



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM ENFERMAGEM
CURSO DE DOUTORADO PROFISSIONAL

Beatriz Steingreber de Barros

Desenvolvimento e validação da tecnologia *BirthWay* sobre a elaboração do plano de parto e nascimento para gestantes e profissionais da saúde da atenção primária

Florianópolis
2025

Beatriz Steingreber de Barros

Desenvolvimento e validação da tecnologia *BirthWay* sobre a elaboração do plano de parto e nascimento para gestantes e profissionais da saúde da atenção primária

Tese submetida ao Programa de Pós-Graduação Gestão do Cuidado em Enfermagem da Universidade Federal Santa Catarina, como requisito para a obtenção do título de Doutora em Gestão do Cuidado em Enfermagem. Linha de Pesquisa: Gestão em Enfermagem.

Grupo de Pesquisa: Laboratório de Pesquisa, Tecnologia e Inovação em Enfermagem na Saúde da Mulher e do Recém-Nascido (GRUPESMUR).

Orientadora: Prof^ª. Marli Terezinha Stein Backes, Dr.(a).

Florianópolis

2025

Ficha catalográfica gerada por meio de sistema automatizado gerenciado pela BU/UFSC.
Dados inseridos pelo próprio autor.

Steingreber de Barros, Beatriz

Desenvolvimento e validação da tecnologia BirthWay sobre a elaboração do plano de parto e nascimento para gestantes e profissionais da saúde da atenção primária / Beatriz Steingreber de Barros ; orientadora, Marli Terezinha Stein Backes, 2025.

225 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem, Florianópolis, 2025.

Inclui referências.

1. Gestão do Cuidado em Enfermagem. 2. Enfermagem. 3. Plano de Parto. 4. Parto. 5. Nascimento. I. Terezinha Stein Backes, Marli. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem. III. Título.

Beatriz Steingreber de Barros

Desenvolvimento e validação da tecnologia *BirthWay* sobre a elaboração do plano de parto e nascimento para gestantes e profissionais da saúde da atenção primária

O presente trabalho em nível de Doutorado foi avaliado e aprovado, em 22 de agosto de 2025, pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.(a) Nádia Chiodelli Salum, Dr.(a)
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof.(a) Melissa Orlandi Honório Locks, Dr.(a)
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof.(a) Maria Aparecida Baggio, Dr.(a)
Universidade Estadual do Oeste do Paraná

Certificamos que esta é a versão original e final do trabalho de conclusão de curso que foi julgado adequado para obtenção do título de Doutora em Gestão do Cuidado em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação Gestão do Cuidado em Enfermagem.



Documento assinado digitalmente
Lucia Nazareth Amante
Data: 20/11/2025 13:45:06-0300
CPF: ***.410.189-**
Verifique as assinaturas em <https://v.ufsc.br>

Coordenação do Programa de Pós-Graduação



Documento assinado digitalmente
Marli Terezinha Stein Backes
Data: 20/11/2025 12:23:51-0300
CPF: ***.586.800-**
Verifique as assinaturas em <https://v.ufsc.br>

Prof.(a) Marli Terezinha Stein Backes, Dr.(a)
Orientador(a)

Florianópolis, 2025

AGRADECIMENTOS

A Deus, sempre, cuja graça e provisão estiveram presentes em todos os momentos desta jornada. Suas diretrizes e bênçãos foram fundamentais para a manutenção da minha perseverança e sucesso.

A minha família, pelo apoio imprescindível. Seu amor, encorajamento e compreensão foram a força motriz por trás de cada conquista.

Expresso sincera gratidão à Professora Doutora Marli Terezinha Stein Backes, minha orientadora, cujos ensinamentos, paciência e obstinação foram fundamentais para a realização deste estudo.

Também gostaria de agradecer aos membros da Banca Examinadora, Professoras Doutoras Maria Aparecida Baggio, Melissa Orlandi Locks, Nádia Maria Chiodelli Salum, Alcira Escobar Marín e Camila Santos do Couto pelos apontamentos cuidadosos e pelas valiosas sugestões que contribuíram para a qualidade final do trabalho.

Às participantes da pesquisa, cuja colaboração e disposição em compartilhar suas experiências foram os alicerces para os resultados alcançados.

E, por fim, agradeço à Universidade Federal de Santa Catarina, ao Laboratório de Pesquisa, Tecnologia e Inovação em Enfermagem na Saúde da Mulher e do Recém-Nascido (GRUPESMUR), a todo o corpo docente do Programa de Pós-Graduação Gestão do Cuidado em Enfermagem – Doutorado Profissional, à Maternidade do Hospital Universitário, Polydoro Ernani de São Thiago, e à Maternidade Carmela Dutra, ambas de Florianópolis, cujo suporte tornou possível o desenvolvimento desta tese.

"A todas as mulheres em processo de parturição: que suas preferências sejam respeitadas e que seu trabalho de parto, parto, nascimento e pós-parto sejam como sonhado".

(Beatriz Steingreber de Barros)

RESUMO

Introdução: o acompanhamento pré-natal é a oportunidade para promover o cuidado integral e fortalecer o vínculo entre a gestante e a equipe de saúde. Nesse contexto, o plano de parto e nascimento surge como ferramenta essencial para garantir a autonomia da mulher, mediante ao registro das suas preferências frente ao processo de parturição. **Objetivo Geral:** desenvolver e validar uma tecnologia instrutiva e autoexplicativa sobre a elaboração do plano de parto e nascimento capaz de auxiliar profissionais e gestantes na atenção primária à saúde. **Método:** trata-se de um estudo multimétodos. A construção da tecnologia se deu em quatro etapas: revisão sistemática, estudo epidemiológico do tipo transversal, desenvolvimento do “*BirthWay* – Meu Plano de Parto e Nascimento” e validação de seu conteúdo. A revisão sistemática foi realizada em sete bases de dados, que resultaram em 16 artigos, os quais abordaram o uso do plano de parto e nascimento. O estudo transversal compreendeu a abordagem de 330 puérperas internadas no alojamento conjunto do Hospital Universitário e Maternidade Carmela Dutra, de Florianópolis, a partir da aplicação de um questionário estruturado. Destas, 280 não fizeram o plano de parto e nascimento enquanto 50 realizaram, porém, apenas 30 participaram, efetiva e completamente, da segunda etapa da coleta de dados. A construção da tecnologia contemplou seis momentos: orientações iniciais sobre a elaboração do plano de parto e nascimento, escolhas durante o trabalho de parto, no momento do parto e imediatamente após o parto, escolhas em caso de cesariana e escolhas frente aos cuidados com o recém-nascido. Na última etapa deu-se a validação de conteúdo realizada por seis especialistas nas áreas da Enfermagem Obstétrica e/ou Atenção Primária à Saúde. Os dados foram analisados quantitativamente por meio do Índice de Validade de Conteúdo. **Resultados:** Na revisão sistemática foram analisados 16 estudos, em sua maioria de alta qualidade. O plano de parto e nascimento apareceu, principalmente, na atenção primária e em maternidades do Sudeste e Sul do Brasil. As participantes eram, sobretudo, mulheres jovens, com união estável e boa escolaridade, a maioria multíparas, com pré-natal adequado e parto normal. Na pesquisa transversal identificou-se que somente 9,7% das mulheres apresentaram o plano de parto e nascimento e, a maioria era primípara, com maior escolaridade e renda, e realizou pré-natal na atenção primária, principalmente, em gestações de risco habitual. Entre elas, 60% tiveram parto vaginal e 63,3% disseram ter suas preferências totalmente respeitadas. O produto desenvolvido, que foi submetido à validação de conteúdo, alcançou o Índice de Validade de Conteúdo Global de 0,82. Todas as seções obtiveram índices $\geq 0,80$, indicando validade satisfatória. **Produto Desenvolvido:** Trata-se de uma tecnologia instrutiva desenvolvida para auxiliar gestantes e profissionais da saúde na elaboração do plano de parto e nascimento, oferecendo informações baseadas em evidências científicas, com implementação prevista nas Unidades Básicas e acesso por *QR-codes*, através de dispositivos digitais. Além de ampliar o acesso a orientações confiáveis, reúne conteúdos que podem subsidiar políticas públicas e contribuir para a redução da mortalidade materna e infantil. Os protótipos já foram concluídos e encaminhados para testagem. **Considerações Finais:** A tecnologia instrutiva mostrou-se válida para fortalecer o protagonismo feminino e promover práticas obstétricas humanizadas. A tese destaca a relevância dessas tecnologias no cuidado obstétrico e recomenda sua implementação nos serviços de saúde.

Palavras-chave: Enfermagem; Tecnologia; Plano de Parto; Parto; Nascimento.

ABSTRACT

Introduction: Prenatal care is an opportunity to promote comprehensive care and strengthen the bond between the pregnant woman and the healthcare team. In this context, the birth plan emerges as an essential tool to guarantee the woman's autonomy, through the recording of her preferences regarding the birthing process. **General Objective:** To develop and validate an instructive and self-explanatory technology on the preparation of a birth plan capable of assisting professionals and pregnant women in primary healthcare. **Method:** This is a multi-method study. The technology was developed in four stages: a systematic review, a cross-sectional epidemiological study, the development of the "BirthWay – My Birth and Delivery Plan," and content validation. The systematic review was conducted in seven databases, resulting in 16 articles that addressed the use of birth and delivery plans. The cross-sectional study involved 330 postpartum women admitted to the rooming-in unit of the Carmela Dutra University Hospital and Maternity in Florianópolis, using a structured questionnaire. Of these, 280 did not create a birth and delivery plan, while 50 did; however, only 30 effectively and completely participated in the second stage of data collection. The technology development process encompassed six stages: initial guidance on creating a birth and delivery plan, choices during labor, at the time of delivery, and immediately after delivery, choices in case of cesarean section, and choices regarding newborn care. The final stage involved content validation by six specialists in the fields of Obstetric Nursing and/or Primary Health Care. The data were analyzed quantitatively using the Content Validity Index. **Results:** The systematic review analyzed 16 studies, mostly of high quality. Birth and delivery plans appeared mainly in primary care and maternity hospitals in Southeast and South Brazil. Participants were primarily young women, in stable relationships, with good education levels, most multiparous, with adequate prenatal care and normal delivery. The cross-sectional study identified that only 9.7% of women presented a birth and delivery plan, and most were primiparous, with higher education and income, and received prenatal care in primary care, mainly in low-risk pregnancies. Among them, 60% had vaginal deliveries and 63.3% said their preferences were fully respected. The developed product, which was submitted to content validation, achieved a Global Content Validity Index of 0.82. All sections obtained indices ≥ 0.80 , indicating satisfactory validity. **Product Developed:** This is an instructional technology developed to assist pregnant women and healthcare professionals in creating birth and delivery plans, offering information based on scientific evidence, with implementation planned in Basic Health Units and access via QR codes through digital devices. In addition to expanding access to reliable guidance, it gathers content that can support public policies and contribute to reducing maternal and infant mortality. Prototypes have already been completed and sent for testing. **Final Considerations:** The instructional technology has proven valuable in strengthening female empowerment and promoting humanized obstetric practices. This thesis highlights the relevance of these technologies in obstetric care and recommends their implementation in health services.

Keywords: Nursing; Technology; Birth Plan; Childbirth; Births.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Fluxograma dos Critérios de Busca e Seleção da Literatura.....	71
Figura 2	Capa do Produto <i>BirthWay</i>	138
Figura 3	Orientações Iniciais do Produto <i>BirthWay</i>	139
Figura 4	Identificação (Cabeçalho) do Produto <i>BirthWay</i>	139
Figura 5	O que é o Plano de Parto e Nascimento do Produto <i>BirthWay</i>	140
Figura 6	Minhas Escolhas Durante o Trabalho de Parto do Produto <i>BirthWay</i>	140
Figura 7	Minhas Escolhas no Momento do Parto do Produto <i>BirthWay</i>	141
Figura 8	Minhas Escolhas Imediatamente Após o Parto do Produto <i>BirthWay</i>	141
Figura 9	Minhas Escolhas em Caso de Cesariana do Produto <i>BirthWay</i> ...	142
Figura 10	Minhas Escolhas Frente aos Cuidados com o Recém-nascido do Produto <i>BirthWay</i>	142
Figura 11	Agradecimentos, Credenciais e Referências (Leia Também) do Produto <i>BirthWay</i>	143
Figura 12	Avatar do Produto <i>BirthWay</i>	144
Figura 13	QR-code de Acesso ao Produto <i>BirthWay</i>	145

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Distribuição da Escolaridade das Puérperas por Grupo.....	98
Gráfico 2	Distribuição da Renda Familiar das Puérperas por Grupo.....	99
Gráfico 3	Distribuição do Estado Civil das Puérperas por Grupo.....	99
Gráfico 4	Distribuição das Puérperas por Maternidade e a sua Relação entre ter ou não Plano de Parto e Nascimento.....	101
Gráfico 5	Idade Média das Puérperas por Grupo.....	102
Gráfico 6	Número de Gestações das Puérperas por Grupo.....	103
Gráfico 7	Número de Partos das Puérperas por Grupo.....	104
Gráfico 8	Número de Nascidos Vivos das Puérperas por Grupo.....	104
Gráfico 9	Número de Abortos das Puérperas por Grupo.....	105
Gráfico 10	Classificação da Gestação por Grupo.....	106
Gráfico 11	Rede de Atendimento Pré-Natal por Grupo.....	107
Gráfico 12	Acompanhamento em Ambulatório de Alto Risco por Grupo.....	108
Gráfico 13	Discussão sobre o Plano de Parto e Nascimento nas Consultas de Pré-Natal.....	108
Gráfico 14	Via de Parto.....	110
Gráfico 15	Idade Gestacional no Parto.....	110
Gráfico 16	Questionamento sobre o Plano de Parto e Nascimento.....	111
Gráfico 17	Respeito �s Preferências.....	112

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	População, Intervenção, Comparação, Resultados (PICO) para determinação da elegibilidade das questões de revisão. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2025.....	67
Quadro 2	Estratégias de busca. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2025.....	68
Quadro 3	Síntese dos estudos incluídos. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2025.....	72
Quadro 4	Risco de viés dos estudos selecionados pelo JBI-MASARI. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2025.....	83

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição das puérperas segundo maternidade, escolaridade, renda familiar e estado civil. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2025.....	100
Tabela 2	Medidas descritivas das variáveis obstétricas. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2025.....	102
Tabela 3	Frequência absoluta e relativa das variáveis do acompanhamento pré-natal. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2025.....	106
Tabela 4	Desfechos do parto e utilização do Plano de Parto e Nascimento (grupo com Plano de Parto e Nascimento). Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2025.....	109
Tabela 5	Minhas escolhas durante o trabalho de parto. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. 2025.....	124
Tabela 6	Minhas escolhas no momento do parto. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. 2025.....	125
Tabela 7	Minhas escolhas imediatamente após o parto. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. 2025.....	127
Tabela 8	Minhas escolhas em caso de cesariana. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. 2025.....	128
Tabela 9	Minhas escolhas frente aos cuidados com o recém-nascido. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. 2025.....	128
Tabela 10	Avalie o <i>BirthWay</i> em sua totalidade. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. 2025.....	130

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CEPSH	Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IVC	Índice de Validade de Conteúdo
MCD	Maternidade Carmela Dutra
ODS	Objetivos para o Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PHPN	Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
PPN	Plano de Parto e Nascimento
RAMI	Rede de Atenção Materna Infantil
RSL	Revisão Sistemática da Literatura
SUS	Sistema Único de Saúde
TALE	Termo de Assentimento Livre e Esclarecido
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TCLEe	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido exclusivo para pais e responsáveis por menores de 18 anos
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina

APRESENTAÇÃO

Permitam-me uma breve apresentação: sou Beatriz Steingreber de Barros, enfermeira, graduada no ano de 2008. Especialista em Urgência, Emergência e Atendimento Pré-Hospitalar; em Nefrologia Multidisciplinar; em Gestão em Saúde Coletiva e; em Doenças Crônicas Não-Transmissíveis. Também, Mestre em Gestão do Cuidado em Enfermagem, cujo título foi obtido no ano de 2016.

Minha trajetória profissional iniciou, imediatamente, após a formatura, quando trabalhei, por quase três anos, com vínculo autônomo, em instituições que ofereciam atendimentos médicos e de enfermagem emergentes. Em 2011, fui aprovada no processo seletivo da Fundação de Apoio ao Hemosc e Cepon – FAHECE, permanecendo por sete anos no hemocentro de Florianópolis.

Concomitantemente às atividades do Hemocentro de Santa Catarina, fui tutora, por três anos, de um curso tecnólogo em Gestão Hospitalar e trabalhei na Emergência do Instituto de Cardiologia de Santa Catarina, por dois anos.

Em 2018 dei início às atividades como Enfermeira no Hospital Florianópolis, nas quais perduraram quatro anos. Neste mesmo ano fui nomeada, por meio de concurso público, no município de Biguaçu, para ser Enfermeira da Estratégia de Saúde da Família. Lá permaneci por dezoito meses, até ser nomeada, por meio de outro concurso público, para atuar como Enfermeira, também da Estratégia de Saúde da Família, no município de São José, em Santa Catarina.

Com a chegada da pandemia Covid-19 ao Brasil, em 2020, fui classificada, mediante ao processo seletivo para abertura da Emergência Respiratória do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, para ser Enfermeira Emergencista, onde atuei por 24 meses.

Atualmente mantenho minhas atividades como servidora efetiva do município de São José, onde exerço a função de Gerente de Distrito Sanitário.

Como relatado, grande parte da minha expertise está voltada à área hospitalar. Entretanto, com as aprovações nos concursos públicos direcionados à Atenção Primária à Saúde, novos horizontes de conhecimento e de interesse foram aflorados. Desde então, venho me afeiçoando e aperfeiçoando na área da Saúde das Mulheres, principalmente, nas atividades relacionadas ao período gestacional, parto e puerpério, linha escolhida para o desenvolvimento desta tese.

E a justificativa para esta opção é simples: em 2017 me tornei mãe! Uma mulher que, mesmo sendo da área da saúde, se viu em um mundo cheio de dúvidas, anseios e de difíceis escolhas. Uma gestante com pouco conhecimento sobre seus direitos e predileções.

Hoje, após oito anos, com toda a bagagem materna e profissional adquirida, juntamente a oportunidade de cursar o Doutorado Profissional e fazer parte do Laboratório de Pesquisa, Tecnologia e Inovação em Enfermagem na Saúde da Mulher e do Recém-Nascido – GRUPESMUR, vislumbrei o ensejo por dividir esse conhecimento com as mulheres que transpassam por este determinado ciclo em suas vidas.

Portanto, o desdobramento desta pesquisa está pautado no desenvolvimento e validação de uma tecnologia instrutiva acerca do Plano de Parto e Nascimento, documento, orientações e metodologia de empoderamento que oportunizam autonomia à gestante e sua família, diferenciando e aprimorando o modelo tecnocrático, para o momento do parto/nascimento e puerpério. Por meio dele serão apresentados conceitos, direitos, deveres, benefícios, dados estatísticos e evidências científicas.

Que este material possa corroborar e abrilhantar as atividades de todos os profissionais de saúde, principalmente, no que diz respeito à atenção às gestantes durante o pré-natal e o seu preparo para o parto e nascimento, por meio do estabelecimento de um cuidado pleno.

Com carinho e muita dedicação,

Beatriz.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	18
2	OBJETIVOS.....	26
2.1	OBJETIVO GERAL.....	26
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	26
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	27
3.1	PROGRAMAS E POLÍTICAS VOLTADAS À SAÚDE MATERNO-INFANTIL.....	28
3.1.1	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher.....	28
3.1.2	Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal.....	29
3.1.3	Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento.....	29
3.1.4	Rede Cegonha.....	30
3.1.5	Rede de Atenção Materna e Infantil.....	32
3.1.6	Rede Alyne.....	33
3.2	OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL.....	34
3.3	TECNOLOGIAS DIGITAIS EM SAÚDE.....	35
3.4	TECNOLOGIAS EDUCACIONAIS EM SAÚDE.....	36
4	MARCO TEÓRICO-CONCEITUAL.....	38
4.1	<i>EMPOWERMENT</i>	38
4.1.1	<i>Empowerment</i> Feminino.....	38
4.1.2	<i>Empowerment</i> e o Plano de Parto e Nascimento.....	39
5	MÉTODO.....	41
5.1	TIPO DE ESTUDO.....	41
5.1.1	Revisão Sistemática da Literatura.....	41
5.1.2	Estudo Epidemiológico do Tipo Transversal.....	44
5.1.3	Estudo Metodológico.....	51
5.1.4	Desenvolvimento do Produto.....	52
5.1.5	Validação de Conteúdo com Especialistas.....	60
5.1.6	Tratamento e Análise dos Dados.....	61
5.2	ASPECTOS ÉTICOS.....	62
6	RESULTADOS.....	64

6.1	MANUSCRITO 1: O uso do plano de parto e nascimento no atendimento materno em instituições brasileiras: revisão sistemática....	65
6.2	MANUSCRITO 2: Prevalência da utilização e implementação do plano de parto e nascimento nas maternidades públicas de uma capital do sul do Brasil.....	93
6.3	MANUSCRITO 3: Desenvolvimento e validação da tecnologia <i>BirthWay</i> – Meu plano de parto e nascimento.....	119
6.4	PRODUTO: <i>BirthWay</i> – Tecnologia instrutiva para a elaboração do plano de parto e nascimento.....	136
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	149
	REFERÊNCIAS.....	153
	APÊNDICES.....	164
	ANEXOS.....	194

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), composto pelo Ministério da Saúde, Estados e Municípios, é um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo, capaz de garantir acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país, sem discriminação. Nele oferta-se atenção plena, com foco na qualidade de vida e vistas na prevenção e promoção da saúde (Brasil, 2021a).

Criado a partir da Lei nº 8080/1990, que dispõe sobre as condições para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como sobre a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, o SUS vem desenvolvendo, há décadas, uma trajetória com muito esforço e enfrentamento de grandes desafios, a fim de proporcionar e garantir o direito à saúde a todos que no Brasil estão (Brasil, 2020a).

O SUS têm como princípios a Universalização, que compreende a saúde como um direito de todos, independentemente de sexo, raça, ocupação ou outras características sociais/pessoais, e um dever do Estado; a Equidade, que prevê diminuir desigualdades, investindo mais onde a carência é maior e; a Integralidade, que considera as pessoas como um todo, atendendo todas as suas necessidades, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação, articulando a saúde com outras políticas públicas, para assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e na qualidade de vida dos indivíduos (Brasil, 2021a).

A gestão das ações e dos serviços de saúde do SUS deve ser solidária e participativa entre os três entes da Federação: a União, os Estados e os Municípios. Engloba a atenção primária, média e alta complexidades, os serviços de urgência e emergência, a atenção hospitalar, as ações e serviços das vigilâncias epidemiológica, sanitária, ambiental e a assistência farmacêutica (Brasil, 2021a).

A Atenção Primária à Saúde (APS) é o primeiro nível de atenção, caracterizado pelo conjunto de ações, no âmbito individual e coletivo, abrangendo a promoção, proteção e manutenção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a redução de danos, objetivando desenvolver atenção integral às coletividades. É a principal porta de entrada do SUS e do centro de comunicação com toda a rede, orientando-se pelos princípios da

universalidade, da acessibilidade, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização e da equidade (Brasil, 2021b).

No Brasil, a APS é desenvolvida de forma descentralizada e disposta em locais próximos e estratégicos aos usuários. É composta por diversos programas governamentais relacionados, sendo um deles o da Estratégia de Saúde da Família (ESF), responsável por levar serviços multidisciplinares às comunidades por meio das Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou Centros de Saúde (Brasil, 2021b).

Criada pelo Ministério da Saúde em 1994, a ESF, que anteriormente era conhecida como Programa Saúde da Família (PSF), é definida como um processo prioritário para a organização e fortalecimento da APS no país, cabendo a este modelo de atenção pressupor o reconhecimento da saúde como um direito de cidadania, expresso na melhoria das condições de vida, traduzida em serviços resolutivos, integrais e, principalmente, humanizados. Por meio deste, a atenção à saúde é aplicada e aperfeiçoada mediante uma equipe multidisciplinar, que exerce suas atividades de forma interdisciplinar, considerando os usuários como um todo, vinculando-os, e levando em conta suas condições de trabalho, de moradia, suas relações com a família e com a comunidade (Núcleo de Telessaúde Sergipe, 2015).

A ESF foi constituída para reorganizar o padrão assistencial a partir da APS, em conformidade com os princípios do SUS: adotar um novo panorama no processo de intervenção em saúde, agindo preventivamente, conhecendo a realidade da população adscrita, planejando, pactuando, executando e avaliando. É caracterizada como estratégia porque oportuniza a integração e promove atividades em um território definido com o propósito de enfrentar e resolver os problemas identificados de forma contínua e global, mediante as ações de promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde que, quando aplicadas e exercidas adequadamente, são capazes de resolver 85% dos problemas de saúde em sua comunidade (Núcleo de Telessaúde Sergipe, 2015).

A ESF é composta por, no mínimo, um médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, um enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, um auxiliar ou técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). O número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por agente e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família, não ultrapassando o limite máximo

recomendado de pessoas por equipe, que é caracterizado por 4.000 habitantes por área (Brasil, 2022b).

Entre os serviços da APS voltados às usuárias adultas e idosas, destacam-se: assistência às gestantes e puérperas, com a realização do acompanhamento pré-natal e consulta de puerpério; acompanhamento no período do climatério ou quando com problemas ginecológicos; citopatologia oncológica; planejamento reprodutivo; a inserção do DIU; supervisão e seguimento de usuários com doenças agudas e/ou crônicas; cessação do tabagismo; visitas domiciliares aos usuários acamados ou domiciliados; entre outros (Agência Brasil, 2019).

Já para crianças e adolescentes, disponibilizam-se: teste do pezinho; acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil (puericultura); prevenção e aconselhamento sobre tabagismo, uso abusivo de drogas, saúde sexual e violência. Além dos atendimentos aos jovens com dificuldade de aprendizado, deficiências físicas e mentais e outras patologias crônicas (Agência Brasil, 2019).

E, para completar, os procedimentos ofertados aos usuários de forma geral englobam: vacinação; verificação de pressão arterial; teste glicêmico capilar, avaliação antropométrica; aplicação de medicações injetáveis e endovenosas; pequenos procedimentos cirúrgicos; curativos; realização de testes rápidos, tanto para detecção de gravidez, quanto para hepatites B e C, sífilis e vírus da imunodeficiência humana (HIV) (Agência Brasil, 2019). Além disso, tem também as consultas individualizadas realizadas por profissionais de nível superior, realização de grupos de promoção e prevenção à saúde, entre outros.

Dentre todas as práticas realizadas na APS, o acompanhamento pré-natal possibilita a aquisição de informações e a troca das diferentes vivências entre as gestantes e suas parcerias e os profissionais de saúde. Essa oportunidade de intercâmbio de experiências e conhecimentos é considerada a melhor forma de promoção da saúde, para fins da compreensão do processo gestacional (Brasil, 2016a).

Para tanto, durante as consultas deverão ser fornecidos pelo serviço de saúde: a caderneta da gestante com toda sua identificação preenchida; orientações acerca do conteúdo promovido pelo material; sobre o calendário de vacinas e suas orientações; a solicitação de exames de rotina; a divulgação das atividades

educativas realizadas na UBS e o agendamento de consulta médica para pesquisa de fatores de risco (Brasil, 2016a).

No que diz respeito às recomendações e diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre a saúde materna, durante o acompanhamento pré-natal deve-se adotar modelos de assistência com pelo menos oito consultas a fim de reduzir a mortalidade perinatal e aprimorar a experiência de cuidado das mulheres. Adicionalmente, as evidências indicam que um maior número de consultas pré-natais – independentemente dos recursos disponíveis – está associado a uma maior satisfação materna (OMS, 2025).

Segundo o Ministério da Saúde, o total de consultas pré-natais deverá ser de, no mínimo seis, com acompanhamento intercalado entre médico e enfermeiro e, sempre que possível, as consultas deverão ser realizadas conforme o seguinte cronograma: até 28ª semana mensalmente; da 28ª até a 36ª semana quinzenalmente e; da 36ª até a 41ª semana, semanalmente (Brasil, 2012a).

São vantagens do acompanhamento pré-natal: permitir a identificação de doenças prévias, uma vez que o diagnóstico precoce possibilita que medidas e tratamento cabíveis sejam realizados, evitando prejuízos à gestante e ao feto; detecção de problemas fetais, como más formações, visto que, quando em fases iniciais, algumas delas permitem o tratamento intraútero, proporcionando uma vida sadia ao recém-nascido; avaliar aspectos relativos à placenta, possibilitando tratamento adequado quando frente às alterações, posto que a localização inadequada pode provocar graves hemorragias, acarretando riscos maternos; identificar precocemente a pré-eclâmpsia, já que esta patologia se constitui em uma das principais causas de mortalidade materna no Brasil e se caracteriza por elevação da pressão arterial, comprometimento da função renal e cerebral, ocasionando convulsões e coma na gestante (Brasil, 2016a).

Os principais objetivos do pré-natal concebem: preparar a gestante para a maternidade, proporcionando informações educativas sobre o parto e o cuidado à criança, além de oportunizar apoio psicológico, empoderando-as; fornecer orientações sobre hábitos de vida; orientar sobre a manutenção do estado nutricional apropriado; nortear sobre o uso de medicações que possam prejudicar o feto ou o parto; tratar das manifestações físicas próprias da gravidez; cuidar de doenças pré-existentes, que de alguma forma interfiram no bom andamento da gravidez; fazer prevenção, diagnóstico precoce e tratamento de doenças próprias da gestação

ou que sejam intercorrências previsíveis dela; instruir sobre higiene, sono, hábito intestinal, exercícios, vestuário, recreação, sexualidade, hábitos de fumo, álcool, drogas e outras eventuais que se façam necessárias; vincular a gestante a sua equipe e UBS (Brasil, 2016a).

A assistência pré-natal é o primeiro passo para um parto e nascimento humanizados. Este pressupõe uma relação de respeito que os profissionais de saúde estabelecem com as mulheres durante o processo de parturição e, compreende: parto como um processo natural e fisiológico que, normalmente, quando bem conduzido, não precisa de condutas intervencionistas; respeito aos sentimentos, emoções, necessidades e valores culturais; disposição dos profissionais para ajudar a parturiente a diminuir a ansiedade e a insegurança, assim como o medo do parto, da solidão, da dor, do ambiente hospitalar, de temores relacionados ao recém-nascido; promoção e manutenção do bem-estar físico e emocional ao longo do processo da gestação, parto e nascimento; informações e orientações pertinentes à parturiente sobre a evolução do trabalho de parto, reconhecendo o papel principal da mulher nesse processo, até mesmo aceitando a sua recusa às condutas que lhe causem constrangimento ou dor; espaço e apoio para a presença de um acompanhante que for do desejo da mulher; direito da escolha pelo local de nascimento e corresponsabilidade dos profissionais para garantir o acesso e a qualidade dos cuidados de saúde (Brasil, 2016a).

Para tanto, e a fim de subsidiar e respaldar os direitos da gestante, o Ministério da Saúde, junto à Secretaria de Atenção à Saúde e o Departamento de Atenção Básica, elaboraram em 2012, o Caderno de Atenção Básica 32, voltado à atenção ao pré-natal de baixo risco, ou risco habitual, que dispõe os 10 passos para um pré-natal de qualidade na APS (Brasil, 2012a):

1º PASSO: Iniciar o pré-natal na APS até a 12ª semana de gestação (captação precoce); **2º PASSO:** Garantir os recursos humanos, físicos, materiais e técnicos necessários à atenção pré-natal; **3º PASSO:** Toda gestante deve ter assegurada a solicitação, realização e avaliação, em tempo oportuno, dos resultados dos exames preconizados no atendimento pré-natal; **4º PASSO:** Promover a escuta ativa da gestante e de seus(suas) acompanhantes, considerando aspectos intelectuais, emocionais, sociais e culturais e não somente um cuidado biológico: "rodas de gestantes"; **5º PASSO:** Garantir o transporte público gratuito da gestante para o atendimento pré-natal, quando necessário; **6º PASSO:** É direito do(a) parceiro(a) ser cuidado(a) (realização de consultas, exames e ter acesso a informações) antes, durante e depois da gestação – "pré-natal do(a) parceiro(a)"; **7º PASSO:** Garantir o acesso à unidade de referência especializada, caso seja necessário; **8º PASSO:** Estimular e informar sobre

os benefícios do parto fisiológico, incluindo a elaboração do "**Plano de Parto**"; **9º PASSO:** Toda gestante tem direito de conhecer e visitar previamente o serviço de saúde no qual irá dar à luz (vinculação); **10º PASSO:** As mulheres devem conhecer e exercer os direitos garantidos por lei no período gravídico-puerperal (Brasil, 2012a, p. 38).

Anualmente, no Brasil, ocorrem cerca de 3 milhões de nascimentos, sendo 98% deles em estabelecimentos hospitalares, tanto públicos como privados. Isso significa que, a cada ano, o nascimento influencia parcela significativa da população nacional, quando consideramos e envolvemos as famílias e o seu meio social (Brasil, 2017a).

O Plano de Parto e Nascimento (PPN¹) trata-se de um documento, de caráter legal, que prioriza os valores e preferências pessoais das gestantes, além das expectativas criadas sobre seu parto ao longo da gravidez. Deve ser escrito pelas gestantes, em qualquer idade gestacional, após receberem as informações pertinentes sobre o documento e é o eixo da relação clínica estabelecida entre as usuárias e o profissional, principalmente no tocante a atuação dos Enfermeiros da APS, servindo para orientar a atenção à saúde prestada ao longo de todo o processo de parturição (Suárez-Cortés *et al.*, 2015).

O primeiro modelo de PPN foi elaborado em 1980, nos Estados Unidos, e defendia o parto como um processo fisiológico e não patológico/medicalizado. Foi desenvolvido com o intuito de proporcionar maior autonomia às mulheres e reduzir intervenções desnecessárias (Chacham; Perpétuo, 1996).

Os PPN podem ser apresentados em dois formatos: elaborados e percorridos de próprio punho pela gestante/casal, ou padronizados, como formulários, com questões estruturadas. Independente do modelo adotado, o documento expressa as preferências da gestante de maneira personalizada, pontuando o que acredita-se ser eficaz e apropriado para sua experiência, favorecendo maior comunicação, confiança e satisfação materna. Entretanto, cabe ressaltar que, independentemente do modelo, este documento não deve ser extenso e rígido (Hidalgo-Lopezosa *et al.*, 2017).

No Brasil, o PPN ainda é consagrado como uma ferramenta inovadora, cuja elaboração deve ser encorajada durante a gestação, pois trata-se de um instrumento capaz de proporcionar mudanças na atenção obstétrica e neonatal, alcançando um

¹ Neste estudo optou-se por utilizar a nomenclatura Plano de Parto e Nascimento (PPN) ao invés de somente Plano de Parto, por entender que o nascimento também está incluso no processo de parturição.

modelo humanizado e centrado na mulher (Bellaguarda *et al.*, 2020). Sugere-se que o PPN seja elaborado pela gestante e sua parceria com o auxílio dos profissionais enfermeiros e médicos que realizam o acompanhamento pré-natal, a qualquer momento, porém, preferencialmente, a partir do segundo semestre.

Este documento propõe o desenvolvimento de habilidades durante o acompanhamento pré-natal, o empoderamento, o protagonismo e a autonomia da gestante para o trabalho de parto e parto, dispostos por meio de orientações individuais e coletivas. Assim, o PPN pode ser considerado uma tecnologia em saúde por ser capacitada para potencializar os cuidados humanizados e por proporcionar maior grau de satisfação materna (Medeiros *et al.*, 2019).

Entre as preferências desejadas e registradas no PPN estão: local do parto, a ingestão alimentar e hídrica durante o trabalho de parto, a escolha da posição para o processo de dilatação e parto, a escolha pelo acompanhante, o uso ou não de analgesias, questões relacionadas a ambiência (como a escolha pela iluminação do ambiente e uso de musicoterapia e aromas, por exemplo), a realização ou não de exercícios, o uso de técnicas não farmacológicas para alívio da dor (respiração, meditação, massagem, banho), uso ou não de episiotomia, cuidados pós parto e cuidados imediatos ofertados ao recém-nascido, o contato pele a pele, a amamentação precoce, exclusiva e em livre demanda, o clampeamento tardio do cordão umbilical, a guarda da placenta e/ou o carimbo da placenta (Suárez-Cortés *et al.*, 2015).

Quando adotadas, todas estas intervenções oportunizam à parturiente uma maior conscientização sobre o seu processo de parturição, respeitando seus direitos, tornando-a agente participativa nas decisões relacionadas às intervenções obstétricas, diminuindo seus anseios e estresse no processo de parto e nascimento e lhe dão maior controle sobre a situação (Suárez-Cortés *et al.*, 2015).

De acordo com a OMS, o PPN destaca-se como uma boa prática entre as condutas que devem ser encorajadas durante a gestação desde 1996, com a finalidade de reorganizar e humanizar a assistência obstétrica no mundo inteiro, desenvolvendo uma estratégia promissora para apoiar o protagonismo e empoderamento da mulher no parto por meio do acesso às informações (OMS, 2000; Brasil, 2017a).

Infelizmente, ainda se observa a falta de autonomia das gestantes nos seus processos de parturição. Acredita-se que, em sua maioria, os profissionais de saúde

ainda não estão habituados a transmitir tais conhecimentos, capacitações e segurança para a tomada das decisões durante o acompanhamento gravídico e no parto/nascimento (Torres; Rached, 2017).

Desta forma, muitas mulheres acabam vivenciando experiências traumáticas no processo de parturição, justamente porque as recomendações governamentais e/ou as preferências maternas não são respeitadas. Reforça-se, portanto, que as boas práticas em saúde, juntamente ao PPN agregam para a prevenção de violências obstétricas e complementam o cuidado integral (Hidalgo-Lopezosa *et al.*, 2017).

Diante de todo o explicitado, apresenta-se evidente a necessidade de favorecer práticas educativas às gestantes em acompanhamento pré-natal na APS, no que diz respeito ao PPN, embasadas em ações e recursos científicos atuais.

Nesta direção, com este estudo defende-se a tese: estimular e auxiliar as gestantes na elaboração do seu PPN nos serviços de saúde, em especial, na APS, contribui para o empoderamento, protagonismo e satisfação da mulher durante o trabalho de parto, parto, nascimento e pós-parto, além de favorecer o parto fisiológico, proporcionar maior autonomia à parturiente e contribuir na diminuição de intervenções desnecessárias frente ao processo de parturição.

Desta feita, elencou-se como pergunta de pesquisa para este estudo: Como a criação e utilização de uma tecnologia instrutiva pode contribuir para a elaboração do Plano de Parto e Nascimento por gestantes e profissionais na atenção primária à saúde?

Por fim, este estudo, viabilizou o conhecimento sobre o PPN, principalmente, às gestantes em acompanhamento pré-natal na APS, bem como aos profissionais de saúde, promovendo a inclusão educativa e social acerca da temática, oportunizando o emprego dos desejos e preferências da mulher em todo o processo de parturição, à luz do marco teórico *empowerment*, com base em evidências científicas.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Desenvolver e validar uma tecnologia instrutiva e autoexplicativa sobre a elaboração do Plano de Parto e Nascimento capaz de auxiliar gestantes e profissionais na atenção primária à saúde.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analisar o uso do plano de parto e nascimento no atendimento materno em instituições brasileiras;
- Identificar a prevalência da utilização e implementação do Plano de Parto e Nascimento nas maternidades públicas de Florianópolis.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Esta seção trata de uma revisão narrativa de literatura que consiste em uma forma abrangente de consulta às produções, sem a necessidade de informar os métodos ou os critérios de busca utilizados na avaliação e seleção dos trabalhos ou materiais utilizados (Ribeiro, 2014; Sousa, 2018).

É considerada uma pesquisa de caráter qualitativo, desenvolvida de instrumentos educativos, legíveis e de perspectiva alargada por ser capaz de descrever e discutir muita informação num só tópico de revisão (Ribeiro, 2014; Sousa, 2018). Assim, para elaborar esta revisão utilizou-se artigos científicos, manuais, protocolos, legislações e documentos oficiais do Ministério da Saúde.

Além disso, a escolha por esta sessão se deu, uma vez que revisar estudos científicos proporciona a construção do conhecimento frente a uma gama de perspectivas. Trata-se de uma etapa essencial da pesquisa que oportuniza um raciocínio de qualidade, subsidiado por informações, conceitos, métodos e técnicas capazes de contribuir com a descrição do embasamento teórico e estado da arte sobre a temática.

Por meio das revisões de literatura, torna-se possível apontar, com fidedignidade, um problema de saúde, avaliá-lo e solucioná-lo, dadas as investigações já realizadas acerca da temática, embasadas por evidências científicas. Nessa direção, é importante compreender todos os aspectos relacionados, conforme Brasil (2020b):

Os problemas em saúde podem ser complexos, dada a difícil compreensão de todos os aspectos que os envolvem [...]. Para caracterizar e descrever o problema em questão é preciso compreender todas as perspectivas e influências políticas que o cercam, já que um problema pode ser evidenciado a partir de um evento determinante, uma emergência em saúde pública, criação de um programa ou mesmo por vontade política (Brasil, 2020b, p. 20).

Desta forma, para assegurar e estruturar esta subseção, serão abordados, a seguir, os principais tópicos norteadores para a iniciação de um embasamento científico e legítimo, projetado para a atenção à saúde materno infantil.

3.1 PROGRAMAS E POLÍTICAS VOLTADOS À SAÚDE MATERNO INFANTIL

O Brasil, por meio do Ministério da Saúde, possui uma série de programas e políticas públicas voltadas para a saúde materno-infantil. O objetivo central é garantir o acesso, a qualidade e a integralidade do cuidado para gestantes, puérperas e crianças, desde o nascimento até a primeira infância, buscando reduzir as taxas de mortalidade e morbidade e promover o desenvolvimento saudável (Brasil, 2025).

Esses programas e políticas são cruciais para a construção de um cenário de saúde mais equitativo e de qualidade para mães e crianças no Brasil, reforçando o compromisso do SUS com o direito universal à saúde (Brasil, 2025).

3.1.1 Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) foi elaborado pelo Ministério da Saúde em 1983. Na época pautava-se, predominantemente, sobre o controle da natalidade. Entretanto, o Governo Federal se posicionou e defendeu o livre arbítrio das pessoas e das famílias brasileiras sobre seu planejamento familiar (Brasil, 2021c).

Trata-se de um movimento histórico que incorporou as convicções feministas para a atenção à saúde integral e reprodutiva, definindo ações prioritárias a partir das necessidades da população feminina, rompendo o modelo de atenção materno-infantil até então desenvolvido (Brasil, 2021c).

O PAISM, enquanto diretriz filosófica e política, incorporou os princípios orientadores da reforma sanitária, tais como a descentralização, a hierarquização, a regionalização, a equidade no acesso aos serviços de saúde e a participação social. Ademais, propôs a construção de relações mais simétricas entre os profissionais de saúde e as mulheres, promovendo a apropriação, a autonomia e o maior controle destas sobre sua saúde, seu corpo e sua vida. A assistência preconizada abrange todas as fases do ciclo de vida feminino, contemplando tanto a atenção clínica ginecológica quanto os aspectos relacionados à reprodução (como o planejamento reprodutivo, a gestação, o parto e o puerpério), assim como o cuidado em casos de doenças crônicas ou agudas (Brasil, 2021c).

Logo, o PAISM foi reformulado por meio da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) instaurando e superando as práticas que compreendiam a saúde das mulheres como sendo, exclusivamente, a partir do papel de reprodutora e cuidadora de filhos, oportunizando a compreensão e respeitando sua emancipação como cidadãs plenas de direito, por meio da articulação com as linhas de cuidado e redes de serviço capazes de suprir as demandas de saúde em todo o seu ciclo de vida (Souto; Moreira, 2021).

3.1.2 Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal

A Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, antecessora ao Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), foi instituída por meio da portaria do Ministério da Saúde nº 1.067, de 04 de julho de 2005, e tinha por objetivo o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos, proporcionando a ampliação do acesso a essas ações, o crescimento da qualidade da assistência obstétrica e neonatal, bem como sua organização e regulação no âmbito do SUS (Brasil, 2005).

Estabelecia como princípios e diretrizes às gestantes o direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério; acompanhamento pré-natal adequado; direito de conhecer e ter assegurado o acesso à maternidade onde será atendida no momento do parto; assistência segura e humanizada no parto e no puerpério; o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto e pós-parto imediato, além do direito à assistência neonatal a todo recém-nascido de forma igualmente humanizada e segura (Brasil, 2005).

3.1.3 Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento

O PHPN foi instituído pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria/Gabinete do Ministro nº 569, de 1º de junho de 2000, subsidiado nas análises das necessidades de atenção específica à gestante, ao recém-nascido e à mãe no período puerperal, considerando como prioridades: reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna, peri e neonatal registradas no país; adotar medidas que assegurem a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento

pré-natal, da assistência ao parto, puerpério e neonatal; ampliar as ações já adotadas pelo Ministério da Saúde na área de atenção à gestante, como os investimentos nas redes estaduais de assistência à gestação de alto risco, o custeio de procedimentos específicos, além da destinação de recursos para treinamento e capacitação de profissionais diretamente ligados a esta área de atenção, e a realização de investimentos nas unidades hospitalares integrantes destas redes (Brasil, 2002).

O programa fundamenta-se nos preceitos de que a humanização da assistência obstétrica e neonatal é a primeira condição para o adequado acompanhamento do parto e do puerpério (Brasil, 2002).

A humanização compreende, pelo menos, dois aspectos fundamentais: 1) diz respeito à convicção de que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido. Isto requer atitude ética e solidária por parte dos profissionais de saúde e a organização da instituição de modo a criar um ambiente acolhedor e a instituir rotinas hospitalares que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher; 2) se refere à adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias, que embora tradicionalmente realizadas, não beneficiam a mulher nem o recém-nascido, e que com frequência acarretam maiores riscos para ambos (Brasil, 2002).

O PHPN está estruturado nos seguintes princípios: toda gestante tem direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério; toda gestante tem direito de saber e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto; toda gestante tem direito à assistência ao parto e ao puerpério e que esta seja realizada de forma humanizada e segura, de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas na prática médica; todo recém-nascido tem direito à assistência neonatal de forma humanizada e segura (Brasil, 2002).

3.1.4 Rede Cegonha

Lançada no Brasil como uma estratégia do Ministério da Saúde, em 2011 (perdurando até 2 de fevereiro de 2022), em articulação com o SUS, a Rede Cegonha visa garantir atendimento de qualidade, seguro e humanizado a todas as

mulheres, sustentando o direito ao planejamento reprodutivo e aos cuidados integrais no ciclo gravídico-puerperal. Busca assegurar, igualmente, assistência às crianças, oportunizando o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis (Brasil, 2011; 2022a).

Teve como finalidade organizar a atenção à saúde materno-infantil no país e esteve estruturada a partir de quatro componentes: pré-natal, parto e nascimento, puerpério e atenção integral à saúde da criança e sistema logístico (que faz referência ao transporte sanitário e regulação) (Brasil, 2011; 2022a).

Foram diretrizes da Rede Cegonha: acolhimento com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade; ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal; vinculação da gestante à unidade de referência para o parto e ao transporte seguro; boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento; atenção à saúde das crianças de 0 a 24 meses com qualidade e resolutividade; e acesso às ações de planejamento reprodutivo (Brasil, 2011).

Seus objetivos comportaram: promover a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança; organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que fosse garantido o acesso, acolhimento e resolutividade; e reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal (Brasil, 2011).

A Rede Cegonha ofereceu recursos para a ampliação dos exames de pré-natal, de teste rápido de gravidez e de detecção da sífilis e HIV, bem como para a ampliação e qualificação de leitos de unidades de terapia intensiva adulto, unidades de cuidados intermediários e unidades de terapia intensiva neonatal, seguidos de leitos para gestação de alto risco, assim como para a adequação da ambiência das maternidades e a construção e custeio de Centros de Parto Normal e Casas de Gestantes, Bebês e Puérperas (Brasil, 2011).

