

Construção de um modelo de plano de parto a partir da percepção das gestantes**Building a model birth plan based on the perception of pregnant women****Construcción de un modelo de plan de parto a partir de la percepción de embarazadas**

 Nara dos Santos Costa¹,  Efigênia Aparecida Maciel de Freitas²,  Ana Rita Marinho Machado³,
 Andressa Cintra Ferreira⁴,  Carolina Feliciano Bracarense⁵,  Ana Lúcia de Assis Simões⁶

Recebido: 21/03/2023 **Aceito:** 12/06/2023 **Publicado:** 14/07/2023

Objetivo: compreender a construção de um plano de parto a partir da percepção das gestantes. **Método:** estudo de abordagem qualitativa realizado de julho a setembro de 2020, com gestantes a partir de recrutamento por grupo específico de Whatsapp, composto por gestantes, mães e profissionais de saúde. Utilizou-se um roteiro e entrevista no modo *online*. Os discursos foram analisados através do Discurso do Sujeito Coletivo. **Resultados:** participaram 50 gestantes, com média de idade de 29 anos, 58% casadas, e 76% com nível superior. Levantou-se o discurso: *Plano de Parto: itens revelados pelas mulheres - Episiotomia, Kristeller, Liberdade de posição e movimento, Analgesia, Contato pele a pele e aleitamento materno na primeira hora de vida do recém-nascido e Clampeamento oportuno do cordão umbilical, Direito ao acompanhante, Toque vaginal, Indução de parto.* **Conclusão:** percebeu-se conhecimento sobre a temática pelas características do público pesquisado, direcionando a construção do plano de parto, com os acréscimo dos itens: banho precoce, prevenção de oftalmia neonatal, desejo de comer. Defende-se o plano de parto como possibilidade de assistência individualizada e humanizada, com informações e orientações acerca dos direitos das gestantes, e dentro de seus anseios.

Descritores: Gestantes; Parto; Planejamento; Tomada de decisões.

Objective: to understand the construction of a birth plan based on the perception of pregnant women. **Methods:** qualitative approach study carried out from July to September 2020, with pregnant women recruited by a specific WhatsApp group, composed of pregnant women, mothers and health professionals. An online script and interview were used. The speeches were analyzed using the Collective Subject Discourse. **Results:** 50 pregnant women participated, with a mean age of 29 years, 58% were married, and 76% had a higher education degree. The subjects mentioned were: *Birth Plan: items revealed by women - Episiotomy, Kristeller, Freedom of position and movement, Pain medication, Skin-to-skin contact and breastfeeding in the newborn's first hour of life and Delayed clamping of the umbilical cord, Right to a companion, Vaginal touch, Labor induction.* **Conclusion:** there was a perceived knowledge on the subject by the characteristics of the researched public, directing the construction of the birth plan, with the addition of the items: early bath, prevention of neonatal ophthalmia, desire to eat. The birth plan is defended as a possibility of individualized and humanized assistance, with information and guidance about the rights of pregnant women, and within their desires.

Descriptors: Pregnant Women; Parturition; Planning; Decision Making.

Objetivo: comprender la construcción de un plan de parto a partir de la percepción de embarazadas. **Método:** estudio de abordaje cualitativo realizado de julio a septiembre de 2020, con gestantes a partir de reclutamiento por grupo específico de *WhatsApp*, compuesto por gestantes, madres y profesionales de la salud. Se utilizó un guion y una entrevista en línea. Los discursos se analizaron a través del Discurso del Sujeto Colectivo. **Resultados:** participaron 50 gestantes, con una media de edad de 29 años, 58% casadas, y 76% con nivel superior. Se planteó el discurso: *Plan de parto: puntos revelados por las mujeres - Episiotomía, Kristeller, Libertad de posición y movimiento, Analgesia, Contacto piel con piel y lactancia materna en la primera hora de vida del recién nacido y Pinzamiento oportuno del cordón umbilical, Derecho a estar acompañada, Tacto vaginal, Inducción del parto.* **Conclusión:** Se percibió conocimiento sobre la temática por las características del público encuestado, orientando la construcción del plan de parto, con la adición de los elementos: baño temprano, prevención de la oftalmia neonatal, deseo de comer. El plan de parto se defiende como una posibilidad de asistencia individualizada y humanizada, con informaciones y orientaciones sobre los derechos de la embarazada, y dentro de sus deseos.

Descriptores: Mujeres Embarazadas; Parto; Planificación; Toma de Decisiones.

Autor Correspondente: Nara dos Santos Costa – narasc29@gmail.com

1. Programa de Pós Graduação em Atenção à Saúde (PPGAS) - Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM). Uberaba/MG, Brasil.
2. Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Uberlândia (UFU). Uberlândia/MG, Brasil.
3. Curso de Enfermagem da UFTM. Uberaba/MG, Brasil.
4. Curso de Medicina da UFU. Uberlândia/MG, Brasil.
5. Estratégia Saúde da Família da Prefeitura Municipal de Uberaba/MG, Brasil.
6. Curso de Enfermagem e PPGAS-UFTM. Uberaba/MG, Brasil.

