios como podem até levar a complicações como sangramentos, o que aumenta a morbimortalidade das mulheres. O conceito de humanização é amplo e ambíguo, e envolve conhecimentos, práticas e atitudes voltadas para a promoção da autonomia e protagonismo da mulher, evitando intervenções desnecessárias e garantindo cuidados comprovadamente benéficos que evitam e previnem a morbidade e morte materna e fetal.

**Palavras-chave:** Humanização. Mulheres. Parto. Violência Obstétrica.

# ABSTRACT

The concept of humanization has been used for several years, mainly in the heath field, in relation to the humanization of care. In the area of childbirth assistance. Until the mid-19th century, pregnancy and childbirth were private events shared by women in the domestic space. The medicalization of childbirth and pregnancy transformed these events into objects of medical knowledge and pratice. In other words, for ware than a century, childbirth stopped being an experience shared by women in the domestic and intimate shpere, to become a practice dominated by medicine, institutionalized in hospitals anda regulated by public policies. In this context, the humanized birth model questions the inadequate use of technology in hospitals, with a focus on cesarean sections, which not only do not bring benefits but can even lead to complications such as bleeding, which increases women’s morbidity an mortality. The concept of humanization is broad ad ambiguous, and involves knowledge, practices and attitudes aimed at promoting women’s autonomy and protagonism, avoiding unnecessary interventions and guaranteeing proven beneficial care that avoids and prevents maternal and fetal morbidity and death.

**Keywords:** Childbirth. Humanization. Obstetric Violence. Women.

1 Aluna do Curso de Direito pela Faculdade de São Lourenço. E-mail:mikaellyb.vitorino@gmail.com;

2 Mestre em Direito. Especialista em Direito. Advogado. Coordenador do Núcleo de Prática Jurídica da Faculdade de São Lourenço - UNISEPE. E-mail: [leferrer13@yahoo.com.br.](mailto:leferrer13@yahoo.com.br)

# INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem como objetivo apresentar evidencias traumáticas ocasionados pela Violência Obstétrica, tanto em redes hospitalares particulares, como no SUS (Sistema Único de Saúde), apontando a importância da utilização do Plano de Parto para inibir tal ato, toda a problemática causada na vida das parturientes no Brasil, e o quanto é importante à humanização e respeito durante todo o atendimento do pré-parto, parto, cuidados com o recém-nascido e pós-parto. E justifica-se devido a porcentagem de intervenções obstétricas desnecessárias frequentes no nível de vários hospitais e unidades de saúde de obstetrícia e ginecologia no nosso país é bastante elevado, breve numerosos atos de violência e traumas afetando a maioria das mulheres atendidas durante o parto,

nos sentimos compelidos a estudar o assunto.

Inicialmente, a pesquisa foi realizada com as palavras-chave: violência obstétrica, causas e consequências da violência obstétrica, intervenções durante o parto e parto humanizado nas bases de dados de saúde. Foram analisados artigos da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Scielo (biblioteca eletrônica científica online), também consultou o site da Organização Mundial da Saúde (OMS), regulamentos e leis do Ministério da Saúde, livros e revistas um especialista no assunto.

# A EVOLUÇÃO HISTÓRICA DO DIREITOS DAS MULHERES NO BRASIL

O papel das mulheres na sociedade brasileira tem passado por uma evolução ao longo da história. Durante séculos, as mulheres vêm enfrentando uma série de desafios e restrições legais que limitavam seus direitos e sua participação plena na vida pública. No entanto, ao longo do tempo, houve avanços e conquistas importantes no campo dos direitos das mulheres. Mas antes de tudo, é importante pontuar e entender o que é cidadania:

Hoje, a noção de cidadania envolve, em geral, três sentidos: a cidadania é um estatuto (um conjunto de direitos e deveres); é também uma identidade (um sentimento de pertencer a uma comunidade política definida pela nacionalidade e por um determinado território); e, finalmente, é uma prática exercida pela representação e pela participação políticas – estas últimas traduzem a capacidade do indivíduo para interferir no espaço público emitindo um julgamento crítico sobre as escolhas da sociedade e

reclamando o direito de ter direitos. (MARQUES-PEREIRA, 2009, p. 36).

O Código Civil e a Constituição Federal, ao longo do tempo, vieram sofrendo grandes mudanças e muitas delas em favor do direito das mulheres. Iremos citar neste capítulo alguns marcos importantes na sociedade que mudou a vida de muitas mulheres, como por exemplo, direito ao voto, direito ao acesso a escolas e faculdades e também indicar os desafios que ainda sofrem nos tempos atuais.Clovis Beviláqua foi o jurista na qual manteve normas que limitavam a capacidade da mulher para contratos e atividades, que exigiam a autorização do marido para expressar suas vontades, a dificuldade sobre o direito ao divórcio e nem as decisões familiares, que eram direcionadas ao Pátrio Poder, ou seja, a palavra do marido e do pai que valeriam (TSE, 2000).