Atrelado à Rede, em 2017, foi criado o Projeto Apice On (Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia). Trata-se de uma iniciativa do Ministério da Saúde em parceria com hospitais de ensino, universitários e/ou que atuam como unidade auxiliar de ensino, no âmbito da Rede Cegonha. São eles: a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), Associação Brasileira de Hospitais Universitários de Ensino, Ministério da Educação, Instituto Fernandes Figueira / Fundação Oswaldo Cruz e a Universidade Federal de Minas

Gerais como instituição executora. Seu objetivo foi alavancar mudanças nos modelos tradicionais de formação, atenção e gestão junto a estas instituições, frente ao modo como consolidam o aprendizado de práticas e modelos assistenciais, incorporando o cuidado centrado nas necessidades e direitos das mulheres, seus filhos e familiares, além de aplicar as melhores práticas disponíveis (Brasil, 2017b; Mendes, Rattner, 2020).

A Rede Cegonha trouxe como proposta a qualificação profissional e almejou ampliar o alcance de atuação dos hospitais na rede SUS, reformulando e/ou aprimorando fluxos e processos de trabalho para adequação de acesso, cobertura e qualidade nos campos de atenção/cuidado ao parto e nascimento, planejamento reprodutivo, pós-parto e pós-aborto, atenção às mulheres em situações de violência sexual e de abortamento e aborto legal (Brasil, 2017b).

3.1.5 Rede de Atenção Materna e Infantil

Em fevereiro de 2022, a Rede de Atenção Materna e Infantil (Rami) foi anunciada como uma estratégia do Ministério da Saúde, em substituição à Rede Cegonha. Surge com o intuito de assegurar às mulheres o direito ao planejamento familiar, ao acolhimento e ao acesso ao cuidado seguro, de qualidade e humanizado, tanto no pré-natal, na gravidez, na perda gestacional/aborto, quanto no parto e no puerpério. Esta nova rede abraçou também o cuidado ao recém-nascido e à criança, dando-lhes o direito ao nascimento seguro, ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis (SES/SC, 2022).

Foi constituída por seis componentes: APS, Atenção Ambulatorial Especializada, Atenção Hospitalar, Sistemas de Apoio, Sistemas Logísticos e Sistema de Governança (Brasil, 2022c).

O desenvolvimento da Rami esteve alicerçado em cinco fases, definidas anteriormente na Rede Cegonha: 1) Adesão e diagnóstico; 2) Desenho regional da Rami; 3) Contratualização dos pontos de atenção; 4) Qualificação; 5) Certificação (SES/SC, 2022).

Segundo a Portaria do Gabinete do Ministro/Ministério da Saúde nº 715, de 4 de abril de 2022, que alterou a Portaria de Consolidação do Gabinete do Ministro/Ministério da Saúde nº 3, de 28 de setembro de 2017, para instituir a Rami, tratam-se por princípios, diretrizes e objetivos da rede (Brasil, 2022c):

- Princípios – 1) a proteção e garantia dos direitos humanos; 2) o respeito à diversidade cultural, étnica e racial; 3) a promoção da equidade; 4) a participação e mobilização social; 5) a integralidade da assistência; e 6) a garantia ao planejamento familiar e sexualidade responsável;
- Diretrizes – 1) atenção segura, de qualidade e humanizada; 2) atenção multiprofissional, com foco nas necessidades da mulher; 3) garantia de acesso às ações do planejamento familiar e sexualidade responsável; 4) compatibilização das atividades das redes de atenção à saúde materna e infantil em desenvolvimento nos municípios, nos estados e no Distrito Federal; 5) acesso aos diferentes níveis de complexidade da assistência materna e neonatal; 6) formação e qualificação de recursos humanos para a atenção materna e infantil; 7) implantação de mecanismos de regulação, fiscalização, controle, monitoramento e avaliação da assistência materna e infantil; 8) práticas de gestão e de atenção baseadas nas melhores evidências científicas disponíveis; e, 9) fomento ao vínculo familiar nos cuidados do recém-nascido e da criança;
- Objetivos – 1) implementar um modelo de atenção à saúde seguro, de qualidade e humanizado, com foco no planejamento familiar, na gravidez, no pré-natal, no nascimento, na perda gestacional, no puerpério e no cuidado do recém-nascido e da criança, promovendo o crescimento e desenvolvimento saudáveis; 2) garantir a integralidade do cuidado no pré-natal, na gravidez, na perda gestacional, no parto e, no puerpério, bem como ao recém-nascido e à criança, fundamentado na resolutividade da APS e da atenção ambulatorial especializada e hospitalar e; 3) reduzir a morbimortalidade materna e infantil.

3.1.6 Rede Alyne

A Rede Alyne é uma iniciativa recente do Ministério da Saúde, lançada em setembro de 2024, que visa aprimorar e reestruturar a atenção à saúde materno-infantil no país. Ela sucede e amplia a Rede Cegonha, com um foco na redução da mortalidade materna e infantil, combatendo as desigualdades, especialmente as raciais e regionais (Brasil, 2024a; Brasil, 2024b).

Traz como principal objetivo garantir o cuidado humanizado e integral às gestantes, parturientes, puérperas e crianças. Como meta estabeleceu redução da mortalidade materna em 25% até 2027, com a pretensão de diminuir em 50% as mortes maternas de mulheres negras no mesmo período. Esse enfoque específico reconhece o impacto do racismo estrutural na saúde e no acesso a serviços de qualidade (Brasil, 2024a; Brasil, 2024b).

A Rede Alyne traz inovações importantes em relação à Rede Cegonha, principalmente no que diz respeito ao foco na equidade racial; o novo modelo de financiamento; combate à peregrinação, garantindo a vinculação pré-natal-parto e a continuidade do cuidado, evitando que a mulher precise buscar múltiplos serviços; investimento em infraestrutura e tecnologia e; incentivo aos bancos de leite humano (Brasil, 2024a; Brasil, 2024b).

O nome "Alyne" é uma homenagem a Alyne Pimentel, uma mulher negra que faleceu em 2002 por causas evitáveis de morte materna, e cujo caso se tornou um marco na luta por direitos e justiça reprodutiva no Brasil. Ao nomear a Rede Alyne, o Ministério da Saúde ressalta o compromisso com uma saúde antirracista e com a garantia de que nenhuma vida materna seja perdida por falta de cuidado adequado. (Brasil, 2024a; Brasil, 2024b).

3.2 OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL

A fim de atingir as metas da Agenda 2030 (plano de ação global criado para erradicar a pobreza e promover vida digna a todos, dentro das condições que o nosso planeta oferece, sem comprometer a qualidade de vida das próximas gerações), a Organização das Nações Unidas (ONU) e seus parceiros no Brasil estão trabalhando para alcançar os 17 ambiciosos e interconectados Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) que abordam os principais desafios enfrentados pelas pessoas em todo o mundo (Brasil, 2021d; ONU, 2022).

Trata-se de um apelo global para acabar com a pobreza, proteger o meio ambiente e o clima e garantir que as pessoas possam desfrutar de paz e prosperidade. São eles: 1) Erradicação da pobreza; 2) Fome zero e agricultura sustentável; 3) Saúde e bem-estar; 4) Educação de qualidade; 5) Igualdade de gênero; 6) Água potável e saneamento; 7) Energia acessível e limpa; 8) Trabalho decente e crescimento econômico; 9) Indústria, inovação e infraestrutura; 10)

Redução das desigualdades; 11) Cidades e comunidades sustentáveis; 12) Consumo e produção responsáveis; 13) Ação contra a mudança global do clima; 14) Vida na água; 15) Vida terrestre; 16) Paz, justiça e instituições eficazes; 17) Parcerias e meios de implementação (Brasil, 2021d).

Diretamente ligados às intenções deste estudo, tem-se o terceiro ODS: Saúde e bem-estar, e o quinto ODS que ressalta, além da igualdade de gênero, o empoderamento das mulheres e meninas de todo o mundo, assegurando o acesso universal à saúde sexual, reprodutiva e seus direitos reprodutivos. Este tópico ressalta, além de outros apontamentos, a eliminação de todas as formas de violência contra todas as mulheres e meninas nas esferas públicas e privadas, bem como a extinção de todas as formas de discriminação e práticas nocivas contra estas (Brasil, 2021d).

3.3 TECNOLOGIAS DIGITAIS EM SAÚDE

Caracteriza-se por tecnologia digital em saúde qualquer forma de administração de cuidado capaz de transpor atendimentos e orientações comumente realizados presencialmente e em consultórios para intervenções virtuais, sem contato físico, utilizando a internet, atrelada aos dispositivos móveis eletrônicos (Ede *et al.*, 2025).

De modo geral, as tecnologias digitais em saúde são definidas como um conjunto de tecnologias de informação e comunicação utilizadas na medicina e na assistência à saúde para gerenciar doenças e promover o bem-estar do usuário (Yew *et al.*, 2025).

Essas tecnologias se expandiram como uma força transformadora na assistência à saúde desde o início da pandemia da Covid-19, oferecendo, assim, uma miríade de benefícios que revolucionaram a prestação de serviços em saúde, uma vez que abrangem uma ampla gama de ferramentas digitais, incluindo saúde móvel, telemedicina, tecnologias vestíveis, prontuários eletrônicos, análise de big data, *blockchain* na assistência à saúde, metaverso, *software* como dispositivo médico, realidade aumentada e realidade virtual (Yew *et al.*, 2025).

Ademais, o uso das tecnologias digitais em saúde também vem crescendo em relação a outras condições e funções (por exemplo, triagem, diagnóstico, tratamento

e monitoramento), com a utilização de subterfúgios mais complexos (por exemplo, inteligência artificial generativa) (Hopkin *et al.*, 2025).

Desta feita, observa-se que, com o aumento do poder de computação e da valorização da inteligência artificial e da aprendizagem automática na saúde e na medicina, muitas dessas ferramentas inteligentes estão sendo aprimoradas para utilização em diferentes aspectos dos cuidados (Yew *et al.*, 2025).

No entanto, apesar das potenciais vantagens das tecnologias digitais em saúde, existe ainda uma exclusão digital específica, uma vez que pessoas que não utilizam a internet têm maior probabilidade de se tornarem marginalizadas e desfavorecidas à medida que a internet se torna cada vez mais incorporada na vida diária (Ede *et al.*, 2025).

Dadas essas diferenças em recursos, infraestrutura, sistemas de saúde, status socioeconômico, nível de exclusão digital e marcos regulatórios nos países de baixa e média renda em comparação com os países de alta renda, as evidências sobre facilitadores e barreiras à implementação das tecnologias em saúde relatadas na literatura, podem não se aplicar aos países de baixa e média renda. Ou seja, apesar dos benefícios, como melhor acesso à saúde, maior engajamento e empoderamento do paciente, atendimento oportuno e personalizado, monitoramento remoto e tomada de decisão baseada em dados, o processo de implementação das tecnologias em saúde, incluindo seus facilitadores e barreiras, é descrito principalmente no contexto de países de alta renda (Yew *et al.*, 2025).

3.4 TECNOLOGIAS EDUCACIONAIS EM SAÚDE

As tecnologias educacionais em saúde constituem um recurso fundamental para a prática assistencial, pois fortalecem as competências da enfermagem e apoiam o processo de ensino-aprendizagem no cuidado ao paciente. Além de favorecerem o autocuidado e a transmissão clara e eficiente de informações, também contribuem para a formação contínua dos profissionais. Embora ainda enfrentem desafios, como a necessidade de rigor metodológico e de adaptação aos diferentes contextos dos serviços de saúde, seu uso tem potencial para aprimorar de forma significativa as ações educativas na enfermagem (Beranger, *et al.*, 2025).

A aplicação das tecnologias educacionais apresentaram bons resultados frente ao aumento da adesão aos tratamentos de usuários, uma vez que reduzem

comportamentos de risco e facilitam a comunicação entre os pacientes e profissionais da saúde. Além de oferecerem acesso personalizado à informação, mostram-se promissoras para a enfermagem ao apoiar o autocuidado, a educação contínua e o fortalecimento do vínculo com os serviços de saúde. Por isso, recomenda-se sua incorporação mais sistemática na assistência, ampliando os benefícios formativos e clínicos, além da sua ampliação, considerando personalização, segurança e adequação cultural (Rocha et al., 2025).

4 MARCO TEÓRICO-CONCEITUAL

O marco teórico-conceitual fornece uma estrutura lógica e intelectual capaz de conduzir uma pesquisa de qualidade, rigorosa e com impacto significativo. É a seção que permite que uma tese não seja apenas caracterizada por uma coleta de dados, mas sim uma contribuição significativa ao conhecimento.

4.1 EMPOWERMENT

O conceito *empowerment* tem raízes nas lutas pelos direitos civis, no movimento feminista e na ideologia das ações sociais presentes em muitos países no século XX. Nos anos 1970, esta concepção foi influenciada pelos movimentos de autoajuda. Já nos anos 1980, pela psicologia comunitária. Na década de 1990 recebe a influência de movimentos que buscam afirmar o direito de cidadania sobre distintas esferas da vida, como a das práticas médicas e da educação em saúde, por exemplo (Carvalho, 2004).

O movimento *empowerment* destacou-se mundialmente após a 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em 1986. Na ocasião, a Carta de Ottawa foi divulgada, descrevendo a promoção da saúde como um processo de capacitação de indivíduos e comunidades a fim de que tenham maior controle sobre seu próprio bem-estar (Oliveira, 2005).

Este termo também é definido como um processo comprometido com a transformação da realidade, centrado na promoção da saúde como objetivo essencial (Carvalho, 2004).

Na língua portuguesa, o termo "empoderamento" refere-se, entre outros significados, à aquisição, ampliação ou desenvolvimento do poder. Também faz alusão ao processo de fortalecimento da autoestima e da autoconfiança, resultando no aumento de controle sobre a própria vida e realização pessoal (Infopédia, 2018).

4.1.1 Empowerment Feminino

O *Empowerment* Feminino, ou seja, empoderamento feminino ganhou evidência a nível global ao ser incluído como o quinto ODS entre os 17 que fazem parte da Agenda 2030, elaborada pela ONU em 2015 e apoiada por 193 países. Ele

visa garantir a plena participação e a igualdade de oportunidades para as mulheres, além de assegurar um direito humano fundamental, considerado essencial para a construção de um mundo mais pacífico, próspero e sustentável (Corrêa *et al.*, 2023).

Também, destaca-se como ferramenta primordial para o desenvolvimento de qualquer país, seja para a melhoria da saúde individual e/ou coletiva, aperfeiçoamento e ascensão social, uma vez que, a mulher quando empoderada, ganha a oportunidade de reivindicar seus direitos e apoiar as demais mulheres com o mesmo objetivo (Tiwari *et al.*, 2023).

Além disso, as teorias de empoderamento empenham-se em aumentar o protagonismo feminino e a igualdade de gênero, abrangendo diversas esferas, como a econômica, política, social e psicológica. Estes estudos vêm sendo desenvolvidos ao longo dos anos, apresentados por diversos precursores no tema, a exemplo da Teoria da Capacitação, criada por Robert Chambers (1994); a Teoria da Emancipação, criada por Naila Kabeer (1999); a Teoria das Capacidades, desenvolvida por Amartya Sen (2000); a Teoria Multidimensional, desenvolvida por Martha Nussbaum (2012) e; a Teoria do Lugar de Fala, também conhecida como Teoria da Posição, que ganhou notoriedade no Brasil com o livro da escritora e filósofa Djamila Ribeiro (2017) (Carvelli *et al.*, 2024).

Seja em defesa do desenvolvendo de habilidades; seja enfatizando a luta contra opressões e desigualdades que limitam a liberdade e a autodeterminação das mulheres; seja assegurando oportunidades para exercerem suas potencialidades; seja compreendendo de forma completa as necessidades e desafios das mulheres e; seja promovendo sua inclusão e excluindo ações que tendem a silenciá-las, todas as teorias objetivam um mesmo desfecho: o empoderamento feminino (Carvelli *et al.*, 2024).

4.1.2 Empowerment e o Plano de Parto e Nascimento

O PPN revela-se como um documento eficaz para proporcionar uma experiência de parto, parto, nascimento e pós-parto com menos intervenções médicas e maior autonomia para a gestante e parturiente. Quando a mulher é respeitada e tem o direito de expressar seus sonhos e vontades, embasadas tanto em informações objetivas, quanto em suas crenças, preferências e expectativas pessoais, o PPN promove, indiscutivelmente, seu empoderamento e um

considerável controle sobre seu momento singular: o processo de parturição (Barbosa *et al.*, 2020).

Esse documento mostra-se capaz de aprimorar o aspecto psicoemocional da parturiente, fornecendo informações sobre o parto, parto, nascimento do bebê e pós-parto, promovendo sua participação com maior confiança e preparo. Também, apresenta-se como um recurso que potencializa os cuidados obstétricos humanizados, com menos intervenções e riscos inerentes. No entanto, deve ser compreendido e consolidado como um documento dinâmico, que prioriza sempre as escolhas da gestante/parturiente, mas que, diante das imprevisibilidades do processo de parturição e riscos ao binômio mãe-bebê, deve ser subordinado às evidências científicas que orientam as condutas dos profissionais de saúde (Barbosa *et al.*, 2020).

Ao longo dos anos, as mulheres têm reivindicado seus direitos e lutado pela igualdade de gênero, alcançando significativas conquistas e assumindo um papel ativo na sociedade. Entretanto, atualmente, a qualidade do atendimento oferecido às gestantes durante as consultas de pré-natal na APS tem se mostrado deficiente. A falta de informações adequadas impede essas mulheres de expressarem suas opiniões e tomarem decisões, resultando em um retrocesso que afeta negativamente a qualidade da assistência prestada pelos profissionais de saúde (Santos *et al.*, 2020).

Nesta toada, cabe esclarecer e reforçar que o empoderamento da gestante deverá ser desenvolvido no decorrer de todo acompanhamento pré-natal. Serão nestes momentos em que a construção da autonomia e do empoderamento ocorrerão, permitindo à mulher, não só o conhecimento de seus direitos, mas o recebimento do devido acolhimento para que seja conduzida frente à participação nas decisões, protagonizando seu momento de parturição (Lima *et al.*, 2023).

Por fim, enfatiza-se que o PPN, enquanto documento formal e crucial, promove o empoderamento e a autonomia da gestante/parturiente, contribuindo igualmente para a redução da violência obstétrica e da morbimortalidade materna e neonatal/infantil. Também, pode ser caracterizado como um facilitador junto à educação em saúde, utilizado por profissionais no acompanhamento pré-natal (Gurgel *et al.*, 2023).

5 MÉTODO

O método diz respeito à descrição dos caminhos e procedimentos utilizados para responder a pergunta de pesquisa e atingir os objetivos propostos. Desta forma, esta seção fundamenta-se na garantia da transparência científica, bem como no respaldo do estudo frente a avaliação da credibilidade e validade dos resultados.

5.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo multimétodos que adotou as seguintes modalidades de estudo: Revisão Sistemática da Literatura (RSL), estudo epidemiológico do tipo transversal (pesquisa quantitativa) e estudo metodológico que envolveu o desenvolvimento e a validação de conteúdo da Tecnologia *BirthWay* sobre a elaboração do PPN para gestantes e profissionais da saúde da APS, com especialistas.

Entende-se por multimétodos a triangulação de estudos que se complementam, respaldados em diferentes métodos, não cabendo mais a busca de resultados por apenas um viés de pesquisa (Bellini, 2001).

5.1.1 Revisão Sistemática da Literatura

A RSL foi realizada com a finalidade de analisar na literatura científica as principais evidências sobre a utilização do PPN em instituições de saúde. A RSL consiste em um método de síntese de evidências, as quais avaliam e interpretam criticamente todas as pesquisas de relevância disponíveis a uma questão específica a ser pesquisada. Ressalta-se que o método da RSL é reproduzível e sistemático no intuito de minimizar o risco de viés (Brasil, 2021).

A realização de uma RSL sobre a prevalência do uso do PPN em instituições de saúde brasileiras tornou-se essencial para o desenvolvimento da tecnologia instrutiva voltada à aplicação do PPN na APS, pois forneceu um panorama abrangente, rigoroso e atualizado sobre como esse instrumento tem sido utilizado na prática assistencial no país. Ao identificar a frequência de adoção, as barreiras, os facilitadores e as lacunas existentes na implementação do PPN, a revisão sistemática ofereceu evidências concretas que orientaram a construção de uma

tecnologia instrutiva alinhada às necessidades reais de gestantes e profissionais. Dessa forma, o produto resultante da tese não apenas se fundamentou em evidências robustas, mas também respondeu a problemas identificados na literatura, tornando-se mais pertinente, aplicável e potencialmente eficaz para qualificar o cuidado no pré-natal e no parto.

Assim sendo, o desenvolvimento da RSL seguiu as recomendações do *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA) (Peters *et al.*, 2020).

A definição da questão de pesquisa partiu do seguinte questionamento: *O Plano de Parto e Nascimento é, de fato, discutido nas instituições que atendem gestantes e puérperas?*

As fontes de buscas foram realizadas nas seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), ZB MED – *Leibniz Information Centre for Life Sciences* (LIVIVO), *Educational Resources Information Centre* (ERIC), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Base de Dados de Enfermagem (BDENF), Periódicos da Capes, além do Google Scholar representando a literatura cinzenta.

De igual modo, na busca eletrônica, foram realizadas pesquisas manuais a fim de rastrear as listas de referências dos estudos selecionados, bem como todas as outras publicações do primeiro autor de todos os estudos relevantes.

Para seleção das publicações, foram respeitados os Descritores em Ciências da Saúde (DECS) e *Medical Subject Headings* (MESH) entre eles: ‘plano de parto’; ‘plano de parto e nascimento’; ‘*birth plan*’; ‘Brasil’.

Foram elaboradas estratégias de busca para cada base com auxílio de uma bibliotecária. Foram utilizados os operadores booleanos, representados pelos termos *AND* e *OR* para realizar combinações entre os descritores.

Como critérios de inclusão foram considerados estudos observacionais, intervencionistas, de coorte, inquéritos, exploratório, descritivo, de abordagem qualitativa e quantitativa, transversais e longitudinais desenvolvidos com gestantes e puérperas realizadas no Brasil, em qualquer idioma ou data.

Foram excluídos estudos de revisões integrativas, narrativas, sistemáticas e de escopo, bem como relatos de experiências, estudos estrangeiros que compreendiam amostras com profissionais de saúde, parceiros de gestante ou de puérperas.

Para a seleção dos estudos relevantes frente às questões de pesquisa, alguns requisitos foram levados em consideração, conforme sugerido por Okoli (2015): 1) O estudo aborda o uso do PPN; 2) O estudo apresenta como foco as grávidas e puérperas; 3) O estudo foi realizado no Brasil; 4) Variáveis socioeconômicas e/ou obstétricas; 5) Tipo de publicação: artigos, pôsteres, trabalhos de conclusão de curso, dissertações ou teses, com ou sem estudo.

A seleção dos estudos seguiu um processo de triagem em duas etapas, que consistiu na avaliação do título e resumo, seguida da revisão de texto completo.

Na fase 1, dois autores (BSB e RL) revisaram, independentemente, os títulos e resumos de todas as referências. Durante esta fase, foram excluídos quaisquer estudos que não atendiam aos critérios de elegibilidade descritos na sessão de critérios de inclusão e exclusão.

Na fase 2, aplicaram-se os mesmos critérios de seleção ao texto completo dos estudos para determinar quais variáveis incluir. Os autores revisaram, independentemente, todos os estudos. As divergências foram resolvidas, entre ambos, por consenso e acordo mútuo.

Os estudos selecionados foram analisados e os dados ajustados ao mesmo formato, codificando e limitando a atributos relevantes (autor, título, ano de publicação, entre outros). Subsequentemente, foram exportados para o programa *Microsoft Excel*® por um autor e verificado independentemente por outro para coleta e organização dos dados dos estudos selecionados.

Para o risco de viés nos estudos individuais incluídos foi utilizado o *Joana Briggs Institute Meta Analysis of Instrumento de Avaliação e Revisão Estatística* (JBI-MAStARI). O questionário consiste em oito perguntas que foram respondidas com sim, não, pouco claro ou não aplicável. No JBI-MAStARI, dois critérios listados no instrumento foram considerados irrelevantes para a natureza dos estudos. Desta forma, os estudos foram classificados da seguinte forma: alta qualidade metodológica (>5 respostas “sim”), qualidade metodológica moderada (3–4 respostas “sim”) ou baixa qualidade metodológica (0–2 respostas “sim”) (JBI, 2014).

Realizou-se, então, uma análise temática dos dados combinando-os às observações, onde foram calculadas as frequências das ocorrências. Considerou-se como desfecho primário o uso do PPN em atendimento materno e, como desfechos secundários, as variáveis socioeconômicas e/ou informações obstétricas. Por fim,

identificado por análise de prevalência, os resultados baseados em estatísticas descritivas e probabilidades (frequências e porcentagens).

Para o desenvolvimento da RSL foi realizada uma busca na *International Prospective Register of Systematic Reviews* (PROSPERO). Até o momento, a RSL encontra-se aguardando aprovação (Anexo E).

5.1.2 Estudo Epidemiológico do Tipo Transversal

A escolha pela realização de um estudo epidemiológico do tipo transversal sobre a prevalência do uso do PPN nas maternidades públicas de Florianópolis tornou-se fundamental e necessária para o desenvolvimento da tecnologia instrutiva sobre o PPN, pois permitiu compreender, de forma objetiva e quantificável, como esse instrumento tem sido incorporado na prática assistencial local. Ao identificar a magnitude de uso, bem como eventuais disparidades, barreiras e padrões de adesão entre as maternidades, o estudo forneceu dados empíricos essenciais para orientar a criação de uma tecnologia instrutiva condizente com a realidade do território. Dessa maneira, o produto da tese foi construído com base em evidências epidemiológicas atualizadas, garantindo maior pertinência, aplicabilidade e potencial de impacto na qualificação da assistência pré-natal, do parto e do nascimento. Além disso, a fim de dar robustez a este estudo, optou-se também por traçar o perfil socioeconômico, demográfico e obstétrico das participantes do estudo.

O estudo quantitativo centra na objetividade e pode ser descrito numericamente, geralmente delineando a representatividade de uma população. Esse tipo de estudo recorre à linguagem matemática e considera que a realidade só pode ser analisada por meio de dados brutos. Por ter suas raízes no pensamento positivista, tende a enfatizar o raciocínio dedutivo, as regras da lógica e os atributos mensuráveis da experiência humana (Gerhardt; Silveira, 2009).

As pesquisas descritivas procuram expor as características de determinada população, fenômeno, o estabelecimento de relações e/ou de sua natureza, entre variáveis, caracterizadas pela sua utilização em técnicas padronizadas de coleta de dados e no envolvimento prático (Gil, 2017).

5.1.2.1 Local e Contexto do Estudo

O estudo foi realizado nos Alojamentos Conjuntos do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina (HU-UFSC/EBSERH) e da Maternidade Carmela Dutra (MCD), ambos localizados em Florianópolis, capital do estado de Santa Catarina. Os dois hospitais citados são referências para atendimento às gestantes, parturientes e puérperas pelo SUS.

A maternidade do HU-UFSC/EBSERH foi criada em 1995 e desde então trabalha com a filosofia da humanização do parto e nascimento. Tem como destaque o prêmio Galba de Araújo, recebido no ano 2000, que reconhece as instituições que se destacam pelo parto humanizado. Além disso possui o selo de Hospital Amigo da Criança, desde 1997, pelo seu incentivo ao aleitamento materno (UFSC, 2020).

Com uma forte vinculação com a área de educação e pesquisa, a maternidade serve como local de estudo para uma série de trabalhos científicos, reforçando o caráter de hospital de ensino. Uma das iniciativas de ensino é o projeto de extensão Grupo de Gestantes e Casais Grávidos, coordenado por docentes do Departamento de Enfermagem e psicóloga da Maternidade do HU-UFSC/EBSERH, junto a participação de profissionais que atuam na Maternidade, que teve início em 1996 e é considerado projeto permanente do hospital (UFSC, 2021).

Também, é um centro nacional de referência para o Método Canguru, desde o ano 2000, ou seja, modelo de assistência que humaniza e melhora os resultados e qualidade de vida dos recém-nascidos prematuros e de baixo peso (UFSC, 2020). Essa maternidade, atualmente, localiza-se no segundo andar do hospital e é composta por Alojamento Conjunto, Centro Obstétrico e uma UTI Neonatal.

Já a MCD foi inaugurada em 1955, sendo a primeira maternidade pública do estado. Foi reconhecida pelo Ministério da Saúde como o Centro de Referência Estadual em Saúde da Mulher. Também recebeu o título de Hospital Amigo da Criança pelo trabalho de incentivo e proteção ao aleitamento materno. Além disso, em 2014, foi consagrada com o prêmio Dr. Pinotti – Hospital Amigo da Mulher (Santa Catarina, 2018b).

Por ser antiga, a maternidade sofreu alterações de acordo com os novos modelos de assistência. Na inauguração, sua estrutura física era dotada de 30 leitos de berçário e 30 leitos de berçário de alto risco. Em 2001, haviam 10 leitos de UTI neonatal e 10 leitos de berçário de alto risco, além do Alojamento Conjunto, com 31

leitos para puérperas e 31 leitos para recém-nascidos, criados em 1996 (Gregório; Padilha, 2012).

Atualmente, após reformas e reestruturações, a MCD dispõe de um total de 104 leitos destinados ao atendimento obstétrico, ginecológico, oncológico e neonatal (Santa Catarina, 2018b).

Esta maternidade está inserida em um contexto de atenção à saúde da mulher e do recém-nascido, sendo referência em boas práticas obstétricas, gestação de alto risco, oncologia pélvica e mamária, reconstrução de mama e cirurgias ginecológicas (Damião, 2020). Também possui um Banco de Leite Humano, que faz a captação, pasteurização e distribuição de leite materno doados para outros recém-nascidos que se encontram internados na UTI, bem como para aquelas mães que têm dificuldade na produção de leite e na amamentação (Santa Catarina, 2018b).

A MCD atende uma média de 320 partos/nascimentos mensais (Santa Catarina, 2018a) e a maternidade do HU-UFSC/EBSERH em torno de 220 (UFSC, 2020). Juntas estas duas maternidades atendem, em média, 540 partos/nascimentos por mês, acolhem mulheres de todo o estado de Santa Catarina e garantem assistência interprofissional de alta qualidade (Santa Catarina, 2018a; UFSC, 2020).

5.1.2.2 Participantes do Estudo

Puérperas que procuraram as unidades de saúde descritas para realização do parto.

5.1.2.3 Critérios de Inclusão e Exclusão

Foram considerados critérios de inclusão neste estudo: puérperas internadas nos Alojamentos Conjuntos das duas maternidades públicas de Florianópolis (MCD e a do HU-UFSC/EBSERH), em qualquer faixa etária, com recém-nascidos de qualquer idade gestacional (seja a termo ou pré-termo), que tiveram gestação de risco habitual e/ou de alto risco, independentemente da opção de via de parto e, com condições físicas e emocionais para responder o questionário.

Já os critérios de exclusão compreenderam: gestantes sob cuidados de alto risco, puérperas ausentes no momento da visita para a coleta de dados e,

puérperas que se encontravam internadas por motivos variados (como pós abortamento, por exemplo).

5.1.2.4 Coleta de Dados

A coleta de dados foi fracionada em dois momentos distintos. Entretanto, de antemão, cabe esclarecer que o estudo, seus objetivos e o método adotado foram apresentados às participantes e, sequencialmente, foi realizado o convite para a participação.

Mediante a aceitação, foram entregues duas cópias dos Termos, seja do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B), Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) (Apêndice C) ou do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Exclusivo para Pais ou Responsáveis por menores de 18 anos (TCLEe) (Apêndice D), a depender de cada caso. Neste mesmo momento, eram sanadas todas as possíveis dúvidas após a leitura do documento.

5.1.2.4.1 Primeiro Momento da Coleta de Dados

Visitação às maternidades com abordagem às puérperas internadas nos Alojamentos Conjuntos, que ocorreu em dias interpolados (ímpares), no período vespertino, durante todo o mês de setembro de 2024.

A escolha por este formato se deu a pedido de uma das maternidades, bem como após a reflexão sobre a melhor dinâmica de coleta de dados para esta pesquisa, dado o período mínimo de internação por puérpera, caracterizado em 48 horas.

Neste primeiro momento, portanto, 330 puérperas foram interrogadas sobre a realização ou não do PPN. Destas, 280 não realizaram o planejamento, ao passo que as demais (50) o elaboraram.

Para àquelas que não elaboraram o seu PPN ou desconheciam esta ferramenta (280 participantes), e que deram anuência quanto sua participação na pesquisa, foram apenas coletados os dados pertinentes às variáveis do estudo: dados socioeconômicos, antecedentes obstétricos e dados parciais sobre a gestação atual. Já para as puérperas que referiram ter realizado o PPN e/ou o

apresentado à maternidade (total de 50), toda a coleta de dados se deu em um segundo momento, após a alta hospitalar, de forma remota.

5.1.2.4.2 Segundo Momento da Coleta de Dados

Para as 50 mulheres que realizaram o PPN, foi solicitado e-mail e o contato telefônico, preferencialmente sendo o número do aplicativo de resposta rápida (*WhatsApp*®), para que, posteriormente a alta, fossem agendadas as entrevistas para a aplicação completa do questionário (Apêndice A). Os contatos pós alta hospitalar/retorno ao lar, foram realizados no mês de janeiro de 2025. Em momento oportuno, via agendamento, e por vontade das pacientes, os questionários foram aplicados remotamente, por telefone ou por vídeo chamada.

A fim de entrevistar o maior quantitativo de respondentes, foram realizadas três tentativas de contatos, em dias e períodos distintos, tanto pelo aplicativo de resposta rápida, quanto por contato telefônico, bem como por e-mail. Diante do insucesso das três investidas, as puérperas foram automaticamente excluídas da proposta.

Para àquelas que ainda obtinham o PPN, foi solicitada uma fotografia do instrumento, para realizar uma análise aprofundada e detalhada destes documentos. Estes documentos alicerçaram o desenvolvimento da tecnologia instrutiva apresentada, ao final, como produto desta tese.

Por fim, cabe ressaltar que, durante o período de coleta de dados, 11 puérperas não foram entrevistadas por terem recebido alta preteritamente à visita da pesquisadora principal, caracterizando em 11 perdas nesta pesquisa.

Assim, o total de puérperas entrevistadas foi de 330. Destas, 50 referiram ter elaborado o PPN, enquanto as demais (280) não o fizeram. Ainda, das 50 participantes que autorizaram fazer parte da segunda fase da pesquisa, apenas 30 retornaram aos contatos da pesquisadora principal pós alta hospitalar, desta forma, 20 puérperas foram excluídas.

5.1.2.4.3 Variáveis do Estudo

5.1.2.4.3.1 Dados Socioeconômicos

- Idade {variável quantitativa discreta};
- Escolaridade {variável categórica: analfabeto, ensino fundamental incompleto, ensino fundamental completo, ensino médio incompleto, ensino médio completo, ensino superior incompleto, ensino superior completo, pós-graduação};
- Profissão {variável texto};
- Renda familiar total {variável quantitativa discreta (em salários mínimos)};
- Estado civil {variável categórica: solteira, casada, união estável, divorciada, separada, viúva}.

5.1.2.4.3.2 Antecedentes Obstétricos

- Número de gestações {variável quantitativa discreta};
- Número de partos {variável quantitativa discreta};
- Nascidos vivos {variável quantitativa discreta};
- Número de abortos {variável quantitativa discreta}.

5.1.2.4.3.3 Gestação Atual

- Realização do pré-natal {variável categórica: sim ou não};
- Número de consultas de pré-natal {variável quantitativa discreta};
- Número de consultas de pré-natal com médico {variável quantitativa discreta};
- Número de consultas de pré-natal com enfermeiro {variável quantitativa discreta};
- Pré-natal na rede {variável categórica: pública ou privada};
- Realização do pré-natal em UBS ou clínica {variável texto};
- Classificação da gestação {variável categórica: risco habitual ou alto risco};
- Se alto risco, realizado acompanhamento no ambulatório de referência {variável categórica: sim ou não};
- Menção do PPN nas consultas de pré-natal {variável categórica: sim ou não};
- Confecção/elaboração do PPN {variável categórica: sim ou não};
- Recebimento de auxílio na elaboração do PPN na gestação atual ou anteriores {variável categórica: sim ou não};

- Apresentação do PPN para um profissional durante a internação na maternidade para o parto {variável categórica: sim ou não};
- Trimestre em que realizou o PPN {variável categórica: 1º trimestre, 2º trimestre ou 3º trimestre};
- Via de parto {variável categórica: vaginal ou cesariana};
- Idade gestacional no momento do parto {variável quantitativa discreta};
- Questionamento realizado durante a internação para o parto sobre o PPN {variável categórica: sim ou não};
- Desejos e preferências listados no PPN implementados {variável categórica: sim ou não};

5.1.2.4.3.4 Para as Puérperas que Realizaram o Plano de Parto e Nascimento

- Desejos e preferências respeitados {variável texto};
- Preferências que não foram implementadas {variável texto};
- Boas práticas implementadas e que não tinham sido listadas no PPN {variável texto};
- A diferença que o PPN fez no trabalho de parto e parto {variável escalar: de 0 a 10};
- Avaliação sobre o atendimento ao seu parto/nascimento {muito ruim, ruim, regular, bom, muito bom}.

5.1.2.4.3.5 Planos de Parto e Nascimento Fotografados

- Tipo de PPN elaborado pela puérpera;
- Elementos que foram pontuados no PPN a partir das preferências das puérperas.

5.1.2.4.4 Cálculo da Amostra

O cálculo do tamanho amostral foi realizado por meio do *software* WinPepi, versão 11.65, considerando uma pesquisa de prevalência em população finita, utilizando-se os seguintes parâmetros: nível de confiança de 95%, margem de erro de 6% e proporção estimada de 50%, a fim de maximizar a variabilidade e garantir

maior rigor estatístico. Dessa forma, a amostra final correspondeu à totalidade de puérperas entrevistadas durante o período do estudo, totalizando 310 participantes.

A margem de erro de 6% foi adotada por ser compatível com o número de puérperas efetivamente entrevistadas e por atender aos critérios para estudos transversais.

5.1.2.4.5 Análise de Dados

Para análise das variáveis categóricas, foram realizadas descrições por meio de frequências absolutas e relativas, proporcionando uma caracterização precisa dos dados qualitativos. A variável idade foi sumarizada por média, desvio-padrão, quartis e amplitude, permitindo uma análise abrangente da distribuição dos dados.

Para as variáveis expressas em unidades de tempo — como número de consultas de pré-natal, número de atendimentos médicos e número de atendimentos por enfermeiro —, foram elaboradas representações gráficas em colunas, facilitando a visualização e interpretação dos padrões observados. As análises estatísticas foram conduzidas utilizando o software IBM SPSS Statistics, versão 25.

5.1.3 Estudo Metodológico

O estudo metodológico tem como foco a investigação de procedimentos sistemáticos utilizados na obtenção, organização e análise de dados, com o propósito de desenvolver, validar ou avaliar instrumentos e técnicas de pesquisa. Esse tipo de estudo busca aprimorar a confiabilidade e a validade dos instrumentos por meio da criação de ferramentas específicas para a coleta de dados (Polit; Beck, 2019).

A realização de um estudo metodológico dentro de uma pesquisa multimétodos foi primordial para o desenvolvimento de uma tecnologia instrutiva sobre o PPN, pois garantiu rigor, sistematização e validade ao processo de construção do produto. Esse tipo de estudo permitiu definir, testar, refinar e validar os componentes da tecnologia — seja em termos de conteúdo, linguagem — assegurando que ela estivesse cientificamente fundamentada, compreensível e adequada às necessidades dos usuários.

Já no contexto de uma pesquisa multimétodos, o estudo metodológico integrou e articulou evidências provenientes de diferentes abordagens, contribuindo para que o produto final fosse robusto, coerente e sustentado tanto por dados quantitativos quanto por compreensões qualitativas. Assim, a tecnologia instrutiva desenvolvida tornou-se mais confiável, pertinente e potencialmente eficaz para a melhoria da prática assistencial relacionada às gestantes.

5.1.3.1 Participantes do Estudo

Enfermeiros, com especialização em Obstetrícia, Saúde Pública e APS. Como critério de inclusão consistiu em ter experiência de mais de um ano em APS ou Centro Obstétrico para participarem da etapa de validação de conteúdo. Os critérios de exclusão consistiram em profissionais ausentes por estarem em período de férias, licença maternidade e/ou saúde e a não devolutiva do TCLE assinado.

5.1.4 Desenvolvimento do Produto

A tecnologia instrutiva foi desenvolvida a partir dos achados encontrados na RSL, além de basear-se nos PPN apresentados pelas participantes da pesquisa transversal, como também alicerçou-se nas legislações, resoluções, portarias e recomendações ministeriais que direcionam a saúde obstétrica, para se capaz de auxiliar qualquer pessoa na elaboração do PPN.

Das 310 puérperas que participaram efetivamente do estudo transversal (segundo momento da coleta de dados) desta pesquisa, 30 (9,7%) delas tinham elaborado seu PPN, e destas, apenas 14 (46,7%) ainda possuíam seu PPN no momento da coleta de dados e nos disponibilizaram as imagens (Anexo F). A partir destas imagens avaliadas, evidenciou-se que:

- 64,3% (9 mulheres) fizeram, ao menos, uma referência em seu PPN sobre a realização e/ou a manutenção do Acesso Venoso Periférico, bem como sobre a administração/infusão de medicações ou soluções contínuas durante o processo de parturição;
- 85,7% (12 mulheres) fizeram, ao menos, uma referência em seu PPN sobre a permanência de Acompanhante durante o processo de parturição;

- 71,4% (10 mulheres) fizeram, ao menos, uma referência em seu PPN sobre a Ambiência durante o processo de parturição. Dentre os aspectos mais solicitados, estavam a manutenção de luminosidade baixa, ambiente calmo e musicoterapia. Também, 25% destas 10 mulheres, fizeram menção quanto a utilização de objetos e vestimentas próprias, ao invés dos disponibilizados pela instituição de saúde;
- 85,7% (12 mulheres) fizeram, ao menos, uma referência em seu PPN sobre a Dieta – Liberdade para Comer e Beber durante o processo de parturição;
- 21,4% (3 mulheres) fizeram, ao menos, uma referência em seu PPN sobre a realização de Enema ou aplicação de Supositório de Glicerina durante o processo de parturição;
- 50% (7 mulheres) fizeram, ao menos, uma referência em seu PPN sobre o uso de Métodos Farmacológicos (Medicações) para Alívio da Dor durante o processo de parturição. Além disso, todas apontaram para a não administração de medicações sedativas, principalmente no pós-parto;
- 78,6% (11 mulheres) fizeram, ao menos, uma referência em seu PPN sobre o uso de Métodos Não Farmacológicos para Alívio da Dor durante o processo de parturição. Entre os métodos mais citados, destacou-se o uso do chuveiro;
- 64,3% (9 mulheres) fizeram, ao menos, uma referência em seu PPN sobre a realização do Monitoramento Fetal. Entretanto, a maioria delas ainda fez menção sobre a adoção da posição mais confortável durante o procedimento, bem como sobre este procedimento ser realizado de forma intermitente, permitindo a Liberdade de Movimentos durante o processo de parturição;
- 28,6% (4 mulheres) fizeram, ao menos, uma referência em seu PPN sobre a realização de Toques Vaginais durante o processo de parturição. Todas apontaram que esta técnica deveria ser realizada somente quando necessário e não como procedimento rotineiro da instituição;
- 28,6% (4 mulheres) fizeram, ao menos, uma referência em seu PPN sobre a realização ou não de Tricotomia durante o processo de parturição;
- 64,3% (9 mulheres) fizeram, ao menos, uma referência em seu PPN sobre a utilização ou não de Ocitocina durante o processo de parturição;
- 35,7% (5 mulheres) fizeram, ao menos, uma referência em seu PPN sobre a realização de esclarecimentos prévios a quaisquer procedimentos durante o processo de parturição. As amostradas descreveram que estes

procedimentos apenas deveriam ocorrer após os devidos esclarecimentos, fundamentados em evidências científicas, bem como após a apresentação de alternativas adjacentes disponíveis: princípio do Consentimento Informado;

- 21,4% (3 mulheres) fizeram, ao menos, uma referência em seu PPN sobre a realização de Registros Fotográficos e de Filmagens durante o processo de parturição;
- 42,8% (6 mulheres) fizeram, ao menos, uma referência em seu PPN sobre a Ruptura das Membranas (Bolsa Amniótica ou Bolsa D'água) durante o processo de parturição. Todavia, a totalidade destas mulheres desejaram que houvesse o rompimento espontâneo ao invés de artificial da bolsa amniótica;
- 50% (7 mulheres) fizeram, ao menos, uma referência em seu PPN sobre o Encaminhamento para o Parto Cesariano durante o processo de parturição. Todavia todas apontaram que, preteritamente ao procedimento cirúrgico, gostariam de entrar em trabalho de parto, se possível;
- 92,8% (13 mulheres) fizeram, ao menos, uma referência em seu PPN sobre a realização ou não de Episiotomia durante o processo de parturição;
- 57,1% (8 mulheres) fizeram, ao menos, uma referência em seu PPN sobre a realização de Manobras de Expulsão durante o processo de parturição. Cabe destacar que todas registraram pela não autorização da realização da Manobra Kristeller especificamente;
- 57,1% (8 mulheres) fizeram, ao menos, uma referência em seu PPN sobre a Liberdade de Movimentos durante o processo de parturição;
- 78,6% (11 mulheres) fizeram, ao menos, uma referência em seu PPN sobre a escolha da Posição para o Parto durante o processo de parturição;
- 42,8% (6 mulheres) fizeram, ao menos, uma referência em seu PPN sobre a Realização de Força (Puxos) somente quando tivesse vontade durante o processo de parturição, bem como declararam repúdio quanto a realização de força dirigida;
- 14,3% (2 mulheres) fizeram, ao menos, uma referência em seu PPN sobre o Uso de Instrumentos: Fórceps, Extratores ou Ventosa/Vácuo durante o processo de parturição;
- 92,8% (13 mulheres) fizeram, ao menos, uma referência em seu PPN sobre a realização de Amamentação Imediata (*Golden Hour*) durante o processo de parturição;

- 14,3% (2 mulheres) fizeram, ao menos, uma referência em seu PPN sobre a realização do Carimbo da Placenta durante o processo de parturição;
- 57,1% (8 mulheres) fizeram, ao menos, uma referência em seu PPN sobre a realização do Clampeamento Tardio do Cordão Umbilical (*Golden Hour*) durante o processo de parturição;
- 85,7% (12 mulheres) fizeram, ao menos, uma referência em seu PPN sobre a realização do Contato Pele a Pele (*Golden Hour*) com o recém-nascido durante o processo de parturição;
- 64,3% (9 mulheres) fizeram, ao menos, uma referência em seu PPN sobre a Dequitação Fisiológica (Natural) da Placenta durante o processo de parturição;
- 50% (7 mulheres) fizeram, ao menos, uma referência em seu PPN sobre a Escolha do Responsável pelo Corte do Cordão Umbilical durante o processo de parturição;
- Sobre a Cesariana Humanizada, não houveram apontamentos específicos. Contudo, quando vislumbrada a possibilidade de encaminhamento para o procedimento cirúrgico, 5 mulheres (35,7%) fizeram, ao menos, uma referência em seu PPN sobre a possibilidade de se abaixar o campo cirúrgico a fim de acompanhar o nascimento do seu filho;
- 21,4% (3 mulheres) fizeram, ao menos, uma referência em seu PPN sobre a possibilidade de serem mantidas com as Mãos Livres durante o processo de parturição, quando por via cesariana;
- 57,1% (8 mulheres) fizeram, ao menos, uma referência em seu PPN sobre a oferta do Alojamento Conjunto durante o puerpério imediato;
- 21,4% (3 mulheres) fizeram, ao menos, uma referência em seu PPN sobre a realização da Amamentação (Livre Demanda) e de forma exclusiva durante o processo de parturição – pós-parto;
- 21,4% (3 mulheres) fizeram, ao menos, uma referência em seu PPN sobre a realização da Aspiração de Vias Aéreas e Gástrica durante o processo de parturição – pós-parto, mostrando-se na totalidade, contrárias a execução destes procedimentos;
- 71,4% (10 mulheres) fizeram, ao menos, uma referência em seu PPN sobre a realização do primeiro Banho no Recém-Nascido. Entretanto alguns apontamentos foram realizados, como por exemplo, a realização do primeiro

banho após 24 horas do nascimento, bem como a realização do banho efetuada, exclusivamente, pelos pais do bebê;

- 35,7% (5 mulheres) fizeram, ao menos, uma referência em seu PPN sobre Bicos Artificiais. A totalidade destas mulheres optou pela não oferta aos seus recém-nascidos;
- 50% (7 mulheres) fizeram, ao menos, uma referência em seu PPN sobre a aplicação do Nitrato de Prata, Eritromicina, Tetraciclina Tópica ou Iodopovidona nos olhos do recém-nascido. Todas as mulheres optaram pela não administração da medicação, uma vez que realizaram corretamente o acompanhamento pré-natal e que apresentaram exames negativos frente aos patógenos que pudessem desenvolver a oftalmia bacteriana nos seus filhos.
- 14,3% (2 mulheres) fizeram, ao menos, uma referência em seu PPN sobre a realização da Oferta de Fórmulas ou Soluções para o recém-nascido durante o processo de parturição – pós-parto;
- Sobre a realização de Procedimentos Invasivos no recém-nascido, não houveram apontamentos específicos. Contudo, 3 mulheres (21,4%) fizeram, ao menos, uma referência em seu PPN sobre a iminência de quaisquer procedimentos no recém-nascido serem realizados no colo dos pais ou da rede de apoio;
- 21,4% (3 mulheres) fizeram, ao menos, uma referência em seu PPN sobre a realização quaisquer procedimentos após a primeira hora do nascimento do filho, em respeito e cumprimento da Hora Dourada (*Golden Hour*);
- Da mesma forma, 6 mulheres (42,8%) fizeram, ao menos, uma referência em seu PPN sobre a realização de quaisquer procedimentos apenas na presença dos pais, durante o processo de parturição – pós-parto;
- 35,7% (5 mulheres) fizeram, ao menos, uma referência em seu PPN sobre a realização ou não da aplicação da Vitamina K no recém-nascido. Neste item, vale ressaltar que todas as mulheres incluíram uma observação quanto à solicitação da administração medicamentosa no colo dos pais ou rede de apoio.