INTRODUÇÃO

A intensificação do quadro de assistência ao parto culminou no aumento de intervenções desnecessárias e na insatisfação das mulheres com o cuidado recebido, o que contribuiu para o surgimento do movimento da humanização do parto em todo o mundo, com intuito de melhorar a qualidade do cuidado oferecido ao que tange parir e nascer, tornando a mulher protagonista de seu parto com respeito às escolhas e decisões tomadas por elas¹.

O movimento propõe a democratização pela liberdade de escolha feminina e o respeito às decisões. Esse modelo de assistência atual é centrado em atender o que é conveniente para o médico, e não para suprir as particularidades da parturiente, que, na maioria das vezes, não tem o direito de escolher onde quer parir, a posição em que deseja estar, a presença do acompanhante e os procedimentos pelos quais ela deseja ou não passar. Essas escolhas não partem de uma negociação; pelo contrário, são quase sempre imposição dos médicos¹.

No final da década de 1970 surge o plano de parto (PP), propagado por estudiosos na área de pré-natal, preconizado desde 1996 pela Organização Mundial da Saúde (OMS) com diversas recomendações relacionadas às “*Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento*” com propósito de reestruturar e tornar mais respeitoso a assistência ao parto e nascimento ao redor do mundo. Diz respeito a um documento, de aspecto legal, na qual as mulheres declaram por escrito os seus anseios antes de receberem assistência ao parto, expectativas referentes ao cuidado que desejam receber no trabalho de parto e parto, conforme suas necessidades e crenças, de modo a evitar e diminuir as intervenções desnecessárias²⁻³.

O PP é uma ferramenta essencial que proporciona poder à autonomia das mulheres e famílias, estímulo ao cuidado co-participativo e discussão a respeito do cenário obstétrico³.

É um instrumento de empoderamento da mulher para ser utilizado no pré-natal, parto e puerpério, pois permite o respeito ao princípio da Bioética, independência nesse período, podendo ser elaborado pela mulher com orientação e ajuda dos profissionais de saúde, com destaque para o enfermeiro. A qualidade do cuidado oferecido a mãe-filho também é assegurada com o uso desse documento, pois favorece na redução e na erradicação de condutas de imperícia, negligência e imprudência, bem como promove a autonomia da mulher. Ademais, pode estreitar laços familiares quando esta mulher transfere ou divide as escolhas a respeito do processo parir com familiares, amigos e companheiro⁴.

O PP deve ser elaborado depois de a mulher ser orientada sobre as questões relacionadas à gestação, ao trabalho de parto, ao direito de escolha, aos benefícios de parto natural, aos riscos de procedimentos desnecessários (como a cesárea) e outras informações.

Assim que a gestante for admitida na maternidade, o PP deve ser entregue aos profissionais para que as decisões sejam divididas entre a equipe envolvida na assistência ao parto e a gestante²⁻³.

As mulheres referem ao plano de parto como “cuidado/atenção”, o que representa o alinhamento entre o conhecimento científico e assistência respeitosa, não se trata de apenas aceitar desejos e anseios, envolve também o olhar atento e gentil, proporcionando segurança e acolhimento, e permitindo sentir-se tranquila e satisfeita³.

Assim, pode-se entender que o PP é uma ferramenta tecnológica que impulsiona respeito aos cuidados da mulher e ao recém-nascido (RN), e tem facilitado a melhoria da qualidade da assistência obstétrica. Porém, existem alguns obstáculos para colocar esse instrumento em prática, como: necessidade do aumento da divulgação entre os profissionais e estímulo do uso entre as gestantes; introdução nos serviços de Atenção Primária à Saúde como instrumento de rotina; ajudar e orientar na elaboração do documento para aumentar os índices de cumprimento, especialmente por profissionais da saúde obstétrica que possui conhecimento acerca das particularidades clínicas das gestantes e o real cenário dos serviços obstétricos; e, ainda, a construir PP sujeitos a modificações que levem em consideração que um parto é imprevisível, para incentivar a implementação e a realização, bem como a satisfação da mulher³⁻⁵.

Assim, diante da falta da utilização e do conhecimento dos profissionais e parturientes a respeito dos benefícios e das vantagens de tornar o PP uma ferramenta de uso rotineiro e hábito nos serviços de saúde, este estudo teve como objetivo compreender a construção de um modelo de plano de parto a partir da percepção das gestantes.

MÉTODO

Este é um estudo descritivo com abordagem qualitativa. As entrevistas foram realizadas com gestantes residentes no município de Uberaba, Minas Gerais. Os critérios de inclusão foram: gestantes maiores de 18 anos e em qualquer idade gestacional, e o critério de exclusão foi a indicação absoluta de cesárea.

Para a coleta de dados, utilizou-se de um roteiro semiestruturado para as entrevistas e formulário com questões referentes à caracterização sociodemográfica. As entrevistas ocorreram no período de julho a setembro de 2020 e, devido à pandemia de COVID-19, foram realizadas de forma *online*.

O recrutamento se deu através de um grupo de Whatsapp. O grupo era um ambiente de troca de informações baseadas em evidências científicas que auxiliavam em uma gestação,

parto e maternagem conscientes, portanto, a principal condição era estar aberta a desconstruir para construir. O grupo contava com participantes no período da coleta divididos entre gestantes, mães e profissionais de diversas áreas (enfermeiras, doulas, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeuta ocupacional e psicólogas). Para participar do grupo era necessário indicação de uma integrante que repassava as regras do grupo para quem estava sendo inserida.

