



O plano de parto como estratégia de prevenção da violência obstétrica na ótica dos profissionais de saúde

The birth plan as a strategy for preventing obstetric violence from the perspective of health professionals

El plan de parto como estrategia de prevención de la violencia obstétrica desde la perspectiva de los profesionales de la salud

Luzia Santana Ribeiro¹, Pilar Maria de Oliveira Moraes¹, Cinthia Cristina Sousa de Menezes da Silveira¹.

RESUMO

Objetivo: Descrever a percepção dos profissionais de saúde sobre o uso do plano de parto como estratégia de prevenção da violência obstétrica. **Métodos:** Estudo exploratório, descritivo, com abordagem qualitativa, desenvolvido com 20 profissionais de saúde de uma maternidade pública de referência no Norte do Brasil, que participaram de uma entrevista semiestruturada. O conteúdo foi transcrito e processado no *software* IRAMUTEQ versão 0.7 Alpha 2 e R versão 3.2.3 e analisado por meio da Análise de Conteúdo de Bardin. **Resultados:** O perfil profissional foi caracterizado por enfermeiros obstetras, médicos residentes de ginecologia e obstetrícia, médicos obstetras, enfermeiros residentes de obstetrícia, médicos neonatologistas, psicólogos e assistentes sociais, em sua maioria atuando no Centro de Parto Normal. Através do processo de Classificação Hierárquica Descendente, o IRAMUTEQ originou quatro classes lexicais, sendo analisada neste estudo a classe 3, que aborda especificamente as percepções dos profissionais sobre a violência obstétrica e o plano de parto. **Conclusão:** Os profissionais de saúde compreendem a prevenção da violência obstétrica como um importante propósito do PP, reconhecendo-o como um instrumento de informação que atribui empoderamento e autonomia para a parturiente, assegurando-lhe o respeito aos seus desejos, o cumprimento de seus direitos e a participação ativa nos processos de decisão.

Palavras-chave: Violência obstétrica, Plano de parto, Parto humanizado.

ABSTRACT

Objective: To describe the perception of health professionals about the use of the birth plan as a strategy to prevent obstetric violence. **Methods:** Exploratory, descriptive study, with a qualitative approach, developed with 20 health professionals from a reference public maternity hospital in the North of Brazil, who participated in a semi-structured interview. The content was transcribed and processed in the IRAMUTEQ software version 0.7 Alpha 2 and R version 3.2.3 and analyzed using Bardin Content Analysis. **Results:** The professional profile was characterized by obstetric nurses, gynecology and obstetrics resident doctors, obstetricians, obstetrics resident nurses, neonatologists, psychologists and social workers, most of whom worked at the Normal Birth Center. Through the Descending Hierarchical Classification process, IRAMUTEQ originated four lexical classes, class 3 being analyzed in this study, which specifically addresses professionals' perceptions of obstetric violence and the birth plan. **Conclusion:** Health professionals understand the prevention of obstetric

¹ Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCMPA), Belém - PA.

violence as an important purpose of the PP, recognizing it as an information instrument that gives empowerment and autonomy to the parturient woman, ensuring that her wishes are respected and her rights are fulfilled. and active participation in decision-making processes.

Keywords: Obstetric violence, Birth plan, Humanized birth.

RESUMEN

Objetivo: Describir la percepción de los profesionales de la salud sobre el uso del plan de parto como estrategia para prevenir la violencia obstétrica. **Métodos:** Estudio exploratorio, descriptivo, de enfoque cualitativo, desarrollado con 20 profesionales de la salud de una maternidad pública de referencia del Norte de Brasil, que participaron de una entrevista semiestructurada. El contenido fue transcrito y procesado en el software IRAMUTEQ versión 0.7 Alpha 2 y R versión 3.2.3 y analizado mediante Bardin Content Analysis. **Resultados:** El perfil profesional estuvo caracterizado por enfermeras obstétricas, médicos residentes de ginecología y obstetricia, obstetras, enfermeras residentes de obstetricia, neonatólogos, psicólogos y trabajadores sociales, la mayoría de los cuales laboraban en el Centro Normal de Parto. A través del proceso de Clasificación Jerárquica Descendente, IRAMUTEQ originó cuatro clases léxicas, siendo analizada en este estudio la clase 3, que aborda específicamente las percepciones de los profesionales sobre la violencia obstétrica y el plan de parto. **Conclusión:** Los profesionales de la salud entienden la prevención de la violencia obstétrica como un propósito importante del PP, reconociéndola como un instrumento de información que otorga empoderamiento y autonomía a la parturienta, garantizando el respeto de sus deseos y el cumplimiento de sus derechos y su participación activa. procesos de toma de decisiones.

Palabras clave: Violencia obstétrica, Plan de parto, Parto humanizado.

INTRODUÇÃO

A Violência Obstétrica (VO) consiste na violação de direitos humanos fundamentais das mulheres no trabalho de parto e parto, sendo caracterizada por atitudes como abusos verbais, restrição da presença de acompanhante no parto, procedimentos médicos não consentidos, violação de privacidade, recusa em administrar analgésicos, violência física, entre outros (OMS,2014). A naturalização da VO e de más práticas assistenciais dentro do cenário de atenção obstétrica no país, são o maior obstáculo para o enfrentamento deste tipo de violência, inclusive existe um grande desconhecimento por parte das mulheres, que muitas vezes não reconhecem as experiências vividas como VO. Todavia ela se dá de forma sutil no cotidiano dos serviços de saúde, com práticas tidas como rotineiras, sem embasamento científico, que não são efetivas, além do uso de falas que subjagam as mulheres durante seus processos de parir (FERREIRA LS, 2022).

Em vista disso, no Pará, foi promulgada recentemente a Lei Estadual nº 10.495 de 24 de abril de 2024, que torna obrigatória a afixação de cartazes e/ou placas em estabelecimentos hospitalares que atendem gestantes, tanto públicos quanto privados, para divulgar canais oficiais que recebam denúncias de violência obstétrica em todo o Estado. A lei busca promover a conscientização e garantir que as gestantes tenham acesso à informações para denunciar qualquer abuso ou negligência durante o processo de gestação e parto, visto que a violência obstétrica é um problema sério e que merece atenção pelas autoridades legais e sociedade. Nesse contexto, o Plano de Parto (PP) desponta como uma ferramenta para assegurar que a autonomia da vontade da parturiente seja respeitada (Moraes CA, et al., 2020), bem como suas necessidades, desejos, informações e participação ativa nos processos de tomada de decisão, se configurando como forma de prevenção quaternária à VO (Ferreira LS, 2022). Trata-se de uma ferramenta que, desde 1996 vem sendo recomendada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Ministério da Saúde (MS) para permear a assistência ao parto normal (WHO, 2018; SILVA TM e LOPES MI, 2020).

O PP é um documento, de caráter legal, escrito pelas mulheres grávidas após receberem informações sobre a gravidez e o processo de parto, considerando seus valores e desejos pessoais, além das expectativas criadas sobre seu parto ao longo da gravidez. Por meio da construção do PP, as mulheres podem fortalecer a confiança em relação ao parto, expressar suas preferências e melhorar a comunicação com a equipe profissional, além de ser um método de prevenção quaternária frente à VO e de reafirmação de seus direitos

sexuais/reprodutivos e acesso à assistência de qualidade (SANTOS FSR, et al., 2019). Diante disso, evidencia-se a importância do PP como uma ferramenta útil na promoção da saúde materno-infantil, pois confere benefícios no processo gravídico e de parturição natural para a mãe e o bebê, tais como, participação ativa e tomada de decisões das mulheres no processo de parto e nascimento, permitindo o exercício de sua autonomia diante do próprio corpo e parto, podendo também auxiliar na redução da violência obstétrica durante o processo de parturição devido às informações sobre os direitos das gestantes antes do trabalho de parto. A partir do exposto, o presente artigo teve como objetivo descrever a percepção dos profissionais de saúde sobre o uso do plano de parto como estratégia de prevenção da violência obstétrica.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo exploratório, do tipo pesquisa-ação, com abordagem qualitativa, que foi desenvolvido na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCMPA), a maior maternidade pública do Estado, referência na assistência materno infantil de alto risco, Acreditada em Nível 3 pela Organização Nacional de Acreditação (ONA) e o primeiro hospital 100% SUS da Região Norte a fazer parte do programa internacional de certificação Quementum Internacional. A amostra foi composta por 20 profissionais de saúde, que aceitaram participar do estudo mediante leitura e concordância com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A captação dos participantes obedeceu aos seguintes critérios de inclusão: ser médico ginecologista e obstetra; residente de medicina em ginecologia e obstetrícia; enfermeiro obstetra; residente de enfermagem obstétrica; médico pediatra; gestor setorial; psicólogo; assistente social e fisioterapeuta; possuir no mínimo 6 meses de experiência na função; ser atuante no Ambulatório da Mulher ou Centro de Parto Normal (CPN) da FSCMPA, que são os setores onde se prepara e acompanha a gestante para a assistência ao parto na instituição.

A coleta dos dados se deu por meio de uma entrevista semi-estruturada, mediada por um roteiro previamente elaborado, composto por perguntas abertas e fechadas, que foi dividido em duas partes: a primeira teve o objetivo de traçar o perfil profissional dos participantes e a segunda teve como alvo o levantamento dos conhecimentos sobre o plano de parto. Os dados referentes ao perfil dos profissionais de saúde foram armazenados em uma planilha eletrônica no software Microsoft Office Excel® e submetidos a tratamento estatístico descritivo. Já o conteúdo das entrevistas foi transcrito na íntegra, analisado por meio da Análise de Conteúdo de Bardin L (2016) e processado no IRAMUTEQI® (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires), versão 0.7 Alpha 2 e R Versão 3.2.3. Trata-se de um software que executa uma análise lexical do material textual e divide o texto em classes lexicais hierárquicas, organizadas a partir dos segmentos de textos que compartilham o mesmo vocabulário, facilitando, assim, o pesquisador conhecer seu conteúdo temático.

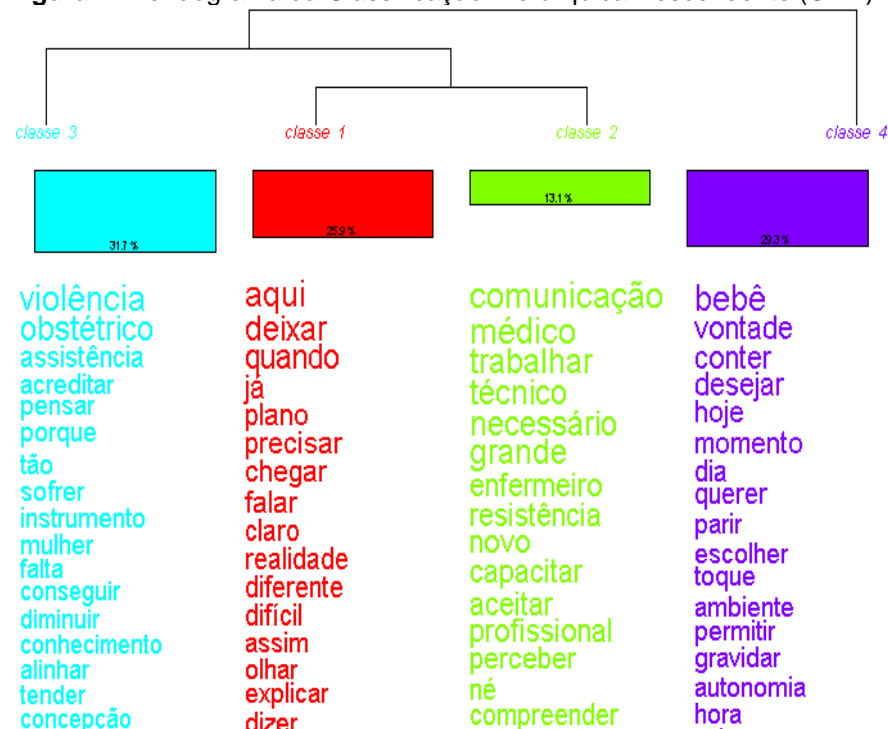
Na primeira etapa (pré-análise), ocorreu a preparação e organização dos dados coletados, com a transcrição das respostas das entrevistas, isto é, a preparação do corpus (conjunto de textos) para ser processado no software. Na segunda etapa, (exploratória) os dados foram categorizados e agrupados de acordo com os temas que emergiram no processo de Classificação Hierárquica Descendente (CHD) do IRAMUTEQ. Na terceira etapa (finalística), os resultados obtidos pelo processamento no IRAMUTEQ foram tratados e interpretados à luz de evidências científicas disponíveis na literatura, somadas com as conclusões do pesquisador. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da FSCMPA mediante o parecer de número 6.409.237 e todas as suas etapas atenderam às normativas previstas na legislação vigente sobre pesquisas envolvendo seres humanos (Resolução nº 466/2012 e nº 510/2016).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O perfil profissional dos participantes foi caracterizado por enfermeiros obstetras (43%), médicos residentes de ginecologia e obstetrícia (19%), médicos obstetras (14%), enfermeiros residentes de obstetrícia (9%), médicos neonatologistas (5%), psicólogos (5%) e assistentes sociais (5%). Quanto ao local de atuação, 80% trabalhavam no CPN e 20% no Ambulatório da Mulher, no serviço de pré-natal. O tempo de experiência na área foi de 6 meses a 5 anos (40%), 5 a 10 anos (20%) e 10 anos ou mais (40%). O corpus foi construído

por 20 textos, que representam cada uma das 20 entrevistas realizadas com os profissionais de saúde. Os textos foram separados em 333 seguimentos de texto (ST), com aproveitamento de 259 ST (palavras), representando 77,78% desse total. Após esse processamento, as palavras foram agrupadas e organizadas pelo IRAMUTEQ em quatro classes lexicais, em ordem decrescente conforme a frequência(f) de sua ocorrência, através do processo de Classificação Hierárquica Descendente (CHD), conforme ilustrado na (Figura 1).

Figura 1- Dendograma da Classificação Hierárquica Descendente (CHD).



Fonte: Santana LR, et al., 2024.

Após o processamento textual no IRAMUTEQ, as classes que emergiram na CHD exigiram a necessidade imersiva de identificar os contextos das palavras e, então foi realizada a leitura, análise e interpretação dos ST, originando três categorias temáticas: Violência Obstétrica e Plano de Parto (Classe 3); A comunicação como instrumento necessário na adesão ao Plano de Parto (Classes 1 e 2) e Respeito à autonomia da mulher no processo de parturição (Classe 4). O bloco analisado neste estudo corresponde à classe 3, que aborda as percepções dos profissionais sobre a violência obstétrica e o plano de parto. Ao serem indagados sobre suas percepções em relação à VO e a utilização de um plano de parto, os profissionais destacaram que a prevenção da VO é um dos propósitos do PP, uma vez que a gestante informada tende a ficar menos sujeita a uma assistência desumanizada e procedimentos desnecessários:

“[...] O plano de parto seria um instrumento, como um fator que diminuísse a violência obstétrica em si, porque a gente pensa que violência é só a física né, só que a gente sabe que a violência obstétrica perpassa tudo.” (P9)

“Não tenhamos dúvida de que o plano de parto reduz a violência obstétrica, porque é uma gestante que está informada[...] ela vai ouvir, vai participar ativamente do processo e não só um lado.” (P12)

“No caso, o plano de parto hoje em dia foi criado para isso, para evitar violência obstétrica, para ter algo mais humanizado, que a mãe pudesse ter a vontade dela feita na hora do parto e peri parto. Eu acho que tende a minimizar e melhorar a questão da humanização”. (P15)

Em uma construção histórica e cultural, a concentração dos saberes nos profissionais de saúde e a falta de autonomia da mulher, que é colocada em condição de submissão, contribui para a ocorrência da violência obstétrica. Logo, é primordial que o PP seja trabalhado durante todo o período gestacional e que a parturiente seja destacada como protagonista de todo o processo (MOURA RCM, et al., 2018; PEREIRA LR, et al., 2019). Santos FSR et al. (2019) analisaram os significados e sentidos do plano de parto para as mulheres, que citaram que as informações sobre os procedimentos que poderiam ser utilizados durante o trabalho de parto e parto foram uma forma de prevenir violência obstétrica e possíveis atitudes tomadas pelos profissionais que não fossem de sua vontade. As mulheres relataram que a informação sobre o que, o porquê e quando seria realizado qualquer procedimento foi importante para mantê-las calmas e seguras, além de ser oportunidade de escolha a elas.

Estudo que avaliou o PP como estratégia para reduzir atos de VO (Machado, et al., 2020) identificou que 58.3% das mulheres que não entregaram o PP, sofreram toques vaginais excessivos e sem serem informadas de sua indicação, enquanto nenhum caso foi registrado entre as mulheres com PP. A realização da episiotomia sem a permissão ou explicação de sua recomendação para a parturiente, foi mais frequente no grupo de mulheres que não entregaram o PP. O estudo verificou, ainda, que para a maioria das mulheres com PP foi permitida a presença de acompanhante, enquanto apenas 25% das mulheres sem PP tiveram o direito a um acompanhante resguardado. Após o nascimento do bebê, foi permitida a amamentação para a maioria das mulheres que utilizaram o PP, enquanto que para as mulheres sem PP, apenas foi permitido olhar o bebê.

Além disso, mulheres que apresentaram o PP tiveram mais chances de não enfrentarem atos desrespeitosos como tricotomia, episiotomia e negar um acompanhante, jejum, amniotomia, toques vaginais reiterados e realizados por diferentes pessoas (MACHADO, et al., 2020). Uma pesquisa realizada em uma maternidade da Escócia com mulheres e funcionários locais sobre o uso do plano de parto destacou benefícios deste documento, como a oportunidade de as mulheres apontarem suas preferências, a possibilidade de estimular discussões com a equipe e seu funcionamento enquanto estratégia para lidar com a ansiedade nesse período (TRIGUEIRO TH, et al., 2022)

Diante destes depoimentos dos profissionais e do que é descrito em outros estudos, evidencia-se que o PP se constitui como uma importante ferramenta para o combate à VO, funcionando como um instrumento de informação, proteção, autonomia e garantia de direitos, contribuindo para o resgate do protagonismo da mulher no contexto da parturição. Sob esta perspectiva, os profissionais acreditam que a gestante que chega à maternidade com um PP está munida de conhecimento e informação, o que lhe confere empoderamento e autonomia, assegurando-lhe o respeito aos seus desejos e cumprimento de seus direitos, conforme identificado nos relatos abaixo:

“Eu acho que ele resguarda por escrito, deixa mais claro o que a paciente quer para o parto dela, o que deve ser feito, o que ela quer que seja feito no parto dela, então tem o potencial de resguardar essa vontade dela por escrito. Deixar bem mais claro, já previamente estabelecido e protege ela e protege o parto dela”. (P7)

“[...] são os desejos dela respeitados, então se você não faz essa assistência adequadamente, a gente observa que nesse momento, você pratica a questão da violência obstétrica, que é desrespeitar os desejos dela, por exemplo, se ela não quer no momento, que se realize o toque vaginal, a gente tem que respeitar [...]”. (P4)

“Acho que o plano de parto iria diminuir a questão da violência obstétrica porque a grávida iria entender o processo e ela iria saber o que ela quer para aquele momento, para o parto dela o que ela deseja”. (P6)

Em um momento que é permeado por dúvidas e expectativas como a gestação, o PP emerge como um instrumento importante, uma vez que este documento permite registros, garante autonomia à mulher e um diálogo aberto entre ela e o profissional (MEDEIROS RML, et al., 2019; NARCHI NZ, et al., 2019). Nesse passo, o empoderamento da mulher se inicia quando a troca de informações com o profissional da saúde se

dá ainda no pré-natal, possibilitando que a gestante conheça todas as fases da gestação e do trabalho de parto. Assim, ela estará mais segura e preparada para assumir sua autonomia, planejar o momento e garantir seus direitos (MENDES RB, et al., 2018; SALIMENA AMO, et al., 2019). Logo, é possível observar que ao planejar o parto, a gestante deixa de ser um sujeito passivo nesse processo e passa a ser protagonista, a partir do momento em que ela reconhece seu direito de escolha nas decisões que perpassam o parto, especialmente se o PP for construído de maneira conjunta com o profissional, a partir do diálogo estabelecido entre as partes e baseado em evidências científicas. Nesta conjuntura, observa-se nos relatos seguintes, que os profissionais vêem o PP como uma “arma” da mulher contra atos de violência obstétrica, uma vez que eles entendem aquela mulher como informada e capaz de participar das escolhas e condutas que serão tomadas, assim como evitar intervenções desnecessárias:

“[...] quando a gente vê uma mulher com plano de parto, a gente já coloca ela como uma mulher esclarecida...uma vez que a gente explica e que ela participa mais das escolhas tomadas durante o trabalho de parto, eu acho que diminui muito a violência obstétrica”. (P7)

“[...]Então eu acredito que o plano de parto, ele empodera a mulher né, para que ela chegue naquele serviço tendo consciência do que é violência obstétrica e que ela possa requerer os seus direitos né, requerer que não seja feito nada fora da literatura, que seja inadequado para ela.” (P8)

“Ah, a grávida tem um plano de parto, a gente já respeita isso: a grávida chegou com um plano de parto, a gente já pega, já olha. Ela não quer isso, ela não quer aquilo, ela quer assim [...] já é uma maneira assim de se evitar uma violência, entendeu, porque ela já colocou ali no papel o que ela espera, o que ela desejaria naquele momento, então eu vejo que ali vai diminuir muito os casos de violência obstétrica.” (P19)

Contudo, embora seja recomendado pela OMS e MS como uma ferramenta de humanização e considerado uma boa prática de atenção ao parto e nascimento, a realidade de muitos cenários de atenção obstétrica ainda não reflete o acolhimento do PP, que, muitas vezes é negligenciado pelos profissionais assistentes. Os depoimentos abaixo revelam que, apesar de reconhecerem os benefícios do PP e sua aplicabilidade na prevenção da VO, os profissionais também demonstram haver uma VO obstétrica velada na instituição, onde condutas são impostas e justificadas com “aquilo precisa ser feito”. Pode-se inferir que a fala de P2 alude a condutas rotineiras em algumas maternidades, como amniotomia e condução do trabalho de parto com ocitócitos.

Condutas estas que, conforme mencionado por P3, sequer são percebidas como atos de de violência obstétrica por parte da equipe médica, o que pode ser corroborado no relato de P5, que concebe que a VO decorre da falta de percepção do próprio profissional, que não interpreta suas condutas como atos de violência. No relato de P11, o profissional depoente menciona que determinadas condutas anteriormente eram consideradas “normais”, inclusive ensinadas em livros didáticos no campo da obstetria, mas, que hoje se configuram como violência obstétrica. É o caso da episiotomia, uma incisão realizada no períneo da mulher, com a intenção de ampliar o canal de parto e facilitar a saída do feto, procedimento esse, muitas vezes realizado sem anestesia local e, sobretudo, sem o consentimento da parturiente.

“Com o plano de parto a gente teria mais um subsídio e a mulher também esclarecida sobre isso evitaria muito os casos de violência obstétrica. Muitas vezes eu vejo condutas aqui, sendo tomadas sem informar à mulher claramente do que está acontecendo ali, quais são os benefícios, do porque a gente precisa fazer aquilo.” (P2)

“[...] Infelizmente, eu percebo que algumas práticas não são reconhecidas pela categoria médica como violência obstétrica. Ainda é um tabu a gente falar em uma maternidade sobre violência obstétrica.” (P3)

“Eu acredito que em algumas instituições você até tenha o plano de parto como um grande avanço para a questão da violência obstétrica [...] mas eu não acredito, por exemplo, que ele conseguiria sozinho, por si só mudar o padrão da violência, porque violência obstétrica, na minha concepção, ela não parte da falta de conhecimento da paciente, mas da falta de percepção do profissional.” (P5)

“...ele é bom para a gente favorecer tanto o que a gestante gostaria que acontecesse com ela e com o bebê dela, quanto também para a gente aparar algumas arestas para evitar que ocorra violência obstétrica né, porque tem algumas condutas que antes eram consideradas normais e que até estudava em livros, como dito normais, mas hoje em dia não é normal né, é considerado hoje como violência obstétrica.” (P11)

Diante disso, percebe-se que a violência obstétrica está presente e invisível na prática assistencial dos profissionais através de procedimentos rotineiros, tornando-se invisível também para as próprias mulheres. Isto se deve a fatores culturais que permeiam o gênero feminino e à construção de ideias que relacionam fragilidade e submissão à figura feminina. Assim, a rotina caracterizada pela autoridade e poder de decisão concentrado na equipe de saúde vai fazendo com que essa prática não seja identificada pelos que a praticam e ainda entendida como uma conduta necessária por muitos, o que pode ocasionar descontinuidade na relação profissional/usuário (JARDIM DMB e MODENA CM, 2018; LANSKY, et al., 2018).

Dentre os vários tipos de violência que perpassam a saúde da mulher, podem ser elencadas: a institucional, quando uma gestante busca atendimento e é desassistida; a proibição da presença de um acompanhante de sua escolha durante o pré-parto, parto e pós-parto, que é assegurada por lei; a violência física, através de ações que acarretam danos ao corpo da mulher e/ou do bebê, como a episiotomia e a manobra de Kristeller; toques vaginais repetitivos; a imposição da posição litotômica sem a permissão de deambular; o uso de ocitocina para acelerar o parto e o jejum (MARTINS AC e BARROS GM, 2016; BRASIL, 2017; CÔRTEZ CT, et al., 2018; WHO, 2018).

A violência verbal também se manifesta através de humilhações, grosserias, tratamento desumano, julgamentos e procedimentos agressivos e dolorosos como forma de punição (SILVA AS e SERRA MCM, 2018). Estudos revelam que tais atitudes podem ser atribuídas à sobrecarga de trabalho dos profissionais de saúde, condições precárias de trabalho e à desqualificação do pessoal. Já em relação aos usuários, foi identificado que o baixo nível socioeconômico, adolescentes sem acompanhantes e sem assistência durante o pré-natal e pessoas que de alguma forma se tornam passivas diante de intervenções sem qualquer tipo de informação preexistente, sem apoio social e familiar, estão mais suscetíveis a sofrerem esse tipo de atendimento (RODRIGUES DP, et al., 2018; JARDIM DMB e MODENA CM, 2018).

CONCLUSÃO

Os profissionais de saúde compreendem a prevenção da violência obstétrica como o principal propósito do PP, reconhecendo-o como um potente instrumento de informação que atribui empoderamento e autonomia para a parturiente, assegurando-lhe o respeito aos seus desejos, o cumprimento de seus direitos e a participação ativa nos processos de decisão. Logo, o PP pode contribuir diretamente para combater atos de violência obstétrica que estão implícitos em condutas rotineiras nas maternidades e evitando intervenções desnecessárias no curso natural do parto. O estudo limita-se por ter sido desenvolvido em uma única maternidade, não representando os profissionais de saúde de outras instituições, impossibilitando assim, a generalização dos resultados.