Ou seja, trata-se de um produto revestido de grande relevância, uma vez que proporciona à gestante uma compreensão aprofundada acerca das suas preferências e dispositivos de saúde disponíveis, além da descrição dos seus

direitos, permitindo que seja vivenciado o percurso esperado durante seu processo de parturição.

Tal recurso oferece informações precisas e confiáveis, promovendo uma tomada de decisão mais consciente, segura e embasada. Dessa forma, a gestante tem a possibilidade de tornar-se protagonista de sua experiência, sentindo-se mais preparada, tranquila e empoderada, o que contribui para uma assistência mais humanizada, respeitosa e alinhada às suas necessidades e preferências.

Nesta direção, foi desenvolvido um protótipo digital orientativo para uso dos profissionais de saúde e mulheres a fim de guiá-los quanto à elaboração do PPN durante a gestação, a qualquer momento, mas sobretudo durante o acompanhamento pré-natal, realizado, preferencialmente no sistema público de saúde, mais precisamente, na APS.

Espera-se, para esta proposta, a incorporação do protótipo nas UBS dos municípios de Florianópolis e São José e que seja disponibilizado o acesso ao instrumento por meio de um *QR-code*, que devem ser afixados nos murais das recepções, bem como nos consultórios de saúde, oportunizando o alcance imediato e gratuito à população.

A tecnologia instrutiva nomeada de *BirthWay* possibilita acesso digital facilitado a qualquer usuário uma vez que trata-se de uma ferramenta detentora de um conjunto de informações sobre a elaboração do PPN e esclarecimento de dúvidas, além de agregar dados de saúde importantes que contribuirão na gestão e planejamento de políticas públicas que consigam melhorar indicadores vinculados à saúde da mulher e da criança, atendendo aos objetivos de redução da mortalidade materna e infantil nacional.

5.1.4.1 Produto da Tese

Este trabalho foi idealizado ao longo de todo o curso de doutorado profissional. Por meio da avaliação dos PPN apresentados pelas amostradas, na segunda fase da pesquisa, foi possível realizar uma revisão dos componentes integrantes do documento, a fim de que o produto desta tese fosse elaborado baseado em evidências científicas.

Objetiva-se que esta tecnologia instrutiva seja de fácil entendimento e acesso, podendo ser utilizada de forma individual ou coletiva, com ou sem a ajuda da equipe de saúde. Todavia, sua utilização dar-se-á mediante a um dispositivo digital remoto.

Acredita-se que, para um futuro próximo, tecnologias semelhantes a esta possam também ser inseridas nos prontuários eletrônicos dos pacientes de todas as regiões, possibilitando a alimentação de dados capazes de trazer impactos no planejamento de ações voltadas à assistência pré-natal, ao parto e puerpério.

Desta forma, foram criadas 58 funcionalidades, distribuídas em 19 telas, capazes de trazer informações pertinentes e orientar o usuário que estiver elaborando seu PPN, principalmente, quanto aos seus direitos e alternativas de cuidados no processo de parturição. São elas:

- Capa; Orientações Iniciais; Identificação (Cabeçalho) – Seções que trazem direcionamento sobre como utilizar o *BirthWay*;
- O que é o Plano de Parto e Nascimento – Seção que traz a conceituação e o objetivo para a elaboração do documento;
- Minhas Escolhas Durante o Trabalho de Parto – Seção que traz algumas opções para serem refletidas e realizadas durante o trabalho de parto;
- Minhas Escolhas no Momento do Parto – Seção que traz algumas opções para serem refletidas e realizadas exclusivamente durante o parto;
- Minhas Escolhas Imediatamente Após o Parto – Seção que traz algumas opções para serem refletidas e realizadas no pós-parto imediato, tanto para a puérpera quanto para o recém-nascido;
- Minhas Escolhas em Caso de Cesariana – Seção que traz algumas opções para serem refletidas e realizadas em casos que haja a necessidade do encaminhamento para a realização da cesariana;
- Minhas Escolhas Frente aos Cuidados com o Recém-Nascido – Seção que traz algumas opções para serem refletidas e realizadas, exclusivamente, no recém-nascido;
- Agradecimentos; Credenciais; Referências (Leia Também) – Seções finais com a disponibilização de conteúdos para consulta, caso os leitores vislumbrem o desejo.

Ademais, esta ferramenta possibilita acesso nacional, com visualização em tempo real, efetivando um processo de educação em saúde não fragmentado, que devem ser respaldadas em escolhas informadas.

5.1.4.2 Informações Gerais sobre a Elaboração Produto

A terminologia *BirthWay* foi escolhida como parte do título do produto, uma vez que faz referência ao novo/nascimento. Assim, entendeu-se que esta menção incorporou, integralmente, os objetivos de todo o documento.

A construção deste instrumento contou com o auxílio e apoio de um *designer* gráfico.

Para compor o *layout* do ***BirthWay – Meu Plano de Parto e Nascimento*** foi criado um avatar a partir de uma imagem fotográfica da pesquisadora principal durante a sua gestação. Além disso, o *layout* deste produto diz respeito à forma como os elementos estão organizados. Esta estratégia vislumbrou criar uma estrutura organizada e esteticamente agradável, facilitando a compreensão, o uso e a interação com o conteúdo a ser explorado.

Desta forma, a escolha pela composição do *layout* com flores e borboletas refletiram diretamente nos objetivos deste produto. Com as flores do campo intentou-se simbolizar a liberdade, uma vez que estas estão, frequentemente, associadas a sentimentos de alegria, leveza, vitalidade e simplicidade. Por crescerem naturalmente, sem interferência humana, as flores do campo também representam a capacidade de adaptação. Já frente à borboleta projetou-se simbolizar a transformação, a felicidade, a beleza e a renovação – do processo de parturição.

Todas as imagens utilizadas no documento foram geradas por meio de Inteligência Artificial, a fim de que não houvesse quaisquer conflitos relacionados a direitos autorais e plágios, bem como para garantir exclusividade junto à criação do produto.

Cada seção foi diferenciada por colorações em aquarela uma vez que estas permitem/oportunizam evocar emoções, transmitir sensações e estabelecer relações simbólicas. Objetivou-se com este *design* atrair a atenção do leitor para as diferentes fases do processo de parturição, sem que houvesse equívocos quanto a distinção de cada momento.

Para acessar o ***BirthWay*** – Meu Plano de Parto e Nascimento na íntegra, basta acessar o *link* a seguir ou criar um QR-code de acesso: https://www.canva.com/design/DAGrUNniniM/klysNRhaFZIMCg_bQy8MxQ/edit

5.1.4.3 Finalidade do Produto

Oportunizar acesso facilitado à temática, bem como auxiliar na obtenção de informações fidedignas e seguras a qualquer pessoa com interesse em realizar seu PPN. Além disso, trata-se de uma importante etapa do acompanhamento pré-natal, que pode ser utilizado como um guia lúdico, de compreensão clara e simples divulgação. Tem como principal objetivo aderir às preferências das gestantes (sempre que possível), impactando e auxiliando positivamente na redução das violências obstétricas e, conseqüentemente, na mortalidade materno infantil nacional.

Após descrito e adaptado às predileções das gestantes, este instrumento deverá ser entregue à equipe de saúde durante o primeiro contato da parturiente junto aos profissionais do serviço, o que comumente ocorre durante a triagem obstétrica das maternidades.

5.1.5 Validação de Conteúdo com Especialistas

A etapa de validação de conteúdo foi realizada com seis enfermeiros especialistas em obstetrícia e APS. Estes foram convidados intencionalmente utilizando a técnica bola de neve (Vinuto, 2014), por meio da qual uma semente indica a outra e, assim, sucessivamente, até atingir o número de respondentes preconizados. De acordo com Polit, Beck (2019), o número recomendado inclui minimamente cinco respondentes.

O convite aos especialistas foi realizado via *e-mail*. Após o aceite para participarem da etapa de validação, foi encaminhado o TCLE-VC (Apêndice E) para assinatura e, posteriormente, foi enviado o *link* do formulário eletrônico do *Google Docs*® com o formulário de validação contendo também as orientações sobre como realizar a avaliação dos itens estruturados em seções referentes a cada momento do *BirthWay*. O formulário eletrônico continha questões relacionadas aos dados de identificação dos participantes e ao conteúdo científico sobre o PPN para validação.

Os especialistas avaliaram a tecnologia construída por meio da escala *Likert*, com categorias em quatro níveis dos critérios referentes a cada item, com seleção de uma única resposta para cada variável do *BirthWay*: Concordo totalmente (4), Concordo (3), Discordo (2), Discordo totalmente (1), e espaço para sugestões. Os critérios de avaliação foram quanto a clareza, relevância, concordância, eficácia e objetividade (Pasquali, 2013).

O prazo para devolução foi de 10 dias. Essa etapa foi realizada no mês de junho de 2025.

5.1.6 Tratamento e Análise dos Dados

Para o tratamento estatístico foram consideradas as categorias: Concordo totalmente e concordo que obtiveram avaliações aprovadas em um consenso de $\geq 80\%$, sendo este índice de concordância pautado em outros estudos de validação (Polit; Beck, 2019).

Para a determinação da concordância dos dados coletados foi realizada a validação de conteúdo. O Índice de Validade de Conteúdo (IVC) mensura a proporção de concordância entre os juízes sobre determinado item do instrumento, independente, possibilitando analisar cada item individual ou o instrumento na sua totalidade, a partir dos valores pontuados da escala Likert (Alexandre; Coluci, 2011).

A fórmula utilizada para avaliar cada item individualmente correspondeu a seguinte:

$$IVC = \frac{\text{número de respostas "3" ou "4"}}{\text{número total de respostas}}$$

Para análise das variáveis categóricas, foram realizadas descrições por meio de frequências absolutas e relativas, proporcionando uma caracterização precisa dos dados qualitativos. A variável idade foi sumarizada por média, desvio-padrão, quartis e amplitude, permitindo uma análise abrangente da distribuição dos dados. Para as variáveis expressas em unidades de tempo — como número de consultas pré-natal, número de atendimentos médicos e número de atendimentos por

enfermeiro —, foram elaboradas representações gráficas em colunas, facilitando a visualização e interpretação dos padrões observados.

5.2 ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo respeitou as diretrizes e critérios estabelecidos na Resolução 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde, aderindo os preceitos éticos estabelecidos no que se refere ao zelo pela legitimidade das informações, privacidade e sigilo (Brasil, 2012b; 2016b).

Em atendimento às normativas das instituições envolvidas neste estudo, foi providenciada a solicitação de autorização à Direção e à Chefia de Enfermagem do Alojamento Conjunto da MCD para a realização da pesquisa (Anexo B) e à Direção do HU-UFSC/EBSERH, por meio do Requerimento de Autorização que consta no Anexo A.

As puérperas incluídas no estudo foram informadas anteriormente à coleta de dados sobre a necessidade do preenchimento do TCLE (Apêndice B), ou do TALE (Apêndice C). Em relação às puérperas menores de idade, foi solicitado o consentimento aos pais ou responsáveis por meio do TCLEe (Apêndice D). Tanto o TCLE, como o TALE e o TCLEe foram assinados em duas vias, sendo uma de posse dos pesquisadores e a outra com a puérpera, sujeito da pesquisa, e/ou seu responsável.

Foi mantido o sigilo da identidade de todos os participantes do estudo. Esta pesquisa implicou riscos mínimos, tais como a ocorrência de desconfortos aos sujeitos por relembrar de momentos desagradáveis ou constrangedores ao responder alguma pergunta. Entretanto, os sujeitos foram informados de que não seriam obrigados a responder quaisquer questões que lhes causasse ansiedade, e da mesma forma, não tiveram benefícios diretos com a sua participação.

A partir das informações fornecidas por meio do questionário foi possível obter dados sobre a utilização e implementação do PPN nas maternidades públicas de Florianópolis e, desta maneira, foi possível o aporte de subsídios para o aprimoramento da qualidade da atenção obstétrica e neonatal, com a implementação de boas práticas assistenciais.

Os dados da presente pesquisa ficarão armazenados por um período de cinco anos, sob a guarda dos pesquisadores que tomaram os devidos cuidados para a proteção e o sigilo destes, após este período serão destruídos.

6 RESULTADOS

Os resultados desta tese são apresentados de acordo com as diretrizes estabelecidas pela Nº 07/2024/PPGPENF, de 21 de agosto de 2024, que delineiam os critérios para a elaboração e o formato de apresentação das pesquisas conclusivas do Programa de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem – Modalidade Profissional, da UFSC. Neste capítulo, são apresentados os resultados, conforme descritos:

MANUSCRITO 1: O uso do plano de parto e nascimento no atendimento materno em instituições brasileiras: revisão sistemática

MANUSCRITO 2: Prevalência da utilização e implementação do plano de parto e nascimento nas maternidades públicas de uma capital do sul do Brasil

MANUSCRITO 3: Desenvolvimento e validação da tecnologia *BirthWay* – Meu plano de parto e nascimento

PRODUTO: *BirthWay* – Tecnologia instrutiva para a elaboração do plano de parto e nascimento

6.1 MANUSCRITO 1: O USO DO PLANO DE PARTO E NASCIMENTO NO ATENDIMENTO MATERNO EM INSTITUIÇÕES BRASILEIRAS: REVISÃO SISTEMÁTICA

Beatriz Steingreber de Barros

Marli Terezinha Stein Backes

RESUMO

Os planos de parto e nascimento representam uma ferramenta de planejamento e comunicação escrita entre gestantes e profissionais de saúde, expressando as preferências, expectativas e medos destas mulheres. **Objetivo:** Analisar o uso do plano de parto e nascimento no atendimento materno em instituições brasileiras. **Método:** Revisão sistemática da literatura. Bases de dados LILACS, ZB MED – LIVIVO, ERIC, SciELO Brasil, BDENF, Periódicos da CAPES, *Google Scholar*. Incluídos estudos com gestantes e puérperas, realizados no Brasil, em qualquer idioma ou data, com desfechos primários ao uso do Plano de Parto e Nascimento e secundários à apresentação de, ao menos, uma variável socioeconômica ou informações obstétricas. A avaliação da qualidade dos estudos e o risco de viés foram conduzidos pelo *JBIMeta Analysis of Instrumento de Avaliação e Revisão Estatística*. **Resultados:** Dezesesseis estudos compuseram a amostra, entre os anos de 2015-2024. O risco de viés identificou um estudo com qualidade moderada e os demais com alta qualidade metodológica. O plano de parto e nascimento é discutido, principalmente, em Unidades Básicas de Saúde, mas também em hospitais e maternidades, sobretudo nas regiões sudeste e sul do Brasil. Ao perfil socioeconômico foram identificadas mulheres com idades entre 16 a 36 anos, casadas ou com união estável e com ensino médio ou superior. Já frente às informações obstétricas, a maioria era multípara, realizou mais de seis consultas de pré-natal e teve parto normal. **Conclusão:** O plano de parto e nascimento é uma ferramenta promissora para melhorar a assistência à mulher desde o pré-natal até o fim do processo de parturição.

Palavras-chave: Cuidado pré-natal; Empoderamento; Integralidade em saúde; Parto humanizado; Plano de parto; Satisfação do paciente.

INTRODUÇÃO

A gestação e o parto são grandes experiências para a vida da mulher e, embora ambos sejam processos fisiológicos, passam a depender de fatores e circunstâncias que afetam sua saúde e qualidade de vida (Mazúchová *et al.*, 2018), frequentemente complexos, que produzem respostas emocionais intensas (Blodgett, 2024). Desta forma, uma descrição fidedigna dos cuidados de saúde perante a

gestação deve contemplar intervenções implementadas para prevenir a morbimortalidade e incorporar aspectos de qualidade da assistência em saúde à díade mãe-filho (Wildmana, 2003).

O processo de parturição exige uma preparação materna, tanto nos aspectos físicos quanto emocionais, uma vez que se trata de uma experiência de grande relevância para a vida das mulheres, devendo focar na obtenção de um resultado positivo frente a este momento, com boa qualidade no relacionamento entre a gestante e os profissionais que a atendem, com planejamento, correta comunicação junto às equipes que lhe conferem atendimentos e cuidados pretéritos ao nascimento (Lundgren *et al.*, 2003; Kaufman, 2007).

O parto é um processo notável, porém desafiador, de transição da gestante para uma mãe, onde uma experiência positiva melhora seu bem-estar, aumenta sua autoconfiança e facilita o relacionamento mãe-filho, enquanto, uma experiência negativa pode induzir ao sofrimento psicológico, depressão pós-parto, prejudicar o vínculo genitora e recém-nascido, além de dificultar o desenvolvimento físico, mental e emocional normal da criança, portanto, para alcançar esse objetivo positivamente, é necessário um planejamento meticuloso como, por exemplo, utilizando os PPN (Fenaroli *et al.*, 2019, Alizadeh-Dibazari *et al.*, 2024).

Os PPN foram, inicialmente, implementados na década de 1980, na Europa e na América, em resposta ao crescente movimento de intervenções e medicalização do parto (Ahmadpour *et al.*, 2020). Este documento caracteriza-se por uma ferramenta de comunicação escrita preparada pelas gestantes juntamente aos profissionais de saúde envolvidos nesse processo, que apontam suas preferências, expectativas e medos perante a condução do processo de parturição e imediatamente após o parto (Kuo *et al.*, 2010), abordando uma lista de requisitos ou critérios que auxiliam as mães no recebimento de apoio e os cuidados necessários (Chua *et al.*, 2024).

Além de ser um documento expositivo, os Planos de Parto e Nascimento têm sido descritos como uma ferramenta de empoderamento utilizado durante o trabalho de parto, parto até o puerpério (Anderson *et al.*, 2017). Esta consiste na descrição das expectativas e preferências da gestante, então, quando elaborado durante o pré-natal, promove, além da educação em saúde, a comunicação adequada entre os pares – paciente e profissionais assistentes, favorecendo a mitigação da medicalização excessiva e a capacitação das gestantes para serem protagonistas

durante o seu parto, evitando possíveis complicações (Carrilho *et al.*, 2019; Jakubowski *et al.*, 2024). Esta RSL teve como objetivo analisar o uso do PPN no atendimento materno em instituições brasileiras.

MÉTODO

A RSL foi realizada com a finalidade de identificar na literatura científica as principais evidências sobre PPN para ser utilizado na APS. A RSL consiste em um método de síntese de evidências, as quais avaliam e interpretam criticamente todas as pesquisas de relevância disponíveis a uma questão específica a ser pesquisada. Ressalta-se que o método da RSL, é reproduzível e sistemático no intuito de minimizar o risco de viés (Brasil, 2021).

O desenvolvimento da RSL seguiu as recomendações do *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA) (Peters *et al.*, 2020). Para definição da pergunta de pesquisa utilizou-se o acrônimo PICO, conforme descrito no Quadro 1.

Quadro 1: População, Intervenção, Comparação, Resultados (PICO) para determinação da elegibilidade das questões de revisão. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2025.

Critérios PICO	Determinantes
População	Gestantes, Puérperas
Intervenção/Exposição	Plano de Parto e Nascimento
Comparação/Controle	Macrorregião geográfica (regiões norte, nordeste, sudeste, sul e centro-oeste) Faixa etária Nível de escolaridade
Resultados/Desfechos	<i>Variáveis Socioeconômicas</i> (faixa etária, estado civil, escolaridade, renda) <i>Informações Obstétricas</i> (número de partos – nulíparas ou multíparas; realização de pré-natal; número de consultas de pré-natal; partos anteriores – normais ou cesarianas) <i>Plano de Parto e Nascimento</i> (conhecimento – sim ou não; recebimento de informações – sim ou não; realização – sim ou não) <i>Estatística Descritiva</i> (frequência absoluta, frequência relativa)

Assim, formulou-se a seguinte questão de pesquisa a partir do questionamento principal: *O PPN é, de fato, discutido nas instituições que atendem gestantes e puérperas?*

Como perguntas secundárias de revisão: 1) Qual o local onde foi discutido e/ou houve a disponibilização de informações sobre o PPN? 2) Quais instituições (locais) que atendem gestantes e abordam sobre o PPN? 3) Qual o perfil socioeconômico das amostradas atendidas nas instituições brasileiras relacionadas ao PPN? 4) Qual o perfil obstétrico de atendimento materno em instituições brasileiras relacionadas ao PPN?

As fontes de buscas foram realizadas nas seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), ZB MED – *Leibniz Information Centre for Life Sciences* (LIVIVO), *Educational Resources Information Centre* (ERIC), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Base de Dados de Enfermagem (BDENF), Periódicos da Capes, além do Google Scholar representando a literatura cinzenta.

De igual modo a busca eletrônica, foram realizadas pesquisas manuais a fim de rastrear as listas de referências dos estudos selecionados, bem como todas as outras publicações do primeiro autor de todos os estudos relevantes.

Para seleção das publicações, foram respeitados os Descritores em Ciências da Saúde (DECS) e *Medical Subject Headings* (MESH) entre eles: ‘plano de parto’; ‘plano de parto e nascimento’; ‘*birth plan*’; ‘Brasil’.

Foram elaboradas estratégias de busca para cada base com auxílio de uma bibliotecária (Quadro 2). Foram utilizados os operadores booleanos, representados pelos termos *AND* e *OR* para realizar combinações entre os descritores.

Quadro 2 – Estratégias de busca. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2025.

Palavras-Chaves	‘plano de parto’; ‘plano de parto e nascimento’; ‘ <i>birth plans</i> ’; ‘Brasil’		
Base de Dados	Estratégia	Itens Encontrados	Itens Selecionados
LILACS	plano de parto AND (fulltext:(‘1’) AND db:(‘LILACS’))	231	0
LIVIVO	plano de parto AND plano de parto e nascimento AND <i>birth plan</i>	367	0
Eric	<i>birth plan</i>	282	0

Palavras-Chaves	'plano de parto'; 'plano de parto e nascimento'; 'birth plans'; 'Brasil'		
Base de Dados	Estratégia	Itens Encontrados	Itens Selecionados
Scielo	plano de parto	76	03
Periódicos da CAPES	https://www-periodicos-capes-gov-br.ez46.periodicos.capes.gov.br/index.php/acervo/buscaador.html?q=plano+de+parto	210	07
BDENF	plano de parto AND (fulltext:"1") AND db:("BDENF"))	89	01
Google Acadêmico (Literatura Cinza)	plano de parto AND plano de parto e nascimento	100	05

As buscas eletrônicas foram realizadas entre 01 de junho de 2024 à 15 de julho do mesmo ano e atualizadas até 01 de agosto de 2024.

Como critérios de inclusão foram considerados estudos observacionais, intervencionistas, de coorte, inquéritos, exploratório, descritivo, de abordagem qualitativa e quantitativa, transversais e longitudinais desenvolvidos com gestantes e puérperas realizadas no Brasil, em qualquer idioma ou data.

Foram excluídos estudos de revisões integrativas, narrativas, sistemáticas e de escopo, bem como relatos de experiências, estudos estrangeiros que compreendiam amostras com profissionais de saúde, parceiros de gestante ou de puérperas.

É importante esclarecer que a opção pela seleção de estudos desenvolvidos exclusivamente no Brasil deveu-se ao elevado número de publicações identificadas quando a busca foi inicialmente ampliada para todos os países.

Desta forma, para a seleção dos estudos relevantes frente às questões de pesquisa, alguns requisitos foram levados em consideração, conforme sugerido por Okoli (2015): 1) O estudo aborda o uso do PPN; 2) O estudo apresenta como foco as gestantes e puérperas; 3) O estudo foi realizado no Brasil; 4) Variáveis socioeconômicas e/ou obstétricas; 5) Tipo de publicação: artigos, pôsteres, trabalhos de conclusão de curso, dissertações ou teses, com ou sem estudo.

A seleção dos estudos seguiu um processo de triagem em duas fases, que consistiu na avaliação do título e resumo, seguida da revisão do texto completo.

Na fase 1, dois autores (BSB e RL) revisaram, independentemente, os títulos e resumos de todas as referências. Durante esta fase, foram excluídos quaisquer

estudos que não atendiam aos critérios de elegibilidade descritos na subseção de critérios de inclusão e exclusão.

Na fase 2, aplicaram-se os mesmos critérios de seleção ao texto completo dos estudos para determinar quais variáveis incluir. Os autores revisaram, independentemente, todos os estudos. As divergências foram resolvidas, entre ambos, por consenso e acordo mútuo.

Os estudos selecionados foram analisados e os dados ajustados ao mesmo formato, codificando e limitando a atributos relevantes: autor, tipo de estudo, local, ano de publicação, amostra, coleta de dados, resultados e resultados do PPN. Subsequentemente, foram exportados para o programa *Microsoft Excel*® por um autor e verificado independentemente por outro para coleta e organização dos dados dos estudos selecionados.

Para avaliação do risco de viés nos estudos individuais incluídos foi utilizado o *Joana Briggs Institute Meta Analysis of Instrumento de Avaliação e Revisão Estatística* (JBI-MAStARI). O questionário consiste em oito perguntas que foram respondidas com sim, não, pouco claro ou não aplicável. No JBI-MAStARI, dois critérios listados no instrumento foram considerados irrelevantes para a natureza dos estudos. Os estudos foram classificados da seguinte forma: alta qualidade metodológica (>5 respostas “sim”), qualidade metodológica moderada (3–4 respostas “sim”) ou baixa qualidade metodológica (0–2 respostas “sim”) (JBI, 2014).

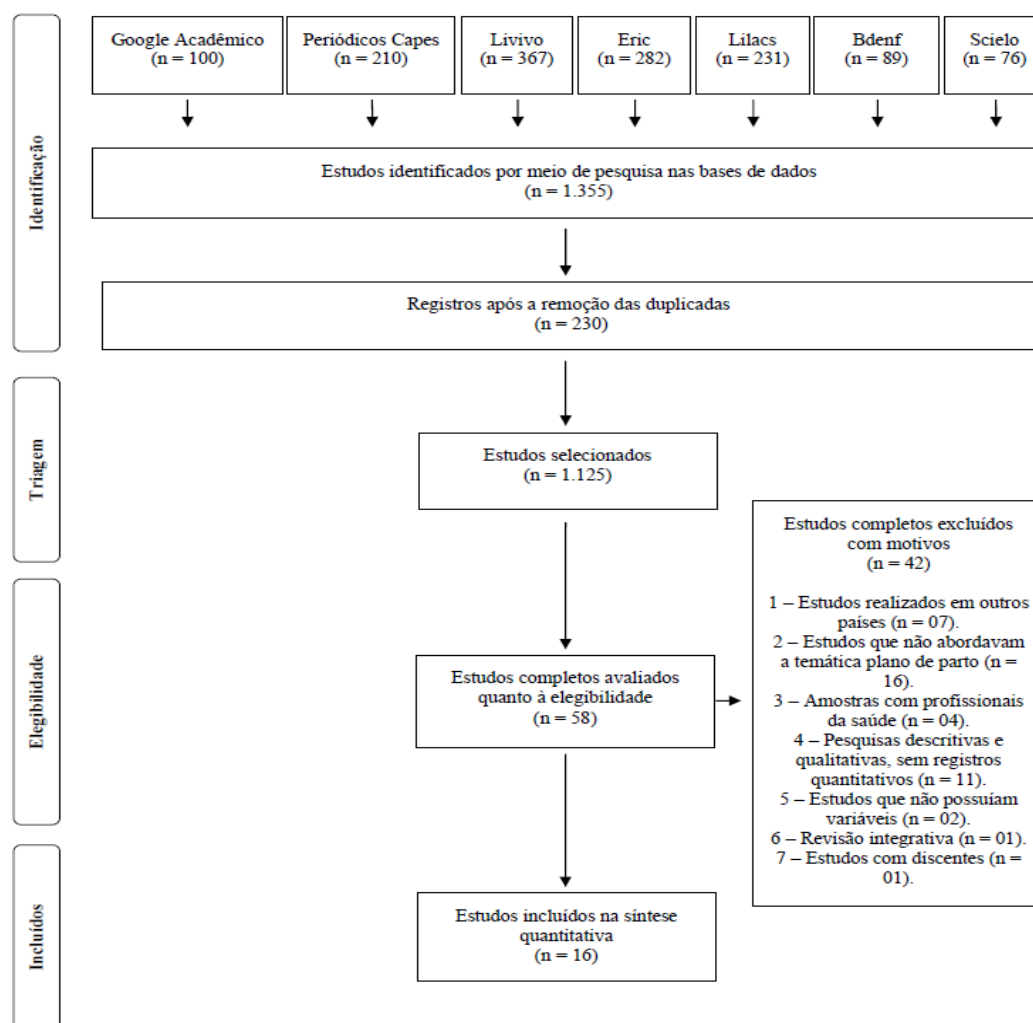
Realizou-se uma análise temática dos dados combinando-os às observações, onde foram calculadas as frequências das ocorrências. Considerou-se como desfecho primário o uso do PPN em atendimento materno e, como desfechos secundários, as variáveis socioeconômicas e/ou informações obstétricas. Identificado, por análise de prevalência, os resultados baseados em estatísticas descritivas e probabilidades (frequências e porcentagens).

RESULTADOS

Foram identificados 1.355 estudos como potencialmente relevantes com base em pesquisas nos bancos de dados: LILACS, Bireme, LIVIVO, Eric, Scielo, Periódicos da Capes, BDENF e Google Acadêmico. Após a remoção de 230 estudos duplicados, 1.125 permaneceram para triagem. Foi realizada uma avaliação abrangente dos resumos, dos títulos, e assim excluídos 1.083 estudos, resultando

em um número final de 42 estudos. Após a análise completa dos 42 estudos, foram selecionados 16 estudos para responder aos questionamentos que nortearam essa revisão e por possuírem todos os critérios de inclusão. O fluxograma do processo de identificação e seleção de estudos é mostrado na Figura 1.

Figura 1: Fluxograma dos Critérios de Busca e Seleção da Literatura



O Quadro 3 descreve a síntese dos 16 estudos incluídos. Nele apresentam-se as características dos estudos, como ano, local de realização e características individuais da amostra.

Quadro 3 – Síntese dos estudos incluídos. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2025.

Autor / Tipo de Estudo / Local / Publicação	Amostra	Local do Estudo / Instrumento de Coleta de Dados	Resultados (Variáveis Sociodemográficas e Informações Obstétricas)	Resultados do Plano de Parto e Nascimento
Flauzino <i>et al.</i>, (2015). Estudo prospectivo, analítico, com abordagem quantitativa e qualitativa. Região Norte. Repositório Institucional Universidade Federal de Minas Gerais.	12 gestantes. > 17 a > de 35 anos.	UBS de Buritis, em Boa Vista – Roraima. Questionário semiestruturado	Variáveis Sociodemográficas: a) Idade: 34% (17-20); 25% (21-25); 25% (> 35); 8% (26-30); 8% (31-35 anos); b) Estado Civil: 58% (união estável); 25% (casadas); 17% (solteiras); c) Escolaridade: 58% (médio); 25% (fundamental); 17% (ensino superior). Informações Obstétricas: a) 75% (múltiparas); 25% (nulíparas); b) 50% (1ª gestação com idade <20 anos); 50% (entre 20 e 25 anos); c) 100% (parto vaginal); d) A média de idade da primeira gestação foi de 19,4 anos.	a) 67% não; b) 33% receberam orientações.
Oliveira <i>et al.</i>, (2016). Recorte do projeto “construindo estratégias para o fortalecimento e resgate da autonomia das mulheres no processo de parto e nascimento”. Região Sudeste. Universidade Federal de Minas Gerais.	106 gestantes. < 15 a > de 40 anos. Gestantes inscritas no programa de pré-natal das Unidades de Saúde, em qualquer idade gestacional	Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, em parceria com o Movimento BH pelo Parto Normal, de iniciativa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Rodas de conversas nas UBS.	Variáveis Sociodemográficas: a) Idade: 31% (20-24); 25% (25-29); 15% (30-34); 15% (35-39); 10% (15-19); 2% (> de 40); 1% (sem resposta); 1% (< 15 anos); b) Estado Civil: 94% (união estável); 6% (sem informação); c) Renda: 39% (1-2); 21% (até 1); 18% (2-3); 10% (3-5); 8% (não sabe); 3% (5-10); 1% (10 a 20 salários mínimos); d) Escolaridade: 54% (médio); 24% (fundamental); 21% (ensino superior); 1% (não sabe).	a) 74% não receberam orientações; b) 26% receberam orientações.

			Informações Obstétricas: a) 56% (3º trimestre); 25% (2º trimestre); 11% (1º trimestre gestacional); 8% (não sabe).	
Kottwitz <i>et al.</i> , (2017). Estudo transversal. Região Sul. Revista Escola Anna Nery.	361 puérperas. < ou = 15 a > ou = 35 anos.	Unidade de internação obstétrica de um Hospital Universitário. Questionário estruturado.	Variáveis Sociodemográficas: a) Idade: 84,8% (16-34); 12,2% (> ou = 35); 2% (< ou = 15) anos; b) Renda: 35,5% (2); 32,3% (1 ou menos); 25,5 (3 salários mínimos ou mais); 6,7 (não soube informar); c) Escolaridade: 52,4 (> 8); 27,7% (< 8); 19,9% (8 anos de estudo). Informações Obstétricas: a) 63,9% (2 ou mais); 36,1% (primeira gestação).	a) 72% não; b) 27,7% foram questionadas e participaram da decisão da via de parto.
Melo <i>et al.</i> , (2018). Estudo exploratório descritivo, de abordagem qualiquantitativa. Região Sudeste. Revista Master-Ensino, Pesquisa e Extensão.	138 gestantes. 18 a > de 30 anos.	Usuárias do SUS – Araquari/Minas Gerais. Questionário do tipo escala de Likert, Junior & Costa.	Variáveis Sociodemográficas: a) Idade: 50,7% (18-23); 28,3% (24-29); 21% (> de 30 anos); b) Estado civil: 47,1% (casadas); 39,9% (solteiras); 12,3% (união estável); <1% (divorciadas); c) Renda: 70% (sem); 30% (com trabalho remunerado); d) Escolaridade: 73,2% (> 8 anos de estudo); 26,8% (< 8). Informações Obstétricas a) 60,9% (secundigesta); 39,1 (primigesta).	a) 91,3% não conheciam; b) 76,8% gostariam de utilizá-lo; c) 8,7% conheciam.
Santos <i>et al.</i> , (2020a). Estudo transversal, de natureza descritiva, com	80 gestantes. 18 a > 35 anos.	Gestantes assistidas na maternidade municipal que participaram de consultas de pré-natal de	Variáveis Sociodemográficas: a) Idade: 47,5% (18-25); 43,8% (26-35); 8,7% (> de 35 anos);	a) 88,7% não conhecem; b) 88,7% não realizaram; c) 11,3% conhecem; d) 1,3% realizou.

abordagem quantitativa. Região Nordeste. Brazilian Journal of Health Review.		baixo risco no município de Caruaru – Pernambuco. Questionário semiestruturado, individual e autoaplicável.	b) Estado Civil: 46,2% (união estável); 28,8% (solteiras); 20% (casadas); 2,5% (divorciadas); 2,5% (viúvas); c) Renda: 70% (até 1); 27,5% (1-2); 2,5% (3-4 salários mínimos); d) Escolaridade: 45% (médio); 42,5% (fundamental); 12,5% (ensino superior). Informações Obstétricas a) 50% (sim); 50% (não tiveram filhos - 1ª gestação); b) 28,8% (1); 12,5% (2); 6,2 (3); 2,5% (4 filhos); c) 100% realizaram pré-natal; d) 91,3% (6 ou mais); 3,7% (5); 3,7% (4); 1,3% (3 consultas de pré-natal).	
Santos <i>et al.</i>, (2020b). Estudo intervencionista, avaliativo com abordagem quantitativa. Região Nordeste. Revista Enfermagem Digital Cuidado Promoção à Saúde.	75 gestantes. 16 a > 35 anos.	Gestantes assistidas pela Atenção Primária à Saúde de um município dentre as sete regiões de saúde do Estado de Sergipe. Realizadas duas entrevistas: 1 na UBS e outra 60 dias pós-parto em Visita Domiciliar.	Variáveis Sociodemográficas: a) Idade: 69% (20-35); 18% (16-19); 13% (> 35 anos); b) Estado civil: 67% (união estável); 15% (casadas); 15% (solteiras); c) Escolaridade: 61% (médio); 34% (fundamental); 5% (ensino superior); d) Vínculo empregatício: 35% (dona de casa); 21% (empregada); 13% (desempregada); 10% (não responderam); 8% (autônomas); 8% (lavradoras); 5% (estudantes).	a) 49% sabem da importância; 43% não; 8% não se aplica; b) 46% fizeram; 46% não fizeram; 8% não se aplica; c) 38% possuem conhecimento inadequado; 36% regular; 26% adequado.
Tomasi <i>et al.</i>, (2021). Estudo transversal. Região Sul.	3.580 puérperas. 13 a 46 anos.	Hospitais do Estado de Santa Catarina. Questionários fechados.	Variáveis Sociodemográficas: a) Idade: 75,3% (20-35); 13,4% (13-19); 11,3% (36-46 anos);	a) 7,3% elaboraram.

Epidemiologia e Serviços de Saúde.			b) Estado civil: 80% (moravam com companheiro); 20% (não); c) Escolaridade: 52,5 (10-12); 34,5 (< ou = 9); 13% (> ou = 13 anos de estudo). Informações Obstétricas: a) 40% (planejaram a gravidez); 60% (não); b) 57,2% (normal); 42,8% (parto cesariana); 80% (7 ou mais); 17,7% (4-6); 2,6% (1-3 consultas de pré-natal).	
Trigueiro <i>et al.</i>, (2021). Pesquisa exploratória de abordagem qualitativa. Região Sul. Revista Escola Anna Nery.	19 gestantes. 21 a 36 anos.	Maternidade pública de risco habitual em Curitiba / Paraná. Entrevista com roteiro semiestruturado.	Variáveis Sociodemográficas: a) Idade: 100% (21-36 anos); b) Estado civil: 57,9% (casadas); 31,6% (solteiras); 10,5% (união estável); c) Escolaridade: 68,4% (superior); 26,3% (médio); 5,3% (ensino superior incompleto). Informações Obstétricas: a) 74% (acompanhamento pré-natal exclusivo nas unidades de saúde); 26% (tanto na unidade de saúde quanto particular); b) 84% (7 ou mais), 10% (6); 6% (5 consultas de pré-natal); c) 89,5% (primigestas); 10,5% (multigesta).	b) 79% buscaram informações; c) 68% não conheciam ou ouviram falar, mas não sabiam o que era.
Wiggers <i>et al.</i>, (2021). Pesquisa descritiva exploratória de caráter quantitativo. Região Sul.	13 puérperas. 28 a 38 anos.	Usuárias do SUS – UBS do Oeste do Paraná. Instrumento semiestruturado	Variáveis Sociodemográficas: a) Idade: 46% (28-33); 23% (18-22); 23% (23-27); 8% (34-38 anos); b) Estado civil: 54% (casadas); 46% (solteiras); c) Renda: 69% (1-2); 15% (3-4); 8% (sem	a) 69% não conheciam; 31% conheciam; b) 69% não elaboraram; 31% elaboraram.

Revista Eletrônica Acervo Científico.			renda); 8% (< de 1 salário); d) Escolaridade: 46% (fundamental); 46% (médio); 8% (ensino superior). Informações Obstétricas: a) 62% (normais); 38% (partos cesarianos); b) 38% (3); 31% (1); 23% (2); 8% (4 filhos).	
Barhart <i>et al.</i> , (2022). Pesquisa exploratória com enfoque qualitativo. Região Sul. Research, Society and Development.	21 puérperas. 20 e 40 anos.	Seguimento do ciclo gravídico no SUS, vinculadas a Secretaria Municipal de Saúde (SESAU) de Cascavel – Paraná. Entrevistas online.	Variáveis Sociodemográficas: a) Idade: 100% (20-40 anos); b) Estado Civil: 52,4% (casadas); 28,6 (união consensual); 19% (solteiras); c) Renda: 100% (2-4 salários mínimos); d) Escolaridade: 42,9% (fundamental); 33,3% (médio); 14,3% (ensino superior); 9,5% (nível técnico). Informações Obstétricas: a) 61,9% (cesarianas); 38,1% (partos normais).	a) 76,2 nunca ouviram falar; b) 23,8% já ouviram, mas não utilizaram.
Pereira <i>et al.</i> , (2022). Estudo transversal, descritivo e de caráter quantitativo. Região Norte. Brazilian Journal of Development.	54 puérperas. 18 a 42 anos.	Gestantes assistidas por Estratégias de Saúde da Família de um município do Pará. Questionário semiestruturado.	Variáveis Sociodemográficas: a) Idade: 50,0% (18-24); 20,4% (25-30); 13% (vazios); 11% (< 18); 5,6% (31-42 anos); b) Estado Civil: 77,8% (vivem); 22,2% (não vivem com o companheiro); c) Renda: 59,3% (1 ou menos); 25,9% (não sabem); 11,1% (2); 1,9% (3 ou mais salários mínimos); 1,9% (sem informação).	a) 79,7% (sim); 11,1% (nenhuma conversa sobre o parto na consulta pré-natal com o enfermeiro); 9,3% (não sabem); b) 57,4% (não); 33,3% (foram incentivadas a construir seu plano de parto); 9,3% (não sabe ou não informado).

			d) Escolaridade: 42,6% (médio); 22,2% (fundamental); 18,6% (ensino superior); 16,7% (não estudou). Informações Obstétricas: a) 59,3% (cesariana); 40,7% (parto normal); b) 57,4% (6 ou mais); 29,6% (4-6); 9,3% (1-3 consultas de pré-natal); 3,7% (não sabem).	
Lopes <i>et al.</i>, (2023). Estudo transversal, descritivo, exploratório de abordagem mista. Região Centro-Oeste. Revista Eletrônica Interdisciplinar.	19 gestantes. 18 a 36 anos.	Rede de atenção básica / primária do município de Barra do Garças / Mato Grosso. Entrevistas com roteiro semiestruturado.	Variáveis Sociodemográficas: a) Idade: 100% (18-36 anos); b) Estado Civil: 47% (solteiras); 31% (união estável); 21 (casadas); c) Escolaridade: 53% (ensino médio). Informações Obstétricas a) 58% (já tiveram filhos); 42% (não).	a) 31,6% não conheciam; b) 26,3% gostariam de conhecer; c) 15,8% não receberam informações durante o pré-natal.
Rodrigues <i>et al.</i>, (2023). Estudo transversal, descritivo. Região Sudeste. Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde.	48 gestantes. < 19 a > de 20 anos.	UBS de Montes Claros / Minas Gerais. Rodas de conversas e questionário estruturado.	Variáveis Sociodemográficas: a) Idade: 83,3% (> ou = a 20); 16,7% (até 19 anos); b) Estado Civil: 95,8% (companheiro fixo); 4,2% (não); c) Renda: 60,4% (1-3); 27,1% (< que 1); 12,5% (> que 3 salários); d) Escolaridade: 85,4% (> que 8); 14,6% (com nível de escolaridade < que 8 anos).	a) 100% realizaram; b) 85,4% não conheciam.
Silva <i>et al.</i>, (2023). Estudo descritivo de corte transversal.	186 puérperas. 14 e 41 anos.	Alojamento conjunto de uma maternidade referência, de Vitória de Santo Antão, na zona da mata pernambucana.	Variáveis Sociodemográficas: a) Idade: 100% (14-41 anos); b) Estado civil: 85,5% (união estável/casada); c) Renda: 72,6% (até 2 salários mínimos);	a) 100% receberam, durante o pré-natal, orientações; b) 4,3% construíram.

Região Nordeste. Contribuciones a las Ciencias Sociales.		Questionário validado.	d) Escolaridade: 34,4% (ensino médio). Informações Obstétricas: a) 64% (multíparas); b) 100% (realizaram pré-natal); c) 82,3% (mais de 6 consultas durante o pré-natal).	
Infante <i>et al.</i> , (2023). Estudo qualitativo. Região Sudeste. Revista Enfermagem Brasil.	12 puérperas. 18 a 39 anos.	Hospital filantrópico com atendimento exclusivo pelo SUS, localizado em um bairro periférico de uma capital brasileira. Entrevistas narrativas.	Variáveis Sociodemográficas: a) Idade: 100% (18-39 anos); b) Escolaridade: 91,7% (médio); 8,3% (ensino superior); c) Renda: 100% (1-3 salários mínimos).	a) 8,3% realizaram; b) 66,7% parcialmente; c) 25% não planejaram.
Dantas <i>et al.</i> , (2024). Estudo descritivo, exploratório de abordagem qualitativa. Região Sudeste. Instituto Fernandes Figueira. Fundação Oswaldo Cruz.	15 puérperas. > de 18 anos.	Alojamento conjunto – Mulheres que realizaram o pré-natal no serviço de ambulatório deste hospital de Ensino, Pesquisa e Assistência. Roteiro de entrevista semiestruturado.	Variáveis Sociodemográficas: a) Idade: 100% (>18 anos); b) Estado Civil: 53,3% (solteiras); 40% (casadas); 6,7% (divorciadas); c) Escolaridade: 79,9% (médio); 13,4% (superior); 6,7% (ensino fundamental); Informações Obstétricas: a) 66,7% (multíparas); 33,3% (nulíparas).	a) 40% conheciam; b) 13,3% elaboraram.

Em relação ao *design* dos estudos, encontrou-se sete estudos transversais, descritivos, com abordagem quantitativa e mista (Kottwitz *et al.*, 2017; Santos *et al.*, 2020a; Tomasi *et al.*, 2021; Pereira *et al.*, 2022; Lopes *et al.*, 2023; Rodrigues *et al.*, 2023; Silva *et al.*, 2023); seis estudos exploratórios, descritivos, de abordagem qualitativa e quantitativa (Melo *et al.*, 2018; Trigueiro *et al.*, 2021; Wiggers *et al.*, 2021; Barhart *et al.*, 2022; Infante *et al.*, 2023; Dantas *et al.*, 2024); um estudo prospectivo, analítico, com abordagem quantitativa e qualitativa (Flauzino *et al.*, 2015); um recorte de projeto (Oliveira *et al.*, 2016) e; um estudo intervencionista, avaliativo com abordagem quantitativa (Santos *et al.*, 2020b).