As gestantes foram convidadas por meio de uma mensagem privada *online*, explicando a pesquisa e as convidando a participar voluntariamente. Utilizou-se também a técnica de bola de neve para a coleta⁶.

Para o roteiro de entrevistas, foram selecionadas questões que norteassem uma descrição a partir da narrativa das mulheres, com intuito de compreender a construção de um plano de parto, sendo essas: *Você precisa orientar uma amiga sobre a utilização do plano de parto, o que você orientaria? Imagine que, para essa mesma amiga, você esteja conversando sobre o seu plano de parto, o que você contaria para ela? Quais itens você acha que não pode deixar de ter em um modelo de PP?* Os áudios das entrevistas foram gravados e digitalizados.

As informações referentes à caracterização das mulheres entrevistadas foram submetidas à análise descritiva, com o cálculo de frequências absolutas e percentuais.

Após leitura exaustiva do material reunido dos depoimentos das entrevistadas, foi extraído o conjunto de ideias e conceitos relevantes de cada depoimento, as ideias centrais e suas respectivas expressões-chaves⁷.

O conteúdo extraído foi submetido a análise do método do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), elaborado por Lefevre e Lefevre na década de 1990, uma técnica de organização de dados qualitativos que fundamenta-se na Teoria das Representações Sociais. Entende-se por ideias centrais uma síntese precisa do sentido de cada discurso, e por expressões chaves a essência dos discursos⁷.

O processamento destes dados resultou na construção de discursos do sujeito coletivo, o qual fundamenta-se em um discurso-síntese, composto pela união dos relatos individuais similares. Estes discursos redigidos na primeira pessoa do singular buscam causar uma impressão de “coletividade falando”, e as opiniões e ideias dos participantes são solidificadas e enriquecidas⁷.

O projeto foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro-UFTM sob o parecer nº3.957.474. A pesquisa obedeceu aos aspectos éticos de pesquisa envolvendo seres humanos, conforme Resolução nº 466/12 Conselho Nacional de Saúde-Ministério da Saúde (CNS/MS). Todas as participantes assinaram

um Termo de Consentimento e Assentimento Livre e Esclarecido (TCLE) após explicitação sobre os propósitos do estudo e detalhamento do seu processo.

RESULTADOS

Caracterização das participantes

Participaram 50 gestantes, de um grupo de 144 pessoas. As idades destas gestantes apresentaram mínima de 20 anos e a máxima de 39 anos, com média de 29 anos. Em relação ao estado conjugal, 58% eram casadas, 34% conviviam com um parceiro, 6% eram solteiras e 2% eram divorciada. Quanto à escolaridade, 76% relataram ter curso superior, 36% ensino médio completo e 2% ensino fundamental completo.

Ao ser questionado o histórico obstétrico dessas mulheres, foi constatado que a idade da primeira gestação ocorreu entre as idades de 17 a 39 anos; quanto ao número de gestações, 70% relataram que tiveram apenas uma gestação, 24% duas gestações e 6% três gestações. Em relação à via de nascimento, 22% tiveram cirurgia cesariana e 4% parto vaginal, 14% mulheres relataram ter sofrido aborto alguma vez na vida, e não foi questionado o número de abortos.

Os Discursos do Sujeito Coletivo foram ordenados a partir de temas comuns extraídos de suas expressões-chaves que fossem semelhantes e separados em *Plano de Parto: itens revelados pelas mulheres - Episiotomia, Kristeller, Liberdade de posição e movimento, Analgesia, Contato pele a pele e aleitamento materno na primeira hora de vida do recém-nascido e Clampeamento oportuno do cordão umbilical, Direito ao acompanhante, Toque vaginal, Indução de parto.*

Plano de parto: itens revelados pelas mulheres

Os itens apontados no PP dizem respeito aos direitos das mulheres, desejos e a participação ativa no processo de parto.

Episiotomia

Os discursos trazem relatos de negação ou desejo da sua não realização, porém com justificativas de que, caso algo aconteça ou realmente haja necessidade, ela será/poderá ser permitida. E relatos daquelas que possuem conhecimento sobre ser desnecessário, e negacionismo da sua pratica no momento de seus partos:

O que eu mais penso assim é a questão da episiotomia, que eu não quero que seja feito esse procedimento, eu vou colocar que eu não quero, só que por exemplo assim, vai que acontece algum tipo de intercorrência muito grave e é um procedimento que vai ser super necessário, aí pode ser que eu mude de ideia no dia, mas que isso é uma questão que eu quero que não aconteça no dia do parto vai ser. É um ato muito corriqueiro, a maioria das mulheres que

tiveram parto natural que eu conheço aqui em Uberaba tiveram a episiotomia, e muitas vezes sem indicação. Esse é meu maior medo, é uma coisa que me aflige tanto, que eu morro de medo. Não quero de jeito nenhum, só se realmente for necessário. (04, 07,12,13,17)

O direito de falar quero pique ou não quero. Não aceito a realização da episiotomia, dos cortes, do pique. Pelo que eu li, não é recomendado e nem é necessário, o pessoal só faz para acelerar o parto. Muitos médicos não pedem a sua autorização e mesmo estando ali no plano de parto. (19,32, 33, 34, 36, 38,44, 46)

