CENTRO UNIVERSITÁRIO DO VALE DO ARAGUAIA – UNIVAR

EMPODERAMENTO FEMININO NA ESCOLHA DO PARTO

LAILA JAYNE MAGALHÃES LOPES

BARRA DO GARÇAS – MT, 2022

CENTRO UNIVERSITÁRIO DO VALE DO ARAGUAIA – UNIVAR

EMPODERAMENTO FEMININO NA ESCOLHA DO PARTO

LAILA JAYNE MAGALHÃES LOPES

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como pré-requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Enfermagem pelo Centro Universitário do Vale do Araguaia, sob orientação do Professor Marcos Vitor Naves Carrijo.

BARRA DO GARÇAS – MT, 2022

EMPODERAMENTO FEMININO NA ESCOLHA DO PARTO

Laila Jayne Magalhães Lopes [1]
Marcos Vitor Naves Carrijo[2]

RESUMO: Uma gestação segura e saudável é o esperado quando se há uma mulher gestante na família, porém há casos em que estas sofrem violências mesmo neste estado. Há evidências de que as mulheres grávidas não são bem informadas sobre seus direitos, como a autonomia de escolher a via do parto, se normal ou cesariana; a participação em plano de parto, dentre outros. Levando em consideração a importância da escolha da mulher por sua via de parto e sua autonomia, o presente estudo tem por objetivo avaliar os motivos e percepções de mulheres gestantes na escolha do método de parto. Trata-se de um estudo transversal, descritivo, exploratório de abordagem qualitativa. Participaram 19 gestantes da cidade de Barra do Garças-MT. O estudo revela que as participantes não têm conhecimentos a respeito da escolha das vias de parto; sabem muito pouco sobre violência obstétrica e não têm conhecimento sobre o plano de parto.

PALAVRAS-CHAVE: Cesariana; enfermagem; plano de parto; violência obstétrica.

ABSTRACT: A safe and healthy pregnancy is expected when there is a pregnant woman in the family, but there are cases in which they suffer violence even in this state. There is evidence that pregnant women are not well informed about their rights, such as the autonomy to choose the route of delivery, whether normal or cesarean; participation in a birth plan, among others. Taking into account the importance of the woman's choice for her mode of delivery and her autonomy, the present study aims to evaluate the motives and perceptions of pregnant women in choosing the method of delivery. This is a cross-sectional, descriptive, exploratory study with a qualitative approach. 19 pregnant women from the city of Barra do Garças-MT participated. The study reveals that the participants do not have knowledge about the choice of delivery methods; they know very little about obstetric violence and have no knowledge about the birth plan.

KEYWORDS: Cesarean section; nursing; birth plan; obstetric violence.

1. INTRODUÇÃO

O momento do parto, por se tratar de um acontecimento repleto de grandes emoções e transformações, se torna algo único (LOPES *et al.*, 2019). E é em virtude dessa perspectiva, que inúmeras mulheres refletem sobre o momento do seu parto, juntamente com todo o aparato que lhe deve ser proporcionado. No entanto, na grande maioria dos casos, a realidade é diferente. Deste modo, é de suma importância que as mulheres sejam acolhidas e amparadas pelos profissionais que estarão presentes neste momento tão extraordinário.

O parto pode ser considerado como fisiológico e natural, realizado, no passado, por parteiras leigas, porém de confiança das parturientes. A partir de 1940 o cenário mudou em busca de se reduzir as mortes materno-infantis, passando a ser indicada a hospitalização dessas

1 Curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro Universitário do Vale do Araguaia – UNIVAR, Barra do Garças/MT - Brasil. Contato: (66)99227-3800, email: jaynelaila7@gmail.com
2 Curso de Bacharelado em Enfermagem, Especialista em saúde do adulto e do idoso, Centro Universitário do Vale do Araguaia – UNIVAR, Barra do Garças/MT - Brasil. Contato: (66)99684-9798 email: marcosvenf@gmail.com

mulheres, para o acompanhamento de seus trabalhos de partos. Essa mudança fez com que mulheres se achassem incapazes de parir sem intervenções médicas, além de gerar o distanciamento familiar. Todo o cenário levou as mesmas a aceitarem intervenções desnecessárias, emergindo, assim, desse princípio a violência obstétrica que vem violando os direitos sexuais e reprodutivos (LEAL *et al.*, 2019).

Neste contexto, define-se violência obstétrica como procedimentos e condutas que causem danos à mulher durante seu período gravídico-puerperal, sendo esses danos não só físicos, como também psíquicos. Algumas mulheres nem percebem ter passado por tais momentos por pensarem ser padrão o tratamento que receberam, levando ao não questionamento das condutas realizadas. Ampliando-nos o olhar para uma orientação pública dessas mulheres (MOREIRA *et al.*, 2021).

Portanto Leal *et al.* (2019), para maior entendimento, aponta algumas situações que se enquadram no âmbito da violência obstétrica, tais como: negligência na assistência; maus tratos físicos e/ou verbais; uso rotineiro da episiotomia; episiorrafia; uso da ocitocina; uso da manobra de *Kristeller*; tricotomia; lavagem intestinal; realização de cesárea sem indicação clínica; repouso prolongado no leito; excesso de toque vaginal e quaisquer outros procedimentos realizados sem o consentimento da mulher.