RESULTADOS DE ESTUDOS INDIVIDUAIS

Todos os estudos foram publicados entre 2015 e 2024. Três estudos entre 2015 e 2017 (Flauzino *et al.*, 2015; Oliveira *et al.*, 2016; Kottiwitz *et al.*, 2017); três estudos entre 2018 e 2020 (Melo *et al.*, 2018; Santos *et al.*, 2020a; Santos *et al.*, 2020b); nove estudos entre 2021 a 2023 (Tomasi *et al.*, 2021; Trigueiro *et al.*, 2021; Wiggers *et al.*, 2021; Barhart *et al.*, 2022; Pereira *et al.*, 2022; Infante *et al.*, 2023; Lopes *et al.*, 2023; Rodrigues *et al.*, 2023; Silva *et al.*, 2023) e um estudo em 2024 (Dantas *et al.*, 2024).

Estes estudos foram realizados em diferentes regiões brasileiras, distribuídos: cinco na região sudeste (Oliveira *et al.*, 2016; Melo *et al.*, 2018; Infante *et al.*, 2023; Rodrigues *et al.*, 2023; Dantas *et al.*, 2024); cinco na região sul (Kottiwitz *et al.*, 2017; Tomasi *et al.*, 2021; Trigueiro *et al.*, 2021; Wiggers *et al.*, 2021; Barhart *et al.*, 2022); três na região nordeste (Santos *et al.*, 2020a; Santos *et al.*, 2020b; Silva *et al.*, 2023); dois na região norte (Flauzino *et al.*, 2015; Pereira *et al.*, 2022); e um na região centro-oeste (Lopes *et al.*, 2023).

A amostra total dos 16 estudos selecionados incluiu 4.739 indivíduos, entre gestantes (Flauzino *et al.*, 2015; Oliveira *et al.*, 2016; Melo *et al.*, 2018; Santos *et al.*, 2020a; Santos *et al.*, 2020b; Trigueiro *et al.*, 2021; Lopes *et al.*, 2023; Rodrigues *et al.*, 2023) e puérperas (Kottiwitz *et al.*, 2017; Tomasi *et al.*, 2021; Wiggers *et al.*, 2021; Barhart *et al.*, 2022; Pereira *et al.*, 2022; Infante *et al.*, 2023; Silva *et al.*, 2023; Dantas *et al.*, 2024).

Os tamanhos das amostras variaram de acordo com cada estudo: oito estudos utilizaram uma amostra menor que 50 indivíduos (Flauzino *et al.*, 2015; Trigueiro *et al.*, 2021; Wiggers *et al.*, 2021; Barhart *et al.*, 2022; Infante *et al.*, 2023; Lopes *et al.*, 2023; Rodrigues *et al.*, 2023; Silva *et al.*, 2023; Dantas *et al.*, 2024) três estudos utilizaram amostras entre 51 e 100 indivíduos (Santos *et al.*, 2020a; Santos *et al.*, 2020b; Pereira *et al.*, 2022); quatro estudos utilizaram amostras entre 101 e 500 indivíduos (Oliveira *et al.*, 2016; Kottiwitz *et al.*, 2017; Melo *et al.*, 2018; Silva *et al.*, 2023) e; um estudo utilizou uma amostragem maior que 500 participantes (Tomasi *et al.*, 2021).

RESULTADOS DAS SÍNTESES

Deliberou-se em analisar separadamente cada componente para responder aos questionamentos que nortearam essa pesquisa. Esta revisão tem como foco, estudos disponíveis sobre o uso do PPN no Brasil. Optou-se assim, por analisar separadamente cada questão de pesquisa:

Pergunta principal de revisão: 1) O PPN é, de fato, discutido nas instituições que atendem gestantes e puérperas?

Foram analisados nesta revisão dezesseis estudos em que abordaram a temática PPN. Destes, sete estudos avaliaram se as amostradas tinham conhecimento sobre o PPN e do total de 486 mulheres desses sete estudos, 97 (20%) relataram que tinham esse conhecimento (Melo *et al.*, 2018; Santos *et al.*, 2020a; Santos *et al.*, 2020b; Trigueiro *et al.*, 2021; Wiggers *et al.*, 2021; Barhart *et al.*, 2022; Dantas *et al.*, 2024). As amostras de dois estudos examinados somam 157 mulheres e destas, 71% (111) referiram que gostariam de ter informações sobre o PPN (Melo *et al.*, 2018; Lopes *et al.*, 2023).

Quatro estudos investigaram se as mulheres receberam informações sobre o PPN e do total de 358 amostradas desses quatro estudos, 235 (66%) apontaram que obtiveram essas informações (Flauzino *et al.*, 2015; Oliveira *et al.*, 2016; Pereira *et al.*, 2022; Silva *et al.*, 2023).

Oito estudos ponderaram se as mulheres realizaram o PPN e das 4.009 amostradas desses oito estudos, 9% (368) narraram que procederam com a elaboração do instrumento (Santos *et al.*, 2020a; Santos *et al.*, 2020b; Tomasi *et al.*, 2021; Wiggers *et al.*, 2021; Barhart *et al.*, 2022; Infante *et al.*, 2023; Rodrigues *et al.*, 2023; Silva *et al.*, 2023; Dantas *et al.*, 2024). Já as amostras de um único estudo analisado, somam 361 mulheres e dessas, 28% (100), quando questionadas, referiram que não elaboraram o PPN, mas participaram da decisão da via de parto (Kottwitz *et al.*, 2017).

2) Onde foi discutido o PPN? Quais instituições (locais) que atenderam gestantes e abordaram sobre o PPN?

Quanto aos locais/instituições da aplicabilidade dos estudos, que atendem gestantes e puérperas, a maioria, sendo nove estudos, ocorreram em UBS (Flauzino *et al.*, 2015; Oliveira *et al.*, 2016; Melo *et al.*, 2018; Santos *et al.*, 2020b; Wiggers *et al.*, 2021; Barhart *et al.*, 2022; Pereira *et al.*, 2022; Lopes *et al.*, 2023; Rodrigues *et al.*, 2023), enquanto quatro foram em hospitais (Kottwitz *et al.*, 2017; Tomasi *et al.*, 2021; Infante *et al.*, 2023; Dantas *et al.*, 2024) e três em maternidades (Santos *et al.*, 2020a; Trigueiro *et al.*, 2021; Silva *et al.*, 2023).

Dos sete estudos que avaliaram se as amostradas tinham conhecimento sobre o PPN, cinco foram realizados em UBS das regiões sul, nordeste e sudeste, bem como dois estudos ocorreram em maternidades das regiões sul e sudeste (Melo *et al.*, 2018; Santos *et al.*, 2020a; Santos *et al.*, 2020b; Trigueiro *et al.*, 2021; Wiggers *et al.*, 2021; Barhart *et al.*, 2022; Dantas *et al.*, 2024).

Os dois estudos que analisaram se as mulheres gostariam de ter informações sobre o PPN foram realizados nas regiões sudeste e centro oeste, em UBS (Melo *et al.*, 2018; Lopes *et al.*, 2023).

Dos quatro estudos que investigaram se as mulheres receberam informações sobre o PPN, três foram realizados em UBS da região norte e sudeste, ao passo que um estudo foi realizado em uma maternidade da região nordeste (Flauzino *et al.*, 2015; Oliveira *et al.*, 2016; Pereira *et al.*, 2022; Silva *et al.*, 2023).

Já os oito estudos que ponderaram se as mulheres realizaram o PPN, quatro foram realizados em UBS das regiões nordeste, sudeste e sul, enquanto dois foram realizados em maternidades das regiões nordeste e sudeste e, dois foram realizados em hospitais das regiões sudeste e sul do Brasil (Santos *et al.*, 2020a; Santos *et al.*, 2020b; Tomasi *et al.*, 2021; Wiggers *et al.*, 2021; Infante *et al.*, 2023; Rodrigues *et al.*, 2023; Silva *et al.*, 2023; Dantas *et al.*, 2024).

Quanto ao único estudo analisado onde as amostradas referiram que não elaboraram o PPN, mas participaram da decisão da via de parto, foi realizado em um hospital na região sul (Kottwitz *et al.*, 2017).

3) Qual o perfil socioeconômico de atendimento materno em instituições brasileiras relacionadas ao PPN?

Dos dezesseis estudos analisados, quinze estudos que avaliaram se amostradas tinham conhecimento sobre o PPN, bem como se receberam

informações sobre o PPN e se realizaram o PPN identificaram que a maioria dessas mulheres possuía idades entre 16 a 36 anos, com relacionamentos fixos, sendo casadas ou com união estável e, com ensino médio ou superior (Flauzino *et al.*, 2015; Oliveira *et al.*, 2016; Melo *et al.*, 2018; Santos *et al.*, 2020a; Santos *et al.*, 2020b; Tomasi *et al.*, 2021; Trigueiro *et al.*, 2021; Wiggers *et al.*, 2021; Barhart *et al.*, 2022; Pereira *et al.*, 2022; Infante *et al.*, 2023; Lopes *et al.*, 2023; Rodrigues *et al.*, 2023; Silva *et al.*, 2023; Dantas *et al.*, 2024).

Já as amostradas de um único estudo analisado que referiram que não elaboraram o PPN, mas participaram da decisão da via de parto, possuíam entre 15 e 34 anos e, também, ensino médio ou superior (Kottwitz *et al.*, 2017).

No que diz respeito à renda familiar, onze estudos analisados apresentam esta variável socioeconômica, identificando que as amostradas, em sua maioria, recebiam mensalmente entre 1 e 2 salários mínimos (Oliveira *et al.*, 2016; Kottwitz *et al.*, 2017; Melo *et al.*, 2018; Santos *et al.*, 2020a; Santos *et al.*, 2020b; Wiggers *et al.*, 2021; Barhart *et al.*, 2022; Pereira *et al.*, 2022; Infante *et al.*, 2023; Rodrigues *et al.*, 2023; Silva *et al.*, 2023).

4) Qual o perfil obstétrico de atendimento materno em instituições brasileiras relacionadas ao PPN?

A maioria das amostradas avaliadas dos 16 estudos identificaram que as mulheres eram multíparas. Entretanto, em 12 estudos analisados que ponderaram se as mulheres realizaram o PPN ou se receberam informações sobre o PPN reconheceram que o perfil obstétrico destas contemplava a realização do pré-natal e partos normais (Flauzino *et al.*, 2015; Oliveira *et al.*, 2016; Kottwitz *et al.*, 2017; Melo *et al.*, 2018; Santos *et al.*, 2020a; Santos *et al.*, 2020b; Tomasi *et al.*, 2021; Trigueiro *et al.*, 2021; Wiggers *et al.*, 2021; Barhart *et al.*, 2022; Pereira *et al.*, 2022; Infante *et al.*, 2023; Lopes *et al.*, 2023; Rodrigues *et al.*, 2023; Silva *et al.*, 2023; Dantas *et al.*, 2024).

Quanto a realização do pré-natal, apenas cinco estudos analisados apresentaram o quantitativo de consultas realizadas pelas amostradas, caracterizado por seis consultas ou mais durante a gestação (Santos *et al.*, 2020a; Tomasi *et al.*, 2021; Trigueiro *et al.*, 2021; Pereira *et al.*, 2022; Silva *et al.*, 2023).

RISCO DE VIÉS EM ESTUDOS INDIVIDUAIS

O risco de viés nos estudos individuais incluídos foi conduzido usando o *JBIMASARI*. Os resultados dos estudos foram: um foi classificado como qualidade moderada 4/8 pontos (Infante *et al.*, 2023) e os demais quinze estudos com pontuação 5/8 classificados com alta qualidade metodológica (Flauzino *et al.*, 2015; Oliveira *et al.*, 2016; Kottwitz *et al.*, 2017; Melo *et al.*, 2018; Santos *et al.*, 2020a; Santos *et al.*, 2020b; Tomasi *et al.*, 2021; Trigueiro *et al.*, 2021; Wiggers *et al.*, 2021; Barhart *et al.*, 2022; Pereira *et al.*, 2022; Lopes *et al.*, 2023; Rodrigues *et al.*, 2023; Silva *et al.*, 2023; Dantas *et al.*, 2024) (Quadro 4).

Quadro 4 – Risco de viés dos estudos selecionados pelo *JBIMASARI*. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2025.

Estudos Selecionados (Autor/Ano)	Q 1	Q 2	Q 3	Q 4	Q 5	Q 6	Q 7	Q 8	Yes Score (/_/8) Methodological Quality
Flauzino <i>et al.</i> , (2015)	Y	Y	N	Y	N	N	Y	Y	5/8 high
Oliveira <i>et al.</i> , (2016)	Y	Y	N	Y	N	N	Y	Y	5/8 high
Kottwitz <i>et al.</i> , (2018)	Y	Y	N	Y	N	N	Y	Y	5/8 high
Melo <i>et al.</i> , (2018)	Y	Y	N	Y	N	N	Y	Y	5/8 high
Santos <i>et al.</i> , (2020a)	Y	Y	N	Y	N	N	Y	Y	5/8 high
Santos <i>et al.</i> , (2020b)	Y	Y	N	Y	N	N	Y	Y	5/8 high
Trigueiro <i>et al.</i> , (2021)	Y	Y	N	Y	N	N	Y	Y	5/8 high
Tomasi <i>et al.</i> , (2021)	Y	Y	N	Y	N	N	Y	Y	5/8 high
Wiggers <i>et al.</i> , (2021)	Y	Y	N	Y	N	N	Y	Y	5/8 high
Barhart <i>et al.</i> , (2022)	Y	Y	N	Y	N	N	Y	Y	5/8 high
Pereira <i>et al.</i> , (2022)	Y	Y	N	Y	N	N	Y	Y	5/8 high
Lopes <i>et al.</i> , (2023)	Y	Y	N	Y	N	N	Y	Y	5/8 high
Rodrigues <i>et al.</i> , (2023)	Y	Y	N	Y	N	N	Y	Y	5/8 high
Silva <i>et al.</i> , (2023)	Y	Y	N	Y	N	N	Y	Y	5/8 high
Infante <i>et al.</i> , (2023)	Y	N	N	Y	N	N	Y	Y	4/8 high
Dantas <i>et al.</i> , (2024)	Y	Y	N	Y	N	N	Y	Y	5/8 high

Avaliação e critérios utilizados: 1 – Os critérios de inclusão na amostra foram claramente definidos? 2 – Os sujeitos do estudo e o ambiente foram descritos detalhadamente? 3 – A exposição foi medida de forma válida e confiável? 4 – Foram utilizados critérios objetivos e padronizados para medição da condição? 5 – Foram identificados fatores de confusão? 6 – Foram declaradas estratégias para lidar com fatores de confusão? 7 – Os resultados foram medidos de forma válida e confiável? 8 – Foi utilizada análise estatística adequada?

DISCUSSÃO

Nesta RSL buscou-se identificar o uso do PPN no atendimento materno em instituições brasileiras, incluindo a análise das características dos estudos, população-alvo, características socioeconômicas, perfil obstétrico e os resultados

apresentados sobre o PPN. Estes resultados revelaram uma tendência positiva de publicações por ano (estudos entre 2015 e 2024), indicando que o uso do PPN, mesmo que com resultados considerados distantes do preconizado como ideal, vem se tornando mais proeminente, em diversos ambientes de saúde.

Essa propensão de publicações sobre os PPN vem crescendo desde que foi criado o primeiro guia escrito para PPN em 1980, como um meio para as gestantes documentarem suas preferências nesta experiência, oferecendo uma oportunidade para a paciente e familiares discutirem o processo de parturição e determinarem como acomodar, com segurança, as preferências da mulher (Ghahremani *et al.*, 2023).

O PPN é uma tecnologia assistencial que possibilita também a integração entre gestantes e profissionais de saúde, fortalecendo a comunicação, por meio da expressão das preferências da mulher sobre o contexto da parturição, com destaque ao fato de que estas são totalmente responsáveis pelas decisões que dizem respeito aos seus corpos, podendo assim ser elaborado também em conjunto com os profissionais de saúde, tanto da rede hospitalar quanto das UBS, com base no entendimento de que a produção do PPN inicia junto à gestação, com foco nos direitos reprodutivos e na singularidade das gestantes (Loiola, 2020).

Assim, essa RSL tem o potencial de contribuir com a literatura sobre o uso do PPN, uma vez que tal tecnologia foi desenvolvida com a intenção de melhorar as tomadas de decisões conjuntas e preparar a gestante, além de oferecer subsídios aos profissionais de saúde sobre essas definições onde, por meio da utilização desse documento, as mulheres podem refletir sobre os seus valores e escolhas, bem como sobre as práticas de cuidados e intervenções que desejam (Debeats, 2017).

Os resultados apresentados na presente RSL, mostram que o PPN foi, principalmente, discutido em UBS, hospitais e em maternidades, exclusivamente nas regiões sudeste e sul, seguido da região nordeste e com menor número na região norte e centro-oeste.

Este fato pode estar diretamente relacionado ao descrito por Palmeira *et al.*, (2022) que abordaram em seu estudo as desigualdades regionais no acesso e na utilização dos serviços de saúde no Brasil, assim como já realizado pelo Ministério da Saúde que reconheceu que o menor acesso às consultas ocorrem nas regiões norte e nordeste e está diretamente relacionado à escassez de profissionais na rede

pública, ao contrário do que se observa nas regiões sul e sudeste, sugerindo que as mulheres, no Brasil, tendem a elaborar mais PPN nestas regiões, onde há uma maior disponibilidade de serviços de saúde e acesso às informações (Palmeira *et al.*, 2022).

No entanto, dos 16 estudos analisados nesta RSL em que abordaram a temática PPN, em sete estudos (20%) relataram que as amostradas tinham conhecimento sobre esse conteúdo, em dois estudos (71%) referiram que elas gostariam de ter informações e, em quatro estudos as mulheres receberam informações sobre o PPN (66%).

Os resultados preteritamente apresentados identificaram que, ao serem questionadas se realizaram o PPN, apenas 368 (9%) de um total de 4.009 mulheres procederam com a elaboração do instrumento. Kottwitz *et al.*, (2017) analisaram em seu estudo que 100 (28%) das mulheres sob 361 amostradas, referiram que não elaboraram o PPN, mas participaram da decisão da via de parto (Kottwitz *et al.*, 2017).

Neste íterim, apesar de todos os benefícios já conhecidos, estudos ainda demonstram que a utilização do PPN permanece baixa e as mulheres/gestantes ainda detêm pouco conhecimento, precipitando uma preparação inadequada e insatisfatória, mesmo quando realizado um pré-natal conforme, o que tem levado a atrasos nas tomadas de decisões oportunas e, conseqüentemente, aumentando os riscos de óbitos maternos (Nyang'au *et al.*, 2020). E com isso, possivelmente, as mulheres também deixam de ter uma experiência mais positiva no processo de parto/nascimento de seus filhos.

Segundo as recomendações da OMS no que diz respeito a uma experiência positiva na gestação, parto e nascimento, modelos de assistência pré-natal com pelo menos oito consultas são recomendados a fim de reduzir a mortalidade perinatal e aprimorar os saberes de cuidado das mulheres. Adicionalmente, as evidências indicam que um maior número de consultas pré-natais – independentemente dos recursos disponíveis – está associado a uma maior satisfação materna (WHO, 2025).

Mouta *et al.* (2017) corroboram quando pontuam que mesmo que o PPN esteja entre as boas práticas a serem estimuladas durante a gestação, e que seja preconizado por normas internacionais e pela OMS, a elaboração do documento

ainda é pouco estimulada nos serviços de saúde que atendem gestantes e parturientes (Mouta *et al.*, 2017).

Observa-se ainda a existência de uma lacuna no conhecimento e na aplicação do PPN pelos enfermeiros, principalmente na APS, o que ressalta a necessidade do desenvolvimento de treinamentos e protocolos específicos sobre o tema, a fim de favorecer uma assistência aprimorada ao público-alvo, proporcionando uma experiência mais satisfatória para as mulheres durante o ciclo gravídico puerperal, além de oportunizar maior segurança aos profissionais em suas atividades diárias, por meio do manejo de normativas institucionais fundamentadas em evidências científicas (Feltrin *et al.*, 2022).

Sobre o perfil socioeconômico e obstétrico, os estudos analisados nesta RSL apresentaram mulheres jovens, com relacionamentos estáveis, que possuíam nível médio frente ao grau de escolaridade e renda familiar de um a dois salários mínimos. Majoritariamente, eram multíparas, que realizaram mais de seis consultas durante o pré-natal e tiveram como via de parto, o parto normal.

De igual forma, Rodrigues *et al.* (2016) e Vieira *et al.* (2022) identificam em suas pesquisas realizadas no território nacional e na região centro-oeste, respectivamente, dados idênticos aos apresentados neste estudo, exceto quanto ao estado civil, onde apontaram um número expressivo de mulheres solteiras (Rodrigues *et al.*, 2016; Vieira *et al.*, 2022).

Já alguns estudos realizados nas regiões nordeste e sul, trazem no perfil obstétrico uma heterogeneidade referente aos tipos de partos, prevalecendo parturientes com a realização de partos cesarianos (Silva *et al.*, 2015; Carvalho *et al.*, 2021; Costa *et al.*, 2022; Nunes *et al.*, 2022).

Entretanto, esses índices de cesárea estão em desacordo com o que é recomendado pela OMS que, desde 1985 afirma que a taxa ideal de cesáreas deve ficar entre 10% e 15% da totalidade de partos realizados. Todavia, apesar disso, a frequência de cesarianas tem crescido tanto em países desenvolvidos quanto em desenvolvimento, o que pode levar a um aumento da mortalidade e morbidade materna e perinatal, especialmente quando não há evidências que demonstram que a realização de cesarianas em mulheres ou bebês que não necessitam desse procedimento traga benefícios (OMS, 2015).

Contudo, cabe destacar que em estudos que identificaram o número de consultas pré-natais realizadas pelas amostradas apresentaram, em sua

completude, mais de seis consultas de acompanhamento, correspondendo ao desejado pelo Ministério da Saúde quando preconiza que o total de consultas no pré-natal deverá ser de, no mínimo, seis, com acompanhamento intercalado entre médico e enfermeiro (Brasil, 2012).

Pontos Fortes e Limitações

Realizou-se uma busca abrangente em bancos de dados bibliográficos nesta revisão. Cobriu-se o período de busca sem limite de data para incluir todos os estudos disponíveis sobre o uso do PPN no atendimento materno em instituições brasileiras. A triagem e extração de dados também foram conduzidas em paralelo e de forma independente para garantir confiabilidade e reduzir viés na busca dos artigos. De toda forma, o estudo permitiu concluir se de fato há o uso do PPN no atendimento materno em instituições brasileiras.

Entretanto, esta RSL possui algumas limitações. Devido a heterogeneidade entre as avaliações do uso do PPN, não foi possível realizar uma metanálise. Por conta do grande número de estudos sobre o PPN, foram limitados estudos realizados no Brasil, com gestantes e puérperas, o que pode ter omitido estudos estrangeiros relevantes e que continham como amostras profissionais de saúde, parceiros de gestante ou de puérperas.

Na categorização das terminologias diversas usadas na busca dos estudos, detalhes específicos de estudos singulares podem ter sido perdidos. Embora esta revisão seja tão abrangente quanto possível, ainda podem haver estudos menores, porém importantes, que foram publicados apenas como resumos e que foram excluídos desta revisão. Os estudos selecionados têm as mesmas limitações, com tamanho de amostra pequeno e heterogeneidade dos *designs* usados, o que pode ter dificultado uma análise mais pormenorizada.

CONCLUSÃO

Esta RSL sugere que o uso do PPN, no contexto de quaisquer unidades que prestam cuidados à saúde, seja considerado uma alternativa promissora à assistência às gestantes, desde o pré-natal até o findar do processo de parturição.

De acordo com os resultados expostos perante a análise dos 16 estudos desta revisão, o PPN é discutido, principalmente, em UBS, mas também em hospitais e maternidades, sobretudo nas regiões sudeste e sul do Brasil.

Entre as amostradas que receberam informações sobre o PPN, bem como sobre as que conheciam o documento e/ou o elaboraram, foram encontradas mulheres que possuíam idades entre 16 a 36 anos, casadas ou com união estável, com ensino médio ou superior realizado. Em sua maioria, múltiparas, que realizaram mais de 6 consultas de pré-natal e que tiveram parto normal.

Apesar do crescente interesse pelo uso do PPN como ferramenta apoiadora dos cuidados em saúde destinados às gestantes nos acompanhamentos pré-natais, esses achados demonstram a necessidade de estudos futuros aliando e investigando a participação dos profissionais e das instituições de saúde, bem como dos familiares das parturientes.

Estudos que trazem o estímulo pela elaboração do PPN, bem como aqueles que oportunizam a aplicabilidade desta ferramenta pelas mulheres, promovem às gestantes futuras, e em qualquer região global, uma grande experiência de vida. Assim, os estudos futuros devem ser desenvolvidos com *designs* de estudos controlados randomizados, em diferentes cenários e populações, a fim de concluir a efetividade do uso do PPN no atendimento materno em instituições de saúde.

REFERÊNCIAS

AHMADPOUR, P. *et al.* Evaluation of the birth plan implementation: a parallel convergent mixed study. **Reproductive Health**, v. 17, p. 1-9, 2020.

AHMADPOUR, P. *et al.* O efeito de um plano de parto nos resultados do parto: uma revisão sistemática e meta-análise. **Journal of Midwifery & Reproductive Health**, v. 12, n. 4, 2024.

ALIZADEH-DIBAZARI, Z. *et al.* Childbirth preparation and its facilitating and inhibiting factors from the perspectives of pregnant and postpartum women in Tabriz-Iran: a qualitative study. **Reproductive Health**, v. 21, n. 1, p. 106, 2024.

ANDERSON, C. *et al.* Patient Communication, Satisfaction, and Trust Before and After Use of a Standardized Birth Plan. **Hawai 'i Journal of Medicine & Public Health**, v. 76, n. 11, p. 305, 2017.

BARHART, J. B. L. *et al.* Desconhecimento e falta de acesso de gestantes ao Plano de Parto. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 10, p. e168111032506-e168111032506, 2022.

BLODGETT, K. Creating and Implementing a Trauma-Informed Birth Plan in a Midwifery Practice: A Quality Improvement Project. School of Nursing, **Oregon Health & Science University**, 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: **Editora do Ministério da Saúde**, 2012. 318 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n° 32) ISBN 978-85-334-1936-0.

CARRILHO, J. M. *et al.* Pregnant users' perceptions of the birth plan interface in the "my prenatal care" app: observational validation study. **JMIR Formative Research**, v. 3, n. 1, p. e11374, 2019.

CARVALHO, R. M. C. *et al.* Idade materna avançada: perfil obstétrico e neonatal em maternidade de município do Nordeste brasileiro. **Saúde e Desenvolvimento Humano**, v. 9, n. 3, p. 1-8, 2021.

CHUA, J. S. *et al.* Birth plan and fathers: A scoping review. **Midwifery**, p. 104053, 2024.

COSTA, E. L. N. *et al.* Perfil de puérperas e satisfação com assistência em saúde materno-infantil. **Revista Psicologia e Saúde**, p. 91-105, 2022.

DANTAS, J. G. *et al.* O conhecimento das mulheres em relação ao plano de parto e suas implicações. **Revista Foco**, v. 18, n. 1, p. e7473-e7473, 2025.

DEBAETS, A. M. From birth plan to birth partnership: enhancing communication in childbirth. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 216, n. 1, p. 31. e1-31. e4, 2017.

FELTRIN, A. F. S. *et al.* Plano de parto no pré-natal: conhecimento dos enfermeiros da atenção primária à saúde. **CuidArte, Enferm**, p. 65-73, 2022.

FENAROLI, V. *et al.* The childbirth experience: obstetric and psychological predictors in Italian primiparous women. **BMC pregnancy and childbirth**, v. 19, p. 1-7, 2019.

FLAUZINO, S. N. R. *et al.* A construção do plano de parto no pré-natal como estratégia para humanizar a assistência ao parto. Universidade Federal de Minas Gerais. **Escola de Enfermagem**, 2015.

GHAHREMANI, T. *et al.* Birth plans: definitions, content, effects, and best practices. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 228, n. 5, p. S977-S982, 2023.

HOOPER, E. *et al.* A eficácia da educação pré-natal na melhoria dos resultados do trabalho de parto e nascimento – Uma revisão sistemática e meta-análise. **Women and Birth**, v. 38, n. 1, p. 101843, 2025.

INFANTE, L. R. O. *et al.* Planejar o pré-natal, parto e pós-parto: possibilidades no enfrentamento à violência obstétrica. **Enfermagem Brasil**, v. 22, n. 3, p. 311-327, 2023.

JAKUBOWSKI, A. *et al.* It takes a village: A pilot cross-randomized trial to enhance pregnancy care and support in northern Ghana. **Journal of Global Health**, v. 14, p. 04217, 2024.

JOANNA BRIGGS INSTITUTE (JBI) *et al.* Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2014 edition The systematic review of prevalence and incidence data. The University of Adelaide: **The Joanna Briggs Institute**, 2014.

KAUFMAN, T. Evolution of the birth plan. **The Journal of Perinatal Education**, v. 16, n. 3, p. 47, 2007.

KOTTWITZ, F. *et al.* Via de parto preferida por puérperas e suas motivações. **Escola Anna Nery**, v. 22, 2017.

KUO, S. *et al.* Evaluation of the effects of a birth plan on Taiwanese women's childbirth experiences, control and expectations fulfilment: A randomised controlled trial. **International Journal of Nursing Studies**, v. 47, p. 806-814, 2010.

LOIOLA, A. M. R. *et al.* Plano de parto como tecnologia de cuidado: vivência de mulheres no período pós-parto em um centro de parto. **Cogitare Enferm.**, v. 25, p. 205-214, 2020.

LOPES, L. J. M. *et al.* CONHECIMENTO DE GESTANTES SOBRE PLANO DE PARTO. **Revista Eletrônica Interdisciplinar**, v. 15, n. 2, 2023.

LUNDGREN, I. *et al.* Is the childbirth experience improved by a birth plan? **Journal of Midwifery & Women's Health**, v. 48, n. 5, p. 322-328, 2003.

MAZÚCHOVÁ, L. *et al.* Medindo a qualidade de vida das mulheres durante a gravidez. **Contato**, v. 1, pág. e31-e36, 2018.

MELO, L. M. *et al.* Escolha consciente quanto à via de parto: Análise do plano de parto como ferramenta de orientação da gestante durante o Pré-Natal. **Revista Master-Ensino, Pesquisa e Extensão**, v. 3, n. 5, p. 8-20, 2018.

MOUTA, R. J. O. *et al.* Birth plan as a female empowerment strategy. **Rev Baiana Enferm**, v. 31, n. 4, p. e20275, 2017.

NYANG'AU, I. *et al.* Utilization of individual birth plan among women attending postnatal clinic at jaramogi oginga odinga teaching and referral hospital, Kisumu Kenya: a hospital-based survey. **The Columbia University Journal of Global Health**, v. 10, n. 2, 2020.

NUNES, L. S. *et al.* Visita guiada à maternidade: perfil das gestantes e entendimento dos temas abordados. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, v. 96, n. 37, 2022.

OKOLI, C. A guide to conducting a standalone systematic literature review. **Communications of the Association for Information Systems**, v. 37, 2015.

OLIVEIRA, D. C. C. *et al.* Rodas de conversa em unidades de saúde: percepção e expectativas sobre o nascimento e a construção de um instrumento de plano de parto. Universidade Federal de Minas Gerais, **Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica – Rede Cegonha**, 2016.

Organização Mundial de Saúde. Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas. **Human Reproduction Programme**, p. 1–8, 2015.

PAGE, M. J. *et al.* The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. **Bmj**, v. 372, 2021.

PALMEIRA, N. C. *et al.* Análise do acesso a serviços de saúde no Brasil segundo perfil sociodemográfico: Pesquisa Nacional de Saúde, 2019. **Epidemiologia e serviços de saúde**, v. 31, p. e2022966, 2022.

PEREIRA, J. H. R. *et al.* O parto é, de fato, discutido nas consultas de pré-natal?/Is childbirth, in fact, discussed in prenatal consultations. **Brazilian J Dev**, v. 8, n. 1, p. 7372-93, 2022.

RODRIGUES, A. P. *et al.* Caracterização sociodemográfica e obstétrica de puérperas internadas em alojamento conjunto no Brasil. **Cienc. enferm**, p. 113-123, 2016.

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, 2023.

SANTOS, M. L. *et al.* Plano de parto: O conhecimento da gestante sobre esta ferramenta para empoderamento durante a assistência obstétrica. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 4, p. 10143-10165, 2020a.

SANTOS, T. C. *et al.* Plano de parto: conhecimento, atitude e prática de puérperas assistidas na atenção primária à saúde. **Rev Enferm Digit Cuid Promoção Saúde**, v. 6, p. 1-10, 2020b.

SILVA, A. H. R. *et al.* Perfil obstétrico de parturientes atendidas em um hospital público do interior do estado do Ceará, Brasil. **Rev. enferm. UFPI**, p. 29-34, 2015.

SILVA, H. R. L. **Qualidade assistencial do pré-natal na atenção primária à saúde: indicadores de processo e resultado**. 2023. Trabalho de Conclusão de Curso.

TOMASI, Y. T. *et al.* Do pré-natal ao parto: um estudo transversal sobre a influência do acompanhante nas boas práticas obstétricas no Sistema Único de Saúde em Santa Catarina, 2019. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 30, n. 1, p. e2020383, 2021.

TRIGUEIRO, T. H. *et al.* Experiência de gestantes na consulta de Enfermagem com a construção do plano de parto. **Escola Anna Nery**, v. 26, p. e20210036, 2021.

VIEIRA, S. T. *et al.* Perfil obstétrico de parturientes admitidas em um Centro de Parto Normal da região Sul Mato-Grossense. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 7, p. e49311730158-e49311730158, 2022.

WILDMANA, K. *et al.* Indicadores europeus de cuidados de saúde durante a gravidez, parto e período pós-parto. **Reproductive Biology**, v. 111, p. S53-S65, 2003.

WIGGERS, C. *et al.* Conhecimento das puérperas sobre o plano de parto em um município do oeste do Paraná. **Revista Eletrônica Acervo Científico**, v. 38, p. e9253-e9253, 2021.

6.2 MANUSCRITO 2: PREVALÊNCIA DA UTILIZAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DO PLANO DE PARTO E NASCIMENTO NAS MATERNIDADES PÚBLICAS DE UMA CAPITAL DO SUL DO BRASIL

Beatriz Steingreber de Barros
Luciano Santos Pinto Guimarães
Marli Terezinha Stein Backes

RESUMO

O plano de parto e nascimento é entendido como um documento fortalecedor da autonomia da mulher, permitindo que ela expresse suas preferências, participe ativamente das decisões sobre o processo de parturição, além de ser capaz de melhorar a comunicação entre gestante e equipe de saúde. **Objetivo:** identificar a prevalência da utilização e implementação do plano de parto e nascimento nas maternidades públicas de Florianópolis. **Método:** trata-se de um estudo transversal, quantitativo e descritivo realizado em duas maternidades públicas de Florianópolis, com 310 puérperas entrevistadas no pós-parto imediato. Utilizou-se um formulário estruturado para realizar a coleta de dados. A aplicação do questionário deu-se em setembro de 2024 e janeiro de 2025. **Resultados:** identificado que apenas 9,7% das mulheres elaboraram e apresentaram o plano de parto e nascimento. A maioria destas usuárias era primípara, com maior escolaridade e renda, e realizaram o acompanhamento pré-natal em Unidades Básicas de Saúde. O plano de parto e nascimento foi mais utilizado por gestantes de risco habitual. Das que apresentaram o plano de parto e nascimento, 60% tiveram parto vaginal e 63,3% relataram que suas preferências foram totalmente respeitadas. Conclusão: O uso do plano de parto e nascimento ainda é incipiente. Apesar do seu potencial para qualificar a assistência obstétrica, há necessidade de ampliar seu acesso com incentivos institucionais e estratégias de orientação durante o pré-natal.

Descritores: Cuidado pré-natal; Empoderamento; Enfermagem; Maternidades; Parto humanizado; Plano de parto; Satisfação do paciente.

INTRODUÇÃO

O cuidado pré-natal engloba uma série de medidas clínicas e psicossociais que visam prevenir e identificar precocemente problemas de saúde, tanto para a mãe quanto para o seu filho. Além disso, acompanha a evolução da gravidez com o intuito de garantir resultados positivos para o desenvolvimento do feto e minimizar os riscos para a genitora (Brasil 2013; Trigueiro *et al.*, 2024). Esta assistência deve ser planejada considerando as necessidades individuais de cada gestante e priorizando condutas humanizadas e acolhedoras, evitando intervenções desnecessárias.

Para tanto, a humanização no processo de parturição, dentre tantos preceitos, também abrange fundamentalmente aspectos fisiológicos e de autodeterminação da parturiente. Esse processo é, simultaneamente, um acontecimento social, emocional, psicológico, afetivo e espiritual, além de uma vivência feminina ímpar que reclama autonomia e dignidade (Balaskas, 2021; Branco *et al.*, 2022). Ao valorizar a naturalidade desse momento, entendido como uma experiência empoderadora, estimula-se a adoção de práticas que protegem o ritmo corporal da mulher e impedem violências obstétricas veladas (Balaskas, 2021; Branco *et al.*, 2022).

O Enfermeiro, ao assumir o protagonismo da assistência durante o pré-natal, sustentado por uma formação sólida, é capaz de realizar um cuidado integral e de qualidade, ao mesmo tempo em que conduz processos de educação em saúde (Leal *et al.*, 2018). No decurso das consultas de enfermagem, monitora sinais maternos-fetais, acompanham o tratamento das comorbidades e colocam em ação estratégias de promoção e prevenção à saúde da díade mãe-filho (Souto *et al.*, 2021).

Dessa forma, as consultas de enfermagem, privativas do enfermeiro, convertem-se em espaço dialógico onde se edificam planos de cuidados partilhados (Brasil, 2016). Por meio da escuta ativa e linguagem clara, o enfermeiro fomenta que a gestante verbalize expectativas e receios, engrandecendo seu empoderamento e protagonismo (Trigueiro *et al.*, 2024). Essa abordagem participativa aproxima saberes técnico-científicos e vivências cotidianas da gestante por meio da elaboração do PPN.

O PPN foi concebido ao final da década de 1980 para refinar a comunicação entre as gestantes e as equipes de saúde. O documento instiga a mulher a ponderar, de forma informada, sobre suas preferências, riscos e consequências do processo de parturição. Além disso, com a sua expansão para os países ocidentais, registra-se uma conversão fundamental na forma como a obstetrícia é praticada, colocando a autonomia feminina no centro do cuidado. Isso significa que as mulheres vêm conquistando mais voz e controle sobre suas escolhas e experiências, desde o período gravídico até o puerperal (Medeiros *et al.*, 2019).

O PPN é uma ferramenta de educação pré-natal e comunicacional. Durante sua elaboração, a gestante reflete sobre cada detalhe do trabalho de parto, parto, nascimento do seu bebê e do pós-parto, facilitando a troca de informações com a equipe multidisciplinar assistencial no percurso desse processo (Magalhães *et al.*,

2024). Assim, os profissionais conhecem as pretensões, limites e valores da mulher, proporcionando uma experiência alinhada às suas aspirações, a partir da reflexão antecipada, o que também reduz o medo, aumenta o senso de autocontrole e evidencia a importância do cuidado centrado na pessoa.

A elaboração do PPN pela gestante reforça a articulação entre níveis assistenciais primário, secundário e terciário ao incentivar enfermeiros e demais profissionais a aprimorar o cuidado e consolidar o vínculo com o ambiente hospitalar (Branco *et al.*, 2022). Este documento permite que a mulher explicita necessidades e garanta que as suas preferências sejam escutadas (Costa *et al.*, 2021).

Ao final do terceiro trimestre da gestação, quando a ansiedade e receptividade ao processo de parturição crescem (Chemello *et al.*, 2021), torna-se crucial reforçar a educação em saúde referente a este momento. Nesse contexto, a partir da 37ª semana de gestação, é recomendável retomar conteúdos essenciais, dissipar dúvidas e fortalecer o vínculo com a maternidade de referência (Trigueiro *et al.*, 2024). Face à relevância do PPN, enquanto ferramenta de empoderamento, comunicação e incentivo à assistência humanizada no trabalho de parto, parto, nascimento e pós-parto, este estudo teve como objetivo identificar a prevalência da utilização e implementação do PPN nas maternidades públicas de Florianópolis.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, com delineamento transversal, que teve como objetivo principal identificar a prevalência da utilização e implementação do PPN nas maternidades públicas de Florianópolis, Santa Catarina.

A população do estudo foi composta por puérperas internadas nos Alojamentos Conjuntos de duas maternidades públicas de Florianópolis: MCD e Maternidade do HU-UFSC/EBSERH.

Foram incluídas puérperas de qualquer faixa etária, com recém-nascidos de qualquer idade gestacional (seja a termo ou pré-termo), com gestação de risco habitual e/ou alto risco, independentemente da via de parto, desde que apresentassem condições físicas e emocionais para responder ao questionário da coleta de dados.

Foram excluídas gestantes sob cuidados exclusivos de alto risco, puérperas ausentes no momento da visita para a coleta de dados e àquelas internadas por motivos não relacionados ao parto, como pós-abortamento.

A coleta de dados ocorreu em dois momentos. Inicialmente, foi realizada a abordagem presencial às puérperas nos Alojamentos Conjuntos, em dias alternados (dias ímpares), no período vespertino, durante todo o mês de setembro de 2024. Para as puérperas que referiram ter elaborado o PPN, a coleta de dados foi inteiramente realizada após a alta hospitalar, no mês de janeiro de 2025, mediante agendamento remoto via telefone, vídeo chamada ou aplicativo de mensagens/respostas rápidas, com até três tentativas de contato realizadas em dias e horários distintos. O instrumento de coleta de dados abrangeu elementos de identificação da gestante, sociodemográficos, antecedentes obstétricos, informações sobre a gestação atual e questões abertas relacionadas ao PPN (Apêndice A).

As variáveis investigadas abrangeram dados socioeconômicos (idade, escolaridade, renda familiar, estado civil), antecedentes obstétricos (número de gestações, partos, nascidos vivos, abortos) e informações relativas à gestação atual e ao PPN (realização do pré-natal, número de consultas, classificação do risco gestacional, menção e confecção do PPN, apresentação do PPN durante a internação, via de parto, entre outras). Para as puérperas que apresentaram o PPN, investigou-se, ainda, o respeito às suas preferências, a diferença percebida com a implementação do PPN e a avaliação do atendimento.

Ao final, foram abordadas 330 puérperas, nas quais 50 referiram ter elaborado o PPN, mas apenas 30 participaram do segundo momento da coleta de dados, tendo em vista que 20 destas não retornaram às chamadas, sendo, portanto, completamente excluídas do estudo. Ainda, neste processo, foram identificadas 11 perdas amostrais devido ao processo de alta hospitalar pretérito à coleta de dados.

O cálculo do tamanho amostral foi realizado por meio do *software* WinPepi, versão 11.65, por considerar que se trata de uma pesquisa de prevalência em população finita, utilizando-se os seguintes parâmetros: nível de confiança de 95%, margem de erro de 6% e proporção estimada de 50%, a fim de maximizar a variabilidade e garantir maior rigor estatístico. Dessa forma, a amostra final correspondeu à totalidade de puérperas abordadas durante o período do estudo, ou seja, 330 participantes.

A margem de erro de 6% foi adotada por ser compatível ao número de puérperas efetivamente entrevistadas e por atender aos critérios para estudos epidemiológicos transversais. Os dados coletados foram tabulados em planilha eletrônica (*Microsoft Excel®*) e analisados por meio de estatística descritiva.

As variáveis quantitativas foram descritas por meio de médias e desvios-padrão ou, caso não apresentassem distribuição normal, por medidas de posição (mediana, quartis) e dispersão (amplitude interquartílica), conforme resultado do teste de normalidade de Shapiro-Wilk. Já as variáveis categóricas foram expressas em frequências absolutas e relativas. Para garantir a fidedignidade dos resultados, os pressupostos estatísticos foram rigorosamente verificados.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da UFSC (Anexo C), sob parecer consubstanciado nº 5.517.525 e CAAE nº: 58145822.8.0000.0121 e da Secretaria estadual de Saúde de Santa Catarina (Anexo D) sob parecer consubstanciado nº: 6.321.168 e CAAE nº: 58145822.8.3001.0115.

RESULTADOS

Os resultados deste estudo serão apresentados com base nas variáveis analisadas e classificadas em quatro categorias: variáveis socioeconômicas e demográficas, antecedentes obstétricos, informações sobre a gestação atual e o PPN e desfechos gestacionais.

VARIÁVEIS SOCIOECONÔMICAS E DEMOGRÁFICAS

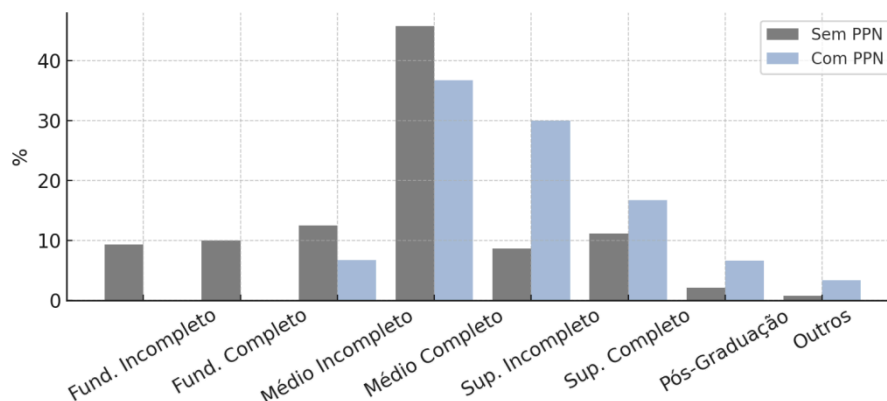
A amostra do estudo foi composta por 330 puérperas atendidas nas maternidades públicas de Florianópolis. Dentre estas, 280 (84,85%) não realizaram/utilizaram o PPN e 50 (15,15%) realizaram e utilizaram o instrumento, entretanto somente 30 (9,1%) participaram do segundo momento da pesquisa.

Desta forma, a idade das 310 participantes variou de 14 a 45 anos, com média de 28,3 anos (DP = 6,1).

Observou-se predomínio de escolaridade de nível médio completo (44,2%), seguido de nível superior completo (14,5%), médio incompleto (11,6%), superior

incompleto (9,7%), fundamental completo (9,0%), fundamental incompleto (8,4%), pós-graduação (2,3%) e outros (0,3%) (Gráfico 1).

Gráfico 1 – Distribuição da Escolaridade das Puérperas por Grupo

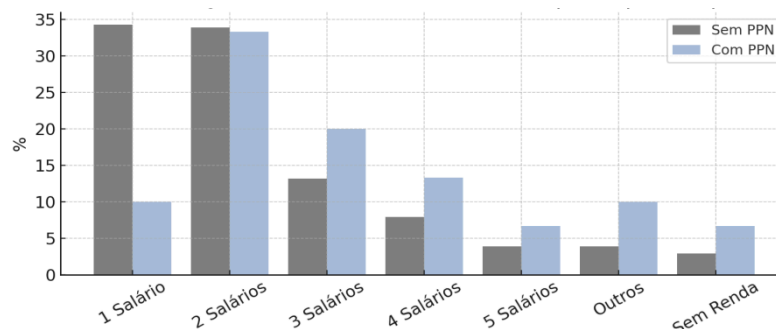


Fonte: Dados da pesquisa (2025).