Kristeller

A manobra de *Kristeller*, caracterizada como pressão fúndica, pode trazer inúmeras complicações graves e não há evidências que comprovem benefícios para mãe e bebê. O discurso abaixo representa algumas das mulheres que reconhecem o desuso dessa prática:

Gostaria de todos aqueles procedimentos que a Organização da Saúde tirou, porque eles são perigosos para mãe e para o bebê, como aquela manobra de Kristeller. Não aceito o desrespeito ao corpo da mulher no sentido de ficar subindo em cima da barriga. (04,13,25)

Liberdade de posição e movimento

O direito de deambular, locomover-se durante o trabalho de parto, a liberdade de escolher a posição para o parto, são consideradas boas práticas de assistência humanizada ao parto e nascimento e estão representadas no discurso a seguir:

Poder parir na posição que quiser, na posição que for mais confortável e ter liberdade de locomoção, poder transitar. (04, 05,16,25,34)

Analgesia

A questão da medicação né, deixar bem claro né para quem for acompanhar, se vai querer tomar medicação ou não para dor. Eu colocaria que eu queria receber a anestesia [risos]. Eu não sei com quanto tempo que pode, por quanto tempo que pode ser liberada a analgesia, mas eu queria. (02,09)

Eles ficam jogando sabe, tipo “não, toma analgesia”. Isso eu acho também importante para quem tá disposta a fazer bem natural mesmo, porque às vezes não quer, mas na hora da dor se eles ficarem falando, falando, falando, você acaba cedendo. (37)

Contato pele a pele e aleitamento materno na primeira hora de vida do recém-nascido e Clampeamento oportuno do cordão umbilical

Embora algumas mulheres demonstraram conhecimento sobre o clampeamento oportuno do cordão umbilical, não foi mencionado sobre quem ela gostaria que fizesse o corte ou secção do cordão. Este é um item que geralmente orienta-se colocar no plano de parto:

Essa questão da golden hour é muito assim, tem gente que acha que é besteira, já escutei também né, mas eu acho que é um item essencial, desde que o bebê não tenha que sair correndo para uma UTI. Deixar ele ter contato com a

mãe na primeira hora, caso ele esteja bem e a mãe também. Não deixar ele sair correndo para longe de mim e mexer no meu bebê sem necessidade. Eu quero passar a primeira hora com ele sabe, quero curtir aquele momentinho, eu quero que ele venha direto para o meu colo, o meu braço, o pele a pele e deixar ele mamar. E mesmo que seja a cesárea, porque eu já procurei saber que tem sim como o bebê vir e já ter contato comigo. Então, pelo que eu li eu acho que é uma coisa que deveria ter em todos os planos de parto. (04, 06, 07,08, 10,16, 19,26, 49)

Já tá tudo muito bem definido na minha cabeça, da questão do corte do cordão umbilical, clampeamento tardio, então assim, já vi da importância de se esperar parar de pulsar e eu quero o máximo que puder. Eu não concordo que o bebê nasça e já seja cortado imediatamente, porque eu sei que o sangue que tá na placenta vai voltar tudo para ele. (04, 06, 12, 13,16, 19, 34, 43)

Direito ao acompanhante

As gestantes revelam o desejo de ter um acompanhante durante o processo de nascimento de seus filhos, mostrando conhecimento acerca da Lei que garante esse direito:

Eu acho que o companheiro deve estar o tempo todo, nunca deve ser proibido, nem nessa época de pandemia. Eu acho que é uma pessoa que te dá força, é uma pessoa fundamental pra estar junto e tá vendo tudo que tá acontecendo. Ter a minha participação ativa e a do meu acompanhante naquilo que for possível. Eu me informei eu sei que eu tenho direito, e o que eu mais quero é isso. (05,10,28,44)

Toque vaginal

Dentre as intervenções desnecessárias, as mulheres ressaltaram a realização do toque excessivo realizado de forma indiscriminada:

Eu tenho uma dificuldade muito grande com o toque desnecessário, toques repetitivamente. Na verdade eu não quero que me toquem, só se for estritamente necessário, eu tenho essa barreira, no meu plano de parto consta isso, é uma coisa mais particular minha, mas para mim é muito importante. (26,28)

Indução de parto

O essencial é não ter aquela injeção que vai aumentar a dor, indução de ocitocina, por uma questão pessoal minha, por eu achar que se eu quero parto normal, a partir do momento que eu estou induzindo com um produto químico eu já tô deixando de fazer o parto mais natural possível, para mim isso já não funcionaria, mas tem mulheres que concordam com a ocitocina. Eu queria que fosse me perguntar primeiro para ver se eu quero e só se fosse de extrema necessidade. (08,09,18,19)

DISCUSSÃO

É sabido entre as evidências científicas que não existem reais indicações para a realização da episiotomia. A sua execução não facilita a passagem do polo cefálico do feto e tão pouco tem fatores protetores em relação a lacerações, sendo a própria episiotomia uma laceração de segundo grau, tão pouco melhora resultados maternos e fetais em trabalhos de

partos e partos distócicos como distócia de ombro ou a necessidade de parto instrumental com uso de fórceps ou vácuo-extrator⁸⁻⁹.