Desse modo Lansky *et al.* (2019), delimita que no Brasil tanto em hospitais/maternidades públicas, quanto privadas uma a cada quatro mulheres vivenciam a violência obstétrica, seja com gritos ou procedimentos dolorosos sem que as mesmas sejam informadas. Perante a literatura é possível perceber que o número de mulheres vítimas de maus tratos durante o trabalho de parto é alto, sendo estes indicadores, responsáveis por uma elevada taxa de consequências físicas e psíquicas, as quais ameaçam não só a dignidade dessas mulheres, mas como também o direito a vida (LOPES *et al*., 2019).

A cesárea com indicação clínica é de suma importância para a diminuição da mortalidade materna e neonatal, porém tem se crescido o número de realização desse procedimento por conveniência e comodidade médica (LEAL *et al*., 2019).

Recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) sugerem como ideal uma taxa de 15% de partos cesáreos, no Sistema Único de Saúde (SUS), essa taxa se encontra em 40%. Levando em consideração a pesquisa que nos aponta que em 2010 a taxa de partos cesáreos superou a de partos normais no país e dada a importância da influência profissional, experiências pessoais e de familiares no seu processo de parturição (ALVES, 2020).

É importante também salientar o alto custo que as cesarianas geram para o SUS e que existem poucas pesquisas que apontem sobre esses custos. Em geral, uma cesárea gera um custo

de 1.244,99, enquanto o parto vaginal gera um custo de 954,58 segundo uma pesquisa realizada em 2009 em um hospital federal em Minas Gerais (ENTRINGER *et al.,* 2018).

Deve ser levantado o questionamento de quais fatores têm influenciado essas mulheres a escolherem sua via de parto, assim como a autonomia destas pacientes nesse momento (ALVES, 2020). Segundo Entringer *et al.* (2018) faz se necessário entender por que, diante dos riscos acarretados por esta via de parto como: possíveis infecções; hemorragia; dores crônicas, entre outras, as mulheres continuam o escolhendo, mesmo tendo a opção de um parto fisiológico, sendo um processo normal e natural do corpo feminino.

Diante do exposto, o Ministério da Saúde (MS) tem por objetivo, por meio de programas e políticas, melhorar a vivência dessas mulheres, visando a retirada de procedimentos desnecessários como: episiotomia de rotina, dar mais autonomia as mulheres na escolha de seus partos, incentivos ao contato pele a pele entre Recém-Nascido (RN) e puérpera, a fim de estimular o desejo nestas usuárias ao parto vaginal, sendo possível elencar a Rede Cegonha como uma destas iniciativas governamentais (KARULINE, 2018).

Partindo das informações de Capelo *et al.* (2021) observa-se que o plano de parto veio como um programa voltado a melhorar a vivência das mulheres no seu período gravídico-puerperal. O pré-natal é o meio de contato mais longo entre um profissional de saúde e a gestante, podendo criar um vinculo de apoio e confiança. O enfermeiro deve acolher a gestante e sua família, esse acolhimento gera respeito aos direitos dessa mulher e sua dignidade. Nesse momento pode ser sugerido o plano de parto que se trata de um documento, com valor legal que vem a ser elaborado pela mulher e quem ela escolher para lhe auxiliar com o apoio desse profissional da saúde. Esse documento deve expressar os desejos e preferências dessa mulher em seu processo de parturição.

É importante que o profissional faça a orientação e educação dessa mulher com base em evidências científicas. O plano de parto vem com o intuito de ofertar a mulher empoderamento diante ao seu trabalho de parto.

É comum se ouvir argumentos de que a mulher possui total autonomia para escolher sua via de parto, mas isso se limita à teoria. É necessário ter o olhar crítico que a maior parte das cesarianas é provinda de indicações relativas, tais como: feto em apresentação pélvica; feto macrossômico; circular de cordão. Durante o pré-natal é comum que diferentes profissionais usem dessas suposições, juntamente com o medo e falta de conhecimento dessas gestantes para direcioná-las ao parto por via abdominal. Ao contrário do que se espera, tendo em vista que o ideal é que essas indicações sejam com base em evidências científicas (OLIVEIRA, 2018).

Neste contexto, levando em consideração a importância da escolha da mulher por sua via de parto e ressaltando a via ideal assim como sua autonomia nesse processo, o presente estudo tem por objetivo avaliar os motivos e percepções de mulheres gestantes na escolha do método de parto.

2. METODOLOGIA

2.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

A presente pesquisa trata-se de um estudo transversal, descritivo, exploratório de abordagem qualitativa. Segundo Bordalo (2006), a pesquisa transversal pode ser de incidência ou prevalência, a primeira tem o intuito de realizar a investigações de determinadas doenças em grupos novos, sendo dinâmica, pois tende a oscilar ao decorrer do tempo em diferentes espaços; a segunda estuda casos antigos e novos de uma nosologia, em certo local do tempo, sendo estática e essencialmente transversal.

Para Maury e Beuren (2015), as pesquisas descritivas podem ser caracterizadas como as investigações que possuem como objetivo descrever as características de determinada pessoa ou fenômeno. Uma das maiores características é a utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados, os autores ainda completam elencando que a pesquisa exploratória se trata de pesquisas, em que se tem pouco material da temática abordada, buscando conhecer com mais profundidade o assunto.

A abordagem qualitativa trata-se de um fenômeno que pode ser compreendido melhor quando se analisado em uma perspectiva integral. O pesquisador se dirige ao campo com o intuito de captar o foco do estudo, a partir de perspectivas das pessoas nele envolvidas, levando em consideração todos os pontos de vista relevantes (GIL, 2008). Assim, vários tipos de dados são coletados e analisados para o melhor entendimento do foco do estudo.

2.2 CENÁRIO DA PESQUISA

Este estudo foi realizado na rede de atenção básica/primária do município de Barra do Garças, cidade localizada no interior do estado de Mato Grosso, às margens do Rio Araguaia, fazendo divisa com o Estado de Goiás. Encontra-se a 500 km da capital, Cuiabá. Localiza-se na Mesorregião Nordeste de Mato Grosso e na Microrregião do Médio Araguaia, no ano de 2020 sua área territorial estimada era de 8.713.673 Km². De acordo com o censo realizado pelo

IBGE em 2010, o município possuía 56.560 habitantes, nesse mesmo censo estimava-se o total de 61.702 habitantes para o ano de 2021.

O município de Barra do Garças possui um total de 22 Unidades Básicas de Saúde e Policlínica, sendo 18 unidades que atendem à Zona Urbana e 04 unidades que atende a Zona Rural. Sendo elas localizadas nos seguintes setores: UBS São Benedito, UBS Centro, UBS Jardim Araguaia, UBS Jardim Mangueiras, UBS Jardim Nova Barra I, UBS Jardim Nova Barra II, UBS Jardim Ouro Fino, UBS Jardim Palmares, UBS João Bento, UBS São Sebastião, UBS Santo Antônio I, UBS Santo Antônio II, UBS Santo Antônio III, UBS Sena Marques, UBS Vila Maria, UBS Anchieta, UBS Piracema, UBS Recanto das Acácias e as UBS da Zona Rural, estas unidades de saúde são as instituições responsáveis pela realização do pré-natal de baixo risco e acompanhamento das gestantes, as quais irão compor a amostra por conveniência desse estudo.

2.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

A população de estudo foi composta por gestantes que realizam o acompanhamento pré-natal nas Unidades Básicas de Saúde. Os critérios de inclusão foram: mulheres acima de 18 anos de idade e que tenham mais que 12 semanas gestacionais, levando em consideração o número de consultas. Os critérios de exclusão foram: aquelas participantes que não atenderem aos critérios e as que não aceitarem participar da pesquisa. As participantes do estudo passam a ser tratadas, doravante, por G1 a G19 (gestante 1 a 19).

2.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu de forma presencial, por meio de áudio gravado por aparelho digital da própria pesquisadora e roteiro norteador. A coleta de dados aconteceu nos meses de agosto a setembro de 2022, com gestantes que realizam o pré-natal nas unidades básicas de saúde (UBS) de Barra do Garças-MT, tendo início após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

A construção desta pesquisa foi realizada conforme as exigências das Resoluções n. 196/96 e n. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde (MS), que regulamenta as normas e diretrizes para pesquisas em humanos. Respeitando também as orientações para condução de pesquisa e atividades do CEP frente à pandemia do SARS-COV-2(COVID-19).

A pesquisadora se descolou até as UBS onde apresentou o oficio de autorização emitido e assinado pela coordenação de Enfermagem do UNIVAR e assinado também pela Coordenadora de Atenção Primaria à Saúde da Secretaria Municipal de Barra do Garças –MT, direcionado à Enfermeira Coordenadora da Unidade. Após, a pesquisadora esclareceu às gestantes que escolheram participar do presente estudo, a importância da pesquisa, apresentando também o Termo de Consentimento livre esclarecido (TCLE), após assinar a gestante autoriza sua participação na pesquisa e, posteriormente, da divulgação dos dados.

Em seguida foi entregue um questionário impresso, contendo questões socioeconômicas, juntamente com uma caneta esferográfica. Após, o preenchimento do questionário, a pesquisadora, por meio de um aparelho digital, iniciou a entrevista seguindo o roteiro norteador. Todas as dúvidas apresentadas pelas gestantes foram esclarecidas.

2.4.1 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Para o desenvolvimento da pesquisa foi utilizado um instrumento de coleta de dados (questionário) semiestruturado com perguntas abertas para investigar o fenômeno da pesquisa. O roteiro norteador possui onze perguntas (Tabela 1).]

Tabela 1: Representação das questões norteadoras/questionário.

N.	Questão norteadora
1	A sua gestação atual foi planejada? Explique o motivo da resposta
2	Já sabe qual via de parto irá realizar o parto? Qual via? Foi uma escolha sua?
3	Você recebeu orientações profissionais sobre as vantagens e riscos de cada via? Quais orientações foram essas? Qual (is) profissional (is) te orientou?
4	Você recebeu orientações, conselho, relato até mesmo advertência de alguma mulher do seu convívio sobre o parto normal ou cesáreo?
5	Conhece alguma mulher do seu convivo que tenha passado por alguma situação de violência obstétrica, seja ela verbal ou física? Se sim, qual?
6	Sabe dos benefícios e riscos de um parto cesáreo? e do normal?
7	Já ouviu falar sobre o parto humanizado? Se a resposta for sim, onde ouviu falar?
8	O que te impede de realizar um parto humanizado?
9	Você sabe o que é o plano de parto? Caso sim, explique por gentileza
10	Você recebeu orientações e oferta de oportunidade para que seu plano de parto fosse elaborado juntamente com você no seu PSF?
11	Após os esclarecimentos cedidos pela entrevistadora, sentiu vontade de fazer um plano de parto?

Fonte: (autoria própria).

As questões tiveram como objetivo examinar os fatores associados que influenciam as gestantes a escolherem a sua via de parto, e seus conhecimentos acerca das mesmas.

2.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os conteúdos dos áudios foram transcritos na integra, a fim de manter sua fidelidade e fidedignidade para realização da análise de conteúdo, com base na análise de Bardin (2010). Na pré-análise foi realizada uma leitura flutuante do material, com intuito de averiguar do que se trata; escolher os documentos que foram analisados (*a priori*) ou selecionar os documentos que foram coletados para análise (*a posteriori*); construir o corpus com base na exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência; formular hipóteses e objetivos e preparar o material.

Na fase de exploração, codificou-se e categorizou-se do material. Na codificação realizou-se o recorte das unidades de registro e de contexto e a enumeração, de acordo com os critérios anteriores. A categorização seguiu alguns critérios, como semântico, sintático, léxico e expressivo.

O tratamento dos resultados obtidos e a interpretação foram realizados por meio da inferência, que é um tipo de interpretação controlada. Para a análise das narrativas o primeiro passo foi a transcrição, a qual possibilita o acesso do conteúdo oferecido pelas participantes. A análise foi realizada de forma ampla, a fim de apresentar uma interpretação autentica dos dados. Nesta pesquisa qualitativa utilizou-se o procedimento de organização e análise de dados, visando delinear o material obtido durante o período da pesquisa e analisá-lo conforme Bardin (2010). Partindo deste princípio realizou-se a indução dos conhecimentos obtidos pela apreciação do conteúdo.

Por se tratar e uma pesquisa qualitativa não se fez necessária à preocupação com a quantidade de participantes, mas, sim, com a representatividade e qualidade dos dados obtidos. Tal amostragem se deu por saturação teórica, quando se teve em vista que não havia mais informações a serem acrescentadas.

2.6 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DA PESQUISA

As gestantes entrevistadas foram orientadas sobre a participação voluntária na pesquisa, juntamente com a assinatura do TCLE, e esclarecida qualquer dúvida que surgisse ao longo do processo. As participantes tiveram total liberdade de se retirar da pesquisa a qualquer momento. Ademais, esta pesquisa está em consonância com o que preceitua a Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012, a qual se refere sobre a aprovação das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram da pesquisa, 19 gestantes, que realizam acompanhamento de pré-natal nas Unidades Básicas de Saúde do município de Barra do Garças – MT, com faixa etária variando de 18 a 36 anos, sendo 47% solteiras; 21% casadas e 31,57% em união estável. Destas, 11 (57,89%) já tiveram filhos e 8 (42,11%) ainda não tiveram filhos. Das onze participantes que já tiveram filhos, 4 (36%) tiveram parto normal e 7 (63%) tiveram parto cesáreo, conforme (Tabela 2).

Tabela 2: Representação do perfil das participantes.

Perfil das participantes	Contagem de paciente	Porcentagem
	Faixa Etária	
18 a 30	13	68,42%
31 a 36	6	31,58%
Total geral	19	100%
	Estado Civil	
Solteira	9	47,36%
Casada	4	21,07%
União estável	6	31,57%
Total geral	19	100%
	Filhos	
Sim	11	57,89%
Não	8	42,11%
Total geral	19	100%
	Tipo de parto	
Normal	4	36%
Cesário	7	63%
Total geral	11	100%

Fonte: (autoria própria).

Verifica-se que a prevalência foi de mulheres na faixa etária de 18 a 30 anos, solteiras e que já tinham filhos, anteriormente a presente gestação, via parto Cesário. Verificou-se também que 52,65% das participantes não usam nenhum tipo de contraceptivo; 31,57% usam via oral; 5,26% usam injetáveis; 5,26% usam preservativos e 5,26% são alérgicas. E ainda como referencia complementar, 10,53% sofreram aborto, correspondendo a 2 casos.

Nos achados de Costa e Azevedo (2021), a maioria foi de mulheres solteiras 49%, e a idade destacada corresponde a do resultado da presente pesquisa, em que os autores se referem a muito jovens e de pouca idade.

Em relação à elevada da taxa de cesarianas no Brasil, esta excede o limite de 15% esperado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), sendo que na rede privada, o índice de partos cesáreos chega a 82% e, na rede pública, 37% (CARVALHO; CERQUEIRA 2020; GIRALDI, ZORZETTO, 2015).

A partir da análise realizada dos dados, foi destacada três categorias a serem analisadas de acordo com Bardin (2010), sendo elas: 1- A escolha e o conhecimento das gestantes referente às vias de parto; 2- A vivência e o conhecimento das mulheres relacionado à violência obstétrica e, 3- O plano de parto e o saber da gestante, que serão explanados abaixo:

3.1 A ESCOLHA E O CONHECIMENTO DAS GESTANTES REFERENTE ÀS VIAS DE PARTO

Segundo a Portaria n. 306, de 28 de março de 2016, que estabelece as "Diretrizes de Atenção a Gestante: a operação cesariana". Se não houver nenhum impedimento de a gestante realizar o parto via normal, não se deve motivá-la a uma cesariana. Salvo quando a mulher já tiver três ou mais operações cesarianas, está pode ser indicada (BRASIL, 2016).

Assim, quando perguntadas sobre a escolha da via de parto, as participantes responderam que foram orientadas a realizar a cesariana:

[...] Sim porque eu já tive duas cesárea aí tenho que já e já vai operar também já vai laquear (G10);

[...] Não, obrigatório. Terceiro parto, os dois primeiros foi cesárea, então o terceiro é obrigatório ter e já não faz mais normal (G13);

[...] Hum. É porque eu já fiz a dela (A Criança Presente Na Sala) cesárea e não tem como ter normal mais (G16).

Fica claro, que essas mulheres não receberam as orientações reais e devidas sobre a sua situação de escolha sobre o parto. O aconselhamento às gestantes é vital para que possa haver a real autonomia de escolha, sobre a sua via de parto. Conforme Brasil (2016), a gestante deve ser aconselhada sobre as vias de nascimento, explicando-lhe sobre os riscos e benefícios de uma "nova" operação cesariana e os riscos e benefícios de um parto vaginal, após uma operação cesariana, porém, de forma autônoma, a gestante pode optar pela operação cesariana não planejada.

Em um estudo desenvolvido por Oliveira (2018), realizado em sete maternidades publicas dos municípios da macrorregião centro-oeste de Minas Gerais, participaram deste 36 mulheres grávidas, 10 enfermeiras obstetras e 14 médicos obstetras. Nota-se que a maior parte das mulheres entrevistadas não teve a opção de escolha, o autor ainda demonstra que parturientes e profissionais de enfermagem esperam por uma decisão do médico o que acaba por se tonar lei.

De acordo com as respostas das participantes verifica-se que elas não têm conhecimentos suficientes sobre os benefícios e os riscos de cada via de parto. E isso é preocupante, pois se verifica uma carência da educação em saúde realizada durante o pré-natal. Isso é nitidamente verificado nas respostas das parturientes:

[...] É o normal é que a mulher tem né? Já logo pode andar né? Agora cesariano tem que ficar tem que esperar acabar a anestesia né? Aí tem todo...(G1);

[...] Não. Eu só decidi E acho que vou conseguir (G4);

[...] A Cesária eu sei que pode acontecer de cortar o feto na hora de estar cortando a barriga. O normal também independente a forma que a pessoa for o parto for fazer o parto médico ele pode quebrar o pescoço da criança (G11);

[...] Não! (G17);

[...] Não! (G5);

[...] Du normal eu sei que é mais natural né a recuperação da mulher até é mais rápida, e já a cesárea tem o corte né sei que é mais difícil né (risos) (G7);

[...] Assim, pra mim a recuperação do normal é bem melhor, né? E eu acho que o risco de complicação também é menor do que o do cesa, do que a cesariana. (G19).

É possível notar o escasso conhecimento dessas mulheres sobres às vantagens e riscos de cada via. Nenhuma delas apresentou um argumento fundamentando em ciência, apenas respostas vagas e rasas, próprias do senso comum.

De acordo com Sousa e Souza (2019, p.5), de forma sucinta, os riscos de uma cesárea sem indicação pode acarretar: hemorragias, coágulos, obstruções intestinais, tendo em mente também que em um parto por via vaginal tem uma menor ocorrência de grandes perdas de sangue, havendo por fim um menor risco de desenvolver infeções do trato urinário e também de endometrite. Todos esses fatores levam os médicos especialistas a aconselharem que o parto via abdominal (Cesária) só seja realizado com indicações, com embasamento científico.

De acordo com as participantes, a maioria informou que ainda não haviam recebido tais informações, outros afirmaram que já haviam recebido as informações sobre a via de parto e estas foram lhes passadas pelo médico:

[...] Não (G17);

[...] Não, ainda não (G18);

[...] Não (G9);

[...] Não, até o momento não (G11);

[...] Eu sei que o parto normal seria mais indicado devido a recuperação, é mais rápida, você já já pode sair fazendo mil e uma coisa. [...]Dr. X, antigo médico daqui (G13);

[...] Dr. Y [...] Não, ele explicou que tem uma recuperação mais rápida, que nem a normal, né? Eh que a outra é mais demorada a Cesária (G12).

É notória a ausência das práticas de educação em saúde que deveriam ser realizadas durante o pré-natal, para que essas mulheres recebessem as orientadas necessárias para a autonomia da escolha por sua via de parto. Os relatos evidenciam as consequências que a ausência da educação em saúde causa na população, em específico nas gestantes, que não demonstraram conhecimento real sobre as vias de parto. Porém, é preciso advertir que não se buscou verificar o nível de escolaridade destas participantes, podendo se tratar, na maioria, de pessoas leigas, com um baixo grau de escolaridade, isso justificariam as respostas vagas e rasas.

Conforme Capelo *et al.* (2021), um dos profissionais capacitados para a realização da educação em saúde é o enfermeiro. Este é o primeiro contato das mulheres grávidas na UBS, realizando seu acolhimento e de sua família. O enfermeiro pode gerar um vínculo, por meio da manutenção da dignidade, garantindo os diretos dessas mulheres.

Levanta-se o alerta para a importância das atividades de enfermagem, sendo necessário salientar que existe uma falta dessas atividades atualmente.

3.2 VIVÊNCIA E CONHECIMENTO DAS MULHERES RELACIONADO À VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E AO PARTO HUMANIZADO

A violência obstétrica é um tema que vem ganhando visibilidade a cada dia, por meio de movimentos que objetivam esclarecer e conscientizar a sociedade sobre o assunto, que se configura como uma violência de gênero. Isso porque, as vítimas são mulheres, que estiveram ou estão grávidas, podendo a violência ocorrer no parto e no pós-parto e até em abortamento (MARQUES, 2020).

Sobre esse tema questionou-se às participantes se elas já vivenciaram esse tipo de ação por parte de médicos, enfermeiros, etc., suas respostas foram coerentes, conforme é possível observa:

[...] Eh abaixaram a barriga com o cotovelo e colocaram o peso em cima da barriga [...] sim, as duas (G11);

[...] Eu! (com ironia e risos), [...] Sim, ela subiu, ela subiu em cima de mim. [...] Minha cunhada [...] Eh aquele famoso abuso de poder da pessoa que nunca foi mãe. Falava assim, você não tá sentindo dor, você pode ficar aí em pé e ela tinha dilatado tudo e não conseguia mais ficar em pé. E ela gritava. [...] Não conseguiram evitar nada. (risos). Bem assim pra mim a enfermeira falava eu sei a hora que eu vou te dar o remédio e eu lá com coceira toda

empolada, com alergia e ela me deixou de um dia pro outro. Eu ganhei menino. Aí eu cheguei no pronto socorro era três horas. Eu ganhei o menino dez horas. Eu fui receber o antialérgico pelo o outro plantão no outro dia era meio-dia quando eu perguntei pra outra moça que entrou porque eu fiquei tipo a noite toda ali acordada me coçando parecendo que eu tava com micuin no corpo. [...] Não tinha informado da alergia, não tinha nada escrito no prontuário e nem tinha feito o pedido do antialérgico que estava lá embaixo. Não tinha levado pra cima também, ela não tinha intenção de me dar qualquer forma ela não tinha intenção de me dar. [...] Você aguenta na hora de fazer, você tava feliz, agora você tem que aguentar. Aí eu xinguei a mulher toda, minha mãe brigando comigo, olha que abuso (G13);

[...] Conheço assim como eu sou psicóloga, eu ouço muito. [...] ah já aconteceu uma vez foi até recente uma paciente falou que o médico obrigou ela falou que ela não estava eh como que se diz? Ela ela chegou em mim ela falou que o médico falou que ela não estava eh [...] dilatando, mandaram ela embora pra casa quando ela voltou o filho dela estava morto dentro da barriga dela recentemente isso aconteceu no Pronto Socorro de Barra do Garças [...] já já não vizinha minha que ela comentou pra mim quando ela teve a filha dela o médico falou que ela estava muito velha pra ter filho pela idade dela né? (G19).

Houve uma diversidade grande de relatos, podendo ser perceptível à violência física como movimento de *Kristeller*, como também violências verbais, psicológicas, e de profissionais que se negaram a prestar o atendimento. Conforme Gouvêa e Seixas (2021) mulheres que passam por uma vivência de parto traumática podem como consequência ter dificuldade na construção do vinculo mãe-bebê.

Andrade et al. (2016) mostram que 87% das pacientes avaliadas (na cidade de Recife) durante o estudo sofreram algum tipo de violência obstétrica no trabalho de parto e durante o parto, principalmente ao que diz respeito a intervenções desnecessárias. Numa perspectiva mais abrangente, tem-se que uma a cada quatro gestantes sofrem algum tipo de violência no momento do parto e quase metade das mulheres que passam pelo abortamento relatam um cenário parecido no Brasil, especialmente em casos de abortos provocados (AMBROZI, 2016). Conforme a Fundação, grande parte das mulheres nem reconhece quando estão sofrendo violência obstétrica, por isso não as denunciam nos serviços de saúde.

Recentemente, um médico anestesista foi preso em flagrante por ter estuprado uma paciente no momento do parto, na cidade de São João de Meriti, no Estado do Rio de Janeiro. Com a prisão em flagrante, o médico foi indiciado, por estupro de vulnerável. No fatídico dia, a cena foi filmada por enfermeiras, denunciando o agressor, mas quantas outras vezes este sujeito cometeu, impunimente, o mesmo tipo de crime?

Existe uma relação direta que vem sendo feita de que o parto humanizado se limita somente ao parto normal, porém é necessário ter em mente que humanizado diz respeito ao tratamento com humanidade. Em relação a esta questão, as gestantes, participantes deste estudo, apresentaram muitas dúvidas, conforme se pode notar a seguir:

[...] Humanizado é aquele em casa que cê fala?(G17);

[...] Que é em casa, né? (G1);

[...] Não (G9);

[...] Só em vídeo. Então o momento não soube alguém que tenha feito. (G11);

[...] Ouvi falar mas não sei bem o que é. (G13).

Em 2018, a Organização Mundial de Saúde (OMS) emitiu novas recomendações, a fim de padronizar o cuidado com mulheres gestantes saudáveis e reduzir os números de intervenções médicas. Souza *et al* (2021) apresenta a definição da OMS em relação ao parto humanizado sendo ele, um conjunto de condutas e procedimentos que acarretam em um parto saudável, pois o mesmo respeita o processo natural e evita procedimentos desnecessários ou de risco para binômio mãe-filho.

3.3 O PLANO DE PARTO E O SABER DA GESTANTE

O plano de parto tem o intuito de garantir que as mulheres tenham suas vontades respeitadas na hora do parto. Loiola et *al* (2020), trás a afirmação que o plano de parto deve ser desenvolvido com a finalidade de promover e garantir os direitos das mulheres, as relações humanizadas, valorizando suas escolhas e respeitando o seu corpo.

Em relação a essa temática, buscou-se analisar o conhecimento das gestantes sobre plano de parto e como adquiriram tal informação, a fim de averiguar a presença de orientações profissionais.

[...] Não, nunca tinha visto na vida (G1);

[...] Não, até o momento não! (G11);

[...] Como se fosse um plano de saúde? (G15).

Sobre as ofertas de oportunidade de montar, juntamente com o enfermeiro de sua UBS, o plano de parto, 100% das entrevistadas declararam não terem recebido essa oportunidade, pode-se averiguar isso com base em algumas falas.

[...] Não (G5);

[...] Aqui não, ainda não, ainda não me apresentaram nada ainda (G8);

[...] Não, nenhum momento (G4).

Loiola *et al* (2020), salienta a importância do plano de parto e que ele deve ser incentivado desde o período do pré-natal. Porém, mesmo havendo recomendações de órgãos competentes e governamentais (OMS; MS), essas mulheres seguem sem essa assistência.

Após as respostas negativas das participantes sobre seus conhecimentos sobre plano de parto, fez-se necessário que a pesquisadora, por meio de intervenção, apresentasse-o e, pós, questionou se era de interesse das participantes realizar um plano de parto. De acordo com as gestantes:

[...] Mas seria bom. Seria até melhor porque aí talvez eu escolheria melhor assim quem entra, quem que jeito que faz com o neném (G10);

[...] Assim, no momento ainda não. Tem que esperar um pouco mais. (risos). Mas tem essa tem essa opção pra escolher? (G12);

[...] Tenho vontade sim (G13);

[...] Uai, interessante nunca ouvi falar, mas interessa (G18);

[...] Sim. Muito. Porque quando eu tive no particular eu praticamente eu tive um plano de lá e eu lá eles me dão muito mais direito do que no público. Eu nunca tive nenhum neném no público se eu for ter vai ser a primeira vez né situação do dia né? Mas assim eh mas eu fiquei com vontade se faz isso porque no particular eu sei que eu não vou precisar dessa burocracia toda mas no público com certeza eu vou precisar aqui em Barra (G19).

É possível notar, a partir de alguns relatos, que surgiu o interesse em se realizar um plano de parto, porém ainda falta conhecimento por parte das participantes. Loiola *et al* (2020) afirmam que as experiências relatadas por mulheres que tiveram o plano de parto foram positivas, como a garantia da presença do acompanhante, entre outros, e a satisfação dessas mulheres.

Por fim, salienta-se que o plano de parto é um documento de caráter legal, de direito das mulheres devendo ser respeitado pelos profissionais da área da saúde (LOILA, *et al*., 2020). Em razão disso o plano de parto deve ser investigado como uma estratégia para mudanças da assistência obstétrica, gerando respeito e autonomia para as escolhas dessas mulheres referentes ao seu parto, com a possibilidade da redução de intervenções desnecessárias.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da análise das categorias verificou-se que as participantes não têm conhecimentos a respeito da escolha das vias de parto, consequentemente, não têm autonomia

sobre essa escolha, ou seja, o parto normal e a cesariana, na maioria das vezes, é indicado pelo médico, sobressaindo à operação cesariana.

Verificou-se também que as participantes sabem muito pouco sobre violência obstétrica. Algumas apresentam exemplos sofridos em outras gestações que coincidem com o que seja violência obstétrica. Porém, não sabem o que configura o abuso obstétrico, não conhecem seus direitos e nem se já sofreram esse tipo de abuso.

E em relação ao plano de parto, foi unanime a falta de conhecimento das participantes sobre esse programa. Isso indica que as Unidades Básicas de Saúde de Barra do Garças-MT não estão trabalhando de forma educativa, principalmente em relação às gestantes. Estas têm visões simplistas de um assunto tão importante que é sua condição de mulher empoderada, que pode escolher a forma de ter seu (s) filho (s), onde tê-lo (s), escolher quem poderá acompanhá-las, dentre outras vantagens.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABEC- ASSOCIAÇÃO BARRAGARCENSE DE EDUCAÇÃO E CULTURA**.** Elaborando Trabalhos Científicos **– Normas para apresentação e elaboração/UNIVAR-Faculdades Unidas do Vale do Araguaia**. Barra do Garças-MT: Editora ABEC, 2015.

ALVES, Whayne. **Parto normal ou cesárea?** Preferencia e processo de decisão de acadêmicas da área da saúde da universidade de Rio Verde – GO. Universidade do Vale do Rio Sinos – UNISINOS, turma complementar 2020.

AMBROZI, M. M. **Violência obstétrica:** breve análise do desrespeito às normas constitucionais. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/45692 /violencia-obstetrica-breve-analise-do-desrespeito-as-normas-constitucionais>. Publicado em 01/01/2016. Acesso em 21. Set. 2022.

ANDRADE, P. O. N. et al. **Fatores associados à violência obstétrica na assistência ao parto vaginal em uma maternidade de alta complexidade em Recife, Pernambuco**. Rev. Bras. Saúde Mater. Infant. vol.16 no.1 Recife. 2016.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo.** Loyola. lisboa-Portugual: Ed. 70, 2010.

BRASIL. Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana. Ministério da Saúde Secretaria de Atenção a Saúde. Portaria n° 306, de 28 de março de 2016.

BORDALO, A. A. Estudo transversal e/ou longitudinal. **Revista Paraense de Medicina da FSCMP**. Da associação Brasileira de editores científicos ABEC. v. 20, n. 4, 2006.

CAPELO, C. L. *et al*. Cultura de segurança do paciente entre profissionais de enfermagem no ambiente da terapia intensiva. **Rev Esc Enferm USP**. v. 55, n. 1, p.:1-8, 2021.

CARVALHO, S. S.; CERQUEIRA, R. F. N. Influência do pré natal na escolha do tipo de parto: revisão de literatura. **Rev. Aten. Saúde,** São Caetano do Sul, v. 18, n. 63, p. 120-128, 2020.

COSTA, A. L. V.; AZEVEDO, F. H. C. O puerpério e os cuidados de enfermagem: uma revisão sistemática. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 14, p.: 1-10, 2021

ENTRINGER, P. A. et al. Análise de custo-efetividade do parto vaginal Espontâneo e da cesariana eletiva para gestantes de risco habitual no Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 34, n. 5, p.: 01-15, 2018.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo, Atlas, 2008.

GIRALDI, A.; ZORZETTO, R. Antes da hora. Cesarianas contribuem para o nascimento de bebês imaturos. **Revista Pesquisa FAPESP**. Ed. 228, p. 20, 2015.

GOUVÊA, M. M; SEIXAS, A. M. **Violência Obstétrica e Trauma no Parto:** O Relato das Mães. 13p. Rio de Janeiro-RJ. PUC, 2021.

KARULINE, M. **Expectativas e frustrações vivenciadas por mulheres Que optaram pelo parto normal.** Curso de Graduação em Enfermagem. CAJAZEIRAS – PB, 2018.

LANSKY, S. *et al***. Violência obstétrica: influência da Exposição Sentidos do Nascer na vivência das gestantes.** Secretaria Municipal de Saúde. 14p. Belo Horizonte, 2019.

LEAL, *et al*.,. Conhecimentos e experiências de violência obstétrica em mulheres que vivenciaram a Experiência do parto. **Enfermería Actual em Costa Rica, revista electrónica**, Edição semestral, n 37, p. 1-14, julho 2019 – dezembro 2019.

LOIOLA, A. M. R., et al. Plano de parto como tecnologia do cuidado: experiência de puérperas em uma casa de parto. **Cogitare enferm.** 2020.

LOPES, F. M; et al. Violência obstétrica: uma expressão nova para um problema histórico**. Revista Saúde em Foco**. Internet, Edição nº 11 – Ano: 2019.

MARQUES, S. B. Violência obstétrica no Brasil: um conceito em construção para a garantia do direito integral à saúde das mulheres. **Cad. Ibero-amer.** Dir. Sanit., Brasília, v. 9, n. 1, p.: 97-119, 2020.

MAURY, F. R; BEUREN, M. I. Metodologia da pesquisa aplicada a ciências sociais. Academia Accelerating the world's research.

MOREIRA, R. **Curso de psicologia**. 45p. São Luis. Centro universitário unidade de ensino superior Dom Bosco, 2021.

OLIVEIRA, Virgínia Junqueira. Cada parto é uma história: processo de escolha da via de parto. **Rev Bras Enferm (REBEn)**. edição temática: saúde da mulher e criança, v. 71, n.3, p.:1304-1312, 2018.

.

SOUZA, F. R. A; SOUSA, L. F. Análise comparativa do parto normal em relação ao parto cesariano no contexto do cuidado humanizado. **Rev. Enfermagem**. 19p. Gama-DF. UNICEPLAC, 2019.

.

SOUZA, *et al*.,. Parto humanizado X cesárea: a importância da humanização do parto e suas vantagens. **Rev assoc med bras dr jr**, v.2, n.1, p.51-55, 2021.