A análise do Gráfico 1 demonstra as diferenças na escolaridade entre os dois grupos estudados. No grupo que não utilizou o PPN, quase metade das participantes (45,7%) apresentou ensino médio completo, indicando que esta é a faixa predominante, seguida pelo ensino médio incompleto (12,5%) e superior completo (11,1%). Já no grupo que elaborou e teve seu PPN implementado, destacou-se a presença significativa de mulheres com ensino superior incompleto (30%) e completo (16,7%), indicando um perfil educacional mais elevado em comparação ao grupo sem o PPN. Essa distribuição sugere que mulheres com maior grau de escolaridade podem ter mais acesso às informações, influenciando positivamente na decisão de elaborar um PPN.

Já a renda familiar predominante foi de até dois salários mínimos, correspondendo a 66,5% do total (Gráfico 2).

Gráfico 2 – Distribuição da Renda Familiar das Puérperas por Grupo

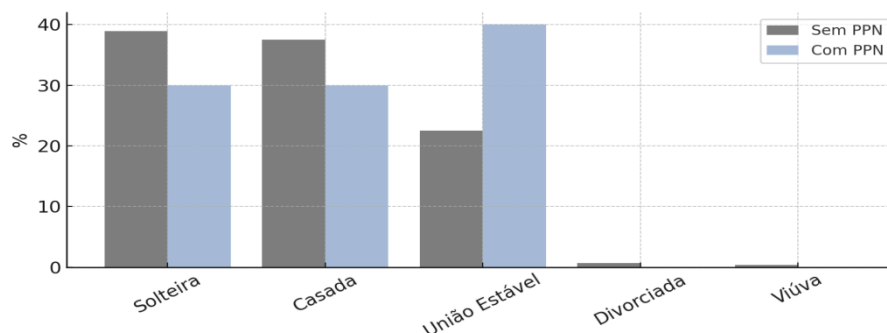


Fonte: Dados da pesquisa (2025).

No Gráfico 2, observa-se que a maioria das mulheres sem o PPN concentra-se na faixa de renda familiar mais baixa, sendo que 68,2% apresentaram recebimento de até dois salários mínimos, evidenciando uma maior vulnerabilidade socioeconômica deste grupo. Por outro lado, o grupo com PPN demonstrou maior dispersão entre diferentes faixas de renda e uma distribuição mais equilibrada nas faixas mais elevadas, sendo que 43,3% apresentaram recebimento de até dois salários mínimos e 33,3% apresentaram recebimento de 3 a 4 salários mínimos. Este dado sugere que a elaboração do PPN pode estar associada a melhores condições socioeconômicas, proporcionando maior acesso e adesão ao planejamento e práticas mais qualificadas no processo de parturição.

No que diz respeito ao estado civil, a maioria das participantes declarou-se solteira (37,1%), seguida de casada (36,8%) e de união estável (23,2%) (Gráfico 3).

Gráfico 3 – Distribuição do Estado Civil das Puérperas por Grupo



Fonte: Dados da pesquisa (2025).

A análise do Gráfico 3 evidencia diferenças no estado civil das puérperas dos dois grupos. No grupo sem PPN, observa-se a predominância de solteiras (38,9%) e

casadas (37,5%), com uma parcela relevante em união estável (22,5%). Já entre as mulheres que utilizaram o PPN, o estado civil predominante foi a união estável (40%), com solteiras e casadas apresentando proporções iguais (30%). Esses resultados sugerem que a estabilidade afetiva e familiar pode influenciar positivamente na decisão de elaborar e apresentar o PPN, possivelmente por conta do suporte emocional e envolvimento ativo do parceiro ou rede de apoio/familiar.

Das 310 participantes finais deste estudo, 280 (90,3%) não elaboraram/utilizaram o PPN e 30 (9,7%) elaboraram e tiveram o seu PPN implementado durante o processo de parturição. Na sequência, apresenta-se o agrupamento e a distribuição das puérperas participantes do estudo segundo a maternidade (local do parto/nascimento), escolaridade, renda familiar e estado civil (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição das puérperas segundo a maternidade, escolaridade, renda familiar e estado civil e maternidade. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2025.

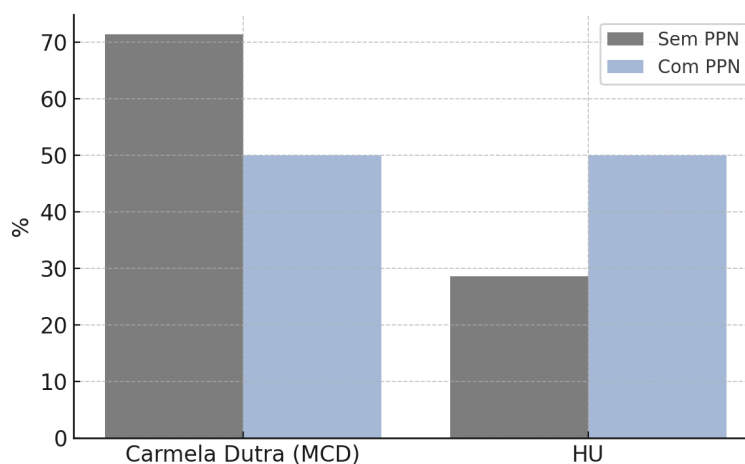
Variável	Categoria	Sem PPN (n=280)	Com PPN (n=30)
Maternidade	Carmela Dutra	71,4%	50,0%
	Hospital Universitário	28,6%	50,0%
Escolaridade	Fund. Incompleto	9,3%	0,0%
	Fund. Completo	10,0%	0,0%
	Médio Incompleto	12,5%	6,7%
	Médio Completo	45,7%	36,7%
	Sup. Incompleto	8,6%	30,0%
	Sup. Completo	11,1%	16,7%
	Pós-Graduação	2,1%	6,6%
	Outros	0,7%	3,3%
Renda Familiar	1 Salário	34,3%	10,0%
	2 Salários	33,9%	33,3%
	3 Salários	13,2%	20,0%
	4 Salários	7,9%	13,3%
	5 Salários	3,9%	6,7%
	Outros	3,9%	10,0%
	Sem Renda	2,9%	6,7%
Estado Civil	Solteira	38,9%	30,0%
	Casada	37,5%	30,0%
	União Estável	22,5%	40,0%
	Divorciada	0,7%	0,0%

	Viúva	0,4%	0,0%
Maternidade	Carmela Dutra	71,4%	50,0%
	Hospital Universitário	28,6%	50,0%

Fonte: Dados da pesquisa (2025).

No Gráfico 4 a seguir, apresenta-se a distribuição das puérperas participantes do estudo segundo a maternidade onde foram atendidas durante o parto e nascimento e a sua relação entre ter ou não o PPN.

Gráfico 4 – Distribuição das Puérperas por Maternidade e a sua Relação entre ter ou não Plano de Parto e Nascimento



Fonte: Dados da pesquisa (2025).

Conforme demonstrado no Gráfico 4, o grupo sem PPN apresentou maior concentração de atendimento na MCD (71,4%), enquanto apenas 28,6% utilizaram o HU-UFSC/EBSERH. O grupo com PPN, porém, apresentou distribuição equilibrada entre as duas instituições (50%). Este equilíbrio pode estar relacionado às condições específicas de coleta remota e pós-alta para o grupo com PPN, mas também indica uma possível uniformidade na oferta e estímulo à elaboração do documento durante o acompanhamento pré-natal, que na sua maioria ocorre na APS. Tais resultados sugerem que políticas institucionais que promovam a elaboração do PPN devem considerar as particularidades de cada maternidade, buscando uniformizar práticas assistenciais e educacionais entre diferentes serviços.

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

A análise do perfil obstétrico das puérperas revelou diferenças entre os grupos. No grupo sem o PPN (n=280), a média de gestações foi de 2,4 (DP = 1,4), enquanto no grupo com PPN (n=30) houve concentração de 66,7% de puérperas que acabaram de ter a sua primeira gestação, o que é divergente ao que foi constatado na revisão sistemática realizada para esta tese.

Quanto aos abortos, 71,1% das mulheres sem o documento não relataram abortos, em comparação a 86,7% no grupo com PPN. Esses dados evidenciam um padrão de primiparidade mais pronunciado entre as mulheres que elaboraram o PPN, indicando, possivelmente, maior vigilância, planejamento e engajamento no cuidado obstétrico. Na Tabela 2 a seguir, apresentam-se as medidas descritivas das variáveis obstétricas.

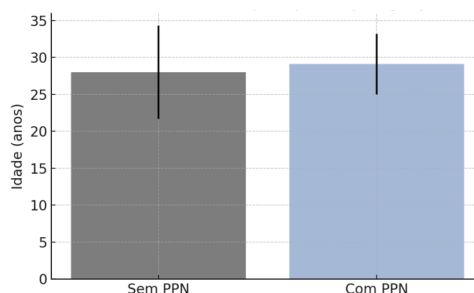
Tabela 2 – Medidas descritivas das variáveis obstétricas. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2025.

Variável	Média	Mediana	DP	Mín.	25%	75%	Máx.
Idade (anos)	28,3	28	6,1	14	24	32	45
Nº de gestações	2,4	2	1,4	1	1	3	9
Nº de partos	2,0	2	1,2	1	1	3	9
Nº de nascidos vivos	2,0	2	1,2	1	1	3	9
Nº de abortos	0,4	0	0,7	0	0	1	5

Fonte: Dados da pesquisa (2025).

Na sequência, o Gráfico 5 demonstra a idade média das puérperas participantes do estudo de acordo com o grupo sem PPN e com PPN.

Gráfico 5 – Idade Média das Puérperas por Grupo

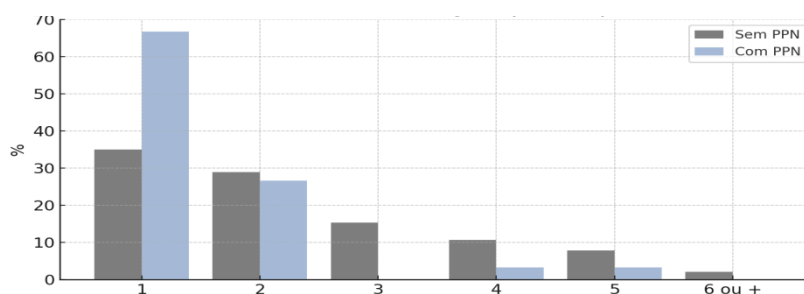


Fonte: Dados da pesquisa (2025).

O Gráfico 5 exibe a comparação da idade média entre as puérperas que não utilizaram o PPN ($28,0 \pm 6,3$ anos) e aquelas que o utilizaram ($29,1 \pm 4,1$ anos). Observa-se distribuição semelhante, com leve elevação da média no grupo com PPN, possivelmente refletindo maior heterogeneidade etária entre as usuárias sem o PPN, cujo menor desvio-padrão indica maior homogeneidade nessa faixa etária. Esses resultados sugerem que o PPN é adotado por mulheres de perfil etário adequado ao protagonismo obstétrico, mas a diferença de média não é estatisticamente expressiva.

A seguir, o Gráfico 6 apresenta o número de gestações das puérperas participantes do estudo de acordo com o grupo sem PPN e com PPN.

Gráfico 6 – Número de Gestações das Puérperas por Grupo



Fonte: Dados da pesquisa (2025).

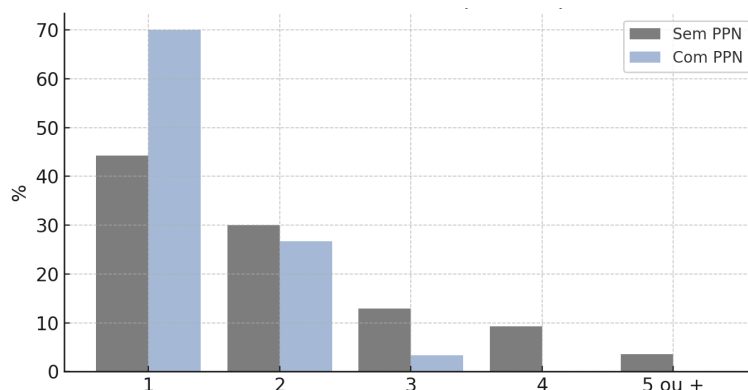
O Gráfico 6 mostra que o grupo de puérperas que utilizou o PPN concentra-se em gestações iniciais, uma vez que 66,7% referiram estar em sua primeira gestação, contrapondo com apenas 35% no grupo sem PPN.

No grupo sem PPN, observa-se maior heterogeneidade, com 28,9% na segunda gestação, 15,4% na terceira e menores percentuais em gestações subsequentes, denotando perfil de multigestas.

Esse contraste sugere que as primigestas, possivelmente mais motivadas a buscar informações e ferramentas de planejamento, como o PPN, apresentam maior adesão ao instrumento, fortalecendo seu protagonismo no cuidado obstétrico.

O número de partos das puérperas participantes do estudo de acordo com o grupo sem PPN e com PPN é apresentado no Gráfico 7 a seguir.

Gráfico 7 – Número de Partos das Puérperas por Grupo



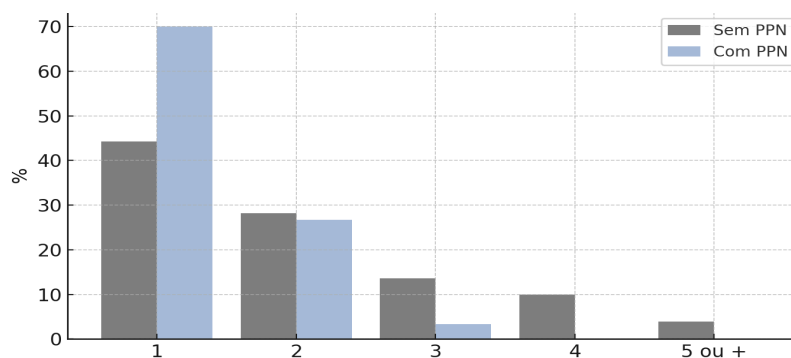
Fonte: Dados da pesquisa (2025).

No Gráfico 7 observa-se que, entre as puérperas que elaboraram o PPN, 66,7% relataram ter tido apenas um parto, enquanto no grupo sem o documento esse percentual foi significativamente menor (44,3%). No grupo sem PPN, 30% das mulheres tiveram dois partos, ao passo que 12,9% tiveram três e 9,3% tiveram quatro, denotando maior diversidade de experiências obstétricas.

Essa diferença reflete o perfil de primiparidade das usuárias com PPN, que provavelmente buscam maior preparo e controle sobre sua primeira experiência no processo de parturição. Por outro lado, a pluralidade de partos no grupo sem PPN sugere que gestantes mais experientes tendem a não adotar o instrumento de planejamento.

A seguir, o Gráfico 8 apresenta o número de nascidos vivos das puérperas participantes do estudo de acordo com o grupo sem PPN e com PPN.

Gráfico 8 – Número de Nascidos Vivos das Puérperas por Grupo

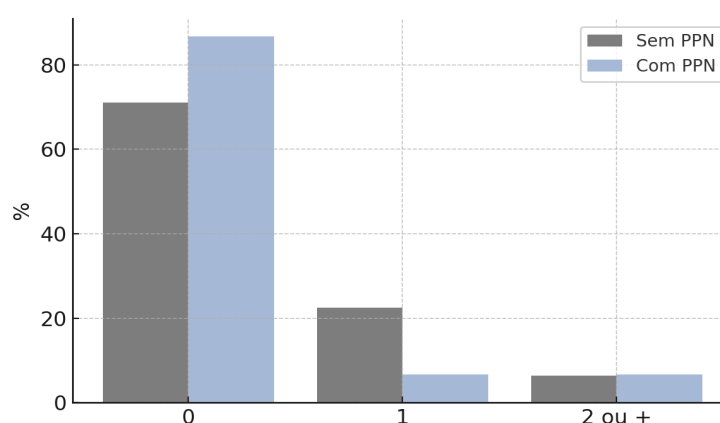


Fonte: Dados da pesquisa (2025).

A análise do Gráfico 8 revela padrão similar ao número de partos: 70% das puérperas com PPN apresentaram apenas um nascido vivo, enquanto no grupo sem o documento esse valor foi de 44,3%. No grupo sem PPN, foi identificado que 28,2% relataram dois nascidos vivos, enquanto 13,6% relataram três e 10% relataram quatro, apontando maior heterogeneidade familiar. Esse reflexo perinatal das primigestas usuárias do PPN corrobora com a lógica de que mulheres em sua primeira experiência de maternidade buscam mecanismos de planejamento e segurança, contrastando com o perfil de multíparas, menos propensas a elaborar o PPN.

O número de abortos das puérperas participantes do estudo de acordo com o grupo sem PPN e com PPN é apresentado no Gráfico 9 a seguir.

Gráfico 9 – Número de Abortos das Puérperas por Grupo



Fonte: Dados da pesquisa (2025).

Conforme demonstra o Gráfico 9, 86,7% das mulheres que utilizaram o PPN nunca sofreram aborto, enquanto essa proporção foi de 71,1% no grupo sem PPN. No grupo sem o documento, 22,5% relataram um aborto e 6,4% dois ou mais, ao passo que entre as usuárias com o PPN, apenas 6,7% apontaram ter sofrido um aborto e 6,7% dois ou mais. Essa diferença sugere que a maior vigilância e o acompanhamento obstétrico das usuárias com o PPN podem contribuir para redução de riscos de aborto espontâneo, além de indicar maior engajamento no cuidado gestacional desde o início da gravidez.

INFORMAÇÕES SOBRE A GESTAÇÃO ATUAL E O PLANO DE PARTO E NASCIMENTO

Quanto às variáveis relacionadas ao acompanhamento pré-natal, exibe-se uma cobertura quase universal, com 98,9% do grupo sem PPN e 100% do grupo com o PPN.

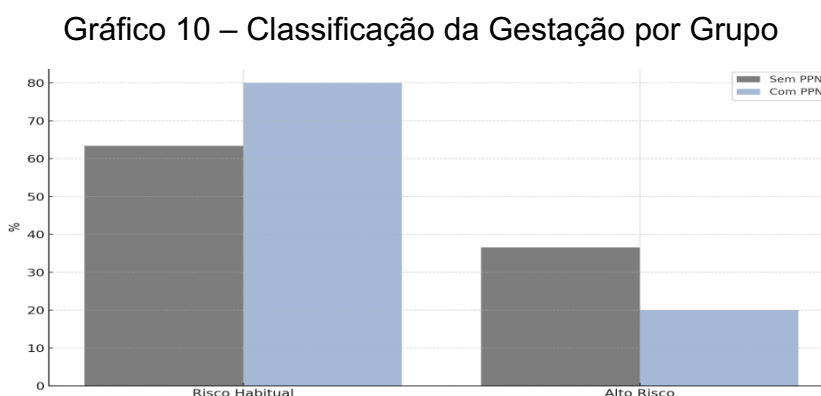
A seguir, a Tabela 3 resume as frequências absolutas e relativas dos principais indicadores: classificação gestacional, rede de atendimento, acompanhamento em ambulatório de alto risco e discussão sobre o PPN durante as consultas.

Tabela 3 – Frequência absoluta e relativa das variáveis do acompanhamento pré-natal. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2025.

Variável	Categoria	n=280	%
Classificação gestacional	Risco Habitual	177	63,4%
	Alto Risco	102	36,6%
Rede pré-natal	Pública	264	94,3%
	Privada	14	5,0%
Acompanhamento ambulatório	Sim	85	30,4%
	Não	15	5,4%
Discussão sobre PPN no pré-natal	Sim	46	16,4%
	Não	234	83,6%

Fonte: Dados da pesquisa (2025).

Na sequência, o Gráfico 10 apresenta a classificação da gestação das puérperas participantes do estudo de acordo com o grupo sem PPN e com PPN.

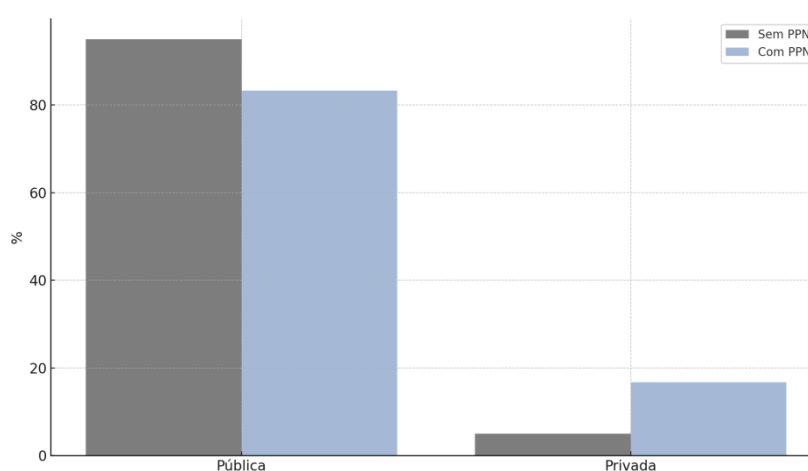


Fonte: Dados da pesquisa (2025).

O Gráfico 10 detalha a classificação gestacional nos dois grupos. Observa-se que 80,0% das puérperas com PPN apresentaram gestações de risco habitual, enquanto no grupo sem o documento esse percentual foi de 63,4%. As gestações de alto risco corresponderam a 20,0% e 36,6%, respectivamente. Os resultados sugerem que o PPN é mais adotado por gestantes com perfil de menor complexidade clínica, indicando lacunas na oferta do instrumento para gestantes de alto risco.

A rede de atendimento pré-natal das puérperas participantes do estudo de acordo com o grupo sem PPN e com PPN é apresentada no Gráfico 11 em seguida.

Gráfico 11 – Rede de Atendimento Pré-Natal por Grupo

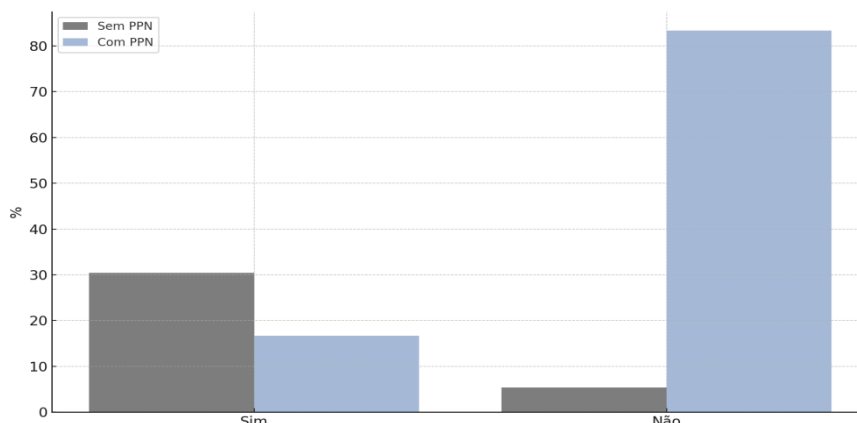


Fonte: Dados da pesquisa (2025).

Conforme o Gráfico 11, 94,3% das mulheres sem o PPN realizaram pré-natal exclusivamente na rede pública, frente a 83,3% no grupo com PPN. Além disso, 16,7% das usuárias com o PPN utilizaram a rede privada em algum momento. Estes dados apontam para desigualdades no acesso às modalidades assistenciais, sugerindo que a adoção do PPN pode ser favorecida por quem dispõe de recursos financeiros ou de encaminhamentos alternativos, como a saúde suplementar, por exemplo.

A seguir, o Gráfico 12 apresenta o acompanhamento em ambulatório de alto risco pelas puérperas participantes do estudo de acordo com o grupo sem PPN e com PPN.

Gráfico 12 – Acompanhamento em Ambulatório de Alto Risco por Grupo

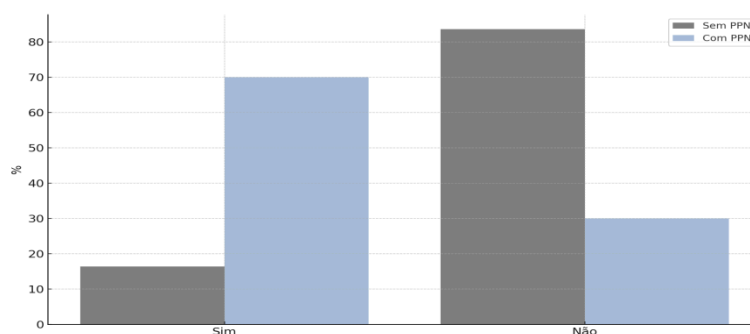


Fonte: Dados da pesquisa (2025).

O Gráfico 12 evidencia que 30,4% das puérperas sem PPN receberam acompanhamento em ambulatório de alto risco, enquanto apenas 16,7% das usuárias com o PPN tiveram esse acompanhamento. Essa discrepância reflete diretamente a menor incidência de gestações de alto risco entre as mulheres com PPN, mas também sugere a subutilização do instrumento em contextos de complexidade elevada, reforçando a necessidade de integrar o PPN ao cuidado especializado.

A discussão sobre o PPN nas consultas de pré-natal das puérperas participantes do estudo de acordo com o grupo sem PPN e com PPN é apresentado no Gráfico 13 a seguir.

Gráfico 13 – Discussão sobre o Plano de Parto e Nascimento nas Consultas de Pré-Natal por Grupo



Fonte: Dados da pesquisa (2025).

O Gráfico 13 demonstra uma diferença expressiva na abordagem do PPN durante o pré-natal: apenas 16,4% das mulheres sem o documento relataram discussão sobre o instrumento, ao passo que 70,0% das que elaboraram o PPN confirmaram ter discutido o tema. Esses resultados evidenciam a dependência da iniciativa da gestante para inserir o PPN na rotina de consultas e acompanhamento pré-natal, indicando urgência em formalizar protocolos que tornem obrigatória a discussão sistemática do documento.

DESFECHOS GESTACIONAIS

Os desfechos gestacionais neste estudo incluem o tipo de parto, a idade gestacional no momento do parto, o questionamento sobre a apresentação do PPN na internação e o respeito às preferências expressas no instrumento. A Tabela 4 sumariza as frequências absolutas e relativas desses desfechos para o grupo com PPN (n=30).

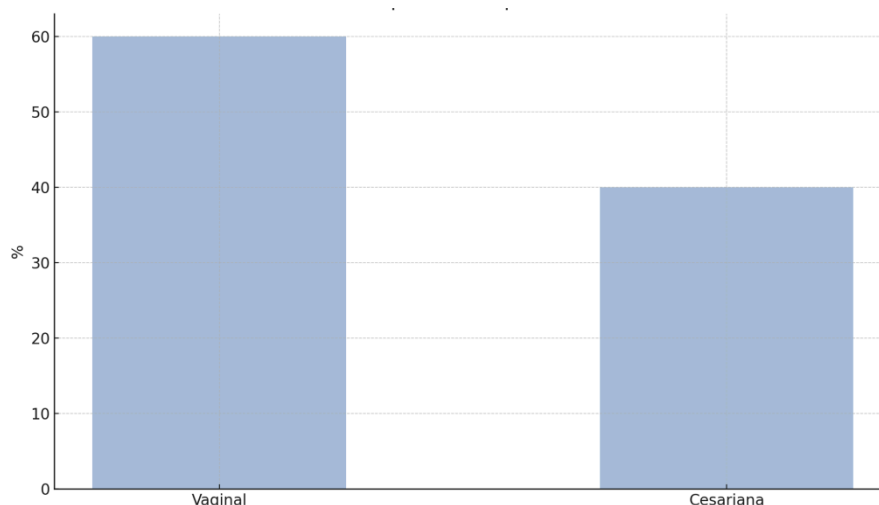
Tabela 4 – Desfechos do parto, elaboração e utilização do Plano de Parto e Nascimento (grupo com Plano de Parto e Nascimento). Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2025.

Variável	Frequência (n=30)	%
Via de parto – Vaginal	18	60,0%
Via de parto – Cesariana	12	40,0%
Idade gestacional 39-40 sem.	21	70,0%
Trimestre de elaboração do PPN – 3º	22	73,3%
Apresentou PPN na internação	28	93,3%
Questionado sobre o PPN	25	83,3%
Preferências integralmente respeitadas	19	63,3%
Preferências parcialmente respeitadas	9	30,0%
Preferências não respeitadas	2	6,7%

Fonte: Dados da pesquisa (2025).

Sequencialmente, o Gráfico 14 apresenta a via de parto das puérperas participantes do estudo de acordo com o grupo com PPN.

Gráfico 14 – Via de Parto: Grupo com PPN

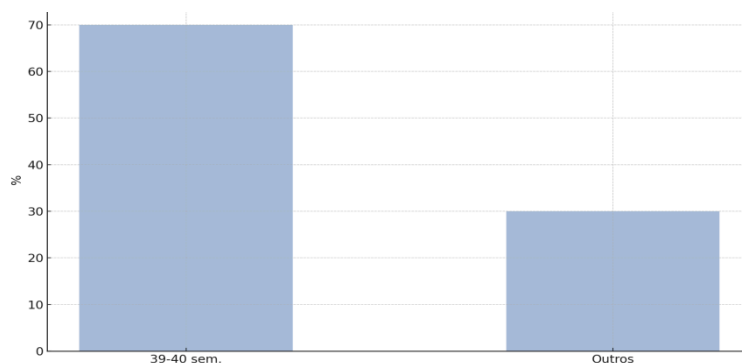


Fonte: Dados da pesquisa (2025).

O Gráfico 14 demonstra que, entre as puérperas com PPN, 60,0% tiveram parto vaginal e 40,0% cesariana. Estes resultados indicam que a elaboração do PPN contribui para uma maior preparação para o parto e incentiva as boas práticas baseadas em evidências, entre elas o parto fisiológico/vaginal, influenciando positivamente na escolha consciente do tipo de parto. Além disso, indica que a proporção de cesarianas, embora significativa, sugere que a elaboração do PPN não impede procedimentos cirúrgicos quando indicados e até mesmo quando não indicados, uma vez em que a OMS preconiza uma taxa de cesariana de, no máximo, 15%, quando comparados ao volume total de partos realizados.

A idade gestacional das puérperas no momento do parto de acordo com o grupo com PPN é apresentada no Gráfico 15 a seguir.

Gráfico 15 – Idade Gestacional no Parto: Grupo com PPN

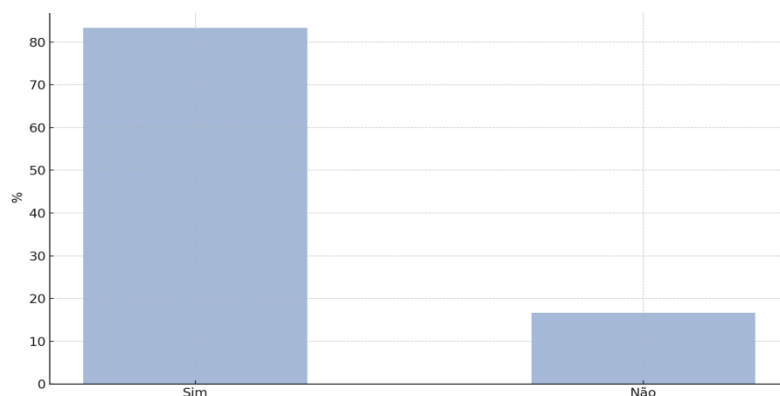


Fonte: Dados da pesquisa (2025).

No Gráfico 15 observa-se que 70,0% das mulheres com PPN transpassaram pelo processo de parturição entre 39 e 40 semanas, indicando partos a termo. Os 30,0% restantes corresponderam a partos fora dessa janela, incluindo prematuros e pós-termo. Este padrão avalia a eficácia do acompanhamento e do planejamento proporcionado pelo PPN, sugerindo que a elaboração e apresentação precoce do instrumento podem contribuir para o acompanhamento adequado até a maturidade fetal ideal.

No Gráfico 16, a seguir, apresenta-se se as puérperas com o PPN foram questionadas sobre a existência do documento durante a internação para o parto/nascimento.

Gráfico 16 – Questionamento sobre o Plano de Parto e Nascimento: Grupo com PPN

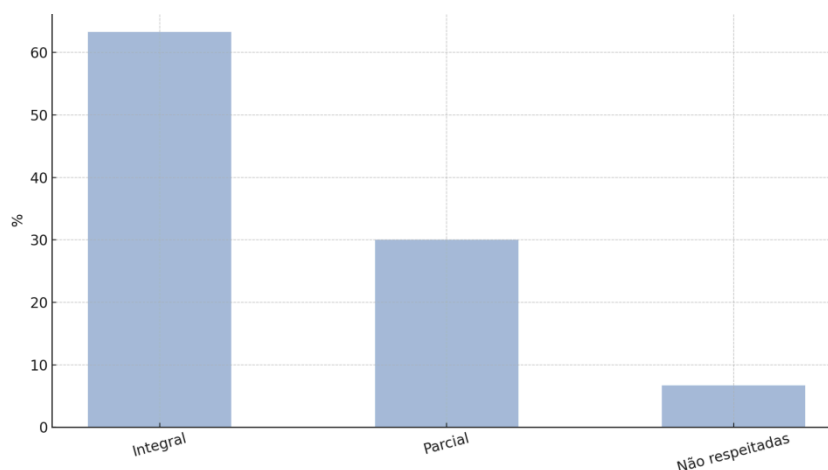


Fonte: Dados da pesquisa (2025).

Conforme ilustrado no Gráfico 16, 83,3% das puérperas com o PPN foram questionadas sobre a existência do documento durante a internação, enquanto 16,7% não tiveram essa abordagem. A alta proporção de questionamentos demonstra reconhecimento e valorização do instrumento pelas equipes e instituições de saúde. Contudo, o fato de nem todas serem questionadas indica a necessidade de protocolos fidedignos para garantir a efetiva implementação do PPN.

O respeito às preferências das puérperas do grupo com PPN no momento do parto é apresentado no Gráfico 17 abaixo.

Gráfico 17 – Respeito às Preferências: Grupo com PPN



Fonte: Dados da pesquisa (2025).

O Gráfico 17 evidencia que 63,3% das mulheres com PPN tiveram suas preferências integralmente respeitadas, ao passo que 30,0% foram parcialmente e 6,7% não respeitadas. Estes dados indicam que, embora o instrumento seja considerado e valorizado na maioria das situações, há lacunas na adesão completa às solicitações das parturientes. Isso reforça a necessidade de sensibilização contínua da equipe assistencial a fim de priorizar a escuta ativa e o respeito incondicional às escolhas da mulher, a fim de promover o cuidado centrado no usuário.

DISCUSSÃO

Os achados do presente estudo revelam um panorama complexo sobre a utilização do PPN nas maternidades públicas de Florianópolis, evidenciando baixa prevalência de adoção (9,7%) e disparidades socioeconômicas significativas entre usuárias e não usuárias deste instrumento.

A análise comparativa dos dados coletados junto às puérperas permite a compreensão aprofundada dos fatores que influenciam a elaboração e implementação do PPN, bem como seus impactos nos desfechos obstétricos.

A caracterização socioeconômica das participantes revela diferenças que transcendem a escolha individual pela elaboração do PPN, configurando-se como reflexo de desigualdades estruturais no acesso à informação e aos cuidados de saúde.

O perfil educacional significativamente mais elevado entre as usuárias com o PPN, identificado por 46,7% das puérperas com ensino superior comparado a 19,7% no grupo sem o PPN, corrobora os achados de Santos *et al.* (2019), que identificaram uma correlação positiva entre maior escolaridade e o empoderamento feminino no contexto obstétrico. Esta associação reflete o papel fundamental do capital cultural na capacidade de navegação pelos sistemas de saúde e apropriação de tecnologias de cuidado.

A distribuição da renda familiar reforça esta análise, evidenciando que 68,2% das mulheres sem PPN concentram-se na faixa de até dois salários mínimos, contrastando com a maior dispersão socioeconômica no grupo com PPN (43,3% nesta faixa). Mosquera Conde *et al.* (2022) destacam que o acesso ao PPN está intrinsecamente relacionado às condições materiais e simbólicas que permitem às mulheres exercerem protagonismo em suas escolhas reprodutivas, alinhando-se com os princípios da equidade preconizados pela Lei 8.080/1990.

O estado civil também é entendido como variável relevante, com 40% das usuárias do PPN em união estável. Ribeiro, Moraes e Silveira (2024) associam esta estabilidade afetiva à presença de redes de suporte/apoio familiar que facilitam não apenas a elaboração do documento, mas também sua implementação durante o processo de parturição, ampliando as possibilidades de apoio oferecido à mulher para que ela tome decisões informadas sobre o seu corpo, garantindo que suas vontades e preferências sejam respeitadas pela equipe de saúde durante o trabalho de parto, parto, nascimento do seu filho e pós-parto.

A análise do perfil obstétrico revela padrões que evidencia que o PPN é predominantemente adotado por mulheres em situações de menor complexidade clínica. A concentração de 66,7% de primigestas no grupo com PPN, contrastando com 35% no grupo sem o PPN, confirma os achados de Trigueiro *et al.* (2024), que destacam o protagonismo de primigestas na busca por instrumentos de planejamento obstétrico. Esta tendência reflete maior motivação das primigestas em buscar informações e ferramentas de preparação para o processo de parturição.

Medeiros *et al.* (2019) observaram que multigestas frequentemente consideram o PPN menos necessário devido à experiência prévia, desenvolvendo estratégias próprias baseadas em vivências anteriores. Esta percepção pode representar uma oportunidade perdida de aprimoramento da qualidade assistencial,

uma vez que cada gestação apresenta particularidades que poderiam beneficiar-se do planejamento sistemático.

A predominância de gestações de risco habitual entre as usuárias com PPN (80% versus 63,4% no grupo sem o PPN) sugere que este instrumento é mais facilmente incorporado em contextos de menor complexidade clínica. Esta constatação é preocupante, pois gestantes de alto risco poderiam favorecer-se significativamente do planejamento detalhado, especialmente, na comunicação de suas preferências, quando possível, em situações em que intervenções médicas são necessárias, além de obterem um melhor preparo para o enfrentamento das situações adversas que poderão ocorrer no pós-parto. Ademais, a subutilização deste instrumento evidencia lacunas na aplicação dos princípios estabelecidos pela Portaria SAS/MS 650/2011, que instituiu a Rede Cegonha e preconiza a inclusão do PPN independentemente da classificação de risco gestacional (Brasil, 2011).

A diferença expressiva na discussão do PPN durante as consultas de acompanhamento pré-natal representou um total de 70% entre as usuárias que elaboraram o documento versus 16,4% no grupo sem o PPN, evidenciando que a abordagem permanece dependente da iniciativa individual das gestantes, contrariando as diretrizes da Lei 11.634/2007, que garantem à gestante o direito à informação prévia sobre procedimentos e práticas adotadas (Brasil, 2007).

Barreto *et al.* (2020) identificaram esta dependência como principal obstáculo à universalização do PPN, destacando a necessidade de protocolos institucionais que tornem obrigatória a discussão da temática. A ausência de abordagem proativa não apenas limita o acesso, mas perpetua desigualdades, uma vez que gestantes com menor capital cultural têm menor probabilidade de conhecer e solicitar auxílio para elaborar este instrumento.

A distribuição equilibrada entre as maternidades no grupo com o PPN (50% em cada) contrastando com a concentração na MCD no grupo sem o documento (71,4%) sugere possíveis diferenças nas políticas institucionais, indicando necessidade de padronização conforme preconizado pelas Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal (Portaria MS 353/2017) (Brasil, 2017). Além disso, esses dados também constataam que na referida maternidade ocorre um quantitativo maior de partos/nascimentos (MCD).

Os desfechos obstétricos demonstram que, em contrapartida, os achados evidenciam uma contrariedade frente às legislações vigentes que preconizam que o

quantitativo de cesarianas deve ser de até 15% do número de partos realizados. A proporção de 60% de partos vaginais entre as usuárias representa indicador positivo no contexto de serviços públicos, onde as taxas de cesariana frequentemente ultrapassam 50%. Este achado alinha-se com Santana *et al.* (2020), que destacam a associação entre o PPN e a redução de intervenções desnecessárias.

Quanto ao respeito às preferências, 63,3% puérperas obtiveram a concessão integral dos seus desejos, ao passo que 30% obtiveram atendimento parcial e 6,7% não tiveram suas preferências atendidas, embora a maioria tenha apresentado resultado positivo, se evidenciam hiatos na adesão completa do instrumento. Mosquera Conde *et al.* (2022) enfatizam que o respeito às preferências constitui direito fundamental, não se tratando de uma mera concessão.

A integração efetiva das preferências das mulheres requer capacitação continuada de equipes multidisciplinares, inclusão obrigatória de discussão do PPN em cada consulta pré-natal, monitoramento institucionalizado pelos gestores e campanhas educativas voltadas às populações vulneráveis visando reduzir desigualdades e promover o empoderamento feminino.

Ao considerar o PPN como processo comunicativo e estratégico de fortalecimento da autonomia feminina, reafirma-se sua importância para a garantia dos direitos reprodutivos e qualificação do cuidado materno-infantil.

Sua implementação efetiva constitui imperativo ético e legal para a assistência obstétrica verdadeiramente humanizada, equânime e centrada nas necessidades das mulheres.

CONCLUSÃO

O estudo evidenciou que a utilização e implementação do PPN ainda é incipiente entre as parturientes atendidas nas maternidades públicas de Florianópolis.

Os dados apontaram que a elaboração do PPN esteve fortemente associada a fatores como maior escolaridade, faixa de renda mais elevada, primiparidade e gestações de risco habitual, indicando que o acesso a essa ferramenta ainda é influenciado por desigualdades socioeconômicas e culturais.

Além disso, verificou-se que a discussão do PPN no pré-natal foi pouco frequente entre aquelas que não elaboraram o documento, o que evidencia a ausência de políticas institucionais eficazes para sua promoção e orientação.

No que tange aos desfechos, observou-se que o PPN contribuiu para o aumento da prevalência de partos vaginais e para o respeito às preferências das gestantes/parturientes, ainda que de forma parcial, o que ressalta seu potencial como instrumento de humanização e qualificação da assistência obstétrica.

Entre as limitações do estudo, destaca-se o reduzido número de usuárias que apresentaram o PPN, o que compromete a robustez das análises e a potência estatística dos resultados.

REFERÊNCIAS

BALASKAS, J.; SARZANA, S. **Parto ativo: guia prática para o parto natural**. [S.l.]: Ground, 2021.

BRANCO, J. S. M. *et al.* A importância do plano de parto para autonomia da parturiente. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 7, p. e43911730102, 2022. DOI: 10.33448/rsd-v11i7.30102. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i7.30102>.

BRASIL. Lei n.º 11.108, de 7 de abril de 2005. **Garante à parturiente o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto**. Diários Oficiais da União, Brasília, 7 abr. 2005. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l111108.htm. Acesso em: 08 jul. 2025. scielosp.org+11planalto.gov.br+11law.cornell.edu+11

BRASIL. Lei n.º 11.634, de 27 de dezembro de 2007. **Garante à gestante direito à informação prévia e visita à maternidade**. Disponível em: <https://www.donahelena.com.br/lei-do-acompanhamento-no-parto/>. Acesso em: 08 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco / Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/atencao-ao-pre-natal-de-baixo-risco/> Acesso em: 08 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS n.º 353, de 14 de fevereiro de 2017. Aprova as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal**. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2017/prt0353_14_02_2017.html. Acesso em: 08 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria SAS/MS n.º 650, de 10 de maio de 2011. Institui a Rede Cegonha, incorporando o PPN como prática preconizada.** Brasília: 2011. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br>. Acesso em: 08 jul. 2025.

BRASIL. **Resolução nº 672 de 23 de junho de 2016.** Normatiza a atuação e a responsabilidade do Enfermeiro, Enfermeiro Obstetra e Obstetriz na assistência às gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos nos Serviços de Obstetrícia, Centros de Parto Normal e/ou Casas de Parto e outros locais onde ocorra essa assistência; estabelece critérios para registro de títulos de Enfermeiro Obstetra e Obstetriz no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 2016. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-672-2021/> Acesso em: 08 jul. 2025.

CHEMELLO, M. R. *et al.* Ansiedade materna e relação mãe-bebê: um estudo qualitativo. **Rev. SPAGESP**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 1, p. 39-53, jun. 2021. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-2970202100010004&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 16 jul. 2025.

COSTA, E. S. *et al.* Análise da importância do plano de parto na assistência de enfermagem: revisão integrativa. **Saúde Coletiva** (Barueri), v. 11, n. 60, p. 4556-4565, 2021. Disponível em: <https://revistas.mpmcomunicacao.com.br/index.php/saudecoletiva/article/view/889> Acesso em: 08 jul. 2025.

LEAL, N. J. *et al.* Prenatal care: nurses testimonial. **Rev Fund Care Online**, v. 10, n. 1, p. 113-122, 2018. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/322411652_Prenatal_care_nurses%27_testimonial_Assistencia_ao_pre-natal_depoimento_de_enfermeiras Acesso em: 08 jul. 2025.

MAGALHÃES, B. P. *et al.* Transformações na assistência ao parto no Brasil: desafios e perspectivas para a humanização com a participação de doulas e parteiras. **Ciências da Saúde**, v. 28, n. 134, 2024. DOI: 10.5281/zenodo.11427950

MEDEIROS, R. M. K. *et al.* Repercussões da utilização do plano de parto no processo de parturição. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 40, p. 1–12, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rngenf/a/FwsQmg48tP6BrWrd95GhWhJ/>. Acesso em: 08 jul. 2025.

MOSQUERA CONDE, O. L. *et al.* Construção de um modelo de plano de parto a partir da percepção das gestantes. **REFACS: Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, v. 8, n. 3, 2022. Disponível em: <https://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/refacs/article/view/6759>. Acesso em: 08 jul. 2025.

SANTOS, F. S. 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**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 6, e00143718, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/FrXHFqx57JpZBsFV5Xdt3jB/>. Acesso em: 08 jul. 2025.

TRIGUEIRO, T. H. *et al.* A autonomia da gestante na implementação de seu plano de parto: revisão integrativa (2013–2023). **Revista REMAS**, 2024. Disponível em: <https://www.remas.faculdadefuturo.edu.br/remas/article/view/45>. Acesso em: 08 jul. 2025.

6.3 MANUSCRITO 3: DESENVOLVIMENTO E VALIDAÇÃO DA TECNOLOGIA *BIRTHWAY*: MEU PLANO DE PARTO E NASCIMENTO

Beatriz Steingreber de Barros

Marli Terezinha Stein Backes

RESUMO

Introdução: a assistência obstétrica no Brasil evoluiu com foco na humanização e qualidade. O plano de parto e nascimento surgiu como instrumento legal que valoriza as preferências da gestante e promove um cuidado centrado na mulher. O Enfermeiro, neste cenário, tem papel fundamental na construção e implementação do plano de parto e nascimento. A validação de um instrumento para orientar profissionais é essencial, considerando a complexidade e as múltiplas dimensões do instrumento. **Objetivo:** desenvolver e validar a tecnologia *BirthWay* sobre a elaboração do plano de parto e nascimento para uso de gestantes e profissionais da atenção primária à saúde. **Método:** trata-se de um estudo multimétodos para o desenvolvimento e validação da tecnologia *BirthWay*. Essa tecnologia foi desenvolvida com base em quatro etapas: revisão sistemática da literatura; estudo transversal sobre a prevalência da utilização e implementação do plano de parto e nascimento nas maternidades públicas de Florianópolis; desenvolvimento da tecnologia *BirthWay*; validação de conteúdo da tecnologia *BirthWay*. A tecnologia é composta por seis seções: (1) orientações iniciais de como elaborar um plano de parto e nascimento; (2) minhas escolhas durante o trabalho de parto; (3) minhas escolhas no momento do parto; (4) minhas escolhas imediatamente após o parto; (5) minhas escolhas em caso de cesariana e, (6) minhas escolhas frente aos cuidados com o recém-nascido. A validação de conteúdo foi realizada com enfermeiros especialistas na área da enfermagem obstétrica e da atenção primária à saúde. Para a determinação da legitimidade dos resultados, utilizou-se o Índice de Validade de Conteúdo $\geq 0,8$ que foi composto pelos critérios de objetividade, clareza, concordância, eficácia e relevância. A etapa de validação de conteúdo ocorreu no mês de junho de 2025. **Resultados:** a validação de conteúdo da tecnologia *BirthWay* contou com a participação de seis especialistas, resultando em Índice de Validade de Conteúdo Global de 0,82. Todas as cinco seções avaliadas da tecnologia *BirthWay* atingiram valores iguais ou superiores a 0,80 indicando validade satisfatória. A seção 2 obteve índice de 0,86. Já a seção 3, índice de 0,81. A seção 4 obteve índice de 0,82 enquanto na seção 5 o índice foi de 0,81. Por fim, na seção 6 o índice obtido foi de 0,82. As sugestões dos especialistas foram incorporadas, aprimorando e adequando, com clareza, os conteúdos apresentados. **Conclusão:** a tecnologia *BirthWay* demonstrou validade de conteúdo adequada, sendo considerada uma ferramenta pertinente e eficaz para subsidiar a construção de planos de parto e nascimento. Sua aplicação pode promover o empoderamento das gestantes, o cuidado centrado na mulher e a qualificação da assistência obstétrica.