Não há evidências claras que sustentem indicações reais de episiotomia^{1,4} e uma revisão sistemática publicada na Biblioteca Cochrane apontou que não há evidências definidas a respeito das indicações de episiotomias realizadas de forma rotineira⁸. As Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal e a Organização Mundial de Saúde desaconselha a realização da episiotomia de rotina no parto natural¹⁰⁻¹¹.

A prática da episiotomia realizada em mulheres durante o parto com a intenção de auxiliar a passagem do feto resulta em complicações, em especial dor no local do corte, dores durante o ato sexual, medo de retornar atividades sexuais, perda da sensibilidade vaginal, complexos de autoaceitação e autoestima relacionado à imagem de seus corpos atrelados às alterações na anatomia do órgão sexual^{3,8}.

Estudos mostram que as mulheres não são informadas sobre a realização do procedimento nem tampouco durante a gestação quanto em qualquer fase do trabalho de parto e parto. A ciência de que foi submetida, para algumas, só acontece no momento da sutura realizada⁸.

A realização da episiotomia praticada pelo profissional de saúde, sem esclarecimentos sobre a sua execução, configura-se em perda do protagonismo da mulher perante seu corpo, além de expressar um domínio de poder sobre o direito de decisão que elas possuem⁷. O uso recorrente desse procedimento somente pode ser fundamentado através de dados científicos que corroborem a sua real necessidade e os efeitos positivos. Deste modo, episiotomia, quando praticada de forma rotineira e sem o consentimento da parturiente, é considerado uma violência obstétrica¹².

Em relação à manobra de *Kristeller*, a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) proíbe essa prática por estar associadas a complicações maternas e neonatais e as Diretrizes Nacionais do Parto Normal não recomendam a utilização dessa manobra^{10,13}.

Entretanto, um inquérito nacional realizado no Brasil com entrevista a 23.894 mulheres mostrou que 36% relataram terem sido submetidas à manobra. Esses relatos apontam como ainda existe uma continuidade dessa prática e falta de registro da sua realização nos prontuários, mostrando-se ser uma conduta realizada de forma velada¹⁴.

Quanto a liberdade de posição e movimento, puérperas numa pesquisa intitulada *Nascer em Belo Horizonte*, caracterizada por um inquérito sobre parto e nascimento, mostrou que as entrevistadas reconhecem os benefícios das posições verticalizadas para o parto, tais como,

menor incomodo; contribuem para locomoção e a participação da mulher; diminuem o cansaço e o emprego da força no período expulsivo¹⁵.

A analgesia farmacológica pode trazer alterações no desfecho do parto, por meio do aumento da probabilidade de ocorrer um parto instrumental e da duração do trabalho de parto, principalmente em gestações de alto risco, sendo que essa associação não depende da idade materna, da quantidade de partos anteriores, da presença de acompanhante ou doula e quantos centímetros de dilatação apresenta-se no momento da analgesia¹⁶.

É necessário dialogar sobre o significado da dor no trabalho de parto e aconselhar as mulheres quanto aos riscos e benefícios da analgesia, dando a elas oportunidade de escolha. Também, o uso adequado das ferramentas tecnológicas é primordial para se prevenir iatrogenias do parto e nascimento e o descrédito de cuidados consentâneos, mas de baixa densidade tecnológica¹⁶.

As boas práticas assistenciais baseadas no respeito às decisões mostraram redução na demanda de analgesia¹³(14%), em estudo realizado em Belo Horizonte com 238 mulheres de duas instituições, onde a assistência ao parto e nascimento é realizada por médicos e enfermeiras obstetras. A analgesia ofertada de maneira mais restrita associada às orientações sobre os riscos e benefícios deve ser incorporada como conduta que favorece a humanização do parto¹⁵.

Posicionar o recém-nascido em contato com a pele materna no parto vaginal ou cesárea é uma conduta significativa para ambos, simples e de baixo custo econômico. Essa prática contribui para uma melhor adaptação aos níveis fisiológicos maternos e neonatais^{3,17}.

Uma revisão integrativa evidenciou que os benefícios do contato pele a pele são de suma relevância para o binômio mãe-bebê. Porém para que essa seja uma prática de rotina, realizada com sucesso, essencialmente nos primeiros sessenta minutos após o parto, os profissionais de saúde precisam promover esses cuidados, favorecer o ambiente e a interação materno-infantil¹⁷.

No contato entre mãe-bebê após o parto entra em discussão o clampeamento do cordão umbilical. O clampeamento tardio é um procedimento simples e ao mesmo tempo proporciona contato precoce entre a mãe-filho, aumenta consideravelmente o elo entre o binômio e o sucesso do aleitamento materno¹⁶.

As diretrizes de reanimação neonatal recomendam que o cordão umbilical seja seccionado de um a três minutos após o parto para recém-nascidos a termo e em boas condições de nascimento¹⁸.

Os benefícios do clampeamento oportuno são aumento das reservas de ferro no RN, menor risco de hemorragia intraventricular, menor risco de enterocolite necrosante, menor chance de sepse infantil e menor necessidade de transfusão sanguínea¹⁸.

