

**Graziele Figueiredo**

**PLANO DE PARTO: DO PLANEJAMENTO À EXECUÇÃO**

Dissertação apresentada à  
Universidade Federal de São Paulo –  
Escola Paulista de Enfermagem para  
obtenção do título de Mestre em  
Ciências.

São Paulo  
2021

**Graziele Figueiredo**

**PLANO DE PARTO: DO PLANEJAMENTO À EXECUÇÃO**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Enfermagem para obtenção do título de Mestre em Ciências.

**Orientadora:**

Prof<sup>a</sup> Dra. Adriana Amorim Francisco

**Coorientadoras:**

Prof<sup>a</sup> Dra. Márcia Barbieri

Prof<sup>a</sup> Dra. Maria Cristina Gabrielloni

São Paulo

2021

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Prof. Antonio Rubino de Azevedo,  
Campus São Paulo da Universidade Federal de São Paulo, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Figueiredo, Grazielle

Plano de parto: do planejamento à execução / Grazielle Figueiredo. - São Paulo, 2021.

XV, 88f.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

Título em inglês: Birth plan: from planning to execution.

1. Tomada de Decisões. 2. Parto Humanizado. 3. Autonomia Pessoal.  
4. Cuidado Pré-Natal. 5. Educação em saúde.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO**  
**ESCOLA PAULISTA DE ENFERMAGEM**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**Diretor da Escola Paulista de Enfermagem:**

Prof. Dr. Alexandre Pazetto Balsanelli

**Coordenadora do Programa de Pós-graduação:**

Prof<sup>a</sup> Dra. Maria Angélica Sorgini Peterlini

**Graziele Figueiredo**

**PLANO DE PARTO: DO PLANEJAMENTO À EXECUÇÃO**

**Banca Examinadora**

**Presidente**

Prof(a) Dr(a) Adriana Amorim Francisco

**Membros Titulares**

Prof(a). Dr(a). Marlise de Oliveira Pimentel Lima

Prof(a). Dr(a). Nathalie Liester

Prof(a). Dr(a). Rosemeire Sartori de Albuquerque

**Membro Suplente**

Prof(a). Dr(a). Natalucia Matos Araújo

*Dedico este trabalho ao meu filho Gael, razão da  
minha vida e da minha perseverança.*

*Graziele Figueiredo*

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus pela luz em meu caminho, pela força e coragem diante das dificuldades, não permitindo que eu desistisse, concedendo-me a facilidade de aprender, a graça de falar e escrever, ajudando-me a começar conduzindo-me a continuar e perseverar até o término.

Dirijo agradecimentos também aos meus pais, Francisco Manoel de Figueiredo e Maria Zuleide da Silva Figueiredo, pelo exemplo de força, perseverança, honestidade e caráter, por nunca negarem esforços para me ajudar, por estarem comigo nas dificuldades e vibrarem nas minhas conquistas.

Agradeço ao meu marido, Renan Andrade, por ter entendido os meus dias de dedicação ao estudo e à pesquisa, pelo incentivo e apoio em minhas decisões e por acreditar no meu potencial profissional.

Sou grata também pelos meus amigos e colegas da UBS Vila São Pedro que acompanharam e incentivaram minha trajetória na construção deste trabalho e ao município de São Bernardo do Campo por ter sido meu rico campo de pesquisa e aprendizado.

Agradeço às participantes desta pesquisa pela honra de acompanhá-las em um momento tão especial de suas vidas.

Agradeço à professora Angelita José Henrique por ser minha “madrinha científica” e ter despertado em mim a paixão pela pesquisa.

Por fim, agradeço à minha orientadora Adriana Amorim Francisco e coorientadoras Márcia Barbieri e Maria Cristina Gabrielloni por terem batalhado junto comigo nesta conquista.

*“Para mudar o mundo é preciso mudar a forma de nascer.”*

*Michel Odent*

**Dissertação de mestrado vinculada à Linha de Pesquisa: Cuidado em Enfermagem e Saúde Coletiva do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo.**

## Resumo

**Objetivo:** avaliar a aplicabilidade de um Plano de Parto, identificar as principais escolhas relacionadas à assistência, comparar o plano proposto com o realizado e avaliar a satisfação da mulher com o que foi executado. **Método:** estudo transversal, realizado com 56 gestantes de risco habitual, maiores de 18 anos, idade gestacional igual ou superior a 27 semanas, gestando feto único, com até uma cesárea anterior, que participaram do grupo para elaboração do Plano de Parto e aceitaram participar do estudo após o devido esclarecimento. Utilizou-se instrumento semiestruturado que incluiu o recrutamento durante a gestação e a avaliação no período puerperal sobre as expectativas atendidas. Plano de Parto elaborado pela gestante foi digitalizado e arquivado para posterior comparação. Inicialmente os dados foram analisados descritivamente. A existência de associações entre duas variáveis categóricas foi verificada por meio do teste de Qui-Quadrado, ou alternativamente, o teste exato de Fisher. Para todos os testes estatísticos adotou-se nível de significância de 5%. Pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa. **Resultados:** A média de idade das mulheres que realizaram o Plano de Parto foi de 25,2 anos (DP = 3,5), 62,5% tinham ensino médio completo e 53,6% viviam em união estável. A média da idade gestacional no parto foi de 39,4 semanas (DP = 1,1), 73,2% tiveram parto vaginal; 96,4% registraram que gostariam de ter o parceiro/pai do bebê como primeira escolha para acompanhante no trabalho de parto e parto, 90,6% tiveram sua escolha atendida; 60,7% optaram pela ingestão de água no trabalho de parto e sua opção foi atendida para 50,0% delas; o banho de chuveiro foi escolhido por 85,7% para alívio da dor, mas apenas 17,9% efetivamente o tiveram; 64,3% optaram por parir em posição deitada com a cabeceira elevada, porém 44,6% pariram em posições contrárias à escolhida; 55,4% solicitaram que o acompanhante realizasse a secção do cordão umbilical ao nascimento, mas 94,6% delas tiveram o profissional como a pessoa que a realizou; 28,6% das parturientes tiveram 2 dos 6 itens do Plano de Parto atendidos, 23,2% tiveram 3 itens e 8,9% das mulheres tiveram 5 itens atendidos. Apesar disso, 55,4% das participantes mostraram-se muito satisfeitas e 23,2%, satisfeitas com o cumprimento do seu Plano de Parto. **Conclusão:** Apesar do atendimento parcial na maior parte dos itens, encontra-se alto nível de satisfação com relação ao cumprimento do Plano de Parto.

**Descritores:** Tomada de Decisões, Parto Humanizado, Autonomia Pessoal, Cuidado Pré-Natal, Educação em saúde.

## Abstract

**Aim:** to evaluate the applicability of a Birth Plan; to identify the main women's choices related to the labour and childbirth care; to compare the planned care to those received during labour and childbirth at the maternity service. **Method:** a cross-sectional study, with 56 pregnant women at low risk pregnancy, aged 18 years or over, with at least 27 weeks of gestational age, pregnant of a single baby, with up to one previous cesarean section, which attended to the antenatal classes for discussing the Birth Plan, who filled out the Birth Plan template and consented participate in this study after being properly informed about the its objectives. Data was collected by using a semi-structured form which included information about the participant's recruitment in the antenatal care and the postpartum assessment about participant's experiences on labour and childbirth. The Birth Plan was scanned and stored for further comparison. Data were initially descriptively presented. The association between categorical variables was tested by using the Chi-Square test, or alternatively, Fisher's exact test. A p-value of 5% was considered statistically significant. Research approved by the Research Ethics Committee. **Results:** the mean of the participants age was 25.2 years (SD=3.5); 62.5% completed high school and 53.6% lived with their partners. Mean of gestational age at the childbirth was 39.4 weeks (SD=1.1); 73.2% delivered vaginally; 96.4% registered in their birth plan they would like to have their partners as companion during their labour and childbirth, however only 90.6% had that option met; 60.7% choose drink water during labour, but for only 50.0% this option was met; 85.7% wish to have a shower for relieving labour pain, but 17.9% had that wish met; 64.3% choose giving birth in the semi recumbent position, nevertheless 44.6% gave birth in a different position; 55.4% wished having a companion cutting the umbilical cord, but for 94.6% of them the doctor/midwife cut off the umbilical cord; 28.6% had 2 out of 6 items from their Birth Plan met, 23.2% 3 items and 8.9% 5 items. Despite of these results 55.4% were highly satisfied with their birth experience while 23.2% were satisfied. **Conclusion:** Although the majority of the items of the Birth Plan were not met during the maternity care we found a high level of women's satisfaction with their birth experience.

**Keywords:** Decision Making, Humanizing Delivery, Personal Autonomy, Prenatal Care, Health Education.

## Sumário

Dedicatória .....	v
Agradecimentos .....	vi
Epígrafe .....	vii
Resumo.....	ix
Abstract.....	x
Lista de figuras.....	xiii
Lista de tabelas .....	xiv
Lista de siglas.....	xv
Lista de abreviaturas .....	xvi
1 INTRODUÇÃO.....	1
2 OBJETIVOS .....	5
2.1 Geral.....	5
2.2 Específicos.....	5
3 REVISÃO DA LITERATURA .....	6
4 MÉTODO .....	16
4.1 Tipo de estudo.....	16
4.2 Amostra.....	16
4.3 Critérios de inclusão .....	16
4.4 Critérios de exclusão .....	16
4.5 Local do estudo.....	17
4.6 Plano de Parto.....	18
4.7 Coleta de dados.....	20
4.7.1 Instrumentos para coleta de dados .....	21
4.8 Variáveis.....	22
4.9 Análise dos dados .....	26
4.10 Aspectos éticos e legais .....	26
5 RESULTADOS .....	28
6 DISCUSSÃO .....	44
7 LIMITAÇÕES .....	60
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	61

9 CONCLUSÃO .....	62
10 REFERÊNCIAS.....	64
Apêndice 1 – Instrumento de coleta de dados .....	74
Apêndice 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	78
Anexo 1 – Plano de Parto.....	81
Anexo 2 – Carta de Ciência Prefeitura de São Bernardo do Campo.....	83
Anexo 3 – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.....	84
Bibliografia consultada .....	88

## Lista de figuras

Figura 1 - Fluxograma de coleta de dados .....	21
Figura 2 - Fluxograma de composição da amostra .....	28
Figura 3 - Distribuição das mulheres por escolhas realizadas no Plano de Parto. São Bernardo do Campo, SP, Brasil, 2019.....	36
Figura 4 - Distribuição das mulheres por atendimento às escolhas no Plano de Parto. São Bernardo do Campo, SP, Brasil, 2019. ....	36
Figura 5 - Distribuição das mulheres por motivos de não atendimento (pleno) à escolha realizada no Plano de Parto. São Paulo, SP, Brasil, 2019.....	37
Figura 6 - Distribuição das mulheres por número de itens totalmente atendidos. São Bernardo do Campo, SP, Brasil, 2019.....	38
Figura 7 - Distribuição das mulheres por satisfação com relação ao Plano de Parto planejado e o executado. São Bernardo do Campo, SP, Brasil, 2019. ....	39

## Lista de tabelas

Tabela 1 - Características sociodemográficas e antecedentes obstétricos. São Bernardo do Campo, SP, Brasil, 2019.....	29
Tabela 2 - Planejamento do parto na gestação atual. São Bernardo do Campo, SP, Brasil, 2019.....	30
Tabela 3 - Características do parto atual. São Bernardo do Campo, SP, Brasil, 2019. ....	31
Tabela 4 - Plano de Parto pretendido e executado. São Bernardo do Campo, SP, Brasil, 2019.....	32
Tabela 5 - Distribuição das mulheres por satisfação, segundo atendimento pleno (“sim”) dos itens do Plano de Parto. São Bernardo do Campo, SP, Brasil, 2019. ....	39
Tabela 6 - Distribuição das mulheres por satisfação, segundo tipo e local de parto. São Bernardo do Campo, SP, Brasil, 2019. ....	40
Tabela 7 - Distribuição das mulheres por atendimento pleno às suas escolhas, segundo tipo de parto. São Bernardo do Campo, SP, Brasil, 2019.....	41
Tabela 8 - Distribuição das mulheres por atendimento pleno às suas escolhas, segundo local de parto. São Bernardo do Campo, SP, Brasil, 2019. ....	42
Tabela 9 - Distribuição das mulheres por itens atendidos (0 – 6), segundo tipo e local de parto. São Bernardo do Campo, SP, Brasil, 2019. ....	43

## Lista de siglas

<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>SP</b>	São Paulo
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>ReHuNa</b>	Rede de Humanização do Parto e Nascimento
<b>PHPN</b>	Programa Humanização no Pré-natal e Nascimento
<b>UBS</b>	Unidade Básica de Saúde
<b>Nasf</b>	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
<b>HMU</b>	Hospital Municipal Universitário
<b>EVA</b>	Etil Vinil Acetato
<b>UPA</b>	Unidade de Pronto Atendimento
<b>Unifesp</b>	Universidade Federal de São Paulo
<b>CAAE</b>	Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
<b>TCLE</b>	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
<b>DP</b>	Desvio Padrão

## Lista de abreviaturas

**Prof<sup>a</sup>.** Professora

**Dr<sup>a</sup>.** Doutora

**Mín.** Mínimo

**Máx.** Máximo

## 1 INTRODUÇÃO

A assistência ao parto tem passado por intensas mudanças ao longo do tempo no âmbito social, cultural, econômico e psicoemocional<sup>1</sup>. Ocorreu a desconstrução do cuidado centrado na mulher, família e rede social e do parto como evento fisiológico em ambiente de conforto e confiança para a mulher.

Simultaneamente, houve a valorização do parto em ambiente hospitalar para onde a mulher precisa se deslocar à procura de auxílio da equipe de saúde. Esta última, muitas vezes exageradamente intervencionista considerando que 90% dos partos ocorrem de maneira fisiológica como desfecho de gestações de risco habitual<sup>2</sup>. Episiotomia, enema, cesáreas eletivas, uso de medicamentos, aspiração nasofaríngea e tricotomia tornaram-se práticas rotineiras, que além de não serem capazes de diminuir o número de complicações, têm o potencial de provocar danos<sup>3-5</sup>.

Além disso, práticas de violência obstétrica, preconceitos de gênero, raça/cor e idade, postura pouco acolhedora e exclusão do acompanhante passaram a ser comuns no século XX<sup>3,6</sup>.

Em resposta a tal realidade, movimentos pela humanização do parto e nascimento intensificaram-se no Brasil e no mundo especialmente a partir da década de 1970<sup>6</sup>.

Nesse processo, muito se tem discutido e buscado resgatar a autonomia da mulher e o respeito a esse direito por parte dos profissionais, considerando-a como ser único, detentor de direitos e vontades, necessitando cada qual de um plano individualizado de assistência<sup>7</sup>.

O Plano de Parto está apoiado na ideia da necessidade de um plano individualizado aliada à recomendação do Ministério da Saúde de que a assistência pré-natal deve incluir, além da abordagem clínica, a educação em saúde englobando o preparo para o parto<sup>8</sup>.

Sheila Kitzinger, antropóloga britânica e ativista em prol do parto natural, foi a mentora da ideia de Plano de Parto e Nascimento, em 1980, como uma estratégia de enfrentamento das práticas desnecessárias e do desrespeito à autonomia da mulher<sup>5,9</sup>.

A realização do Plano de Parto durante a gestação é a primeira prática útil recomendada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), devendo ser encorajada pelo profissional que assiste a gestante, usada em todo serviço de assistência ao parto e ser de conhecimento também do parceiro e, se possível, da família. Deve ainda ser individualizado, de acordo com as necessidades e preferências da mulher<sup>10-12</sup>.

O Ministério da Saúde traz sua elaboração como um dos 10 passos para um pré-natal de qualidade, significando um estímulo ao parto normal e um meio de informação no pré-natal<sup>8</sup>.

O enfermeiro, como profissional educador e apto a realizar a assistência pré-natal em gestantes de risco habitual, deve apropriar-se do Plano de Parto como ferramenta para subsidiar sua assistência baseada em evidências científicas e que respeita os direitos femininos, apresentando-o e estimulando sua construção<sup>13-15</sup>.

O Plano de Parto é um documento construído pela mulher durante o pré-natal após informação sobre a gestação, processo de parto e nascimento. A participação da instituição onde ocorre o parto é fundamental, pois as condutas oferecidas para escolha da gestante devem estar de acordo com a realidade local. Não é uma lista de exigências, mas sim uma carta que, considerando seus valores, desejos, expectativas e necessidades individuais, a mulher deverá elaborar junto ao profissional que presta assistência no pré-natal, optando por alternativas fundamentadas nas “Boas Práticas” recomendadas pela OMS<sup>1,4,5,9,10,13,16</sup>.

Porém, sabe-se que o trabalho de parto é um processo dinâmico que pode exigir adaptações das escolhas realizadas no Plano de Parto com o objetivo de garantir a segurança da parturiente e de seu filho, bem como as próprias preferências da mulher podem modificar-se de acordo com o desenrolar do processo de parturição. Portanto, o fato de não ter concretizadas todas as suas escolhas nem sempre significa que sua autonomia foi desrespeitada<sup>1,17</sup>.

Além de atender às preferências da gestante, elas são corresponsáveis pelas decisões a respeito do cuidado<sup>18</sup>. A mulher em trabalho de parto tem direito

ao acesso a informações baseadas em evidências científicas atualizadas e a tomar decisões em conjunto com a equipe de saúde, considerando sua situação clínica, bem como seus desejos e expectativas. Portanto, todo procedimento a ser adotado deve ser acompanhado de informação sobre o real motivo de sua realização<sup>4,15,16,19,20</sup>.

Sendo assim, o Plano de Parto é um instrumento de respeito aos desejos da mulher, uma vez que amplia seu controle sobre o parto e a torna mais participativa no processo de parturição. Além disso, também é uma ferramenta de preparação para o parto por meio da comunicação e informação, a qual subsidia a construção do conhecimento e a tomada de decisões, sendo sua elaboração, portanto, uma ação educativa que possibilita maior confiança e tranquilidade, uma vez que traz em detalhes as preferências e expectativas da mulher<sup>5,14,21</sup>.

A importância do presente estudo fundamenta-se no fato do Plano de Parto ser um instrumento inovador no processo de humanização do parto e nascimento, sendo ainda desconhecido por boa parte das mulheres e dos profissionais<sup>13,15,22</sup>.

Um estudo reflexivo realizado em 2016 identificou que, apesar da recomendação da realização do Plano de Parto em 1996 pela OMS, apenas a partir de 2006 encontrou-se um número considerável de publicações. Contudo, nos últimos anos o número de trabalhos relacionados ao tema é pequeno<sup>14</sup>. Quando conhecido ainda é um instrumento pouco utilizado pelos profissionais no pré-natal, considerado como uma estratégia de pouca relevância. Quando elaborado, ainda é pouco apresentado pelas mulheres às maternidades e quando apresentado é aceito pelos profissionais como respeito à política da instituição, porém muitas vezes permanece sem uso no prontuário<sup>9,15,20,22,23</sup>.

Semelhante ao que ocorre em países como Reino Unido e Espanha<sup>24</sup>, São Bernardo do Campo vem procurando adotar um modelo de Plano de Parto em sua assistência. O município pode ser considerado um dos pioneiros do estado de São Paulo (SP) na iniciativa de atrelar o Plano de Parto com a assistência desenvolvida no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e preocupando-se em melhorar a qualidade da assistência obstétrica mesmo diante dos desafios encontrados relacionados à ausência da elaboração do Plano de Parto como uma

exigência do protocolo de pré-natal dificultando sua concretização, à grande demanda da maternidade, única do município a atender as gestantes do SUS, e a estrutura física pouco favorável.

A necessidade de inclusão do Plano de Parto no protocolo municipal e a estrutura física desfavorável são identificadas como desafios em outros municípios, porém, tais entraves podem ser minimizados quando há o reconhecimento e a garantia dos direitos da mulher por parte dos profissionais<sup>13</sup>.

Diante de reconhecidos esforços faz-se necessário o conhecimento das preferências mais frequentes das gestantes e quais delas estão sendo atendidas com êxito possibilitando adaptações e melhorias na assistência atualmente prestada. Além disso, estudos como este devem difundir o conhecimento estimulando políticas públicas para a implantação do Plano de Parto em outros municípios. Sendo assim, pergunta-se: Qual a aplicabilidade de um Plano de Parto no âmbito do SUS diante das possibilidades teóricas planejadas para um parto mais humanizado e as ações desenvolvidas na prática?

A motivação para o desenvolvimento do presente estudo situa-se principalmente na atuação diária como enfermeira na assistência às gestantes na Atenção Básica no Município de São Bernardo do Campo e na percepção da necessidade de ampliar a assistência para além das consultas pré-natal, oferecendo espaços para que a mulher possa pensar e preparar-se para o momento do parto e nascimento.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Geral**

Avaliar a aplicabilidade do Plano de Parto elaborado pelas gestantes assistidas no âmbito do SUS no Município de São Bernardo do Campo.

### **2.2 Específicos**

- Identificar as principais escolhas selecionadas pelas gestantes no Plano de Parto;
- Comparar as escolhas apontadas no Plano de Parto com as práticas assistenciais no parto de acordo com a percepção da mulher na consulta puerperal;
- Avaliar a satisfação da mulher quanto ao respeito/atendimento pela equipe hospitalar das escolhas selecionadas no Plano de Parto.

### 3 REVISÃO DA LITERATURA

Nos primórdios da história da humanidade, a vivência da maternidade, em sua forma totalmente natural, gerava uma taxa de mortalidade materna de cerca de 2 a 3 mil mortes para cada 100 mil nascidos vivos. O desenvolvimento trouxe avanços permitindo que atualmente poucos países apresentem taxa superior a mil mortes maternas por 100 mil nascidos vivos. Esse processo, conhecido como “transição obstétrica” tem sofrido importante influência da redução da taxa de fecundidade, do envelhecimento da população, da mudança no padrão de causas de morbidade e mortalidade e da institucionalização do parto<sup>25</sup>.

Como resultado, elevada taxa de prevalência de intervenções durante o trabalho de parto e parto tem sido encontrada<sup>26</sup>.

Em resposta à realidade intervencionista, no Brasil, o movimento de humanização para o parto e nascimento teve início na década de 70, quando o professor da Universidade Federal do Ceará José Galba de Araújo implantou um sistema de atenção que incorporava o parto domiciliar e em casas de parto com a garantia de transferência para o hospital de referência Assis Chateaubriand se assim se fizesse necessário. Em 1979, o professor uruguaio Roberto Caldeyro-Barcia discorreu em seus trabalhos sobre a atenção fisiológica ao parto<sup>6</sup>.

A partir de 1980 intensificaram-se os movimentos de humanização do parto, cujo termo é atribuído às ações que têm por objetivo defender o respeito aos direitos humanos, sociais, reprodutivos e sexuais e o uso adequado de tecnologias para a atenção ao parto e assim melhorar a assistência à parturiente e família<sup>4</sup>.

O surgimento da Rede de Humanização do Parto e Nascimento (ReHuNa), em 1993, foi um importante marco em prol da atenção ao parto baseada em evidências científicas<sup>6</sup>.

Parto humanizado é um processo que valoriza a mulher como protagonista, respeitando seus valores, crenças e vontades e considerando a gravidez, o parto e o puerpério como expressões de saúde. A humanização seria, então, a associação de técnicas ao respeito da mulher e de seu filho como seres únicos e que vivenciam também um momento único<sup>1,4,27</sup>.

A humanização não se relaciona somente à via de parto vaginal e a não realização de procedimentos intervencionistas, mas a uma visão humanista do parto e do nascimento, que respeita a mulher em sua totalidade, garantindo a ela seu direito de escolha e de participação ativa nas decisões que envolvem esse processo.

Os procedimentos assistenciais devem estar pautados nas “Boas Práticas” recomendadas e divulgadas em 1996 pela OMS, uma vez que se encontram de acordo com o respeito à fisiologia materna, com a redução das intervenções, com a valorização de aspectos socioculturais do processo de parturição e nascimento e com o oferecimento de apoio emocional para mulher e família, facilitando a criação de vínculo<sup>10</sup>.

Em 1998, por ações do grupo ReHuNa, foi aprovada a Resolução nº 667 no Rio de Janeiro, garantindo a presença do acompanhante no parto<sup>28</sup>, dando origem a Lei nº 11.108 de 7 de abril de 2005<sup>29</sup>.

O Ministério da Saúde, em 01 de junho de 2000, instituiu o Programa Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) por meio da Portaria GM/569 com o objetivo de melhorar o acesso, a cobertura e a qualidade do atendimento à gestante, parturiente, puérpera e recém-nascido<sup>30</sup>.

A Política Nacional de Humanização foi criada em 2003 com o objetivo de identificar o caminho a ser trilhado para que os princípios e diretrizes do SUS fossem efetivamente colocados em prática. Esta política foi a base para o Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais da Amazônia Legal e Nordeste brasileiro ocorrido entre 2009 e 2011 que tinha por objetivos promover o acolhimento da gestante, vinculá-la à atenção básica, referenciá-la para um local definido para o parto e acolhe-la como puérpera com seu recém-nascido na atenção básica, classificá-la de acordo com o risco, garantia do acompanhante e adequação da ambiência<sup>19</sup>.

A Política Nacional de Humanização e o Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais da Amazônia Legal e Nordeste, serviram de padrões para a criação do Programa Rede Cegonha<sup>19</sup>.

A Rede Cegonha foi lançada em 2011 pelo Ministério da Saúde buscando melhoria na qualidade da assistência e avanços na questão da humanização do parto. Seu objetivo é garantir uma rede de cuidados para o atendimento humanizado e de qualidade no planejamento reprodutivo, gravidez, parto, puerpério, cuidados neonatais, bem como no crescimento e desenvolvimento saudáveis<sup>31</sup>.

Ao longo do processo em prol da humanização do parto e nascimento, a atuação da enfermeira obstetra e obstetrix ganhou força como fatores importantes, uma vez que a assistência prestada por essas profissionais apresenta vantagens relacionadas à redução de intervenções e maior satisfação da parturiente quando comparado com o médico, cuja assistência encontra-se predominantemente voltada a situações de alto risco e, portanto, com maior potencial para intervenção<sup>4,19</sup>.

Em 14 de fevereiro de 2017, o Ministério da Saúde aprovou a Portaria nº 353, que aprova as diretrizes para o parto normal, as quais permitem a padronização da assistência obstétrica em todos os níveis de complexidade, discute as práticas atualmente utilizadas e coloca o Plano de Parto como um instrumento de decisão da mulher com a participação da instituição, profissional e família durante o pré-natal, trabalho de parto e parto<sup>4</sup>.

Monitorar políticas públicas e instância de controle social é uma ação visível de busca pela humanização do nascimento<sup>32</sup>.

Neste sentido, movimentos continuam ocorrendo pelo Brasil e pelo mundo em busca do resgate do nascimento como um evento biológico, psicológico, sexual, mental, social, bioquímico e espiritual<sup>12</sup> e da garantia dos três fatores necessários para humanização do parto e nascimento: práticas baseadas em evidências, protagonismo restituído à mulher, visão integrativa e interdisciplinar do parto<sup>6,19</sup>.

A restituição do protagonismo da mulher inclui o respeito a sua autonomia, liberdade de escolha informada e consentida, equidade, cidadania e não violência de gênero<sup>17,19</sup>.

A autonomia, definida como a maneira do ser humano agir sobre si mesmo e dar-se suas próprias leis, torna no contexto da saúde, a relação paciente-profissional democrática, havendo o compartilhamento de saberes, respeito às particularidades e à multiplicidade, além de permitir ao cidadão maior responsabilidade e participação<sup>17</sup>.

Com relação à atenção integral e interdisciplinar, deve incluir tanto a atenção básica quanto a hospitalar. Implica na participação mais ativa da mulher e família na gravidez, ao receber informações sobre as tecnologias disponíveis, elaborar seu Plano de Parto com a família, ter direitos de acesso e garantia de que a maternidade prestará a melhor assistência com base nos conhecimentos cientificamente comprovados<sup>2</sup>. Portanto, todos os profissionais envolvidos na atenção pré-natal, parto e pós-parto devem estar direcionados para a atenção individualizada da mulher e seu contexto familiar<sup>1</sup>.

O Plano de Parto é um documento que, estando pautado na prática humanizada do “fortalecimento e participação da mulher na tomada de decisão”, busca garantir seu papel no planejamento de seu cuidado, seus desejos e visões desde que não acarretem riscos para si ou para seu filho<sup>12</sup>. Assim como o termo de consentimento livre e esclarecido, o Plano de Parto deve ser respeitado e seguido independente do formato que se apresente, mesmo que seja verbalmente apenas<sup>15,19,20</sup>.

A elaboração do Plano de Parto deve ter a gestante como protagonista e incluir informações que auxiliem a mulher a realizar escolhas de maneira esclarecida, tais como riscos e benefícios de intervenções e práticas durante o trabalho de parto e parto, necessidade de escolha de um acompanhante, ingestão alimentar, métodos farmacológicos e não farmacológicos de alívio da dor com seus respectivos riscos e benefícios, medidas de conforto, posição para o trabalho de parto e parto, local de atenção ao parto incluindo sua organização, limitações e disponibilidade de métodos e técnicas, cuidados com o recém-nascido, considerações culturais, condutas em caso de emergências, além dos diferentes estágios do parto e práticas utilizadas pela equipe. <sup>4,13,15,33</sup>.

Tais informações estão de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde para que o pré-natal contemple ações educativas<sup>8</sup>, pois através delas a mulher consegue estabelecer seus próprios conceitos livre de preconceitos e paradigmas estabelecidos pela sociedade<sup>9</sup>. Contrários a esta recomendação, um estudo realizado com 23.940 puérperas de hospitais públicos e privados das cinco macrorregiões do Brasil com o objetivo de avaliar a assistência pré-natal oferecida em serviços públicos e/ou privados, identificou que apenas 41,1% receberam informações sobre práticas benéficas para o trabalho de parto<sup>34</sup>. De maneira semelhante, um estudo transversal que avaliou a relação entre a assistência pré-natal e as orientações fornecidas para o parto durante o pré-natal em uma cidade do sul do Brasil identificou que 52% das 358 puérperas entrevistadas não haviam sido orientadas para o parto durante a gestação, especialmente quando o atendimento pré-natal foi classificado como intermediário ou inadequado, quando o número de consultas de pré-natal foi menor que seis e quando o intervalo entre a última consulta e o parto foi maior do que 15 dias<sup>35</sup>.

De maneira semelhante, um estudo descritivo e exploratório com abordagem qualitativa realizado de janeiro a maio de 2017 com o objetivo de conhecer a influência do Plano de Parto na realização de boas práticas na assistência obstétrica a partir da experiência de oito puérperas cadastradas em uma UBS de Sete Lagoas, Minas Gerais, demonstrou que as mulheres que construíram um Plano de Parto reconheceram a importância das informações recebidas durante o pré-natal para aumentar sua autonomia na escolha das condutas. Perceberam diferenças positivas na assistência recebida, sentiram-se mais confiantes com relação ao seu corpo, identificaram o engajamento da maternidade em adotar práticas menos invasivas, aumentaram a satisfação com o parto e com a equipe de saúde, ampliaram o sentimento de poder, controle, prazer e tranquilidade, deixando repercussões positivas relacionadas à maternidade<sup>9</sup>.

Um estudo descritivo com o objetivo de implantar um modelo de Plano de Parto em uma maternidade de Curitiba evidenciou que a existência do documento permite o registro das escolhas das mulheres, auxilia no planejamento, discussão e interesse da mulher em seu cuidado, contribui para que o profissional não se esqueça de abordar temas importantes durante a orientação e as cumpra

conforme o desejo da mulher, além de oferecer clareza, segurança e confiança à gestante, uniformizando o cuidado independente do plantão<sup>36</sup>.

Um estudo qualitativo realizado com o objetivo de avaliar a percepção de 44 enfermeiros obstetras sobre o Plano de Parto identificou o documento como positivo para as mulheres e para os profissionais de saúde, pois como a mulher é o centro das atenções, promove a autonomia e o empoderamento, melhora a comunicação entre as mulheres e os profissionais de saúde, aumenta a satisfação dos profissionais e das mulheres, reconhecimento mútuo, reduz a ocorrência de violência obstétrica e uso excessivo de medicalização no parto, aumenta o conhecimento das mulheres sobre a realidade local e recursos disponíveis, amplia o cumprimento dos direitos das mulheres, promove tranquilidade e segurança e a corresponsabilidade entre o profissional de saúde e a mulher<sup>37</sup>.

De maneira semelhante, uma revisão integrativa de literatura utilizou-se de cinco artigos e concluiu que o Plano de Parto é uma ferramenta para o empoderamento da mulher, aumentando sua autonomia e melhorando desfechos maternos e neonatais, estando de acordo com as Boas Práticas obstétricas. Sendo assim, deve ser um instrumento divulgado e amplamente utilizado<sup>38</sup>.

Atividades educativas para gestantes realizadas em grupo propiciam maior compreensão e expressão de valores culturais, medos e necessidades e são a principal fonte de conhecimento do Plano de Parto<sup>9,22</sup>. Revisão sistemática da Cochrane realizada em 2015 concluiu que aquelas gestantes que participaram de encontros de preparo para o parto em grupo apresentaram maior nível de satisfação em comparação com aquelas que tiveram o mesmo preparo de forma individual<sup>39</sup>.

A possibilidade de tomar decisões abre porta para uma conversa com os profissionais que assistem à gestante no pré-natal e parto, para maior reflexão e compreensão sobre os procedimentos obstétricos, além de colocar a mulher fora de um ambiente hostil, no qual as decisões são baseadas em rotinas rígidas e a possibilita ter uma experiência individualizada de acordo com as suas necessidades<sup>1,16,19</sup>. A relação com os profissionais de saúde torna-se igualmente ou mais importante que o próprio Plano de Parto, pois o apoio na elaboração do

documento é fundamental para concretização de experiências positivas relacionadas ao parto, estabelecimento de confiança e devido esclarecimento para favorecer escolhas conscientes<sup>22</sup>.

Sendo assim, expressar por escrito suas preferências constitui valioso aspecto não apenas para a gestante e família, mas também para a equipe de saúde que presta assistência, pois amplia a comunicação, favorecendo a identificação das medidas de conforto preferidas pela mulher, bem como aquelas indesejáveis, evitando constrangimentos e frustrações. Tais decisões podem sofrer prejuízos se adiadas para o momento do parto quando a dor e a ansiedade comprometem seu estado físico e emocional<sup>5,10,13,40</sup>.

O enfermeiro deve apropriar-se do Plano de Parto como uma ferramenta potencializadora para o cuidado, considerando-o como uma tecnologia não invasiva e buscando que os desejos expressos pela mulher em seu Plano de Parto sejam do conhecimento de todos para que suas vontades e expectativas baseadas em evidências científicas sejam alcançadas<sup>15,41</sup>.

Porém, o Plano de Parto deve ser discutido com a equipe hospitalar e implementado considerando as limitações relacionadas ao espaço físico ou recursos, organização do local e disponibilidade de certos métodos e técnicas. Assim sendo, desde que mantidas as condições normais da gestação, deverá ser seguido ao longo de todo o processo de parto e nascimento<sup>1,4,5,13,16</sup>.

Neste contexto, o Plano de Parto coloca a mulher numa posição de destaque na concretização de seu direito de escolha e do respeito a sua autonomia. A elaboração do Plano de Parto contribui para um desfecho sadio do parto e puerpério, aumenta a segurança e satisfação da mulher, amplia o vínculo com a equipe da atenção básica, decisão consciente sobre seu corpo, visão mais clara sobre todo o processo de parturição e permite a ampliação do vínculo familiar ao compartilhar suas decisões<sup>5,14,15,18,22,33,42</sup>.

Um estudo quantitativo realizado com o objetivo de desenvolver uma metodologia de Plano de Parto na maternidade do hospital de Portalegre, Portugal, encontrou que parturientes que conheciam e utilizaram o Plano de Parto

apresentaram experiência mais positivas do que aquelas que não conheciam ou não apresentaram o documento<sup>22</sup>.

O Plano de Parto tem sido considerado uma ferramenta para o empoderamento feminino, como conclui um estudo de caso exploratório realizado com 11 puérperas que pariram na Casa de Parto do Rio de Janeiro, no qual foi evidenciado que as parturientes praticaram o autoconhecimento, entenderam o que seria necessário para um parto fisiológico e humanizado e alcançaram, a partir do planejamento, o controle da ansiedade e a confiança necessária. Também se sentiram mais respeitadas em sua individualidade como mulheres<sup>15</sup>.

Em Andaluzia, Espanha, um estudo retrospectivo, transversal, descritivo e analítico realizado em um hospital com o objetivo de conhecer o grau de cumprimento das propostas refletidas nos planos de parto e determinar sua influência na proporção de cesarianas e partos vaginais, teste de Apgar e pH do sangue arterial do cordão umbilical, avaliou 178 parturientes que apresentaram um Plano de Parto na admissão entre janeiro de 2009 e janeiro de 2013 e identificou que ele foi cumprido majoritariamente em apenas 37%. Porém, seu cumprimento esteve associado positivamente com o aumento do número de partos vaginais, melhores índices de Apgar no primeiro minuto e melhores pontuações no pH do cordão umbilical. Portanto, o Plano de Parto auxilia na redução das intervenções e consequentemente em melhores resultados obstétricos e neonatais. Além disso, também auxilia para que a mulher esteja mais bem preparada, mais controlada e mais participativa, podendo haver redução no estresse e ansiedade<sup>20</sup>.

Efeitos positivos também foram observados em um estudo quase-experimental realizado no Hospital Universitário de Mansoura, Egito, com o objetivo de implementar um Plano de Parto e avaliar seu efeito na experiência de parto das mulheres, bem como os efeitos maternos e neonatais. As mulheres que escreveram um Plano de Parto alcançaram nível de satisfação mais elevado relacionado aos cuidados prestados, comunicação e o suporte oferecido durante o nascimento. Além disso, apresentaram menor nível de dor, redução da segunda fase do trabalho de parto e recém-nascidos com melhores índices de Apgar<sup>43</sup>.

O Plano de Parto tem sido uma abordagem sugerida para aumentar a cobertura de atendimento qualificado. Um ensaio clínico realizado com 905 gestantes com 24 semanas ou mais atendidas em 16 unidades de saúde de Ngorongoro, Tanzânia, e divididas em grupo de intervenção e controle, identificou que aquelas que apresentaram um Plano de Parto foram mais propensas a buscar atendimento pós-parto em até um mês em unidades de saúde com tendência de fazê-lo em uma semana, enquanto as mulheres do grupo controle demoravam cerca de três semanas<sup>44</sup>.

Em contrapartida, o Plano de Parto também pode gerar certo tipo de conflito entre parturiente e profissional, principalmente relacionado à baixa satisfação gerada pelo cumprimento parcial do documento proposto. Neste sentido, os profissionais também podem sentir-se desautorizados e com seu profissionalismo reduzido. Tais conflitos podem ser minimizados quando há comunicação efetiva e o correto preparo da mulher ainda no pré-natal<sup>20,33,45</sup>. Isso garante que mesmo não havendo o cumprimento integral das expectativas expressas no Plano de Parto, a mulher ficará satisfeita<sup>20</sup>.

Os relatos de insatisfação estão relacionados ao desrespeito às condutas escolhidas e a não serem informadas sobre os procedimentos como era de seu desejo<sup>9</sup>.

Críticas também se originam com o argumento de que os Planos de Parto são pouco realistas gerando frustração de expectativas e resultados obstétricos ruins<sup>33</sup>.

Investigação realizada no Canadá com 122 gestantes ou puérperas e 110 profissionais da saúde com o objetivo de compreender as perspectivas das mulheres e profissionais sobre o uso de Plano de Parto, evidenciou que 53% das mulheres e 57% dos profissionais o veem como uma ferramenta para melhorar a comunicação, permitindo que profissionais, parceiros e familiares compreendam as expectativas e preferências da mulher com relação ao parto e um método de discussão durante o pré-natal para que todos estejam em sintonia. Em contrapartida, 43% das mulheres e 47% dos profissionais apontaram que o aspecto negativo de se ter um Plano de Parto é o desapontamento ou a

insatisfação com expectativas não cumpridas. Além disso, um terço das mulheres e 26% dos profissionais opinaram que um Plano de Parto pode levar a resistência a mudanças necessárias, prejudicando os resultados obstétricos. Outro aspecto apontado por 29% das mulheres e 14% dos profissionais foi a falsa sensação de controle que o Plano de Parto poderia trazer, prejudicando o preparo da mulher para situações inesperadas. Sendo assim, o documento foi apontado como positivo para melhorar a experiência com o parto se as mulheres compreenderem que podem surgir situações inesperadas durante o trabalho de parto exigindo adaptações<sup>33</sup>.

Também por reconhecer que o parto é um processo vivo e mutável que autores o identificam como difícil de ser planejado e, portanto sugerem a alteração do termo Plano de Parto para algum que possa indicar maior flexibilidade<sup>46</sup>.

## **4 MÉTODO**

### **4.1 Tipo de estudo**

Trata-se de um estudo transversal.

### **4.2 Amostra**

A amostra foi constituída por gestantes de risco obstétrico habitual com 27 semanas ou mais de gravidez acompanhadas na assistência pré-natal por uma das nove equipes de Estratégia de Saúde da Família na Unidade Básica de Saúde (UBS) Vila São Pedro, Município de São Bernardo do Campo no período de 30 de outubro de 2018 a 30 de abril de 2019. No corte temporal proposto, a amostra ficou composta por 56 gestantes.

### **4.3 Critérios de inclusão**

Foram incluídas no estudo as gestantes:

- Maiores de 18 anos;
- Com conhecimentos básicos de escrita e leitura;
- Fluente em língua portuguesa;
- Grávidas de feto único;
- Sem histórico de cesárea anterior ou com apenas uma cesárea;
- Livres de déficits cognitivos;
- Que participaram do grupo para elaboração do seu Plano de Parto;
- Que preencheram o impresso “Meu Plano de Parto” (Anexo 1) na íntegra;
- Que residiam na área de abrangência da UBS Vila São Pedro.

### **4.4 Critérios de exclusão**

Foram excluídas do estudo as gestantes que apresentaram um ou mais dos seguintes critérios:

- Mudança de endereço para área fora da abrangência da UBS;

- Evolução para gestação de alto risco;
- Gestação cujo desfecho tenha sido parto prematuro confirmado pela data da última menstruação ou exame de ultrassonografia precoce (<19 semanas);
- Gestação cujo desfecho tenha sido natimortalidade;
- Não ter apresentado o Plano de Parto construído para a equipe hospitalar.

#### **4.5 Local do estudo**

São Bernardo do Campo é uma cidade de 408,45 km<sup>2</sup> de extensão, cuja população é estimada em 833.240 habitantes, localizada a sudoeste da Região Metropolitana de São Paulo, integrando a região do Grande ABC. A cidade conta com 101 leitos obstétricos e ginecológicos sendo 54 do SUS. Em 2018, ocorreram 6.479 internações por motivos de gravidez, parto e puerpério<sup>47</sup>.

O local escolhido para desenvolver o presente estudo foi a UBS Vila São Pedro, localizada na região de mesmo nome, componente do bairro Montanhão, cuja população é estimada em 105.264 habitantes, isto é, 12,6% da população do município, situado próximo à região central do município de São Bernardo do Campo.

Apesar da proximidade com o centro, trata-se de uma região com uma comunidade carente caracterizada por um crescimento desordenado desde sua fundação em 1987. A taxa anual de crescimento da população do bairro é de 1,44% superior a do município, 1,12%, e a maior parte da população do bairro encontra-se entre 20 e 49 anos. O rendimento médio mensal é de R\$ 454,20, sendo que 35% da população recebe de meio a um salário mínimo. Mais da metade da população deste bairro é considerada em situação de muito alta vulnerabilidade<sup>48</sup>.

A UBS atende uma população adstrita de cerca de 70 mil habitantes, conta com nove equipes de Estratégia de Saúde da Família, compostas por um médico generalista, um enfermeiro, dois auxiliares ou técnicos de enfermagem e de dois a cinco agentes comunitários de saúde. Além disso, as equipes contam com o apoio

de uma pediatra, uma ginecologista, equipe multiprofissional do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) e quatro equipes de Saúde Bucal.

Dados de junho de 2020 revelam total de 322 gestantes no território da UBS, média de 36 gestantes por equipe.

A UBS está equipada com consultórios ginecológicos contendo balança, aparelho de aferição de pressão arterial, sonar, maca e fita métrica para o atendimento de uma média de 303 consultas de pré-natal ao mês entre consultas médicas e de enfermagem. A taxa de absenteísmo está em torno de 4,5%.

Para elaboração do Plano de Parto com as gestantes e seus acompanhantes a unidade dispõe de uma sala intitulada “Sala da Comunidade” onde habitualmente são realizados os grupos educativos. O grupo de gestantes ocorre três vezes ao mês, cada um deles direcionado para um trimestre da gestação.

#### **4.6 Plano de Parto**

As primeiras ações em prol da implantação do Plano de Parto no município de São Bernardo do Campo surgiram em 2015, após o intercâmbio realizado entre o Hospital Municipal Universitário (HMU), maternidade referência de todo o município de São Bernardo do Campo, e o Hospital Sofia Feldman, em Belo Horizonte. Em janeiro de 2016, uma das enfermeiras obstetras e uma médica ginecologista e obstetra do HMU iniciaram a capacitação dos profissionais das UBS's do município. Desta forma, a dinâmica aplicada às gestantes e acompanhantes para construção do Plano de Parto foi padronizada.

A construção do Plano de Parto é realizada em encontro único, em grupo agendado previamente cuja duração é de cerca de duas horas. A atividade é desenvolvida na Sala da Comunidade com gestantes de terceiro trimestre encaminhadas durante as consultas para agendamento na recepção, convidadas pelas agentes comunitárias de saúde ou que comparecem por demanda espontânea a partir da divulgação das datas do grupo por meio de cartazes na própria UBS. A realização do grupo é de responsabilidade de uma enfermeira da

UBS, porém pode haver a participação de médico generalista, residentes de ginecologia e obstetrícia, dentista, fisioterapeuta, nutricionista, educador físico, assistente social, farmacêutico, psicóloga e agente comunitária de saúde. A participação multiprofissional favorece a abordagem de aspectos fisiológicos e emocionais<sup>1</sup>. Não há limite de participantes por grupo e o convite estende-se aos acompanhantes.

Ao chegarem para o grupo as gestantes são recepcionadas e encaminhadas para a sala em que o grupo ocorre e então organizadas em cadeiras dispostas em círculo. Após identificação das gestantes e acompanhantes com crachá, a atividade inicia-se com a explicação dos propósitos do grupo e principalmente do Plano de Parto. Sobre uma mesa são dispostas placas de Etil Vinil Acetato (EVA) em formato de pés nas cores azul, amarela, verde e laranja. Cada placa contém uma pergunta diferente de acordo com a classificação de sua cor, a saber: azul – chegada à maternidade; amarela – pré-parto; verde – momento do parto; e laranja – perguntas abertas. As gestantes escolhem os pés que contenham a sua dúvida e, seguindo a sequência de cores, cada uma faz o seu questionamento com a explicação subsequente do profissional. Durante a explicação e a construção do caminho, o profissional tem à disposição placas de EVA em formato de pedras, as quais podem ser colocadas para exemplificar alguma situação que caracterize um obstáculo durante a gestação e parto.

Após a dinâmica, uma folha modelo de Plano de Parto (Anexo 1), é distribuída com orientações de como preenche-la. O impresso contém o espaço para identificação da gestante e seu acompanhante, descrevendo o grau de parentesco, possibilidades disponíveis para ingestão de líquidos, oportunidade de optar por música e realizar o controle da luminosidade como métodos de relaxamento no trabalho de parto, métodos de alívio da dor, escolha da posição para o parto e de quem fará o corte do cordão umbilical. Posteriormente, é fornecido um tempo de 30 minutos para elaboração individual durante a qual os profissionais estão presentes para o esclarecimento de dúvidas.

## 4.7 Coleta de dados

A coleta de dados foi iniciada em 30 de outubro de 2018, data do primeiro grupo de gestantes para elaboração do Plano de Parto após aprovação do Comitê de Ética. As gestantes elegíveis e que aceitaram participar do estudo foram incluídas durante um período de seis meses, ou seja, até 30 de abril de 2019, encerrando a fase gestacional.

À medida que as gestantes incluídas foram parindo, foi realizada a fase puerperal da pesquisa em até sete dias de pós-parto durante consulta ou visita domiciliar puerperal, sendo que a primeira entrevista puerperal ocorreu em 04 de janeiro de 2019. A coleta dos dados deste estudo foi encerrada em 06 de agosto de 2019 quando a última puérpera respondeu à pesquisa.

A coleta dos dados foi realizada passo a passo, conforme demonstrado na Figura 1.

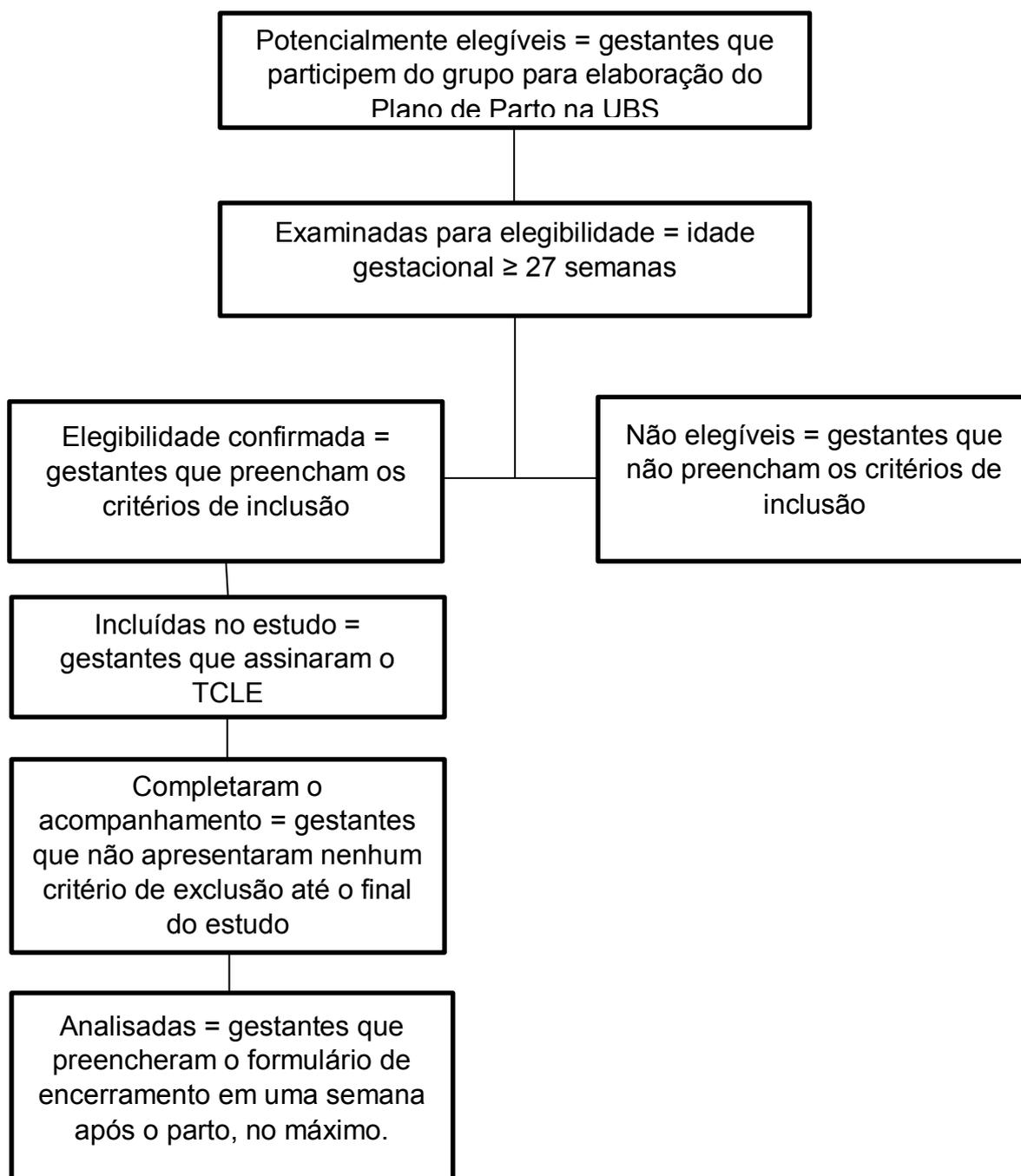


Figura 1 - Fluxograma de coleta de dados

#### 4.7.1 Instrumentos para coleta de dados

Foi utilizado um instrumento semiestruturado para coleta de dados (Apêndice 1) em dois momentos. Na fase gestacional para recrutamento e coleta de dados iniciais da gestante e na fase puerperal para comparar o Plano de Parto proposto com o realizado.