Descritores: Cuidado pré-natal; Empoderamento; Estudo de validação; Parto humanizado; Plano de parto; Satisfação do paciente.

INTRODUÇÃO

A assistência obstétrica brasileira tem experimentado transformações significativas desde a instituição do PHPN, estabelecido pela Portaria nº 569 de 1º de junho de 2000, com foco na redução da morbimortalidade materna e neonatal por meio da melhoria do acesso, cobertura e qualidade da atenção obstétrica (Brasil, 2002). O princípio subjacente a esta iniciativa encontra-se na convicção de que ganhos quantitativos devem vir acompanhados de transformações qualitativas orientadas pela humanização da assistência.

Nesse cenário, é inserido o PPN como documento legal que consubstancia valores, expectativas e preferências delineadas ao longo da gestação. Elaborado após a mulher receber informações idôneas e fidedignas, o PPN torna-se o eixo da relação terapêutica, norteando condutas em todas as fases do processo de parturição e permitindo que decisões clínicas se reflitam em condutas informadas entre a usuária e a equipe assistencial (Suárez-Cortés *et al.*, 2015).

O modelo formal de PPN, concebido nos Estados Unidos na década de 1980, apresentou o processo de parturição como um evento fisiológico, inaugurando este paradigma influenciador que instigou movimentos pela humanização do trabalho de parto, parto, nascimento e pós-parto em diversos países (Chacham; Perpétuo, 1996).

No Brasil, a adoção do PPN possibilita à gestante expor suas preferências durante o processo de parturição, promovendo mudanças assistenciais amplamente reconhecidas. Desta forma, ao empoderar a mulher, o PPN contribui para consolidar práticas centradas na parturiente, fundamentadas em evidências científicas e alinhadas às diretrizes do PHPN (Brasil, 2002). Anselmo *et al.* (2024) acrescentam que a comunicação eficaz e a educação em saúde no acompanhamento do pré-natal são fundamentais para garantir uma assistência ao processo de parturição centrado na mulher, ressaltando que os profissionais de saúde, sobretudo os enfermeiros, devem se apropriar dessa ferramenta com objetivo de promover o empoderamento das gestantes.

Os enfermeiros desempenham um papel essencial na operacionalização do PPN, e encontram-se em posição privilegiada para facilitar sua elaboração, discussão e implementação, atuando como mediadores entre as expectativas das gestantes e as práticas assistenciais (Oliveira, 2024). No entanto, a implementação

efetiva do PPN na prática assistencial brasileira enfrenta desafios importantes, abrangendo desde a falta de conhecimento dos profissionais facilitadores a sua elaboração até a resistência institucional em reconhecer e respeitar as preferências expressas pelas gestantes.

Diante dessa problemática desafiadora, torna-se essencial o desenvolvimento e validação de tecnologias que visam orientar gestantes e profissionais de saúde no que diz respeito à implementação adequada do PPN.

A validação de conteúdo constitui um processo metodológico rigoroso que avalia se os itens de um instrumento representam, adequadamente, o constructo que se pretende mensurar, sendo essencial para garantir a qualidade e aplicabilidade clínica de ferramentas assistenciais. No contexto do PPN, a construção e a validação assumem relevância imperativa, considerando as especificidades em que o contexto do sistema de saúde brasileiro está inserido, marcado por desigualdades regionais e diversidades de práticas obstétricas.

A necessidade de um instrumento validado justifica-se pela complexidade inerente ao PPN, que abrange múltiplas dimensões: local do parto, a ingestão alimentar e hídrica durante o trabalho de parto, a escolha da posição para o processo de dilatação e parto, o contato pele a pele, a amamentação precoce, exclusiva e em livre demanda, o clampeamento tardio do cordão umbilical, a guarda da placenta e/ou o carimbo da placenta, a escolha pelo acompanhante, o uso ou não de analgesias, questões relacionadas a ambiência (como a escolha pela iluminação do ambiente e uso de musicoterapia e aromas, por exemplo), a realização ou não de exercícios, o uso de técnicas não farmacológicas para alívio da dor (respiração, meditação, massagem, banho), uso ou não de episiotomia, cuidados pós parto e cuidados imediatos ofertados ao recém-nascido (Suárez-Cortés *et al.*, 2015).

Considerando que o Enfermeiro tem maior proximidade às gestantes durante o acompanhamento pré-natal e assistência ao processo de parturição, a validação do conteúdo de um instrumento para orientá-la na elaboração do PPN é uma estratégia essencialmente importante para qualificar a assistência obstétrica no Brasil. Tal instrumento deve contemplar não apenas os aspectos técnicos da elaboração do PPN, mas também as competências relacionais necessárias para promover o empoderamento feminino e garantir que as preferências das gestantes sejam respeitadas e implementadas de forma segura, baseadas em evidências científicas.

Desta forma, esta pesquisa teve como objetivo desenvolver e validar a tecnologia *BirthWay* sobre a elaboração do PPN para uso das gestantes e profissionais da APS.

MÉTODO

Trata-se de um estudo multimétodos, desenvolvido por meio de três abordagens metodológicas diferentes: 1) RSL; 2) Estudo transversal sobre a prevalência da utilização e implementação do PPN nas maternidades públicas de Florianópolis; 3) Estudo metodológico para desenvolvimento e validação de conteúdo da tecnologia *BirthWay*. E envolveu quatro etapas de desenvolvimento.

A primeira etapa se deu com base nos resultados evidenciados na RSL norteada pelas recomendações do *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA) (Peters *et al.*, 2020). A definição da questão de pesquisa partiu do questionamento principal: *O PPN é, de fato, discutido nas instituições que atendem gestantes e puérperas?*

As fontes de buscas foram realizadas nas bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), ZB MED – *Leibniz Information Centre for Life Sciences* (LIVIVO), *Educational Resources Information Centre* (ERIC), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Base de Dados de Enfermagem (BDENF), Periódicos da Capes, além do *Google Scholar®* representando a literatura cinzenta. De igual modo a busca eletrônica, foram realizadas pesquisas manuais a fim de rastrear as listas de referências dos estudos selecionados, bem como todas as outras publicações do primeiro autor de todos os estudos relevantes.

Durante o estudo transversal realizado na segunda etapa com puérperas internadas nos Alojamentos Conjuntos do HU-UFSC/EBSERH e da MCD, ambas localizadas em Florianópolis, Santa Catarina, uma das pesquisadoras utilizou as fotos dos PPN elaborados pelas amostradas como alicerce para a construção do produto, ou seja, a tecnologia *BirthWay* (Anexo F).

Na terceira etapa, deu-se o desenvolvimento da tecnologia instrutiva *BirthWay* – Meu Plano de Parto e Nascimento, composta por seis seções: (1) Orientações iniciais sobre como elaborar um PPN; (2) Minhas escolhas durante o trabalho de parto; (3) Minhas escolhas no momento do parto; (4) Minhas escolhas

imediatamente após o parto; (5) Minhas escolhas em caso de cesariana e, (6) Minhas escolhas frente aos cuidados com o recém-nascido.

Na quarta etapa, realizou-se a validação de conteúdo com enfermeiros experts em obstetrícia e/ou na APS. O critério de inclusão consistiu na experiência, há mais de um ano, em APS ou em Centros Obstétricos. A seleção dos especialistas se deu a partir da técnica bola de neve (Vinuto, 2014).

O convite foi realizado formalmente, via correio eletrônico. Após o aceite, encaminhado o TCLE, em formato PDF (*Portable Document Format*), junto ao *link* do *Google Docs®* contendo o formulário. O período de validação compreendeu o mês de junho de 2025.

O formulário para avaliação foi estruturado segundo Pasquali (1996), composto pelos critérios de objetividade, clareza, relevância, concordância e eficácia. Para tal, foi utilizada uma escala *Likert* com quatro níveis: concordo totalmente (4), concordo (3), discordo parcialmente (2) e discordo (1). Também, foram disponibilizados espaços para sugestões no decorrer do formulário. Todas as recomendações foram acatadas em sua totalidade.

Para a determinação da validade utilizou-se o IVC, que mensura a proporção de concordância entre os juízes sobre determinado item do instrumento, independentemente, possibilitando analisar cada item de forma individual ou o instrumento na sua totalidade, a partir dos valores pontuados na escala *Likert* (Alexandre; Coluci, 2011).

Para o tratamento estatístico, foram consideradas as categorias concordo totalmente e concordo, que obtiveram avaliações aprovadas em um consenso de $\geq 80\%$, sendo este o índice de concordância pautado em outros estudos de validação (Polit; Beck, 2019).

O estudo foi aprovado pelo CEPESH da UFSC (Anexo C) por meio do parecer consubstanciado nº 5.517.525 e pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina, sob o nº 6.321.168. A fim de garantir o anonimato dos sujeitos do estudo, quanto às suas identificações, foram utilizados algarismos alfanuméricos como P1 (Participante 1), P2, P3 e assim sucessivamente.

RESULTADOS

A validação de conteúdo do PPN incluiu seis enfermeiros, sendo cinco do sexo feminino (83%) e um do sexo masculino (17%). Prevaleceu a faixa etária entre 31 a 50 anos (83,3%), seguida de 51 a 60 anos (16,7%). Em sua totalidade, a residência dos avaliadores compreendeu a região Sul do Brasil.

O tempo de experiência correspondeu: dois (33,3%) especialistas com 12 anos de experiência, um (16,7%) com 13 anos, um (16,7%) com 22 anos e dois (33,3%) com experiência de 3 a 5 anos. Em relação à titulação acadêmica, um participante possuía mestrado (16,7%) e cinco (83,3%) eram especialistas em obstetrícia e/ou APS.

A Tabela 5 apresenta os resultados do IVC da Seção 2 “minhas escolhas durante o trabalho de parto”.

Tabela 5 – Minhas escolhas durante o trabalho de parto. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. 2025.

Itens	Obj*	Clar*	Rel*	Conc*	Efic*	IVC Total
Acesso Venoso Periférico	0,83	0,66	1,00	0,83	1,00	0,86
Acompanhante	1,00	0,83	1,00	1,00	1,00	0,96
Ambiência	1,00	0,83	1,00	0,83	1,00	0,93
Dieta – Liberdade para Comer e Beber	1,00	0,83	1,00	0,83	1,00	0,93
Enema/Supositório de Glicerina	1,00	1,00	1,00	1,00	0,83	0,96
Métodos Farmacológicos (Medicações) para Alívio da Dor	0,83	0,66	0,83	0,83	0,66	0,76
Métodos Não Farmacológicos para Alívio da Dor	1,00	1,00	1,00	1,00	0,83	0,96
Monitoramento Fetal	1,00	0,83	1,00	1,00	1,00	0,96
Movimentos Livres/Liberdade de Movimentos	0,83	0,66	0,83	0,83	0,83	0,80
Toque Vaginal	0,83	0,66	0,83	0,83	0,83	0,80
Tricotomia	0,83	0,83	0,83	0,83	0,83	0,83
Ocitocina	0,66	0,66	0,66	0,66	0,66	0,66
Recebimento de Informações	0,83	0,83	0,83	0,83	0,83	0,83

(Consentimento Informado)						
Registros Fotográficos e de Filmagem	0,83	0,83	0,83	0,83	0,83	0,83
Ruptura Espontânea ou Artificial das Membranas (Bolsa Amniótica)	1,00	0,83	1,00	0,83	1,00	0,93
IVC Total	0,89	0,80	0,90	0,86	0,87	0,86

Legenda: Obj*: Objetividade; Clar*: Clareza; Rel*: Relevância; Conc*: Concordância; Efic*: Eficácia

O IVC Total deste momento do PPN foi de 0,86. Alguns itens foram recomendados conforme descrito na sequência.

Dois participantes sugeriram incluir a “presença de doula” (P1) e (P5) nas orientações iniciais de como elaborar um PPN.

Quanto ao acesso venoso periférico, houve a recomendação de deixar claro que “este dispositivo não é obrigatório, mas que pode ser indicado conforme evolução do parto” (P1).

No item enema/supositório de glicerina foi mencionado “explanar mais sobre a naturalidade e o tabu envolvendo a evacuação intraparto” (P4).

No item toque vaginal sugeriram: “poderia esclarecer que a parturiente pode solicitar que o exame seja interrompido a qualquer momento” (P2) e “desejo que não sejam realizados toques repetidos e puxos dirigidos” (P3).

Em relação a ocitocina recomendaram incluir: “pós-parto – desejo receber ocitocina 10 UI intramuscular, para evitar hemorragia pós-parto, como recomendado pela OMS” (P1).

No item ruptura espontânea ou artificial das membranas (bolsa amniótica ou bolsa d’água) foi recomendado incluir: “reforçar que a parturiente deve ser informada e consultada quanto à realização do procedimento” (P3).

Já a Tabela 6 relaciona as “minhas escolhas no momento do parto”, apresentando os itens que compreendem a Seção 3.

Tabela 6 – Minhas escolhas no momento do parto. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. 2025.

Itens	Obj*	Clar*	Rel*	Conc*	Efic*	IVC Total
Acompanhante	0,83	0,66	0,83	0,83	0,83	0,83
Ambiência	0,83	0,66	0,83	0,83	0,83	0,80

Encaminhamento para o Parto Cesariano	0,83	0,83	0,83	0,83	0,83	0,83
Episiotomia	0,83	0,66	0,83	0,83	0,83	0,80
Manobras de Expulsão	0,83	0,83	0,83	0,66	0,83	0,80
Movimentos Livres/Liberdade de Movimentos	0,83	0,83	0,83	0,83	0,83	0,80
Posições para o Parto	0,83	0,83	0,83	0,83	0,83	0,83
Realização de Força (Puxos)	0,83	0,83	0,83	0,83	0,83	0,83
Recebimento de Informações (Consentimento Informado)	0,83	0,83	0,83	0,83	0,83	0,83
Uso de Instrumentos: Fórceps, Extratores ou Ventosa/Vácuo	0,83	0,66	0,83	0,83	0,83	0,80
IVC Total	0,83	0,76	0,83	0,81	0,83	0,81

Legenda: Obj*: Objetividade; Clar*: Clareza; Rel*: Relevância; Conc*: Concordância; Efic*: Eficácia

Nessa seção o IVC Total foi de 0,81. Aos itens relacionados à clareza que obtiveram IVC de 0,76 foram recomendadas correções que, prontamente, foram acatadas.

No item encaminhamento para cesariana, uma participante sugeriu: “é importante colocar também o desejo da mãe, caso ela solicite ir para cesárea. Entender o motivo e auxiliá-la nesse processo se for medo, por exemplo” (P3).

Nas manobras de expulsão foi recomendado: “incluir que a realização destas manobras somente deve ocorrer com o consentimento informado da gestante” (P1).

No item de realização de força (puxos) sugeriram: “não quero que sejam realizados puxos dirigidos. Ficar em apneia não é recomendado e tem um parágrafo sobre isso no manual de diretrizes sobre o parto do Ministério da Saúde” (P2) e “deve-se apoiar a realização de puxos espontâneos no segundo período do parto em parturientes sem analgesia, evitando os puxos dirigidos” (P3).

A Tabela 7 apresenta a Seção 4, referente às “minhas escolhas imediatamente após o parto”, na qual são descritos os itens que compõem esse momento.

Tabela 7 – Minhas escolhas imediatamente após o parto. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. 2025.

Itens	Obj*	Clar*	Rel*	Conc*	Efic*	IVC Total
Acompanhante	0,83	0,83	0,83	0,83	0,83	0,83
Ambiência	0,83	0,83	0,83	0,83	0,83	0,83
Amamentação Imediata (Golden Hour)	0,83	0,66	0,83	0,83	0,83	0,80
Carimbo da Placenta	0,83	0,66	0,83	0,83	0,83	0,80
Clampeamento Tardio do Cordão Umbilical (Golden Hour)	0,83	0,83	0,83	0,83	0,83	0,83
Contato Pele a Pele (Golden Hour)	0,83	0,83	0,83	0,83	0,66	0,80
Dequitação Fisiológica (Natural) da Placenta	0,83	0,83	0,83	0,66	0,83	0,80
Escolha do Responsável pelo Corte do Cordão Umbilical	0,83	0,83	0,83	0,83	0,83	0,83
Recebimento de Informações (Consentimento Informado)	0,83	0,83	0,83	0,83	0,83	0,83
IVC Total	0,83	0,80	0,83	0,83	0,83	0,82

Legenda: Obj*: Objetividade; Clar*: Clareza; Rel*: Relevância; Conc*: Concordância; Efic*: Eficácia

Na Seção 4 do PPN o IVC Total foi de 0,82. As recomendações de inclusão ou correções são apresentadas a seguir.

Em relação ao item de amamentação imediata foi mencionado: “sugiro abordar situações em que a amamentação imediata pode não ser possível” (P1).

No item carimbo da placenta foi pontuado: “informar que não é recomendada em casos de infecção materna ou neonatal” (P1).

Já no item a escolha do responsável pelo corte do cordão umbilical foi recomendado incluir: “no parto normal, o acompanhante pode cortar o cordão. Porém, na cesariana, não é recomendado. Nesse caso a OMS ainda preconiza que somente seja manuseado o que está em campo estéril, por quem está escovado e paramentado” (P1).

Na Tabela 8 são descritos os itens que compreendem a Seção 5 “minhas escolhas em caso de cesariana”.

Tabela 8 – Minhas escolhas em caso de cesariana. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. 2025.

Itens	Obj*	Clar*	Rel*	Conc*	Efic*	IVC Total
Acompanhante	0,83	0,83	0,83	0,83	0,83	0,83
Alojamento Conjunto	0,83	0,83	0,83	0,83	0,83	0,83
Amamentação Imediata (Golden Hour)	0,83	0,83	0,83	0,83	0,66	0,80
Ambiência	0,83	0,66	0,83	0,83	0,83	0,83
Carimbo da Placenta	0,83	0,83	0,83	0,83	0,66	0,80
Cesariana Humanizada	0,83	0,83	0,83	0,83	0,83	0,83
Clampeamento Tardio do Cordão Umbilical (Golden Hour)	0,83	0,83	0,83	0,83	0,66	0,80
Contato Pele a Pele (Golden Hour)	0,83	0,83	0,83	0,83	0,83	0,83
Escolha do Responsável pelo Corte do Cordão Umbilical	0,83	0,83	0,83	0,83	0,83	0,80
Mãos Livres	0,83	0,83	0,83	0,83	0,83	0,83
Recebimento de Informações (Consentimento Informado)	0,83	0,83	0,83	0,83	0,83	0,83
IVC Total	0,83	0,80	0,83	0,83	0,80	0,81

Legenda: Obj*: Objetividade; Clar*: Clareza; Rel*: Relevância; Conc*: Concordância; Efic*: Eficácia

Nessa Seção do PPN (5) o IVC Total foi de 0,81.

Aos itens que compreenderam esta seção, “minhas escolhas em caso de cesariana”, foram feitas sugestões como nos momentos anteriores: amamentação imediata (*Golden Hour*), carimbo da placenta e escolha do responsável pelo corte do cordão umbilical.

A Tabela 9 corresponde a Seção 6 “minhas escolhas frente aos cuidados com o recém-nascido”.

Tabela 9 – Minhas escolhas frente aos cuidados com o recém-nascido. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. 2025.

Itens	Obj*	Clar*	Rel*	Conc*	Efic*	IVC Total
Acompanhante	0,83	0,83	0,83	0,83	0,83	0,83
Alojamento Conjunto	0,83	0,83	0,83	0,83	0,83	0,83
Amamentação (Livre Demanda)	0,83	0,83	0,83	0,83	0,83	0,83

Ambiência	0,83	0,83	0,83	0,83	0,83	0,83
Aspiração de Vias Aéreas e Gástricas do Recém-Nascido	0,83	0,83	0,83	0,83	0,83	0,83
Banho do Recém-Nascido	0,83	0,83	0,83	0,83	0,83	0,83
Bicos Artificiais	0,83	0,83	0,83	0,66	0,83	0,80
Recebimento de Informações (Consentimento Informado)	0,83	0,83	0,83	0,83	0,83	0,83
Aplicação de Nitrato de Prata, Eritromicina, Tetraciclina Tópica ou Iodopovidona nos Olhos do Bebê	0,83	0,83	0,83	0,83	0,83	0,83
Oferta de Fórmulas e/ou Soluções	0,83	0,83	0,83	0,66	0,83	0,80
Procedimentos Invasivos	0,83	0,83	0,83	0,83	0,83	0,83
Realização de Procedimentos no Bebê apenas na Presença dos Pais	0,83	0,83	0,83	0,83	0,83	0,83
Vitamina K	0,83	0,83	0,83	0,83	0,83	0,83
IVC Total	0,83	0,83	0,83	0,80	0,83	0,82

Legenda: Obj*: Objetividade; Clar*: Clareza; Rel*: Relevância; Conc*: Concordância; Efic*: Eficácia

O IVC nesta seção foi de 0,82 onde as recomendações descritas apresentam-se a seguir.

No item amamentação em livre demanda foi sugerido: “ressaltando que os recém-nascidos com risco de hipoglicemia precisam de atenção redobrada, controle de glicemia e suporte nutricional, além da livre demanda, que pode ser com a extração de colostro da mãe e a oferta ao bebê por translactação” (P5).

À aspiração de vias aéreas e gástricas do recém-nascido foi recomendado incluir: “a aspiração não é mais obrigatória e sugerida como recomendada em caso de obstrução ou presença de mecônio nas vias aéreas superiores pela Sociedade Brasileira de Pediatria” (P4).

No item bicos artificiais foi recomendado: “sugiro retirar tudo que sugere que seja bom ofertar qualquer tipo de bico artificial, até por conta da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras, e das instituições que atuam conforme a Iniciativa Hospital Amigo da Criança, projeto mundial que é apoiado pela UNICEF (Fundo das

Nações Unidas para a Infância). Qualquer uso de bico artificial ou substituto do leite materno deve ser realizado por indicação clínica criteriosa” (P3).

Quanto à realização de procedimentos no bebê apenas na presença dos pais, foi recomendado: “inclusive reanimação. Ótimo!” (P1).

A Tabela 10 apresenta a avaliação das seções dos momentos do PPN em sua totalidade.

Tabela 10 – Avalie o *BirthWay* em sua totalidade. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. 2025.

Plano de Parto e Nascimento	Obj*	Clar*	Rel*	Conc*	Efic*	IVC Total
Orientações Iniciais de como Elaborar um Plano de Parto e Nascimento	0,89	0,80	0,90	0,86	0,87	0,86
Minhas Escolhas no Momento do Parto	0,83	0,76	0,81	0,81	0,83	0,81
Minhas Escolhas Imediatamente Após o Parto	0,83	0,80	0,83	0,83	0,83	0,82
Minhas Escolhas em Caso de Cesariana	0,83	0,80	0,83	0,83	0,80	0,81
Minhas Escolhas frente aos Cuidados com o Recém-Nascido	0,83	0,83	0,83	0,80	0,83	0,82
IVC Total	0,84	0,80	0,84	0,82	0,83	0,82

Legenda: Obj*: Objetividade; Clar*: Clareza; Rel*: Relevância; Conc*: Concordância; Efic*: Eficácia

A avaliação geral do *BirthWay* – Meu Plano de Parto e Nascimento obteve um IVC Total de 0,82 resultando na validação fidedigna do conteúdo científico.

DISCUSSÃO

A validação de conteúdo da tecnologia *BirthWay* – Meu Plano de Parto e Nascimento obteve IVC satisfatório em todas as cinco seções avaliadas, com valores totais variando entre 0,81 a 0,86 e IVC Global de 0,82.

Conforme recomendado por Polit e Beck (2019) e Alexandre e Coluci (2011), índices iguais ou superiores a 0,80 indicam validade aceitável dos itens, confirmando que a tecnologia *BirthWay* orienta, de forma fidedigna, esta prática.

A Seção 2 sobre as “minhas escolhas durante o trabalho de parto” obteve IVC de 0,86 e foi sugerido adequação nos itens “acesso venoso periférico” e “dieta”. Entretanto, todos se destacaram pela objetividade e relevância, alinhando-se às Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal, que enfatizam a necessidade de informações claras para promoção da autonomia das mulheres no processo de parturição (Brasil, 2017; Brasil, 2022).

A sugestão de inclusão da presença de doula, enfermeiro obstetra e fisioterapeuta pélvico podem fomentar e enriquecer a eficácia instrucional da tecnologia *BirthWay*, reforçando a garantia destes profissionais durante o trabalho de parto, parto, nascimento e pós-parto, desde que haja a solicitação da parturiente (Santa Catarina, 2016).

A Seção 3 “minhas escolhas no momento do parto”, registrou IVC de 0,81. Embora todos os itens tenham atingido o índice mínimo de 0,80 fez-se necessário aprimorar a redação das frases que tratavam das manobras de expulsão e da realização de força (puxos), uma vez que a avaliação da clareza (0,76) e da concordância (0,81) apresentaram as menores pontuações. Anselmo *et al.*, (2024) ressaltam que a comunicação precisa durante o processo de parturição influencia diretamente na segurança e satisfação materna. Portanto, as recomendações por inserir menções ao consentimento informado e evitar “puxos dirigidos” são coerentes com essa evidência (Brasil, 2017). A clareza aprimorada nesses itens fortalece a confiança do profissional e da parturiente no uso desta tecnologia.

Na Seção 4 “minhas escolhas imediatamente após o parto”, o IVC Total foi de 0,82 sendo possível realçar os achados frente aos itens como contato pele a pele e clampeamento tardio do cordão umbilical. Esses resultados estão em concordância com as recomendações da OMS (OMS, 2025), que endossa a “hora de ouro” para a díade mãe-filho (Sá; Rabelo, 2021; Souza *et al.*, 2021; Cortez; Ribeiro; Silva, 2023).

A recomendação de considerar as condições em que a amamentação imediata pode não ocorrer demonstra sensibilidade clínica e empatia, alinhando a tecnologia *BirthWay* às Diretrizes Nacionais de Aleitamento Materno do Ministério da Saúde (Brasil, 2014).

Sobre a Seção 5 “minhas escolhas em caso de cesariana”, o IVC foi de 0,81 confirmando a pertinência dos itens, principalmente no que diz respeito à inclusão do alojamento conjunto, a humanização do ato cirúrgico e a livre movimentação da parturiente (Queiroz *et al.*, 2019), visto que a humanização da cesariana passa pela

minimização de intervenções desnecessárias e garantia das preferências maternas (Brasil, 2022).

As sugestões de reforçar restrições ao responsável pelo corte do cordão umbilical e contextualizar o “campo estéril” são fundamentais para compatibilizar esta prática junto às normas da OMS e protocolos de segurança cirúrgica (Brasil, 2017; Silva; Silva; Verçosa, 2023).

Em relação à Seção 6 sobre os “cuidados com o recém-nascido”, foi apresentado IVC de 0,82 e sinalizado aos itens como amamentação em livre demanda e aspiração de vias aéreas, ajustes pontuais. A sugestão sobre contraindicações da aspiração, foram descritas em conformidade à Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP, 2019), bem como sobre evitar bicos artificiais (Souza, 2024) em consonância com a Política Nacional de Aleitamento Materno (Brasil, 2013).

A validação de conteúdo global da tecnologia *BirthWay* consolidou o IVC em 0,82. Santos *et al.*, (2019) enfatizam que instrumentos que atingem esse patamar de concordância entre especialistas tendem a ser bem-aceitos pelos usuários finais e a facilitar a implementação consistente de boas práticas em saúde.

IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM

Os resultados desta validação revelam que o *BirthWay* é uma ferramenta eficaz para guiar gestantes e profissionais de saúde, sobretudo enfermeiros, na condução e uso do PPN, promovendo uma comunicação assertiva, clara e respeitosa frente às preferências das parturientes.

LIMITAÇÕES E RECOMENDAÇÕES

O fato de a validação ter ocorrido apenas com especialistas da região Sul do país constitui uma limitação do estudo, pois pode não refletir a diversidade de práticas e interpretações presentes em outras regiões brasileiras.

Além disso, a impossibilidade de implementação com a avaliação do impacto deste produto na prática revela-se, igualmente, uma importante insuficiência do estudo, devendo ocorrer posteriormente, em novos estudos acadêmicos.

CONCLUSÃO

A tecnologia *BirthWay* – Meu Plano de Parto e Nascimento demonstrou validade de conteúdo fidedigno, sinalizando sua adequação técnica e relevância clínica.

A incorporação das sugestões dos especialistas, aliadas às orientações das políticas públicas e das normas internacionais, potencializam sua efetividade como ferramenta de promoção do empoderamento e da autonomia da mulher no período gravídico-puerperal, bem como frente às melhorias da assistência obstétrica.

Assim, o *BirthWay* apresenta-se como contribuição significativa para a efetivação de boas práticas obstétricas e neonatais no Brasil, oferecendo um guia estruturado que concerne à implementação do PPN, fomentando práticas respeitadas, de cuidado seguro e centrado na mulher.

REFERÊNCIAS

ALEXANDRE, N. M.C; COLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3061-3068, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n7/06.pdf>. Acesso em: 18 jul.2025.

ANSELMO, S. R. B. *et al.* Plano de parto como ferramenta de empoderamento a gestante: revisão integrativa de literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 91, p. 13205-13220, 2024. Acesso em: 18 jul.2025.

BRASIL. **Humanização da atenção ao parto requer respeito à autonomia da mulher**. Brasília, DF, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/comunicacao/noticias/humanizacao-da-atencao-ao-parto-requer-respeito-a-autonomia-da-mulher>. Acesso em: 18 jul.2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA nº 04/2022**. Práticas seguras para a prevenção de incidentes envolvendo cateter intravenoso periférico em serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-recem-nascido/nt4-cateter-intravenoso-anvisa-2022/>. Acesso em: 18 jul.2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humanização do parto e do nascimento**. Universidade Estadual do Ceará. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 465 p. (Cadernos HumanizaSUS). Disponível em: https://redehumanizasus.net/sites/default/files/caderno_humanizasus_v4_humanizacao_parto.pdf. Acesso em: 18 jul.2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: https://_humanizausus_v4_humanizacao_parto.pdf/ Acesso em: 18 jul.2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Aleitamento materno, distribuição de leites e fórmulas infantis em estabelecimentos de saúde e a legislação**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 28 p. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/aleitamento-materno-distribuicao-de-leites-e-formulas-infantis/>. Acesso em: 18 jul.2025.

BRASIL. 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. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/diretrizes/diretrizes_partonormal_versaoreduzida_final.pdf. Acesso em: 18 jul.2025.

CHACHAM, A. S.; PERPÉTUO, I. H. O. O plano de parto como estratégia de empoderamento feminino. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 12, n. 3, p. 357-366, 1996. Acesso em: 18 jul.2025.

CORTEZ, E. N.; RIBEIRO, M. D. S.; SILVA, P. I. G. Golden Hour: a importância do contato pele a pele na primeira hora pós-parto: uma revisão integrativa de literatura. **Research, Society and Development**, v. 12, n. 6, p. e20412642220, 2023. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v12i6.42220>. Acesso em: 18 jul.2025.

HIDALGO-LOPEZOSA, P.; HIDALGO-MAESTRE, M.; RODRÍGUEZ-BORREGO, M. A. Birth plan compliance and its relation to maternal and neonatal outcomes. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 25, p. e2953, 2017. Acesso em: 18 jul.2025.

OLIVEIRA, F. M. C. Plano de parto como instrumento de empoderamento da gestante. **IdeiaSUS Fiocruz**, 2024. Disponível em: <https://ideiasus.fiocruz.br/praticas/plano-de-parto-como-instrumento-de-empoderamento-da-gestante/>. Acesso em: 3 jul. 2025.

PASQUALI, L. **Psicometria: teoria e aplicações**. Petrópolis: Vozes, 1996.

PETERS, M. D. J. *et al.* Guidance for conducting systematic scoping reviews. **JBIM Evidence Implementation**, v. 13, n. 3, p. 141-146, 2015. Disponível em: https://journals.lww.com/ijebh/Fulltext/2015/09000/Guidance_for_conducting_systematic_scoping_reviews.5.aspx. Acesso em: 18 jul.2025.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

QUEIROZ, R. R. *et al.* Assistência prestada às mulheres que foram submetidas à cesariana por parada de progressão. **REME – Revista Mineira de Enfermagem**, 2019. doi:10.5935/1415-2762.20190052. Acesso em: 18 jul.2025.

SÁ, P. L. C.; RABELO, E. M. Contato pele-a-pele mãe/filho na primeira hora de vida: uma revisão integrativa. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, n. 95, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.31011/reaid-2021-v.95-n.35-art.1079>. Acesso em: 18 jul.2025.

SANTA CATARINA. Governo do Estado. **Lei nº 16.869, de 15 de janeiro de 2016**. Dispõe sobre a presença de doulas durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, e estabelece outras providências. Florianópolis: Assembleia Legislativa, 2016. Disponível em: https://leis.alesc.sc.gov.br/html/2016/16869_2016_lei.html. Acesso em: 5 jun. 2025.

SANTOS, A. M. H. L. Assistência humanizada à mulher no parto: uma proposta de resgate de sua singularidade. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 55, n. 2, p. 226-227, 2019.

SILVA, J. T.; SILVA, M. L. M.; VERÇOSA, R. C. M. Clampeamento tardio do cordão umbilical: evidências sobre a atuação da enfermagem. **Brazilian Journal of Development**, v. 9, n. 1, p. 1241-1251, 2023. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.34117/bjdv9n1-086>. Acesso em: 18 jul.2025.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Uso e abuso de fórmula infantil na maternidade em recém-nascidos sadios à termo**. Documento Científico. Departamento Científico de Aleitamento Materno, n. 5, ago. 2017. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/Aleitamento_-_UsoAbuso_FI_Maternid_RN_Sadios.pdf. Acesso em: 18 jul.2025.

SOUZA, E. D. N. Assistência da equipe de saúde nos cuidados imediatos ao recém-nascido em um hospital do extremo sul catarinense. 2024. Trabalho de Conclusão de Curso – Criciúma/SC.

SOUZA, G. L. *et al.* Os benefícios do clampeamento tardio do cordão umbilical. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 12, p. e366101220510, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i12.20510>. Acesso em: 18 jul.2025.

SUÁREZ-CORTÉS, M. *et al.* Use and influence of delivery and birth plans in the humanizing delivery process. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 23, n. 3, p. 520-526, 2015. Acesso em: 18 jul.2025.

VINUTO, J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. **Temáticas**, v. 22, n. 44, p. 203-220, 2014. DOI: <https://doi.org/10.20396/tematicas.v22i44.10977>. Acesso em: 18 jul.2025.

6.4 PRODUTO: *BIRTHWAY* – TECNOLOGIA INSTRUTIVA PARA A ELABORAÇÃO DO PLANO DE PARTO E NASCIMENTO

6.4.1 Informações Gerais

Título do Produto: *BirthWay* – Meu Plano de Parto e Nascimento.

Nome da Autora: Beatriz Steingreber de Barros.

Nome da Orientadora: Dra. Marli Terezinha Stein Backes.

Título da Tese: Desenvolvimento e validação da tecnologia *BirthWay* sobre a elaboração do plano de parto e nascimento para gestantes e profissionais da Atenção Primária à Saúde.

Área de Concentração: Gestão do Cuidado em Saúde e Enfermagem.

Linha de Atuação: Gestão e Gerência em Saúde e Enfermagem.

6.4.2 Descrição do Produto

O *BirthWay* é uma tecnologia instrutiva criada para auxiliar qualquer pessoa na elaboração do Plano de Parto e Nascimento, oferecendo informações claras sobre direitos, preferências e recursos disponíveis, o que favorece decisões mais conscientes e uma experiência de parto mais segura e humanizada.

O protótipo foi desenvolvido para uso de gestantes e profissionais de saúde, especialmente na Atenção Primária, orientando a elaboração do plano durante o pré-natal.

A proposta prevê sua incorporação nas UBS de Florianópolis e São José, com acesso facilitado por *QR-codes*.

Além de ampliar o acesso a orientações confiáveis, o *BirthWay* reúne dados relevantes que podem subsidiar o planejamento de políticas públicas voltadas à saúde da mulher e da criança, contribuindo para a redução da mortalidade materna e infantil.

6.4.3 Produto da Tese

Este trabalho foi concebido ao longo do curso de doutorado profissional, mediante a integração de dados encontrados na RSL e da análise dos PPN

apresentados na segunda fase da pesquisa, o que permitiu revisar os componentes do documento e fundamentar o produto em evidências científicas.

A tecnologia instrutiva proposta busca ser de fácil compreensão e acesso, podendo ser utilizada individualmente ou com apoio da equipe de saúde, por meio de dispositivo digital.

Espera-se que, no futuro, recursos semelhantes sejam integrados aos prontuários eletrônicos, contribuindo para o planejamento de ações no pré-natal, parto e puerpério.

O protótipo desenvolvido inclui 58 funcionalidades distribuídas em 19 telas, orientando o usuário na elaboração do PPN, especialmente sobre direitos e alternativas de cuidado.

Ademais, esta ferramenta possibilita acesso nacional, com visualização em tempo real, efetivando um processo de educação em saúde não fragmentado.

6.4.3.1 Layout do Produto

O *layout* deste produto diz respeito à forma como os elementos estão organizados. Esta estratégia visa criar uma estrutura organizada e esteticamente agradável, facilitando a compreensão, o uso e a interação com o conteúdo a ser explorado.

Na sequência são demonstradas algumas partes das seções que compõem o ***BirthWay – Meu Plano de Parto e Nascimento***, sendo elas:

- Capa; Orientações Iniciais; Identificação (Cabeçalho) – Seções que trazem direcionamento sobre como utilizar o *BirthWay*;
- O que é o Plano de Parto e Nascimento – Seção que traz a conceituação e o objetivo para a elaboração do documento;
- Minhas Escolhas Durante o Trabalho de Parto – Seção que traz algumas opções para serem refletidas e realizadas durante o trabalho de parto;
- Minhas Escolhas no Momento do Parto – Seção que traz algumas opções para serem refletidas e realizadas exclusivamente durante o parto;
- Minhas Escolhas Imediatamente Após o Parto – Seção que traz algumas opções para serem refletidas e realizadas no pós-parto imediato, tanto para a puérpera quanto para o recém-nascido;

- Minhas Escolhas em Caso de Cesariana – Seção que traz algumas opções para serem refletidas e realizadas em casos que haja a necessidade do encaminhamento para a realização da cesariana;
- Minhas Escolhas Frente aos Cuidados com o Recém-Nascido – Seção que traz algumas opções para serem refletidas e realizadas, exclusivamente, no recém-nascido;
- Agradecimentos; Credenciais; Referências (Leia Também) – Seções finais com a disponibilização de conteúdos para consulta, caso os leitores vislumbrem o desejo.

Figura 2: Capa do Produto *BirthWay*

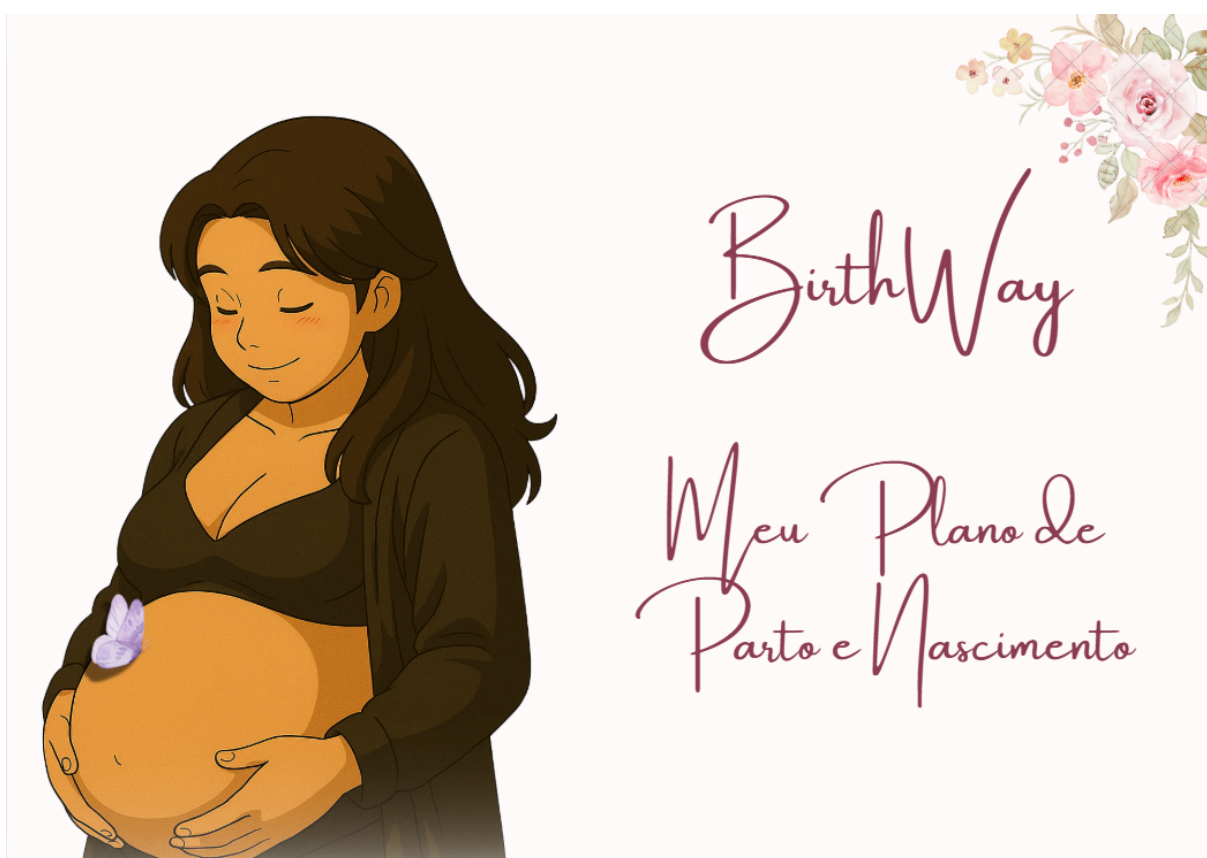


Figura 3: Orientações Iniciais do Produto *BirthWay*

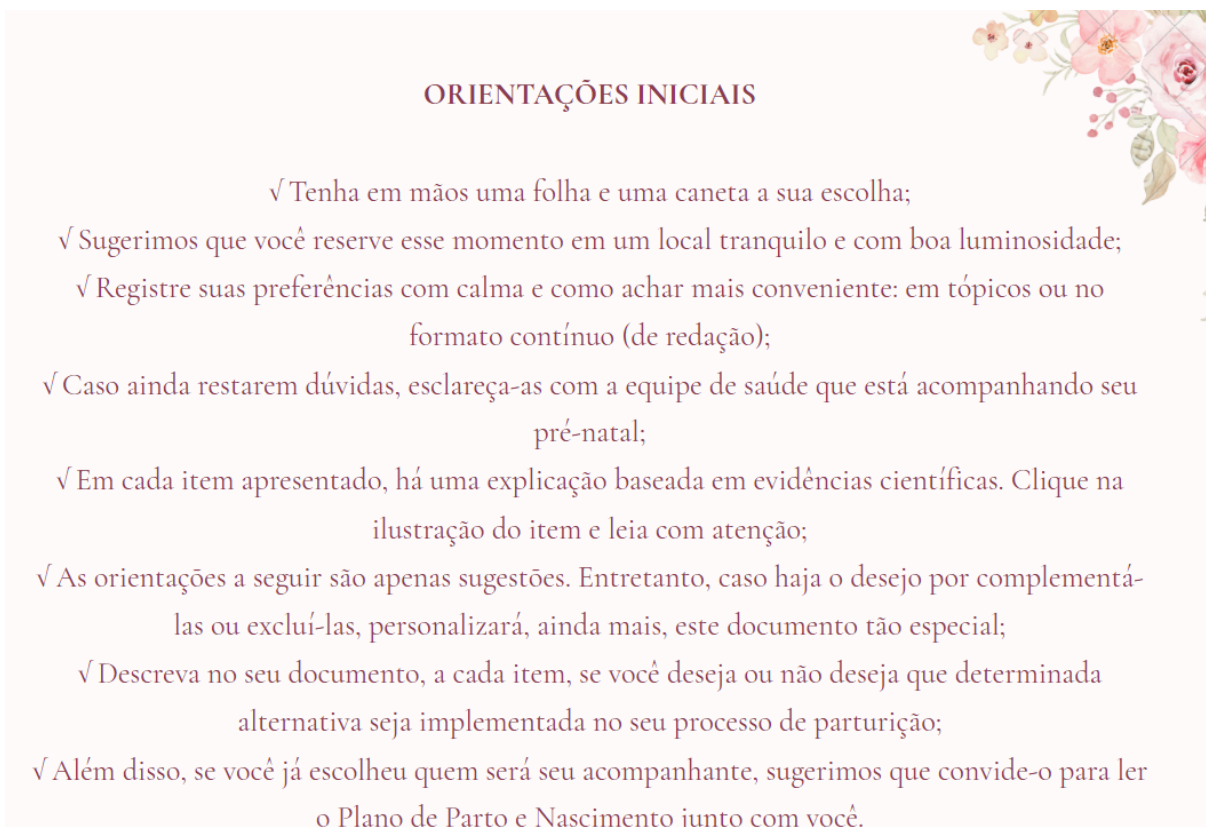


Figura 4: Identificação (Cabeçalho) do Produto *BirthWay*

IDENTIFICAÇÃO (NO CABEÇALHO)

NOME | Escreva seu nome completo, sem abreviaturas, e de forma legível.

DATA DE NASCIMENTO | Aponte, corretamente, sua data de nascimento, contendo o dia, mês e ano (por exemplo: 28/03/1987 ou 28 de março de 1987).

NOME DO BEBÊ | Registre o nome completo do seu bebê, de forma legível (se o nome já estiver escolhido).

NOME DO ACOMPANHANTE | Escreva o nome completo do acompanhante, sem abreviaturas, e de forma legível (se desejar ter um acompanhante).

LOCALIZAÇÃO DO PARTO | Hospital Universitário (por exemplo).

Figura 5: O que é o Plano de Parto e Nascimento do Produto *BirthWay*



O que é Plano de Parto e Nascimento?¹

Plano de Parto e Nascimento diz respeito a um documento de caráter legal que valoriza os princípios, as preferências e as expectativas individuais das mulheres em relação ao seu trabalho de parto, parto, nascimento do bebê e pós-parto (também chamado de processo de parturição), que pode ser construído individual ou coletivamente ao longo do período gestacional. Sua elaboração deve estar alicerçada na compreensão plena e consciente de todas as informações que possam integrá-lo.

Além disso, este instrumento de empoderamento da mulher assume um papel central na relação clínica entre a gestante, sua rede de apoio e os profissionais de saúde, operando como elo orientador para o cuidado humanizado e a atenção à saúde da parturiente (mulher que está em trabalho de parto, parto, nascimento do bebê ou no pós-parto) durante todo o processo de parturição.

Cumprе destacar que o Plano de Parto e Nascimento não se constitui de um documento inflexível e rígido, mas sim de um instrumento que pode ser ajustado, tanto no período gestacional, quanto durante o trabalho de parto, parto, nascimento do bebê e pós-parto, conforme o surgimento das necessidades da gestante/futura mamãe.