Uma investigação realizada com 84 gestantes em Belo Horizonte a respeito dos desejos e anseios preenchidos em um plano de parto mostrou que 51,19% escolheram que fosse realizado pelo marido/parceiro/pai do RN, enquanto 46,43% pelo profissional e apenas 2,38%, por elas mesmas².

É importante perceber que uma equipe sensível oportunize essa experiência para a família, além da necessidade de orientações e informações adequadas no pré-natal a respeito dos direitos, quando e em quais condições esse procedimento pode ser realizado por outras pessoas sem ser a equipe técnica².

Em 2005, foi regulamentada pela Portaria do Ministério da Saúde a Lei 11.108, que garante a presença de acompanhante de escolha da mulher em todas as fases do ciclo gravídico puerperal, ou seja, qualquer momento das fases do trabalho de parto, parto e após o parto imediato, definido em até 10 dias¹⁹.

A presença de acompanhante durante o trabalho de parto e parto, é considerada positiva, fornecendo à gestante a sensação de segurança durante um momento de fragilidade emocional e dor. A presença do acompanhante visa encorajar e apoiar, verbalmente ou gestualmente, as mulheres de forma a garantir boa evolução do parto¹¹.

Contudo, apesar dos avanços após a incorporação da Lei, ainda existem fragilidades nesse aspecto do cuidado obstétrico. Um inquérito de âmbito nacional evidenciou que 24,5% das mulheres não tiveram acompanhante algum, 56,7% tiveram acompanhamento parcial, e apenas 18,8% tiveram companhia contínua. Ao comparar com as variáveis socioeconômicas, foi constatado que a presença do acompanhante ainda se faz presente para uma minoria privilegiada, mulheres brancas, com maior poder aquisitivo e maior nível de instrução escolar, contratando equipe particular e que tiveram uma cirurgia cesariana²⁰.

O acompanhante deve ser inserido nas atividades educativas e consultas de pré-natal precocemente, no início da gravidez, para que possam oportunizar o apoio ininterrupto e eficaz. O profissional ou acompanhante que presta o cuidado à parturiente precisa saber orientar, acalmar as angústias, assistir às demandas da mulher e contribuir com relação entre esta, os parentes e equipe profissional^{11,21}.

Em relação ao toque vaginal, uma revisão sistemática não encontrou dados convincentes que apoiam a realização de rotina durante o trabalho de parto. O toque vaginal deve ser evitado fora do trabalho de parto ativo, ou seja, quando a mulher está sem contrações rítmicas²¹⁻²².

Ainda, a OMS preconiza que o toque vaginal para avaliar o trabalho de parto deve ser executado em um intervalo mínimo de quatro em quatro horas²².

A infusão de ocitocina sintética e amniotomia são técnicas muito utilizadas para acelerar o trabalho de parto, e, comparando essa intervenção com fatores socioeconômicos, é mais frequente em gestantes usuárias do Sistema Único de Saúde, com menor nível de escolaridade¹⁴.

Num inquérito nacional, entre as práticas, frequentemente, utilizadas de modo inapropriado durante o primeiro estágio do parto, verificou-se que 41,7% de mulheres que receberam infusão de ocitocina durante o trabalho de parto, demonstrando que práticas intervencionistas como rompimento artificial da bolsa amniótica, uso de ocitocina e analgesia indiscriminada, ainda estão agregadas nas condutas dos profissionais¹⁶.

Uma das questões mais surpreendentes da assistência obstétrica no Brasil é a falta de paciência em aguardar o momento do nascimento, sem respeitar o protagonismo das mulheres nessa jornada de trabalho de parto e parto. As altas taxas de intervenções desnecessárias, incluindo as cesarianas, são justificadas pelo domínio da duração e determinação do processo de parturição, tornando o cuidado obstétrico no país concentrado nas mãos dos profissionais e não na fisiologia e no corpo da mulher. Isto se inicia no cuidado pré-natal, quando as mulheres são excluídas das orientações e informações adequadas relacionadas às boas práticas e assistência obstétrica eficaz, sobre as vantagens de um parto natural, e não são encorajadas a comandarem o seu parto¹⁴.

CONCLUSÃO

Muitas mulheres possuem conhecimento acerca de alguns itens que podem compor um PP, mesmo com algumas fragilidades nas respostas, como a episiotomia. Elas sabem que não é um procedimento necessário, que não muda o desfecho materno-neonatal, porém sentem-se inseguras ao defenderem esse conhecimento tornando-as vulneráveis e frágeis para a execução.

Alguns itens que eram esperados não foram mencionados, como os procedimentos desnecessários com RNs: banho precoce e prevenção de oftalmia neonatal sem embasamento científico, entre outros procedimentos e/ou condutas.

Os relatos das participantes apresentaram itens considerados importantes para as mulheres terem como ferramenta para discutir condutas com seu profissional pré-natalista. Apareceram elementos que compõem não só temas relacionados às práticas consideradas desnecessárias, mas também aquelas que são de direito da mulher assistida.

O plano de parto é um documento flexível, pela qual cada usuária poderá acrescentar aquilo que convém da melhor forma. De posse do PP, será possível conhecer e analisar se, no pré-natal, as mulheres estão recebendo uma assistência individualizada e humanizada, com informações e orientações acerca de seus direitos, e dentro de seus anseios.