No século XX, o direito das mulheres houve um grande avanço e a luta por respeito e equidade vem de séculos atrás. O combate à estrutura patriarcal é ainda muito discutido nos dias atuais e esta questão por si só, ainda é um problema, mas, necessário ao falar da demora que as mulheres sofreram ao poder ter liberdade para falar sobre suas vontades, necessidade e escolhas. Com a proclamação da República em 1889, houve um maior reconhecimento dos direitos das mulheres. Em 1932, foi criada a Justiça Eleitoral por meio do Decreto 21.076, pelo até então presidente Getúlio Vargas, na qual concedeu o direito de voto às mulheres. Mas, a luta vem desde o movimento sufragista na qual foi uma das principais bandeiras do movimento feminista nas primeiras décadas do século XX (TSE, 2000). Sobre o direito ao voto das mulheres no Brasil, um breve histórico elaborado pelo Tribunal Superior Eleitoral (TSE):

A Constituição monárquica, de 1824, não trazia proibição expressa ao voto feminino. Limitava-se a conceder o sufrágio, inicialmente, no primeiro grau, com as restrições de renda, à “massa dos cidadãos ativos, em assembleias paroquiais” (art. 90) e, em segundo grau, a todos os que podiam votar naquelas assembleias (art. 94), mas não se deveria concluir, daí, fosse possível, por lei ordinária, a concessão do sufrágio às mulheres. Quando, em 1827, se discutiu, no Senado, projeto de lei sobre as escolas de primeiras letras, o Marquês de Caravelas propunha a redução do estudo das meninas a ler, escrever e contar, condenando a “frívola mania” das mulheres de se aplicarem a temas para os quais parecia que a natureza não as formara, em um desvio, assim, dos verdadeiros fins para que foram criadas, e da economia de suas casas. Na Constituinte de 1890, a discussão sobre o voto feminino foi intensa. O anteprojeto de Constituição, mandado elaborar pelo governo provisório, não concedia o sufrágio à mulher, mas na chamada Comissão dos 21. No Congresso, três deputados propuseram que ele fosse concedido às mulheres diplomadas com títulos científicos e de professora, desde que não estivessem sob o poder marital nem paterno, bem como às que estivessem na posse de seus bens.

Durante o governo de Getúlio Vargas (1930-1945), foram importantes conquistas para as mulheres no campo trabalhista. As famílias mais pobres foram as mais afetadas na época, já que com os homens lutando na guerra e o único sustendo da família vinha deles, muitas mulheres começaram a sair de casa para poder complementar o salário, assim não deixando faltar o sustendo da família. Com a autorização dos maridos, elas começaram a trabalhar como cozinheiras e lavadeiras, cuidadora de idosos, telefonistas e secretárias, e em industrias têxtis. A CLT, promulgada em 1943, garantia a igualdade de salário entre homens e mulheres que exercessem a mesma função. Além disso, a legislação trabalhista também estabeleceu direitos como a licença-maternidade e a suspensão do trabalho noturno para mulheres (TSE, 2000).

Em 1962, foi criado o Estatuto da Mulher Casada, no dia 27 de agosto, a Lei nº 4.212/1962, garantiu que as mulheres casadas não precisassem mais da autorização do marido para trabalhar. Esta lei mudou mais de dez artigos do Código Civil vigente, entre eles o 6º, que atestava a incapacidade feminina para alguns atos.

A partir de então, elas também passariam a ter direito à herança e a chance de pedir a guarda dos filhos em casos de separação. Somente a partir da Lei nº 6.515/1977 é que o divórcio se tornou uma opção legal no Brasil. Em 1984, foi instituído o Programa de Saúde Integral da Mulher (PAISM), que adquire um caráter nacional e responde às reivindicações de movimento feministas e de mulheres na área da saúde. Em 1985, foi criado o Conselho Nacional dos Direitos da Mulheres, seguindo as iniciativas estaduais de São Paulo e Minas Gerais. [...] Da primeira Delegacia Especializada de Atenção à Mulher, criado em São Paulo, em 1985, passa-se a mais de 300 Delegacias especializadas por todos o país no ano de 2000. (ZANOTTA, 2005).

A Constituição de 1988 foi um marco importante na história dos direitos das mulheres no Brasil. Ela reconheceu a igualdade de direitos entre homens e mulheres em diversos aspectos, havendo um aumento significativo da participação das mulheres na vida pública, com a eleição de mulheres para cargos públicos e a criação de políticas públicas voltadas para a promoção, estabelecendo que o Estado assegurará a assistência à família na pessoa de cada um dos que a integram, criando mecanismos para coibir a violência no âmbito de suas relações (BRASIL,1988).

Apesar dos avanços, ainda existem muitos desafios a serem enfrentados,

como a falta de informação sobre os direitos da saúde das mulheres em muitos locais, inclusive durante o parto, o que pode dificultar o acesso aos serviços de saúde e prejudicar a qualidade de vida. Além disso, é preciso investir em campanhas de conscientização e educação, para que todas as mulheres tenham conhecimento sobre seus direitos e possam reivindicá-los. Como não possui legislação específica sobre Violência Obstétrica, o Poder Judiciário se ampara nas legislações vigentes, como na CF/88.

Portanto, finaliza-se esse breve resumo sobre a evolução dos direitos das mulheres e percebe-se que ainda há muito o que se reivindicar e ao mesmo tempo comemorar. Direitos e Leis avançando para garantir uma melhoria no mercado de trabalho, igualdade e mais segurança das mulheres.