Figura 6: Minhas Escolhas Durante o Trabalho de Parto do Produto *BirthWay*



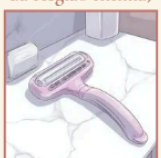
MINHAS ESCOLHAS DURANTE O TRABALHO DE PARTO:

CLIQUE NAS IMAGENS PARA MAIS INFORMAÇÕES



Monitoramento Fetal

Tricotomia
(Remoção/Raspagem dos Pelos
da Região Íntima)

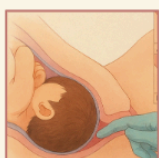




Métodos Farmacológicos
(Medicações) para Alívio da Dor

Movimentos Livres /
Liberdade de Movimentos





Toque Vaginal

Figura 7: Minhas Escolhas no Momento do Parto do Produto *BirthWay*



Figura 8: Minhas Escolhas Imediatamente Após o Parto do Produto *BirthWay*



Figura 9: Minhas Escolhas em Caso de Cesariana do Produto *BirthWay*



Figura 10: Minhas Escolhas Frente aos Cuidados com o Recém-Nascido do Produto *BirthWay*



Figura 11: Agradecimentos, Credenciais e Referências (Leia Também) do Produto *BirthWay*



6.4.3.2 Informações Gerais

A terminologia *BirthWay* foi escolhida como parte do título do produto, uma vez que faz referência ao novo/nascimento. Assim, entendeu-se que esta menção incorporou, integralmente, os objetivos de todo o documento.

Para compor o *layout* do ***BirthWay – Meu Plano de Parto e Nascimento*** foi criado um avatar a partir de uma imagem fotográfica da pesquisadora principal durante a sua gestação.

Figura 12: Avatar do Produto *BirthWay*

A escolha pela composição do *layout* com flores e borboletas refletiram diretamente nos objetivos deste produto. Com as flores do campo intentou-se simbolizar a liberdade, uma vez que estas estão, frequentemente, associadas a sentimentos de alegria, leveza, vitalidade e simplicidade. Por crescerem naturalmente, sem interferência humana, as flores do campo também representam a capacidade de adaptação. Já frente à borboleta projetou-se simbolizar a transformação, a felicidade, a beleza e a renovação – do processo de parturição.

Todas as imagens utilizadas no documento foram geradas por meio de Inteligência Artificial, a fim de que não houvesse quaisquer conflitos relacionados a direitos autorais e plágios, bem como para garantir exclusividade junto à criação do produto.

Por fim, cada seção foi diferenciada por colorações em aquarela uma vez que estas permitem/oportunizam evocar emoções, transmitir sensações e estabelecer relações simbólicas. Objetivou-se com este *design* atrair a atenção do leitor para as diferentes fases do processo de parturição, sem que houvesse equívocos quanto a distinção de cada momento.

Para acessar o ***BirthWay*** – Meu Plano de Parto e Nascimento na íntegra, basta escanear o QR-code ou acessar o *link* a seguir:

Figura 13: QR-code de Acesso ao Produto *BirthWay*



https://www.canva.com/design/DAGrUNniniM/klYsNRhaFZIMCg_bQy8MxQ/edit

6.4.4 Finalidade

Oportunizar acesso facilitado à temática, bem como auxiliar na obtenção de informações fidedignas e seguras a qualquer pessoa com interesse em realizar seu PPN. Além disso, trata-se de uma importante etapa do acompanhamento pré-natal, que pode ser utilizado como um guia lúdico, de compreensão clara e simples divulgação. Tem como principal objetivo aderir às preferências das gestantes (sempre que possível), impactando e auxiliando positivamente na redução das violências obstétricas e, conseqüentemente, na mortalidade materno infantil nacional.

6.4.5 Tipo de Produto

Produto Tecnológico: Tecnologia instrutiva para dispositivos móveis eletrônicos.

6.4.6 Aderência do Projeto

Linha de Pesquisa: Gestão e Gerência em Saúde e Enfermagem, atrelada a Tecnologia em Saúde e Enfermagem.

6.4.7 Impacto

Apresenta relevante impacto se implementada e poderá auxiliar em indicadores voltados à saúde materna e infantil, além do impacto em dimensões sociais, organizacionais e econômicas.

6.4.8 Aplicabilidade

Inicialmente, no município de Florianópolis e São José, em Santa Catarina – APS.

6.4.9 Inovação

Produção com médio teor inovativo uma vez que combina conhecimentos preestabelecidos.

A inovação tecnológica em saúde comumente é projetada pensando em trazer uma solução – resolver algum vazio assistencial. Assim, o *BirthWay* é uma ferramenta que traz esta inovação na assistência à gestante e ao seu entorno, bem como propicia uma dinâmica interativa junto aos profissionais de saúde.

Por fim, visa buscar, inicialmente, inovação em rede coordenada e alinhada municipalmente, com as cidades de Florianópolis e São José/Santa Catarina.

6.4.10 Complexidade

O *BirthWay* pode ser classificado como uma produção de média complexidade.

6.4.11 Abrangência

Este produto possui abrangência municipal, inicialmente.

6.4.12 Fomento

Não contou com fomento para o seu desenvolvimento.

6.4.13 Estágio da Tecnologia

Os protótipos foram finalizados e encaminhados para testagem.

6.4.14 Transferência de Tecnologia ou Conhecimento

Possui transferência de tecnologia e de conhecimento.

6.4.15 Registro de Propriedade Intelectual ou Patente

Não há registro de propriedade intelectual no momento.

6.4.16 Contribuições do Produto para a Enfermagem, Saúde e/ou para Ciência

As contribuições desta tese são de grande relevância, pois não apenas promovem o avanço do conhecimento na área de Enfermagem, como também reverberam em benefícios que impactarão o desenvolvimento de soluções inovadoras para o SUS.

A criação do Produto *BirthWay* abre perspectivas promissoras para futuras implementações em escala ampliada frente à assistência pré-natal, além de fortalecer a atuação profissional no campo da gestão do cuidado em enfermagem e saúde.

Este estudo confere um diferencial, tanto no âmbito acadêmico quanto prático, ampliando a capacidade de liderar iniciativas tecnológicas e contribuir, de forma significativa, para a modernização e aprimoramento dos serviços públicos de saúde no Brasil.

Por fim, o impacto dessa tecnologia na área de Enfermagem é de grande relevância. O *BirthWay* representa um avanço no campo da gestão do cuidado em enfermagem e saúde, possibilitando que os profissionais envolvidos no acompanhamento pré-natal ofereçam um acompanhamento e monitoramento mais detalhado, ágil e seguro às gestantes.

Ao integrar a tecnologia à prática clínica, a Enfermagem assume um papel central na inovação dos cuidados em saúde, contribuindo para a elevação da qualidade assistencial e para a otimização dos fluxos de trabalho. Este protagonismo no uso de novas tecnologias fortalece a profissão e posiciona os enfermeiros como agentes de transformação no sistema de saúde.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio da presente tese que foi elaborada a partir de uma pesquisa multimétodos, foi desenvolvido e validado o *BirthWay* – tecnologia instrutiva para elaboração do PPN para uso de gestantes e profissionais da APS.

A construção dessa tecnologia instrucional “*BirthWay* – Meu Plano de Parto e Nascimento” revelou-se um processo sensível e comprometido com as evidências científicas, os princípios da humanização da assistência obstétrica e neonatal, a valorização da escuta ativa e o protagonismo da mulher.

Na Revisão Sistemática da Literatura observou-se que Plano de Parto e Nascimento é discutido, principalmente, em Unidades Básicas de Saúde, mas também em hospitais e maternidades, considerando que a maioria eram multípara e em vista disso já haviam vivenciado a experiência do parto remetendo o conhecimento dos procedimentos realizados no processo de parturição.

O estudo transversal, por meio da análise do contexto de implementação do PPN, mostrou dados relevantes sobre o conhecimento, acesso e uso do PPN. A maioria das mulheres declarou não ter sido incentivada a elaborar um PPN durante o acompanhamento pré-natal, e parte significativa desconhecia essa possibilidade como um direito garantido. Entre as que foram orientadas, observou-se maior satisfação com o cuidado recebido e sensação de maior controle sobre suas decisões. Essa etapa da pesquisa reforça a existência de uma lacuna entre a diretriz normativa e a prática assistencial, demonstrando a necessidade de ações sistematizadas que promovem o uso efetivo do PPN como instrumento de empoderamento.

A estruturação da tecnologia *BirthWay* considerou os marcos normativos nacionais e internacionais que defendem os direitos das gestantes e os direitos reprodutivos das mulheres, além das melhores evidências disponíveis quanto às boas práticas na atenção ao parto e nascimento. Além disso, o *BirthWay* também se alinha às diretrizes do Ministério da Saúde para a humanização da assistência ao parto e nascimento.

A etapa de validação de conteúdo com especialistas assegurou a validade da tecnologia *BirthWay*, com IVC Global de 0,82. Este valor respalda a adequação da tecnologia conforme os critérios psicométricos estabelecidos. Todas as Seções da Tecnologia *BirthWay* – incluindo orientações iniciais, escolhas durante o trabalho de

parto, parto, cuidados imediatos com o recém-nascido e procedimentos em caso de cesariana – alcançaram IVC $\geq 0,80$, indicando validade satisfatória.

Além da análise quantitativa, a devolutiva qualitativa dos especialistas foi fundamental para o aprimoramento do material. Suas sugestões, acolhidas com rigor ético e metodológico, contribuíram para tornar a linguagem mais acessível, eliminar ambiguidades e fortalecer a dimensão educativa do *BirthWay*. A incorporação das contribuições reafirma o caráter participativo do processo de construção e validação da tecnologia, em consonância com os princípios da educação em saúde dialógica e emancipatória.

Dessa forma, a tese evidencia que o *BirthWay* tem potencial significativo como ferramenta de empoderamento feminino, ao possibilitar que a gestante/parturiente participe ativamente das decisões sobre o seu corpo, seu parto, e sobre o nascimento e cuidados com seu filho.

Nesta direção, confirma-se a Tese: estimular e auxiliar as gestantes a elaborarem o seu PPN durante o acompanhamento pré-natal nos serviços de saúde, em especial, na APS, contribui para o seu empoderamento, protagonismo e satisfação durante o trabalho de parto, parto e nascimento, além de favorecer o parto fisiológico, proporcionar maior autonomia à parturiente e contribuir na diminuição de intervenções desnecessárias no processo de parturição.

A construção de um PPN estruturado, reflexivo e dialogado contribui para o fortalecimento da autonomia da mulher, pois reforça a capacidade de expressar preferências, recusar procedimentos desnecessários e assumir o seu papel de protagonista no processo de parturição.

O PPN, enquanto instrumento de comunicação entre a mulher e a equipe de saúde, favorece a construção de vínculos, a escuta qualificada e a responsabilização compartilhada pelo cuidado. Além disso, contribui para a diminuição da medicalização excessiva do parto, a redução de intervenções desnecessárias e a promoção de experiências positivas durante a gestação, parto e nascimento, elementos fundamentais para a saúde mental materna e o vínculo mãe-filho.

O *BirthWay* mostra ser uma tecnologia válida, relevante e aplicável, com potencial de impacto tanto na prática clínica quanto na formação de profissionais da saúde comprometidos com a humanização da assistência.

Ainda que se trate de uma validação inicial em uma região demográfica do país, os resultados obtidos apontam para a viabilidade de sua implementação em

serviços de saúde que desejam fortalecer o protagonismo feminino, adotar práticas baseadas em evidências e nos direitos das mulheres.

Como perspectivas futuras, recomenda-se a realização de estudos que envolvam a aplicação da tecnologia *BirthWay* com gestantes e parturientes em contextos reais de assistência, a fim de avaliar sua compreensão, aceitabilidade e impacto nos desfechos maternos e neonatais. Ainda, sugere-se a incorporação da tecnologia *BirthWay* em estratégias educativas e de formação de profissionais da atenção obstétrica, ampliando seu alcance e contribuindo para uma cultura institucional mais acolhedora, respeitosa e centrada na mulher.

Em síntese, esta tese apresenta uma contribuição inovadora e significativa para o campo da saúde da mulher, da enfermagem obstétrica e da produção de tecnologias educacionais em saúde, bem como para fomentar um novo modelo de atenção obstétrica e neonatal. O *BirthWay* – Meu Plano de Parto e Nascimento emerge como uma ferramenta potente para transformar a experiência do parto, reafirmando que a escuta, o respeito e a autonomia devem ser elementos centrais no cuidado à mulher em um dos momentos mais significativos de sua vida.

REFERÊNCIAS

- AGÊNCIA BRASIL. **Lista de Serviços das Unidades Primárias de Saúde**. Por Jonas Valente. 2019. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2019-12/ministerio-lanca-guia-de-servicos-das-unidades-primarias-de-saude>. Acessado em 05 de março de 2022.
- AHMADPOUR, P. *et al.* Evaluation of the birth plan implementation: a parallel convergent mixed study. **Reproductive Health**, v. 17, p. 1-9, 2020.
- AHMADPOUR, P. *et al.* O efeito de um plano de parto nos resultados do parto: uma revisão sistemática e meta-análise. **Journal of Midwifery & Reproductive Health**, v. 12, n. 4, 2024.
- ALEXANDRE, N. M.C; COLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3061-3068, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n7/06.pdf>. Acesso em: 18 jul.2025.
- ALIZADEH-DIBAZARI, Z. *et al.* Childbirth preparation and its facilitating and inhibiting factors from the perspectives of pregnant and postpartum women in Tabriz-Iran: a qualitative study. **Reproductive Health**, v. 21, n. 1, p. 106, 2024.
- ANDERSON, C. *et al.* Patient Communication, Satisfaction, and Trust Before and After Use of a Standardized Birth Plan. **Hawai 'i Journal of Medicine & Public Health**, v. 76, n. 11, p. 305, 2017.
- ANSELMO, S. R. B. *et al.* Plano de parto como ferramenta de empoderamento a gestante: revisão integrativa de literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 91, p. 13205-13220, 2024. Acesso em: 18 jul.2025.
- BACKES, M. T. S.; ROQUE, A. T. F.; LIMA, M. M. Elaboração conjunta do plano de parto e nascimento pelos discentes e gestantes como atividade de ensino-aprendizagem. In: BELLAGUARDA, M. L. R.; KNIHS, N.S.; THOLL, A. D.; CANEVER, B. P.; GIRONDI, J. B. R. **Ateliê de ideias: estratégias educacionais de apoio ao ensino e à aprendizagem**. Editora Papa-Livro, 2020. p.166-194.
- BALASKAS, J.; SARZANA, S. **Parto ativo: guia prático para o parto natural**. [S.l.]: Ground, 2021.
- BARBOSA, H. G. D. *et al.* O plano de parto como instrumento de empoderamento da gestante. *Saúde da Mulher / Guilherme Barroso Langoni de Freitas*. 1. ed. 2. Vol. **Editor Chefe**, p. 350. Irati: Pasteur, 2020.
- BARHART, J. B. L. *et al.* Desconhecimento e falta de acesso de gestantes ao Plano de Parto. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 10, p. e168111032506-e168111032506, 2022.

BELLINI, C. G. P. **Comunidades mediadas pela internet: uma pesquisa multimétodos para estruturação de base conceitual e projeto de web sites**. 2001. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/2198> Acesso em: 25 jul. 2025.

BERANGER, K. S. *et al.* **Educação em saúde com uso de tecnologias educacionais na assistência de enfermagem: revisão integrativa**. Cuadernos de Educación y Desarrollo, v.17, n.1, p.01-16, 2025. Disponível em: <https://ojs.cuadernoseducacion.com/ojs/index.php/ced/article/view/7322/5155>. Acesso em: 25 jul. 2025.

BLODGETT, K. Creating and Implementing a Trauma-Informed Birth Plan in a Midwifery Practice: A Quality Improvement Project. School of Nursing, **Oregon Health & Science University**, 2024.

BRANCO, J. S. M. *et al.* A importância do plano de parto para autonomia da parturiente. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 7, p. e43911730102, 2022. DOI: 10.33448/rsd-v11i7.30102. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i7.30102>.

BRASIL. **Lei n.º 11.108, de 7 de abril de 2005**. Garante à parturiente o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto. Diários Oficiais da União, Brasília, 7 abr. 2005. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11108.htm. Acesso em: 08 jul. 2025. scielosp.org+11planalto.gov.br+11law.cornell.edu+11

BRASIL. **Lei n.º 11.634, de 27 de dezembro de 2007**. Garante à gestante direito à informação prévia e visita à maternidade. Disponível em: <https://www.donahelena.com.br/lei-do-acompanhamento-no-parto/>. Acesso em: 08 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS n.º 353, de 14 de fevereiro de 2017**. Aprova as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2017/prt0353_14_02_2017.html. Acesso em: 08 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria SAS/MS n.º 650, de 10 de maio de 2011**. Institui a Rede Cegonha, incorporando o PPN como prática preconizada. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br>. Acesso em: 08 jul. 2025.

BRASIL. **Resolução nº 672 de 23 de junho de 2016**. 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 outros locais onde ocorra essa assistência; estabelece critérios para registro de títulos de Enfermeiro Obstetra e Obstetrix no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 2016. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-672-2021/> Acesso em: 08 jul. 2025.

BRASIL, **Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde**. Determina diretrizes éticas e específicas para as Ciências Humanas e Sociais (CHS), de 07 de abril de 2016. **Diário Oficial da União**, v. 7, 2016b.

BRASIL. **Estratégia Saúde da Família (ESF)**: Composição da ESF. Ministério da Saúde. 2022b. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/estrategia-saude-da-familia/estrategia-saude-da-familia>. Acessado em 05 de março de 2022.

BRASIL. **Humanização da atenção ao parto requer respeito à autonomia da mulher**. Brasília, DF, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/comunicacao/noticias/humanizacao-da-atencao-ao-parto-requer-respeito-a-autonomia-da-mulher>. Acesso em: 18 jul.2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA nº 04/2022**. Práticas seguras para a prevenção de incidentes envolvendo cateter intravenoso periférico em serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-recem-nascido/nt4-cateter-intravenoso-anvisa-2022/>. Acesso em: 18 jul.2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco. Caderno de Atenção Básica 32**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Diário Oficial da União**, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.459 de 24 de junho de 2011, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – A Rede Cegonha**. Brasília: 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humanização do parto e do nascimento**. Universidade Estadual do Ceará. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 465 p. (Cadernos HumanizaSUS). Disponível em: https://redehumanizasus.net/sites/default/files/caderno_humanizasus_v4_humanizacao_parto.pdf. Acesso em: 18 jul.2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.067 de 04 de julho de 2005, que institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal**. Brasília: 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_humanizasus_v4_humanizacao_parto.pdf. Acesso em: 18 jul.2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Aleitamento materno, distribuição de leites e fórmulas infantis em estabelecimentos de saúde e a legislação**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 28 p. Disponível em:

<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/aleitamento-materno-distribuicao-de-leites-e-formulas-infantis/>. Acesso em: 18 jul.2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Apice on – Aprimoramento e inovação no cuidado e ensino em obstetrícia e neonatologia**. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Coordenação Geral de Saúde das Mulheres – DAPES/SAS/MS. Brasília/DF, 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 318 p.: il. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n° 32) ISBN 978-85-334-1936-0.

BRASIL. 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: 2017a.

BRASIL. 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. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/diretrizes/diretrizes_partonormal_versaoreduzida_final.pdf. Acesso em: 18 jul.2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Diretriz metodológica: síntese de evidências para políticas**. 2020b.

BRASIL. Nações Unidas no Brasil. **Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável no Brasil**. 2021d. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/sdgs>. Acesso em: 12 de dezembro de 2021.

BRASIL. **Sistema Único de Saúde (SUS): estrutura, princípios e como funciona**. Ministério da Saúde. 2021a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Criança**. Brasília: 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-da-crianca>. Acesso em: 25 jul.2025

BRASIL. Ministério da Saúde. **Rede Alyne: novo programa busca reduzir mortalidade materna no Brasil**. Brasília: 2024a . Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/assuntos/noticias/rede-alyne-no-vo-programa-busca-reduzir-mortalidade-materna-no-brasil> Acesso em: 25 jul.2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS Nº 5.350 de 12 de setembro de 2024**. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº3, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede Alyne. Brasília: 2024b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt5350_13_09_2024.html Acesso em: 25 jul.2025.

CARRILHO, J. M. *et al.* Pregnant users' perceptions of the birth plan interface in the "my prenatal care" app: observational validation study. **JMIR Formative Research**, v. 3, n. 1, p. e11374, 2019.

CARVALHO, R. M. C. *et al.* Idade materna avançada: perfil obstétrico e neonatal em maternidade de município do Nordeste brasileiro. **Saúde e Desenvolvimento Humano**, v. 9, n. 3, p. 1-8, 2021.

CARVALHO, S. R. Os múltiplos sentidos da categoria "empowerment" no projeto de promoção à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, p. 1088-1095, 2004.

CARVELLI, C. L. *et al.* (Des) Empoderamento das mulheres rurais do Estado do Tocantins a partir do Acesso à Política Pública de Crédito Rural "PRONAF". **Revista Brasileira de Gestão e Desenvolvimento Regional**, v. 20, n. 2, 2024.

CHACHAM, A. S.; PERPÉTUO, I. H. O. O plano de parto como estratégia de empoderamento feminino. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 12, n. 3, p. 357-366, 1996. Acesso em: 18 jul.2025.

CHACHAM, A. S; PERPÉTUO, I. H. O. **Determinantes sócio-econômicos da incidência de partos cirúrgicos em Belo Horizonte**. In: Anais do X Encontro Nacional de Estudos Populacionais. Belo Horizonte: Associação Brasileira de Estudos Populacionais; 1996.

CHUA, J. S. *et al.* Birth plan and fathers: A scoping review. **Midwifery**, p. 104053, 2024.

CHEMELLO, M. R. *et al.* Ansiedade materna e relação mãe-bebê: um estudo qualitativo. **Rev. SPAGESP**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 1, p. 39-53, jun. 2021. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-2970202100010004&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 16 jul. 2025.

CORRÊA, L. M. M. *et al.* Revisão sistemática de estudos realizados no Brasil utilizando índices de mensuração de empoderamento feminino. **Revista Fragmentos de Cultura-Revista Interdisciplinar de Ciências Humanas**, v. 33, n. 1, p. 210-220, 2023.

CORTEZ, E. N.; RIBEIRO, M. D. S.; SILVA, P. I. G. Golden Hour: a importância do contato pele a pele na primeira hora pós-parto: uma revisão integrativa de literatura. **Research, Society and Development**, v. 12, n. 6, p. e20412642220, 2023. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v12i6.42220>. Acesso em: 18 jul.2025.

COSTA, E. S. *et al.* Análise da importância do plano de parto na assistência de enfermagem: revisão integrativa. **Saúde Coletiva** (Barueri), v. 11, n. 60, p. 4556-4565, 2021. Disponível em: <https://revistas.mpmcomunicacao.com.br/index.php/saudecoletiva/article/view/889> Acesso em: 08 jul. 2025.

COSTA, ELN. *et al.* Perfil de puérperas e satisfação com assistência em saúde materno-infantil. **Revista Psicologia e Saúde**, p. 91-105, 2022.

DAMIÃO, C. **Patrimônio em risco**: a Maternidade Carmela Dutra. 2020. Disponível em:

<https://carlosdamiao.wordpress.com/2020/01/07/patrimonio-em-risco-a-maternidade-carmela-dutra/>. Acesso em: 27 jan. 2022.

DANTAS, J. G. *et al.* O conhecimento das mulheres em relação ao plano de parto e suas implicações. **Revista Foco**, v. 18, n. 1, p. e7473-e7473, 2025.

DEBAETS, A. M. From birth plan to birth partnership: enhancing communication in childbirth. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 216, n. 1, p. 31. e1-31. e4, 2017.

EDE, C. F. *et al.* “A vida sempre foi física, agora visual”: um estudo exploratório sobre o uso de tecnologias digitais de saúde para promover programas de tratamento fisioterapêutico domiciliar entre idosos. **Physiotherapy Theory and Practice**, v. 41, n. 2, p. 337-350, 2025.

FELTRIN, A. F. S. *et al.* Plano de parto no pré-natal: conhecimento dos enfermeiros da atenção primária à saúde. **CuidArte, Enferm**, p. 65-73, 2022.

FENAROLI, V. *et al.* The childbirth experience: obstetric and psychological predictors in Italian primiparous women. **BMC pregnancy and childbirth**, v. 19, p. 1-7, 2019.

FLAUZINO, S. N. R. *et al.* A construção do plano de parto no pré-natal como estratégia para humanizar a assistência ao parto. Universidade Federal de Minas Gerais. **Escola de Enfermagem**, 2015.

GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. **Métodos de Pesquisa. Série de Educação à Distância – EAD**. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 1. ed. Rio Grande do Sul: UFRGS, 2009.

GHAHREMANI, T. *et al.* Birth plans: definitions, content, effects, and best practices. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 228, n. 5, p. S977-S982, 2023.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1995.

GREGÓRIO, V. R. P.; PADILHA, M. I. História do cuidado ao recém-nascido na Maternidade Carmela Dutra-Florianópolis-SC/Brasil (1956-2001). **Escola Anna Nery**, v. 16, p. 354-362, 2012.

GURGEL, L. F. *et al.* Plano de Parto: conhecer para empoderar. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 9, n. 7, p. 961-976, 2023.

HIDALGO-LOPEZOSA, P.; HIDALGO-MAESTRE, M.; RODRÍGUEZ-BORREGO, M. A. Birth plan compliance and its relation to maternal and neonatal outcomes. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 25, p. e2953, 2017. Acesso em: 18 jul.2025.

HIDALGO-LOPEZOSA, P.; HIDALGO-MAESTRE, M.; RODRÍGUEZ-BORREGO, M. A. Birth plan compliance and its relation to maternal and neonatal outcomes. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 25, p. e2953, 2017.

HOOPER, E. *et al.* A eficácia da educação pré-natal na melhoria dos resultados do trabalho de parto e nascimento – Uma revisão sistemática e meta-análise. **Women and Birth**, v. 38, n. 1, p. 101843, 2025.

HOPKIN, G. *et al.* Construindo abordagens robustas, proporcionais e oportunas para regulamentação e avaliação de tecnologias digitais de saúde mental. **The Lancet Digital Health**, v. 7, n. 1, p. e89-e93, 2025.

INFANTE, L. R. O. *et al.* Planejar o pré-natal, parto e pós-parto: possibilidades no enfrentamento à violência obstétrica. **Enfermagem Brasil**, v. 22, n. 3, p. 311-327, 2023.

INFOPÉDIA. Dicionários Porto Editora. Dicionário de língua portuguesa. **Editora Porto**, v. 1, 2018.

JAKUBOWSKI, A. *et al.* It takes a village: A pilot cross-randomized trial to enhance pregnancy care and support in northern Ghana. **Journal of Global Health**, v. 14, p. 04217, 2024.

JOANNA BRIGGS INSTITUTE (JBI), *et al.* Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2014 edition The systematic review of prevalence and incidence data. The University of Adelaide: **The Joanna Briggs Institute**, 2014.

KAUFMAN, T. Evolution of the birth plan. **The Journal of Perinatal Education**, v. 16, n. 3, p. 47, 2007.

KOTTWITZ, F. *et al.* Via de parto preferida por puérperas e suas motivações. **Escola Anna Nery**, v. 22, 2017.

KUO, S. *et al.* Evaluation of the effects of a birth plan on Taiwanese women's childbirth experiences, control and expectations fulfilment: A randomised controlled trial. **International Journal of Nursing Studies**, v. 47, p. 806-814, 2010.

LEAL, N. J.; BARREIRO, M. S. C.; MENDES, R. B.; FREITAS, C. K. A. C. Prenatal care: nurses testimonial. **Rev Fund Care Online**, v. 10, n. 1, p. 113-122, 2018. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/322411652_Prenatal_care_nurses%27_testimonial_Assistencia_ao_pre-natal_depoimento_de_enfermeiras

LIMA, M. M. *et al.* Atividades educativas no período pré-natal como estratégia de empoderamento da parturiente. **Global Academic Nursing Journal**, v. 4, n. Sup. 3, p. e374-e374, 2023.

LOIOLA, A. M. R. *et al.* Plano de parto como tecnologia de cuidado: vivência de mulheres no período pós-parto em um centro de parto. **Cogitare Enferm.**, v. 25, p. 205-214, 2020.

LOPES, L. J. M. *et al.* CONHECIMENTO DE GESTANTES SOBRE PLANO DE PARTO. **Revista Eletrônica Interdisciplinar**, v. 15, n. 2, 2023.

LUNDGREN, I. *et al.* Is the childbirth experience improved by a birth plan? **Journal of Midwifery & Women's Health**, v. 48, n. 5, p. 322-328, 2003.

MAGALHÃES, B. P. *et al.* Transformações na assistência ao parto no Brasil: desafios e perspectivas para a humanização com a participação de doulas e parteiras. **Ciências da Saúde**, v. 28, n. 134, 2024. DOI: 10.5281/zenodo.11427950

MAZÚCHOVÁ, L. *et al.* Medindo a qualidade de vida das mulheres durante a gravidez. **Contato**, v. 1, pág. e31-e36, 2018.

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.

MELO, L. M. *et al.* Escolha consciente quanto à via de parto: Análise do plano de parto como ferramenta de orientação da gestante durante o Pré-Natal. **Revista Master-Ensino, Pesquisa e Extensão**, v. 3, n. 5, p. 8-20, 2018.

MENDES, Y. M. M. B.; RATTNER, D. Estrutura e práticas nos hospitais do Projeto Apice ON: um estudo de base. **Revista de Saúde Pública**, v. 54, p. 23, 2020.

MOUTA, R. J. O. *et al.* Birth plan as a female empowerment strategy. **Rev Baiana Enferm**, v. 31, n. 4, p. e20275, 2017.

MOSQUERA CONDE, O. L. *et al.* Construção de um modelo de plano de parto a partir da percepção das gestantes. **REFACS: Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, Uberaba, v. 8, n. 3, 2022. Disponível em: <https://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/refacs/article/view/6759>. Acesso em: 08 jul. 2025. seer.uftm.edu.br+1acervomais.com.br+1

NÚCLEO DE TELESSAÚDE SERGIPE. Ministério da Saúde. **Quando foi iniciada a Estratégia de Saúde da Família no Brasil?** BVS Atenção Primária. Traduzindo o conhecimento científico para a prática do cuidado à saúde. Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes. 2015. Disponível em: <https://aps.bvs.br/aps/quando-foi-iniciada-a-estrategia-de-saude-da-familia-no-brasil/>. Acessado em 17 de novembro de 2021.

NUNES, L. S. *et al.* Visita guiada à maternidade: perfil das gestantes e entendimento dos temas abordados. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, v. 96, n. 37, 2022.

NYANG'AU, I. *et al.* Utilization of individual birth plan among women attending postnatal clinic at jaramogi oginga odinga teaching and referral hospital, Kisumu

Kenya: a hospital-based survey. **The Columbia University Journal of Global Health**, v. 10, n. 2, 2020.

OKOLI, C. A guide to conducting a standalone systematic literature review. **Communications of the Association for Information Systems**, v. 37, 2015.

OLIVEIRA, D. C. C. *et al.* Rodas de conversa em unidades de saúde: percepção e expectativas sobre o nascimento e a construção de um instrumento de plano de parto. Universidade Federal de Minas Gerais, **Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica – Rede Cegonha**, 2016.

OLIVEIRA, D. L. A 'nova' saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, p. 423-431, 2005.

OLIVEIRA, F. M. C. Plano de parto como instrumento de empoderamento da gestante. **IdeiaSUS Fiocruz**, 2024. Disponível em: <https://ideiasus.fiocruz.br/praticas/plano-de-parto-como-instrumento-de-empoderamento-da-gestante/>. Acesso em: 3 jul. 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas. **Human Reproduction Programme**, p. 1–8, 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Assistência ao parto normal: um guia prático**. Genebra, 2000. 93 p.

PAGE, M. J. *et al.* The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. **Bmj**, v. 372, 2021.

PALMEIRA, N. C. *et al.* Análise do acesso a serviços de saúde no Brasil segundo perfil sociodemográfico: Pesquisa Nacional de Saúde, 2019. **Epidemiologia e serviços de saúde**, v. 31, p. e2022966, 2022.

PASQUALI, L. **Psicometria: teoria e aplicações**. Petrópolis: Vozes, 1996.

PEREIRA, J. H. R. *et al.* O parto é, de fato, discutido nas consultas de pré-natal?/Is childbirth, in fact, discussed in prenatal consultations. **Brazilian J Dev**, v. 8, n. 1, p. 7372-93, 2022.

PETERS, M. D. J. *et al.* Guidance for conducting systematic scoping reviews. **JBIM Evidence Implementation**, v. 13, n. 3, p. 141-146, 2015. Disponível em: https://journals.lww.com/ijebh/Fulltext/2015/09000/Guidance_for_conducting_systematic_scoping_reviews.5.aspx. Acesso em: 18 jul.2025.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

QUEIROZ, R. R. *et al.* Assistência prestada às mulheres que foram submetidas à cesariana por parada de progressão. **REME – Revista Mineira de Enfermagem**, 2019. doi:10.5935/1415-2762.20190052. Acesso em: 18 jul. 2025.

RIBEIRO, J. L. P. Revisão de investigação e evidência científica. **Psicologia, Saúde e Doenças**, v. 15, n. 3, 2014.

ROCHA, K. A. A. *et al.* **Tecnologias educacionais para promoção da saúde sexual e reprodutiva de mulheres com HIV: revisão integrativa.** *Rev Bras Enferm.* 2025;78(2):e20240079. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2024-0079pt>. Acesso em: 18 jul. 2025.

RODRIGUES, A. P. *et al.* Caracterização sociodemográfica e obstétrica de puérperas internadas em alojamento conjunto no Brasil. **Cienc. enferm**, p. 113-123, 2016.

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, 2023.

SÁ, P. L. C.; RABELO, E. M. Contato pele-a-pele mãe/filho na primeira hora de vida: uma revisão integrativa. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, n. 95, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.31011/reaid-2021-v.95-n.35-art.1079>. Acesso em: 18 jul.2025.

SANTA CATARINA. **Governo do Estado. Lei nº 16.869, de 15 de janeiro de 2016.** Dispõe sobre a presença de doulas durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, e estabelece outras providências. Florianópolis: Assembleia Legislativa, 2016. Disponível em: https://leis.alesc.sc.gov.br/html/2016/16869_2016_lei.html. Acesso em: 5 jun. 2025.

SANTOS, A. M. H. L. Assistência humanizada à mulher no parto: uma proposta de resgate de sua singularidade. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 55, n. 2, p. 226-227, 2019.

SANTOS, M. L. *et al.* Plano de parto: O conhecimento da gestante sobre esta ferramenta para empoderamento durante a assistência obstétrica. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 4, p. 10143-10165, 2020a.

SANTOS, T. C. *et al.* Plano de parto: conhecimento, atitude e prática de puérperas assistidas na atenção primária à saúde. **Rev Enferm Digit Cuid Promoção Saúde**, v. 6, p. 1-10, 2020b.

SILVA, A. H. R. *et al.* Perfil obstétrico de parturientes atendidas em um hospital público do interior do estado do Ceará, Brasil. **Rev. enferm. UFPI**, p. 29-34, 2015.

SILVA, H. R. L. **Qualidade assistencial do pré-natal na atenção primária à saúde: indicadores de processo e resultado.** 2023. Trabalho de Conclusão de Curso.

SILVA, J. T.; SILVA, M. L. M.; VERÇOSA, R. C. M. Clampeamento tardio do cordão umbilical: evidências sobre a atuação da enfermagem. **Brazilian Journal of Development**, v. 9, n. 1, p. 1241-1251, 2023. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.34117/bjdv9n1-086>. Acesso em: 18 jul.2025.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Uso e abuso de fórmula infantil na maternidade em recém-nascidos sadios à termo**. Documento Científico. Departamento Científico de Aleitamento Materno, n. 5, ago. 2017. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/Aleitamento_-_UsoAbuso_FI_Maternid_RN_Sadios.pdf. Acesso em: 18 jul.2025.

SOUSA, L. M. M. *et al.* Revisões da literatura científica: tipos, métodos e aplicações em enfermagem. **Revista portuguesa de enfermagem de reabilitação**, v. 1, n. 1, p. 45-54, 2018.

SOUTO, K.; MOREIRA, M. R. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: protagonismo do movimento de mulheres. **Saúde em Debate**, v. 45, n. 130, p. 832-846, 2021.

SOUZA, E. D. N. **Assistência da equipe de saúde nos cuidados imediatos ao recém-nascido em um hospital do extremo sul catarinense**. 2024. Trabalho de Conclusão de Curso – Criciúma/SC.

SOUZA, G. L. *et al.* Os benefícios do clampeamento tardio do cordão umbilical. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 12, p. e366101220510, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i12.20510>. Acesso em: 18 jul.2025.

SUÁREZ-CORTÉS, M. *et al.* Use and influence of delivery and birth plans in the humanizing delivery process. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 23, n. 3, p. 520-526, 2015. Acesso em: 18 jul.2025.

TIWARI, P. *et al.* Role of training in women empowerment: an empirical analysis: women empowerment. **Journal of Technical Education and Training**, v. 15, n. 1, p. 234-245, 2023.

TOMASI, Y. T. *et al.* Do pré-natal ao parto: um estudo transversal sobre a influência do acompanhante nas boas práticas obstétricas no Sistema Único de Saúde em Santa Catarina, 2019. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 30, n. 1, p. e2020383, 2021.

TORRES, K. N.; ABI RACHED, C. D. A importância da elaboração do plano de parto e seus benefícios. **International journal of health management review**, v. 3, n. 2, 2017.

TRIGUEIRO, T. H. *et al.* Experiência de gestantes na consulta de Enfermagem com a construção do plano de parto. **Escola Anna Nery**, v. 26, p. e20210036, 2021.

TRIGUEIRO, T. H. *et al.* A autonomia da gestante na implementação de seu plano de parto: revisão integrativa (2013–2023). **Revista REMAS**, 2024. Disponível em: <https://www.remas.faculdadefuturo.edu.br/remas/article/view/45>. Acesso em: 08 jul. 2025.

VIEIRA, S. T. *et al.* Perfil obstétrico de parturientes admitidas em um Centro de Parto Normal da região Sul Mato-Grossense. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 7, p. e49311730158-e49311730158, 2022.

VINUTO, J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. **Temáticas**, v. 22, n. 44, p. 203-220, 2014. DOI: <https://doi.org/10.20396/tematicas.v22i44.10977>. Acesso em: 18 jul.2025.

WIGGERS, C. *et al.* Conhecimento das puérperas sobre o plano de parto em um município do oeste do Paraná. **Revista Eletrônica Acervo Científico**, v. 38, p. e9253-e9253, 2021.

WILDMANA, K. *et al.* Indicadores europeus de cuidados de saúde durante a gravidez, parto e período pós-parto. **Reproductive Biology**, v. 111, p. S53-S65, 2003.

YEW, S. Q. *et al.* Facilitadores e Barreiras à Implementação de Tecnologias Digitais de Saúde em Ambientes Hospitalares em Países de Baixa e Média Renda Desde o Início da Pandemia de COVID-19: Revisão de Escopo. **Journal of Medical Internet Research**, v. 27, p. e63482, 2025.

**APÊNDICE A – Instrumento para Coleta de Dados com Puérperas no
Alojamento Conjunto**



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO PROFISSIONAL

Instrumento para a coleta de dados da pesquisa intitulada **“Prevalência da Utilização e Implementação do Plano de Parto e Nascimento nas Maternidades Públicas de Florianópolis”**

Formulário de Pesquisa para Entrevista com Puérperas

A. Iniciais do Nome: _____ Telefone: _____
B. Idade: _____

Dados Socioeconômicos

C. Escolaridade: _____
D. Profissão: _____
E. Renda Familiar: _____
F. Estado Civil: _____

Antecedentes Obstétricos

G. Número de Gestações: _____
H. Número de Partos: _____ Nascidos Vivos: _____ Abortos: _____

Em relação a última gestação (GESTAÇÃO ATUAL)

I. Realizou pré-natal: () Sim () Não Se sim, quantas consultas: _____
J. Quantas consultas com médico? _____ Quantas consultas com Enfermeiro? _____

- K. Utilizou a rede: () Pública () Privada
Unidade de Saúde ou Clínica em que realizou o pré-natal: _____
- L. Como foi classificada a sua gestação? () Risco Habitual (baixo risco) () Alto Risco
- M. Você também teve acompanhamento pré-natal no ambulatório de referência para alto risco? () Sim. Quantas consultas? _____ () Não
- N. Nas consultas de pré-natal foi falado sobre PLANO DE PARTO E NASCIMENTO? () Sim () Não
- O. Você confeccionou/elaborou seu PLANO DE PARTO E NASCIMENTO? () Sim () Não [*se não, pular para a questão Q*]
- P. Esta foi a primeira gestação em que você confeccionou/elaborou seu PLANO DE PARTO E NASCIMENTO? () Sim () Não Se não, em quantas gestações: ____ () Nunca confeccionou/elaborou Plano de Parto e Nascimento.
- Q. Se sim, teve auxílio de algum profissional ou pessoa para a elaboração do Plano de Parto e Nascimento nesta gestação ou em outras gestações? () Sim De quem: _____ Ex.: marido, doula, amigo, médico, enfermeiro, estudantes da UFSC () Não
- R. Se sim, você apresentou o seu PLANO DE PARTO E NASCIMENTO para algum profissional durante a sua internação na maternidade para o parto? () Sim () Não
- S. Em que trimestre gestacional iniciou/elaborou o PLANO DE PARTO E NASCIMENTO? () 1º trimestre () 2º trimestre () 3º trimestre
- T. Via de parto: () Vaginal () Cesariana
- U. Idade Gestacional no momento do parto: pela DUM: _____ pela USG: _____
- V. Alguém lhe perguntou em algum momento durante a internação para o parto sobre o seu PLANO DE PARTO E NASCIMENTO? () Sim () Não
- W. Seus desejos e preferências listados no PLANO DE PARTO E NASCIMENTO foram respeitados? () Sim () Não () Em parte

X. AGORA INICIA A GRAVAÇÃO

- Y. Quais as preferências que constam no teu plano de parto e que foram implementadas?
- _____

Escreva aqui quais preferências não foram implementadas e o motivo:

Z. Escreva aqui quais boas práticas foram implementadas e que você não tinha listado no seu PLANO DE PARTO E NASCIMENTO:

AA. De uma nota de zero a 10, quanto o plano de parto fez diferença no seu trabalho de parto e parto? _____ (nota de zero a 10)

BB. Como você avalia o atendimento ao seu parto? () Muito ruim () Ruim
() Regular () Bom () Muito Bom

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO PROFISSIONAL

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezada senhora, gostaríamos de convidá-la a participar da pesquisa intitulada **“Prevalência da Utilização e Implementação do Plano de Parto e Nascimento nas Maternidades Públicas de Florianópolis”**, a ser realizada no Hospital Universitário Polydoro de São Thiago da UFSC e na Maternidade Carmela Dutra de Florianópolis/Santa Catarina. Esta pesquisa está sendo coordenada pela Prof^a. Dr^a. Marli Terezinha Stein Backes (pesquisadora responsável).

A pesquisa tem como finalidade conhecer a experiência vivenciada por mulheres dentro das maternidades através do uso de Plano de Parto e Nascimento. Os objetivos são avaliar a prevalência e caracterizar o perfil das parturientes na utilização e implementação do Plano de Parto e Nascimento atendidas nas maternidades públicas de Florianópolis, bem como avaliar os planos de parto e nascimento elaborados pelas puérperas durante a gestação e apresentados nas maternidades durante a internação para o parto e nascimento.

Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visa assegurar seus direitos e deveres enquanto participante desta pesquisa e foi elaborado em duas vias que serão rubricadas e assinadas por você e pelos pesquisadores, das quais uma via ficará com você e a outra com os pesquisadores deste estudo. Por favor, leia com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se houver dúvidas, mesmo após a assinatura, você poderá esclarecê-las com os pesquisadores, a qualquer momento.

A sua participação nesta pesquisa é voluntária e ocorrerá por meio de um questionário sobre o tema supracitado, com duração aproximada de 15 minutos. Se você concordar participar do estudo, após ler este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), lhe será solicitado o contato telefônico, número do *WhatsApp*®, *e-mail* e endereço da unidade básica de saúde a qual você está vinculada e será agendado um horário com você para um segundo momento, após a alta hospitalar, quando será aplicado o questionário na presença do acompanhante ou não, em um momento em que você estiver se sentindo bem física e emocionalmente.

Durante a aplicação do questionário serão realizadas também perguntas com questões norteadoras. Posteriormente, os dados coletados a partir da entrevista serão tabulados em documento do *Microsoft Excell*® e serão armazenados em arquivos digitais protegidos por senha. Com a sua permissão também será realizada uma foto do seu Plano de Parto e Nascimento elaborado para esta gestação, caso você possua, para avaliação dos pesquisadores.

No caso de você não lembrar ou não saber informar sobre as questões ou parte delas contidas no questionário, se você autorizar, os pesquisadores irão realizar uma consulta ao seu prontuário para obter as informações necessárias para este estudo, sendo que estas informações serão fornecidas e mantidas de forma anônima.

Para garantir o anonimato e o sigilo das informações, você não será identificada, e os dados serão tratados no seu conjunto. O material e os dados obtidos com a pesquisa serão utilizados exclusivamente para a finalidade prevista no seu protocolo e ficarão sob a guarda dos pesquisadores. Os dados serão analisados e, após cinco anos da finalização do presente estudo, serão eliminados. Você terá acesso aos dados se assim o desejar, mediante solicitação.

Os riscos ou desconfortos relacionados à sua participação são mínimos, podendo causar incômodo por relembrar de momentos desagradáveis ou constrangimento para responder alguma pergunta. Para evitar isso, você poderá ficar à vontade e não responder as perguntas que lhe causam desconforto. Pretendemos não expô-la a riscos. Porém, se necessário, a entrevista será interrompida e, após, continuada e/ou descontinuada se for o caso. E caso você necessite de acompanhamento ou assistência, serão tomadas as providências necessárias pela Pesquisadora Responsável e demais membros da Equipe de

Pesquisa durante a realização da pesquisa e/ou após o seu encerramento. Essas providências que serão tomadas referem-se aos cuidados e às orientações e/ou encaminhamentos para o serviço e/ou unidade de saúde indicados, conforme o caso.

A sua participação não implicará em despesas para você. Você também não receberá nenhum valor financeiro em troca da sua participação na pesquisa, que é voluntária. No entanto, você será ressarcido em caso de despesas comprovadamente advindas da sua participação na presente pesquisa e também será indenizado em caso de eventual dano decorrente de sua participação de acordo com a Resolução 466/12, item IV.3.g e Resolução 510/16, Art. 17, inc. VII.

Você terá liberdade de recusar-se a participar do estudo, ou, se aceitar participar, retirar o seu consentimento a qualquer momento. A recusa ou desistência da sua participação no estudo não implicará em prejuízo, dano ou desconforto para você. Os resultados deste estudo serão publicados em periódicos e eventos científicos ao término da pesquisa, em formato de artigos. Você pode solicitar esclarecimentos e informações durante todas as fases do desenvolvimento do projeto, inclusive a publicação dos resultados obtidos com esta pesquisa.

Ao participar deste estudo, você não terá benefícios diretos, mas consideramos a sua participação de extrema relevância, visto que a partir das informações que você irá fornecer por meio do questionário, obteremos dados sobre a utilização e implementação do Plano de Parto e Nascimento nas maternidades públicas de Florianópolis e, desta maneira, será possível o aporte de subsídios para o aprimoramento da qualidade da atenção obstétrica e neonatal, com a implementação de boas práticas assistenciais em saúde.

Os aspectos éticos relativos à pesquisa com seres humanos serão respeitados, conforme determina a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares, sendo assegurados o anonimato e a confidencialidade das informações, bem como os princípios de autonomia, beneficência, não maleficência e justiça. A pesquisadora responsável declara que serão cumpridas as exigências contidas no item IV. 3.

Durante os procedimentos de coleta de dados você estará sempre acompanhada por um dos pesquisadores, que lhe prestará toda a assistência necessária ou acionará pessoal competente para isso. Caso você tenha dúvidas

ou necessite de maiores esclarecimentos sobre o estudo poderá entrar em contato com a pesquisadora: Marli Terezinha Stein Backes, telefone (48) 99152-2108, e-mail: marli.backes@ufsc.br, endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Campus Reitor João David Ferreira Lima, Departamento de Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Bloco I, Trindade, Florianópolis/Santa Catarina – CEP 88040-900.