Entre as limitações, houve a pandemia por COVID-19, pois a ideia inicial era a realização de entrevistas de mulheres atendidas no pré-natal de uma unidade básica de saúde. Ao recrutar mulheres de um grupo de Whatsapp, percebeu-se que o grupo era composto por mulheres orientadas a respeito da temática, incluso aquelas que contrataram equipes particulares de doulas e enfermeiras obstetras. Também não especificou-se se a entrevistada era paciente do SUS ou particular/convênio.

Chama a atenção o fato de que, apesar do grupo ser orientado, percebeu-se a necessidade de divulgação e conscientização a respeito dos direitos das mulheres relacionados aos temas gestação, trabalho de parto e parto.

Por outro lado, fica como questionamento: *“Como apesar de possuírem conhecimento sobre humanização no parto, as mulheres pesquisadas tem histórico de cesáreas maior do que o parto vaginal? Cabe aqui a reflexão acerca dos caminhos percorridos pelas mulheres até o encontro com o mundo da assistência obstétrica de forma respeitosa e baseada em evidências científicas, o que pede mais estudo na temática em diferentes contextos, público ou privado.*

REFERÊNCIAS

1. Aquino LS. O movimento de humanização do parto como movimento social e suas semelhanças com os protestos que tomaram o mundo em 2013. Revista Novos Saberes [Internet]. 2016 [citado em 10 out 2020]; 3(1):46-58. Disponível em: <https://pesquisadores.uff.br/academic-production/o-movimento-de-humaniza%C3%A7%C3%A3o-do-parto-como-movimento-social-e-suas-semelhan%C3%A7as-com>
2. Gomes RPC, Silva RS, Oliveira DCC, Manzo BF, Guimarães GL, Souza KV. Plano de parto em rodas de conversa: escolhas das mulheres. REME Rev Min Enferm. [Internet]. 2017 [citado em 12 out 2020]; 21:e1033. Disponível em: <http://www.revenf.bvs.br/pdf/reme/v21/1415-2762-reme-20170043.pdf>
3. Santos FSR, Souza PA, Lansky S, Oliveira BJ, Matozinhos FP, Abreu ALN, et al. Os significados e sentidos do plano de parto para as mulheres que participaram da exposição sentidos do nascer. Cad Saúde Pública [Internet]. 2019 [citado em 29 nov 2020]; 35(6):e00143718. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/FrXHFqx57JpZBsFV5Xdt3jB/?format=pdf&lang=pt>
4. Silva ALNV, Neves AB, Sgarbi AkG, Souza RA. Plano de parto: ferramenta para o empoderamento de mulheres durante a assistência de enfermagem. Rev Enferm UFSM. [Internet] 2017 [citado em 10 out 2020]; 7(1):144-51. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/22531/pdf>
5. Medeiros RMK, Figueiredo G, Correa ACP, Barbieri M. Repercussões da utilização do plano de parto no processo de parturição. Rev Gaúcha Enferm. [Internet]. 2019 [citado em 10 out 2020]; 40:e20180233. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/22531/pdf>
6. Vinuto J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. Temat. [Internet] 2014 [citado em 27 abr 2023]; 22(44):203-20. Disponível em: <https://econtents.bc.unicamp.br/inpec/index.php/tematicas/article/view/10977>
7. Lefevre F, Lefevre AMCM, Marques MCC. Discurso do sujeito coletivo, complexidade e auto-organização. Ciênc Saúde Colet. [Internet]. 2009 [citado em 20 out 2020]; 14(4):1193-204. Disponível em: [https://www.scielo.br/j/csc/a/bLYcq4qWYB\]nrfZzbVrZm\]h/?format=pdf&lang=pt](https://www.scielo.br/j/csc/a/bLYcq4qWYB]nrfZzbVrZm]h/?format=pdf&lang=pt)