Ainda na fase gestacional, foi feita a digitalização do Plano de Parto da gestante assim que ela terminou sua elaboração a fim de manter o registro de suas preferências.

#### **4.8 Variáveis**

Foram estudadas as seguintes variáveis:

##### *Sociodemográficas*

- Idade: em anos completos, no momento da inclusão.
- Estado civil: solteira; união estável; casada.
- Situação familiar: vive só; com companheiro, com ou sem filhos; com familiares sem companheiro; com companheiro, filho(s) e/ou outros familiares.
- Escolaridade: Fundamental Ciclo I completo; Fundamental completo; Médio completo; Superior completo.
- Condições de moradia: própria; alugada; cedida.

##### *Obstétricas:*

- Número de gestações: em números completos.
- Número de partos: em números completos.
- Tipo de parto anterior: normal; cesárea.
- Número de abortos: em números completos.
- Idade gestacional na inclusão: em semanas.
- Planejamento da gestação: sim; não.
- Maternidade pretendida: pública do município de São Bernardo do Campo; pública de outro município.
- Idade gestacional no momento do parto: em semanas.
- Local do parto: HMU de São Bernardo do Campo; Hospital Estadual de Diadema Serraria; Unidade de Pronto Atendimento (UPA) Vila São Pedro; Hospital da Mulher Santo André.

- Tipo de parto: vaginal; vaginal com fórceps; vaginal com episiotomia; cesárea.
- Indicação (se cesárea): sofrimento fetal; apresentação pélvica; cesárea anterior; falha de indução ou distócia; outros.
- Profissional que prestou assistência no parto: médico; enfermeiro.

### ***Relacionadas ao Plano de Parto***

#### *Acompanhante:*

- Acompanhante escolhido: parceiro/pai do bebê; parceiro/pai do bebê e mãe; parceiro/pai do bebê e amiga; parceiro/pai do bebê e outros familiares.
- Permanência do acompanhante durante o trabalho de parto e parto: sim; não; parcialmente.
- Acompanhante principal durante a permanência no hospital: parceiro/pai do bebê; mãe; outros familiares.
- Atendimento da escolha prévia sobre o acompanhante: sim; não; parcialmente.
- Motivo (se escolha prévia não atendida ou atendida parcialmente): não houve tempo hábil para a entrada de outro acompanhante; indisponibilidade dos demais acompanhantes escolhidos; não foi permitida a presença do acompanhante em tempo integral; opção da parturiente; recusa do acompanhante.

#### *Ingestão de líquidos:*

- Líquido(s) previamente escolhido(s) para ingestão durante o trabalho de parto: água; chá; leite ou achocolatado; mais de uma opção.
- Ingestão de líquidos durante o trabalho de parto: sim; não.
- Líquido(s) ingerido(s): água; chá; mais de uma opção.
- Atendimento da escolha prévia sobre ingestão de líquidos: sim; não; parcialmente.

- Motivo (se escolha prévia não atendida ou atendida parcialmente): não foi oferecido; indicação de cesárea; opção da parturiente; não houve tempo hábil.

*Relaxamento na sala de parto:*

- Métodos de relaxamento utilizados na sala de parto escolhidos: pouca luminosidade; música oferecida pela instituição; pouca luminosidade e música oferecida pela instituição; nenhum.
- Métodos de relaxamento na sala de parto: música; pouca luminosidade; pouca luminosidade e música oferecida pela instituição; nenhum dos métodos.
- Atendimento da escolha prévia sobre relaxamento na sala de parto: sim; não; parcialmente.
- Motivo (se escolha prévia não atendida ou atendida parcialmente): ambiente coletivo; cesárea de emergência; não foi oferecido; opção da parturiente; não houve tempo hábil; instituição não oferece.

*Métodos de alívio da dor escolhidos:*

- Métodos de alívio da dor previamente escolhidos: caminhar; banho de chuveiro; analgésicos; anestésicos; mais de uma opção.
- Uso de métodos de alívio da dor durante o trabalho de parto: sim; não; parcialmente.
- Métodos de alívio da dor utilizados: caminhar; exercício na bola suíça; banho de chuveiro; espaldar; anestésicos; mais de um método.
- Atendimento da escolha prévia sobre métodos de alívio da dor: sim; não; parcialmente.
- Motivo (se escolha prévia não atendida ou atendida parcialmente): não houve tempo hábil; não foi oferecido e/ou permitido; opção da parturiente; cesárea; outros motivos.

*Posição para o parto:*

- Posição(ões) previamente escolhida(s) para o parto: sentada em banqueta apropriada para parto/cócoras; deitada com cabeceira elevada, semi-sentada; ginecológica; mais de uma opção escolhida.
- Posição adotada no parto: sentada em banqueta apropriada para parto/cócoras; deitada com cabeceira elevada, semi-sentada; ginecológica; sentada no cavalete; decúbito dorsal.
- Atendimento da escolha prévia sobre posição para o parto: sim; não; parcialmente.
- Motivo (se escolha prévia não atendida): não foram oferecidas outras posições; cesárea; opção da parturiente; não houve tempo hábil; orientação profissional.

*Secção do cordão umbilical:*

- Pessoa escolhida para o corte do cordão umbilical: profissional; acompanhante.
- Pessoa que realizou o corte do cordão umbilical: profissional; acompanhante.
- Atendimento da escolha prévia sobre corte do cordão umbilical: sim; não; parcialmente.
- Motivo (se escolha prévia não atendida): opção da parturiente; necessidade de assistência imediata ao recém-nascido; não foi oferecido; recusa do acompanhante; instituição não oferece opção; ausência de acompanhante; acompanhante sentiu-se encorajado.

*Satisfação*

- Entre o Plano de Parto planejado e executado: muito insatisfeita, satisfeita, nem satisfeita nem insatisfeita, satisfeita, muito satisfeita.

## 4.9 Análise dos dados

A análise estatística foi realizada utilizando o software estatístico SPSS 20.0.

Inicialmente os dados foram analisados descritivamente. Para as variáveis categóricas foram apresentadas frequências absolutas e relativas e para as variáveis numéricas, medidas de tendência central e de dispersão (média, mediana, mínimo, máximo e desvio padrão).

A existência de associações entre duas variáveis categóricas foi verificada por meio do teste de Qui-Quadrado, ou alternativamente em casos de amostras pequenas<sup>1</sup>, o teste exato de Fisher. Em se verificando diferenças nas distribuições, foi utilizado o resíduo ajustado padronizado para identificar as diferenças locais – caselas com valores absolutos acima de 1,96 indicam evidências de associações (locais) entre as categorias relativas a essas caselas.

Para todos os testes estatísticos adotou-se nível de significância de 5%.

## 4.10 Aspectos éticos e legais

Em conformidade com a Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde brasileiro<sup>49</sup>, o estudo foi submetido para apreciação primeiramente à Secretaria de Saúde do Município de São Bernardo do Campo, sendo aprovado pelo Ofício SS.5.SBC/SS nº 035/2017 (Anexo 2) e, após sua aprovação, ao Comitê de Ética em Pesquisa na Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), aprovado sob o nº2.908.229, Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAEE): 97193118.3.0000.5505 (Anexo 3).

Uma vez que a gestante atendeu aos critérios de inclusão, foi informada sobre os objetivos do estudo, deixando claro o direito à livre escolha de participação, assim como a possibilidade de desistir a qualquer momento se assim

---

<sup>1</sup> Mais de 20% das caselas de uma tabela de contingência com valores esperados inferiores a 5 casos.

considerasse necessário, bem como a garantia do sigilo na divulgação dos resultados.

Tendo concordado com a participação no estudo, todas as gestantes foram orientadas a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias, sendo uma de posse da informante e outra da pesquisadora (Apêndice 2).

## 5 RESULTADOS

Durante o período de coleta de dados, 64 gestantes participaram do grupo “Plano de Parto”. Destas, 5 não atenderam aos critérios de inclusão. Dentre as 59 gestantes que aceitaram participar e cumpriram com a fase gestacional da pesquisa, três foram excluídas por mudança de endereço impossibilitando a fase puerperal, restando um total de 56 participantes (Figura 2).

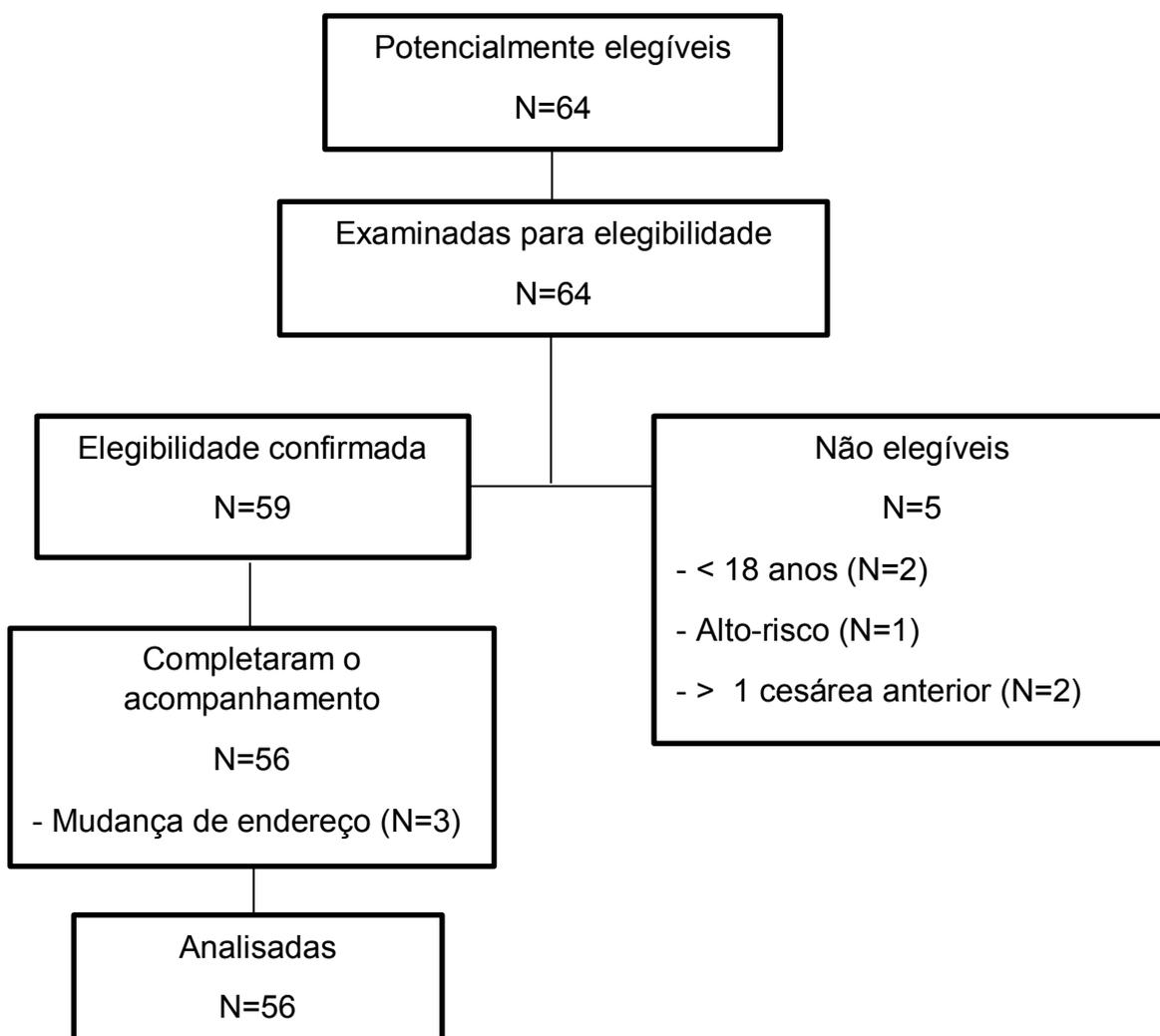


Figura 2 - Fluxograma de composição da amostra

A média de idade das mulheres que participaram do estudo e que fizeram o Plano de Parto foi de 25,2 anos, Desvio Padrão (DP) = 5,7 anos, idade mínima de 18 anos e máxima de 38 anos. A maioria delas tinha ensino médio completo. Pouco mais da metade vivia em casa alugada, em união estável, sendo que 80,4% viviam com companheiro, com ou sem filhos.

Quanto aos dados obstétricos, nota-se que 55,4% delas tiveram uma ou mais gestações anteriores, enquanto 44,6% estavam vivenciando a primeira gravidez. Em relação à paridade, 46,4% eram nulíparas, 44,6% eram primíparas e 9,0% tinham dois ou mais partos prévios. Entre aquelas com partos prévios, 70% tiveram parto normal (Tabela 1).

**Tabela 1 - Características sociodemográficas e antecedentes obstétricos. São Bernardo do Campo, SP, Brasil, 2019.**

<b>Variável</b>	
<b>Idade (anos) (N=56)</b>	
Média ± DP	25,2 ± 5,7
Mediana (Mín.-Máx.)	24,0 (18,0 - 38,0)
	<b>N (%)</b>
<b>Escolaridade (N=56)</b>	
Fundamental Ciclo I completo	4 (7,1)
Fundamental completo	12 (21,4)
Médio completo	35 (62,5)
Superior completo	5 (8,9)
<b>Estado civil (N=56)</b>	
Solteira	6 (10,7)
União estável	30 (53,6)
Casada	20 (35,7)
<b>Com quem vive (N=56)</b>	
Vive só	1 (1,8)
Com companheiro, com ou sem filhos	45 (80,4)
Com familiares sem companheiro	5 (8,9)
Com companheiro, filhos e/ou outros familiares	5 (8,9)
<b>Condições de moradia (N=56)</b>	
Própria	24 (42,9)
Alugada	31 (55,4)
Cedida	1 (1,8)
<b>Gestações (N=56)</b>	
1	25 (44,6)
2	20 (35,7)
3	8 (14,3)
4	3 (5,4)
<b>Paridade (N=56)</b>	
0	26 (46,4)
1	25 (44,6)
2	3 (5,4)
3	2 (3,6)
<b>Tipo de parto anterior (N=30)</b>	
Normal	21 (70,0)
Cesárea	9 (30,0)

A média da idade gestacional da participante no momento de inclusão no estudo foi de 33,8 semanas (DP = 3,5 semanas), 60,7% não havia planejado a gestação atual, 76,8% não estavam com o acompanhante no planejamento para o

parto. Dentre aquelas que tiveram acompanhante, 69,2% eram os seus parceiros. Quase todas as participantes pretendiam realizar o parto na maternidade pública do Município de São Bernardo do Campo (Tabela 2).

**Tabela 2 - Planejamento do parto na gestação atual. São Bernardo do Campo, SP, Brasil, 2019.**

<b>Variável</b>	
<b>Idade gestacional (na inclusão) semanas</b>	
Média ± DP	33,8 ± 3,5
Mediana (Mín.-Máx.)	35,0 (27,0 - 38,0)
	<b>N(%)</b>
<b>Gestação atual planejada (N=56)</b>	
Sim	22 (39,3)
Não	34 (60,7)
<b>Acompanhante no planejamento para o parto (N=56)</b>	
Sim	13 (23,2)
Não	43 (76,8)
<b>Relação com a gestante (N=13)</b>	
Parceiro	9 (69,2)
Irmã	2 (15,4)
Mãe	2 (15,4)
<b>Maternidade pretendida (N=56)</b>	
Pública do Município de São Bernardo do Campo	55 (98,2)
Pública de outro município	1 (1,8)

A média da idade gestacional no momento do parto foi de 39,4 semanas (DP = 1,1 semanas), 82,1% tiveram o parto realizado no HMU de São Bernardo do Campo, 50,0% foram submetidas a parto vaginal (67,8%), seguidas por cesariana (26,8%) e parto fórceps (5,4%). As principais indicações para a cesariana foram sofrimento fetal, falha de indução ou distócia e apresentação pélvica. Aproximadamente 90% das participantes tiveram o parto assistido por médico (Tabela 3).

Tabela 3 - Características do parto atual. São Bernardo do Campo, SP, Brasil, 2019.

<b>Variável</b>	
<b>Idade gestacional no parto</b>	
Média ± DP	39,4 ± 1,1
Mediana (Mín.- Máx.)	40,0 (37,0 - 41,0)
	<b>N(%)</b>
<b>Local do parto (N=56)</b>	
HMU de São Bernardo do Campo	46 (82,1)
Hospital Estadual de Diadema Serraria	7 (12,5)
UPA Vila São Pedro	2 (3,6)
Hospital da Mulher Santo André	1 (1,8)
<b>Tipo de parto (N=56)</b>	
Vaginal	28 (50,0)
Fórceps	3 (5,4)
Vaginal com episiotomia	10 (17,8)
Cesárea	15 (26,8)
<b>Indicação da cesárea (N=15)</b>	
Sufrimento Fetal	5 (33,3)
Apresentação pélvica	3 (20,0)
Cesárea anterior	1 (6,7)
Falha de indução ou distócia	4 (26,7)
Outros	2 (13,3)
<b>Profissional que assistiu o parto (N=56)</b>	
Médico	50 (89,3)
Enfermeiro	6 (10,7)

Tabela 4 - Plano de Parto pretendido e executado. São Bernardo do Campo, SP, Brasil, 2019.

Variável	N	%
<b>Acompanhante(s) escolhido no Plano de Parto</b>	<b>56</b>	<b>100,0%</b>
Parceiro/pai do bebê	23	41,1%
Parceiro/pai do bebê e mãe	22	39,3%
Parceiro/pai do bebê e amiga	2	3,6%
Parceiro/pai do bebê e outros familiares	9	16,1%
<b>Permaneceu com acompanhante?</b>	<b>56</b>	<b>100,0%</b>
Sim	51	91,1%
Não	3	5,4%
Parcialmente	2	3,6%
<b>Quem foi seu acompanhante?</b>	<b>53</b>	<b>100,0%</b>
Parceiro/pai do bebê	48	90,6%
Mãe	4	7,5%
Outros familiares	1	1,9%
<b>Escolha prévia atendida?</b>	<b>56</b>	<b>100,0%</b>
Sim	31	55,4%
Parcialmente	20	35,7%
Não	5	8,9%
<b>Motivo (se escolha não atendida ou atendida parcialmente)</b>	<b>25</b>	<b>100,0%</b>
Não houve tempo hábil para a entrada de outro acompanhante	4	16,0%
Indisponibilidade dos demais acompanhantes escolhidos	11	44,0%
Não foi permitida a presença do acompanhante em tempo integral	3	12,0%
Opção da parturiente	6	24,0%
Recusa do acompanhante	1	4,0%
<b>Líquido(s) previamente escolhidos para ingestão durante o trabalho de parto</b>	<b>56</b>	<b>100,0%</b>
Água	20	35,7%
Chás	1	1,8%
Leite ou achocolatado	1	1,8%
Mais de uma opção	34	60,7%
<b>Ingeriu líquidos?</b>	<b>56</b>	<b>100,0%</b>
Sim	29	51,8%
Não	27	48,2%
<b>Qual(ais)?</b>	<b>29</b>	<b>100,0%</b>
Água	14	48,3%
Chá	1	3,4%
Mais de um tipo de líquido	14	48,3%
<b>Escolha prévia atendida?</b>	<b>56</b>	<b>100,0%</b>
Sim	23	41,1%
Parcialmente	5	8,9%
Não	28	50,0%
<b>Motivo (se escolha não atendida ou atendida parcialmente)</b>	<b>33</b>	<b>100,0%</b>
Não foi oferecido	17	51,5%
Indicação de cesárea	7	21,2%
Opção da parturiente	3	9,1%
Não houve tempo hábil	6	18,2%
<b>Método(s) de relaxamento previamente escolhido(s)</b>	<b>56</b>	<b>100,0%</b>
Pouca luminosidade	18	32,1%
Música oferecida pela instituição	15	26,8%
Nenhum	16	28,6%
Pouca luminosidade e música oferecida pela instituição	7	12,5%
<b>Utilizou métodos de relaxamento em sala de parto?</b>	<b>56</b>	<b>100,0%</b>
Não	42	75,0%
Sim, apenas para música	3	5,4%

Sim, apenas para luminosidade	9	16,1%
Sim para ambos	2	3,6%
<b>Escolha prévia atendida?</b>	<b>56</b>	<b>100,0%</b>
Sim	24	42,9%
Parcialmente	1	1,8%
Não	31	55,4%
<b>Motivo (se escolha não atendida ou atendida parcialmente)</b>	<b>32</b>	<b>100,0%</b>
Ambiente coletivo	2	6,3%
Cesárea de emergência	6	18,8%
Não foram oferecidos	14	43,8%
Opção da parturiente	2	6,3%
Não houve tempo hábil	3	9,4%
Instituição não oferece	5	15,6%
<b>Método(s) de alívio da dor previamente escolhido(s)</b>	<b>56</b>	<b>100,0%</b>
Caminhar	1	1,8%
Banho de chuveiro	1	1,8%
Analgésicos	1	1,8%
Anestésicos	1	1,8%
Mais de uma opção	52	92,9%
<b>Utilizou método(s) de alívio da dor?</b>	<b>56</b>	<b>100,0%</b>
Sim	43	76,8%
Não	13	23,2%
<b>Qual(ais)?</b>	<b>43</b>	<b>100,0%</b>
Caminhar	2	4,7%
Exercício na bola suíça	1	2,3%
Banho de chuveiro	4	9,3%
Espaldar	1	2,3%
Anestésicos	11	25,6%
Mais de um método	24	55,8%
<b>Escolha prévia atendida?</b>	<b>56</b>	<b>100,0%</b>
Sim	10	17,9%
Parcialmente	26	46,4%
Não	20	35,7%
<b>Motivo (se escolha não atendida ou atendida parcialmente)</b>	<b>46</b>	<b>100,0%</b>
Não houve tempo hábil	17	37,0%
Não foi oferecido e/ou permitido	10	21,7%
Opção da parturiente	9	19,6%
Cesárea	8	17,4%
Outros motivos	2	4,3%
<b>Posição(ões) previamente escolhida(s) para o parto</b>	<b>56</b>	<b>100,0%</b>
Sentada em banqueta apropriada para parto	5	8,9%
Deitada com a cabeceira elevada, semi-sentada	11	19,6%
Ginecológica	3	5,4%
Mais de uma posição escolhida	37	66,1%
<b>Posição adotada para o parto</b>	<b>56</b>	<b>100,0%</b>
Sentada em banqueta apropriada para parto/cócoras	4	7,1%
Decúbito dorsal	15	26,8%
Deitada com cabeceira elevada, semi-sentada	18	32,1%
Posição ginecológica	17	30,4%
Sentada no cavaleiro	2	3,6%
<b>Escolha prévia atendida?</b>	<b>56</b>	<b>100,0%</b>
Sim	31	55,4%
Não	25	44,6%
<b>Motivo (se escolha não atendida)</b>	<b>25</b>	<b>100,0%</b>
Não foram oferecidas (outras) posições	3	12,0%
Cesárea	15	60,0%

Opção da parturiente	5	20,0%
Não houve tempo hábil	1	4,0%
Orientação profissional	1	4,0%
<b>Pessoa previamente escolhida para cortar o cordão umbilical</b>	<b>56</b>	<b>100,0%</b>
Profissional	25	44,6%
Acompanhante	31	55,4%
<b>Quem realizou o corte do cordão umbilical</b>	<b>56</b>	<b>100,0%</b>
Profissional	53	94,6%
Acompanhante	3	5,4%
<b>Escolha prévia atendida?</b>	<b>56</b>	<b>100,0%</b>
Sim	26	46,4%
Não	30	53,6%
<b>Motivo (se escolha não atendida)</b>	<b>30</b>	<b>100,0%</b>
Opção da parturiente	1	3,3%
Necessidade de assistência imediata ao recém-nascido	4	13,3%
Não foi oferecido	18	60,0%
Recusa do acompanhante	3	10,0%
Instituição não oferece	1	3,3%
Ausência de acompanhante	2	6,7%
Acompanhante sentiu-se encorajado	1	3,3%

Conforme Tabela 4, observou-se que, com relação a:

**1. Acompanhante escolhido** - 41,1% das participantes escolheram como acompanhantes no Plano de Parto, o parceiro/pai do bebê e 39,%, o parceiro/pai do bebê e a mãe. Observou-se que 91,1% das mulheres permaneceram com o acompanhante, sendo 90,6% acompanhadas pelo pai do bebê. Deste modo, 55,4% apontaram ter tido a escolha prévia atendida plenamente e 35,7%, parcialmente. Dentre os motivos de não atendimento pleno, 44,0% apontaram ser por indisponibilidade dos demais acompanhantes escolhidos;

**2. Líquido previamente escolhido para ingestão durante o trabalho de parto** – 60,7% optaram por mais de um tipo de bebida e 35,7%, por água. Observou-se que 51,8% ingeriram líquido dentre os quais, 48,3% ingeriram mais de um tipo de bebida e as outras 48,3% apenas água. Assim, 50,0% afirmaram não ter tido a escolha prévia atendida das quais, 51,1% apontaram como causa o seu não oferecimento;

**3. Método de relaxamento escolhido** – 32,1% solicitaram por pouca luminosidade, 26,8% por música oferecida pela instituição e 28,6% nenhum. Verificou-se que 75,0% não utilizaram método de relaxamento e 57,1% não tiveram a escolha plenamente atendida das quais 43,8% apontaram como causa, o seu não oferecimento;

**4. Método de alívio da dor escolhido** – 92,9% optaram por mais de um método de alívio de dor e 76,8% utilizaram algum método de alívio. Dentre os métodos utilizados, 55,8% utilizaram múltiplos métodos e 25,6%, fizeram uso de anestésicos. Apenas 17,9% apontaram ter tido a escolha atendida. Já 82,1% não tiveram a sua escolha plenamente atendida, dentre as quais 37,0% apontaram como causa a ausência de tempo hábil;

**5. Posição adotada para o parto** – 66,1% optaram por mais de uma posição e 19,6% por estar deitada com a cabeceira elevada (semi-sentada). Dentre as posições adotadas, 32,1% ficaram em posição semi-sentada e 30,4% ficaram em posição ginecológica. Verificou-se que 44,6% não tiveram a escolha atendida, das quais 60,0% tiveram como causa o parto cesárea;

**6. Corte do cordão umbilical**– 55,4% solicitaram que o acompanhante cortasse o cordão umbilical. Entretanto, 94,6% delas tiveram o profissional como a pessoa que realizou o corte. Deste modo, 53,6% não tiveram a escolha prévia atendida, sendo que 60,0% apontaram como motivo, o seu não oferecimento.

As escolhas realizadas no Plano de Parto estão apresentadas na Figura 3.

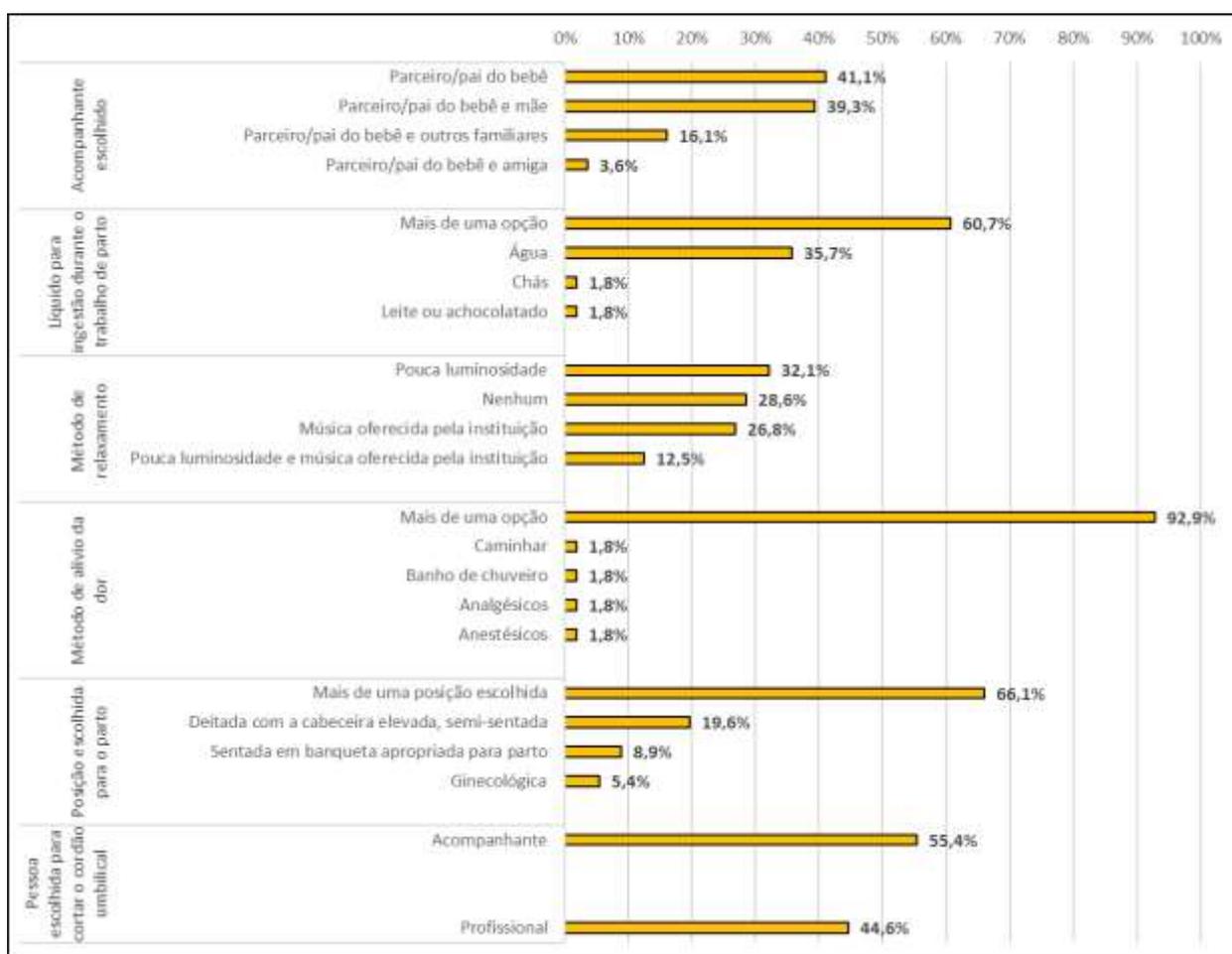


Figura 3 - Distribuição das mulheres por escolhas realizadas no Plano de Parto. São Bernardo do Campo, SP, Brasil, 2019.

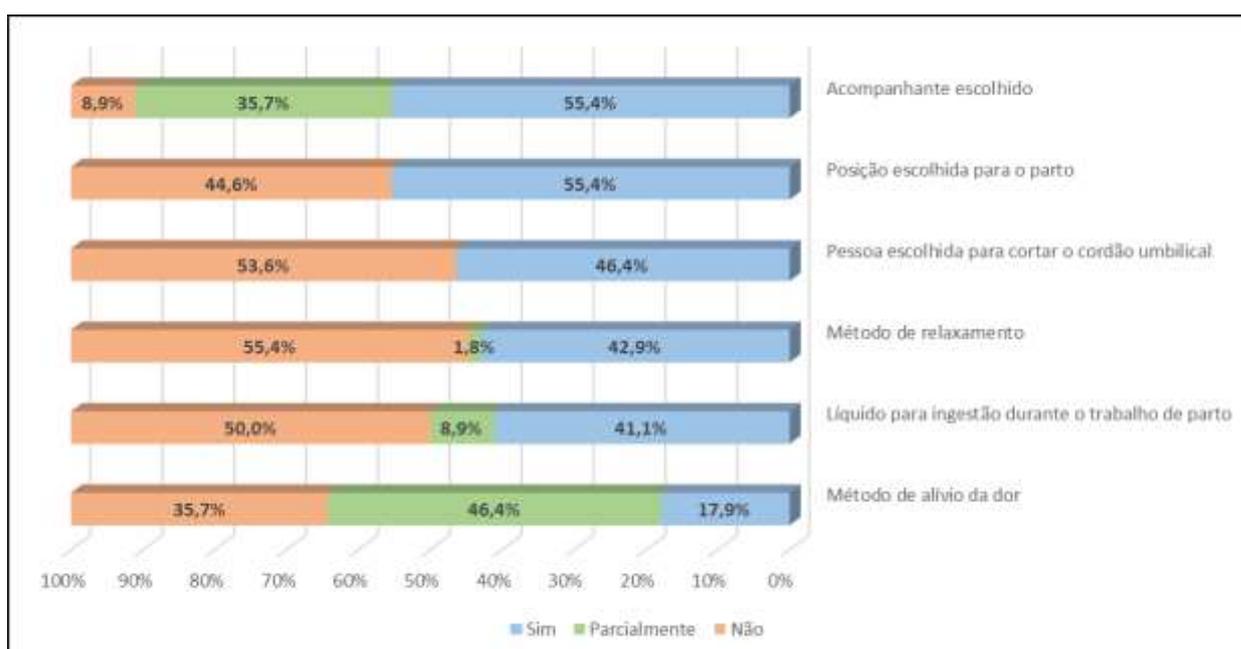
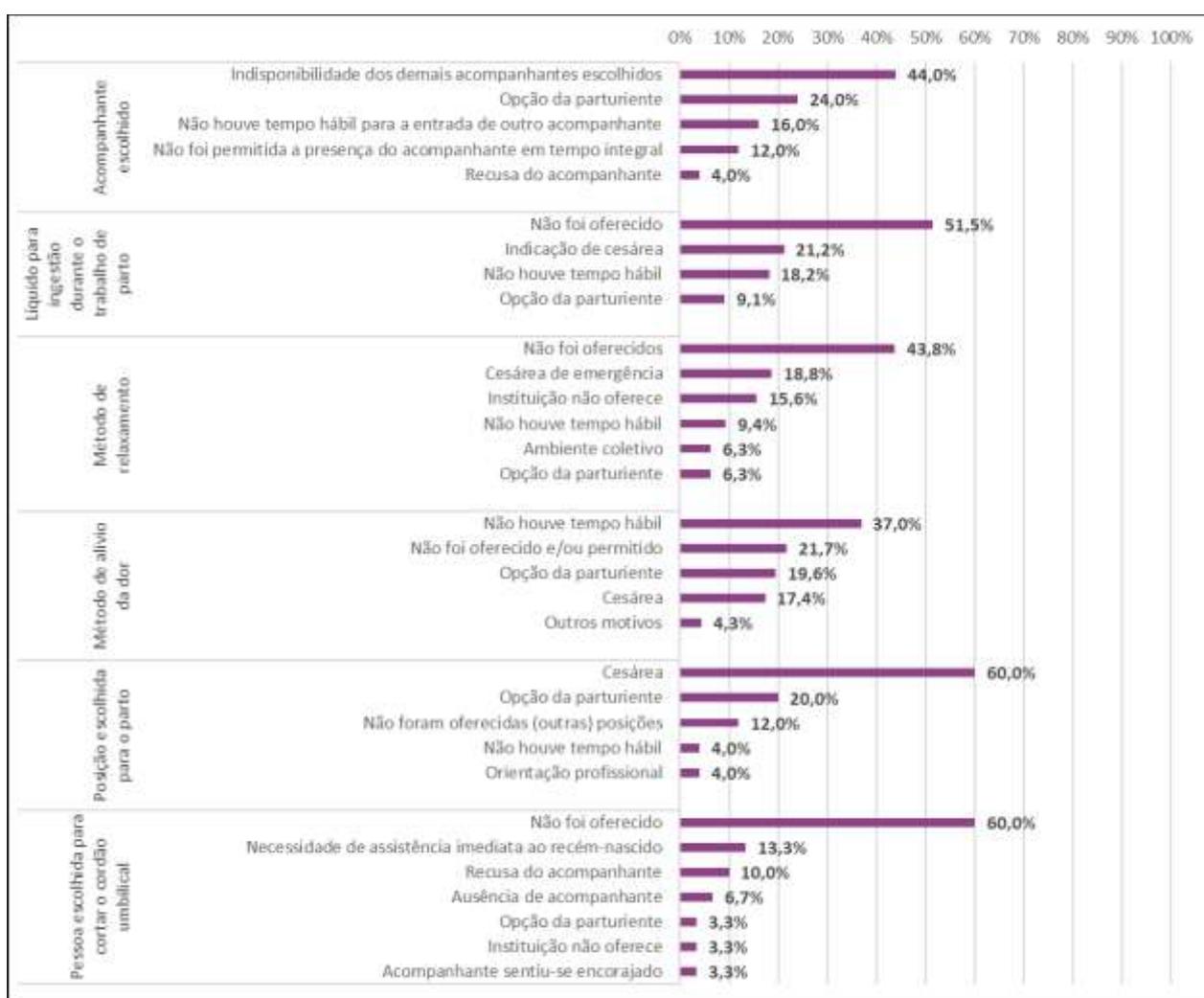


Figura 4 - Distribuição das mulheres por atendimento às escolhas no Plano de Parto. São Bernardo do Campo, SP, Brasil, 2019.

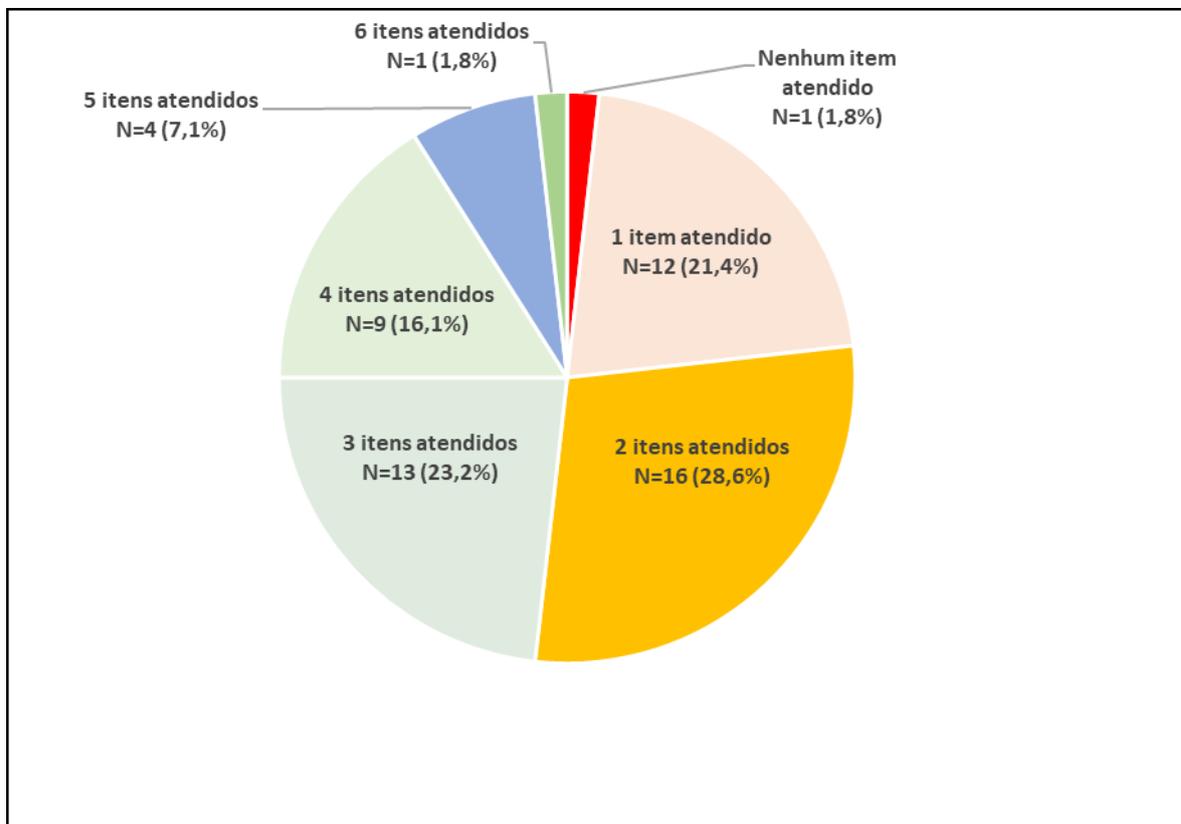
Conforme Figura 4, nota-se que as maiores porcentagens de atendimento pleno do Plano de Parto ocorreram para a escolha do acompanhante e posição do parto com 55,4%. Em seguida, 46,4%, 42,9% e 41,1% tiveram atendidas as suas escolhas quanto à pessoa para cortar o cordão umbilical, método de relaxamento e líquido a ser ingerido, respectivamente. Apenas 17,9% tiveram a sua escolha de método de alívio de dor totalmente atendida. O método de relaxamento foi o item menos atendido (55,4%), seguido por pessoa escolhida para cortar o cordão umbilical (53,6%).



**Figura 5 - Distribuição das mulheres por motivos de não atendimento (pleno) à escolha realizada no Plano de Parto. São Paulo, SP, Brasil, 2019.**

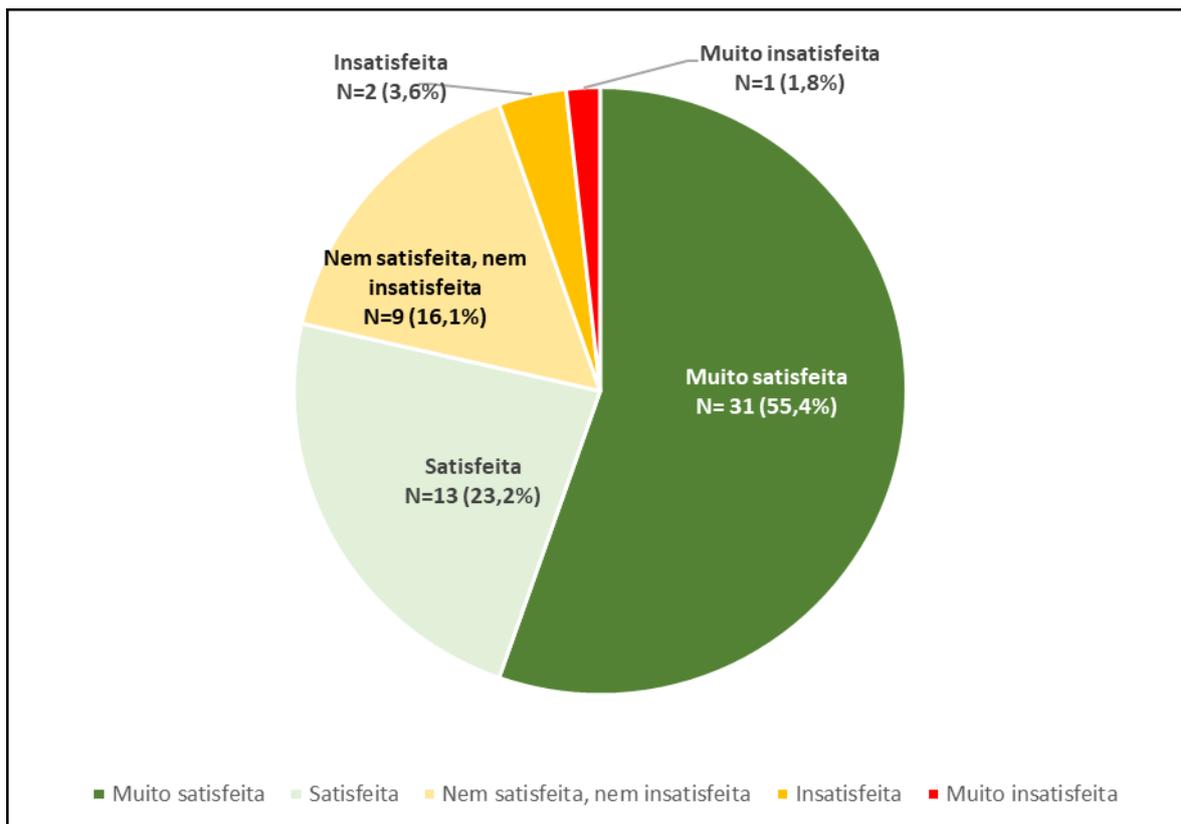
A Figura 5 apresenta a distribuição dos motivos de não atendimento (pleno) à escolha realizada no Plano de Parto. Pode-se notar que para a ingestão de

líquidos durante o trabalho de parto, método de relaxamento e pessoa escolhida para cortar o cordão umbilical, grande parte das mulheres apontou como motivo, o seu não oferecimento.



**Figura 6 - Distribuição das mulheres por número de itens totalmente atendidos. São Bernardo do Campo, SP, Brasil, 2019.**

Verificou-se que 28,6% das mulheres tiveram 2 dos 6 itens atendidos e 23,2%, 3 itens atendidos. Apenas 8,9% delas tiveram 5 itens ou mais atendidos (Figura 6).



**Figura 7 - Distribuição das mulheres por satisfação com relação ao Plano de Parto planejado e o executado. São Bernardo do Campo, SP, Brasil, 2019.**

De acordo com a Figura 7, nota-se que 55,4% das mulheres mostraram-se muito satisfeitas e 23,2%, satisfeitas.

Tabela 5 - Distribuição das mulheres por satisfação, segundo atendimento pleno (“sim”) dos itens do Plano de Parto. São Bernardo do Campo, SP, Brasil, 2019.

	Em geral, como você considera o processo de nascimento com relação ao Plano de Parto planejado e o executado?										Total	p	
	Muito insatisfeita		Insatisfeita		Nem satisfeita, nem insatisfeita		Satisfeita		Muito satisfeita				
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%			
<b>Acompanhante escolhido</b>	<b>1</b>	<b>1,8%</b>	<b>2</b>	<b>3,6%</b>	<b>9</b>	<b>16,1%</b>	<b>13</b>	<b>23,2%</b>	<b>31</b>	<b>55,4%</b>	<b>56</b>	<b>100,0%</b>	0,270
Não	1	4,0%	0	0,0%	2	8,0%	7	28,0%	15	60,0%	25	100,0%	
Sim	0	0,0%	2	6,5%	7	22,6%	6	19,4%	16	51,6%	31	100,0%	
<b>Líquido para ingestão durante o trabalho de parto</b>	<b>1</b>	<b>1,8%</b>	<b>2</b>	<b>3,6%</b>	<b>9</b>	<b>16,1%</b>	<b>13</b>	<b>23,2%</b>	<b>31</b>	<b>55,4%</b>	<b>56</b>	<b>100,0%</b>	0,004
Não	1	3,0%	2	6,1%	9	27,3%	8	24,2%	13	39,4%	33	100,0%	
Sim	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	5	21,7%	18	78,3%	23	100,0%	
<b>Método de relaxamento</b>	<b>1</b>	<b>1,8%</b>	<b>2</b>	<b>3,6%</b>	<b>9</b>	<b>16,1%</b>	<b>13</b>	<b>23,2%</b>	<b>31</b>	<b>55,4%</b>	<b>56</b>	<b>100,0%</b>	0,574
Não	1	3,1%	2	6,3%	6	18,8%	8	25,0%	15	46,9%	32	100,0%	
Sim	0	0,0%	0	0,0%	3	12,5%	5	20,8%	16	66,7%	24	100,0%	
<b>Método de alívio da dor</b>	<b>1</b>	<b>1,8%</b>	<b>2</b>	<b>3,6%</b>	<b>9</b>	<b>16,1%</b>	<b>13</b>	<b>23,2%</b>	<b>31</b>	<b>55,4%</b>	<b>56</b>	<b>100,0%</b>	0,893
Não	1	2,2%	2	4,3%	8	17,4%	11	23,9%	24	52,2%	46	100,0%	
Sim	0	0,0%	0	0,0%	1	10,0%	2	20,0%	7	70,0%	10	100,0%	
<b>Posição escolhida para o parto</b>	<b>1</b>	<b>1,8%</b>	<b>2</b>	<b>3,6%</b>	<b>9</b>	<b>16,1%</b>	<b>13</b>	<b>23,2%</b>	<b>31</b>	<b>55,4%</b>	<b>56</b>	<b>100,0%</b>	0,001
Não	0	0,0%	1	4,0%	5	20,0%	11	44,0%	8	32,0%	25	100,0%	
Sim	1	3,2%	1	3,2%	4	12,9%	2	6,5%	23	74,2%	31	100,0%	
<b>Pessoa escolhida para cortar o cordão umbilical</b>	<b>1</b>	<b>1,8%</b>	<b>2</b>	<b>3,6%</b>	<b>9</b>	<b>16,1%</b>	<b>13</b>	<b>23,2%</b>	<b>31</b>	<b>55,4%</b>	<b>56</b>	<b>100,0%</b>	0,709
Não	1	3,3%	2	6,7%	4	13,3%	6	20,0%	17	56,7%	30	100,0%	
Sim	0	0,0%	0	0,0%	5	19,2%	7	26,9%	14	53,8%	26	100,0%	
<b>Número de itens atendidos</b>	<b>1</b>	<b>1,8%</b>	<b>2</b>	<b>3,6%</b>	<b>9</b>	<b>16,1%</b>	<b>13</b>	<b>23,2%</b>	<b>31</b>	<b>55,4%</b>	<b>56</b>	<b>100,0%</b>	0,788
0	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	100,0%	1	100,0%	
1	1	8,3%	1	8,3%	3	25,0%	4	33,3%	3	25,0%	12	100,0%	
2	0	0,0%	1	6,3%	2	12,5%	5	31,3%	8	50,0%	16	100,0%	
3	0	0,0%	0	0,0%	3	23,1%	3	23,1%	7	53,8%	13	100,0%	

4	0	0,0%	0	0,0%	1	11,1%	1	11,1%	7	77,8%	9	100,0%
5	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	4	100,0%	4	100,0%
6	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	100,0%	1	100,0%

p – nível descritivo do teste exato de Fisher

Conforme Tabela 5, verificou-se associação entre satisfação e líquido para ingestão durante o trabalho de parto ( $p=0,004$ ) e posição escolhida para o parto ( $p=0,001$ ). Dessa forma, nota-se que a porcentagem de muita satisfação foi maior nas mulheres que tiveram o atendimento na sua escolha de líquido para ingestão durante o trabalho de parto (78,3% contra 39,4%) e na posição escolhida para o parto (74,2% contra 32,0%).

**Tabela 6 - Distribuição das mulheres por satisfação, segundo tipo e local de parto. São Bernardo do Campo, SP, Brasil, 2019.**

	Em geral, como você considera o processo de nascimento com relação ao Plano de Parto planejado e o executado?										Total	p	
	Muito insatisfeita		Insatisfeita		Nem satisfeita, nem insatisfeita		Satisfeita		Muito satisfeita				
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%			
<b>Tipo de parto</b>	<b>1</b>	<b>1,8%</b>	<b>2</b>	<b>3,6%</b>	<b>9</b>	<b>16,1%</b>	<b>13</b>	<b>23,2%</b>	<b>31</b>	<b>55,4%</b>	<b>56</b>	<b>100,0%</b>	0,006
Vaginal/Fórceps	1	3,2%	1	3,2%	2	6,5%	5	16,1%	22	71,0%	31	100,0%	
Vaginal com episiotomia	0	0,0%	1	10,0%	2	20,0%	1	10,0%	6	60,0%	10	100,0%	
Cesárea	0	0,0%	0	0,0%	5	33,3%	7	46,7%	3	20,0%	15	100,0%	
<b>Local do parto</b>	<b>1</b>	<b>1,8%</b>	<b>2</b>	<b>3,6%</b>	<b>9</b>	<b>16,1%</b>	<b>13</b>	<b>23,2%</b>	<b>31</b>	<b>55,4%</b>	<b>56</b>	<b>100,0%</b>	0,940
HMU de São Bernardo do Campo	1	2,2%	2	4,3%	7	15,2%	11	23,9%	25	54,3%	46	100,0%	
Hospital Estadual de Diadema Serraria	0	0,0%	0	0,0%	1	14,3%	2	28,6%	4	57,1%	7	100,0%	
UPA Vila São Pedro	0	0,0%	0	0,0%	1	50,0%	0	0,0%	1	50,0%	2	100,0%	
Hospital da Mulher Santo André	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	100,0%	1	100,0%	

p - nível descritivo do teste exato de Fisher.

Conforme Tabela 6, verificou-se apenas associação entre tipo de parto e satisfação ( $p=0,006$ ). Dessa forma, observou-se que as mulheres com parto vaginal/vaginal com fórceps apresentaram maior porcentagem de muita satisfação (71,0%) comparativamente àquelas que tiveram cesáreas (20,0%). Nesse grupo de mulheres, 33,3% e 46,7% apontaram ser indiferente (nem satisfeita, nem satisfeita) e estar satisfeita (46,7%), respectivamente.

**Tabela 7 - Distribuição das mulheres por atendimento pleno às suas escolhas, segundo tipo de parto. São Bernardo do Campo, SP, Brasil, 2019.**

	Tipo de parto						Total		p
	Vaginal/Fórceps		Vaginal com episiotomia		Cesárea		N	%	
	N	%	N	%	N	%			
<b>Acompanhante escolhido</b>	<b>31</b>	<b>100,0%</b>	<b>10</b>	<b>100,0%</b>	<b>15</b>	<b>100,0%</b>	<b>56</b>	<b>100,0%</b>	0,078
Não	17	54,8%	5	50,0%	3	20,0%	25	44,6%	
Sim	14	45,2%	5	50,0%	12	80,0%	31	55,4%	
<b>Líquido para ingestão durante o trabalho de parto</b>	<b>31</b>	<b>100,0%</b>	<b>10</b>	<b>100,0%</b>	<b>15</b>	<b>100,0%</b>	<b>56</b>	<b>100,0%</b>	0,108
Não	17	54,8%	4	40,0%	12	80,0%	33	58,9%	
Sim	14	45,2%	6	60,0%	3	20,0%	23	41,1%	
<b>Método de relaxamento</b>	<b>31</b>	<b>100,0%</b>	<b>10</b>	<b>100,0%</b>	<b>15</b>	<b>100,0%</b>	<b>56</b>	<b>100,0%</b>	0,660
Não	17	54,8%	5	50,0%	10	66,7%	32	57,1%	
Sim	14	45,2%	5	50,0%	5	33,3%	24	42,9%	
<b>Método de alívio da dor</b>	<b>31</b>	<b>100,0%</b>	<b>10</b>	<b>100,0%</b>	<b>15</b>	<b>100,0%</b>	<b>56</b>	<b>100,0%</b>	1,000 <sup>a</sup>
Não	26	83,9%	8	80,0%	12	80,0%	46	82,1%	
Sim	5	16,1%	2	20,0%	3	20,0%	10	17,9%	
<b>Posição escolhida para o parto</b>	<b>31</b>	<b>100,0%</b>	<b>10</b>	<b>100,0%</b>	<b>15</b>	<b>100,0%</b>	<b>56</b>	<b>100,0%</b>	<0,001
Não	8	25,8%	2	20,0%	15	100,0%	25	44,6%	
Sim	23	74,2%	8	80,0%	0	0,0%	31	55,4%	
<b>Pessoa escolhida para cortar o cordão umbilical</b>	<b>31</b>	<b>100,0%</b>	<b>10</b>	<b>100,0%</b>	<b>15</b>	<b>100,0%</b>	<b>56</b>	<b>100,0%</b>	0,255
Não	18	58,1%	3	30,0%	9	60,0%	30	53,6%	
Sim	13	41,9%	7	70,0%	6	40,0%	26	46,4%	

p - nível descritivo do teste do Qui-Quadrado ou do teste exato de Fisher<sup>(a)</sup>.

Conforme Tabela 7, verificou-se associação apenas entre posição escolhida para o parto e tipo de parto ( $p < 0,001$ ). Conforme tabela 7, nota-se que mais de 74,2% das mulheres com parto vaginal tiveram a sua escolha atendida.

**Tabela 8 - Distribuição das mulheres por atendimento pleno às suas escolhas, segundo local de parto. São Bernardo do Campo, SP, Brasil, 2019.**

	Local do parto								Total	p	
	HMU de São Bernardo do Campo		Hospital Estadual de Diadema Serraria		UPA Vila São Pedro		Hospital da Mulher Santo André				
	N	%	N	%	N	%	N	%			
<b>Acompanhante escolhido</b>	<b>46</b>	<b>100,0%</b>	<b>7</b>	<b>100,0%</b>	<b>2</b>	<b>100,0%</b>	<b>1</b>	<b>100,0%</b>	<b>56</b>	<b>100,0%</b>	0,774
Não	22	47,8%	2	28,6%	1	50,0%	0	0,0%	25	44,6%	
Sim	24	52,2%	5	71,4%	1	50,0%	1	100,0%	31	55,4%	
<b>Líquido para ingestão durante o trabalho de parto</b>	<b>46</b>	<b>100,0%</b>	<b>7</b>	<b>100,0%</b>	<b>2</b>	<b>100,0%</b>	<b>1</b>	<b>100,0%</b>	<b>56</b>	<b>100,0%</b>	0,422
Não	26	56,5%	5	71,4%	2	100,0%	0	0,0%	33	58,9%	
Sim	20	43,5%	2	28,6%	0	0,0%	1	100,0%	23	41,1%	
<b>Método de relaxamento</b>	<b>46</b>	<b>100,0%</b>	<b>7</b>	<b>100,0%</b>	<b>2</b>	<b>100,0%</b>	<b>1</b>	<b>100,0%</b>	<b>56</b>	<b>100,0%</b>	0,710
Não	25	54,3%	4	57,1%	2	100,0%	1	100,0%	32	57,1%	
Sim	21	45,7%	3	42,9%	0	0,0%	0	0,0%	24	42,9%	
<b>Método de alívio da dor</b>	<b>46</b>	<b>100,0%</b>	<b>7</b>	<b>100,0%</b>	<b>2</b>	<b>100,0%</b>	<b>1</b>	<b>100,0%</b>	<b>56</b>	<b>100,0%</b>	0,641
Não	36	78,3%	7	100,0%	2	100,0%	1	100,0%	46	82,1%	
Sim	10	21,7%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	10	17,9%	
<b>Posição escolhida para o parto</b>	<b>46</b>	<b>100,0%</b>	<b>7</b>	<b>100,0%</b>	<b>2</b>	<b>100,0%</b>	<b>1</b>	<b>100,0%</b>	<b>56</b>	<b>100,0%</b>	0,606
Não	22	47,8%	3	42,9%	0	0,0%	0	0,0%	25	44,6%	
Sim	24	52,2%	4	57,1%	2	100,0%	1	100,0%	31	55,4%	
<b>Pessoa escolhida para cortar o cordão umbilical</b>	<b>46</b>	<b>100,0%</b>	<b>7</b>	<b>100,0%</b>	<b>2</b>	<b>100,0%</b>	<b>1</b>	<b>100,0%</b>	<b>56</b>	<b>100,0%</b>	0,376
Não	26	56,5%	3	42,9%	0	0,0%	1	100,0%	30	53,6%	
Sim	20	43,5%	4	57,1%	2	100,0%	0	0,0%	26	46,4%	

p - nível descritivo do teste exato de Fisher.

De acordo com a Tabela 8, não se verificaram associações entre local do parto e escolhas do Plano de Parto atendidas.

**Tabela 9 - Distribuição das mulheres por itens atendidos (0 – 6), segundo tipo e local de parto. São Bernardo do Campo, SP, Brasil, 2019.**

	Número de itens atendidos														Total	p	
	0		1		2		3		4		5		6				
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%			
<b>Tipo de parto</b>	<b>1</b>	<b>1,8%</b>	<b>12</b>	<b>21,4%</b>	<b>16</b>	<b>28,6%</b>	<b>13</b>	<b>23,2%</b>	<b>9</b>	<b>16,1%</b>	<b>4</b>	<b>7,1%</b>	<b>1</b>	<b>1,8%</b>	<b>56</b>	<b>100,0%</b>	0,215
Vaginal/Fórceps	1	3,2%	4	12,9%	10	32,3%	8	25,8%	5	16,1%	3	9,7%	0	0,0%	31	100,0%	
Vaginal com episiotomia	0	0,0%	1	10,0%	3	30,0%	1	10,0%	3	30,0%	1	10,0%	1	10,0%	10	100,0%	
Cesárea	0	0,0%	7	46,7%	3	20,0%	4	26,7%	1	6,7%	0	0,0%	0	0,0%	15	100,0%	
<b>Local do parto</b>	<b>1</b>	<b>1,8%</b>	<b>12</b>	<b>21,4%</b>	<b>16</b>	<b>28,6%</b>	<b>13</b>	<b>23,2%</b>	<b>9</b>	<b>16,1%</b>	<b>4</b>	<b>7,1%</b>	<b>1</b>	<b>1,8%</b>	<b>56</b>	<b>100,0%</b>	0,988
HMU de São Bernardo do Campo	1	2,2%	10	21,7%	13	28,3%	10	21,7%	8	17,4%	3	6,5%	1	2,2%	46	100,0%	
Hospital Estadual de Diadema	0	0,0%	2	28,6%	2	28,6%	1	14,3%	1	14,3%	1	14,3%	0	0,0%	7	100,0%	
Serraria																	
UPA Vila São Pedro	0	0,0%	0	0,0%	1	50,0%	1	50,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	100,0%	
Hospital da Mulher Santo André	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	100,0%	

p - nível descritivo do teste exato de Fisher.

Conforme Tabela 9, não se verificaram associações entre número de itens atendidos e tipo (p=0,215) e local de parto (p=0,988).

## 6 DISCUSSÃO

Esta pesquisa buscou avaliar a aplicabilidade do Plano de Parto no âmbito do SUS, procurando preencher a lacuna de conhecimento sobre a relação entre as possibilidades teóricas planejadas para um parto mais humanizado e as ações desenvolvidas na prática.

Os resultados apontaram que as gestantes incluíram nos seus Planos de Parto as opções pela presença do parceiro/pai do bebê como acompanhante para o trabalho de parto e parto, por ingerir principalmente água durante o trabalho de parto, pelo banho de chuveiro como principal método de alívio da dor, por parir em posição deitada com a cabeceira elevada e pela secção do cordão umbilical pelo acompanhante.

No momento do trabalho de parto e parto, foi mais frequente a presença do parceiro/pai do bebê como acompanhante e metade das mulheres tiveram sua escolha referente à ingestão hídrica atendida de forma parcial ou integral. O cumprimento da posição escolhida para o parto também alcançou índice satisfatório. Baixo percentual de parturientes tiveram suas escolhas plenamente atendidas com relação aos métodos de alívio da dor e corte do cordão umbilical. Desta maneira, observou-se, em geral, execução parcial do Plano de Parto.

### 6.1 Caracterização das participantes

A amostra desta pesquisa foi composta por gestantes jovens cuja média de idade foi de 25,2 anos, majoritariamente com o ensino médio completo apenas, que estavam vivenciando o terceiro trimestre de sua primeira gestação e viviam em união estável com seu companheiro.

A literatura aponta que o perfil das gestantes que constroem um Plano de Parto é de mulheres que estão entre 20 e 45 anos de idade<sup>15,23,46,50-52</sup>, possuem ensino superior<sup>15,23,50,52</sup>, moram com o companheiro em união estável<sup>23,50</sup> e passam por sua primeira experiência gestacional<sup>15,51,52</sup>.

A população da Vila São Pedro caracteriza-se pela existência de mulheres que se tornam mães muito jovens e que, em razão da falta de uma rede de apoio

social e governamental bem estruturada, acabam interrompendo seus estudos precocemente. A iniciativa de atrelar o Plano de Parto ao pré-natal realizado no SUS é uma maneira de oportunizar a uma população menos favorecida algo que é de conhecimento e de alcance de mulheres de extratos da população com maiores renda e nível de escolaridade<sup>52</sup>.

Com o objetivo de ampliar o significado do Plano de Parto para uma população tão distante desta realidade, a equipe da unidade de saúde elabora o documento com gestantes de terceiro trimestre, ou seja, com 27 semanas ou mais de gestação, período gestacional sugerido na literatura como ideal, pois a partir desse período a mulher desenvolve maior interesse e apresenta-se mais aberta às informações sobre o parto<sup>23,24</sup>.

Também se espera que o parceiro e os familiares apresentem-se mais inclinados ao assunto diante da proximidade do momento do nascimento e, como já relatado, o convite para elaboração do Plano de Parto estende-se também aos acompanhantes, porém, apesar das recomendações da literatura de que a presença do acompanhante durante o pré-natal esteja relacionada ao apoio emocional e qualidade no atendimento<sup>23</sup>, o estudo atual revelou que uma pequena parcela das gestantes compareceu acompanhada para a construção do Plano de Parto. Portanto, para a maioria delas as opções manifestadas neste documento foram escolhas solitárias. Enquanto que, dentre aquelas que estavam acompanhadas, foram escolhas apoiadas pelo parceiro ou familiar.

## **6.2 As escolhas das gestantes registradas no Plano de Parto**

Em relação às escolhas das gestantes é importante interpretar os resultados desta pesquisa à luz do fato de que o modelo de Plano de Parto utilizado no serviço onde ela foi conduzida é um instrumento padrão, com temas e opções pré-estabelecidos, no qual a gestante pode assinalar itens relacionados a seis temas: acompanhante, ingestão de líquidos, métodos de relaxamento na sala de parto, métodos de alívio da dor, posição para o parto e secção do cordão umbilical. Para a maioria destes temas não há espaço designado para acrescentar opções e, portanto, tais escolhas podem estar limitadas as possibilidades ali

contidas e, conseqüentemente, não refletir de fato os valores, desejos, necessidades pessoais e expectativas criadas por essas gestantes sobre seus partos ao longo da gravidez. Por outro lado, ainda que este modelo possa não ser o ideal, a iniciativa de colocar um instrumento no qual a gestante pode ter um espaço para discussões mais aprofundadas sobre o processo de parturição já é um avanço alcançado com a introdução do instrumento na assistência pré-natal. Ademais, ele foi construído considerando o que a maternidade, em todas as suas limitações, pode oferecer, ao passo que um Plano de Parto livre poderia trazer um nível considerável de insatisfação por não poder ser atendido.

A escolha do acompanhante é um dos itens livres deste instrumento e permite a descrição do nome da pessoa e seu grau de parentesco, sendo possível registrar a opção por um ou mais acompanhantes, dado que a maternidade de referência para as gestantes atendidas nesta UBS permite a troca de acompanhantes a cada período de tempo. O parceiro/pai do bebê apareceu como a principal escolha dessas gestantes para acompanhá-las durante o trabalho de parto e parto, seja isoladamente ou em conjunto com outros acompanhantes. Tais achados assemelham-se ao de outro estudo no qual o parceiro/pai do bebê também apareceu como a escolha predominante para acompanhante<sup>41,50</sup>, sugerindo que o parceiro possa representar uma figura de apoio e segurança para a mulher durante seu trabalho de parto e parto. Além disso, esta também pode ser uma tentativa de incluir o pai do bebê em um momento no qual por muitas décadas foram excluídos.

Em relação às opções disponíveis de líquidos a serem ingeridos durante o trabalho de parto pouco mais da metade das gestantes optaram por ingerir água de forma isolada ou em conjunto com outros líquidos. Outros autores apontaram a escolha mais frequente por suco de frutas e gelatina<sup>41</sup>, contudo tais opções não estavam disponíveis no Plano de Parto atualmente estudado, o que pode ter influenciado a maior porcentagem de escolha pela água diante das opções oferecidas. A ingestão de líquidos é estimulada pelo Ministério da Saúde como prática de humanização, sendo, portanto, contraindicado o jejum prolongado<sup>4</sup>, já que fornecem calorias e hidratação necessárias para o trabalho de parto e parto.

Quanto ao preparo do ambiente para o parto houve preferência pela redução da luz do ambiente, seguida pelo desejo de ouvir música, sendo essas as duas únicas opções no instrumento proposto. Um pequeno percentual de mulheres não expressou preferências neste item, tendência semelhante à descrita por outros autores<sup>41</sup>.

Proporcionar um ambiente acolhedor é apontado pelas mulheres como um método para tornar o cuidado personalizado durante o trabalho de parto e parto<sup>53</sup>.

O excesso de luminosidade parece prejudicar o processo de parturição dada sua ação de ativação do neocórtex em um momento em que deve haver predomínio da função da área instintiva do cérebro<sup>54</sup>. Na década de 70, Frederick Leboyer já defendia a redução da luminosidade como forma de reduzir o estresse do bebê ao nascer, evitar lesões oculares e estimular a sensibilidade<sup>55</sup>. Apesar das recomendações, é comum encontrar salas de parto excessivamente iluminadas.

Por outro lado, há alguma evidência dos benefícios da redução da luminosidade sobre o processo de parturição. Um estudo qualitativo, exploratório e descritivo realizado em um hospital municipal de São Paulo com o objetivo de compreender a vivência de oito enfermeiras obstétricas que atenderam ao parto em ambiente com baixa luminosidade concluiu que a redução da luz proporciona um parto mais tranquilo, com menor número de intervenções, amplia o foco sobre a mulher e o bebê, aumenta a sensação de privacidade, amplia a autonomia da parturiente e a percepção sobre seu próprio corpo e parto e torna o atendimento mais humanizado<sup>56</sup>.

Os benefícios da baixa luminosidade também foram comprovados em um ensaio clínico randomizado realizado com 95 parturientes, no qual o ambiente com pouca luz promoveu uma sequência de emoções que respeita e contribui positivamente para a fisiologia do período expulsivo<sup>57</sup>.

Mesmo conhecendo pouco sobre os efeitos da luminosidade sobre o processo de parturição as mulheres prefeririam em sua maioria a redução da luz do ambiente, talvez pensando em suas experiências passadas, nas quais estiveram mais tranquilas em um ambiente de penumbra ou até mesmo realizando instintivamente a melhor escolha para o parto.

Sobre a música, o Ministério da Saúde a descreve como uma estratégia para alívio da dor desde que esta seja a seleção de escolha da parturiente<sup>4</sup>. Neste contexto, ressalta-se que no presente estudo as mulheres que optaram por ouvir música estavam orientadas sobre a oferta da seleção musical pela instituição hospitalar, o que pode ter desencorajado muitas delas a elegerem este método de relaxamento. Porém, também é compreensível que se tratando de um ambiente coletivo de trabalho de parto, seria difícil atender à escolha musical de todas as mulheres. A estrutura física desfavorável ao atendimento individualizado da parturiente também é apontada em outro estudo, mas os autores relatam que tal dificuldade pode ser amenizada pela garantia de outros direitos<sup>13</sup>.

Em relação ao uso de métodos de alívio da dor, quase a totalidade das gestantes optou por mais de uma opção. Culturalmente o parto normal está relacionado à experiência dolorosa, como se esta fosse parte da sua fisiologia, e isso pode despertar ansiedade, medo e tensão nas gestantes, o que pode explicar tal achado.

Um estudo realizado com 106 gestantes com o objetivo de identificar as percepções relacionadas à gestação e parto de mulheres que participaram de rodas de conversa para elaboração do Plano de Parto identificou que a palavra “doloroso” foi uma das mais frequentemente associadas às suas percepções sobre o parto. Além disso, uma das expressões mais relacionadas às suas expectativas para o parto foi de que ele ocorresse “sem dor”<sup>58</sup>.

Um estudo transversal realizado com 361 puérperas com o objetivo de conhecer a via de parto preferida pelas mulheres e suas motivações identificou que o sofrimento e o medo culturalmente atrelado ao parto normal foram decisivos na escolha pela via de parto, porém a orientação ainda no pré-natal sobre a fisiologia do parto, mecanismos da dor e sobre as práticas disponíveis para alívio pode influenciar as percepções das mulheres sobre a dor e o sofrimento e empoderá-las para o parto normal<sup>59</sup>. Neste sentido, a construção do Plano de Parto durante o pré-natal pode ajuda-la a ressignificar a dor e orientá-la para a possibilidade de aliviá-la por meio de métodos disponíveis se assim desejar.

Os princípios de humanização do parto preveem a oferta de métodos não farmacológicos de alívio da dor. Seu emprego está frequentemente associado a sentimentos de satisfação, relaxamento e tranquilidade<sup>4,60</sup>.

Nesta pesquisa as gestantes escolheram o banho de aspensão como principal método de alívio da dor, corroborando os achados de outros autores<sup>41</sup>, já que é notável a ação analgésica da água<sup>61,62</sup>. A ação da água a 37°C sobre os nervos cutâneos é capaz de favorecer a neutralização da transmissão da dor de origem visceral<sup>63</sup>.

Caminhar apareceu como o segundo método mais escolhido, evidenciando o desejo das mulheres de não permanecerem restritas ao leito, estando de acordo com o que é recomendado pelo Ministério da Saúde e por órgãos internacionais, que recomendam a movimentação da parturiente como forma de melhorar os desfechos e aumentar a satisfação materna<sup>4,64</sup>. Uma revisão sistemática da literatura apontou que o incentivo à deambulação favorece a parturiente e ao feto em diversos aspectos, incluindo a redução do escore de dor e da necessidade do uso de analgésicos e anestésicos<sup>65</sup>.

Reafirmando sua importância, a livre movimentação durante o trabalho de parto é um dos indicadores para que uma instituição receba o certificado de Hospital Amigo da Mulher e da Criança, iniciativa proposta pela Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia e pela OMS e ainda em fase experimental no Brasil<sup>10,66</sup>.

O uso de massagem e exercícios na bola suíça também foram escolhas frequentes, corroborando os achados da literatura<sup>41</sup>. A massagem lombossacra está relacionada à redução da dor durante o trabalho de parto e a menor necessidade do uso de analgésicos<sup>67</sup>. Além disso, sendo orientada pela enfermagem e realizada pelo acompanhante, estimula a participação deste no processo de parturição. Os exercícios perineais na bola suíça atuam na promoção do conforto, alívio da dor, progressão do trabalho de parto e beneficia a posição vertical<sup>68</sup>.

Analgésicos e anestésicos representaram a escolha de mais da metade das gestantes, porcentagem que chama a atenção mesmo considerando que apenas duas gestantes escolheram cada um dos métodos de maneira isolada e que as

demais os escolheram associados a métodos não farmacológicos de alívio da dor. A frequência de escolha pelo uso de anestésico foi semelhante aos resultados de outra pesquisa<sup>41</sup>.

A administração de analgésicos e anestésicos está de acordo com a humanização do nascimento quando são de escolha da mulher, desde que ela tenha sido orientada sobre os efeitos negativos como náusea, sonolência, vômito, tontura, prolongamento do trabalho de parto, depressão respiratória, sonolência para o recém-nascido e efeitos negativos no aleitamento materno<sup>4</sup>. A elevada porcentagem de escolha por métodos farmacológicos percebida no presente estudo pode estar atrelada ao receio de que o parto seja uma experiência excessivamente dolorosa.

A posição para o parto mais frequentemente escolhida durante a elaboração do Plano de Parto foi a semi-sentada, sendo assinalada como única opção para boa parte das mulheres ou em conjunto com outras. Parir em banqueta apropriada também foi uma escolha muito frequente. Estudo semelhante também encontrou a posição semi-sentada como a preferida pelas mulheres seguida pela posição sentada/cócoras<sup>41</sup>. No estudo atual, o Plano de Parto traz a posição de cócoras sobre a cama como uma opção à parte, porém que não foi tão escolhida, apesar das evidências de que as posições verticais favoreçam o conforto, a redução do período expulsivo, menor escore de dor, maior autonomia da mulher e menor número de intervenções profissionais<sup>69</sup> devendo, portanto, serem estimuladas<sup>4</sup>.

Ressalta-se que a posição lateral ainda é pouco escolhida pelas gestantes, corroborando os achados de outro estudo<sup>41</sup>. Impressiona ainda que quase um terço das gestantes opte por parir em posição ginecológica, fato que traz intensa relação com a medicalização do parto. Apesar de ser possível a descrição de outras posições de desejo da gestante, nenhuma delas utilizou-se deste campo devido, acredita-se, ao fato do Plano de Parto em estudo apresentar mais opções de posição para o parto em comparação com o modelo apresentado em outra pesquisa na qual houve uma porcentagem de escolha por outras posições descritas pela própria gestante<sup>41</sup>.

Por fim, a maior parte das gestantes escolheu que o corte do cordão umbilical fosse realizado pelo acompanhante afirmando o que foi encontrado em estudo semelhante<sup>41</sup>, proporcionando que o parceiro tenha participação ativa no parto<sup>70</sup> aumentando o vínculo pai-filho<sup>71</sup>. Portanto, a elevada taxa de escolha pelo parceiro como pessoa para realizar o corte do cordão umbilical encontrada reflete uma possível percepção das mulheres de que este ritual seria um marco na formação do núcleo familiar e mais uma expectativa de que o parceiro saia da passividade de expectador.

### 6.3 Parto

A idade gestacional média no momento do parto das voluntárias do presente estudo foi de 39,4 semanas, semelhante aos achados da literatura, cujos relatos têm sido de partos ocorridos às 39 semanas de 1 dia<sup>51</sup> e 40 semanas de gestação<sup>5</sup>. Tais resultados podem significar que mulheres que optam pela construção de um Plano de Parto são habitualmente favoráveis a um parto fisiológico e com o mínimo de intervenções, aguardando seu início espontâneo.

No estudo atual, a grande maioria dos partos ocorreu por via vaginal, corroborando o que foi encontrado em outros estudos que avaliaram o Plano de Parto<sup>20,70</sup>. Já a taxa de cesárea no presente estudo foi superior à encontrada em outra pesquisa<sup>20</sup>, porém inferior à taxa descrita por outros autores<sup>70</sup>. De maneira semelhante, o número de partos instrumentais esteve entre os números descritos na literatura<sup>20,70</sup>. Os dados demonstram que a maternidade tem primado pelo parto vaginal, pois ainda que uma pequena parcela tenha ocorrido com auxílio de instrumentos, a taxa de partos vaginais está muito superior aos 55,16% encontrados no Brasil de uma maneira geral. Por tratar-se de uma maternidade pública já seria esperada uma porcentagem significativa de partos vaginais, porém ainda assim a maternidade em questão encontra-se à frente em prol deste tipo de parto, pois também está além dos 59,8% de partos vaginais encontrados no SUS a nível nacional<sup>72</sup>. Todavia, é importante destacar que mesmo com números favoráveis, o serviço em estudo está distante de atingir os 15% de cesáreas recomendados pela OMS<sup>10</sup>.

A grande maioria dos partos no presente estudo foi assistida por médicos. Estudos apontam que as enfermeiras são mais flexíveis com relação à mudança de posição durante o trabalho de parto e parto em comparação com a equipe médica<sup>73</sup> podendo tal atitude ser estendida também para outras medidas alinhadas com a fisiologia e com a humanização do parto. Sendo assim, pensa-se que se houvesse maior atuação da enfermagem na assistência ao parto, porcentagem maior de itens atendidos no Plano de Parto poderia ser encontrada.

#### **6.4 Execução do Plano de Parto**

No presente estudo todas as mulheres tiveram no mínimo um dos itens atendidos, porém foi baixa a porcentagem de participantes que tiveram 5 ou mais itens do Plano de Parto executados. Ao analisar os motivos para o não atendimento parcial ou integral do desejo da mulher, percebe-se que o maior entrave foi a própria instituição hospitalar, incluindo o ambiente desfavorável ou dificuldades da equipe em não oferecer aquilo que estava proposto no Plano de Parto, orientar que a parturiente realizasse algo diferente do que estava planejado ou impedir certas práticas. A mudança de opção da mulher ou desejo da família aparece como o segundo motivo mais frequente para o não atendimento pleno do Plano de Parto, seguido pelas intercorrências e pela falta de tempo hábil.

Um estudo realizado com o objetivo de identificar a percepção de 44 enfermeiros obstetras sobre o Plano de Parto identificou que a maioria dos profissionais conhece o Plano de Parto, mas não o respeitam e não o aplicam. Para 63,6%, o Plano de Parto não é cumprido por razões institucionais e profissionais com predomínio de reações negativas diante da apresentação de um Plano de Parto pela mulher<sup>37</sup>. Já outro estudo descreveu que as intercorrências foram responsáveis pelo não cumprimento do Plano de Parto em 22,6% dos casos e a resistência profissional impediu que 12,4% das mulheres tivessem seus desejos atendidos<sup>74</sup>. Portanto, questões institucionais e profissionais são frequentemente encontradas como entraves ao cumprimento do Plano de Parto e são justamente os que podem e devem ser modificados, pois quando há mudança de opção da parturiente ou da família, entende-se que mesmo não se cumprindo o

que estava previamente descrito, garante-se o respeito à sua autonomia. Já as intercorrências e a falta de tempo hábil são fatores nem sempre possíveis de serem modificados. Mesmo considerando que uma pequena parcela dos partos foi assistida em outras instituições, impressiona o fato de que, apesar de ter sido construído por profissionais da própria maternidade e de acordo com aquilo que as instalações poderiam oferecer, o principal motivo para o descumprimento do Plano de Parto foi justamente o ambiente desfavorável ou dificuldades com a equipe em não oferecer aquilo que estava proposto.

No estudo atual foi encontrada porcentagem elevada do parceiro/pai do bebê como acompanhante. Diferentemente do que apontou um estudo ligado à temática do Plano de Parto, no qual apenas um terço das parturientes permaneceu com o parceiro, apesar de este ser o principal acompanhante de escolha das mulheres<sup>50</sup>. A presença do acompanhante está garantida pela Lei nº 11.108 de 2005<sup>29</sup>, é recomendada pelo Ministério da Saúde como prática útil e que deve ser estimulada<sup>8</sup> e é valorizada pelas mulheres<sup>53</sup>. Um estudo descritivo, qualitativo realizado em Fortaleza entre maio e junho de 2012 com o objetivo de averiguar a contribuição do acompanhante durante o parto sob a perspectiva de 20 puérperas encontrou que sua presença aumentou o conforto, a calma e a segurança da mulher e contribuiu para a humanização do parto<sup>75</sup>. De maneira semelhante, outros autores concluíram que a presença do acompanhante é capaz de encorajar e apoiar a parturiente com palavras ou atitudes aumentando a segurança e contribuindo para boa evolução do processo de parturição<sup>70</sup>. Acredita-se que a elevada taxa de cumprimento deste item tenha influência do fato da presença do acompanhante estar garantida por lei seja em qualquer instituição que o parto ocorrer e o seu comparecimento independe do tipo de parto.

Metade das parturientes não teve sua escolha para ingestão de líquidos atendida. Apesar disso, a literatura descreve que a apresentação de um Plano de Parto aumenta para 42% a taxa de parturientes que ingeriram algum alimento ou líquido durante o trabalho de parto, superior à taxa geral de 33%<sup>5</sup>. Para as mulheres, receber alimentação durante o trabalho de parto foi percebida como uma forma de acolhimento<sup>70</sup>. Pode-se acreditar que o Plano de Parto tenha aumentado a oferta de líquidos para a parturiente, mas quando se verifica que o

principal motivo para o não cumprimento deste item foi o não oferecimento por parte do profissional percebe-se que a oferta de líquidos possa ter ocorrido apenas como uma rotina da instituição em oferecer líquidos de acordo com o horário da refeição e apenas aqueles pré-estabelecidos no cardápio e não de acordo com o desejo da mulher.

Sobre o relaxamento na sala de parto, grande parte das mulheres referiu não ter sido atendida em suas escolhas, principalmente porque não foi oferecido apesar de estar descrito em seu Plano de Parto. Tal fato representa uma grande perda, pois um estudo evidenciou na fala das mulheres a importância da música no seu processo de parturição, em cumprimento ao que haviam descrito em seus Planos de Parto<sup>76</sup>.

Sobre a redução da luminosidade, um estudo revelou que as principais dificuldades para a sua aplicação em sala de parto é a rotina do trabalho, a intervenção de outros profissionais, a estrutura desfavorável das instalações hospitalares, o despreparo da mulher e o fato dos profissionais não estarem familiarizados com a técnica gerando insegurança em sua aplicação<sup>56</sup>. Certamente, em muitos casos, as mudanças no ambiente a favor do relaxamento da parturiente não foram oferecidas porque o hospital em estudo apresenta parte dos seus leitos no modelo coletivo, semelhante ao que ocorre em outros hospitais, nos quais a mulher permanece com seu acompanhante em espaços separados por cortinas, dificultando a individualidade do cuidado<sup>56</sup>.

A maioria das mulheres utilizou algum método de alívio da dor, sendo que mais da metade tiveram acesso a múltiplos métodos. O uso de métodos não farmacológicos superaram os farmacológicos. Apesar de uma pequena parcela ter referido o atendimento pleno às suas escolhas, as demais, em sua maioria referiram que não utilizaram todos os métodos escolhidos devido ao parto ter ocorrido antes da oportunidade de utilizá-los. O fato do método escolhido não ter sido oferecido aparece como o segundo motivo para o não cumprimento pleno de suas expectativas. Dentre os métodos de alívio da dor, o banho de chuveiro foi utilizado por quase metade das parturientes, seguido pela deambulação. Cerca de um quarto das pacientes teve acesso à bola suíça e usufruíram da massagem realizada pelo acompanhante. De acordo com os achados da literatura, o uso de

métodos não farmacológicos de alívio da dor foi determinante para aumentar a autonomia da mulher, garantir sua participação ativa, empoderá-la para prosseguir com o parto e respeitar as suas escolhas<sup>70</sup>. Semelhante aos achados do presente estudo, outros autores também descrevem o banho de chuveiro como o método de alívio da dor mais utilizado durante o trabalho de parto<sup>50</sup>.

Sobre o segundo método de alívio da dor mais utilizado, a deambulação, percebe-se que o estudo demonstra um avanço no respeito à livre movimentação, pois um estudo realizado com o objetivo de identificar obstáculos e facilitadores para implementação da liberdade de movimentação durante o trabalho de parto e posição para parto em uma maternidade da capital paulista identificou que os profissionais acreditam estimulá-la, porém foi averiguado que sua ocorrência está condicionada a permissão dos profissionais, não estando claro para a paciente que ela pode escolher a posição que se sentir mais confortável. Além disso, diante de uma posição vertical, foi detectado que os profissionais interditavam a paciente em sua escolha sem maiores explicações, favorecendo a imobilização da parturiente<sup>73</sup>. Outro motivo para restrição da mulher ao leito é a monitorização contínua, como demonstrado por autores que encontraram apenas 24% de parturientes que puderam se movimentar livremente, pois estavam sendo monitoradas de maneira intermitente<sup>20</sup>.

Já com relação à bola suíça, estudos observaram que, embora indicada, ocorre a limitação do seu uso por parte dos profissionais mesmo diante da disponibilidade do equipamento<sup>73</sup>. O uso da bola por apenas um quarto das mulheres no estudo atual demonstra que, apesar de seu uso ter sido dificultado, em grande parte, pela falta de tempo hábil para tal, é possível ampliar seu uso, utilizando-a até mesmo em associação com outros métodos.

A massagem orientada pelo profissional de enfermagem e realizada pelo parceiro é apontada como uma forma de cuidado físico que, ao lado do apoio emocional, configura-se como um meio para redução do sentimento de solidão e desamparo contribuindo de maneira positiva no processo de parturição<sup>77</sup>. Portanto, a massagem é um método simples e acessível de inclusão do parceiro no trabalho de parto e de grande importância para a parturiente, devendo ser uma

prática ainda mais difundida e empregada, superando a porcentagem encontrada no estudo atual.

Uma parcela mínima de parturientes recebeu analgésicos endovenosos e proporção ainda menor teve acesso à anestesia no contexto do parto vaginal. Observa-se em certos achados da literatura taxas de 70% de uso de analgesia peridural<sup>20</sup>. Outros autores descrevem que o alívio da dor em mulheres que receberam anestesia foi percebido como um auxílio para a boa evolução do parto diante de uma situação de exaustão<sup>70</sup>. Portanto, os achados demonstram que apesar da larga escolha das mulheres e de seus benefícios em determinadas situações, o acesso aos métodos farmacológicos de alívio da dor no parto vaginal ainda é limitado.

Cerca de um terço das mulheres pariram em posição deitada com a cabeceira elevada, semi-sentada e proporção semelhante permaneceu em posição ginecológica para o parto. Porcentagem mínima de mulheres pariu em posição não supina. Quase metade das mulheres não teve sua escolha atendida, sendo o principal empecilho a indicação de cesárea. No contexto do parto normal, o principal motivo para o não cumprimento da escolha prévia da mulher foi sua própria mudança de desejo no momento do parto. Na literatura evidencia-se que a escolha pela posição de parto ocorre para 48,1% das parturientes em geral, enquanto 62,5% daquelas que apresentam um Plano de Parto podem escolher a posição que desejam parir<sup>5</sup>. Outros autores também apontam que o Plano de Parto, ao lado da informação e do conhecimento baseado em evidências científicas, aumenta a chance de a mulher parir em posição não supina. O mesmo estudo demonstrou que os profissionais afirmam que, apesar de poderem escolher a posição para o parto, a posição litotômica é a opção da maioria das mulheres, embora a observação dos pesquisadores indique que a litotomia é uma posição reforçada pelos profissionais no cotidiano. A variedade de posição com estímulo a posições verticais é ainda menor no parto quando comparado ao trabalho de parto, assim como a posição de cócoras é inferiorizada pelos profissionais ou considerada fora do contexto da civilização atual<sup>73</sup>.

Os achados do presente estudo corroboram os achados da literatura e concluem, portanto, que ainda há um predomínio das posições horizontais para o

parto, embora o Plano de Parto possa ser um instrumento para mudar tal realidade. Questiona-se se as mulheres do presente estudo que inicialmente haviam optado por posições verticais alteraram suas escolhas por realmente sentirem-se mais confortáveis em posições horizontais ou o fizeram por serem posições culturalmente mais aceitáveis.

O Plano de Parto atualmente estudado traz a orientação de que a episiotomia é realizada de acordo com a necessidade e esteve presente em pouco mais de um sexto dos partos estudados, taxa inferior a encontrada por outros autores que também analisaram a execução do Plano de Parto e encontraram 43% de episiotomia<sup>20</sup>. Os achados sugerem um avanço em torno da realização seletiva de episiotomia, mesmo considerando a realidade de um hospital de ensino. Ainda que acima dos 10% de episiotomia recomendados pela OMS<sup>10</sup>, os achados demonstram taxas mais favoráveis com relação àquelas descritas em outros estudos.

Quase a totalidade das mulheres teve o profissional como a pessoa que realizou o corte do cordão umbilical. Para pouco mais da metade delas sua escolha prévia não foi atendida, sendo o motivo majoritário não ter sido oferecido para o acompanhante realizar o corte. Um estudo transversal realizado com 222 pais evidenciou relação positiva entre o pai realizar o corte do cordão umbilical e sua ligação emocional com o bebê<sup>78</sup>. Sendo assim, apesar das evidências de seus benefícios e da escolha de grande parte das gestantes, a oferta desta prática ainda está aquém do ideal. Sabe-se que o corte do cordão pelo profissional muitas vezes é desejado pela gestante ou seu acompanhante ou mesmo necessário diante da exigência de assistência imediata ao recém-nascido ou à mãe, porém é uma prática simples que pode ser realizada mesmo em caso de cesárea. Para tanto, faz-se necessária a mudança de atitude do profissional, o qual muitas vezes pode agir dentro de sua rotina perdendo a oportunidade de oferecer o corte do cordão umbilical ao acompanhante, e também uma mudança de pensamento por parte da gestante e seu parceiro, os quais, por vezes, julgam que o corte do cordão seja um procedimento complexo restrito ao saber do profissional.

No presente estudo, apenas uma mulher não foi atendida em nenhum dos itens do seu Plano de Parto, cerca de um quarto foi atendida em 50% de suas

escolhas e também uma única mulher teve seu documento seguido na íntegra. Outros autores que também estudaram a execução do Plano de Parto encontraram 3,4% de mulheres com nenhum dos itens de seu Plano de Parto atendidos, 32,5% tiveram metade dos itens atendidos e 7,9% de cumprimento integral<sup>20</sup>. Isso demonstra que o estudo atual apresentou números favoráveis aos encontrados na literatura apenas com relação ao número de mulheres que não tiveram nenhum dos itens atendidos. Em ambos os estudos percebe-se uma tendência de pirâmide com menor grau de cumprimento de poucos ou nenhum dos itens, assim como a taxa de cumprimento de muitos itens ou da totalidade do documento também é baixa, ao passo que o cumprimento parcial do Plano de Parto foi mais frequente em ambas as pesquisas. Essa análise reflete o fato de que apesar da descrição de suas escolhas em um documento, seu atendimento integral ainda está distante muitas vezes devido à própria alteração do curso do processo de parturição, exigindo adaptações, ou pela própria vontade da mulher ou família. Porém deve-se considerar a importante parcela de mulheres que não tiveram seus desejos atendidos porque os mesmos não foram oferecidos ou não estavam disponíveis. Isso demonstra a importância do profissional considerar o Plano de Parto como um documento legal e de respeito à autonomia da mulher, mas também representa o quanto as mulheres ainda adotam uma posição de submissão ao saber do profissional e deixam de exigir seus direitos, aceitando apenas o que lhes é oferecido.

## **6.5 Satisfação das mulheres**

Apesar de a grande maioria das participantes do estudo ter tido apenas o cumprimento parcial de suas escolhas no Plano de Parto, foi imperativa a proporção de mulheres satisfeitas ou muito satisfeitas com seu Plano de Parto.

O Plano de Parto aumenta a média de satisfação das mulheres e a positividade de sua experiência por haver o respeito às suas escolhas, proporcionando um parto fisiológico, com controle da dor, enaltecendo sua autonomia no planejamento e execução de seu parto<sup>43,70,79</sup>. Porém, com frequência, a satisfação está relacionada proporcionalmente ao número de

solicitações atendidas, gerando insatisfação quando o documento não é considerado<sup>20,42;50,52,74</sup>.

Outros autores discorreram que o Plano de Parto não aumentou a taxa de mulheres altamente satisfeitas com relação àquelas que não o apresentaram<sup>51</sup>. Assim como outros achados demonstram que a escuta, o respeito e a empatia têm maior efeito sobre a satisfação materna e sobre o cumprimento das expectativas do que a apresentação de um Plano de Parto<sup>46</sup>.

Portanto, nem sempre a existência do Plano de Parto ou seu grau de cumprimento está diretamente relacionado à satisfação materna. Isso porque a execução dos itens contidos no documento sem a atenção individualizada que a parturiente merece não há como garantir a humanização do parto e, neste contexto, o Plano de Parto seria apenas mais um protocolo a ser seguido. Reflete-se também que a satisfação descrita pelas mulheres no presente estudo pode estar mais relacionada com o parto em si e com o nascimento do bebê e não exatamente com o cumprimento do Plano de Parto.

## **7 LIMITAÇÕES**

O estudo atual traz limitações por ter sido realizado apenas em uma UBS da cidade de São Bernardo do Campo, impossibilitando que os resultados sejam generalizados para a população do município, além disso, a avaliação do cumprimento das expectativas expressas no Plano de Parto pela perspectiva da mulher pode favorecer a ocorrência de vieses, bem como ter influência do seu grau de satisfação com o atendimento em geral e com o próprio parto.

Outra limitação foi a ausência de um grupo comparativo para avaliar se o Plano de Parto pode aumentar o poder de decisão da mulher, se está relacionado a um maior número de práticas humanizadas e se ele realmente aumenta a satisfação das mulheres com relação ao parto.

## **8 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Não foi objetivo do presente estudo avaliar o preparo dos profissionais da Atenção Básica do município de São Bernardo do Campo, mas a experiência prática durante a pesquisa aponta o desconhecimento dos enfermeiros sobre a temática, pois diversas gestantes foram encaminhadas para o grupo de maneira a apenas cumprirem-se os protocolos e simplesmente não compareceram, enquanto aquelas que foram convidadas e orientadas sobre os objetivos do Plano de Parto, seus benefícios e a possibilidade de aumentar sua participação no processo de parturição, apresentavam-se muito mais interessadas e compareceram no dia proposto. Fica então a sugestão para uma nova pesquisa, pois a efetiva implantação do Plano de Parto será possível apenas quando profissionais qualificados para orientação da gestante estiverem disponíveis para instrumentalizar a mulher na sua tomada de decisão livre e esclarecida.

A prática trouxe ainda a percepção de que as gestantes também apresentam conhecimento limitado sobre o Plano de Parto. Avaliar o conhecimento das gestantes sobre o Plano de Parto previamente à sua elaboração não foi o objetivo do presente estudo, mas acredita-se que o conhecimento de tais resultados seja benéfico para a elaboração de ações em prol do Plano de Parto.

Apesar de ser uma proposta inovadora do município de São Bernardo e entendermos que o Plano de Parto proposto foi adaptado para a realidade da maternidade de referência, ainda percebem-se escolhas limitadas presentes no documento. Tal limitação foi apontada por algumas gestantes durante sua construção, desejando realizar escolhas como o tipo de parto, aceitar ou não a episiotomia e o destino que gostariam de dar para sua placenta. Portanto, estudos posteriores podem contemplar a construção coletiva de um modelo de Plano de Parto que amplie a autonomia da mulher sem deixar de considerar as particularidades da realidade local.

Além disso, após a conclusão da pesquisa ficou a curiosidade sobre os efeitos do Plano de Parto sobre os resultados maternos e neonatais, sugerindo-se novas pesquisas.

Por fim, recomenda-se a inclusão do plano de parto nos protocolos assistenciais do município de São Bernardo do Campo, mas acompanhado do devido preparo do profissional para que a elaboração do documento não seja apenas mais uma norma a ser seguida e sim um instrumento para melhoria da assistência.

## **9 CONCLUSÃO**

As principais escolhas das gestantes em seu Plano de Parto foram ter o parceiro/pai do bebê como seu acompanhante para o trabalho de parto e parto, ingerir água durante o trabalho de parto, utilizar o banho de chuveiro como método de alívio da dor, adotar a posição deitada com a cabeceira elevada para o parto e ter o cordão umbilical cortado pelo acompanhante. Porém, apenas os itens acompanhante e posição para o parto foi largamente cumprido. Enquanto os demais itens apresentaram um cumprimento parcial. Apesar disso, encontrou-se um alto nível de satisfação com relação ao cumprimento do Plano de Parto.

Embora o Plano de Parto não tenha sido cumprido em sua totalidade principalmente por entraves relacionados à própria instituição e aos profissionais, a iniciativa do Plano de Parto é um passo na construção de espaços mais humanizados e profissionais mais bem preparados. Além disso, construir o Plano de Parto junto com a gestante e acompanhante significa orientá-los, informá-los, instrumentalizá-los e empoderá-los para o momento do parto.

## 10 REFERÊNCIAS

1. Prefeitura de Belo Horizonte (BR). Assistência ao parto e nascimento: diretrizes para o cuidado multidisciplinar [Internet]. Belo Horizonte (MG): Prefeitura de Belo Horizonte. 2017 [cited 2017 Sep 07]. Available from: [http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:Zyz6lyTQ6m0J:portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/files.do%3Fevento%3Ddownload%26urlArqPlc%3Dprotocolo-assistencia\\_parto\\_nascimento-13-01-2016.pdf+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br](http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:Zyz6lyTQ6m0J:portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/files.do%3Fevento%3Ddownload%26urlArqPlc%3Dprotocolo-assistencia_parto_nascimento-13-01-2016.pdf+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br)
2. Lansky S, Figueiredo VO. Acolhimento e vinculação: diretrizes para acesso e qualidade do cuidado perinatal. In: Ministério da Saúde (BR). Caderno Humanização SUS [Internet]. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2014 [cited 2017 Sep 11] 4:155-70. Available from: [http://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/caderno\\_humanizaus\\_v4\\_humanizacao\\_parto.pdf](http://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/caderno_humanizaus_v4_humanizacao_parto.pdf)
3. Andrade MA, Lima JB. O modelo obstétrico e neonatal que defendemos e com o qual trabalhamos. In: Ministério da Saúde (BR). Caderno Humanização SUS [Internet]. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2014 [cited 2017 Sep 11]4:19-46. Available from: [http://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/caderno\\_humanizaus\\_v4\\_humanizacao\\_parto.pdf](http://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/caderno_humanizaus_v4_humanizacao_parto.pdf)
4. Ministério da Saúde (BR), Secretaria da Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2017 [cited 2017 Sep 11]. Available from: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicações/diretrizes\\_nacionais\\_assistencia\\_parto\\_normal.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicações/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf)
5. Suárez-Cortés M, Armero-Barranco D, Canteras-Jordana M, Martínez-Roche ME. Uso e influencia de los Planes de Parto y Nacimiento en el proceso de parto humanizado [Use and influence of Delivery and Birth Plans in the humanizing delivery process]. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2015 May-Jun [cited 2016 Oct 06];23(3):1-7. Available from: <http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/102758/101029> Spanish.
6. Rattner D, Jone RH, Diniz SG, Beltrão RS, Lopes AF, Lopes TC, et al. Os movimentos sociais na humanização do parto e do nascimento do Brasil. In: Ministério da Saúde (BR). Caderno Humanização SUS [Internet]. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2014 [cited 2017 Sep 11] 4:109-32. Available from: [http://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/caderno\\_humanizaus\\_v4\\_humanizacao\\_parto.pdf](http://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/caderno_humanizaus_v4_humanizacao_parto.pdf)
7. Pontes MJ. O que diz a literatura sobre o plano de parto frente às boas práticas no parto e nascimento [monografia na Internet]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2016 [cited 2016 Oct 04]. 28 f. Available from: <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/147952>

8. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção básica nº32: atenção ao pré-natal de baixo risco [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [cited 2016 Set 06]. Available from: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_atencao\\_basica\\_32\\_prenatal.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf)
9. Silva JC, Rodrigues MS. Boas práticas na assistência ao parto: implicações do plano de parto [Good practices for delivery assistance: implications of the birth plan]. Revista Brasileira de Ciências da Vida [Internet]. 2017 [cited 2018 Apr 30];5(4):1-27. Available from: <http://jornal.faculdadecienciasdavid.com.br/index.php/RBCV/article/view/403> Portuguese.
10. World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research. Care in Normal Birth: a practical guide [Internet]. Geneva: World Health Organization; 1996 [cited 2016 Oct 04]. Available from: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/63167/1/WHO\\_FRH\\_MSM\\_96.24.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/63167/1/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf)
11. World Health Organization. Standards for maternal and neonatal care. Geneva: World Health; 2006 [cited 2017 Sep 07]. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69735/a91272.pdf;jsessionid=0C893714AA2953F4F5EAF3A9AB6ED53A?sequence=1>
12. World Health Organization. World Health Organization recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization; 2018. [cited 2017 Sep 07]. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf?sequence=1>
13. de Barros AP, Lipinski JM, Sehnem GD, Rodrigues AN, Zambiasi ES. Conhecimento de enfermeiras sobre plano de parto [The knowledge of nurses about the delivery plan]. Rev Enferm UFSM [Internet]. 2017 Jan-Fev [cited 2017 Sep 07];7(1):69-79. Available from: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/23270> Portuguese.
14. Silva AL, das Neves AB, Sgarbi AK, Souza RA. Plano de parto: ferramenta para o empoderamento de mulheres durante a assistência de enfermagem [Birth plan: a tool for women empowerment during the nursing care]. Rev Enferm UFSM [Internet]. 2017 Jan-Fev [cited 2017 Sep 06];7(1):144-51. Available from: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/22531> Portuguese.
15. Mouta RJ, Silva TM, Melo PT, Lopes NS, Moreira VA. Plano de parto como estratégia de empoderamento feminino [Birth plan as a female empowerment strategy]. Rev Baiana Enferm [Internet]. 2017 [cited 2018 Apr 30]; 31(4):e20275. Available from: <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/20275/15372> Portuguese.

16. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Intrapartum care. Care of healthy women and their babies during childbirth. Clinical Guidelines 190. Methods, evidence and recommendations [Internet]. 2014 Dec [cited 2017 Sep 12]. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/resources/intrapartum-care-for-healthy-women-and-babies-35109866447557>
17. Pereira AL, Bento AD. Autonomia no parto normal na perspectiva das mulheres atendidas na casa de parto [Autonomy in normal delivery from the perspective of women assisted in birthing center]. Rev Rene [Internet]. 2011 Jul-Sep [cited 2016 Sep 22];12(3):471-7. Available from: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/4262/3290> Portuguese.
18. Cecato YA. Elaboração do plano de parto em uma unidade básica de saúde: relato de experiência [trabalho de conclusão de curso na Internet]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2016 [cited 2016 Oct 14]. 29 p. Available from: <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/148084>
19. Martins CP, Nicolotti CA, de Vasconcelos MF, de Melo RA. Humanização do parto e do nascimento: pela gestação de formas de vida das quais possamos ser protagonistas. In: Ministério da Saúde (BR). Caderno Humanização SUS [Internet]. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2014 [cited 2017 Sep 11] 4:9-18. Available from: [http://www.redehumanizasus.net/sites/default/files/caderno\\_humanizasus\\_v4\\_humanizacao\\_parto.pdf](http://www.redehumanizasus.net/sites/default/files/caderno_humanizasus_v4_humanizacao_parto.pdf)
20. Hidalgo-Lopezosa P, Hidalgo-Maestre M, Rodríguez-Borrego MA. Birth plan compliance and its relation to maternal and neonatal outcomes. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2017 [cited 2018 Feb 12];25:e2953. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/pt\\_0104-1169-rlae-25-e2953.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/pt_0104-1169-rlae-25-e2953.pdf)
21. Melo K de L, Vieira BD, Alves VH, Rodrigues DP, Leão DC, da Silva LA. O comportamento expresso pela parturiente durante o trabalho de parto: reflexos da assistência do pré-natal [The behavior expressed by the parturient during birth: the reflections of prenatal care]. Rev Pesqui Cuid Fundam (Online) [Internet]. 2014 Jul-Set [cited 2017 Sep 06];6(3):1007-20. Available from: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3124> Portuguese.
22. Paralta VC, Frias AM. Plano de parto: uma forma consciente de nascer [dissertação na Internet]. Évora: Universidade de Évora; 2017 [cited 2018 May 05]. 157f. Available from: <http://hdl.handle.net/10174/21947>
23. Silva SG, Silva EL, Souza KV, Oliveira DC. Perfil de gestantes participantes de rodas de conversa sobre o plano de parto [Profile of pregnant women participants in conversation circles about the birth plan]. Enferm Obstétrica [Internet]. 2015 [cited 2017 Sep 06];2(1):9-14. Available from: <http://www.enfo.com.br/ojs/index.php/EnfObst/article/view/31/23> Portuguese.

24. Sardo P, Pinheiro A. Birth Plan: portuguese women's perceptions. The European Proceedings of Social & Behavioural Sciences [Internet]. 2018 [cited 2020 Aug 30]:102-12. Available from: [https://www.researchgate.net/publication/329022350\\_Birth\\_Plan\\_Portuguese\\_Women%27s\\_Perceptions](https://www.researchgate.net/publication/329022350_Birth_Plan_Portuguese_Women%27s_Perceptions)
25. Souza JP, Pileggi-Castro C. Sobre o parto e o nascer: a importância da prevenção quaternária [On labor and childbirth: the importance of quaternary prevention]. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2014 [cited 2018 Feb 14];30(supl 1):11-3. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0011.pdf> Portuguese.
26. Leal MC, Pereira AP, Domingues RM, Theme Filha MM, Dias MA, Nakamura-Pereira M, et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual [Obstetric interventions during labor and childbirth in Brazilian low-risk women]. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2014 [cited 2018 Feb 16];30(supl 1):17-32. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0017.pdf> Portuguese.
27. Damaceno DC. A importância do parto humanizado: atenção da equipe de enfermagem [The importance of humanized childbirth: nursing team care]. Facider [Internet]. 2015 [cited 2016 Oct 04];(7):1-13. Available from: <http://seicesucol.edu.br/revista/index.php/facider/article/view/132/167> Portuguese.
28. Rio de Janeiro (BR), Secretaria Municipal de Saúde. Resolução no. 667, de 20 de Outubro de 1998. Garante a presença de acompanhante da escolha da parturiente durante o trabalho de parto e o parto. Diário Oficial do Município: Rio de Janeiro, RJ [Internet]. 1998 Oct 20 [cited 2017 Sep 12]. Available from: <http://www.saude.rio.rj.gov.br/saude/pubsms/media/Rsms667>
29. Brasil. Lei no 11.108, de 7 de Abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Diário Oficial da União: República Federativa do Brasil [internet]. 2005 Apr 7 [cited 2017 Sep 12]. Available from: <http://www3.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/2005/11108.htm>
30. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União: República Federativa do Brasil [Internet]. 2000 Jun 1 [cited 2016 Oct 04]; Seção 1:4-6. Available from: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569\\_01\\_06\\_2000\\_rep.html](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html)
31. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Atenção Básica. Rede cegonha. Brasília: Ministério da Saúde, 2011 [cited 2017 Sep 12]. Available from: <https://www.conass.org.br/biblioteca/wp-content/uploads/2011/01/NT-17-2011-Rede-Cegonha.pdf>

32. Aquino EM. Para reinventar o parto e o nascimento no Brasil: de volta ao futuro [Reinventing delivery and childbirth in Brazil: back to the future]. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2014 [cited 2018 Feb 14];30(supl 1):8-10. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0008.pdf> Portuguese.
33. Aragon M, Chhoa E, Dayan R, Lohn Z, Buhler K. Perspectives of expectant women and health care providers on birth plans. *J Obstet Gynaecol Can* [Internet]. 2013 [cited 2017 Sep 06];35(11):979-85. Available from: [http://comingsoon.jogc.com/article/S1701-2163\(15\)30785-4/fulltext](http://comingsoon.jogc.com/article/S1701-2163(15)30785-4/fulltext)
34. Viellas EF, Domingues RM, Dias MAB, da Gama SG, Theme Filha MM, da Costa JV, et al. Assistência pré-natal no Brasil [Prenatal care in Brazil]. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2014 [cited 2018 Feb 18];30(supl 1):85-100. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0085.pdf> Portuguese.
35. Gonçalves MF, Teixeira EM, Silva MA, Corsi NM, Ferrari RA, Pelloso SM, et al. Pré-natal: preparo para o parto na atenção primária à saúde no sul do Brasil [Prenatal care: preparation for childbirth in primary healthcare in the south of Brazil]. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2017 [cited 2020 Jul 09];38(3):e2016-0063. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.03.2016-0063> Portuguese.
36. Melo LA, Rabelo M, Souza MA, Leite CC. Implantação de um modelo de plano de parto em uma maternidade de risco habitual em Curitiba- PR [Implementation of a birth plan model in a maternity hospital of habitual risk in Curitiba – PR]. *R. Enferm UFJF* [Internet]. 2018 Jul-Dec [cited 2019 Oct 24];4(2):141-47. Available from: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/enfermagem/article/view/14027/7525> Portuguese.
37. Pinheiro A, Sardo D. Plan de nacimiento: uma mirada de los profesionales de la salud em Portugal [Birth plan: a look of the health professionals in Portugal]. *Suplemento digital Rev ROL Enferm* [Internet]. 2020 [cited 2021 Mar 19];43(1):24-31. Available from: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/31329/1/24-31.pdf> Spanish
38. Cruz PN, Penha JS, Lacerda EP, Costa CCP, Alencar RF, Oliveira ND, et al. Plano de parto e nascimento: uma análise de sua influência no protagonismo de parturientes [Childbirth and birth plan: an analysis of its influence on the protagonism of parturients]. *Brazilian Journal of Development* [Internet]. 2021 Apr [cited 2021 Jun 02];7(4):35393-406. Available from: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/27763> Portuguese
39. Catling J, Medley N, Foureur M, Ryan C, Leap N, Teate A, et al. Group versus conventional antenatal care for pregnant women (Review). 2015 [cited 2020 May 14]. In: *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. London (UK): John Wiley & Sons, Ltd.; 2015. Available from: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD007622.pub3/full>

40. Attanasio L, McPherson M, Kozhimanni, K. Positive childbirth experiences in US hospitals: a mixed methods analysis. *Maternal & Child Health J* [Internet]. 2013 [cited 2018 May 1];18(5):1280-90p. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3966989/>
41. Gomes RP, Silva RS, Oliveira DC, Manzo BF, Guimarães GL, Souza KV. Plano de parto em rodas de conversa: a escolha das mulheres [Delivery plan in conversation circles: women's choices]. *REME – Rev Min Enferm* [Internet]. 2017 [cited 2018 Feb 24];21:e-1033. Available from: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=31660&indexSearch=ID> Portuguese.
42. Mei JY, Afshar Y, Gregory KD, Kilpatrick SJ, Esakoff TF. Birth plans: what matters for birth experience satisfaction. *Birth* [Internet]. 2016 Jun [cited 2017 Sep 06];43(2):144-50. Available from: [http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/birt.12226/epdf?r3\\_referer=wol&tracking\\_action=preview\\_click&show\\_checkout=1&purchase\\_referrer=www.ncbi.nlm.nih.gov&purchase\\_site\\_license=LICENSE\\_DENIED](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/birt.12226/epdf?r3_referer=wol&tracking_action=preview_click&show_checkout=1&purchase_referrer=www.ncbi.nlm.nih.gov&purchase_site_license=LICENSE_DENIED)
43. Farahat AH, Mohamed HE, Elkader SA, El-Nemer A. Effect of Implementing a birth plan on womens' childbirth experiences and maternal & neonatal outcomes. *J Educ Pract* [Internet]. 2015 [cited 2018 Feb 24];6(6):24-32. Available from: <https://files.eric.ed.gov/fulltext/EJ1083654.pdf>
- 44 Magoma M, Requejo J, Campbell O, Cousens S, Merialdi M, Filippi V. The effectiveness of birth plans in increasing use of skilled care at delivery and postnatal care in rural Tanzania: a cluster randomised trial. *Tropical Medicine and International Health* [Internet]. 2013 [cited 2018 Feb 26];18(4):435-43. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/tmi.12069/epdf>
45. Welsh J, Symon A. Unique and proforma birth plans: a qualitative exploration of midwives' experiences. *Midwifery* [Internet]. 2014 [cited 2018 Feb 12];30:885-91. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24703440>
46. Fernández Méndez FS, Vera Ferrer LT, Novo Muñoz MM, Rodríguez Gómez JA, Aguirre Jaime A. El empoderamiento de la gestante y su satisfacción durante el parto [Empowerment of the Pregnant Woman and Her Satisfaction during Childbirth]. *DILEMATA Revista Internacional de Éticas Aplicadas* [Internet]. 2018 [cited 2020 Mai 14];10(26):207-15. Available from: <https://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/412000189/556> Spanish
47. Prefeitura de São Bernardo do Campo [Internet]. São Bernardo do Campo: Prefeitura Municipal de São Bernardo do Campo. A cidade em números. 2018 [cited 2020 Feb 26]. Available from: [https://www.saobernardo.sp.gov.br/documents/10181/888250/TAB\\_SBC\\_EM\\_NUMEROS\\_SOPE13\\_2019\\_FEV.pdf/8384d440-e198-2c4f-b8da-eec46ff98e88](https://www.saobernardo.sp.gov.br/documents/10181/888250/TAB_SBC_EM_NUMEROS_SOPE13_2019_FEV.pdf/8384d440-e198-2c4f-b8da-eec46ff98e88)

48. Prefeitura de São Bernardo do Campo [Internet]. São Bernardo do Campo: Prefeitura Municipal de São Bernardo do Campo. Perfil socioeconômico – bairro Montanhão. 2018 [cited 2020 Feb 26]. Available from: [https://www.saobernardo.sp.gov.br/documents/10181/860684/MONTANHAO\\_PERFIL\\_SOCIOECONOMICO\\_SBC\\_2018.pdf/e5f404f2-7263-32f1-3140-1a69fdc750dc](https://www.saobernardo.sp.gov.br/documents/10181/860684/MONTANHAO_PERFIL_SOCIOECONOMICO_SBC_2018.pdf/e5f404f2-7263-32f1-3140-1a69fdc750dc)
49. Ministério da Saúde (BR). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União: República Federativa do Brasil. 2013 Jun 13. Seção 1, p. 59-62.
50. Almeida JM de, Guimarães VB, Martins CA. Planejamento do parto: instrumento educativo compartilhado com gestantes na UBS Jardim Simus [Birth planning - educational tool shared with pregnant women at UBS Jardim Simus]. Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba [Internet]. 2015 Oct [cited 2020 Oct 18];17 Supl (32º Congresso da SUMEP). Available from: <http://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/view/24863> Portuguese.
51. Jolles MW, de Vries M, Hollander MH, van Dillen J. Prevalence, characteristics, and satisfaction of women with a birth plan in The Netherlands. Birth [Internet]. 2019 [cited 2020 Aug 13];00:1–7. Available from: [https://www.researchgate.net/publication/335843485\\_Prevalence\\_characteristics\\_and\\_satisfaction\\_of\\_women\\_with\\_a\\_birth\\_plan\\_in\\_The\\_Netherlands](https://www.researchgate.net/publication/335843485_Prevalence_characteristics_and_satisfaction_of_women_with_a_birth_plan_in_The_Netherlands)
52. Silveira de Camargo JD, Narchi NZ, Pereira Venâncio KC, Ferreira FM, Lima CF, Néné M, et al. The use of birth plan to support waterbirth: a qualitative approach. J Gynecol Res Obstet [Internet]. 2020 [cited 2020 Sep 06];6(2):24-30. Available from: <https://dx.doi.org/10.17352/jgro.000081>
53. Gonçalves M, Coutinho E, Pereira V, Nelas P, Chaves C, Amaral O. Parto na água em Portugal: a mulher como protagonista [Water birth in Portugal: the woman as protagonist]. Investigação qualitativa em saúde [Internet]. 2018 [cited 2019 Oct 24];2:1446-55. Available from: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2018/article/view/1929/1879> Portuguese
54. Odent M. The instincts of motherhood: bringing joy back into newborn care. Early Hum Dev [Internet]. 2009 [cited 2019 Oct 24];85(11):697-700. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2009.08.053>.
55. Leboyer F. Nascer sorrindo. 14a ed. São Paulo: Editora Brasiliense; 1992.
56. Rodrigues LS, Shimo AK. Baixa luminosidade em sala de parto: vivências de enfermeiras obstétricas [Low light in delivery room: obstetric nursing's experiences]. Rev Gaúcha Enferm [Internet]. 2019 [cited 2020 Mai 14];40:e20180464. Available from: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180464> Portuguese
57. Silva MG, Shimo AK. Influência da iluminação nas expressões emocionais de parturientes: ensaio clínico randomizado [Lighting impact on the emotional

expression of pregnant women: a randomized clinical trial]. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2017 [cited 2020 Mai 14];30(3):217-26. Available from: <https://www.scielo.br/j/ape/a/hdM87DhSq5VWNDjsZjq8R4z/?lang=en> Portuguese

58. Scarton J, Prates LA, Wilhem LA, Silva SC da, Possati AB, Ilha CB, et al. “No final compensa ver o rostinho dele”: vivências de mulheres-primíparas no parto normal [“It was worth it when I saw his face”: experiences of primiparous women during natural childbirth]. *Rev. Gaúcha Enferm* [Internet]. 2015 [cited 2020 Oct 13];36(spe):143-51. Available from: <https://www.scielo.br/pdf/rgenf/v36nspe/0102-6933-rgenf-36-spe-0143.pdf> Portuguese

59. Kottwitz F, Gouveia HG, Gonçalves AC. Via de parto preferida por puérperas e suas motivações [Route of birth delivery preferred by mothers and their motivations]. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2018 [2020 Mai 14];22(1):e20170013. Available from: <https://www.scielo.br/j/ean/a/9sShvRLLFyrzvwfWcFjnfDx/?format=pdf&lang=en>

60. Dias EG, Ferreira AR, Martins AM, Jesus MM, Alves JC. Eficiência de métodos não farmacológicos de alívio da dor no trabalho de parto normal [Efficacy of non-pharmacological methods for pain relief in labor normal of parturition]. *Enferm. Foco* [Internet]. 2018 [cited 2021 Jan 23];9 (2):35-9. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1398/442> Portuguese

61. Cluett ER, Burns E. Cuthbert Immersion in water during labour and birth. 2018 [cited 2020 Sep 06]. In: *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. London (UK): John Wiley & Sons, Ltd.; 2018. Available from: <https://bit.ly/3c9QZyk>

62. Henrique AJ, Gabrielloni MC, Cavalcanti AC, Melo PS, Barbieri M. Hidroterapia e bola suíça no trabalho de parto: ensaio clínico randomizado [Hydrotherapy and the Swiss ball in labor: randomized clinical trial]. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2016 [cited 2021 Jul 06];29(6):686-92. Available from: <https://www.scielo.br/j/ape/a/b46jDVjWvTmQGydr7n9MtVc/?lang=pt&format=pdf>

63. Odent, M. *Pode a humanidade sobreviver a medicina?* 1a ed. Rio de Janeiro: Instituto Michel Odent; 2017.

64. American College of Obstetricians and Gynecologists. Approaches to limit intervention during labor and birth. Committee Opinion n. 687. *Obs Gynecol* [Internet]. 2017 [cited 2019 Oct 24];129 Esp:20-8. Available from: <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2019/02/approaches-to-limit-intervention-during-labor-and-birth>

65. Ferrão AC, Zangão MO. Liberdade de movimentos e posições no primeiro estágio do trabalho de parto [Freedom of movement and position in the first stage of labor]. *RIASE online* [Internet]. 2017 Apr [cited 2021 Jan 23];3(1):886-900. Available from: [http://www.revistas.uevora.pt/index.php/saude\\_envelhecimento/article/view/179/270](http://www.revistas.uevora.pt/index.php/saude_envelhecimento/article/view/179/270) Portuguese

66. International Federation of Gynecology and Obstetrics, White Ribbon Alliance, International Pediatric Association, World Health Organization. Mother–baby friendly birthing facilities. *Int J Gynecol Obstet* [Internet]. 2015 [cited 2019 oct 24]; 128(2):95-9. Available from: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1016/j.ijgo.2014.10.013>
67. Gallo RB, Santana LS, Marcolin AC, Duarte G, Quintana SM. Sequential application of non-pharmacological interventions reduces the severity of labour pain, delays use of pharmacological analgesia, and improves some obstetric outcomes: a randomised trial. *J Physiother* [Internet]. 2018 [cited 2021 Jan 23];64(1):33–40. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29289579/>.
68. Taavoni S, Sheikhan F, Abdolahian S, Ghavi F. Birth ball or heat therapy? A randomized controlled trial to compare the effectiveness of birth ball usage with sacrum-perineal heat therapy in labor pain management. *Complement Ther Clin Pract* [Internet]. 2016 [cited 2021 Jan 23];24:99-102. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1744388116300172?via%3Dihub>
69. Sousa JL, Silva IP, Gonçalves LR, Nery IS, Gomes IS, Sousa LF. Percepção de puérperas sobre a posição vertical no parto [Perception of puerperas on the vertical position in childbirth]. *Rev baiana enferm* [Internet]. 2018 [cited 2021 Jan 23];32:e27499. Available from: [http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2178-86502018000100353](http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2178-86502018000100353)
70. Santos FS, Souza PA, Lansky S, Oliveira BJ, Matozinhos FP, Abreu AL, et al. Os significados e sentidos do plano de parto para as mulheres que participaram da Exposição Sentidos do Nascer [Meanings of the childbirth plan for women that participated in the Meanings of Childbirth Exhibit]. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2019 [cited 2021 Jan 23];35(6):e00143718. Available from: <https://www.scielo.br/j/csp/a/FrXHFqx57JpZBsFV5Xdt3jB/?lang=pt>
71. Mendonça SS. Quando o pai do bebê acompanha o parto: uma etnografia em uma maternidade pública humanizada da cidade do Rio de Janeiro [When the baby's father follows birth: an ethnography in a humanized public maternity of the city of Rio de Janeiro]. *Aceno – Revista de Antropologia do Centro-Oeste* [Internet]. 2018 Jan-Jul [cited 2021 Jan 23];5(9):31-46. Available from: <https://periodicoscientificos.ufmt.br/ojs/index.php/aceno/article/view/6600>
72. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde, Diretoria de Apoio ao Sistema de Saúde. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos, 2015 e 2016 [cited 2019 Out 17]. Available from: [www2.datasus.gov.br/](http://www2.datasus.gov.br/).
73. Niy DY, Oliveira VC, Oliveira LR, Alonso BD, Diniz CS. Como superar a cultura da imobilização física das parturientes? Resultados parciais de estudo de intervenção em São Paulo, SP, Brasil [Overcoming the culture of physical immobilization of birthing women in Brazilian healthcare system? Findings of an intervention study in São Paulo, Brazil]. *Interface* [Internet]. 2019 [cited 2019 Oct

24];23:e180074. Available from: <https://doi.org/10.1590/Interface.180074>  
Portuguese.

74. Silva WN, Azevedo JA, Holanda VR, Gomes AL, Albuquerque GP. Plano de parto como instrumento das boas práticas no parto e nascimento: revisão integrativa [Birth Plan as an instrument of good practices in delivery and birth: an integrative review]. Rev baiana enferm [Internet]. 2019 [cited 2020 Sep 01];33:e32894. Available from: <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/32894/20761>  
Portuguese.

75. Dodou HD, Rodrigues DP, Guerreiro EM, Guedes MV, Lago PN, Mesquita NS. A contribuição do acompanhante para a humanização do parto e nascimento: percepções de puérperas [The contribution of the companion to the humanization of delivery and birth: perceptions of puerperal women]. Esc Anna Nery Rev Enferm [Internet]. 2014 [cited 2020 Aug 06];18(2):262-9. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452014000200262](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452014000200262)  
Portuguese.