O que se busca, acima de tudo, é que a mulher seja respeitada e que tenha o seu direito de conseguir o que quer e ser o que desejar, quando quiser, sem limitações, sem preferência, sem exclusão ou restrição e ou diminuição baseados em seu sexo, que a vida das mulheres também importa e que isso deve ser respeitado, sem menosprezar principalmente o seu direito de fala.

# VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA EM REDE PÚBLICA E PRIVADA NO BRASIL

A violência obstétrica é abordada cotidianamente pelos mais diversos estudos da literatura. Portanto, esta seção revelará conceitos, legislações e reflexões sobre o assunto. Ao longo da história, o escopo do parto mudou e as taxas de mortalidade materna e perinatal foram elevadas. No Brasil, onde a história da medicina só começa com a chegada da corte portuguesa em 1808, apesar da existência de escolas médicas e da utilização do conhecimento médico, as mulheres ainda apresentam desconfiança e medo dos métodos de tratamento. Não estão acostumados com a performance e a modernidade gerada por esse campo até então inexplorado (ASSUNÇÃO, 2019).

No entanto, a institucionalização do parto no Brasil ocorreu ao longo da década de 1940 e, segundo o Ministério da Saúde, foi provavelmente a primeira ação de saúde pública voltada para a mulher. Apesar do progresso na implementação de iniciativas voltadas para a saúde da mulher nos últimos anos, a atenção à gravidez e ao parto continua problemática, violando a dignidade e os direitos básicos de cidadania e colocando em risco a vida das mulheres e de seus filhos. Dentre as dificuldades encontradas, podemos destacar a segmentação entre

a rede de base e a rede hospitalar e o excesso de intervenção no parto (CAMARÂ, 2018).

Para Alvarenga (2020) a violência obstétrica evidencia a relação de poder existente na relação médico-paciente e distancia a relação médico-paciente. Embora a violência não seja uma novidade no campo da obstetrícia, a Organização Mundial da Saúde não reconheceu o termo violência obstétrica até 2014 e deu-lhe uma expressão a sua própria opinião. A prevenção e eliminação do abuso, desrespeito e abuso durante o parto em unidades de saúde, que afirmava que, em todo o mundo, muitas mulheres sofrem abuso, desrespeito e abuso durante o parto em unidades de saúde.

A violência obstétrica, também conhecida como violência institucional por ocorrer exclusivamente às mulheres, constitui uma forma específica de violência de gênero caracterizada por maus-tratos, desrespeito e até abusos durante todo o período gravídico-puerperal, seja pré-natal, parto, exceto aborto durante o puerpério por meio de atos verbais, físicos, psicológicos ou mesmo sexuais, fora do período do parto (CAMARÂ, 2018).

A violência obstétrica física é o comportamento que afeta o corpo da mulher, perturba, causa dor ou dano corporal (variando de leve a grave). ex.: privação alimentar, regra dos terços (barbear); manobra de Christler; uso rotineiro de ocitocina para acelerar o trabalho de parto, fórceps; cesárea eletiva sem indicação clínica; tecnicamente indicado não usar analgésicos; sem indicação clínica de cesariana quando indicada ou contra a vontade materna (CAMARÂ, 2018).

De acordo com Cassiano (2020) 25% das mães brasileiras sofreram algum tipo de agressão durante o pré-natal ou parto. Daphne Ratner, representante da Humane Childbirth Network, disse que a violência obstétrica aconteceu em hospitais públicos e privados. A mesma pesquisa da Fundação Perseu Abramo mostrou que 27% das mulheres atendidas na rede pública afirmaram ter sofrido violência. No setor privado, foi de 17%. Não se trata de unificar o sistema de saúde. É um problema cultural da nossa sociedade que legitima o feminicídio. Os cuidados devem centrar-se no bem-estar da mulher, do bebê e da família. Mas, infelizmente, a cultura institucional foca o cuidado na comodidade do profissional e da instituição.

Segundo Alvarenga (2020) mais de 90% das mortes de mulheres durante o parto poderiam ter sido evitadas. O Brasil tem procedimentos invasivos "demais",

como episiotomias. Em 53,5% dos casos é feita uma incisão entre a vagina e o ânus para alargar o canal de parto. 56,51% dos partos foram cesáreas. A cesariana é um procedimento muito importante porque salva vidas, mas só deve ser realizada quando indicada. Como em qualquer cirurgia, existem múltiplos riscos: sangramento, ruptura uterina, depressão, embolia.

Segundo Cassiano (2020) uma em cada quatro mulheres afirmou ter sido vítima de violência obstétrica. Uma pesquisa recente publicada pelo Nascer no Brasil e Fiocruz (Fundação Oswaldo Cruz) em 2012: 30% das mulheres atendidas em hospitais privados sofreram violência obstétrica e no SUS (Sistema Único de Saúde) essa proporção é de 45%.

# A IMPORTÂNCIA DO PLANO DE PARTO

A criação de um plano de parto pode garantir que você receba melhores cuidados durante a experiência do parto e tenha uma experiência geral mais gratificante. O plano de parto é um documento escrito elaborado pela gestante, descrevendo suas preferências de atendimento médico e hospitalar durante as etapas do trabalho de parto, parto e pós-parto imediato ao recém-nascido. Ele serve como um registro de suas intervenções e tratamentos desejados (CORTÊS, 2018).

O objetivo é garantir que as expectativas da gestante e do pai sejam efetivamente comunicadas quanto ao suporte necessário. Também serve para indicar que possuem um entendimento básico dos procedimentos envolvidos no parto e expressam preferência por atendimento personalizado em vez de intervenções de rotina. Eles desejam intervenções apenas nos casos em que são realmente essenciais (CAMARÂ, 2018).

Esse documento tem grande importância segundo a legislação brasileira, e sua importância é ainda enfatizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que recomenda sua utilização como meio de melhorar a qualidade da assistência prestada à mãe e ao recém-nascido em escala global. De acordo com as orientações do Ministério da Saúde sobre o pré-natal e parto, cabe aos profissionais de saúde averiguar se a gestante possui um plano de parto escrito (ALVARENGA, 2020).

Vale ressaltar que, por lei, o profissional assistente é obrigado a receber e

discutir o plano de parto com a gestante durante toda a gestação. No entanto, cabe à equipe médica tomar as decisões finais sobre a abordagem mais segura para a realização do parto e quaisquer procedimentos relacionados. Criar um plano de parto é simplesmente o ato da gestante elaborar um documento personalizado. Na forma de carta ou por preenchimento de modelo pré-estabelecido, há a inclusão de determinadas informações e conteúdo (JARDIM, 2018).

Na carta, a gestante expressa sua preferência pessoal por navegar pelas várias fases da gravidez. O tema em questão do trabalho de parto, especificamente o cuidado e o bem-estar da mãe e do bebê antes, durante e imediatamente após o nascimento do bebê, será feito um registro completo detalhando as intervenções médicas específicas necessárias. E Este registro incluirá um relato detalhado de todas as etapas processuais que precisam ser tomadas. As gestantes têm autonomia para fazer escolhas em relação às atividades e substâncias com as quais se sentem confortáveis durante a gravidez, bem como aquelas que optam por se abster (CAMARÂ, 2018).

De acordo com Costa (2020), o objetivo principal do plano de parto é capacitar as mulheres e proporcionar-lhes agência em sua experiência de parto. Ao preencher o formulário, a futura mamãe está ciente de que possui várias opções. Segundo ela, a gestante tomará as providências necessárias para preenchê-lo.

Ao reservar um tempo para refletir sobre suas preferências pessoais em relação à maneira como as informações são apresentadas a ela, ela poderá aumentar seu nível de preparação. Conversar com o médico para saber se ele divulga ou não informações sobre os temas mencionados.

Para Freitas (2018) a mulher que está grávida ou em processo de parto tem o direito de ser envolvida no processo de tomada de decisão sobre suas próprias escolhas e opções de saúde. A menos que haja uma indicação inequívoca, tanto o bem-estar da mãe quanto o bem-estar do bebê devem ser levados em consideração. Em caso de emergência médica que a impossibilite de participar ativamente, principalmente durante a gravidez, todo indivíduo tem direito à divulgação completa sobre as vantagens e desvantagens associadas a qualquer situação.

O ato de realizar um procedimento, realizar um exame ou realizar uma manobra médica tem o potencial de provocar uma resposta da mãe e do feto. Segundo a sugestão de Costa (2020) o ideal é que o plano de entrega seja

elaborado em tempo hábil, preferencialmente em torno do prazo estipulado.

Segundo Alvarenga (2020) o plano de parto é um instrumento utilizado durante o sétimo mês de gestação. O apelo desse assunto vai além do paciente; também cativa a atenção do médico. Para uma compreensão mais abrangente das motivações e objetivos de cada parte envolvida, é fundamental aprofundar suas intenções. Além disso, ele afirma que é sem dúvida que o médico colherá vantagens ao procurar o conselho de outra pessoa dentro de sua área de especialização

O Plano de Parto compreende uma carta ou uma lista concisa, no cenário de uma gestante, ela delineia suas preferências e expectativas quanto aos acontecimentos que podem ocorrer durante sua jornada gravídica. Após o parto, as responsabilidades da mulher se estendem não apenas a cuidar de sua própria saúde, mas também a cuidar de seu bebê recém-nascido. Isso inclui a recuperação física do trabalho de parto e o atendimento às necessidades dela e do bebê (MARTINS, 2020).

Segundo Martins (2020) o plano de parto transcende seu status de mero documento, evoluindo para algo muito maior. A ferramenta serve como um meio para que as gestantes estabeleçam comunicação com os diversos procedimentos envolvidos. Embora o trabalho de parto e o nascimento estejam inerentemente conectados, eles formam uma conversa preliminar com o processo de parto. Uma equipe de profissionais de saúde será designada para supervisionar seu tratamento médico e bem-estar.

Segundo Narchi (2019) um dos componentes dos "10 Passos para um Pré- Natal de Qualidade" é a abordagem sugerida para garantir uma assistência de qualidade durante o pré-natal. A gestante é fortemente encorajada a expandir seu Plano de Parto. Esta recomendação decorre do entendimento de que tal elaboração serve como um recurso valioso para garantir uma experiência de parto tranquila e informada.