8. Marambaia CG, Vieira BDG, Alves VH, Rodrigues DP, Almeida VLM, Calvão TF. A sexualidade da mulher no puerpério: reflexos da episiotomia. *Cogitare Enferm.* [Internet]. 2020 [citado em 20 out 2020]; 25:e67195. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/67195/pdf>
9. Jiang H, Qian X, Carroli G, Garner P. Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database of Syst Rev.* [Internet] 2017 [citado em 31 nov 2020]; (2):CD000081. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000081.pub3/full#0>
10. Ministério da Saúde (Brasil). 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 [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017 [citado em 20 nov 2020]. 51p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf
11. World Health Organization. WHO recommendations: intrapartum care for a positive child-birth experience. Geneva: World Health Organization; 2018. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1095300/retrieve>
12. Carniel F, Vital DS, Souza TDP. Episiotomia de rotina: necessidade versus violência obstétrica. *J Nurs Health* [Internet]. 2019 [citado em 20 jan 2021]; 9(2):e199204. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/12/1047273/9.pdf>
13. Nascimento KIM, Lima VS, Novaes CDP, Ponte AR, Cardoso LRC, Aragão CRB, et al. Manobra de Kristeller: uma violência obstétrica [Internet]. 2021 [citado em 20 nov 2020]; 4(2):7362-80. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/27710/21918>
14. Leal MC, Pereira APE, Domingues RMSM, Filha MMT, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2014 [citado em 10 dez 2020]; 30(Supl 1):S17-S32. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/gydTTxDCwvmPqTw9gTWfGd/?format=pdf&lang=pt>
15. Sousa AMM, Souza KV, Rezende EM, Martins EF, Campos D, Lansky S. Práticas na assistência ao parto em maternidades com inserção de enfermeiras obstétricas, em Belo Horizonte, Minas Gerais. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* [Internet]. 2016 [citado em 20 nov 2020]; 20(2):324-31. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/xDQqdphRKhRc7K6HRV3TWdF/?format=pdf&lang=pt>
16. Felisbino-Mendes MS, Santos LO, Amorim T, Costa IN, Martins EF. O uso de analgesia farmacológica influencia no desfecho de parto? *Acta Paul Enferm.* [Internet]. 2017 [citado em 20 nov 2020]; 30(5):458-65. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/mkd4SCSBbv5gDTQsFCW85zG/?format=pdf&lang=pt>
17. Bezerra LDA, Pereira AMM, Jorge HMF, Melo LPT, Feitoza SR, Amorim MLS. Benefícios do contato pele a pele para o recém-nascido. *ReTEP: Revista Tendências da Enfermagem Profissional* [Internet] 2016 [citado em 20 nov 2020]; 8(4):2019-2050-55. Disponível em: <http://www.corence.org.br/wp-content/uploads/2015/12/retep-8-4.pdf>
18. Wyckoff MH, Aziz K, Escobedo MB, Kapadia VS, Kattwinkel J, Perlman JM, et al. Part 13: Neonatal Resuscitation: 2015 American Heart Association guidelines update for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. *Circulation* [Internet]. 2015 [citado em 20 nov 2020]; 132(18 Suppl 2):S543-60. Disponível em: <https://www.ahajournals.org/doi/reader/10.1161/CIR.0000000000000267>
19. Presidência da República (Brasil). Lei nº 11.108 de 07 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS [Internet]. D.O.U. Brasília, DF, 8 abr 2005 [citado em 23 nov 2020]; Seção 1:1. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm
20. Diniz CSG, D'Orsi E, Domingues RMSM, Torres JA, Dias MAB, Schneck CA, et al. Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional Nascer no Brasil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2014 [citado em 23 nov 2020]; 30 (Supl 1):S140-S153. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/YwCMB4CMGHxLtbMtzgnhJjx/?format=pdf&lang=pt>
21. Waldman R. ACOG Practice Bulletin No. 198: prevention and management of obstetric lacerations at vaginal delivery. *Obstet Gynecol* 2019 [citado em 23 nov 2020]; 133(01):185. DOI: 10.1097/AOG.0000000000003041
22. Downe S, Gyte GML, Dahlen HG, Singata M. Routine vaginal examinations for assessing progress of labour to improve outcomes for women and babies at term. *Cochrane Database of Syst Rev.* [Internet].

2013 [citado em 23 nov 2020]; 7: CD010088. Disponível em:
<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD010088.pub2/full#0>

Editor Associado: Rafael Gomes Ditterich

Conflito de Interesses: os autores declararam que não há conflito de interesses.

Financiamento: não houve.

CONTRIBUIÇÕES

Nara dos Santos Costa participou da concepção, coleta e análise dos dados e redação. **Efigênia Aparecida Maciel de Freitas** contribuiu na concepção e redação. **Ana Rita Marinho Machado** atuou na concepção, coleta e análise dos dados, redação e revisão. **Andressa Cintra Ferreira** contribuiu na coleta e análise dos dados e revisão. **Carolina Feliciano Bracarense** colaborou na revisão. **Ana Lúcia de Assis Simões** colaborou na concepção do estudo e revisão.

Como citar este artigo (Vancouver)

Costa NS, Freitas EAM, Machado ARM, Ferreira AC, Bracarense CF, Simões ALA. Construção de um modelo de plano de parto a partir da percepção das gestantes. *Rev Fam, Ciclos Vida Saúde Contexto Soc.* [Internet]. 2023 [citado em *inserir dia, mês e ano de acesso*]; 11(2):e6759. Disponível em: *inserir link de acesso*. DOI: *inserir link do DOI*.

Como citar este artigo (ABNT)

COSTA, N. dos S.; FREITAS, A. M. de F.; MACHADO, A. R. M.; FERREIRA, A. C.; BRACARENSE, C. F.; SIMÕES, A. L. A. Construção de um modelo de plano de parto a partir da percepção das gestantes. **Rev. Fam., Ciclos Vida Saúde Contexto Soc.**, Uberaba, MG, v. 11, n. 2, p. e6759, 2023. DOI: *inserir link do DOI*. Disponível em: *inserir link de acesso*. Acesso em: *inserir dia, mês e ano de acesso*.

Como citar este artigo (APA)

Costa, N.S., Freitas, A.M.F., Machado, A.R.M., Ferreira, A.C., Bracarense, C.F., & Simões, A.L.A. (2023). Construção de um modelo de plano de parto a partir da percepção das gestantes. *Rev. Fam., Ciclos Vida Saúde Contexto Soc.*, 11(2). Recuperado em *inserir dia, mês e ano de acesso* de *inserir link de acesso*. DOI: *inserir link do DOI*.



Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons