

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Faculdade de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem



Dissertação

A experiência de mulheres que utilizaram o Plano de Parto.

Erivanda de Sá Luz Martins

Pelotas, 2025

Erivanda de Sá Luz Martins

A experiência de mulheres que utilizaram o Plano de Parto

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ciências. Área de concentração: Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde. Linha de pesquisa: Epidemiologia, práticas e cuidado na saúde e enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Juliane Portela Ribeiro

Pelotas, 2025

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas
Catalogação da Publicação

M379e Martins, Erivanda de Sá Luz

A experiência de mulheres que utilizaram o Plano de Parto [recurso eletrônico] / Erivanda de Sá Luz Martins ; Juliane Portela Ribeiro, orientadora. — Pelotas, 2025.

74 f.

Dissertação (Mestrado) — Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, 2025.

1. Plano de parto. 2. Parto humanizado. 3. Empoderamento. 4. Autonomia pessoal. 5. Enfermagem. I. Ribeiro, Juliane Portela, orient. II. Título.

CDD 610.73

Elaborada por Simone Godinho Maisonave CRB: 10/1733

Erivanda de Sá Luz Martins

A experiência de mulheres que utilizaram o Plano de Parto

Dissertação aprovada, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas.

Data da defesa: 01 de Abril de 2025.

Banca examinadora:

Prof^a. Dr^a. Juliane Portela Ribeiro (UFPeI)
Doutora em Enfermagem (FURG).
(Orientadora)

Prof^a. Dr^a. Susana Cecagno (HE-UFPeI/EBSERH)
Doutora em Enfermagem (UFPeI).

Prof^a. Dr^a. Alitéia Santiago Dilélio (UFPeI)
Doutora em Epidemiologia (UFPeI).

Prof^a. Dr^a. Fernanda Demutti Pimpão Martins (FURG)
Doutora em Enfermagem (UFPE).
(Suplente)

AGRADECIMENTOS

Concluir este trabalho marca o fim de uma jornada desafiadora, enriquecedora e uma jornada repleta de aprendizados e conquistas. Sou profundamente grata por todos que me apoiaram e caminharam ao meu lado durante esse processo.

Minha eterna gratidão a Deus, por me guiar, fortalecer e iluminar meu caminho durante esta jornada. Em cada desafio e em cada vitória, senti Sua presença, Sua graça e o reflexo de Sua misericórdia, amor e sabedoria. Foi em Ti que encontrei forças nos momentos de fraqueza, luz nas horas de incerteza e esperança diante dos desafios.

A meu amado esposo Elieser Martins pela paciência, encorajamento, parceria, compreensão, mesmo nos momentos de ausência e apoio incondicional ao longo desta jornada. Sua presença constante e suas palavras de encorajamento foram essenciais para que eu pudesse seguir em frente.

À minha amada filha, Ester Martins, de apenas 5 anos, que foi uma imensa fonte de inspiração e alegria durante esta jornada. Seu sorriso, suas risadas e sua luz tornaram os dias difíceis mais leves e os momentos de cansaço mais suportáveis. Você é a razão pela qual eu busco ser melhor a cada dia, e este trabalho também é para você.

À minha mãe, Eri Luz, pelo amor incondicional, pelas palavras de encorajamento nos momentos difíceis e por me ensinar o valor da determinação e da resiliência. Sua força e dedicação sempre foram uma inspiração para mim. Aos meus irmãos, Geracina Neta, Sadraque Lima e Samuel (*in memoriam*), pela amizade, parceria e apoio ao longo desta jornada.

Em especial, dedico este trabalho à memória do meu amado e saudoso pai, Raimundo Amâncio, cuja presença em minha vida foi fundamental para que eu pudesse chegar até aqui. Seu amor, ensinamentos e apoio incondicional foram a base de todos os meus passos. Apesar de sua ausência física, sinto sua força e inspiração em cada conquista. Este trabalho é, também, uma forma de honrar seu legado e tudo o que ele representou em minha vida.

À minha amada orientadora, Professora Doutora Juliane Portella Ribeiro, minha mais profunda gratidão pela paciência, orientação, ensinamentos valiosos e dedicação ao longo deste processo. Seu conhecimento, incentivo e apoio constante não apenas enriqueceram este trabalho, mas também contribuíram significativamente para o meu crescimento acadêmico e pessoal. Sou imensamente grata por ter tido a oportunidade de aprender com alguém tão especial e inspiradora.

Aos membros da banca examinadora, Susana Cecagno, Alitéia Santiago Dilélio e Fernanda Demutti Pimpão Martins, minha sincera gratidão pela leitura atenta e pelas valiosas sugestões e críticas construtivas que enriqueceram este trabalho.

Aos professores da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), minha sincera gratidão por compartilharem conhecimento, dedicação e inspiração ao longo da minha trajetória acadêmica. Cada aula, orientação e conversa foram fundamentais para o meu desenvolvimento intelectual e pessoal.

Aos meus amigos (as), que estiveram ao meu lado durante esta jornada, minha mais sincera gratidão. Cada palavra de incentivo, gesto de apoio e momento de descontração fez toda a diferença nos momentos de dificuldade. Sou imensamente grata por ter amigos tão especiais.

A todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste trabalho, deixo aqui meu mais sincero agradecimento.

Enfim, que este trabalho seja o início de novas possibilidades e conquistas.

Àquele que é capaz de fazer infinitamente mais do que tudo o que pedimos ou pensamos, de acordo com o seu poder que atua em nós, a ele seja a glória em Cristo Jesus, por todas as gerações, para todo o sempre! Amém! (Efésios 3:20 -21)

Resumo

MARTINS, Erivanda de Sá Luz. **A experiência de mulheres que utilizaram o Plano de Parto**. Orientadora: Juliane Portella Ribeiro. 2025. 69 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2025.

O Plano de Parto constitui-se no planejamento pessoal da gestante sobre processo parturitivo, em que expressa suas decisões e preferências em relação ao mesmo. A Organização Mundial da Saúde sugere que, além de desenvolvê-lo, a mulher compartilhe o plano com marido/parceiro e família, visto que eles poderão apoiá-la e advogar a seu favor no momento do parto. Com isso, o objetivo do presente estudo é descrever as experiências vivenciadas por mulheres que utilizaram o plano de parto. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de caráter exploratório e descritivo. Foi realizada em ambiente virtual, via *WhatsApp*, com mulheres que tiveram a experiência com o uso do plano de parto. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa, obtendo aprovação pelo Parecer Nº 7.154.031 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética Nº 81827124.2.0000.5316, em 13 de outubro de 2024. Participaram da pesquisa 22 mulheres, selecionadas de acordo com os critérios de inclusão e exclusão. A coleta de dados ocorreu entre os meses de novembro e dezembro de 2024. A captação das participantes ocorreu através do método bola de neve virtual, na qual as mesmas puderam agendar a entrevista com a pesquisadora. As entrevistas semiestruturadas ocorreram por videochamada, sendo gravadas e transcritas na íntegra. Os dados obtidos foram submetidos à análise temática. A partir da análise de dados emergiram as seguintes categorias: A experiência na elaboração do plano de parto; A experiência na utilização do plano de parto; que abrange as subtemáticas: Utilização do plano de parto documentado no processo parturitivo e Utilização do plano de parto mental no processo parturitivo; e, por fim, Plano de parto documentado: “é um meio de respeitar a mulher quando ela está consciente, porque o trabalho de parto não te deixa consciente”. Com relação à experiência na elaboração do plano de parto, os dados evidenciaram que as mulheres podem fazê-lo de forma documental, mental ou pelo uso de aplicativo de dispositivo móvel, com o auxílio dos profissionais de saúde, que devem estar instrumentalizados sobre os propósitos do plano de parto, a fim de sanar as dúvidas das gestantes e expor as principais intercorrências no processo parturitivo, além de respeitar a autonomia e dignidade da mulher durante esse processo. A experiência na utilização do plano de parto evidenciou que a realidade institucional se colocou como uma barreira para o completo desenvolvimento do plano de parto devido a restrições de recursos, práticas inadequadas, falta de preparo da equipe e rigidez nas normas. Diante disso, fomenta-se a visitação da maternidade, para conhecer a ambiência e os recursos disponíveis para atenção à mulher no período gravídico-puerperal.

Palavras-chave: plano de parto; parto humanizado; empoderamento; autonomia pessoal; enfermagem.

Abstract

MARTINS, Erivanda de Sá Luz. **The experience of women who used the Birth Plan**. Advisor: Juliane Portella Ribeiro. 2025. 69 p. Dissertation (Master in Science) - Faculty of Nursing, Federal University of Pelotas, Pelotas, 2025.

The Birth Plan is the pregnant woman's personal plan for the birth process, in which she expresses her decisions and preferences regarding it. The World Health Organization suggests that, in addition to developing it, the woman shares the plan with her husband/partner and family, as they will be able to support her and advocate on her behalf at the time of birth. The objective of this study is to describe the experiences of women who used the birth plan. This is a qualitative, exploratory and descriptive study. It was conducted virtually via WhatsApp, with women who had experienced the use of a birth plan. The project was submitted to the Research Ethics Committee, obtaining approval by Opinion No. 7,154,031 and Certificate of Presentation for Ethical Appreciation No. 81827124.2.0000.5316, on October 13, 2024. A total of 22 women participated in the research, selected according to the inclusion and exclusion criteria. Data collection took place between November and December 2024. Participants were recruited through the virtual snowball method, in which they were able to schedule an interview with the researcher. The semi-structured interviews took place via video call, being recorded and transcribed in full. The data obtained were subjected to thematic analysis. From the data analysis, the following categories emerged: Experience in preparing the birth plan; Experience in using the birth plan; which covers the subthemes: Use of the documented birth plan in the parturition process and Use of the mental birth plan in the parturition process; and, finally, a documented birth plan: "As a means of including the woman in the labor process even when she is not conscious in case of a Caesarean Section". With regards to the experience in preparing the birth plan, the data showed that women can do so using documents, mentally or a mobile device application, with the help of health professionals, who must be equipped with the purposes of the birth plan, in order to clarify any concerns of the pregnant women and explain the main complications in the birth process. In addition to respecting the autonomy and dignity of women during this process. The experience in using the birth plan showed that the institutional reality was a barrier to the complete development of the birth plan due to resource restrictions, inadequate practices, lack of team training and rigid rules. In view of this, visits to the maternity ward are encouraged to learn about the environment and resources available for caring for women during pregnancy and childbirth. Secondly the pregnant women can learn more about the resources in the hospital that she attends pre-natal visits to know all the resources that would be available to her during child birth.

Keywords: birth plan; humanized childbirth; empowerment; personal autonomy; nursing.

Resumen

MARTINS, Erivanda de Sá Luz. **La experiencia de las mujeres que utilizaron el Plan de Parto**. Directora: Juliane Portella Ribeiro. 2025. 64 f. Disertación (Maestría en Ciencias) - Facultad de Enfermería, Universidad Federal de Pelotas, Pelotas, 2025.

El Plan de Parto consiste en la planificación personal de la gestante sobre el proceso del parto, en el que expresa sus decisiones y preferencias al respecto. La Organización Mundial de la Salud sugiere que, además de desarrollarlo, la mujer comparta el plan con su esposo/pareja y familia, ya que ellos pueden apoyarla y abogar por ella en el momento del parto. En este contexto, el objetivo del presente estudio es describir las experiencias vividas por mujeres que utilizaron el Plan de Parto. Se trata de una investigación cualitativa, de carácter exploratorio y descriptivo, realizada en un entorno virtual, a través de WhatsApp, con mujeres que tuvieron la experiencia de utilizar el Plan de Parto. El proyecto fue sometido al Comité de Ética en Investigación, obteniendo la aprobación mediante el Dictamen N° 7.154.031 y el Certificado de Presentación para Apreciación Ética N° 81827124.2.0000.5316, el 13 de octubre de 2024. Participaron en la investigación 22 mujeres seleccionadas de acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión. La recolección de datos se llevó a cabo entre los meses de noviembre y diciembre de 2024. Las participantes fueron captadas mediante el método de bola de nieve virtual, lo que les permitió programar las entrevistas con la investigadora. Las entrevistas semiestructuradas se realizaron a través de videollamadas, siendo grabadas y transcritas en su totalidad. Los datos obtenidos se sometieron a análisis temático, del cual emergieron las siguientes categorías: La experiencia en la elaboración del Plan de Parto; La experiencia en la utilización del Plan de Parto, que incluye las subtemas: Utilización del Plan de Parto documentado en el proceso del parto; Utilización del Plan de Parto mental en el proceso del parto; Plan de Parto documentado: “es un medio de respetar a la mujer cuando está consciente, porque el trabajo de parto no te deja consciente”. En cuanto a la experiencia en la elaboración del Plan de Parto, los datos evidenciaron que las mujeres pueden desarrollarlo de manera documental, mental o mediante una aplicación móvil, con la asistencia de los profesionales de la salud. Estos profesionales deben estar capacitados para atender los propósitos del Plan de Parto, resolver las dudas de las gestantes y exponer las principales eventualidades en el proceso del parto, respetando la autonomía y dignidad de la mujer durante este proceso. La experiencia en el uso del Plan de Parto mostró que la realidad institucional se presentó como una barrera para su completo desarrollo, debido a limitaciones de recursos, prácticas inadecuadas, falta de preparación del equipo y rigidez normativa. Por lo tanto, se fomenta la visita a la maternidad para conocer el entorno y los recursos disponibles para la atención a la mujer en el período gestacional y de parto.

Palabras clave: Plan de Parto; parto humanizado; empoderamiento; autonomía personal; enfermería.

Lista de Quadros

Quadro 1	Quadro das características das mulheres que utilizaram o plano de parto, Pelotas 2025.....	40
----------	--	----

Lista de Abreviaturas e Siglas

CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CONEP	Conselho Nacional de Educação e Pesquisa
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
HCPA	Hospital de Clínicas de Porto Alegre
HE-UFPEL	Hospital Escola da Universidade de Pelotas/EBSERH
OMS	Organização Mundial da Saúde
PHPN	Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento
REHUNA	Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas
WHO	<i>World Health Organization</i>

Sumário

APRESENTAÇÃO DA AUTORA.....	14
1 INTRODUÇÃO.....	17
2 OBJETIVOS.....	19
2.1 Objetivo geral.....	19
2.2 Objetivos específicos.....	19
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	20
3.1 Processo histórico e as transformações no cuidado ao parto e ao nascimento.....	20
3.2 Interfaces entre o plano de parto e as boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento.....	26
4 MÉTODO.....	31
4.1 Caracterização da pesquisa.....	31
4.2 Local de realização.....	32
4.3 Participantes do estudo.....	32
4.3.1 Critérios de inclusão.....	33
4.3.2 Critérios de exclusão.....	33
4.4 Aspectos éticos.....	34
4.5 Procedimentos para a coleta de dados.....	35
4.6 Procedimentos para a análise dos dados.....	37
4.7 Divulgação dos resultados.....	38
5 RESULTADOS.....	39
5.1 Caracterização das participantes.....	39
5.2 A experiência na elaboração do Plano de Parto.....	42
5.3 A experiência na utilização do Plano de Parto.....	42
5.3.1 Utilização do Plano de Parto documentado no processo parturitivo.....	42
5.3.2 Utilização do Plano de Parto mental no processo parturitivo.....	46
5.4 Plano de parto documentado: “é um meio de respeitar a mulher quando ela está consciente, porque o trabalho de parto não te deixa consciente”..	47
6 DISCUSSÃO.....	50
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	55
REFERÊNCIAS.....	57
Apêndices.....	64
Anexos.....	70

APRESENTAÇÃO DA AUTORA

Sou Erivanda de Sá Luz Martins, nascida em 11 de novembro de 1983, na cidade de Pedreiras, Maranhão (MA), primogênita de Raimundo Amâncio da Silva Luz e Eri de Sá Luz. Minha infância foi marcada por amor, alegria e ensinamentos valiosos, com participação ativa dos meus pais. Brincadeiras tradicionais, encontros religiosos e culturais, além de amizades e mudanças de cidade, moldaram minha visão de mundo e fortaleceram minha fé em Deus, o qual é o centro da minha vida.

Casei-me com Elieser Martins, um homem íntegro, amoroso e dedicado, que compartilha comigo sonhos e valores. Juntos construímos uma vida fundamentada no amor e na fé. Desta união nasceu nossa filha, Ester Martins, o maior presente que Deus nos deu. Ela é uma luz em nossa família, trazendo alegria e significado com seu sorriso contagiante e sua doçura.

Minha trajetória educacional começou em Pedreiras - MA, passando por diversas escolas e cidades até chegar a São Luís do Maranhão. Foi lá, em 2002, que descobri minha verdadeira vocação na Enfermagem, trocando o sonho de carreira militar pelo propósito de cuidar das pessoas com amor e dedicação. Esse foi um marco que transformou minha vida pessoal e profissional.

Em 2003, iniciei meu curso de Bacharel em Enfermagem pelo Centro Universitário do Maranhão - CEUMA, onde desenvolvi habilidades técnicas, gestão de problemas e uma visão humanista e reflexiva. Concluí o curso e fiz especializações: PSF e Enfermagem Obstétrica e Neonatal, que me habilitou a atender partos normais e cuidar de recém-nascidos, concluindo com um estudo sobre consultas pré-natais.