As informações prestadas pelo profissional de pré-natal, conhecido como pré-natalista, a respeito compreender as vantagens do parto fisiológico é crucial. No entanto, é importante ter informações completas sobre o plano de parto e seus componentes. A implementação disso ainda é limitada, tanto em ambientes profissionais quanto em geral. O campo acadêmico no Brasil tem feito progressos significativos nos últimos anos (CAMARÂ, 2018).

Narchi (2019) tem defendido o uso de planos de parto como prática primária desde 1996. Uma prática que tem valor e merece encorajamento é o cultivo de um plano pessoal. A decisão quanto ao local e responsável pelo parto deve ser feita de forma a garantir que seja realizado pela mulher. É fundamental que o marido/companheiro e, idealmente, a família sejam informados sobre a gravidez.

Segundo Narchi (2019) é recomendado pelos profissionais médicos que todas as gestantes sigam as recomendações do MS. A OMS defende que as gestantes se inscrevam no pré-natal, o que é fortemente recomendado. Além disso, eles enfatizam a importância de desenvolver um plano detalhado, mas para elaborar um plano de parto no Brasil não é uma expectativa realista, o que acarreta diversos desafios e obstáculos.

Os profissionais de saúde que atuam em unidades de saúde que realizam o pré-natal costumam expressar surpresa ou espanto com o atendimento e a atenção dispensados às gestantes. Localizado dentro do Centro Obstétrico, a gestante encontrará uma ampla gama de serviços e opções de cuidados sob medida para atender às necessidades específicas de gestantes e seus bebês (MOUTA, 2018).

Os três principais componentes de um processo de parto natural são parto vaginal, contato pele a pele e clampeamento tardio do cordão. Como resultado, o resultado envolveu custos associados à hospitalização da mãe e do bebê. O estudo observou uma diminuição nas necessidades de cuidados intensivos neonatais. Este estudo específico as últimas descobertas mostraram que há um novo aspecto no aprimoramento da agência das mulheres grávidas. Pela independência conferida à mulher por ter um plano de parto Como resultado, houve um notável aumento da satisfação com o serviço prestado (CORTÊS, 2018). Conforme afirma Jardim (2018) uma pesquisa realizada pela organização revelou que "A elaboração de um plano de parto dentro de uma Unidade Básica de Saúde, conhecido como 'plano de parto', A mulher ocupa um lugar central na luta pelo direito ao conhecimento e autonomia na tomada de decisões. A conexão entre

seu corpo e seu bebê é enfatizada através da criação de um plano de parto.

Este plano serve como uma ponte, facilitando a comunicação e o entendimento entre os dois. Garantir o envolvimento da gestante e sua família na equipe de atenção primária é fundamental, pois proporciona uma sensação de segurança e tranquilidade tanto para a mulher quanto para seus entes queridos.

Essas opções têm o potencial de resultar em maior poder e agência para as mulheres (NARCHI, 2019).

Para Moura (2018) a importância do papel da enfermeira na consulta pré- natal não pode ser exagerada. Através da garantia de suporte abrangente e de alta qualidade, pode-se encontrar consolo e confiança. É por meio dessa certeza que ao fornecer garantia de expansão de cobertura e oferecer suporte financeiro para projetos de construção, podemos garantir a ampliação da cobertura.

O estudo das relações de comunicação é valioso para o propósito de supervisionar e o acolhimento de uma mulher que espera um filho, em todas as fases da gravidez e além no processo de parir, o enfermeiro tem a oportunidade de oferecer orientações e apoio durante a consulta de enfermagem. Fornecendo orientações e conhecimentos essenciais, com o objetivo de capacitar esse indivíduo. Desempenhar um papel ativo no processo pode contribuir muito para uma maior participação (MENDES, 2018).

# PLANO DE PARTO: UMA ESTRATÉGIA PARA REDUZIR ATOS DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Abordar a violência obstétrica é crucial para garantir o atendimento ideal às mulheres em ambientes de saúde, embora continue sendo uma questão complexa e controversa. Embora não haja uma definição universalmente aceita de violência obstétrica, as definições mais rígidas abrangem uma gama de comportamentos abusivos infligidos por profissionais de saúde às mulheres e seus recém-nascidos durante todo o processo reprodutivo, incluindo gravidez, parto, período pós-parto e até mesmo situações envolvendo aborto. Esses atos abrangem violência física, psicológica, sexual, bem como casos de negligência (MARTINS, 2020).

Instâncias adicionais abrangem os maus-tratos de mulheres e a utilização de metodologias desprovidas de comprovação empírica (por exemplo, cesariana eletiva, episiotomia de rotina, amniotomia prematura e manobra de Kristeller). Interpretações mais amplas abrangem "correspondência ineficaz entre a equipe de saúde e o paciente, erosão da autonomia e infraestrutura hospitalar deficiente". A incidência de violência obstétrica varia entre 18,3% e 44,3% com base em estudos realizados na população brasileira (MEDEIROS, 2019).

Os achados desta revisão indicaram que os profissionais de saúde definem a violência obstétrica como abrangendo as formas de violência física, verbal, psicológica, moral e/ou institucional. Esses atos de violência são frequentemente atribuídos à falta de comunicação, de recursos (materiais e humanos), de preparo profissional e institucional e de educação em saúde (MENDES, 2018).

Experimentar a gravidez, o aborto, o trabalho de parto, e o período pós- parto abrange uma série de encontros físicos, emocionais e sociais. Quando uma mulher procura os serviços de saúde, ela carrega consigo uma história pessoal única, que pode abranger apreensões, incertezas, ansiedades, aspirações ou idealizações relacionadas à gravidez ou ao bebê. Alternativamente, ela pode estar enfrentando uma gravidez indesejada, planos interrompidos, falta de apoio social e sentimento de culpa (FREITAS, 2018).

Segundo Assunção (2019) é fundamental usar uma linguagem clara e de fácil compreensão. Embora seja possível que os pacientes e suas famílias fiquem agitados, é importante lembrar que eles podem estar passando por dificuldades. É essencial não tirar conclusões precipitadas e assumir que quaisquer preocupações levantadas são dirigidas a nós pessoalmente.

# PLANO DE PARTO NO PRÉ- NATAL E SEUS BENEFICIOS PARA A GESTANTE

O parto é considerado um dos momentos mais importantes na vida de uma mulher, quando nasce o bebê, nasce a mãe, e essa experiência deve Vivenciei da melhor forma possível, porém, a forma como a entrega foi muito prejudicada Mudanças culturais ao longo das décadas. No Brasil, o parto era realizado completamente em casa, com parteiras e familiares presentes.

Na maioria das vezes, as parteiras realizam o trabalho de parto sem interrupções e distrações. A intervenção de qualquer tipo, seja farmacêutica ou física, tem as seguintes funções apenas para ajudar a mãe a dar à luz sem problemas. No entanto, em alguns casos requer a presença de médicos, aos poucos vão perdendo espaço A imagem do cirurgião na assistência ao parto (MOURA, 2018).

Mudar a forma de dar à luz tem um grande impacto nas mulheres porque

Parto em casa, transformado em hospital, a expansão aconteceu de forma a natureza torna-se induzida, os bebês passam biologicamente a interferência significa que as mulheres gradualmente perdem sua autonomia, de "personagem principal" a "extra", seus próprios momentos. Atenção à gestante com PNPH em mente ocorre entre o pré-natal e a primeira consulta, geralmente na atenção básica, onde as mulheres recebem um documento chamado manual da maternidade. Neste livreto pode acompanhar todas as fases da gravidez, bem como consultas, exames, vacinas, pré-natal odontológico, orientações gerais ainda na atenção básica com foram realizadas campanhas educativas e visitas domiciliares para que as pessoas tenham um melhor acesso vínculo e mais segurança entre paciente e profissional (MOUTA, 2018).

A enfermagem desempenha um papel importante no cuidado pré-natal na atenção primária Importante para orientação sobre gestantes, maternidade e direitos da maternidade Puérperas durante as consultas de pré-natal. Esses direitos incluem ter um ambiente adequado, seguro, confortável e uma pessoa para acompanhá-lo Escolha no momento do parto. É importante que as gestantes conversem com profissionais obstetras antes da internação, para conversar sobre as preferências selecionadas, considere a organização do site e os recursos disponíveis relacionada unidade (MOURA, 2018).

Segundo Martins (2020) os arquivos com os requisitos selecionados devem ser criados por enfermeiros e médicos que acompanham a gravidez. As grávidas também assinam, no entanto, eles devem ser informados sobre o comportamento e possíveis circunstâncias recorrente, em que o plano de parto pode ser alterado, ou seja, não pode ser alterado com todo o respeito.

Portanto, é compreensível que a via de parto tenha sido e ainda seja por a adaptação inicial na qual muda de residencial para hospital e obtenha recursos de biólogo e tecnologia. Nesse sentido, no cenário atual, o debate sobre a humanização do parto se faz necessário ocorre uma mudança no sentido humano da situação, e a intervenção na prática obstétrica não é rotineira e não afeta apenas A fisiologia do parto como protagonistas da mulher e do bebê em seus momentos (MARTINS, 2020).

Alvarenga (2020) indica que o aconselhamento pré-natal de alta qualidade envolve procedimentos Simples, prepara a mulher para uma experiência positiva

de parto lidar com o medo e gerar aptidão física sem interferir um no outro desnecessárias, e fortalecer sua autonomia no parto. Atenção pré-natal na atenção primária apontada como o primeiro passo no parto Intercâmbio de informações amigável e eficaz entre profissionais grávidas.

Jardim (2018) aponta que é preciso levar em consideração em termos de conhecimento, escolaridade e status econômico das mulheres humanizar o parto. Algumas gestantes consideram humanizar: presença de pares, técnicas de alívio da dor, ingestão e escolha de alimentos na posição de parto.

# OS TIPOS DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

A violência obstétrica afeta diretamente as mulheres e pode ocorrer durante a gravidez, o parto e o puerpério. É um desrespeito à mulher, sua autonomia, seu corpo e seu processo reprodutivo, que pode ser demonstrado por meio de violência verbal e física sexo ou práticas sexuais e intervenções e procedimentos desnecessários e/ou sem comprovação científica (ALVARENGA, 2020).