76. Loiola AM; Alves VH; Vieira BD; Rodrigues DP; Souza KV; Marchiori GRS, et al. A importância dos grupos educativos do pré-natal na construção do plano de parto [The importance of prenatal educational groups in the construction of the birth plan]. Rev Norte Mineira de enferm [Internet]. 2019 [cited 2020 Aug 06];8(1):30-9. Available from: <https://www.periodicos.unimontes.br/index.php/renome/article/view/2239/2297>  
Portuguese

77. Nogueira AG, Araújo CL, Correia LO. A percepção das mulheres sobre a participação do acompanhante no trabalho de parto [Women's perception about patient escort in labor]. Braz. J. Hea. Rev.[Internet]. 2020 Jul-Aug [cited 2021 Jan 30];3(4):11316-27. Available from: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/15868/13020>  
Portuguese

78. Nogueira JR, Ferreira M. O envolvimento do pai na gravidez/parto e a ligação emocional com o bebê [Father's involvement in pregnancy/childbirth and the emotional bond with the baby]. Rev. Enf. Ref. [Internet]. 2012 Dec [cited 2021 jan 30];III(8):57-66. Available from: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIIn8/serIIIIn8a06.pdf> Portuguese

79. Anderson CM, Monardo R, Soon R, Lum J, Tschann M, Kaneshiro B. Patient communication, satisfaction, and trust before and after use of a standardized birth plan. Hawai'i Journal of Medicine & Public Health [Internet]. 2017 Nov [cited 2021 jan 30];76(11):305-9. Available from: <https://www.redalyc.org/comocitar.oa?id=388239967013>

## Apêndice 1 – Instrumento de coleta de dados

Designação do estudo: Plano de Parto: do planejamento à execução

Nome: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ ( ) Maior de 18 anos ( ) Menor de 18 anos

Matrícula: \_\_\_\_\_

Endereço atual: \_\_\_\_\_

Telefone atual: \_\_\_\_\_

Estado civil: ( ) solteira ( ) união estável ( ) casada ( ) desquitada,  
separada ou divorciada ( ) viúva

Com quem vive:

- ( ) Vive só ( ) Com companheiro ( ) Com companheiro e filho(s)  
( ) Com familiares sem companheiro ( ) Com companheiro, filho(s) e/ou outros  
familiares ( ) Outras pessoas sem laços consanguíneos ou conjugais

Escolaridade:

- ( ) Analfabeta  
( ) Fundamental Ciclo I incompleto  
( ) Fundamental Ciclo I completo  
( ) Fundamental Ciclo II incompleto  
( ) Fundamental completo  
( ) Médio incompleto  
( ) Médio completo  
( ) Nível técnico incompleto  
( ) Nível técnico completo  
( ) Superior incompleto  
( ) Superior completo

Condições de moradia: ( ) própria ( ) alugada ( ) cedida  
( ) alvenaria ( ) madeira

### Fase gestacional:

Idade gestacional: \_\_\_\_\_ Risco gestacional no momento: ( ) Habitual ( ) Alto

Gestação atual: ( ) Planejada ( ) Não planejada

Data provável do parto: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ História obstétrica: \_\_\_ G \_\_\_ PN \_\_\_ PC \_\_\_ A

Data de participação no grupo de elaboração do Plano de Parto: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Acompanhante: \_\_\_\_\_ Relação com a gestante: \_\_\_\_\_

Gestação: ( ) única ( ) múltipla

1. Você pretende ter seu filho em uma maternidade:

( ) pública do município de São Bernardo do Campo;

( ) pública de outro município;

( ) convênio ou particular.

2. Até a primeira semana de pós-parto, você pretende:

( ) Manter-se no endereço atual;

( ) Mudar-se para outro endereço dentro da Vila São Pedro;

( ) Mudar-se para outro endereço fora da Vila São Pedro.

**Fase puerperal:**

Data do parto: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Idade gestacional no momento do parto: \_\_\_\_\_

Local do parto: \_\_\_\_\_

Tipo de parto: ( ) Vaginal ( ) Vaginal com auxílio de instrumentos

( ) Vaginal com episiotomia ( ) Cesárea

Assistido por (categoria profissional): \_\_\_\_\_

Feto: ( ) vivo ( ) morto

Com relação ao Plano de Parto elaborado na UBS, você apresentou para a equipe do hospital?

( ) Sim ( ) Não

Você permaneceu com o acompanhante de sua escolha?:

( ) Sim ( ) Não ( ) Parcialmente

Sua escolha prévia sobre o acompanhante foi atendida?

( ) Sim

( ) Parcialmente. Motivo: \_\_\_\_\_

( ) Não. Motivo: \_\_\_\_\_

Você ingeriu líquidos durante o trabalho de parto?

( ) Não

( ) Sim, sendo ele(s):

( ) Água; ( ) Chá;

( ) Leite; ( ) Achocolatado;

( ) Outro;

Sua escolha prévia sobre ingestão de líquidos foi atendida?

( ) Sim

( ) Parcialmente. Motivo: \_\_\_\_\_

( ) Não. Motivo: \_\_\_\_\_

Você utilizou os métodos de relaxamento na sala de parto?

( ) Não ( ) Sim, apenas para música ( ) Sim, apenas para luminosidade

( ) Sim para ambos.

Sua escolha prévia com relação ao relaxamento na sala de parto foi atendida?

( ) Sim

( ) Parcialmente. Motivo: \_\_\_\_\_

( ) Não. Motivo: \_\_\_\_\_

Você utilizou os métodos de alívio da dor?

( ) Não

( ) Sim, sendo ele(s):

( ) Caminhar; ( ) Massagem;

( ) Exercício na bola suíça; ( ) Banho de chuveiro;

( ) Espaldar; ( ) Cavalinho;

( ) Analgésicos; ( ) Anestésicos.

Sua escolha prévia com relação aos métodos de alívio da dor foi atendida?

( ) Sim

( ) Parcialmente. Motivo: \_\_\_\_\_

( ) Não. Motivo: \_\_\_\_\_

Qual sua posição no momento do parto?

( ) Sentada em banqueta apropriada para parto/cócoras;

( ) Cócoras sobre a cama;

( ) Deitada com cabeceira elevada, semi-sentada;

( ) De lado;

( ) Posição ginecológica;

( ) Outra posição. Especifique: \_\_\_\_\_

Sua escolha prévia com relação à posição de parto foi atendida?

( ) Sim

( ) Parcialmente. Motivo: \_\_\_\_\_

( ) Não. Motivo: \_\_\_\_\_

Quem realizou o  corte do cordão umbilical:

( ) Profissional ( ) Acompanhante.

Sua escolha prévia sobre o  corte do cordão umbilical foi atendida?

( ) Sim

( ) Parcialmente. Motivo: \_\_\_\_\_

( ) Não. Motivo: \_\_\_\_\_

Em geral, como você considera o processo de nascimento com relação ao Plano de Parto planejado e o executado?

( ) Muito insatisfeita ( ) Insatisfeita

( ) Nem satisfeita, nem insatisfeita

( ) Satisfeita ( ) Muito satisfeita

## Apêndice 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

São Bernardo do Campo, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_

### ***Plano de Parto: do planejamento à execução***

Convido a senhora a participar deste estudo voluntariamente. Ele tem como objetivo avaliar a aplicabilidade de um Plano de Parto para gestantes assistidas no município de São Bernardo do Campo, identificando suas principais escolhas relacionadas à assistência prevista pelo Plano de Parto, comparando o Plano de Parto proposto com o realizado e avaliando a satisfação da mulher quanto ao Plano de parto planejado e o executado. A coleta de dados ocorrerá em dois momentos. O primeiro será realizado no dia em que participar do grupo e que elaborará o seu Plano de Parto. Neste dia será preenchido um formulário com seus dados socioeconômicos e gestacionais, bem como será realizada uma cópia do seu Plano de Parto elaborado. O segundo momento será após o parto, no seu primeiro atendimento na Unidade Básica de Saúde ou na visita domiciliar, onde a senhora responderá um questionário comparando seus desejos expressados no Plano de Parto, enquanto gestante, com as práticas realizadas durante o parto. Portanto, não haverá ocorrência de procedimentos que causarão dor ou danos, não implicando em riscos à sua saúde. Porém, vale ressaltar o risco de desconforto ou constrangimento na participação da senhora no estudo, uma vez que em ambos os momentos, sua presença na unidade será estendida em até quinze minutos. Em caso de dúvidas sobre a pesquisa entrar em contato com a pesquisadora Grazielle Figueiredo, no telefone: (11) 5576-4430, ramal: 1625. Para dúvidas e denúncias quanto às questões éticas entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo, situado na Rua Francisco de Castro, 55, CEP: 04020-050, Tel: (11) 5571-1062, FAX: (11) 5539-7162. E-mail: cep@unifesp.edu.br. e/ou Secretaria Municipal de Saúde de São Bernardo do Campo, pelo e-mail educação.permanente@saobernardo.sp.gov.br, Telefone: (11)2630-6569.

\_\_\_\_\_ Rubrica da participante

\_\_\_\_\_ Rubrica da pesquisadora

É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade de seu atendimento na Unidade Básica. As informações obtidas serão analisadas em conjunto com as de outras gestantes voluntárias, não sendo divulgada a identificação de nenhuma delas.

Caso ocorra qualquer problema ou dano pessoal durante ou após a coleta das informações, lhe será garantido o direito a tratamento imediato e gratuito na instituição como também terá direito a indenização determinada por lei. Informo que este termo será realizado em 2 vias originais sendo uma pertencente ao pesquisador e a outra a voluntária participante da pesquisa.

Tenho compromisso como pesquisadora de utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa. Porém, o relatório final, bem como as citações anônimas estarão disponíveis no Comitê de Ética e aos membros envolvidos neste estudo para verificação dos dados, sem violar o sigilo das informações. Não há despesas pessoais para a senhora em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação.

Acredito ter sido suficientemente informada a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo: “**Plano de Parto: do planejamento à execução**” com a pós-graduanda Grazielle Figueiredo, sobre a minha decisão de participar deste estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do mesmo, os procedimentos a serem realizados, não oferecendo nenhum tipo de risco, garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a atendimento em serviços públicos de saúde quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste serviço.

\_\_\_\_\_ Rubrica da participante

\_\_\_\_\_ Rubrica da pesquisadora

Nome da Participante \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Assinatura da participante

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido desta participante ou representante legal para a participação neste estudo.

Nome Pesquisador \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Assinatura do Pesquisador Responsável

***Endereço do Pesquisador***

Rua Napoleão de Barros, 754. Vila Clementino, São Paulo

Fone: (11) 5576-4430 Ramal: 1625

E-mail: grazifig@hotmail.com

***Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFESP***

Rua Francisco de Castro, 55. Vila Clementino, São Paulo

Tel. (11) 5571-1062 ou (11) 5539-7162

E-mail: cep@unifesp.edu.br

***Endereço da Secretaria Municipal de Saúde de São Bernardo do Campo (SMS/SP)***

Rua Santos Dumont, 154/166

Tel. (11) 2630-6569

E-mail: educação.permanente@saobernardo.sp.gov.br

# Anexo 1 – Plano de Parto

**MEU**



**PLANO DE PARTO**

**NOME** \_\_\_\_\_

**PERGUNTE NO SEU PRÉ-NATAL**  
Visite o local onde pretende ter seu filho (a)!  
Se informe sobre seus direitos e de seu filho(a)!

**Associação de Mulheres da Região de São Bernardo do Campo**

**HOSPITAL MUNICIPAL UNIVERSITÁRIO**

**SECRETARIA DE SAÚDE**

**MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO**

Posições para o parto

Amamentação

Alívio da dor

Analgesia

Acompanhante

Movimentação

Clampamento tardio do cordão

Contato pele a pele com bebê

Alimentação

## Plano de Parto: para atender suas expectativas em relação ao parto é fundamental termos um registro prévio dos seus desejos.

### Acompanhante

Desejo que meu trabalho de parto seja acompanhado por: \_\_\_\_\_

Grau de parentesco: \_\_\_\_\_



### Ingestão de líquidos

Além da dieta, você também pode tomar líquidos para hidratar-se.

Quais líquidos deseja ingerir:

- Água
- Chás
- Leite
- Achocolatado

### Relaxamento na sala de parto

O ambiente calmo, associado a técnicas para controle da dor, ajudam a relaxar:

- Desejo um ambiente com pouca luminosidade
- Desejo ouvir música oferecida pela instituição

### Trabalho de parto

É recomendável que a mulher se movimente livremente.

A posição deitada de costas deve ser evitada. A raspagem dos pelos é desnecessária, assim como a lavagem intestinal.



### Alívio da dor

Durante o trabalho de parto o profissional utilizará técnicas para aliviar a dor com ajuda do acompanhante.

### Qual método você deseja usar?

- Caminhar
- Massagem
- Exercícios na bola suíça
- Banho de chuveiro
- Espaldar
- Cavalinho
- Remédios aplicados na veia para alívio da dor
- Anestesia



### Posição do parto

Na hora do nascimento, a posição vertical (sentada, semi-sentada, de cócoras) pode ser escolhida pela mulher, se assim se sentir mais confortável.

Além do parto ser mais rápido porque a ação da gravidade facilita o processo, a posição vertical influencia de forma positiva a oxigenação fetal, permite a presença ativa do acompanhante e diminui a necessidade de corte na vagina (episiotomia).



### Qual posição você pretende ter seu bebê?

- Sentada em banqueta apropriada para parto/cócoras
- De cócoras sobre a cama
- Deitada com cabeceira elevada, semi-sentada
- De lado
- Posição ginecológica

Outras: \_\_\_\_\_

Apesar de não ser rotina do serviço, pode ser realizado em prol da mãe e/ou bebê corte na lateral da vagina (episiotomia) ou parto instrumental ( fórceps), após consentimento e esclarecimento materno.



### Contato pele a pele

O bebê que nasce em boas condições será colocado em contato pele a pele com a mãe. O clameamento do cordão é feito tardiamente, favorecendo a troca de oxigênio entre mãe e bebê e maior estoque de ferro para o mesmo.

### Quanto ao corte do cordão umbilical, deseja que seja feito pelo:

- Profissional
- Acompanhante

Após o parto, será feita uma injeção de ocitocina no músculo para evitar hemorragia. Se a mãe estiver bem, poderá tomar banho e alimentar-se. Os profissionais avaliam periodicamente o sangramento após o parto e ajudam na amamentação.

### Cuidados com o bebê

Será aplicado colírio nos olhos para evitar infecção, injeção de vitamina K no músculo da coxa e o curativo do coto umbilical realizado com álcool a 70%.



**Anexo 2 – Carta de Ciência Prefeitura de São Bernardo do Campo**

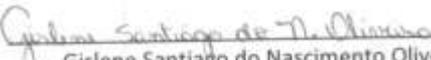
**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO**  
**Secretaria de Saúde**  
**Departamento de Apoio à Gestão SUS**  
**Divisão de Educação Permanente em Saúde e Gestão Participativa**  
Rua Continental, 542 - Parque São Diogo - CEP: 09732-610 fone: 4126-4316  
e-mail: [educacao.permanente@saobernardo.sp.gov.br](mailto:educacao.permanente@saobernardo.sp.gov.br)

Ofício SS.5 - SBC/SS nº035 /2017

São Bernardo do Campo, 06 de setembro de 2017

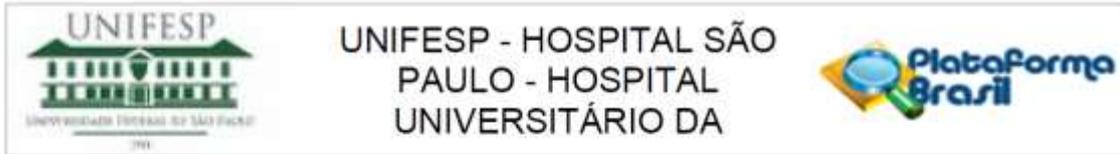
A Divisão de Educação Permanente e Gestão Participativa da Secretaria de Saúde de São Bernardo do Campo, após análise do projeto de pesquisa intitulado "**Plano de Parto: do planejamento a sua execução**" manifesta interesse à abertura de campo de pesquisa. O projeto será desenvolvido pela pesquisadora Grazielle Figueiredo, devidamente matriculada no Curso de mestrado na Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) sob orientação da professora Dra. Marcia Barbieri. Informamos ainda que a coleta de dados só poderá ser iniciada após a apresentação do parecer favorável da Plataforma Brasil.  
Sem mais para o momento.

Atenciosamente,

  
Gislene Santiago do Nascimento Oliveira  
Gerente de Educação em Saúde

A/C  
Comitê de Ética  
UNIFESP

## Anexo 3 – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Plano de parto: do planejamento à sua execução

**Pesquisador:** Grazielle Figueiredo

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 97193118.3.0000.5505

**Instituição Proponente:** Escola Paulista de Enfermagem

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.908.229

#### Apresentação do Projeto:

Projeto CEP/UNIFESP n:0998/2018

O estudo tem por objetivo avaliar a aplicabilidade de um plano de parto para gestantes assistidas no município de São Bernardo do Campo, identificando suas principais escolhas relacionadas à assistência prevista no documento, comparando o plano proposto com o realizado e avaliando a satisfação da mulher com relação àquilo que foi planejado e o que foi executado. As primeiras ações em prol da implantação do plano de parto no município de São Bernardo do Campo surgiram em 2015, após o intercâmbio realizado entre o Hospital Municipal Universitário (HMU), maternidade referência de todo o município de São Bernardo do Campo, e o Hospital Sofia Feldman, em Belo Horizonte. Em 16 janeiro de 2016, uma das enfermeiras obstetras e uma médica ginecologista e obstetra do HMU iniciaram a capacitação dos profissionais das UBS's do município. Desta forma, a dinâmica aplicada às gestantes e acompanhantes para construção do plano de parto foi padronizada no município. Trata-se de um encontro único realizado em grupo de uma a duas vezes por mês em datas pré-definidas com duração de duas horas.

-HIPÓTESE: H0 As possibilidades teóricas planejadas para um parto mais humanizado através do plano de parto não correspondem às ações desenvolvidas na prática. H1 As possibilidades teóricas planejadas para um parto mais humanizado através do plano de parto correspondem às ações desenvolvidas na prática.

**Endereço:** Rua Francisco de Castro, 55

**Bairro:** VILA CLEMENTINO

**CEP:** 04.020-050

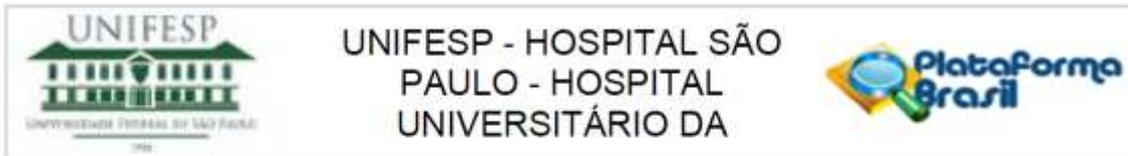
**UF:** SP

**Município:** SAO PAULO

**Telefone:** (11)5571-1062

**Fax:** (11)5539-7162

**E-mail:** cep@unifesp.edu.br



Continuação do Parecer: 2.908.229

**Objetivo da Pesquisa:**

-OBJETIVO PRIMÁRIO: Avaliar a aplicabilidade de um plano de parto para gestantes assistidas na atenção básica no Município de São Bernardo do Campo.

-OBJETIVO SECUNDÁRIO: Identificar as principais escolhas das gestantes relacionadas à assistência prevista no plano de parto; Comparar a execução do plano de parto proposto com o realizado; Avaliar a satisfação da mulher quanto à utilização do plano de parto planejado e o executado.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Em relação aos riscos e benefícios, o pesquisador declara:

-RISCOS: Não haverá ocorrência de procedimentos que causarão dor ou danos, não implicando em riscos à sua saúde, porém vale ressaltar o risco de desconforto ou constrangimento na participação da senhora no estudo, uma vez que em ambos os momentos, sua presença na unidade será estendida em até quinze minutos;

- BENEFÍCIOS: Aprimorar o preparo da gestante para o parto, adaptar a realidade local de acordo com as principais escolhas das gestantes, assim como, estimular a incorporação do Plano de Parto em outros municípios no âmbito do SUS.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de projeto de mestrado de Grazielle Figueiredo. Orientadora: Profa. Dra. Márcia Barbieri; Coorientadora: Profª Drª Maria Cristina Gabrielloni. Projeto vinculado ao Departamento de Enfermagem na Saúde da Mulher, Campus São Paulo, Escola Paulista de Enfermagem, UNIFESP.

TIPO DE ESTUDO: Estudo observacional, prospectivo, de natureza quantitativa.

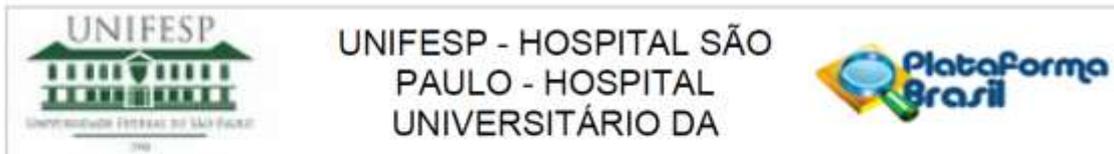
LOCAL: Unidade Básica de Saúde (UBS) Vila São Pedro, São Bernardo do Campo,

PARTICIPANTES: A amostra será constituída por 60 gestantes de risco obstétrico habitual que estiverem com 27 semanas ou mais de gravidez, realizando acompanhamento pré-natal na referida UBS (Vila São Pedro), em um período de seis meses.

-Critério de Inclusão: Gestantes maiores de 18 anos; que apresentarem, no mínimo, conhecimentos básicos de escrita e leitura; fluentes em língua portuguesa; feto único; sem histórico de cesárea anterior ou com apenas uma cesárea; livres de déficits cognitivos; ter participado do grupo para elaboração do seu plano de parto; ter preenchido o impresso "Meu Plano de Parto" na íntegra; residir na área de abrangência da UBS Vila São Pedro.

-Critério de Exclusão: Gestantes que desenvolverem algum dos critérios: mudar de endereço para

<b>Endereço:</b> Rua Francisco de Castro, 55	
<b>Bairro:</b> VILA CLEMENTINO	<b>CEP:</b> 04.020-050
<b>UF:</b> SP	<b>Município:</b> SAO PAULO
<b>Telefone:</b> (11)5571-1062	<b>Fax:</b> (11)5539-7162
	<b>E-mail:</b> cep@unifesp.edu.br



Continuação do Parecer: 2.908.229

área fora da abrangência da UBS; gestação de alto risco; gestação cujo desfecho tenha sido parto prematuro confirmado pela data da última menstruação (DUM) ou exame de ultrassonografia precoce (<19 semanas); gestação cujo desfecho tenha sido natimortalidade; não ter apresentado o plano de parto construído para a equipe hospitalar.

**PROCEDIMENTOS:**

-A coleta de dados será iniciada no primeiro grupo de gestantes para elaboração do plano de parto após aprovação da Secretaria da Saúde do Município e Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFESP. Será utilizado um instrumento semiestruturado para coleta de dados em dois momentos. Na fase gestacional para recrutamento e coleta de dados iniciais da gestante e na fase puerperal para comparar o plano de parto proposto com o realizado. Ainda na fase gestacional, será feita a digitalização do plano de parto da gestante assim que ela terminar sua elaboração a fim de manter o registro de suas preferências. A coleta dos dados deste estudo será encerrada quando a última gestante incluída tiver respondido à pesquisa em até sete dias de pós-parto durante consulta ou visita domiciliar puerperal.

(mais informações, ver projeto detalhado).

-DESFECHO PRIMÁRIO: Preferências das gestantes para o parto; Atendimento das escolhas prévias das gestantes.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

1- Foram apresentados os principais documentos: folha de rosto; projeto completo; cópia do cadastro CEP/UNIFESP, orçamento financeiro e cronograma apresentados adequadamente.

2-TCLE a ser aplicado aos participantes

3- outros documentos importantes anexados na Plataforma Brasil:

a)-autorização da Secretaria Municipal de Saúde de São Bernardo do Campo (Pasta: outros- Submissão 1; Documento:carta\_Ciencia\_Graziele\_Figueiredo.jpeg)

4- O Instrumento de coleta de dados está anexado no final do projeto detalhado.

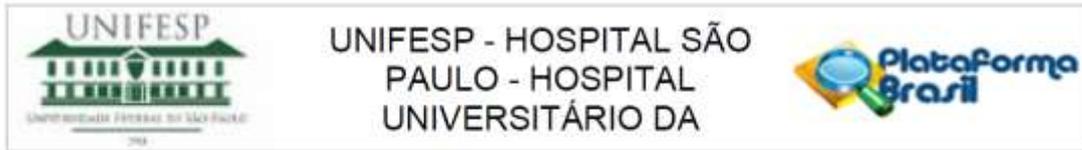
**Recomendações:**

sem recomendações

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Aprovado

Endereço: Rua Francisco de Castro, 55  
 Bairro: VILA CLEMENTINO CEP: 04.020-050  
 UF: SP Município: SAO PAULO  
 Telefone: (11)5571-1062 Fax: (11)5539-7162 E-mail: cep@unifesp.edu.br



Continuação do Parecer: 2.908.229

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O CEP informa que a partir desta data de aprovação, é necessário o envio de relatórios parciais (semestralmente), e o relatório final, quando do término do estudo.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1199954.pdf	24/08/2018 21:18:31		Aceito
Outros	Cadastro_Projeto_Graziele_Figueiredo.pdf	24/08/2018 21:15:21	Graziele Figueiredo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Graziele_Figueiredo.pdf	24/08/2018 21:10:01	Graziele Figueiredo	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Graziele_Figueiredo.pdf	24/08/2018 21:05:22	Graziele Figueiredo	Aceito
Outros	Carta_Ciencia_Graziele_Figueiredo.jpeg	24/08/2018 21:03:06	Graziele Figueiredo	Aceito
Orçamento	Orcamento_Graziele_Figueiredo.pdf	24/08/2018 21:00:25	Graziele Figueiredo	Aceito
Cronograma	Cronograma_Graziele_Figueiredo.pdf	24/08/2018 20:58:26	Graziele Figueiredo	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto_Graziele_Figueiredo.pdf	24/08/2018 20:56:42	Graziele Figueiredo	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

SAO PAULO, 20 de Setembro de 2018

---

**Assinado por:**  
**Miguel Roberto Jorge**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Rua Francisco de Castro, 55  
**Bairro:** VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.020-050  
**UF:** SP **Município:** SAO PAULO  
**Telefone:** (11)5571-1062 **Fax:** (11)5539-7162 **E-mail:** cep@unifesp.edu.br

## **Bibliografia consultada**

Normas para teses e dissertações [Internet]. 3a ed. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, Biblioteca Antônio Rubino de Azevedo, Coordenação de Cursos; 2021 [cited 2021 Jul 09]. Available from: <http://www.bibliotecacsp.unifesp.br/Documentos-Apostila/normas-para-teses-e-dissertacoes>