Essa jornada reflete meu compromisso contínuo com o cuidado e a formação profissional!

Após concluir minha graduação em Enfermagem em 2006, iniciei em 2007

como instrutora e supervisora da Estratégia Saúde da Família em Vitorino Freire-MA. Dois anos depois, fui transferida para o Hospital Municipal Rui Bandeira, onde atuei entre 2009 e 2013 em setores como clínica médica, cirúrgica, obstétrica e pediátrica, destacando-me como enfermeira obstetra a partir de 2011.

Em 2015, assumi a coordenação dos programas Saúde da Mulher, DST/AIDS e Hepatites no município de Raposa - MA. Retornei a Vitorino Freire em 2016 como diretora-geral do Hospital Rui Bandeira e enfermeira obstétrica até 2017. Paralelamente, dediquei-me à docência em cursos técnicos de Enfermagem, ministrando disciplinas como saúde materno-infantil, saúde da mulher e saúde coletiva.

Atualmente, atua na assistência no Hospital Escola da UFPEL (RS), na Unidade de Saúde da Mulher, atendendo gestantes, puérperas e recém-nascidos. Minha trajetória reflete amplo aprendizado em saúde coletiva e materna/infantil, mas permaneço aberta a novos desafios na área da Enfermagem.

Ser enfermeira obstétrica é **testemunhar milagres diariamente**, é estar presente em um dos momentos mais mágicos da existência humana — o nascimento! **Participar do início de uma nova vida com cuidado profundo e humanizado**, prestando assistência técnica, apoio emocional às gestantes, puérperas e seus bebês. **É mostrar empatia** que com certeza fará toda a diferença, **é empoderar e fortalecer as mulheres em um momento único de suas vidas**, ajudando-as a se sentirem seguras, confiantes e bem cuidadas, gerando um impacto duradouro que ficará para sempre na memória das famílias que acompanha, criando laços de gratidão e carinho que nunca se apagam e por fim é **Amor pelo Cuidar**. Porque ser enfermeira obstétrica não é apenas um trabalho; **é viver uma missão**, com amor, dedicação e um sorriso no rosto.

Diante do exposto, expresso que o desenvolvimento do presente estudo reflete a vivência apaixonada da pesquisadora como enfermeira obstétrica, um papel que vai além da técnica e do apoio emocional. Testemunhar o nascimento e oferecer suporte técnico e emocional às mulheres é uma missão que fortalece e empodera em momentos transformadores. Esses laços criam impactos duradouros, reforçando a importância de respeitar escolhas e direitos durante o parto, alinhando práticas às necessidades e expectativas de cada mulher. Ser enfermeira obstétrica é uma missão vivida com amor, dedicação e propósito, guiando o estudo para valorizar o

respeito às escolhas e direitos das mulheres durante o parto.

1 INTRODUÇÃO

O Plano de Parto constitui-se no planejamento pessoal da gestante sobre processo parturitivo, em que expressa suas decisões e preferências em relação ao mesmo. A Organização Mundial da Saúde (OMS) sugere que, além de desenvolvê-lo, a mulher compartilhe o plano com marido/parceiro e família (OMS, 1996), visto que eles poderão apoiá-la e advogar a seu favor no momento do parto.

O Plano de Parto possibilita a mulher a expressão de suas escolhas acerca da alimentação, ingestão de líquidos, realização de exercícios físicos e respiração preparatória para auxiliar no momento do trabalho de parto e parto, uso de fármacos para o alívio da dor, posição mais confortável na hora do período expulsivo, sobre quem será seu acompanhante nesse momento (SBIBAE, 2019).

Pesquisadores apontam que o desenvolvimento do plano de parto pode servir como estratégia de guia introdutório e preparatório para a experiência do parto. Todavia a falta de acesso da gestante ao Plano de Parto, aliada a falta de informação sobre o seu direito, podem constituir uma lacuna favorável ao desconhecimento, medo e insegurança em optar pelo parto natural. Por outro lado, o acesso ao mesmo pode preservá-la de ser induzida e exposta a ações de intervenção em detrimento ao parto natural (Alba-Rodríguez; Coronado-Carvajal; Hidalgo-Lopezosa, 2022).

Pesquisa realizada com puérperas que construíram o plano de parto durante o pré-natal em uma Casa de Parto do município do Rio de Janeiro, apontou que existe um desconhecimento acerca do plano de parto, independentemente da idade, escolaridade ou número de gestações. A maioria das mulheres tomou conhecimento sobre o mesmo na referida Casa de Parto. A construção do plano de parto e sua utilização no processo parturitivo estimulou o autoconhecimento e o entendimento sobre o trabalho de parto e parto fisiológico. A liberdade para o planejamento

autônomo propiciou maior confiança de que seriam capazes de superar a dor do parto e que seriam respeitadas em suas decisões (Mouta *et al.*, 2017).

Outra pesquisa realizada com puérperas assistidas na Casa de Parto localizada no Sudeste do Brasil, que participaram das rodas de conversas e consultas individuais no pré-natal para a construção do plano de parto, apontou que o mesmo é importante para a transformação do modelo obstétrico vigente, possibilitando a humanização na atenção à saúde da mulher. Proporciona à mulher sentimentos de segurança, confiança em si e na equipe de enfermeiros que à assiste, além de respeitar sua individualidade. Por essa razão, propõe o desenvolvimento do plano de parto no pré-natal, seja eles realizado na rede pública ou privada, para a qualificação do cuidado (Loiola *et al.*, 2020).

Considerando a importância do plano de parto para a consolidação de um modelo de atenção ao parto e nascimento humanizado, de respeito e valorização da fisiologia e autonomia da mulher, o presente estudo tem como questão de pesquisa: “Quais experiências vivenciadas por mulheres que utilizaram o Plano de Parto?”

A resposta a tal questionamento busca promover a reflexão acerca da assistência à mulher no processo parturitivo, identificando as barreiras e os aspectos que contribuem para a efetivação do uso do plano de parto. Ao considerar tanto o contexto de assistência pública como da rede privada, acredita-se que seus achados poderão subsidiar o desenvolvimento de ações que promovam maior equidade em saúde e possibilidades de uma assistência integral e digna no trabalho de parto, parto e nascimento.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Descrever as experiências vivenciadas por mulheres que utilizaram o Plano de Parto.

2.2 Objetivos específicos

- Investigar as fontes que auxiliaram na construção do Plano de Parto;
- Investigar a forma de apresentação do Plano de Parto utilizado; se escrito ou no plano das ideias;
- Investigar o respeito e aceitação dos profissionais e serviços de saúde mediante a apresentação do Plano de Parto.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Esse capítulo foi construído a partir de uma revisão de literatura narrativa, que se mostra apropriada para discutir um determinado assunto, uma vez que possibilita ampla busca em fontes literárias ou eletrônicas, com o intuito de obter resultados de pesquisas, fundamentar teoricamente o objetivo proposto, estimulando a reflexão e o debate. Este tipo de revisão desenha o estado da arte de um determinado conteúdo de pesquisa e permite uma discussão entre produções anteriores sobre o tema, mediante ideias recorrentes, direcionando novas perspectivas (Saraiva; Zepeda; Liria, 2020).

Os assuntos presentes nesta revisão serão: Processo histórico e as transformações no cuidado ao parto e ao nascimento e Interfaces entre o Plano de Parto e as Boas Práticas de Atenção ao Parto e ao Nascimento.

3.1 Processo histórico e as transformações no cuidado ao parto e ao nascimento

O zelo e o cuidado prestado à mulher no processo de parto e assistência ao parto sofreram modificações significativas no transcorrer do tempo, no âmbito sociocultural, econômico e psicoemocional, a partir da segunda metade do século XX, quando o corpo da mulher passa a ser medicalizado com o advento do parto em âmbito hospitalar e cirúrgico em função da prioridade do saber médico (Leão *et al.*, 2013).

No princípio, os cuidados às mulheres em trabalho de parto, parto e nascimento eram realizados por mulheres popularmente conhecidas como comadres, vizinhas, parteiras leigas ou mesmo aparadeiras, que proporcionavam àquela mulher e a sua família um parto marcado pelo envolvimento sentimental e pelo empoderamento, com a permissão para que a natureza agisse sem

intercessões. Neste tempo, a gestante era vista como a principal peça da assistência, de modo que o processo natural e fisiológico do trabalho de parto fosse seguido e respeitado (Francisco *et al.*, 2020).

As parteiras conservavam um saber empírico sobre o nascer. Os acontecimentos na vida das mulheres eram realizados em sua residência, onde eram assistidas em todo o processo de gestação, parto e puerpério, bem como nos cuidados com o recém-nascido (Seibert *et al.*, 2005; Koettker, 2010). As parteiras eram de inteira confiança do mulherio e buscavam sanar dúvidas, trocar conhecimentos, descobrir afinidades e aprender sobre vários temas; dentre eles, destacamos o zelo com o corpo, doenças venéreas, prática de aborto ou mesmo colaboração com o infanticídio. Além disso, as parteiras eram encarregadas de preparar alimentos saudáveis (como caldo da caridade, pirão de parida, dentre outros) e bebidas para as parturientes, bem como proferir singelas palavras de alento e conforto (Oliveira; Peralta; Sousa, 2019).

Essas mulheres eram a companhia perfeita e preferida das parturientes por razões psicológicas e humanitárias. Na sua maioria, eram mulatas ou brancas portuguesas que pertenciam aos setores populares. A presença masculina era considerada incômoda durante a parturição, devido ao tabu de mostrar os genitais, romper com a intimidade do momento e ser considerada como mau presságio na crença popular (Acker *et al.*, 2006; Morais, 2010; Sena *et al.*, 2012).

A partir dos séculos XVII – XX (na década de 40), as parteiras foram aos poucos perdendo lugar, sendo desapropriadas de seus saberes, de sua função e dos domínios no campo da parturição, pois a medicina foi intensificada com o surgimento da figura do médico-cirurgião na assistência ao parto (Bitencourt; Oliveira; Rennó, 2022). Com o advento do parto hospitalizado, a mulher precisa se deslocar de sua residência à procura de auxílio da equipe de saúde (Lansky, 2010)

Nesse contexto, a antropóloga americana Davis-Floyd descreve que a atenção ao parto e ao nascimento passa a ser centrada na figura do médico, com o modelo hegemônico, que concebe a gravidez como uma doença e o parto como um momento crítico não confiável que precisa ser controlado, contribuindo assim para que as mulheres fossem desprovidas de seus saberes, perdessem a sua capacidade no controle e a participação ativa no trabalho de parto e no parto em si,

o que inviabilizou sua autonomia, causando impacto negativo na sua experiência de parir (Mendonça, 2015).

A hospitalização do parto permitiu a medicalização e o controle do período gravídico-puerperal. Assim, o parto passou de um processo natural, privativo e familiar para um evento a ser vivenciado na esfera pública, em instituições de saúde hospitalares, com a presença de vários atores conduzindo esse período (Bitencourt; Oliveira; Rennó, 2022). A ciência médica adquire o caráter de autoridade sobre a obstetrícia, onde o domínio sobre os corpos das mulheres e as funções reprodutivas foi imposto como norma masculina e a mulher passou ser considerada como patológica em seu processo de parturição, dependente de controle e intervenção (Westergren *et al.*, 2019).

Após a Segunda Guerra Mundial, a assistência ao parto hospitalar passou a predominar no Brasil, principalmente com a criação do Instituto Nacional da Previdência Social, em 1967, que privatizou a assistência à saúde desordenadamente com corrupção em massa dos envolvidos, trazendo consigo um forte impulso relacionado à incorporação de tecnologia médica, apoiada pela intervenção estatal. Em 1970, os partos hospitalares chegaram a 76%, sendo defendidos pela maioria dos médicos como ideais, fortalecendo o discurso relativo à obstetrícia em defesa da hospitalização do parto e da criação de maternidades (Faria; Sayd, 2013).

Apesar dos discursos médicos, as condições nas maternidades e hospitais que atendiam à prática obstétrica cirúrgica em muitas capitais, como Rio de Janeiro e São Paulo, eram, até a primeira metade do século XX, desumanas e problemáticas: faltavam leitos e áreas restritas em muitos hospitais, serviços de pré-natal eram precários, havia superlotação das maternidades e berçários, deficiência de profissionais médicos e enfermeiras, não existiam recursos materiais para atendimento de bebês prematuros, ocasionando situações de *causa mortis* não devidamente registradas e esclarecidas (Mott, 2002).

Embora os avanços e as descobertas nos campos de ciência e tecnologia tenham sido fundamentais no campo da obstetrícia, minimizando as complicações e condições de risco materno fetal, eles também propiciaram a cultura hospitalocêntrica de “conforto” para a gestante/parturiente. O parto era até então realizado de forma horizontal. Na verdade, esse modelo privilegiou o profissional

responsável pela condução do procedimento obstétrico, de modo que obtivesse mais conforto (Oliveira; Penna, 2017). Além disso, houve a implementação de procedimentos desnecessários à mulher durante o trabalho de parto, parto e nascimento (Leão *et al.*, 2013).

Procedimentos como episiotomia, enema, cesáreas eletivas e desnecessárias, 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. Essas e outras práticas, tais como violência obstétrica, preconceitos de gênero, raça/cor e idade, postura pouco acolhedora e exclusão do acompanhante, passaram a ser comuns no século XX (Brasil, 2014).

As transformações ocorridas no cenário de assistência ao trabalho de parto tornaram-se tão corriqueiras e comuns que as gestantes se acostumaram e acolheram a ideia de que as intervenções cirúrgicas no campo obstétrico eram a melhor opção para elas e seus bebês, gerando conflitos e descrença na naturalidade do trabalho de parto. Os instintos maternos começaram a se deteriorar, fazendo com que o ciclo gravídico deixasse de ser um momento prazeroso e natural para a mulher gestante para ser instruído por profissionais durante as consultas de rotina, os quais, em seus consultórios, já agendam o dia da cirurgia eletiva para extração do bebê (Francisco *et al.*, 2020; Silva *et al.*, 2021).

Diante de uma distocia, dificuldade do trabalho de parto e/ou à presença de condições que ameacem a vida da mulher e do feto, a cesariana é um procedimento necessário para garantir a saúde e o bem-estar do binômio quando o parto normal não é favorecido. No entanto, a cesariana eletiva e sem justificativa plausível pode levar a graves e severas complicações, como infecção, hemorragias ou morte materna e/ou infantil, contribuindo para o crescimento da morbimortalidade e gerando um aumento de recursos públicos (Souza *et al.*, 2019).

Com o passar dos anos, surgiram novas opções de assistência ao parto, em ambientes extra-hospitalares, como os centros de parto. A principal discussão gerada em relação a esses ambientes diz respeito à segurança materna e perinatal. Os potenciais riscos do parto planejado fora do ambiente hospitalar são as distocias, que surgem como um problema emergencial que necessita de uma solução rápida e precisa de um ambiente hospitalar. Por outro lado, como citado anteriormente, o

parto em ambiente hospitalar está recheado de intervenções, quase sempre desnecessárias, às quais as mulheres são submetidas, acarretando-lhes sérios problemas (Brasil, 2017).

Diante desse cenário caótico, na década de 1990, o termo “humanização” iniciou com os movimentos sociais pela humanização do parto e do nascimento, que se intensificaram no Brasil trazendo consigo um olhar voltado para atenção ao parto e ao nascimento, baseado em evidências científicas e direitos humanos das usuárias aos serviços de saúde, atrelados aos cuidados prestados às mulheres durante todo o ciclo gravídico-puerperal, priorizando o respeito e a individualidade das mulheres como protagonistas (Rattner, 2009).

Um grupo de profissionais de saúde insatisfeitos com a prática médica, preocupados com o crescimento desordenado e abusivo de cesariana, morte materna, falta de acesso, intervenções excessivas sobre o corpo da mulher e sua falta de autonomia no processo de gestação, parto e pós-parto, reuniram-se com o objetivo de discutir sobre tal realidade da prática obstétrica no país (Carneiro, 2013).

Nesse contexto, a Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento (REHUNA) foi fundada, através da Carta de Campinas. O documento fundador da REHUNA denunciava circunstâncias absurdas de violência e constrangimento ocorridas na assistência e condições sub-humanas às quais as mulheres e as crianças eram submetidas no momento do nascimento. Tal carta acusa severamente que, durante o trabalho de parto e parto vaginal, a violência da obrigatoriedade de rotinas, da posição de parto e das interferências obstétricas e procedimentos desnecessários perturba, dificulta e inibe o desencadeamento natural dos mecanismos fisiológicos do parto, que passa a ser visto como sinônimo de patologia e de intervenção médica, transformando-se em uma experiência dolorosa e traumática, de terror, impotência, alienação e dor (Rattner *et al.*, 2010).

A primeira maternidade “humanizada” do país foi chamada de Leila Diniz, fundada em 1994, considerada como pioneira, por suas concepções e práticas desmedicalizadas, com a inclusão de enfermeiras obstétricas na assistência ao parto (Bourguignon; Grisotti, 2020).

A OMS afirma que adotar medidas e práticas que respeitem o processo fisiológico natural do parto e do nascimento de forma saudável e segura significa humanizar o parto (WHO, 2018). O Ministério da Saúde, por sua vez, visando

garantir uma melhor qualidade da assistência obstétrica e neonatal, institui o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), por meio da Portaria n.º 569/2000 (Brasil, 2000).

O PHPN visa garantir a melhoria do acesso e da cobertura do pré-natal, do parto e do puerpério, garantindo qualidade e realização de procedimentos mínimos, reestruturando a assistência com um olhar voltado às necessidades de atenção e cuidado à gestante, ao recém-nascido e à mãe no período do puerpério, tendo como prioridades: reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna, perinatal e neonatal registradas no país; garantir melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, ao puerpério e ao neonatal; melhorar ações adotadas pelo Ministério da Saúde na área de atenção à gestante, incluindo investimentos nas redes estaduais de assistência à gestação de alto risco, custeio de procedimentos específicos e demais ações, como o “Maternidade Segura”, o Projeto de Capacitação de Parteiras Tradicionais, recursos para treinamento e capacitação de profissionais ligados a essa área de atenção, bem como investimentos nas unidades hospitalares integrantes destas redes (Silva *et al.*, 2020).

O PHPN teve como objetivo principal assegurar a melhoria e a qualidade do acesso, cobertura e qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e ao puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania (Brasil, 2014).

Em 2003, foi criada a Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), que descreve um pacto coletivo desenvolvido mediante troca de saberes e discussões entre as equipes, identificação de necessidades, interesses e anseios dos envolvidos e da estruturação de redes participativas e protagonistas do SUS, descrito no caderno HumanizaSUS, que elenca uma metodologia para irromper em certos modos de organizar, acolher e realizar atividades em saúde, com o intuito de garantir a efetivação dos princípios e diretrizes do SUS. Há ainda vários manuais que definem inúmeras atividades desenvolvidas pelos atores, além de mostrarem diferentes formas de atenção à mulher e a multiplicidade de práticas disponíveis que apontam a possibilidade de escolha das mulheres quanto aos procedimentos nelas realizados (Brasil, 2014).

A humanização gera um movimento institucional, ético, afetivo e político de uma potência coletiva, com uma vontade imensa de tornar viva a aposta coletiva no SUS. Segundo a política intitulada “Humaniza SUS” 2014, o ponto de partida dar-se através do diálogo e do levantamento de dados e informações referentes à saúde atual do país, uma ação que precisa ser implementada como política, onde o maior desafio é promover uma prática de saúde em que o profissional passa a ver a cliente como um todo e não somente como um corpo ou uma fragmentação, ou seja, como um ser humano que possui participação ativa no seu processo de saúde-doença (Brasil, 2014).

A humanização da assistência ao parto mostra o quão necessário é mudar a concepção e o entendimento até então dominante, buscando envolver mulheres, famílias, profissionais e gestores, a fim de tornar a assistência racional e humana, para proporcionar uma magna experiência humana (Diniz, 2005).

3.2 Interfaces entre o plano de parto e as boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento

O Plano de Parto surge no final de 1970 com uma proposta inovadora e propositora na atenção aos cuidados em saúde obstétrica e neonatal, voltado para o cuidado humanizado e centrado na mulher e na criança (Amorim; Backes, 2020). Foi introduzido por grupos de educadores com o propósito de promover uma boa comunicação entre gestante e profissional da saúde, garantindo que a autonomia da mulher sobre suas escolhas durante o trabalho de parto, parto e nascimento seja respeitada (Santos *et al.*, 2019). Esse plano surge com a finalidade de reorganizar e humanizar a assistência obstétrica no mundo inteiro, pois o seu desenvolvimento trata de uma das estratégias para apoiar o protagonismo da mulher no parto. Garantir que o parto seja seguro é fundamental para uma experiência positiva na vida das mulheres e suas famílias (Torres; Rached, 2017).

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 (Santos *et al.*, 2019).

Em 1996, a OMS publicou um documento traduzido como “Cuidados no parto normal: como um guia prático”, no qual o Plano de Parto ocupa posição de destaque associado com outras práticas a serem encorajadas durante a gestação. A OMS encoraja e recomenda que: “deve ser um plano pessoal que determine onde e por quem o parto deverá ser atendido, feito pela mulher durante a gestação e conhecido pelo marido/parceiro e, se possível, pela família” (OMS, 1996).

Implantado no Brasil em 2011, por meio do Programa Rede Cegonha, o Plano de Parto visa melhorias no atendimento obstétrico, através da assistência humanizada, centrada na mulher e na fisiologia do parto, evitando intervenções desnecessárias (Medeiros *et al.*, 2019). Constitui-se em uma tecnologia de cuidado, essencialmente leve, composta de conhecimento científico estruturado, com aplicabilidade prática de forma intencional, com justificativas que produzem resultados positivos, tais como o resgate da assistência humanizada e personalizada (Santos *et al.*, 2019).

O Plano de Parto pode ser um documento escrito, com validade legal, recomendado e reconhecido pelo Ministério da Saúde. Pode ser elaborado como uma carta pela gestante, expressando antecipadamente sua vontade, preferências e expectativas referentes ao cuidado que gostaria de receber, para si e seu filho, durante o trabalho de parto, parto e nascimento, considerando seus valores, desejos e necessidades pessoais (Torres; Rached, 2017). Nesse documento, a mulher é livre para deliberar sobre os acompanhantes que deseja ver presentes; as condições do ambiente em que será realizado o parto, tais como iluminação, música, realização de fotos ou vídeos; os métodos para alívio da dor; a disposição para alimentação e o tipo de dieta; a posição de expulsão do bebê; quem realizará o corte do cordão umbilical, entre outras preferências (SBIBAE, 2019).

O Plano de Parto está disponível na Caderneta da Gestante, na página 38, porém não se encontra implantado como estratégia de humanização e de garantia de direito da gestante em todo o território nacional (Brasil, 2023). É uma tecnologia que possibilita a integração concreta entre gestante e profissional de saúde, fortalecendo a comunicação em saúde.

Para Duarte (2016), a principal função do papel do Plano de Parto é a mulher saber que tem escolhas. Nele estarão registrados quais procedimentos médicos a gestante aceita e quais prefere evitar. Caso haja uma emergência médica que

impeça sua participação consciente, necessitando de intervenção que esteja fora do que foi descrito pela paciente, ainda assim a gestante possui o direito de saber exatamente os benefícios e os prejuízos que cada procedimento, exame ou manobra médica pode provocar nela e no seu bebê. Portanto, o Governo investiu na qualificação das equipes de saúde e das instituições hospitalares. O descumprimento desta recomendação caracteriza negligência e iatrogenia no cuidado, levando o binômio a riscos desnecessários e cooperando para o crescimento do número de mortes por causas evitáveis (COFEN, 2021).

No atendimento à gestante durante a consulta Pré-Natal, recomenda-se a elaboração do Plano de Parto em conjunto com a enfermeira obstétrica ou o médico obstetra, ou ainda com a enfermeira e/ou o médico da Estratégia Saúde da Família, compreendendo que a produção desse plano dá-se a partir do início da gravidez, com o olhar voltado à garantia dos direitos reprodutivos e da singularidade da mulher, tornando-a conhecedora de seus direitos, exercendo sua autonomia, oportunizando ao profissional que a assiste realizar ações educativas, informando e colaborando para que ela viva a experiência do parto de forma positiva. Logo, essa construção conjunta contribui expressivamente para o desenvolvimento de confiança e segurança, bem como para o fortalecimento do vínculo da gestante com o profissional e com o serviço de saúde (Silva *et al.*, 2021).

Desse modo, o referido plano deve ser construído em durante o pré-natal, utilizando o tempo da gestação para esclarecer dúvidas e dialogar com os profissionais sobre os tipos de parto, riscos, benefícios, bem como de todos os processos que envolvem o processo parturitivo, de forma a possibilitar a participação da mulher e assegurar sua autonomia nas escolhas e decisões (Gomes *et al.*, 2017; Pereira *et al.*, 2020).

O enfermeiro exerce um papel fundamental e de grande relevância quando o assunto é educação em saúde, pois é um profissional capacitado para realizar a consulta de pré-natal de baixo risco na Atenção Primária em Saúde, respaldado pela Lei do Exercício Profissional n.º 7.498/1986 e pela Resolução n.º 358/2009 do Conselho de Enfermagem. Outra atribuição é a consulta de enfermagem, que é privativa do enfermeiro, na qual são prestadas informações e orientações à usuária gestante, estimulando-lhe a expressar suas necessidades e desejos, visando o

empoderamento e o protagonismo em todo o processo gravídico-puerperal (Trigueiro *et al.*, 2021).

Torres e Rached (2017) descrevem em suas pesquisas que o enfermeiro, especialmente o enfermeiro obstetra, está apto a atender mulheres em sua fase reprodutiva, em todo o seu ciclo, incluindo desde o planejamento familiar até o período gravídico-puerperal, constituindo-se assim como um sujeito valioso para o atendimento. Esse profissional opera com excelência nos diversos cenários para educação em saúde, sendo uma ponte importante para conscientizar as usuárias acerca de cuidados, prevenção e detecção precoce de complicações gestacionais (Alba-Rodríguez; Coronado-Carvajal; Hidalgo-Lopezosa, 2022).

O enfermeiro é o profissional de saúde mais próximo da mulher em circunstâncias que favorecem o desenvolvimento de atividades firmadas no respeito e na garantia dos direitos da mulher. Portanto, esse profissional exerce um papel crucial na elaboração do Plano de Parto junto às gestantes e seus familiares, pois trata-se de um instrumento que promoverá o cuidado e a educação constante em saúde, além de servir como meio de proteção à gestante e aos familiares à medida que os torna conscientes e participativos no processo de cuidado (Trigueiro *et al.*, 2021). Após a elaboração, recomenda-se que o Plano de Parto seja impresso e entregue à equipe de profissionais da maternidade que irá ser responsável pela assistência ao parto. Ao ser utilizado, pode facilitar a comunicação com os profissionais de saúde e melhorar a satisfação das mulheres (Hidalgo-Lopezosa, Hidalgo-Maestre; Rodríguez-Borrego, 2017).

O Plano de Parto traz grandes benefícios, dentre eles pontua-se o fortalecimento da autonomia e da confiança da mulher, a redução de medos e da ansiedade relacionados a esse evento, a participação ativa e segura da gestante como protagonista deste momento tão importante e a defesa dos direitos de binômio mãe-bebê. Além disso, destacam-se: incentivo ao uso de métodos não farmacológicos que aliviam a dor e a tensão, apoio emocional, redução dos índices de cesarianas, clampeamento oportuno de cordão umbilical, ótimos resultados no índice de APGAR, aumento do contato pele-a-pele, início do aleitamento materno na primeira hora de vida, bem como redução das internações neonatais em unidades de tratamento intensivo e da violência obstétrica (Gomes *et al.*, 2017). Cabe salientar que o Plano de Parto tem uma relevância junto à promoção do nascimento

saudável, contribuindo/incentivando para o estímulo do contato pele-a-pele da mãe com o bebê após o parto, a tão falada *golden hour* (hora de ouro do bebê), tornando o parto mais natural, diminuindo o tempo de hospitalização (Rodrigues *et al.*, 2023).

Considerando tais benefícios e objetivando instituir o modo de nascer no Brasil, o Ministério da Saúde publicou as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal, que visam garantir a segurança da assistência ao trabalho de parto e ao parto normal, baseadas em evidências científicas, apresentadas mediante ações efetivas que minimizem o número de intervenções e procedimentos desnecessários, proporcionando melhores desfechos na saúde materno-infantil. Essas Diretrizes orientam que o Plano de Parto seja elaborado como uma estratégia para a garantia de direitos e de promoção ao empoderamento feminino, mitigando a violência obstétrica (Brasil, 2017).

De forma global, o Plano de Parto destaca-se como uma boa prática que consta entre as condutas que devem ser encorajadas durante a gestação e faz parte das recomendações denominadas “Boas Práticas de Atenção ao Parto e ao Nascimento”. Tais práticas têm por finalidade garantir a segurança da assistência ao trabalho de parto e ao parto normal, baseadas em evidências científicas, apresentadas mediante ações efetivas que minimizem o número de intervenções e procedimentos desnecessários, proporcionando melhores desfechos na saúde materno-infantil (Brasil, 2017).

4 MÉTODO

4.1 Caracterização da pesquisa

Ao considerar a pertinência da temática deste estudo e por acreditar na importância em conhecer a experiência de mulheres que utilizaram o Plano de Parto, optou-se por realizar um trabalho com abordagem qualitativa, exploratório, descritivo. De acordo com Minayo (2013), a abordagem qualitativa permite que se responda a questões muito peculiares, com um nível de realidade que não é possível ser quantificado. A pesquisa qualitativa trabalha com os fenômenos humanos, a realidade social, o universo dos significados, crenças e valores.

Nesta investigação, o caráter descritivo dos estudos com abordagem qualitativa vem cada vez mais ganhando espaço no cenário atual e contribui de forma ímpar para a ciência, o que torna um campo fértil de indagação e compreensão de fenômenos ligados ao cuidado do outro (Cohen; Crabtree, 2008; Thomas; Harden, 2008). É desafiador realizar uma pesquisa qualitativa e entender que serve de auxílio no enfrentamento de dilemas humanos, assistenciais, educacionais e científicos, valorizando o conhecimento sobre o cuidado com reflexões sobre si mesmo e sua atividade (Silva *et al.*, 2019).

Trata-se de uma investigação exploratório-descritiva que, de acordo com Triviños (2008), os estudos descritivos partem de pressupostos com o propósito de investigar profundamente os limites de uma realidade específica. Dentro da abordagem qualitativa, as pesquisas exploratórias examinam um problema e provêm informações para uma investigação mais exata. Os estudos descritivos apontam informações adicionais relacionados ao tema pesquisado, associando-se de forma eficaz à pesquisa exploratória (Cordeiro *et al.*, 2023).

4.2 Local de realização

A presente pesquisa foi desenvolvida em ambiente virtual por meio do *WhatsApp*[®], uma mídia do bate-papo, pois se trata de um aplicativo direcionado a grupos específicos e privados que compartilham textos, fotos, vídeos e documentos, além de permitir a realização de videochamadas. O *WhatsApp*[®] é considerado a Rede Social de mensagens instantâneas mais popular do mundo. Lançado em 2010, em 2016 contava com 100 milhões de usuários brasileiros ativos (Rocha; Trevisan, 2020).

O *WhatsApp*[®] é um aplicativo com inúmeros recursos que viabilizam a comunicação por expressões verbais e não-verbais (*Whatsapp*[®], 2024). Especificamente, as videochamadas permitiram que a pesquisadora conversasse gratuitamente com as suas participantes, independentemente de onde estivessem. Para fazer videochamadas, é preciso ter ligação à internet, dar permissão ao *WhatsApp* para acessar ao microfone e à câmara do celular ou computador (*Whatsapp*[®], 2024).

Destaca-se que, na área da saúde, os ambientes virtuais têm sido assertivos em diversos aspectos, entre eles, na promoção da saúde, prevenção de doenças e educação de discentes. A população utiliza as mídias sociais para obter informações sobre as doenças, exprimir seus sentimentos e experiências com o processo de adoecimento, assim como compartilham as angústias e sofrimentos de familiares e desconhecidos que estão vivenciando algum problema de saúde (Pedroso *et al.*, 2022).

A evolução das tecnologias não mudou somente a maneira como a população realiza tarefas e ações no mundo físico, mas renovou também o julgamento e sentido de tempo e espaço (Rocha; Trevisan, 2020).

4.3 Participantes do estudo

Mulheres com experiência de plano de parto elaborado tanto no âmbito do SUS como no particular.

A captação das participantes para esse estudo deu-se através da técnica de amostragem em Bola de Neve virtual, cuja amostragem é não probabilística e a abordagem se baseia na recomendação de novos informantes pelos

informantes-chaves, nomeados como sementes, a fim de localizar algumas pessoas com o perfil necessário para a pesquisa. Solicita-se que as pessoas indicadas pelas sementes indiquem novos contatos com as características desejadas, a partir de sua própria rede pessoal, e assim sucessivamente. Esse processo continua até que o número de participantes ou o prazo para coleta de dados seja atingido (Handcock; Gile, 2011)

É considerada uma estratégia viral, em que os participantes voluntariamente compartilham a pesquisa com seus contatos, formando uma rede de participantes que atendem aos critérios desejados. A ideia por trás do termo "viral" é comparar esse processo ao de uma epidemia, onde uma mensagem se propaga através da rede até a saturação dos dados, ou seja, não há novos nomes oferecidos ou os nomes encontrados não trazem informações novas ao quadro de análise (Costa, 2018).

O grande número de Redes Sociais Virtuais disponíveis oferece uma variedade de ferramentas que permitem apresentar materiais de coleta de dados, convidar os participantes, obter apoio por meio de interações como curtidas, comentários e compartilhamentos, mensagens, fazendo o alcance ser ainda melhor (Costa, 2018).

4.3.1 Critérios de inclusão

Foram selecionadas mulheres maiores de 18 anos; com experiência de plano de parto elaborado, independentemente da via de parto e local de parto.

4.3.2 Critérios de exclusão

Foram excluídas do estudo as mulheres que experienciaram óbito fetal ou perda neonatal.

4.4 Aspectos éticos

Para a realização da investigação proposta, utilizou-se as premissas da Resolução 466/2012¹ do Conselho Nacional de Saúde do Brasil que trata da pesquisa envolvendo seres humano e o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (2017) aprovado pela Resolução COFEN 564/2017². Destaca-se que o presente projeto também atentou às orientações da Circular Nº 2/2021/CONEP/SECNS/MS referente aos procedimentos em pesquisas em ambiente virtual (Brasil, 2021).

A proposta de trabalho foi submetida *online* à Plataforma Brasil para apreciação por um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), obtendo aprovação pelo Parecer Nº 7.154.031 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética Nº 81827124.2.0000.5316, em 13 de outubro de 2024 (Anexo A).

Os dados foram coletados após aprovação pelo CEP. Ressalta-se que foi oferecido às participantes o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A) por meio do instrumento *Google Forms*[®]. Ao acessar o *link*, a participante foi direcionada automaticamente para página onde poderá realizar a leitura do TCLE e manifestou sua concordância em participar marcando a opção: “Eu conheci os objetivos da pesquisa e concordo em responder ao formulário”.

A etapa da coleta de dados foi realizada somente após o consentimento das participantes. As pesquisadoras afirmaram a importância de que o participante guarde em seus arquivos uma cópia do TCLE.

¹Resolução 466/2012 possui o objetivo de aprovar diretrizes e normas regulamentadoras que correspondem às pesquisas envolvendo seres humanos (Brasil, 2012).

²Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, Resolução nº 564/2017, capítulo III, das proibições:

Art. 89 Disponibilizar o acesso a informações e documentos a terceiros que não estão diretamente envolvidos na prestação da assistência de saúde ao paciente, exceto quando autorizado pelo paciente, representante legal ou responsável legal, por determinação judicial; **Art. 95** Realizar ou participar de atividades de ensino, pesquisa e extensão, em que os direitos inalienáveis da pessoa, família e coletividade sejam desrespeitados ou ofereçam quaisquer tipos de riscos ou danos previsíveis aos envolvidos; **Art. 96** Sobrepor o interesse da ciência ao interesse e segurança da pessoa, família e coletividade; **Art. 97** Falsificar ou manipular resultados de pesquisa, bem como usá-los para fins diferentes dos objetivos previamente estabelecidos; **Art. 98** Publicar resultados de pesquisas que identifiquem o participante do estudo e/ou instituição envolvida, sem a autorização prévia; **Art. 99** Divulgar ou publicar, em seu nome, produção técnico-científica ou instrumento de organização formal do qual não tenha participado ou omitir nomes de coautores e colaboradores; **Art. 100** Utilizar dados, informações, ou opiniões ainda não publicadas, sem referência do autor ou sem a sua autorização (COFEN, 2017).

O anonimato das participantes deste estudo foi assegurado, as quais identificadas com a letra “M” (Mulher), seguida de um número de acordo com o aceite do convite para participar do estudo e da idade, como, por exemplo, M1-20, M2-34, M3-42, e assim, sequencialmente.

De acordo com a Resolução 466/2012, toda pesquisa com seres humanos envolve riscos, no entanto, se compreende que esta não envolve riscos físicos, mas poderá despertar emoções, por se tratar de recordar a experiência vivida pela mulher referente ao trabalho de parto, parto e ao plano de parto elaborado por ela. Por esta razão, caso a participante não se sentisse confortável com as perguntas, seria garantido o direito da participante suspender e retirar seu consentimento à entrevista a qualquer momento do desenvolvimento do estudo, sem nenhum prejuízo.

Existe o risco característico ao ambiente virtual, considerando a limitação do pesquisador em assegurar total confidencialidade das informações dos participantes e o potencial risco de sua violação. Registra-se que a pesquisadora obedecerá às diretrizes de privacidade das mídias sociais (*WhatsApp*®) que regulam o acesso às informações de seus membros.

Um dos benefícios do estudo às participantes ressaltam é a oportunidade de reflexão acerca da experiência vivenciada com a elaboração do plano de parto, possibilitando elencar pontos de melhoria à assistência da mulher em trabalho de parto e parto.

O armazenamento dos dados da pesquisa foi realizado pela orientadora da pesquisa em um HD externo, pelo período de cinco anos, sendo posteriormente deletados e os documentos físicos incinerados.

4.5 Procedimentos para a coleta de dados

A coleta de dados se deu de forma *online*, via *WhatsApp*®, no período compreendido de novembro e dezembro de 2024. Para tanto, foi encaminhado às sementes o *card* (Apêndice B) para participação na pesquisa. A seleção de sementes foi crucial e de suma importância para pesquisa, pois elas foram a base para o processo de recrutamento subsequente.

A pesquisadora buscou indivíduos que tivessem conhecimentos, experiências ou conexões relevantes dentro da população-alvo. Depois que as sementes foram identificadas, abordadas pela pesquisadora e convidadas a participar do estudo, solicitou-se que indicassem outros indivíduos de sua rede que também atendiam aos critérios da pesquisa. Esse processo de indicação formou a base para o tamanho da amostra por meio subsequente de recrutamento, o processo de indicação continuou de forma interativa, com cada participante que indicaram outros que, por sua vez, indicaram mais participantes. Esse mecanismo de indicação em cadeia permitiu o recrutamento de indivíduos que talvez não pudessem ser contatados por meio de métodos tradicionais de amostragem (Bernard, 2005).

As sementes desta pesquisa foram:

1º) Enfermeira obstetra, graduada em enfermagem há 12 anos, mestrado em enfermagem, com residência em enfermagem obstétrica e especialização em enfermagem obstétrica há sete anos. Atualmente, é enfermeira obstetra no Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas (HE-UFPEL) e atua na assistência ao parto e nascimento, pré-natal compartilhado e serviço de referência em gestação de alto risco.

2º) Médica Ginecologista e Obstetra, formada em Medicina em 2011 pela Universidade Católica de Pelotas, Especialista em Ginecologia e obstetrícia pelo Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Em 2016, finalizou Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia pelo HCPA. Atualmente, atua como ginecologista e obstetra em clínicas particulares, no HE-UFPEL e na assistência ao parto e nascimento, pré-natal compartilhado e serviço de referência em gestação de alto risco.

O convite para participação na pesquisa foi disparado, via *WhatsApp*®, pelas sementes, utilizando-se de um *card* com a seguinte mensagem:

“Oi, tudo bem? Tenho um convite para te fazer. Estou realizando uma pesquisa cujo objetivo é descrever a experiência de trabalho de parto e parto vivenciada por mulheres que utilizaram o plano de parto. A pesquisa foi realizada por meio do *WhatsApp*®. Informo que o projeto foi aprovado no Comitê de Ética da Universidade Federal de Pelotas e estou na etapa de coleta de dados. Sua contribuição é muito importante! Você gostaria de participar? Então acesse o *link*

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSeM4RKD9ZMp5QjoWWVO_yG7t3Y9MKgkyRjAmFaDc6GgevCO9w/viewform?usp=sf_link ”.

Ao acessar o *link*, as potenciais participantes foram direcionadas para o aplicativo *Google Forms*[®], ferramenta que possibilita a substituição do uso de formulários impressos (Mota, 2019). Nesse aplicativo, a participante direcionada automaticamente para página, realizou a leitura do TCLE e manifestou sua concordância em participar marcando a opção: “Eu conheci os objetivos da pesquisa e concordo em responder ao formulário”. Somente após o consentimento, as participantes acessaram a agenda elaborada pela pesquisadora e marcaram a melhor opção conforme sua disponibilidade para realização da entrevista. Por meio da mesma ferramenta, adquiriu-se informações para contato posterior (*WhatsApp*[®]).

Na data e horário agendado, a pesquisadora entrou em contato com a participante via *WhatsApp*[®], utilizando o recurso de videochamadas e realizou a entrevista semiestruturada (Apêndice C), técnica de coleta de dados que supõe um diálogo continuado, sendo assim, a vida do informante só interessa aquilo que esteja ligado diretamente ao domínio da pesquisa entre informante e pesquisador e que deve ser dirigida por este de acordo com seus objetivos (Miatello, 2018).

A entrevista foi realizada pela mestranda autora deste trabalho, sob responsabilidade da Prof.^a Dr.^a Juliane Portella Ribeiro, orientadora do presente estudo, com devido treinamento para este fim. O tempo estimado para a entrevista foi de 15 a 20 minutos, estendido conforme seu andamento e disponibilidade da mulher.

Os dados obtidos por meio da entrevista foram registrados através de instrumento próprio e gravador. O uso do gravador se justifica para que a transcrição ocorra de forma integral e posterior à entrevista, além de possibilitar a otimização do tempo das puérperas entrevistadas.

4.6 Procedimentos para a análise dos dados

Os dados coletados foram descritos na íntegra e analisados a partir da proposta de Minayo, pela análise temática, em três etapas: pré-análise; exploração do material; e tratamento dos resultados/interpretação (Minayo, 2016).

A etapa de pré-análise envolve a leitura flutuante que permite gerar

impressões iniciais sobre os resultados e a retomada das hipóteses, e dos objetivos iniciais do estudo. Nessa fase, os principais temas em destaque para o trabalho serão conhecidos (Minayo, 2016).

Na etapa de exploração do material, ocorre o recorte e a classificação do material que foi coletado. Durante essa etapa, será realizada a separação dos dados em temáticas mais delimitadas. E, por fim, na etapa de tratamento dos resultados e interpretação, é feita uma abordagem mais crítica, reflexiva e consistente do material que foi coletado, permitindo ao pesquisador a obtenção de resultados significativos e fidedignos para propor inferências (novas ou previstas), tendo como base os objetivos de sua pesquisa (Minayo, 2016).

4.7 Divulgação dos resultados

Os resultados desta pesquisa serão apresentados na dissertação de Mestrado Acadêmico do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPEL e divulgados em forma de artigos científicos e em eventos científicos.

5 RESULTADOS

A seguir será apresentada a caracterização das participantes e as temáticas emergidas da análise dos dados: A experiência na elaboração do plano de parto; A experiência na utilização do plano de parto; que abrange as subtemáticas: Utilização do plano de parto documentado no processo parturitivo e Utilização do plano de parto mental no processo parturitivo; e, por fim, Plano de parto documentado: “é um meio de respeitar a mulher quando ela está consciente, porque o trabalho de parto não te deixa consciente”.

5.1 Caracterização das participantes

Participaram deste estudo 22 mulheres, cuja distribuição geográfica diversa, com maior concentração de residentes de Pelotas (Rio Grande do Sul) (n= 16). Três participantes de Brasília (Distrito Federal) e uma participante de Bento Gonçalves (RS), Aracaju (Sergipe) e Porto Alegre (RS), respectivamente.

Dentre as 22 participantes, as idades variaram entre 21 e 40 anos, e média de 31 anos. Majoritariamente, autodeclararam-se de raça branca (n= 14). Quanto à escolaridade, a maioria possuía ensino superior completo (n=8) e sete, além do ensino superior, também pós-graduação. A área de maior destaque em relação à atividade profissional foi a área da saúde, com seis enfermeiras, uma assistente social e uma agente comunitária de saúde. A renda familiar variou de menos de um salário mínimo a mais de dez salários, com predomínio de um a três salários (n= 9).

No que diz respeito às características gineco-obstétricas, o número de gestações variou de uma a quatro, sendo em sua maioria mulheres primigesta (n=12), que realizaram consultas de pré-natal na rede privada de saúde (n= 11).

A seguir será apresentado um quadro com a caracterização das participantes do estudo (Quadro 1).

Quadro 1 - Caracterização das participantes do estudo

Identificação	Idade (anos)	Raça	Escolaridade	Profissão	Renda Familiar	Plano de Parto	Pré-Natal
M1-23	23	Branca	Ens. Médio Incompleto	Recepcionista	1-3 salários	Documental	Pública e Privada
M2-36	36	Parda	Ens. Médio Completo	Cabeleireira	1-3 salários	Documental	Privada
M3-27	27	Parda	Ens. Superior Completo	Do Lar	até 1 salário	Documental	Pública
M4-29	29	Branca	Pós – Graduação	Enfermeira	+ de 10 salários	Documental	Privada
M5-24	24	Branca	Ens. Superior Incompleto	Vendedora	1-3 salários	Documental	Pública
M6-30	30	Preta	Ens. Fundamental Completo	Do Lar	até 1 salário	Mental	Pública
M7-37	37	Preta	Pós – Graduação	Enfermeira Obstetra	+ de 10 salários	Documental	Privada
M8-35	35	Branca	Pós – Graduação	Enfermeira	7 a 9 salários	Documental	Privada
M9-29	29	Parda	Ens. Superior Completo	Advogada	7 a 9 salários	Mental	Privada
M10-39	39	Branca	Ens. Superior Completo	Advogada	4 a 6 salários	Documental	Privada
M11-35	35	Branca	Ens. Superior completo	Enfermeira	7 a 9 salários	Mental	Privada
M12-35	35	Branca	Pós – Graduação	Professor	+ de 10 salários	Mental	Privada
M13-29	29	Preta	Ens. Superior Completo	Assist. Social	4 a 6 salários	Mental	Privada

M14-24	24	Branca	Ens. Superior Completo	Doula	1-3 salários	Documental	Pública
M15-34	34	Branca	Ens. Médio Completo	Agricultora	1 a 3 salários	Mental	Pública
M16-26	26	Branca	Pós – Graduação	Enfermeira	7 a 9 salários	Documental	Privada
M17-32	32	Parda	Pós – Graduação	Pedagoga	1-3 salários	Documental	Pública e Privada
M18-40	40	Branca	Pós – Graduação	Administração	4 a 6 salários	Aplicativo	Pública
M19-21	21	Branca	Ens. Médio Incompleto	Desempregada	até 1 salário	Mental	Pública
M20-24	24	Branca	Ens. Superior Incompleto	Professora	1-3 salários	Mental	Pública
M21-34	34	Branca	Ens. Superior Completo	Enfermeira	1-3 salários	Documental	Privada
M22-44	44	Parda	Ens. Superior Completo	Agente Comunitária de Saúde	1-3 salários	Mental	Pública e Privada

Fonte: Elaborado pela autora, 2025

5.2 A experiência na elaboração do Plano de Parto

Com relação a elaboração do plano de parto, 12 fizeram de forma documentada e nove no plano de ideias e uma por aplicativo de dispositivo móvel. As mulheres foram predominantemente orientadas para a elaboração do mesmo por profissionais de saúde, no pré-natal (n=10); sendo também citada a figura da doula (n= 6) concomitante com o pré-natal, ou grupo de gestantes, ou redes sociais. Ademais houveram mulheres que procuraram informações sobre o plano parto nas redes sociais (n=4) e, por meio de familiares e amigos.

5.3 A experiência na utilização do Plano de Parto

Essa categoria é composta por duas subcategorias: Utilização do plano de parto documentado no processo parturitivo e Utilização do plano de parto mental no processo parturitivo.

5.3.1 Utilização do Plano de Parto documentado no processo parturitivo

No momento do parto, a maioria das entrevistadas relataram que tiveram o plano de parto utilizado e respeitado. Elas se sentiram acolhidas em seus desejos ao perceberem que a ferramenta foi lida e discutida, tanto em caso de dúvidas por parte dos profissionais, quanto para oferta de informações sobre o processo parturitivo, como também, para se pensar estratégias diante da necessidade de remodelar o plano de parto devido à realidade institucional ou indicação de cesárea iminente.

“Foi usado, foi respeitado, eu lembro que quando eu cheguei, foi quando eu mostrei. Eles queriam até usar ocitocina, mas eu não queria. Não queria usar nada do tipo, de fórceps. Não que eu não queria, mas sim, que me falassem o porquê. Daí o médico de plantão sentou do meu lado e me explicou o que eles estavam fazendo e o que eles fazem atualmente na medicina e o que não faziam. Eu lembro que eu estava sentada na bola e o médico disse que eles não faziam mais uso de fórceps, de episiotomia, que tudo que for usado de medicação ia ser explicado antes. Eu lembro que eu tinha colocado que não queria usar ocitocina, mas que se fosse preciso, era pra me explicar e eles falaram que, se não quisesse, não precisava. Eu não quis, não precisou. Eles respeitaram bastante o plano de parto. Eu gostei. Foi tudo bem atendido, eu lembro que eu coloquei que eu queria ficar o mais sozinha possível, só eu e a pessoa que estava comigo, e foi isso que fizeram. A questão de toque, eles falavam: “- quer? a gente faz”, para saber se dilatou mais ou menos. Eu gostei que eles me perguntaram se eu queria e eu aceitava todas as vezes, porque para mim não tinha problema”.
(M1-23)

“Foi usado, foi respeitado. Ele foi repassado para toda a equipe, pediatras, obstetras, enfermeiras obstetras e foi seguido à risca. Foram atendidas por todos da equipe, da parte pediátrica foi tudo atendido. E da parte obstétrica eu coloquei no plano de parto que mesmo que eu solicitasse a cesariana, que eu não queria, que não fosse atendida, a não ser que tivesse uma indicação clínica, que pusesse em risco eu ou o meu bebê. E por fim das contas teve uma indicação clínica, mas eu realmente sei que foi uma indicação”. (M4-29)

“Olha, eu quase não precisei expressar as minhas vontades porque foi passando ali o momento de indução, sempre que eu tinha uma oportunidade conversava com algum enfermeiro e tirava minhas dúvidas. Fui tirando pequenas dúvidas durante a minha indução, se a tricotomia era feita, se era uma coisa que eu escolhia, se era necessário. Não teve nada que eu precisei dizer não, que eu não quero, que não aceito. Não teve nada que eu tivesse ficado em dúvida do que estavam fazendo comigo, porque o tempo todo eles deixaram muito claro o que estava acontecendo. Minhas vontades foram atendidas, algumas nem precisaram ser expressadas porque já era conduta dos profissionais. Fiquei muito satisfeita. Fiquei muito feliz com a minha escolha de ter escolhido esse hospital”. (M5-24)

“Foi um plano de parto bem enxuto. Porque, como eu trabalho na área, muitas coisas eu sabia que eram inviáveis. Inclusive por conta das estruturas de onde poderia ter sido o parto. Então, ele foi respeitado 100%. Eu não queria barulho, não tinha barulho. Foi bem tranquilo. Eu fiquei em casa até o tempo de ir para o hospital. Não ficaram se enrolando para diagnosticar uma intercorrência. Tipo assim, eu fui realmente para uma cesárea por conta de uma emergência obstétrica. Então, tudo isso já tinha sido alinhado com a equipe. Eu falei assim: “- Não, eu vou para cesárea se realmente for uma cesárea de emergência!” Aí elas me explicaram, me mostraram, tudo bonitinho, como se eu fosse uma pessoa leiga. Explicaram porque que eu estava indo para uma cesárea, qual seria o próximo passo [...]”. (M7-37)

“Eu botei no plano de parto que eu desejaria exame de toque a cada quatro horas, entre duas até quatro horas. E da hora que a enfermeira chegou para me avaliar, até o horário que tinha bastante contração, demorou umas duas horas. Aí ela disse, eu sei que está no teu plano de parto, que tu desejavas esperar umas quatro horas, mas como já parece mais avançado, os batimentos mais baixos, e tu já tem mais uma questão de sentir mais pressão, eu acho que a gente poderia te avaliar. Então ela, salientou a minha vontade que era mais tempo de examinar, mas naquele momento ela achou necessário e me explicou. A experiência do trabalho de parto, tem coisas que eu desejava, por exemplo, eu fiz uma playlist de umas 40 horas, que eu achava que ia demorar muito o trabalho de parto, ficar muito tempo em casa. E aí, na hora, eu não queria nada de barulho, assim, eu queria o silêncio total. Então, faz muita diferença os profissionais lerem, perguntarem também. A música me irritava muito. Assim o barulho que o parceiro fazia com uma folha me abanando, também me irritava, entende? Então, naquele momento, aquilo não dava certo, mas a experiência, assim, do trabalho de parto foi ótima, viveria de novo. E aí foi feito como eu tinha pedido, então, isso foi uma coisa que foi respeitada”. (M8-35)

“[...] Apesar de não estar com ele lá na hora, toda a equipe sabia mais ou menos o que eu desejava. Eu consegui lembrar que tinha ali o desejo, assim, naquela hora dourada de esperar o cordão parar de pulsar, de todos os cuidados que eu queria até chegar ao hospital e depois com o bebê, que a gente queria dar o banho em casa, de ter uma playlist, uma música, ser uma coisa mais reservada, não ter intervenções sem necessidade; caso

tivesse, ser sempre explicado. E aí, em caso de cesárea também, tinha ali as orientações do que gostaria que fosse feito. Mas não precisou, porque acabou sendo um parto normal”. (M13-29)

“Eu fiz o plano de parto para parir em Bento Gonçalves, com a equipe, que eu fiz o pré-natal particular, era minha médica particular, minha obstetra. Eu teria enfermeira obstetra me acompanhando. Então, eu fiz mais ou menos voltado para minha realidade, dentro daquele cenário. Mas, como foi um pouquinho diferente, mesmo assim foi respeitado. Por isso que eu digo que foram poucas as coisas que não foram no plano de parto, porque a realidade era outra. Não tem plano de parto para um tipo de realidade onde eu teria uma assistência um para um, não com a demanda que se tem no SUS. Mesmo assim eu não tenho do que me queixar, porque eu fui muito bem atendida e respeitada. E eles super respeitaram. Foram todas respeitadas, até um momento teve um exame de toque que eu senti mais dor, e que aí eu não quis mais que tocassem. E aí eu troquei de posição, e super respeitaram, não fizeram mais. E só faziam o exame de toque quando eu pedia. Então, foi super respeitado, tive liberdade, fiquei bastante tempo no chuveiro e, ninguém nunca pediu para sair ou alguma coisa. Pude comer, eu não comi porque eu não sentia vontade, na verdade eu só sentia muita sede, mas eu não sentia vontade de comer nada, mas foi tudo muito liberado. Não me deixaram em jejum. Foi bem respeitado”. (M16-26)

“Eu já estava no trabalho de parto ativo, pronta para parir, e eu entreguei [o plano de parto]. Eles foram lá, leram e voltaram para conversar sobre os itens que eu não marquei e que eles achavam importante esclarecer. E, também, os itens que eu marquei que precisaria ser conversado ali na hora. A pediatra veio conversar comigo porque alguns itens eu não marquei, porque quem me ajudou a fazer foi a obstetra. Então, fugia da alçada dela muitos dos itens ali que ela não sabia se era feito ou não, né? E eu teria que tirar, esclarecer com a pediatra mesmo. Então, a pediatra veio com o plano de parto em mãos e conversou comigo sobre alguns procedimentos que eu autorizava a ser feito, no neném e tudo mais. Até eu estava lendo agora, pouco antes da gente entrar na chamada, e estava lembrando tudo que eu vivi lá e eu posso dizer que sim, foi respeitado, sim”. (M17-32)

“Sempre ficaram me perguntando e explicando as coisas. Passaram tudo que aconteceria, todo o medicamento, até o horário que eu fazia as coisas, tudinho. Na verdade, eu coloquei para usar a bola, mas eles me botaram o cavalinho, porque era a mesma coisa basicamente. Mas só foi isso que mudou, que o resto eles atenderam e me explicaram muita coisa também. No caso, para usar bola, usar o chuveiro, quando tivesse dor, poder botar uma música calma que eu gostasse. Ter preferência que quando ela nascesse, ela ficasse mais pertinho de mim, que é o que eles fizeram, justamente”. (M19-21)

Por outro lado, algumas mulheres indicaram que o plano de parto não foi respeitado ou foi respeitado em partes. Dentre as razões citadas elenca-se o fato do documento não ser lido ou ser lido por parte da equipe; o parto iminente, suscitando condutas rápidas e sem tempo para a leitura do plano; a ocorrência de complicações obstétricas, que culminaram na resolução por cesárea; realização de condutas e práticas por parte da equipe que não condizem com as boas práticas de atenção ao parto e nascimento; e o fato da realidade institucional ser distante do idealizado, impedindo a concretização de vontades expressas no documento.

“Não chegou a ser usado. Não sei se eles não viram, mas meu plano tinha sido parto normal, e eu tinha especificado que eu queria receber analgesia se o trabalho de parto tivesse muito demorado. Então, o plano que eu fiz foi por água abaixo. Deixa eu tentar lembrar [...] eu queria que o parto tivesse sido normal, mas como foi induzido, a parte que eu queria que tivesse sido feita foi a da analgesia, só que eles me explicaram que na rede pública isso não existe, eu fiquei até em choque quando fiquei sabendo, porque eu queria que tivesse sido normal. E, como fez a indução e ela falhou, tendo que recorrer à cesariana, então foi bem chatinho essa parte”. (M3-27)

“Não foi usado, eu acho que eles nem sequer leram, eu enviei para a maternidade por e-mail, por uma documentação protocolada, porém, não tive nenhuma resposta da maternidade. Assim, no dia do parto, nada do que eu coloquei no plano foi feito. Eu tinha pedido assim, no plano de parto para poder ter aquela hora de ouro do contato pele a pele, da primeira amamentação e não aconteceu. Foi feito o parto de forma tranquila. Depois que o nenê foi retirado, o pediatra pegou, foi fazer os procedimentos, enrolou numa manta, me mostrou, tirou algumas fotos e levaram pro berçário. E ficou no berçário por horas, eu pari por volta de 11:39 da manhã, e o bebê só foi descer para o quarto, para eu poder amamentar, por volta das 5 horas da tarde. Então ele ficou muito tempo longe de mim, ficou muito tempo sem comer. Fora isso, as outras coisas, nada foi utilizado, porque o parto foi com cesária e as outras opções eram mais para o parto normal”. (M10-39)

“Assim, foi todo atendido aqui em casa. Até o plano de parto e as luzes amenas, som ambiente, só com a música que a gente escolheu. Então, todo esse movimento do plano de parto, no ambiente em casa, foi tudo feito, foi tudo respeitado. E, depois a gente foi para o hospital. No hospital, a gente já apresentou para a equipe médica [o plano de parto]. Eu cheguei a lembrar de flashes, durante o trabalho de parto da equipe médica folheando, lendo, teve até uma ocasião que a médica entrou lá no banheiro e conversou com o meu parceiro, porque eu falei que as coisas que, a partir do momento que eu tivesse no trabalho de parto, todas as declarações, se sim ou se não, seriam dadas pelo meu companheiro. Então, ela perguntou, ela explicou sobre o colírio, que era uma coisa que a gente não queria. A gente explicou que a gente não queria. E, ela falou: “- Então, você assina um termo”. Meu marido falou: “- Sim, a gente assina um termo”. Então, esses pontos foram conversados. Então, a gente sabe que foi lido o plano de parto ali da pediatria. O que deixou a desejar do hospital, em relação ao plano de parto, foi que eu coloquei no plano de parto algumas coisas, assim, que eu não queria, que eram puxos dirigidos, tração manual da placenta, cortar o cordão umbilical antes do cordão parar de pulsar. Então, teve essas situações que não foram respeitadas”. (M14-24)

“Na verdade, eu acho que meu plano de parto não foi utilizado. Porque, muitos procedimentos eram padrão do hospital. Então, o acompanhante já vinha junto. Não era uma coisa que tinha que estar no plano de parto. Depois que eu fui sabendo. Mas meu parto, ele foi muito rápido. Eu não cheguei nem na sala de parto. Então, acabou que não se usou”. (M18-40)

“Foi respeitado, teve algumas coisas que não. Mas, dentro do que eles poderiam oferecer, sim, foi. Na chegada, na admissão no hospital, que eles não deixaram o meu acompanhante entrar, e eu precisei ficar durante duas horas, mais ou menos umas duas horas, eu fiquei sozinha dentro do hospital. E eu estava numa sala de espera, e elas alegavam que ele não podia entrar porque a sala era pequena, e que se chegasse outra gestante, tinha pouco espaço ali”. (M21-34)

5.3.2 Utilização do Plano de Parto mental no processo parturitivo

As mulheres que não tinham documentado o plano de parto, tendo ele mentalmente, no plano das ideias, expressaram que, mesmo não tendo o documento físico, sentiram-se acolhidas pela equipe, pois, no âmbito do SUS, conseguiu verbalizar suas escolhas e ter elas atendidas; enquanto, na rede privada, a equipe e o acompanhante detinham ciência e conhecimento de suas escolhas.

Quando questionadas se a experiência do parto seria diferente caso apresentassem o documento físico, as mesmas referiram que acreditam que a experiência do parto não seria diferente, pois conseguiram verbalizar suas vontades; tiveram seus desejos atendidos; e, as condutas e rotinas do hospital eram voltadas para as boas práticas e contemplaram as suas expectativas.

“O que era um desejo meu do parto foi sim respeitado e eu consegui falar nesse momento, apesar de eu ter sido muito debilitada, porque o parto é muito cansativo, eles conseguiram atender e coisas que a minha obstetra também já sabia que era um desejo meu, então eu não precisei verbalizar naquele momento, já foi procedimento que inclusive era comum no hospital, então isso também foi um motivo que eu escolhi aquele hospital, porque o plano, eu não sei se é exatamente o plano de parto, mas o procedimento, o praxe nos partos já era algo que eu compactuava, que era algo que era válido para o que eu queria, então, associando essas duas coisas, foi um dos motivos pelos quais eu escolhi a maternidade”. (M9-29)

“Foi do jeito que eu queria, depois, no final, eu senti uma sensação de realização, porque foi tudo de acordo, do jeito que eu havia planejado, da maneira que eu queria, respeitando a minha vontade [...] Nada romantizado, mas, porém, tudo conforme o planejado. Não vamos romantizar a dor. Acho que teria sido exatamente como foi”. (M12-35)

“Apesar de não estar com ele lá na hora, toda a equipe sabia mais ou menos o que eu desejava. Ele não chegou a ser usado, porque eu acabei tendo que induzir o parto. Então foi meio desprevenido. Eu não tinha impresso ele ainda, mas ele foi seguido. Assim, a doutora sabia todas as minhas vontades, o meu acompanhante também estava ciente do que a gente tinha pensado”. (M13-29)

“Acho que foi tudo tranquilo conforme eu tinha pensado mesmo”. (M15-34)

“Eu acabei não utilizando, não tornando ele público. Eu não falei para as pessoas. Não levei isso escrito, porque, como eu te disse, naquele momento, não era algo muito presente na nossa realidade. Parecia algo muito fora. Eu esperava que as pessoas da rede privada tivessem essa facilidade e levassem isso mais em consideração do que na rede pública. O que me deixa mais tranquila é que o meu plano de parto foi viabilizado sem ele ter sido conhecido, assim”. (M20-24)

No entanto, as entrevistadas apontam que teriam tornado o plano de parto documentado se soubessem dessa possibilidade e ressaltam que o fato de o ter em mãos possibilita o direcionamento tanto do acompanhante como dos profissionais para o cumprimento das práticas e condutas nele descritas.

“Eu acho que não poderia ter sido diferente [...] mas, principalmente, para o meu acompanhante, se eu tivesse um plano de parto documentado, ele conseguiria se orientar melhor nas situações. Então, acho que sim, era muito válido um plano documentado. Eu senti que ele poderia estar melhor munido, mais informado, se ele tivesse um documento. Ele sabia o que a gente tinha conversado, mas conforme os profissionais iam chegando dando outras orientações, alguns pontos ele acabou mudando aquilo que a gente tinha pensado inicialmente”. (M9-29)

“Levar impresso, e conversar com a equipe, passar para a equipe aquele plano de parto, pois eu acredito que teria sido mais cumprido, assim, elas teriam atentado mais”. (M12-34)

“Ficou no campo das ideias e do coração, porque para mim ficava só ali. Mas, se eu tivesse sido orientada, durante o meu pré-natal, de que eu poderia fazer e que era legal e que era possível ter isso no sistema de saúde pública, que era o lugar que eu estava fazendo acompanhamento, eu teria tornado ele físico, sim”. (M20-24)

5.4 Plano de parto documentado: “é um meio de respeitar a mulher quando ela está consciente, porque o trabalho de parto não te deixa consciente”

As participantes relatam que no momento do parto, a parturiente está envolta por dor, sentimentos e emoções que a distanciam racionalmente das decisões que outrora subsidiaram a construção do plano de parto; sendo, inclusive, difícil verbalizar qualquer desejo. Por essa razão, ressaltam a necessidade do mesmo ser documentado e que o acompanhante, não só esteja ciente, mas também, participe de sua construção, de forma que no momento do parto possa advogar em prol da efetivação do uso do mesmo. E, quando o acompanhante também estiver envolto pelos mesmos sentimentos e emoções, o documento representa por si só as expectativas em relação ao momento do parto.

Além disso, apontam que o plano de parto não se constitui em ameaça ao trabalho do profissional que assiste ao parto, mas ao contrário, é um documento que busca subsidiar o seu fazer; visto que a mulher deve estudar sobre o processo parturitivo e, a partir do conhecimento adquirido, expressar seus desejos e vontades para o momento do parto; de forma alinhada a realidade institucional e considerando possibilidades de replanejamento diante de circunstâncias adversas. Por essa razão,

apontam que o plano de parto é uma ferramenta cujo objetivo é respeitar a mulher quando ela está consciente; respaldando, de forma documentada, seus direitos e protegendo-a de práticas violentas.

“Que eu acho que ele deve ser construído em conjunto, que a gente não pode, as mulheres entregarem um plano de parto pronto para o acompanhante, seja o esposo ou quem vai estar. A pessoa tem que ter o conhecimento para poder auxiliar na escolha durante o processo, porque às vezes a gente não está cem por cento consciente e conseguindo fazer valer a nossa vontade. Então, acho que o acompanhante durante o trabalho de parto tem que estar ciente de tudo que está acontecendo e saber o que de fato é o melhor para o bebê e para a mãe”. (M4-29)

“Os profissionais precisam entender o que é o plano de parto, que não é uma ameaça ao trabalho, é algo que ajuda a mulher que, naquele momento de contração, não vai conseguir expressar a sua opinião. A mulher não fica consciente durante o trabalho de parto, ela precisa ter estudado antes e o profissional vai se alimentar das opiniões dela através do plano de parto, porque, às vezes, até o marido não consegue falar pela mulher porque ele também está na emoção do parto. Enfim, eu acho que é um meio de respeitar a mulher quando ela está consciente, porque o trabalho de parto não te deixa consciente”. (M8-35)

“O momento que a gente estava passando, o momento do parto é muito visceral, e eu acho, que, às vezes é difícil verbalizar nesse momento. Então ter um documento físico, um documento que está realmente constando o que é o seu desejo, auxilia muito”. (M9-29)

“Até porque na hora ali do parto a gente fica mais vulnerável, fica em outra dimensão digamos, mas ele sabia de tudo”. (M13-29)

“[...] como e estava tão imersa no momento do trabalho de parto, já ali nos puxos. E aí, ela começou, faz força, faz força, faz força. A mulher, ela está tão imersa que ela não está racionalizando, né? Então, eu fui fazendo força antes de vir a contração. Então, pode ser que aí tenha causado, uma laceração desnecessária, se eu tivesse me permitido deixar no meu movimento, né? Então, essas coisas, assim, que eu lembro, que eu pondero, né? Que foi uma das coisas que me deixou muito, assim, no final, triste. Olha, ele é uma forma de nos proteger de pequenas violências sutis dentro dessa grande vulnerabilidade que é o trabalho de parto. Então, eu aconselho assim, faça o plano de parto, porque a segurança de ter um respaldo da sua palavra escrita, assinada perante os médicos, você já numa situação, na partolândia, te dá um lugar de palavra, quando dependendo de uma situação sujeita acontecer, tu tens um alibi, tu tens uma prova de que você pediu aquilo, de que você não quis aquilo”. (M14-24)

“Então acho que a melhor coisa é um cuidado integral uma assistência a essas mulheres, e, quanto mais empoderada elas tiverem, quanto mais conhecimento elas tiverem menor a chance de dar algum problema, ter um desfecho negativo, ou ter algum problema que a mulher fale. Ah! Eu não fui respeitada, fizeram violência obstétrica comigo. Eu acho que, quanto mais saber melhor. Muitos médicos têm medo de dar informação para essas mulheres, porque depois elas, vão usar contra, digamos assim. Não é, é completamente ao contrário, porque aí elas são inseguras ou vulneráveis. [...] plano de parto além de tu elaborar e ter mais conhecimento daquilo, tu também conseguir orientar teu acompanhante e se ele tiver dúvida, tu tem que também consultar, porque também eu fico pensando para eles, é

completamente absurd, imagina! Tu vê a tua mulher com dor, então ainda tem que estar respondendo por ela e, daqui a pouco você não sabe mais nada, também é uma segurança pra todo mundo". (M16-26)

"Eu só disse para ele: - Olha,lê, porque eu vou estar lá na partolândia. Então, eu não vou saber se estão respeitando ou não. Então, tu vai ser a pessoa que vai fazer valer o plano de parto". (M17-32)

"[...] não queria que tivesse intervenções e elas me ofereceram para romper a bolsa. Eu já estava com nove dedos de dilatação, eu acho que até mais. E elas me perguntaram se eu podia romper a bolsa, me alegaram que seria mais rápido. E aí, eu já estava em desespero, e eu aceitei". (M21-34)

"Que documente esse plano, que leve esse plano documentado, em mãos; você e seu parceiro. Vai facilitar muito, porque na hora do parto você fica tão vulnerável, você juntar a dor, a emoção ali do momento. Se tiver isso documentado e você levar, vai facilitar pra que realmente seja atendida aquilo que você tanto sonhou e planejou". (M22-44)

6 DISCUSSÃO

No presente estudo evidenciou-se que as mulheres que utilizaram o plano de parto eram predominantes brancas, com grau de instrução referente ao ensino superior completo e pós-graduação, e com acompanhamento gestacional realizado na rede privada de saúde. Tais características vão ao encontro dos achados na literatura, uma revisão integrativa que buscou analisar os determinantes que envolvem a escolha da via de parto no Brasil, apontou que as mulheres com maior escolaridade e assistidas pela rede de saúde privada têm maior acesso ao plano de parto; já as mulheres atendidas no sistema público, percebem-se menos autônomas e, com maior frequência, vítimas de intervenções desnecessárias (Rocha; Ferreira, 2020).

A respeito da elaboração do plano de parto, das 22 entrevistadas, 12 o fizeram de forma documentada, nove no plano das ideias e uma por meio de um aplicativo de dispositivo móvel. Pesquisadores apontam que, o receio da parturiente de que seu plano de parto seja realizado “em vão” e não seja aceito pela equipe, faz com que não elabore o mesmo de forma documentada (Prazeres; Gomes; Vilella, 2024). Ademais, algumas mulheres temem a reação da equipe médica, pois muitos profissionais consideram o plano de parto como uma ferramenta que estabelece expectativas irreais para um processo imprevisível (Medeiros *et al.*, 2019).

Por outro lado, ressalta-se ainda que há o desconhecimento, tanto das gestantes como dos próprios profissionais de saúde, sobre o plano de parto contribui para a percepção equivocada de que se trata de uma ferramenta de uso exclusivo no sistema de saúde privado. Tal fato contribui para a manutenção de sua baixa utilização (Trigueiro *et al.*, 2022).

Em relação a orientação para a elaboração do plano de parto, as entrevistadas apontaram a participação dos profissionais de saúde que atuam no pré-natal e a figura da doula. Estudo com o objetivo de descrever a experiência das

gestantes atendidas na Consulta de Enfermagem evidenciou que, além de auxílio à confecção do plano de parto, a consulta de pré-natal contribuiu para o esclarecimento de dúvidas, redução da ansiedade, fortalecimento e empoderamento das gestantes e de seus acompanhantes; o que pode resultar em processos de partos com experiência positiva (Trigueiro *et al.*, 2022).

Já, a atuação das doulas, profissionais treinadas para oferecer suporte físico, emocional e informativo às mulheres durante a gestação, o parto e o pós-parto, têm estado cada vez mais em evidência como potenciais para um parto com maior autonomia da parturiente. Entretanto, esta profissional tem enfrentado desafios, visto que sua forma de acompanhamento tem maior alinhamento com as necessidades e desejos da parturiente; indo de encontro aos paradigmas dos modelos tecnoassistenciais biomédicos (Grecia *et al.*, 2019).

Ainda no tocante à elaboração do plano de parto, as redes sociais foram citadas como fonte de informação também, mas de forma mais discreta, por quatro participantes. Atualmente, nota-se uma tendência entre as mulheres a buscar nas redes sociais esclarecimentos sobre o processo parturitivo (por exemplo: informações sobre as vias de parto, sobre como se dá o processo de parto vaginal, e outras informações quanto a analgesias e presença de acompanhante) e troca de experiências com outras mulheres que já passaram pelo parto. Não obstante, é relevante destacar que, por essa fonte de informação, o plano e as expectativas criadas podem não se alinhar a realidade do serviço de saúde que a mulher irá parir, gerando frustração na experiência de parto (Vasconcelos *et al.*, 2020).

Com relação a experiência na utilização do plano de parto, no estudo ora apresentado, a maioria das mulheres que apresentaram o plano de parto documentado no processo parturitivo, tiveram o plano de parto utilizado e respeitado. As mesmas sentiram-se acolhidas e apoiadas ao perceberem que o plano de parto foi lido e discutido pelos profissionais de saúde. Isso ocorreu não apenas para esclarecer dúvidas, mas também para oferecer informações sobre o processo parturitivo e ajustar o plano conforme necessário, considerando a realidade institucional ou a indicação de uma cesárea iminente.

Esses achados estão em consonância com a literatura, que aponta a importância da construção e utilização do plano de parto, visto que o documento favorece a humanização da assistência, autonomia, o empoderamento e

protagonismo da mulher (Silva *et al.*, 2023). Pesquisa com o objetivo de analisar a percepção das mulheres que utilizaram o plano de parto sobre a experiência de parto evidenciou que as mesmas vivenciaram experiências positivas durante o trabalho de parto, parto e pós-parto. Destacando o respeito e tratamento, o uso de métodos de alívio de dor e a presença de acompanhante, assim como a satisfação das mulheres (Santos *et al.*, 2019).

Pesquisadores evidenciam que, mesmo quando a mulher não tem todos os pontos do plano de parto atendidos da forma como desejado, o fato de elaborar o documento e estudar para sua confecção possibilita a compreensão com maior facilidade quando modificações são necessárias (Prazeres; Gomes; Vilella, 2024). Além disso, o diálogo e um plano de parto flexível, também contribuem para a satisfação das mulheres com o uso do documento, expressando sentimento de domínio e participação no processo (Medeiros *et al.*, 2019).

No presente estudo, algumas mulheres relataram que seus planos de parto não foram respeitados ou foram parcialmente respeitados. As razões incluem a falta de leitura do documento pela equipe, a necessidade de ações rápidas devido ao parto iminente, complicações obstétricas que resultaram em cesáreas, práticas inadequadas e a discrepância entre a realidade institucional e o que foi idealizado no plano de parto.

Achados similares foram apontados no estudo realizado com mulheres de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasília, e região metropolitana que participaram da Exposição Sentidos do Nascer, no período de maio a junho de 2015 e março de 2016, quando estavam grávidas. Participaram 234 mulheres, destas, 65% referiram que o plano de parto foi praticado (n= 152), 22,6%, que o mesmo não foi praticado por intercorrências (n= 53) e 12,4% referiram que o plano de parto não foi praticado por resistência dos profissionais (n= 29) (Santos *et al.*, 2019).

Complementando o exposto, pesquisa que investigou a contribuição dos planos de parto para a tomada de decisões compartilhadas a partir das perspectivas das mulheres, dos seus parceiros e dos seus prestadores de cuidados de saúde apontou que, na perspectiva dos profissionais de saúde, o documento é uma diretriz, não um contrato. Além disso, planos de partos abrangentes podem constituir-se em desafios para comunicação, pois, segundo eles, há pressão extra com a complexidade dos planos e resulta em menor espaço para conversa e/ou discussão, o que é

fundamental para facilitar a tomada de decisões compartilhadas (Shareef *et al.*, 2024).

No presente estudo, mesmo as mulheres que não elaboraram o plano de parto de forma documental, fazendo-o somente no plano das ideias, ao experienciar o parto, sentiram-se acolhidas tanto no SUS quanto na rede de saúde privada. No SUS, porque conseguiram expressar suas escolhas e ter suas vontades atendidas. Na rede privada, pelo fato de a equipe e o acompanhante estarem cientes de suas escolhas.

Conseqüentemente, ao sentirem que suas vontades foram respeitadas e as práticas do hospital atenderam suas expectativas, acreditam que a experiência do parto não seria diferente se tivessem elaborado o plano de parto em um documento físico. Assim, reforçando que o plano de parto pressupõe o diálogo entre a gestante e a assistência obstétrica, sendo a comunicação considerada mais importante do que a documentação do plano de parto em si (Trigueiro *et al.*, 2022).

Mesmo sentindo-se respeitadas, as mulheres que não documentaram o plano de parto referiram que teriam o feito se soubessem dessa possibilidade, pois acreditam que o documento facilita o direcionamento tanto do acompanhante quanto dos profissionais para seguir as práticas e condutas desejadas por elas. Pesquisadores apontam que a construção colaborativa do documento entre a gestante e seu parceiro possibilita maior conscientização em relação às suas preferências e as expectativas relacionadas ao parto. Aos profissionais de saúde o plano de parto fornece as informações essenciais sobre a parturiente, subsidiando a compreensão de seus desejos e orientando a tomada de decisões compartilhadas; fundamental para o respeito às preferências da mulher (Shareef *et al.*, 2024).

Refletindo de forma global sobre a elaboração e o cumprimento do plano de parto documentado, as participantes desse estudo afirmaram que ele é uma forma de respeitar a mulher quando ela está consciente, uma vez que, no trabalho de parto, a dor, os sentimentos e as emoções envolvidos as distanciam do pensamento racional e consciente. Não raro, a ausência do documento pode dificultar que o acompanhante advogue em prol de seus desejos, ou ainda, dificultar a conscientização dos profissionais acerca de suas expectativas para o parto quando o acompanhante não consegue comunicá-las.

No trabalho de parto, há o contraste entre a vulnerabilidade do processo

parturitivo e o exercício da autonomia e a defesa de direitos. Não raro, as mulheres enfrentam situações em que precisam aplicar seu conhecimento e reivindicar a valorização de suas próprias decisões (Mantilla; Di Marco, 2020).

Nesse contexto, as mulheres entrevistadas apontam que o plano de parto não se constitui em ameaça ao trabalho do profissional que assiste ao parto, mas ao contrário, é um documento que busca subsidiar o seu fazer. Nele, após orientações e estudos, a mulher expressa seus desejos e vontade em relação ao parto consciente de que há possibilidades de replanejamento diante da realidade institucional e de circunstâncias adversas que surjam no processo parturitivo.

Esse entendimento orienta para a tomada de decisões compartilhadas e garante que as preferências da mulher sejam respeitadas, uma vez que o plano de parto atua como uma ferramenta para o diálogo, em que a mesma tem a oportunidade de esclarecer suas preferências e medos ao profissional de saúde, possibilitando que ele entenda o que é mais importante para ela e implemente o cuidado centrado em suas necessidades e apoiado nas suas próprias decisões. Caso os desejos expressos pela mulher e seu parceiro sejam configurados riscos médicos, é dever do profissional discuti-los, alinhado às condições de saúde materna e fetal, de forma a manter o equilíbrio entre as preferências da gestante e a segurança clínica da mãe e do bebê (Shareef *et al.*, 2024).

Pesquisadores apontam a satisfação das mulheres com o uso do plano de parto mesmo que ele não seja cumprido em sua totalidade devido a necessidades de ajustes, pois o diálogo exercitado junto aos profissionais de saúde contribuiu, não só para a redução da tensão, mas para o sentimento de domínio e participação no processo parturitivo (Shareef *et al.*, 2024).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As características das participantes do estudo apontam para desigualdade no acesso a informações e recursos para a elaboração do plano de parto, visto que a ferramenta é mais difundida em determinados grupos socioeconômicos. Logo, faz-se imperativo o desenvolvimento e a valorização de ações que promovam a equidade no acesso às informações e recursos para a elaboração do plano de parto no âmbito do SUS, como a educação em saúde promovida em grupos de gestantes, com potencial para alcançar mulheres independentemente de sua condição socioeconômica.

Com relação à experiência na elaboração do plano de parto, os dados evidenciaram que as mulheres podem fazê-lo de forma documental, mental ou pelo uso de aplicativo de dispositivo móvel, embora, desde sua proposição pela OMS tenha sido apontada sua recomendação na forma de um documento físico. Portanto, cabe ao profissional balizar sua conduta nos princípios éticos, respeitando a autonomia e a dignidade da mulher no processo parturitivo, adotando atitudes de acolhimento e abertura ao diálogo, que favoreçam a expressão dos desejos, expectativas, medos e do que foi planejado para a vivência desse processo; atentando à não maleficência e direcionando a assistência de forma humanizada.

Os resultados destacaram o papel do profissional da saúde na orientação e elaboração do plano de parto, seja por meio das consultas de pré-natal ou grupo de gestantes. Assim, sendo contundente que os profissionais que atuam nesses espaços estejam capacitados e instrumentalizados sobre os propósitos do plano de parto e aspectos que o compõem, para compartilhar informações sobre o momento do parto, sanar as dúvidas das gestantes e expor as possíveis intercorrências no processo parturitivo que possam suscitar alterações no planejamento em prol da saúde materna e fetal.

A experiência na utilização do plano de parto, evidenciou que tanto o plano de

parto documentado como o mental, no plano das ideias, foram respeitados, seja porque no cuidado pré-natal e obstétrico privado as mulheres foram assistidas pela mesma equipe e, portanto, tinham conhecimento sobre suas expectativas com relação ao momento do parto; seja porque a instituição onde o parto ocorreu tinha condutas alinhadas às boas práticas de assistência obstétrica.

Por outro lado, a realidade institucional colocou-se como uma barreira para o completo desenvolvimento do plano de parto. Por essa razão, fomenta-se a visitação à maternidade, para conhecer a ambiência e os recursos disponíveis para atenção à mulher no período gravídico-puerperal.

Além disso, o plano de parto documentado foi apontado pelas gestantes, tanto pelas que o fizeram como pelas que não o fizeram, como importante ferramenta para o direcionamento do acompanhante e dos profissionais para a assistência almejada pelas mulheres. Sendo pertinente não só realizar o planejamento, mas materializá-lo na versão impressa. Assim, também, auxiliando no tensionamento e mudanças de práticas desatualizadas, que desrespeitam o protagonismo da mulher.

Ademais, o documento impresso é fundamental no momento do parto, quando a parturiente e seu acompanhante podem estar envolvidos pela dor, por sentimentos e emoções que os tornam vulneráveis e os afastam de decisões racionais. Assim, o plano de parto e o respeito a ele concretizam os desejos e decisões tomados pela mulher em momentos de consciência e uso da racionalidade. Por essa razão, o plano de parto não se constitui em uma ameaça ao trabalho dos profissionais que assistem ao parto, mas, ao contrário, é uma ferramenta que busca subsidiar suas ações e respeitar a mulher.

Como limitação do estudo, aponta-se o fato de não terem sido considerados fatores contextuais específicos, como diferenças regionais na prática obstétrica e políticas de saúde locais, que podem influenciar a elaboração e a utilização do plano de parto.

Considerando que o presente estudo investigou a experiência de mulheres que utilizaram o plano de parto, sugere-se que novas pesquisas explorem a perspectiva dos profissionais de saúde sobre a utilização do plano de parto, incluindo os desafios e as oportunidades para incorporar essa prática de forma mais eficaz e respeitosa.

REFERÊNCIAS

ACKER, J. I. B. V. *et al.* As parteiras e o cuidado com o nascimento. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 59, n. 5, p. 647-651, 2006. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672006000500010>.

ALBA-RODRÍGUEZ, R.; CORONADO-CARVAJAL, M. P.; HIDALGO-LOPEZOSA, P. The Birth Plan experience-A pilot qualitative study in southern Spain. **Healthcare (Basel, Switzerland)**, v. 10, n. 1, p. 95, 2022. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35052260/>.

AMORIM, T. S.; BACKES, M. T. S. Gestão do cuidado de enfermagem a puérperas e recém-nascidos na Atenção Primária à Saúde. **Revista Rene**, v. 21, p. e43654, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.20202143654>.

BERNARD, H. R. **Research methods in anthropology: qualitative and quantitative approaches**. Lanham, MD: AltaMira Press, 2005.

BITENCOURT, A. C.; OLIVEIRA, S. L.; RENNÓ, G. M. Significado de violência obstétrica para os profissionais que atuam na assistência ao parto. **Enfermagem em Foco**, v. 12, n. 4, p. 787-793, 2022. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/4614/1230>.

BOURGUIGNON, A. M.; GRISOTTI, M. A humanização do parto e nascimento no Brasil nas trajetórias de suas pesquisadoras. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 485–502, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702020000200010>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n. 569/GM, de 1º de junho de 2000**. Institui o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html.

_____. Ministério da saúde. Universidade Estadual do Ceará. **Humanização do parto e do nascimento**. Cadernos HumanizaSUS. v. 4. Brasília: Ministério da

Saúde, 2014. 465 p. Disponível em:
https://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/caderno_humanizaus_v4_humanizacao_parto.pdf.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 56 p. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva do Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Ofício Circular nº 2/2021/CONEP/SECNS/MS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em:
https://propp.ufu.br/sites/propp.ufu.br/files/media/documento/oficio_circular_n.2_2021_ambiente_virtual.pdf.

_____. Ministério da Saúde. **Caderneta da Gestante**. 8. ed. 2023. Disponível em:
http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderneta_gestante_8ed.pdf.

CARNEIRO, R. G. Dilemas antropológicos de uma agenda de saúde pública: Programa Rede Cegonha, personalidade e pluralidade. **Interface**, v. 17, n. 44, p. 49-59, 2013. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180126429001>. Acesso em: 04 abr. 2024.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução COFEN nº 564, de 6 de dezembro de 2017**. Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Brasília, DF: COFEN, 2017. Disponível em:
<https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017/>

_____. **Resolução COFEN nº 672/2021**. Altera a Resolução Cofen nº 516, de 23 de junho de 2016, que normatiza a atuação e a responsabilidade do Enfermeiro, Enfermeiro Obstetra e Obstetrix na assistência às gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos nos Serviços de Obstetrícia, Centros de Parto Normal e/ou Casas de Parto e demais locais onde ocorra essa assistência e estabelece critérios para registro de títulos de Enfermeiro Obstetra e Obstetrix no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem. Brasília, DF: COFEN, 2021. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-672-2021/>.

COHEN, D. J.; CRABTREE, B. F. Evaluative criteria for qualitative research in health care: controversies and recommendations. **Annals of family medicine**, v. 6, n. 4, p. 331–339, 2008. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18626033/>.

CORDEIRO, F. DE N. C. DOS S. *et al.* Estudos descritivos exploratórios qualitativos: um estudo bibliométrico. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 6, n. 3, p. 11670–11681, 2023. DOI: <https://doi.org/10.34119/bjhrv6n3-259>.

COSTA, B. R. L. Bola de Neve Virtual: O Uso das Redes Sociais Virtuais no Processo de Coleta de Dados de uma Pesquisa Científica. **Revista Interdisciplinar**

de Gestão Social – RIGS, v. 7, n. 1, p. 15-37, 2018. Disponível em:
<https://periodicos.ufba.br/index.php/rigs/article/view/24649>.

DINIZ, C. S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 627–637, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/JQVbGPcVFfy8PdNkYgJ6ssQ/>

DUARTE, A. C. **O parto, o sexo, o corpo da mulher podem ser usado por ela mesmo, da forma que ela bem quiser**. 2016. Disponível em:
<https://www.projetodraft.com/o-parto-o-sexo-o-corpo-da-mulher-podem-ser-usados-por-ela-mesma-da-forma-que-ela-bem-quiser/>.

FARIA, R. M. O. DE; SAYD, J. D. Abordagem sócio-histórica sobre a evolução da assistência ao parto num município de médio porte de Minas Gerais (1960-2001). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 8, p. 2421-2430, 2013. DOI:
<https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000800027>.

FRANCISCO, M. M. *et al.* Humanização da assistência ao parto: opinião dos acadêmicos de enfermagem. **Revista Nursing**, v. 23, n. 270, p. 4897-4908, 2020. Disponível em:
<https://www.revistanursing.com.br/index.php/revistanursing/article/view/1026>.

GOMES, R. P. C. *et al.* Plano de parto em rodas de conversa: escolhas das mulheres. **REME - Revista Mineira de Enfermagem**, v. 21, 2017. Disponível em:
<https://periodicos.ufmg.br/index.php/remem/article/view/49874>. Acesso em: 20 jun. 2023.

GRECIA, L. M. R. *et al.* Percepção e ações de doulas no processo de humanização do parto. **REME - Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 23, n. 1, p. e-1209, 2019. Disponível em:
<https://periodicos.ufmg.br/index.php/remem/article/view/49768>. Acesso em: 19 fev. 2025.

HANDCOCK, M. S.; GILE, K. J. On the Concept of Snowball Sampling. **Sociological Methodology**, v. 41, n. 1, p. 367-371, 2011. Disponível em:
<https://arxiv.org/pdf/1108.0301>.

HIDALGO-LOPEZOSA, P.; HIDALGO-MAESTRE, M.; RODRÍGUEZ-BORREGO, M. A. O cumprimento do plano de parto e sua relação com os resultados maternos e neonatais. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 25, p. 1-6, 2017. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281449566125>
Acesso em: 04 abr.2024.

KOETTKER, J. G. **Parto domiciliar planejado assistido por enfermeiras**. 2010. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Mestrado em Enfermagem, Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade, Florianópolis, 2010. 135 p. Disponível em:
<https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/93958/288108.pdf>.

LANSKY, S. Gestão da qualidade e da integralidade do cuidado em saúde para a mulher e a criança no SUS-BH: a experiência da comissão perinatal. **Tempus - Actas de Saúde Coletiva**, v. 4, n. 4, p. 191–199, 2010. Disponível em: <https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/846>.

LEÃO, M. R. DE C. *et al.* Reflexões sobre o excesso de cesarianas no Brasil e a autonomia das mulheres. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 8, p. 2395-2400, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000800024>.

LOIOLA, A. M. R. DE *et al.* Plano de Parto como Tecnologia do Cuidado: Experiência de Puérperas em uma Casa de Parto. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 25, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.66039>.

MANTILLA, M. J.; DI MARCO, M. H. Reflexividad, autonomía y consentimiento. Un análisis de las experiencias de mujeres en la búsqueda de un parto fisiológico en la Ciudad de Buenos Aires. **Sexualidad, Salud y Sociedad: Revista Latinoamericana**, n. 35, p. 260–282, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2020.35.13.a>.

MEDEIROS, R. M. K. *et al.* Repercussões da utilização do plano de parto no processo de parturição. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 40, p. e20180233, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180233>.

MENDONÇA, S. S. Modelos de assistência obstétrica concorrentes e ativismo pela humanização do parto. **Civitas: Revista de Ciências Sociais**, v. 15, n. 2, p. 250–271, 2015. DOI: 10.15448/1984-7289.2015.2.17899. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/civitas/article/view/17899>.

MIATELLO, A. *et al.* Dados obtidos por meio de aplicativos para melhoria de sistemas de saúde: lições do uso do conjunto myEXP de smartphones e aplicativos da web. **Revista Internacional de Métodos Qualitativos**, v. 17, n. 1, p. 160940691879843, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1177/1609406918798433>.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 33. ed. Petrópolis (RJ): Vozes, 2013.

_____. **O Desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde**. 30. ed. São Paulo: Hucitec, 2016. 108 p.

MORAIS, F. R. R. **A humanização no parto e no nascimento: os saberes e as práticas no contexto de uma maternidade pública brasileira**. 2010. Tese (Doutorado em Psicologia Social) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Programa Integrado de Doutorado em Psicologia Social UFRN/UFPB, Natal (RN), 2010. 271 f. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/handle/123456789/17585>.

MOTA, J. S. Utilização do Google Forms na pesquisa acadêmica. **Revista Humanidades e Inovação**, Tocantins, v. 6, n. 12, p. 371-373, 2019. Disponível em: <https://revista.unitins.br/index.php/humanidadeseinovacao/article/view/1106>. Acesso em: 14 mar. 2024.

MOTT, M. L. Assistência ao Parto: do Domicílio ao Hospital (1830-1960). **Projeto História Revista do Programa de Estudos Pós-Graduados de História**, v. 25, 2002. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/revph/article/view/10588>.

MOUTA, R. J. O. *et al.* Plano de Parto como Estratégia de Empoderamento Feminino. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 31, n. 4, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/20275>.

OLIVEIRA, V. J.; PENNA, C. M. DE M. O discurso da violência obstétrica na voz das mulheres e dos profissionais de saúde. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 26, n. 2, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-07072017006500015>.

OLIVEIRA, R. S.; PERALTA, N.; SOUSA, M. J. S. As parteiras tradicionais e a medicalização do parto na região rural do Amazonas. **Sexualidad, Salud y Sociedad**, n. 33, p. 79–100, 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1059092>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Maternidade segura. Assistência ao parto normal: um guia prático**. Genebra: OMS, 1996. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/maternidade_segura_assistencia_parto_normal_guia_pratico.pdf.

PEDROSO, G.G. *et al.* Coleta de dados para pesquisa qualitativa online na pandemia da COVID-19: relato de experiência. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 12, e13, p. 1-14, 2022. DOI: <https://doi.org/10.5902/2179769267023>.

PEREIRA, C. C. C. *et al.* Contribuições do plano de parto e estratégias para inserção no pré-natal: revisão narrativa. **Disciplinarum Scientia | Saúde**, v. 21, n. 2, p. 59–71, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufn.edu.br/index.php/disciplinarumS/article/view/3218>.

PRAZERES, L. G.; GOMES, I. S.; VILLELA, A. O. R. A construção do plano de parto de uma gestante no SUS: desafios, descobertas e percepções. **Caminhos da Clínica**, n. 3, 2024. DOI: <https://doi.org/10.47385/camclin.4093.3.2024>.

RATTNER, D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: breve referencial teórico. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, n. suppl 1, p. 595-602, 2009. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832009000500011>.

RATTNER, D. *et al.* ReHuNa – A Rede pela Humanização do Parto e Nascimento. **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 4, n. 4, p. 215-228, 2010. Disponível em: <https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/849>.

ROCHA, N. F. R.; FERREIRA, J. A escolha da via de parto e a autonomia das mulheres no Brasil: uma revisão integrativa. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 125, p. 556-568, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012521>.

ROCHA, M.; TREVISAN, N. **Marketing nas mídias sociais**. São Paulo: Saraiva Educação, 2020.

RODRIGUES, C. A. O. *et al.* Cumprimento das Demandas Articuladas no Plano de Parto entre Usuárias do Sistema Público de Saúde. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, v. 12, n. 1, p. e202356, 2023. DOI: <https://doi.org/10.18554/reas.v12i1.5349>.

SANTOS, F. S. DE R. *et al.* Os significados e sentidos do plano de parto para as mulheres que participaram da Exposição Sentidos do Nascer. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 6, p. e00143718, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/FrXHFqx57JpZBsFV5Xdt3jB/>. Acesso em: 18 fev. 2025.

SARAIVA, S. A. L.; ZEPEDA, J.; LIRIA, A. F. Componentes do apoio matricial e cuidados colaborativos em saúde mental: uma revisão narrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 2, p. 553-565, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2020.v25n2/553-565/pt>.

SEIBERT, S. L. *et al.* Medicalização x humanização: o cuidado ao parto na história. **Revista de enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro**, v. 13, n. 2, p. 245-251, 2005. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/317459417_Medicalizacao_x_Humanizacao_o_o_cuidado_ao_parto_na_historia.

SENA, C. D. DE. *et al.* Avanços e retrocessos da enfermagem obstétrica no Brasil. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 2, n. 3, p. 523–529, 2012. DOI: <https://doi.org/10.5902/217976923365>.

SHAREEF, N. *et al.* The contribution of birth plans to shared decision-making from the perspectives of women, their partners and their healthcare providers. **PloS One**, v. 19, n. 6, p. e0305226, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0305226>.

SILVA, R. *et al.* Aspectos relevantes na construção de produtos educacionais no contexto da educação profissional e tecnológica. **REPPE - Revista de Produtos Educacionais e Pesquisas em Ensino**, v. 3, n. 2, p. 105-119, 2019. Disponível em: <https://seer.uenp.edu.br/index.php/reppe/article/view/948>.

SILVA, M. J. DA *et al.* O movimento pela humanização do parto e nascimento no Brasil: o impacto em Uberlândia segundo a percepção dos enfermeiros. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 4, p. 7614-7634, 2020. DOI: <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n4-034>.

SILVA, L. F. *et al.* Adesão às boas práticas obstétricas: construção da assistência qualificada em maternidades-escolas. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 35, p. e37891, 2021. Disponível em: <http://www.revenf.bvs.br/pdf/rbaen/v35/1984-0446-rbaen-35-e37891.pdf>.

SILVA, L. B. *et al.* Plano de parto e sua importância no processo de parturição. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 6, n. 2, p. 5978–5992, 2023. DOI: <https://doi.org/10.34119/bjhrv6n2-122>.

SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA ALBERT EINSTEIN (SBIBAE). **Nota técnica para organização da Rede de Atenção à Saúde com foco na Atenção Primária à Saúde e na Atenção Ambulatorial Especializada – Saúde da Mulher na Gestação, Parto e Puerpério**. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein: Ministério da Saúde, 2019. 56 p. Disponível em: https://www.as.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2021/11/notatecnica_saude_mulher.pdf.

SOUZA, F. M. D. L. C. *et al.* Tecnologias apropriadas ao processo de trabalho de parto humanizado. **Enfermagem em Foco**, v. 10, n. 2, p. 118-124, 2019. DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2019.v10.n2.2180>.

THOMAS, J.; HARDEN, A. Métodos para a síntese temática de pesquisas qualitativas em revisões sistemáticas. **BMC medical research methodology**, v. 8, n. 1, p. 45, 2008. DOI: <https://doi.org/10.1186/1471-2288-8-45>.

TORRES, K. N., RACHED, C. D. A. A importância da elaboração do plano de parto e seus benefícios. **International journal of health management review**, v. 3, n. 2, p. 1-30, 2017. Disponível em: <https://ijhmreview.org/ijhmreview/article/view/126>.

TRIGUEIRO, T. H. *et al.* O uso do plano de parto por gestantes no pré-natal: uma revisão de escopo. **REME – Revista Mineira de Enfermagem**, v. 25, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1415.2762.20210039>

_____. Experiência de gestantes na consulta de Enfermagem com a construção do plano de parto. **Escola Anna Nery**, v. 26, p. e20210036, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0036>.

TRIVIÑOS, A. N. DA S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 2008.

VASCONCELOS, P. P. *et al.* Mídias sociais como fonte de conhecimento para o processo de parto normal. **Cogitare Enfermagem**, v. 25, 2020 DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.70061>.

WESTERGREN, A. *et al.* Autônoma e dependente – A dicotomia do nascimento: uma análise feminista dos planos de parto na Suécia. **Midwifery**, v. 68, p. 56-64, 2019. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0266613818303048>.

WHATSAPP. Centro de Ajuda. **Como fazer videochamadas**. 2024. Disponível em: https://faq.whatsapp.com/1862285217468140/?locale=pt_PT&cms_platform=web.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience**. Geneva: World Health Organization, 2018. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215>.

Apêndices

Apêndice A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Faculdade de Enfermagem



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Vimos, respeitosamente, por meio do presente documento, convidá-lo a participar da pesquisa intitulada **Experiência de mulheres que utilizaram o plano de parto**. Esta pesquisa tem como objetivo de descrever a experiência de trabalho de parto e parto vivenciada por mulheres que utilizaram o plano de parto.

Procedimentos: A coleta de dados dar-se-á de forma online, via *whatsapp*, conforme data e horário previamente agendados. A pesquisadora entrará em contato com a participante via *WhatsApp* e utilizando-se do recurso de videochamadas realizará a entrevista semiestruturada. Os resultados serão utilizados na elaboração de dissertação de mestrado e trabalho de conclusão de curso, e ainda em eventos científicos e ou revistas, e estarão à sua disposição sempre que solicitar.

Riscos: Esta pesquisa não envolve riscos físicos, mas poderá despertar emoções, por se tratar de recordar a experiência vivida pela mulher referente ao trabalho de parto, parto e ao plano de parto elaborado por ela. Por esta razão, caso a participante não se sinta confortável com as perguntas será garantido o direito de a participante suspender e retirar seu consentimento à entrevista a qualquer momento do desenvolvimento do estudo, sem nenhum prejuízo. Também, existe o risco característico ao ambiente virtual, considerando a limitação do pesquisador em assegurar total confidencialidade das informações dos participantes e o potencial risco de sua violação. Registra-se que o pesquisador obedecerá às diretrizes de privacidade das mídias sociais (WhatsApp) que regulam o acesso às informações de seus membros.

Benefícios: Os benefícios do estudo às participantes será a oportunidade de reflexão acerca da experiência vivenciada com a elaboração do plano de parto, possibilitando elencar pontos de melhoria à assistência da mulher em trabalho de parto e parto.

Participação Voluntária: sua participação neste estudo será voluntária e poderá ser interrompida a qualquer momento, se assim o desejar, sem que isso lhe traga prejuízo algum.

Confidencialidade: sua identidade permanecerá confidencial durante todas as etapas do estudo. Sendo que os resultados serão transcritos e analisados com responsabilidade e honestidade e usados exclusivamente para fins científicos.

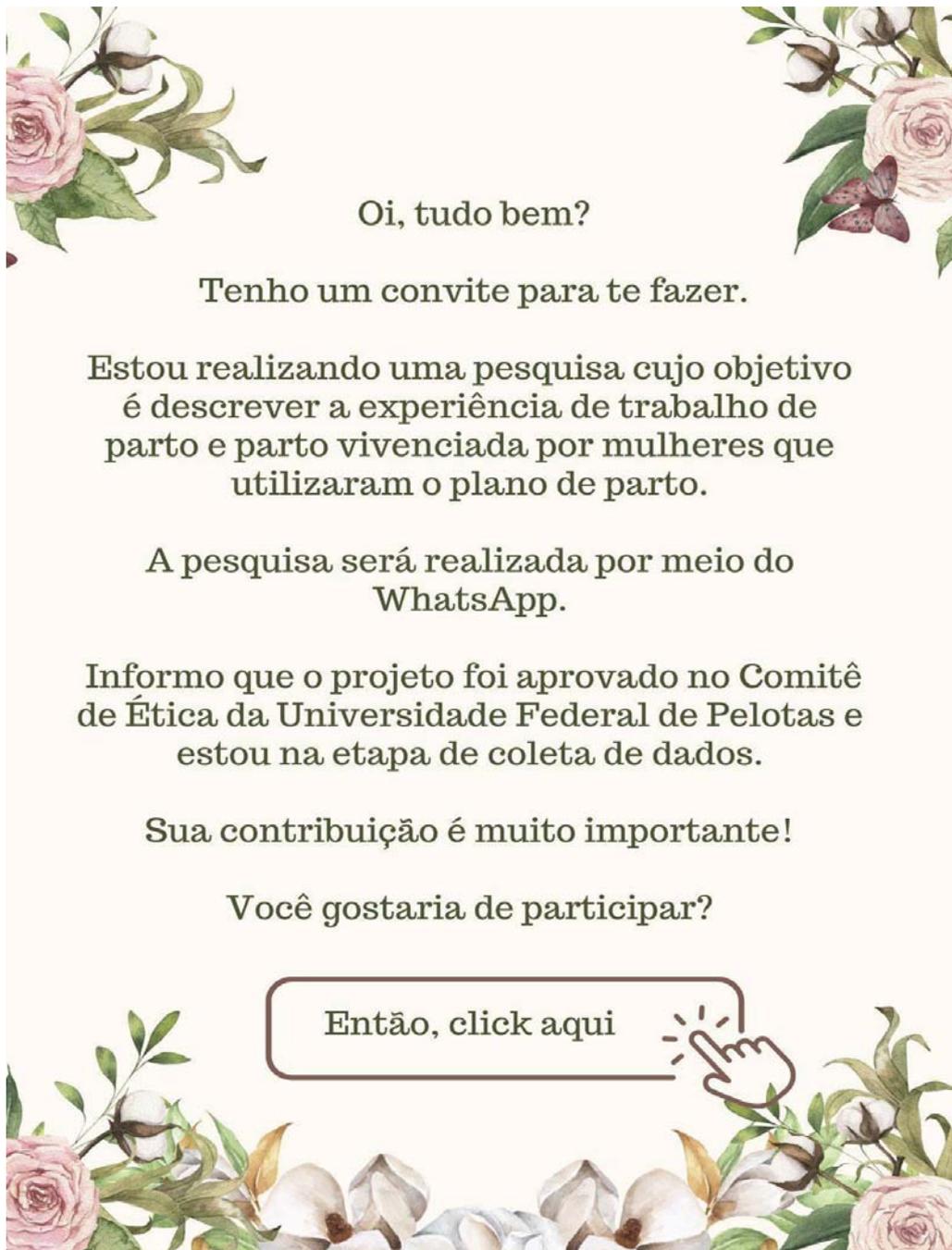
Consentimento: Pelo presente consentimento informado, declaro que fui esclarecido(a), de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa, dos riscos e benefícios da pesquisa. Os pesquisadores enfatizaram a importância de que eu guarde em meus arquivos uma cópia deste formulário de Termo Consentimento Livre e Esclarecido.

O formulário eletrônico será aberto somente após o participante manifestar sua concordância marcando a opção: Sim, eu aceito participar da pesquisa. Após concordar poderá abrir as novas páginas com as questões da pesquisa.

Pesquisadora responsável: Profª. Drª. Juliane Portella Ribeiro
Rua Gomes Carneiro nº1. Pelotas/RS. CEP: 96020-610.
Prédio da Reitoria, Campus Anglo da UFPel, Faculdade de Enfermagem.
Fone: (53) 3921-1523 E-mail: ju_ribeiro1985@hotmail.com

Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Enfermagem
Rua Gomes Carneiro nº1. Pelotas/RS. CEP: 96020-610.
Prédio da Reitoria, Campus Anglo da UFPel, Sala 212, segundo Andar.
Telefone: (53) 3284-3822 E-mail: cepfen@ufpel.edu.br

Apêndice B – Card com o Convite para Participação da Pesquisa



Apêndice C – Roteiro da Entrevista Semiestruturada

Características sociodemográficas das participantes

1) Idade:

2) Gênero:

3) Raça – por autodeclaração:

() branca () parda () preta () indígena () amarela

4) Escolaridade:

() Ensino Fundamental Incompleto

() Ensino Fundamental Completo

() Ensino Médio Incompleto

() Ensino Médio Completo

() Ensino Superior Incompleto

() Ensino Superior Completo

() Pós - Graduação

5) Profissão: _____

6) Renda familiar (somatório da renda de todos os integrantes da estrutura familiar):

() até 1 salário mínimo

() de 1 a 3 salários mínimos

() de 4 a 6 salários mínimos

() de 7 a 09 salários mínimos

() mais de 10 salários mínimos

Características gineco-obstétricas:

7) Nº de gestações? Nº de partos?

8) Você fez o seu pré-natal na Rede Pública ou Privada?

Experiência na elaboração de plano de parto no período gestacional

- 9) Você elaborou um plano de parto? De que forma? (documental/físico ou um plano de ideias)
- 10) Você recebeu alguma orientação para elaboração do plano de parto? De quem/qual fonte? (pré-natal? Profissional de saúde? Redes sociais?)
- 11) Seu acompanhante ou familiar participou da construção do plano de parto?

Experiência Vivenciada pela mulher durante o trabalho de parto e parto com o plano de parto

- 12) Fale como foi sua experiência com o plano de parto. Foi usado? Foi respeitado?
- 13) Fale como foi sua experiência em relação às suas escolhas durante o trabalho de parto (se foram atendidas? Em que momento deixaram de ser? Quais não foram atendidas. Por quê?)
- 14) Se não teve o plano de parto documentado:
- Você lembrou de suas escolhas? Se sentia em condições físicas e emocionais de expor suas escolhas para a equipe de saúde? Se não, por quê?
 - Você acredita que se tivesse documentado suas preferências e escolhas no plano de parto sua experiência teria sido diferente? Explique.
- 15) Quem esteve como seu acompanhante no momento do parto? Essa pessoa tinha conhecimento sobre seu plano de parto e sobre suas escolhas? Essa pessoa expressou as suas escolhas durante o nascimento de seu filho?

Possibilidades para uma melhor qualidade na elaboração e assistência ao parto e utilização do plano de parto

- 16) Que conselho você deixa para mulheres sobre o plano de parto?
- 17) Que conselho você deixa para equipes de Saúde que participam da assistência ao pré natal em relação à elaboração do plano?
- 18) Mediante a sua experiência vivida com o plano de parto, que conselho você deixa aos profissionais de saúde que atuam na assistência ao parto?

Encerramento

Estamos finalizando a entrevista, você deseja compartilhar mais alguma informação?

Agradeço por você compartilhar essas informações comigo. Obrigada pelo seu tempo e participação.

Anexos

Anexo A – Parecer Consubstanciado do CEP

FACULDADE DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS - UFPEL	
---	---

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A experiência de mulheres que utilizaram o Plano de Parto

Pesquisador: JULIANE PORTELLA RIBEIRO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 81827124.2.0000.5318

Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 7.154.031

Apresentação do Projeto:

Informações retiradas do Protocolo de Pesquisa, versão 2, CAAE: 81827124.2.0000.5318, submetido à Plataforma Brasil em 09 de outubro de 2024. "O presente projeto de pesquisa tem por objetivo descrever a experiência de trabalho de parto e parto vivenciada por mulheres que utilizaram o plano de parto. Para tanto empregará a abordagem qualitativa, exploratório, descritivo. O presente estudo será realizado por meio de redes sociais WhatsApp, Instagram® e Facebook, por serem ferramentas utilizadas pela população brasileira. As participantes serão mulheres com experiência de uso do plano de parto elaborado, tanto no âmbito do sistema único de saúde SUS como no particular. Dessa forma, os critérios de inclusão para a participação na pesquisa serão: mulheres maiores de 18 anos; com experiência de uso do plano de parto elaborado, independentemente da via de parto e local de parto. Os critérios de exclusão serão: mulheres que experienciaram óbito fetal ou perda neonatal. As participantes deste estudo serão captadas através da técnica de amostragem em Bola de Neve virtual, cuja amostragem é não probabilística e a abordagem se baseia na recomendação de novos informantes pelos informantes-chaves, nomeados como sementes, a fim de localizar algumas pessoas com o perfil necessário para a pesquisa. Solicita-se que as pessoas indicadas pelas sementes indiquem novos contatos com as características desejadas, a partir de sua própria rede pessoal, e assim sucessivamente. Esse processo continua até que o número de participantes

Endereço: Gomes Carneiro nº 01 - 2º Andar, Sala 212.	
Bairro: Centro	CEP: 96.010-610
UF: RS	Município: PELOTAS
Telefone: (53)3284-3822	E-mail: cepfen@ufpel.edu.br

FACULDADE DE
ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PELOTAS - UFPEL



Continuação do Parecer: 7.154/031

ou o prazo para coleta de dados seja atingido. Após a aprovação do projeto pelo CEP, a coleta de dados se dará de forma online, no período compreendido pelo segundo semestre de 2024. Para tanto, as sementes, por meio de suas contas pessoais (no Facebook, no Instagram e no WhatsApp), dispararão o card em suas redes de contatos sociais para o recrutamento de possíveis participantes. Ao acessar o link, as potenciais participantes serão direcionadas para o aplicativo Google Forms, ferramenta que possibilita a substituição do uso de formulários impressos. Nesse aplicativo, a participante será direcionada automaticamente para página onde poderá realizar a leitura do TCLE e manifestará sua concordância em participar marcando a opção: eu conheci os objetivos da pesquisa e concordo em responder ao formulário. Somente após o consentimento, as participantes irão acessar a agenda elaborada pela pesquisadora e marcar a melhor opção conforme sua disponibilidade para realização da entrevista. Por meio da mesma ferramenta, serão obtidas informações para contato posterior (WhatsApp). Na data e horário agendado, a pesquisadora entrará em contato com a participante via WhatsApp, utilizando-se do recurso de videochamadas e realizará a entrevista semiestruturada. Os dados obtidos por meio da entrevista serão registrados através de instrumento próprio e gravador, o uso do gravador se justifica para que a transcrição ocorra de forma integral e posterior à entrevista, além de possibilitar a otimização do tempo das puérperas entrevistadas. Os dados coletados serão descritos na íntegra e analisados a partir da proposta de Minayo, pela análise temática.”

Objetivo da Pesquisa:

“Objetivo Primário:

Descrever a experiência de trabalho de parto e parto vivenciada por mulheres que utilizaram o plano de parto.”

“Objetivos Secundários:

- Investigar as fontes que auxiliaram na construção do plano de parto;
- Investigar a forma de apresentação do plano de parto foi utilizado; se escrito ou no plano das ideias;
- Investigar a receptividade dos profissionais e serviços de saúde mediante a apresentação do plano de parto;
- Identificar os serviços em que a mulher vivenciou a experiência de trabalho de parto e parto utilizando o plano de parto;
- Identificar aspectos que contribuem para a efetivação do uso do plano de parto;

Endereço: Gomes Carneiro nº 01 - 2º Andar, Sala 212.
Bairro: Centro CEP: 96.010-610
UF: RS Município: PELOTAS
Telefone: (53)3284-3822 E-mail: cepfen@ufpel.edu.br

FACULDADE DE
ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PELOTAS - UFPEL



Continuação do Parecer: 7.154/031

-Identificar barreiras à efetivação do uso do plano de parto.”

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

“Riscos: De acordo com a Resolução 466/2012, toda pesquisa com seres humanos envolve riscos, no entanto, se compreende que esta não envolve riscos físicos, mas poderá despertar emoções, por se tratar de recordar a experiência vivida pela mulher referente ao trabalho de parto, parto e ao plano de parto elaborado por ela. Por esta razão, caso a participante não se sinta confortável com as perguntas, será garantido o direito da participante suspender e retirar seu consentimento à entrevista a qualquer momento do desenvolvimento do estudo, sem nenhum prejuízo. Existe o risco característico ao ambiente virtual, considerando a limitação do pesquisador em assegurar total confidencialidade das informações dos participantes e o potencial risco de sua violação. Registra-se que o pesquisador obedecerá às diretrizes de privacidade das mídias sociais que regulam o acesso às informações de seus membros.”

Benefícios:

“Um dos benefícios do estudo às participantes será a oportunidade de reflexão acerca da experiência vivenciada com a elaboração do plano de parto, possibilitando elencar pontos de melhoria à assistência da mulher em trabalho de parto e parto.”

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um protocolo de pesquisa, na versão 2, CAAE: 81827124.2.0000.5316, do tipo dissertação de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da UFPEL. A pesquisadora atendeu as pendências emitidas em parecer consubstanciado e o Protocolo encontra-se em conformidade com a legislação ética vigente, Resolução 466/2012 e Ofício Circular 001/2021.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados.

Recomendações:

- Realizar a devolutiva as participantes e comunidade científica conforme Resolução 466/12.
- Enviar relatório da pesquisa ao CEP conforme Resolução 466/12.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Nenhuma

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Gomes Carneiro nº 01 - 2º Andar, Sala 212.
Bairro: Centro CEP: 96.010-610
UF: RS Município: PELOTAS
Telefone: (53)3284-3822 E-mail: cepfen@ufpel.edu.br

FACULDADE DE
ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PELOTAS - UFPEL



Continuação do Parecer: 7.154.031

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_2389420.pdf	09/10/2024 15:29:22		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	09/10/2024 15:28:52	JULIANE PORTELLA RIBEIRO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	09/10/2024 14:28:49	JULIANE PORTELLA RIBEIRO	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	09/10/2024 14:26:26	JULIANE PORTELLA RIBEIRO	Aceito
Orçamento	Despesas.pdf	09/10/2024 13:52:09	JULIANE PORTELLA RIBEIRO	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto.pdf	25/07/2024 18:07:40	JULIANE PORTELLA RIBEIRO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PELOTAS, 13 de Outubro de 2024

Assinado por:
Juliana Graciela Vestena Zillmer
(Coordenador(a))

Endereço: Gomes Carneiro nº 01 - 2º Andar, Sala 212.
Bairro: Centro CEP: 96.010-610
UF: RS Município: PELOTAS
Telefone: (53)3284-3822 E-mail: cepfen@ufpel.edu.br