REFERÊNCIAS

1. BARDIN L. Análise de conteúdo. Paris: Editora Presses Universidade de France, 2016.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes Nacionais De Assistência Ao Parto Normal. 2017. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf. Acesso em: 11 de agosto de 2024.

3. CÔRTEZ CT, et al. Implementação das práticas baseadas em evidências na assistência ao parto normal. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 2018; 26: 2988.
4. FERREIRA LS. Empoderando pessoas grávidas de Franco da Rocha para que suas vozes sejam escutadas no processo de atualização do Plano de Parto. Monografia (Especialização em Saúde Coletiva)-Instituto de Saúde. Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo, São Paulo, 2022; 92.
5. JARDIM DMB e MODENA CM. A violência obstétrica no cotidiano assistencial e suas características. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 2018; 26: 3069.
6. LANSKY S, et al. Violência obstétrica: influência da Exposição Sentidos do Nascer na vivência das gestantes. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2019; 24(8): 2811-2823.
7. MACHADO KS, et al. Plano de parto: uma estratégia para reduzir atos de violência obstétrica? *Interdisciplinary Journal of Health Education*, 2020; 5(2): 53-63.
8. MARTINS AC e BARROS GM. Parirás na dor? Revisão integrativa da violência obstétrica em unidades públicas brasileiras. *Revista da Dor de São Paulo*, 2016; 17(3): 215-218.
9. MEDEIROS RMK, et al. Repercussões da utilização do plano de parto no processo de parturição. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 2019; 40.
10. MENDES RB, et al. Avaliação da qualidade do pré-natal a partir das recomendações do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, *Ciências e saúde coletiva*; 2018 (25): 3.
11. MORAES CA, et al. Análise do Plano de Parto como mecanismo de prevenção da Violência Obstétrica sob a ótica dos direitos da personalidade. *Revista de Biodireito e Direito dos Animais*, 2020; 6(2): 18-36.
12. MOURA RCM, et al. Cuidados de enfermagem na prevenção da violência obstétrica. *Enfermagem em Foco*, 2018; 9(4): 60-65.
13. NARCHI NZ, et al. O plano individual de parto como estratégia de ensino-aprendizagem das boas práticas de atenção obstétrica. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 2019; 53: 03518.
14. OMS. Organização Mundial da Saúde. Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde. 2014. Geneva: OMS, 2014.
15. PEREIRA LR, et al. Parto normal e intervenções ocorridas em uma maternidade pública. *Revista Baiana de Enfermagem*, 2019; 33: 32631.
16. RODRIGUES DP, et al. A violência obstétrica no contexto do parto e nascimento. *Revista de enfermagem da UFPE online*, 2018; 12(1): 236-246.
17. SALIMENA AMO, et al. Trabalho de parto e o parto: compreensão de mulheres e desvelamento da solicitude como possibilidade assistencial. *Revista Mineira de Enfermagem*. 2019; 23: 1201.
18. SANTOS FSR, et al. Os significados e sentidos do plano de parto para as mulheres que participaram da Exposição Sentidos do Nascer. *Cadernos de Saúde Pública*, 2019; 35 (6): 00143718.
19. SILVA AS e SERRA MCM. Uma imposição social de dor para além da dor do parto: violência obstétrica como violência de gênero. *Revista Libertas*, 2018; 4 (1): 67-84.
20. SILVA TM e LOPES MI. A expectativa do casal sobre o plano de parto. *Revista de Enfermagem Referência*, 2020; 5(2): 19095.
21. TRIGUEIRO TH, et al. Experiência de gestantes na consulta de Enfermagem com a construção do plano de parto. *Escola Anna Nery*, 2022; 26.
22. WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience. 2018. Disponível em: <<https://www.who.int/publications-detail/9789241550215>>. Acesso em: 11 de agosto de 2024.