Ter impactos negativos afeta a qualidade de vida da mulher, levando a mudanças de humor, traumas, depressão, dificuldades sexuais, etc. A violência obstétrica é perpetrada por quem a comete assistência à maternidade. Médicos, Enfermeiros, Técnicos Enfermagem, obstetrícia ou qualquer outro profissional oferece algum tipo de ajuda pode sejam os autores dos atos de violência acima mencionados (JARDIM, 2018).

Para Jardim (2018) os comentários abusivos, humilhantes e embaraçosos devido à cor da pele, raça, nacionalidade, religião, orientação sexo, idade, classe social, número de filhos, etc.

Episiotomia desnecessária (“pique” no parto vaginal), não anestesia ou sem avisar a mulher; Ocitocina desnecessária (“soro”); Manobra de Christler (aplicando pressão no abdômen da mulher empurrar bebê); Enemas durante o trabalho de parto e parto; depilação dos pelos pubianos; amarrar ou impedir que a mulher se mova durante o trabalho de parto; As mulheres grávidas não podem escolher uma posição de parto e são obrigadas a deitar de costas e levantar as pernas durante o parto; Proibir as mulheres de comer e beber durante a gravidez trabalho; recusa de anestesia, incluindo trabalho de parto normal; toques múltiplos por mais de

uma pessoa, sem o esclarecimento e consentimento da mulher; dificultam a amamentação na primeira hora; evitar contato direto pele a pele entre bebê e mãe, explicar às mulheres sem razão depois do parto; Proibição de parceiro de livre escolha da mulher; Parto cesáreo desnecessário sem informar a mãe sobre o seu risco (JARDIM, 2018).

# QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA PRESTADA ÀS MULHERES EM TRABALHO DE PARTO NO BRASIL

A maioria das mulheres sente que a atenção que recebem é de qualidade e facilmente acessível e humano, além de enfatizar o acolhimento e o bom relacionamento com as outras equipes de saúde. Mas também existem algumas dificuldades, como falta de acompanhamento da equipe de saúde e falta de informação durante o processo de parto e comportamento indelicado e insensível de alguns profissionais (FREITAS, 2018).

A dinâmica protagonizada por mulheres, a Organização Mundial da Saúde contribuições importantes, muitas das quais precisam ser incentivadas, enquanto muitas outras são prejudicadas pela falta de evidências científicas fundamentadas seu uso. Práticas que são incentivadas e validadas em pesquisas Testes anteriores incluem partograma, fluidos orais durante o trabalho de parto, métodos não invasivos de alívio da dor, liberdade postural bem como a movimentação da mulher durante o parto, contato pele a pele entre mãe e filho, e amamentar na primeira hora de vida (MELO, 2020).

Práticas ineficazes ou prejudiciais incluem para a gestão de entregas normais e situações que necessitem de ser bloqueadas, utilize o enema, trissecção, cateterismo profilático de rotina, manobra de Valsalva Segundo estágio do trabalho de parto, dilatação perineal, etc. (PEREIRA, 2020).

Porém, ao contrário das percepções negativas, ainda existem mulheres que vivenciam experiências positivas na assistência obstétrica, segundo Mouta (2018) constataram que puérperas que sentiram a adolescência comprometida onde equipe e acharam que o atendimento seria o ideal, passaram pelo processo de parto de uma forma mais agradável.

Portanto, é útil pensar teoricamente sobre o cuidado integral e obstétrico

reflita sobre a natureza fragmentada dos cuidados de parto e obstetrícia, pois permite uma compreensão mais profunda do que constitui aspectos dos fenômenos sistêmicos. Portanto, é preciso saber complexidade, contradição e incerteza na assistência obstétrica além de repensar reencenando práticas de enfermagem institucionais abandonadas e investindo em educação continuada e a prática de enfermagem contribuem para a evolução fisiológica parto (MENDES, 2018).

Segundo Mendes (2018) a prática humanizada compatível com assistência obstétrica de qualidade que promove o respeito aos direitos da mulher e da criança, com condutas baseadas em evidências científicas, como acolhimento, sensibilidade e boa comunicação Número de profissionais com essas mulheres, direitos de acompanhante, estratégias de relaxamento Pré-natal, alívio da dor usando medidas alternativas, estimulação de conexões maternas Mãe e filho, assistência com a lei canguru e práticas adequadas de amamentação ainda está destacado.

No entanto, ainda existem alguns obstáculos para atingir esse objetivo cuidados de qualidade como amniotomia de rotina, litotomia e episiotomia.

# CONCLUSÃO

O presente trabalho teve como escopo observar a construção do plano de parto de uma gestante, abordar a violência obstétrica e intervir ativamente com um pré-natal de qualidade e durante o nascimento. Hipoteticamente, desde o início da gravidez, as gestantes possa conhecer seus direitos, incluindo assistência humana, promoção a autonomia por meio do planejamento familiar e a prevenção da violência obstétrica será ainda mais importante com autorização, que é o caminho para evitar o problema.

A prevenção da violência obstétrica é comum e uma tarefa importante na rotina dos serviços de saúde que é o principal objetivo do planejamento familiar. Como já mencionado neste trabalho, a mulher é ações fragmentadas em diferentes momentos, desumanizadas e expostas a procedimentos e situações desnecessárias.

Percebe-se que a formulação do planejamento familiar reduz o medo, a ansiedade e as dúvidas que surgem durante a gestação que auxiliam no

enfrentamento dessas vulnerabilidades. Observou-se também que o bom acompanhamento durante o pré-natal está intimamente relacionado ao pré-natal.

Empoderar as mulheres e aproveitar o conhecimento que elas trazem para as mães contribui para sua tomada de decisão, participação no processo de parto e reconhecimento de sintomas da violência obstétrica. Algumas limitações do estudo são que ele só foi aplicável a mulheres grávidas no terceiro trimestre de gestação, levando em consideração a duração e o objetivo de o estudo avaliar a assistência ao parto e se algum dos participantes está impossibilitado de atender as entrevistas que foram realizadas durante o puerpério. Sugerindo novas discussões e pesquisas sobre o tema, abordar a mulher durante toda a gravidez para que todas as suas necessidades sejam atendidas e resolvidas.

# REFERÊNCIAS

ALVARENGA, S. P; KALIL, J. H. Violência Obstétrica: como o mito “parirás com dor” afeta a mulher brasileira. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**. Três Corações, 2020.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** Disponível em: [www.planalto.gov.br/ccivil\_03/constituicao/constituicao.htm.](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm) Acesso em:28 Mar. 2023.

BRASIL. TRIBUNAL SUPERIOR ELEITORAL. **Voto da Mulher**. 2000. Disponível em: https://[www.tse.jus.br/servicos-eleitorais/glossario/termos/voto-da-mulher.](http://www.tse.jus.br/servicos-eleitorais/glossario/termos/voto-da-mulher) Acesso em:26 Mai. 2023.

CÂMARA, Rosana Hoffman. **Análise de conteúdo**: da teoria à prática em pesquisas sociais aplicadas às organizações. Revista Interinstitucional de Psicologia. 6 (2), 2018.

CASSIANO, A. N. et al.. **Expressões da violência institucionalizada ao parto**: uma revisão integrativa. Rev Electrónica trimestral de Enfermería. 2020.

CÔRTES, C. T. et al. **Implementação das práticas baseadas em evidências na assistência ao parto normal**. Rev. Latino-Am. Enfermagem, 2018.

COSTA, P. C. P; GARCIA, A. P. R; TOLEDO, V. P. **Acolhimento e cuidado de enfermagem: um estudo fenomenológico**. Texto Contexto Enferm. 2020.

FREITAS, N. A. et al.. **Intimidade e Vinculo nas práticas de cuidado na ESF**: Enlace entre o binômio mãe-filho mediante a estratégia de abordagem grupal desenvolvida na Residência Multiprofissional em Saúde**.** Tempus, actas de saúde colet, Brasília, 10(4), 25-37, 2018.

JARDIM, D. M. B; MODENA, C. M, **A violência obstétrica no cotidiano assistencial e suas características**. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2018.

MACHADO, L. Z. . **Avanços e Desafios do Plano Nacional de Políticas das Mulheres**. Informe Agende, Brasília-DF, v. ANO 5, n.8, p. 2-3, 2005.

MARQUES-PEREIRA, Bérengèré. **Cidadania**. In: HIRATA, Helena et al (org.) Dicionário crítico do feminismo. São Paulo: Editora UNESP, 2009.

MARTINS, A. C; BARROS, G. M. **Parirás na dor? Revisão integrativa da violência obstétrica em unidades públicas brasileiras**. Rev. Dor. São Paulo, 2020.

MEDEIROS, R. M. K. et al. **Repercussões da utilização do plano de parto no processo de parturição**. Rev. Gaúcha Enferm**.** vol.40 Porto Alegre, 2019.

MELO, D. S. A. et al.. **Percepção Da Mulher Quanto À Assistência Ao Parto**. Rev enferm UFPE, Recife, 10(Supl. 2):814-20, 2020.

MENDES, R. B. et al.. **Avaliação da qualidade do pré-natal a partir das recomendações do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento**. Ciênc. saúde coletiva. vol.25 no.3 Rio de Janeiro, 2018.

MOURA. R. C. M. et al.. **Cuidados de enfermagem na prevenção da violência obstétrica**. Enferm. Foco; 9 (4): 60-65. 2018.

MOUTA, R. J. et al. **A. de parto como estratégia de empoderamento feminino**. Rev baiana enferm. 2018.

NARCHI, N. Z. et al.. **O plano individual de parto como estratégia de ensino- aprendizagem das boas práticas de atenção obstétrica**. Rev Esc Enferm USP, 2019.

PEREIRA, L. R. et al.. **Parto normal e intervenções ocorridas em uma maternidade pública**. Rev baiana enferm. 2020.

REIS, T. L. R. et al. **Autonomia feminina no processo de parto e nascimento: revisão integrativa da literatura**. Rev. Gaúcha Enferm, 2020.