Você também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da UFSC, pelo telefone (48) 3721-6094, e-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br, ou pessoalmente, no Prédio da Reitoria II, localizado na Rua Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 701 – Trindade – Florianópolis – Santa Catarina – CEP: 88040-400. Ou poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina (SES/SC), pelo telefone (48) 3664-7218, de segunda-feira a sexta-feira, das 14h às 18h, ou pelo e-mail: cepses@saude.sc.gov.br.

O CEPSH é um órgão colegiado interdisciplinar, deliberativo, consultivo e educativo, mas independente na tomada de decisões. Foi criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

A partir do que foi exposto neste documento, caso seja de sua livre vontade participar desta pesquisa, solicito que assine duas vias deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo que uma via ficará com você e a outra com os pesquisadores.

Nome da Participante: _____

Assinatura da Participante: _____

RESPONSABILIDADE DO PESQUISADOR:

Asseguramos cumprir as exigências da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares na elaboração do protocolo e na obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Asseguramos, também, ter explicado e fornecido uma via deste documento ao participante. Informamos que o estudo foi aprovado pelo CEPSH da UFSC e pelo CEPSH da

SES/SC, perante os quais o projeto foi apresentado. Comprometemo-nos a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo participante.

Data: ____/____/____

Pesquisador Entrevistador

Marli Terezinha Stein Backes
Pesquisadora Responsável e Coordenadora do projeto

O Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) é composto por um grupo de pessoas que estão trabalhando para garantir que seus direitos como participante sejam respeitados, sempre pautado nas Resoluções nº 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

O CEP tem a obrigação de avaliar se a pesquisa foi planejada e se está sendo executada de forma ética. Caso você considere que a pesquisa não está sendo realizada da forma como você imaginou ou que está sendo prejudicado de alguma forma, você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da UFSC pelo telefone (48) 3721-6094, e-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br, ou pessoalmente, no Prédio da Reitoria II, na Rua Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 701 – Trindade – Florianópolis – Santa Catarina – CEP: 88040-400. Ou com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da SES/SC, pelo telefone (48) 3664-7218, de segunda-feira à sexta-feira, das 14h às 18h, ou pelo e-mail cepses@saude.sc.gov.br.

APÊNDICE C – Termo de Assentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO PROFISSIONAL

TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA USUÁRIA MENOR DE 18 ANOS

Prezada senhora, gostaríamos de convidá-la a participar da pesquisa intitulada **“Prevalência da Utilização e Implementação do Plano de Parto e Nascimento nas Maternidades Públicas de Florianópolis”**, a ser realizada no Hospital Universitário Polydoro de São Thiago da UFSC e na Maternidade Carmela Dutra de Florianópolis/Santa Catarina. Esta pesquisa está sendo coordenada pela Prof^a. Dr^a. Marli Terezinha Stein Backes (pesquisadora responsável).

A pesquisa tem como finalidade conhecer a experiência vivenciada por mulheres dentro das maternidades através do uso de Plano de Parto e Nascimento. Os objetivos são avaliar a prevalência e caracterizar o perfil das parturientes na utilização e implementação do Plano de Parto e Nascimento atendidas nas maternidades públicas de Florianópolis, bem como avaliar os planos de parto e nascimento elaborados pelas puérperas durante a gestação e apresentados nas maternidades durante a internação para o parto e nascimento.

Este documento, chamado Termo de Assentimento Livre e Esclarecido, visa assegurar seus direitos e deveres enquanto participante desta pesquisa e foi elaborado em duas vias que serão rubricadas e assinadas por você e pelos pesquisadores, das quais uma via ficará com você e a outra com os pesquisadores deste estudo. Por favor, leia com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se houver dúvidas, mesmo após a assinatura, você poderá esclarecê-las com os pesquisadores, a qualquer momento.

A sua participação nesta pesquisa é voluntária e somente será possível mediante a autorização e assinatura deste documento por seu responsável. Em caso afirmativo, a sua participação ocorrerá por meio de um questionário sobre o tema supracitado, com duração aproximada de 15 minutos. Se você e seu responsável concordarem com a sua participação neste estudo, após lerem este Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE), lhe será solicitado o contato telefônico, número do *WhatsApp*®, *e-mail* e endereço da unidade básica de saúde a qual você está vinculada e será agendado um horário com você para um segundo momento, após a alta hospitalar, quando será aplicado o questionário na presença do acompanhante ou não, em um momento em que você estiver se sentindo bem física e emocionalmente.

Durante a aplicação do questionário serão realizadas também perguntas com questões norteadoras. Posteriormente, os dados coletados a partir da entrevista serão tabulados em documento do *Microsoft Excell*® e serão armazenados em arquivos digitais protegidos por senha. Com a sua permissão também será realizada uma foto do seu Plano de Parto e Nascimento elaborado para esta gestação, caso você possua, para avaliação dos pesquisadores.

No caso de você não lembrar ou não saber informar sobre as questões ou parte delas contidas no questionário, se você autorizar, os pesquisadores irão realizar uma consulta ao seu prontuário para obter as informações necessárias para este estudo, sendo que estas informações serão fornecidas e mantidas de forma anônima.

Para garantir o anonimato e o sigilo das informações, você não será identificada, e os dados serão tratados no seu conjunto. O material e os dados obtidos com a pesquisa serão utilizados exclusivamente para a finalidade prevista no seu protocolo e ficarão sob a guarda dos pesquisadores. Os dados serão analisados e, após cinco anos da finalização do presente estudo, serão eliminados. Você terá acesso aos dados se assim o desejar, mediante solicitação.

Os riscos ou desconfortos relacionados à sua participação são mínimos, podendo causar incômodo por relembrar de momentos desagradáveis ou constrangimento para responder alguma pergunta. Para evitar isso, você poderá ficar à vontade e não responder as perguntas que lhe causam desconforto. Pretendemos não expô-la a riscos. Porém, se necessário, a entrevista será interrompida e, após, continuada e/ou descontinuada se for o caso. E caso você

necessite de acompanhamento ou assistência, serão tomadas as providências necessárias pela Pesquisadora Responsável e demais membros da Equipe de Pesquisa durante a realização da pesquisa e/ou após o seu encerramento.

A sua participação não implicará em despesas para você. Você também não receberá nenhum valor financeiro em troca da sua participação na pesquisa, que é voluntária. No entanto, você será ressarcido em caso de despesas comprovadamente advindas da sua participação na presente pesquisa e também será indenizado em caso de eventual dano decorrente de sua participação de acordo com a Resolução 466/12, item IV.3.g e Resolução 510/16, Art. 17, inc. VII.

Você terá liberdade de recusar-se a participar do estudo, ou, se aceitar participar, seu responsável poderá retirar o seu consentimento a qualquer momento. A recusa ou desistência da sua participação no estudo não implicará em prejuízo, dano ou desconforto para você. Os resultados deste estudo serão publicados em periódicos e eventos científicos ao término da pesquisa, em formato de artigos. Você pode solicitar esclarecimentos e informações durante todas as fases do desenvolvimento do projeto, inclusive a publicação dos resultados obtidos com esta pesquisa.

Ao participar deste estudo, você não terá benefícios diretos, mas consideramos a sua participação de extrema relevância, visto que a partir das informações que você irá fornecer por meio do questionário, obteremos dados sobre a utilização e implementação do Plano de Parto e Nascimento nas maternidades públicas de Florianópolis e, desta maneira, será possível o aporte de subsídios para o aprimoramento da qualidade da atenção obstétrica e neonatal, com a implementação de boas práticas assistenciais em saúde.

Os aspectos éticos relativos à pesquisa com seres humanos serão respeitados, conforme determina a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, sendo assegurados o anonimato e a confidencialidade das informações, bem como os princípios de autonomia, beneficência, não maleficência e justiça. A pesquisadora responsável declara que serão cumpridas as exigências contidas no item IV. 3.

Durante os procedimentos de coleta de dados você estará sempre acompanhada por um dos pesquisadores, que lhe prestará toda a assistência necessária ou acionará pessoal competente para isso. Caso você tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos sobre o estudo poderá entrar em contato

com a pesquisadora: Marli Terezinha Stein Backes, telefone (48) 99152-2108, e-mail: marli.backes@ufsc.br, endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Campus Reitor João David Ferreira Lima, Departamento de Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Bloco I, Trindade, Florianópolis/Santa Catarina – CEP 88040-900.

Você também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da UFSC, pelo telefone (48) 3721-6094, e-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br, ou pessoalmente, no Prédio da Reitoria II, localizado na Rua Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 701 – Trindade – Florianópolis – Santa Catarina – CEP: 88040-400. Ou poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina (SES/SC), pelo telefone (48) 3664-7218, de segunda-feira à sexta-feira, das 14h às 18h, ou pelo e-mail: cepses@saude.sc.gov.br.

O CEPSH é um órgão colegiado interdisciplinar, deliberativo, consultivo e educativo, mas independente na tomada de decisões. Foi criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

A partir do que foi exposto neste documento, caso seja de sua livre vontade participar desta pesquisa, solicito que assine duas vias deste Termo de Assentimento Livre e Esclarecido, sendo que uma via ficará com você e a outra com os pesquisadores.

Nome da Participante: _____

Assinatura da Participante: _____

Nome do Responsável: _____

Assinatura do Responsável: _____

RESPONSABILIDADE DO PESQUISADOR:

Asseguramos cumprir as exigências da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares na elaboração do protocolo e na obtenção deste Termo de Assentimento Livre e Esclarecido. Asseguramos,

também, ter explicado e fornecido uma via deste documento ao participante. Informamos que o estudo foi aprovado pelo CEP SH da UFSC e pelo CEP SH da SES/SC, perante os quais o projeto foi apresentado. Comprometemo-nos a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo participante.

Data: ____/____/____

Pesquisador Entrevistador

Marli Terezinha Stein Backes
Pesquisadora Responsável e Coordenadora do projeto

O Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) é composto por um grupo de pessoas que estão trabalhando para garantir que seus direitos como participante sejam respeitados, sempre pautado nas Resoluções nº 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

O CEP tem a obrigação de avaliar se a pesquisa foi planejada e se está sendo executada de forma ética. Caso você considere que a pesquisa não está sendo realizada da forma como você imaginou ou que está sendo prejudicado de alguma forma, você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da UFSC pelo telefone (48) 3721-6094, e-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br, ou pessoalmente, no Prédio da Reitoria II, na Rua Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 701 – Trindade – Florianópolis – Santa Catarina – CEP: 88040-400. Ou com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da SES/SC, pelo telefone (48) 3664-7218, de segunda-feira à sexta-feira, das 14h às 18h, ou pelo e-mail cepses@saude.sc.gov.br.

**APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Exclusivo para
Pais ou Responsáveis por Menores de 18 Anos**



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO PROFISSIONAL

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO EXCLUSIVO PARA
PAIS OU RESPONSÁVEIS POR MENORES DE 18 ANOS**

Prezados pais ou responsáveis, gostaríamos de convidá-los a participar da pesquisa intitulada **“Prevalência da Utilização e Implementação do Plano de Parto e Nascimento nas Maternidades Públicas de Florianópolis”**, a ser realizada no Hospital Universitário Polydoro de São Thiago da UFSC e na Maternidade Carmela Dutra de Florianópolis/Santa Catarina. Esta pesquisa está sendo coordenada pela Prof^a. Dr^a. Marli Terezinha Stein Backes (pesquisadora responsável).

A pesquisa tem como finalidade conhecer a experiência vivenciada por mulheres dentro das maternidades através do uso de Plano de Parto e Nascimento. Os objetivos são avaliar a prevalência e caracterizar o perfil das parturientes na utilização e implementação do Plano de Parto e Nascimento atendidas nas maternidades públicas de Florianópolis, bem como avaliar os planos de parto e nascimento elaborados pelas puérperas durante a gestação e apresentados nas maternidades durante a internação para o parto e nascimento.

Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visa assegurar os direitos e deveres da sua filha ou pessoa pela qual você é responsável enquanto participante desta pesquisa e foi elaborado em duas vias que serão rubricadas e assinadas por você e pelos pesquisadores, das quais uma via ficará com você e outra com os pesquisadores deste estudo. Por favor, leia com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se houver

dúvidas, mesmo após a assinatura, você poderá esclarecê-las com os pesquisadores, a qualquer momento.

A sua participação nesta pesquisa é voluntária e consiste apenas em autorizar a participação da sua filha ou pessoa pela qual você é responsável na pesquisa supracitada e em assinar este documento. Em caso afirmativo, a participação da sua filha ou pessoa pela qual você é responsável ocorrerá por meio de um questionário sobre o tema supracitado, com duração aproximada de 15 minutos. Se você e sua filha ou pessoa pela qual você é responsável concordarem com a participação dela neste estudo, após vocês lerem este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), lhes será solicitado o contato telefônico, número do *WhatsApp*®, *e-mail* e endereço da unidade básica de saúde a qual ela está vinculada e será agendado um horário com ela para um segundo momento, após a alta hospitalar, quando será aplicado o questionário na presença do acompanhante ou não, em um momento em que ela estiver se sentindo bem física e emocionalmente.

Durante a aplicação do questionário serão realizadas também perguntas com questões norteadoras. Posteriormente, os dados coletados a partir da entrevista serão tabulados em documento do *Microsoft Excell*® e serão armazenados em arquivos digitais protegidos por senha. Com a sua permissão também será realizada uma foto do Plano de Parto e Nascimento elaborado pela sua filha ou pessoa pela qual você é responsável nesta gestação, caso ela possua, para avaliação dos pesquisadores.

No caso de sua filha ou pessoa pela qual você é responsável não lembrar ou não saber informar sobre as questões ou parte delas contidas no questionário, se você autorizar, os pesquisadores irão realizar uma consulta ao prontuário dela para obter as informações necessárias para este estudo, sendo que estas informações serão fornecidas e mantidas de forma anônima.

Para garantir o anonimato e o sigilo das informações, sua filha ou pessoa pela qual você é responsável não será identificada, e os dados serão tratados no seu conjunto. O material e os dados obtidos com a pesquisa serão utilizados exclusivamente para a finalidade prevista no seu protocolo e ficarão sob a guarda dos pesquisadores. Os dados serão analisados e, após cinco anos da finalização do presente estudo, serão eliminados. Você terá acesso aos dados se assim o desejar, mediante solicitação.

Os riscos ou desconfortos relacionados à participação da sua filha ou pessoa pela qual você é responsável são mínimos, podendo causar incômodo por relembrar de momentos desagradáveis ou constrangimento para responder alguma pergunta. Para evitar isso, ela pode ficar à vontade e não responder as perguntas que lhe causam desconforto. Pretendemos não expô-la a riscos. Porém, se necessário, a entrevista será interrompida e, após, continuada e/ou descontinuada se for o caso. E caso ela necessite de acompanhamento ou assistência, serão tomadas as providências necessárias pela Pesquisadora Responsável e demais membros da Equipe de Pesquisa durante a realização da pesquisa e/ou após o seu encerramento. Essas providências que serão tomadas referem-se aos cuidados e às orientações e/ou encaminhamentos para o serviço e/ou unidade de saúde indicados, conforme o caso.

A participação da sua filha ou pessoa pela qual você é responsável não implicará em despesas para você. Você também não receberá nenhum valor financeiro em troca da participação dela nesta pesquisa que é voluntária. No entanto, ela será ressarcida em caso de despesas comprovadamente advindas da sua participação na presente pesquisa e também será indenizada em caso de eventual dano decorrente de sua participação de acordo com a Resolução 466/12, item IV.3.g e Resolução 510/16, Art. 17, inc. VII.

Ela terá liberdade de recusar-se a participar do estudo, ou, se aceitar participar, você como responsável poderá retirar o seu consentimento a qualquer momento. A recusa, desistência ou não autorização para participação no estudo não implicará em prejuízo, dano ou desconforto para você e nem para sua filha ou pessoa pela qual você é responsável. Os resultados deste estudo serão publicados em periódicos e eventos científicos ao término da pesquisa, em formato de artigos. Você pode solicitar esclarecimentos e informações durante todas as fases do desenvolvimento do projeto, inclusive a publicação dos resultados obtidos com esta pesquisa.

Ao participar deste estudo, você e sua filha ou pessoa pela qual você é responsável não terão benefícios diretos, mas consideramos a participação dela de extrema relevância, visto que a partir das informações que ela irá fornecer por meio do questionário, obteremos dados sobre a utilização e implementação do Plano de Parto e Nascimento nas maternidades públicas de Florianópolis e, desta maneira, será possível o aporte de subsídios para o aprimoramento da qualidade

da atenção obstétrica e neonatal, com a implementação de boas práticas assistenciais em saúde.

Os aspectos éticos relativos à pesquisa com seres humanos serão respeitados, conforme determina a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, sendo assegurados o anonimato e a confidencialidade das informações, bem como os princípios de autonomia, beneficência, não maleficência e justiça. A pesquisadora responsável declara que serão cumpridas as exigências contidas no item IV. 3.

Durante os procedimentos de coleta de dados sua filha ou pessoa pela qual você é responsável estará sempre acompanhada por um dos pesquisadores, que lhe prestará toda a assistência necessária ou acionará pessoal competente para isso. Caso você tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos sobre o estudo poderá entrar em contato com a pesquisadora: Marli Terezinha Stein Backes, telefone (48) 99152-2108, e-mail: marli.backes@ufsc.br, endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Campus Reitor João David Ferreira Lima, Departamento de Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Bloco I, Trindade, Florianópolis/Santa Catarina – CEP 88040-900.

Você também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da UFSC, pelo telefone (48) 3721-6094, e-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br, ou pessoalmente, no Prédio da Reitoria II, localizado na Rua Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 701 – Trindade – Florianópolis – Santa Catarina – CEP: 88040-400. Ou poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina (SES/SC), pelo telefone (48) 3664-7218, de segunda-feira à sexta-feira, das 14h às 18h, ou pelo e-mail: cepses@saude.sc.gov.br.

O CEPSH é um órgão colegiado interdisciplinar, deliberativo, consultivo e educativo, vinculado à Universidade Federal de Santa Catarina, mas independente na tomada de decisões, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

A partir do que foi exposto neste documento, caso seja de sua livre vontade autorizar a participação da sua filha ou pessoa pela qual você é responsável, solicito que assine duas vias deste Termo de Consentimento Livre e

Esclarecido exclusivo para pais ou responsáveis por menores de 18 anos, sendo que uma via ficará com você e a outra com os pesquisadores.

Nome da Participante: _____

Assinatura da Participante: _____

Nome do Responsável: _____

Assinatura do Responsável: _____

RESPONSABILIDADE DO PESQUISADOR:

Asseguramos cumprir as exigências da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares na elaboração do protocolo e na obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido exclusivo para pais ou responsáveis por menores de 18 anos. Asseguramos, também, ter explicado e fornecido uma via deste documento aos pais ou responsáveis pela participante. Informamos que o estudo foi aprovado pelo CEPESH da UFSC e pelo CEPESH da SES/SC, perante os quais o projeto foi apresentado. Comprometemo-nos a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo participante.

Data: ____/____/____

Pesquisador Entrevistador

Marli Terezinha Stein Backes
Pesquisadora Responsável e Coordenadora do projeto

O Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) é composto por um grupo de pessoas que estão trabalhando para garantir que seus direitos como participante sejam respeitados, sempre pautado nas Resoluções nº 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

O CEP tem a obrigação de avaliar se a pesquisa foi planejada e se está sendo executada de forma ética. Caso você considere que a pesquisa não está sendo realizada da forma como você imaginou ou que está sendo prejudicado de alguma forma, você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da UFSC pelo telefone (48) 3721-6094, e-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br, ou pessoalmente, no Prédio da Reitoria II, na Rua Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 701 – Trindade – Florianópolis – Santa Catarina – CEP: 88040-400. Ou com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da SES/SC, pelo telefone (48) 3664-7218, de segunda-feira à sexta-feira, das 14h às 18h, ou pelo e-mail cepses@saude.sc.gov.br.

APÊNDICE E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Exclusivo para os Profissionais Participantes da Validação de Conteúdo da Tecnologia Instrutiva



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO PROFISSIONAL

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO EXCLUSIVO PARA OS
PROFISSIONAIS PARTICIPANTES DA VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DA
TECNOLOGIA INSTRUTIVA

Prezado(a), gostaríamos de convidá-lo(a) a participar da pesquisa intitulada **“Desenvolvimento e validação da tecnologia *BirthWay* acerca do plano de parto e nascimento para uso de gestantes e profissionais da Atenção Primária à Saúde”**.

Um dos objetivos desta pesquisa está atrelada a validação da tecnologia "*BirthWay*", que trata-se de um guia instrutivo acerca da elaboração do Plano de Parto e Nascimento a ser utilizado pelas gestantes e divulgado, principalmente, na Atenção Primária à Saúde.

Este documento, denominado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, tem como objetivo assegurar seus direitos e deveres enquanto participante desta pesquisa. Seu conteúdo foi elaborado pelas pesquisadoras responsáveis pelo estudo. Recomendamos que você o leia com atenção e tranquilidade, aproveitando para esclarecer quaisquer dúvidas a qualquer momento.

A sua participação é voluntária e ocorrerá por meio do preenchimento de um questionário preestabelecido sobre a temática, com duração aproximada de 25 minutos.

Durante a aplicação do questionário de validação, serão realizadas perguntas norteadoras e pertinentes ao conteúdo disponibilizado no guia. Posteriormente, os

dados coletados serão tabulados em um documento do *Microsoft Excel*® e armazenados em arquivos digitais protegidos por senha.

Para assegurar o anonimato e a confidencialidade das informações, sua identidade não será revelada. Os dados coletados serão tratados de forma agrupada e utilizados exclusivamente para os fins estabelecidos nesta pesquisa, permanecendo sob a responsabilidade das pesquisadoras. Após a análise, os dados serão armazenados por um período de cinco anos a partir da conclusão do estudo, sendo, posteriormente, eliminados. Caso seja do seu desejo, você poderá ter acesso a todas as informações mediante solicitação.

Pretendemos não expô-lo(a) a riscos ou desconfortos decorrentes de sua participação. No entanto, caso ocorram, estes serão mínimos. Ressaltamos que responder ao questionário pode, eventualmente, provocar algum incômodo ao remeter a lembranças desagradáveis ou constrangedoras. Para minimizar esse risco, você terá total liberdade para não responder a quaisquer perguntas que lhe causem desconforto.

Se necessário, a entrevista poderá ser interrompida, retomada posteriormente ou, ainda, descontinuada. Caso você necessite de acompanhamento ou assistência, a Pesquisadora Responsável e os demais membros da equipe tomarão as providências adequadas durante a realização da pesquisa e/ou após o seu término.

Essas providências incluem cuidados, orientações e/ou encaminhamentos aos serviços ou unidades de saúde competentes, conforme a situação apresentada.

Sua participação na pesquisa é voluntária e não acarretará quaisquer despesas para você. Também não haverá pagamento de qualquer valor financeiro em troca da sua participação, que é voluntária. No entanto, caso haja despesas comprovadamente relacionadas a sua participação nesta pesquisa, você será ressarcido(a). Além disso, eventuais danos decorrentes da participação serão devidamente indenizados, conforme previsto na Resolução nº 466/2012, item IV.3.g, e na Resolução nº 510/2016, Art. 17, inciso VII.

Você terá total liberdade para recusar a participação neste estudo ou, caso aceite participar, poderá retirar seu consentimento a qualquer momento. A recusa ou desistência não acarretará nenhum prejuízo, dano ou desconforto para você.

Os resultados deste estudo serão divulgados em periódicos e eventos científicos, na forma de artigos, ao término da pesquisa. Você poderá solicitar

esclarecimentos e informações em qualquer fase do desenvolvimento do estudo, inclusive sobre a publicação dos resultados obtidos.

A sua participação neste estudo não resultará em benefícios diretos, porém é considerada de extrema relevância. As informações fornecidas por meio deste questionário permitirão a obtenção de dados para a validação do guia "Como Elaborar um Plano de Parto e Nascimento". Com isso, será possível subsidiar o aprimoramento da qualidade da atenção obstétrica e neonatal, por meio da implementação de boas práticas assistenciais em saúde.

Os aspectos éticos relativos a pesquisa com seres humanos serão respeitados, conforme determina a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares, sendo assegurados o anonimato e a confidencialidade das informações, bem como os princípios de autonomia, beneficência, não maleficência e justiça. A pesquisadora responsável declara que serão cumpridas as exigências contidas no item IV. 3.

Durante os procedimentos de coleta de dados você poderá ser acompanhado(a) por um dos pesquisadores, que lhe prestará toda a assistência necessária ou acionará pessoal competente para isso, se assim desejar. Caso você tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos sobre o estudo, poderá entrar em contato com os Comitês de Ética em Pesquisa ou com a Pesquisadora Responsável:

- Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina. Prédio Reitoria II. Rua Desembargador Vitor Lima, nº 222, Sala 701, Trindade, Florianópolis/Santa Catarina. CEP: 8840-400. Telefone: (48) 3721-6094. E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br.
- Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da MCD. Rua Esteves Júnior, nº 390, Anexo I - 3º Andar, Centro, Florianópolis/Santa Catarina. CEP: 88015-130. Telefone: (48) 3864-7218. E-mail: cepses@saude.sc.gov.br.
- Pesquisadora Responsável Marli Terezinha Stein Backes. Universidade Federal de Santa Catarina, Campus Reitor João David Ferreira Lima, Departamento de Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Bloco I, Trindade, Florianópolis/Santa Catarina. CEP: 88040-900. Telefone: (48) 99152-2108. E-mail: marli.backes@ufsc.br.

RESPONSABILIDADE DO PESQUISADOR:

Asseguramos cumprir as exigências da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares na elaboração do protocolo e na obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Asseguramos, também, ter explicado e fornecido uma via deste documento ao participante. Informamos que o estudo foi aprovado pelo CEPESH da UFSC e pelo CEPESH da SES/SC, perante os quais o projeto foi apresentado. Comprometemo-nos a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo participante.

Data: ____/____/____

Pesquisador Entrevistador

Marli Terezinha Stein Backes
Pesquisadora Responsável

APÊNDICE F – Protocolo de Revisão Sistemática – Para Registro no Próspero

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO PROFISSIONAL

PROTOCOLO DE REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA**Título**

O uso do Plano de Parto e Nascimento no atendimento materno em instituições brasileiras: revisão sistemática.

Condição ou Domínio a ser Estudado

A gestação e o parto são grandes experiências para a vida da mulher e, embora ambos sejam processos fisiológicos, passam a depender de fatores e circunstâncias que afetam sua saúde e qualidade de vida (Mazúchová *et al.*, 2018), frequentemente complexos, que produzem respostas emocionais intensas (Blodgett, 2024). Desta forma, uma descrição fidedigna dos cuidados de saúde perante a gestação deve contemplar intervenções implementadas para prevenir a morbimortalidade e incorporar aspectos de qualidade da assistência em saúde à díade mãe-filho (Wildmana, 2003).

O processo de parturição exige uma preparação materna, tanto nos aspectos físicos quanto emocionais, uma vez que se trata de uma experiência de grande relevância para a vida das mulheres, devendo focar na obtenção de um resultado positivo frente a este momento, com boa qualidade no relacionamento entre a gestante e os profissionais que a atendem, com planejamento, correta comunicação

junto às equipes que lhe conferem atendimentos e cuidados pretéritos ao nascimento (Lundgren *et al.*, 2003; Kaufman, 2007).

O parto é um processo notável, porém desafiador, de transição da gestante para uma mãe, onde uma experiência positiva melhora seu bem-estar, aumenta sua autoconfiança e facilita o relacionamento mãe-filho, enquanto, uma experiência negativa pode induzir ao sofrimento psicológico, depressão pós-parto, prejudicar o vínculo genitora e recém-nascido, além de dificultar o desenvolvimento físico, mental e emocional normal da criança, portanto, para alcançar esse objetivo positivamente, é necessário um planejamento meticuloso como, por exemplo, utilizando os PPN (Fenaroli *et al.*, 2019, Alizadeh-Dibazari *et al.*, 2024).

Os Planos de Parto e Nascimento foram, inicialmente, implementados na década de 1980, na Europa e na América, em resposta ao crescente movimento de intervenções e medicalização do parto (Ahmadpour *et al.*, 2020). Este documento caracteriza-se por uma ferramenta de comunicação escrita preparada pelas gestantes juntamente aos profissionais de saúde envolvidos nesse processo, que apontam suas preferências, expectativas e medos perante a condução do processo de parturição e imediatamente após o parto (Kuo *et al.*, 2010), abordando uma lista de requisitos ou critérios que auxiliam as mães no recebimento de apoio e os cuidados necessários (Chua *et al.*, 2024).

Além de ser um documento expositivo, os Planos de Parto e Nascimento têm sido descritos como uma ferramenta de empoderamento utilizado durante o trabalho de parto, parto até o puerpério (Anderson *et al.*, 2017). Este consiste na descrição das expectativas e preferências da gestante, então, quando elaborado durante o pré-natal, promove, além da educação em saúde, a comunicação adequada entre os pares – paciente e profissionais assistentes, favorecendo a mitigação da medicalização excessiva e a capacitação das gestantes para serem protagonistas durante o seu parto, evitando possíveis complicações (Carrilho *et al.*, 2019; Jakubowski *et al.*, 2024).

Data de Previsão da Coleta de Dados

Primeira quinzena de agosto de 2025.

Estágio de Revisão no Momento do Registro

Em estágio de desenvolvimento. Não iniciada.

Organização onde a Revisão Sistemática está sendo Realizada

Universidade Federal de Santa Catarina.

Fontes de Financiamento

Nenhuma.

Conflito de Interesses

Nenhum.

Pergunta de Pesquisa da Revisão Sistemática

O Plano de Parto e Nascimento é, de fato, discutido nas instituições que atendem gestantes e puérperas?

Buscas

As fontes de buscas serão realizadas nas seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), ZB MED – *Leibniz Information Centre for Life Sciences* (LIVIVO), *Educational Resources Information Centre* (ERIC), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Base de Dados de Enfermagem (BDENF), Periódicos da Capes, além do Google Scholar representando a literatura cinzenta. De igual modo a busca eletrônica, serão realizadas pesquisas manuais a fim de rastrear as listas de referências dos estudos selecionados, bem como todas as outras publicações do primeiro autor de todos os estudos relevantes.

Para seleção das publicações, serão respeitados os Descritores em Ciências da Saúde (DECS) e *Medical Subject Headings* (MESH) entre eles: 'plano de parto'; 'plano de parto e nascimento'; '*birth plan*'; 'Brasil'.

Serão elaboradas estratégias de busca para cada base com auxílio de uma bibliotecária. Também, serão utilizados os operadores booleanos, representados pelos termos *AND* e *OR* para realizar combinações entre os descritores.

Tipos de Estudos a serem Incluídos

Como critérios de inclusão serão considerados estudos observacionais, intervencionistas, de coorte, inquéritos, exploratório, descritivo, de abordagem qualitativa e quantitativa, transversais e longitudinais.

CrITÉRIOS de Inclusão

Estudos desenvolvidos com gestantes e puérperas realizados no Brasil, em qualquer idioma ou data.

CrITÉRIOS de Exclusão

Serão excluídos estudos de revisões integrativas, narrativas, sistemáticas e de escopo, bem como relatos de experiências, estudos estrangeiros que compreendiam amostras com profissionais de saúde, parceiros de gestante ou de puérperas.

Participantes/População

Para a seleção dos estudos relevantes frente às questões de pesquisa, alguns requisitos serão levados em consideração, conforme sugerido por Okoli (2015): 1) O estudo abordará o uso do PPN; 2) O estudo apresentará como foco as grávidas e puérperas; 3) O estudo realizado no Brasil; 4) Variáveis socioeconômicas e/ou obstétricas; 5) Tipo de publicação: artigos, pôsteres, trabalhos de conclusão de curso, dissertações ou teses, com ou sem estudo.

Desfechos Primários

Considerar-se-á como desfecho primário o uso do PPN em atendimento materno.

Desfechos Secundários

Como desfechos secundários, serão consideradas as variáveis socioeconômicas e/ou informações obstétricas. Por fim, serão identificados por análise de prevalência, os resultados baseados em estatísticas descritivas e probabilidades (frequências e porcentagens).

Seleção dos Estudos

A seleção dos estudos seguirão um processo de triagem em duas etapas, que consistirão na avaliação do título e resumo, seguida da revisão de texto completo.

Na fase 1, dois autores (BSB e RL) revisarão, independentemente, os títulos e resumos de todas as referências. Durante esta fase, serão excluídos quaisquer

estudos que não atendam aos critérios de elegibilidade descritos na sessão de critérios de inclusão e exclusão.

Na fase 2, aplicar-se-ão os mesmos critérios de seleção ao texto completo dos estudos para determinar quais variáveis incluir. Os autores revisarão, independentemente, todos os estudos. As divergências serão resolvidas, entre ambos, por consenso e acordo mútuo.

Os estudos selecionados serão analisados e os dados ajustados ao mesmo formato, codificando e limitando a atributos relevantes (autor, título, ano de publicação, entre outros). Subsequentemente, serão exportados para o programa *Microsoft Excel*® por um autor e verificado independentemente por outro para coleta e organização dos dados dos estudos selecionados.

Extração dos Dados

Realizar-se-á uma busca abrangente em bancos de dados bibliográficos nesta revisão. Cobrir-se-á o período de busca sem limite de data para incluir todos os estudos disponíveis sobre o uso do PPN no atendimento materno em instituições brasileiras. A triagem e extração de dados também serão conduzidas em paralelo e de forma independente para garantir confiabilidade e reduzir viés na busca dos artigos. De toda forma, o estudo permitirá concluir se de fato há o uso do PPN no atendimento materno em instituições brasileiras.

Avaliação do Risco de Viés

Para o risco de viés nos estudos individuais incluídos será utilizado o *Joana Briggs Institute Meta Analysis of Instrumento de Avaliação e Revisão Estatística* (JBI-MAStARI).

O questionário consiste em oito perguntas que serão respondidas com sim, não, pouco claro ou não aplicável. No JBI-MAStARI, dois critérios listados no instrumento serão considerados irrelevantes para a natureza dos estudos. Desta forma, os estudos serão classificados da seguinte forma: alta qualidade metodológica (>5 respostas “sim”), qualidade metodológica moderada (3–4 respostas “sim”) ou baixa qualidade metodológica (0–2 respostas “sim”) (JBI, 2014).

Realizar-se-á, então, uma análise temática dos dados combinando-os às observações, onde serão calculadas as frequências das ocorrências.

Avaliação da Qualidade da Evidência

Não será realizada a avaliação da qualidade das evidências.

Síntese dos Dados

Os estudos selecionados serão analisados e os dados ajustados ao mesmo formato, codificando e limitando a atributos relevantes (autor, título, tipo de estudo, local, ano de publicação, amostra, local do estudo, instrumento de coleta de dados, resultados – variáveis sociodemográficas e informações obstétricas –, resultados do PPN). Subsequentemente, serão exportados para o programa *Microsoft Excel®* por um autor e verificado independentemente por outro para coleta e organização dos dados dos estudos selecionados.

Referências

AHMADPOUR, P. *et al.* Evaluation of the birth plan implementation: a parallel convergent mixed study. **Reproductive Health**, v. 17, p. 1-9, 2020.

ALIZADEH-DIBAZARI, Z. *et al.* Childbirth preparation and its facilitating and inhibiting factors from the perspectives of pregnant and postpartum women in Tabriz-Iran: a qualitative study. **Reproductive Health**, v. 21, n. 1, p. 106, 2024.

ANDERSON, C. *et al.* Patient Communication, Satisfaction, and Trust Before and After Use of a Standardized Birth Plan. **Hawai 'i Journal of Medicine & Public Health**, v. 76, n. 11, p. 305, 2017.

BLODGETT, K. Creating and Implementing a Trauma-Informed Birth Plan in a Midwifery Practice: A Quality Improvement Project. School of Nursing, **Oregon Health & Science University**, 2024.

CARRILHO, J. M. *et al.* Pregnant users' perceptions of the birth plan interface in the "my prenatal care" app: observational validation study. **JMIR Formative Research**, v. 3, n. 1, p. e11374, 2019.

CHUA, J. S. *et al.* Birth plan and fathers: A scoping review. **Midwifery**, p. 104053, 2024.

FENAROLI, V. *et al.* The childbirth experience: obstetric and psychological predictors in Italian primiparous women. **BMC pregnancy and childbirth**, v. 19, p. 1-7, 2019.

JAKUBOWSKI, A. *et al.* It takes a village: A pilot cross-randomized trial to enhance pregnancy care and support in northern Ghana. **Journal of Global Health**, v. 14, p. 04217, 2024.

JOANNA BRIGGS INSTITUTE (JBI) *et al.* Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2014 edition The systematic review of prevalence and incidence data. The University of Adelaide: **The Joanna Briggs Institute**, 2014.

KAUFMAN, T. Evolution of the birth plan. **The Journal of Perinatal Education**, v. 16, n. 3, p. 47, 2007.

KUO, S. *et al.* Evaluation of the effects of a birth plan on Taiwanese women's childbirth experiences, control and expectations fulfilment: A randomised controlled trial. **International Journal of Nursing Studies**, v. 47, p. 806-814, 2010.

LUNDGREN, I. *et al.* Is the childbirth experience improved by a birth plan? **Journal of Midwifery & Women's Health**, v. 48, n. 5, p. 322-328, 2003.

MAZÚCHOVÁ, L. *et al.* Medindo a qualidade de vida das mulheres durante a gravidez. **Contato**, v. 1, pág. e31-e36, 2018.

OKOLI, C. A guide to conducting a standalone systematic literature review. **Communications of the Association for Information Systems**, v. 37, 2015.

WILDMANA, K. *et al.* Indicadores europeus de cuidados de saúde durante a gravidez, parto e período pós-parto. **Reproductive Biology**, v. 111, p. S53-S65, 2003.

**ANEXO A – Declaração da responsável pela guarda dos dados no Hospital
Universitário-UFSC/EBSERH**

ANEXO A - Declaração da responsável pela guarda dos dados



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR POLYDORO ERNANI DE SÃO
THIAGO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES

DECLARAÇÃO DA RESPONSÁVEL PELA GUARDA DOS DADOS

Eu, **Enfermeira Leticia Cabral Domingos da Rosa**, Enfermeira Coordenadora do Alojamento Conjunto do Hospital Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina/EBSERH, declaro que me responsabilizo pela garantia de que os dados dos prontuários das pacientes serão fornecidos de forma anonimizada durante a coleta de dados para a pesquisa intitulada “**Prevalência da utilização e implementação do plano de parto e nascimento nas maternidades públicas de Florianópolis**”, e indico a Profª. Drª. Marli Terezinha Stein Backes como encarregada pelo tratamento desses dados, conforme estabelece o Artigo 41 da LGPD.

Florianópolis, 20 de janeiro de 2023.

Enfª Leticia Cabral Domingos da Rosa

Enfermeira Coordenadora do Alojamento Conjunto

HU-UFSC/EBSERH

ANEXO B – Declaração da responsável pela guarda dos dados na Maternidade Carmela Dutra



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SANTA CATARINA
SUPERINTENDÊNCIA DE PLANEJAMENTO EM SAÚDE
ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DE SANTA CATARINA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS

TERMO DE AUTORIZAÇÃO E COMPROMISSO DOS PESQUISADORES PARA USO DE DADOS SECUNDÁRIOS (prontuários, arquivos, registros/similares)

Eu, Luana da Silva, ocupante do cargo de Enfermeira na Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, após ter conhecimento do projeto de pesquisa intitulado "**Prevalência da utilização e implementação do plano de parto e nascimento nas maternidades públicas de Florianópolis**", com os objetivos de avaliar a prevalência e caracterizar o perfil das parturientes na utilização e implementação do plano de parto e nascimento atendidas nas maternidades públicas de Florianópolis e avaliar os planos de parto e nascimento elaborados pelas puérperas durante a gestação e apresentados nas referidas maternidades durante a internação para o parto e nascimento, e que necessita coletar dados sobre as parturientes que elaboraram o seu plano de parto e nascimento durante o pré-natal e sobre as parturientes que tiveram o seu plano de parto e nascimento implementado na Maternidade Carmela Dutra de Florianópolis/SC. Estes dados serão coletados por meio de uma entrevista com as participantes selecionadas para esse estudo e também por meio da utilização dos seus prontuários e demais registros/similares. Além disso, será necessário acesso à caderneta da gestante de cada participante selecionada, a qual será fotografada para posterior análise, mantendo o sigilo das participantes.

AUTORIZO os pesquisadores: Marli Terezinha Stein Backes, Heloísa Ferreira de Melo, Paula Silva Hinz, Caroline Nardi e Ana Carolina Lemos dos Santos a terem acesso aos dados solicitados acima para a referida pesquisa.

A presente autorização é concedida aos pesquisadores, mediante os seguintes compromissos, que expressamente são assumidos pelos mesmos:

- 1) Iniciar a coleta de dados **somente** após o projeto de pesquisa ser aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP;
- 2) Utilizar os dados coletados, **exclusivamente** para embasamento da pesquisa informada no presente termo;
- 3) Obedecer às disposições éticas de manter a confidencialidade sobre os dados coletados bem como de manter a privacidade de seus conteúdos, cientes de que poderão responder civil e criminalmente em caso de violação dos mesmos;
- 4) Realizar a pesquisa documental mediante coleta de dados do documento original ciente da impossibilidade de reprodução do prontuário, no todo ou em parte, por qualquer tipo de equipamento;
- 5) Os pesquisadores se comprometem a manter a guarda das informações coletadas por um prazo mínimo de cinco anos e, após esse prazo decorrido, destruir as informações coletadas.

Florianópolis, 26 de março de 2023.

Luana da Silva
Enfermeira
COREN/SC 397587

Assinatura e carimbo do guardião legal dos prontuários/dados



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SANTA CATARINA
SUPERINTENDÊNCIA DE PLANEJAMENTO EM SAÚDE
ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DE SANTA CATARINA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS

Nós, pesquisadores acima descritos e abaixo assinados, comprometemo-nos, em caráter irrevogável, a manter o sigilo e a confidencialidade em relação à identificação dos participantes e demais dados da entrevista, prontuário, registros/similares e caderneta da gestante por prazo indeterminado.

Garantimos que as informações a serem coletadas, descritas acima, serão exclusivamente para realização do presente projeto de pesquisa. Além disso, comprometemo-nos a observar todos os requisitos éticos estabelecidos pelas Resoluções CNS nº 466/12, CNS nº 510/16 e Lei nº 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais) e informamos que todas as ações envolvidas com o tratamento dos dados pessoais e dados sensíveis repassados estão em concordância com a referida Lei.

Florianópolis, 26 de março de 2023.

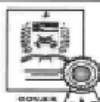
Pesquisador responsável		
Assinatura:  Documento assinado digitalmente Marli Terezinha Stein Backes Data: 26/03/2023 12:58:17-0300 CPF: ***.586.800-**-** Verifique as assinaturas em https://w.ufsc.br		
Nome: Marli Terezinha Stein Backes		
CPF: 67058680078	RG: 4042236821	Matrícula: 191463
Pesquisador participante		
Assinatura:  Documento assinado digitalmente HELOISA FERREIRA DE MELO Data: 26/03/2023 13:10:00-0300 CPF: ***.110.509-**-** Verifique as assinaturas em https://w.ufsc.br		
Nome: Heloísa Ferreira de Melo		
CPF: 105.110.509-92	RG: 5909555	Matrícula (se houver)
Pesquisador participante		
Assinatura:  Documento assinado digitalmente Paula Silva Hinz Data: 26/03/2023 13:03:06-0300 CPF: ***.532.839-**-** Verifique as assinaturas em https://w.ufsc.br		
Nome: Paula Silva Hinz		
CPF: 116.532.839-98	RG: 6.971.889	Matrícula: 20102186

Página 2 de 3

Este documento deve ser digitalizado de forma que todas as páginas fiquem no mesmo arquivo.



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SANTA CATARINA
SUPERINTENDÊNCIA DE PLANEJAMENTO EM SAÚDE
ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DE SANTA CATARINA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS

Pesquisador participante		
Assinatura:  Documento assinado digitalmente Caroline Nardi Data: 26/03/2023 15:05:43 -0300 CPF: ***.695.199-**-** Verifique as assinaturas em https://vufisc.br/		
Nome: Caroline Nardi		
CPF: 90.695.199-25	RG: 9069519925	Matrícula: 19202383
Pesquisador participante		
Assinatura:  Documento assinado digitalmente ANA CAROLINA LEMOS DOS SANTOS Data: 26/03/2023 13:02:42-0300 CPF: ***.454.290-**-** Verifique as assinaturas em https://vufisc.br/		
Nome: Ana Carolina Lemos dos Santos		
CPF: 009.694.290-88	RG: 1087627401	Matrícula (se houver)

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:

1. Todos os pesquisadores que vierem a participar do estudo deverão ter o seu nome informado. Poderá ser vedado o acesso aos documentos, de pessoas cujo nome não conste neste documento.
2. A instituição de saúde guardiã do prontuário terá total autonomia para determinar os horários e locais para a realização da pesquisa.
3. A instituição de saúde guardiã do prontuário poderá restringir a continuidade da coleta de dados e inclusive proibir o acesso de qualquer dos pesquisadores, se verificada a realização de cópia (no todo ou em parte) de qualquer informação constante dos prontuários médicos.
4. Pesquisas com dados secundários não disponíveis ao acesso público deverão apresentar esse Termo constando as assinaturas dos pesquisadores envolvidos na pesquisa, assinatura e carimbos dos dirigentes da instituição, campo da pesquisa.

ANEXO C – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Prevalência da utilização e implementação do plano de parto e nascimento nas maternidades públicas de Florianópolis

Pesquisador: Marli Terezinha Stein Backes

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 58145822.8.0000.0121

Instituição Proponente: CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.901.255

Apresentação do Projeto:

As informações que seguem e as elencadas nos campos "Objetivo da pesquisa" e "Avaliação dos riscos e benefícios" foram retiradas do arquivo PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_...pdf, de 13/02/2023, preenchido pelos pesquisadores.

Segundo os pesquisadores:

[resumo] Introdução: O plano de parto e nascimento trata-se de uma ferramenta com o objetivo de facilitar a comunicação entre gestantes e profissionais da saúde, além da tentativa de empoderar as mulheres nesse momento, já que através desse mecanismo elas informam sobre suas escolhas e adquirem conhecimentos sobre procedimentos e riscos e aumentam sua autonomia durante o parto. Essa ferramenta está inserida nas recomendações da Organização Mundial da Saúde de "Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento" desde 1996 e também está implementada como prática desenvolvida pelos enfermeiros nas consultas de pré-natal, no protocolo de enfermagem em saúde da mulher do município de Florianópolis, local do estudo. Mesmo depois de anos do advento do plano de parto e nascimento, esse instrumento ainda é pouco utilizado e difundido pelos profissionais de saúde e também pelas gestantes. Objetivos: identificar a prevalência da utilização e implementação do plano de parto e nascimento nas maternidades públicas de Florianópolis e Avaliar os planos de parto e nascimento elaborados pelas puérperas durante a gestação e apresentados nas maternidades durante a internação para o parto e nascimento. Método: estudo de abordagem quantitativa descritiva. Será realizado nas

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 701
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 5.901.255

maternidades públicas de Florianópolis/SC a partir de maio de 2022. Para a coleta de dados será aplicado um questionário com 500 puérperas com proposições em relação ao atendimento pré-natal, parto e pós parto. Pretende-se também extrair dados do plano de parto e nascimento das puérperas, sujeitos do estudo, que tenham elaborado este plano durante as suas gestações para realizar uma avaliação sobre como ele foi elaborado e quais elementos foram pontuados nele.

[hipótese (se for o caso)] o plano de parto e nascimento ainda é muito pouco utilizado no município de Florianópolis, e menos ainda implementado nas maternidades. Dessa forma, pressupõe-se que a maioria das gestantes e parturientes não tem conhecimento da existência deste plano e a equipe de saúde tem resistência na sua utilização.

[metodologia] Um estudo de abordagem quantitativa e descritivo. O estudo será realizado no alojamento conjunto do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina (HU-UFSC/EBSERH) e da Maternidade Carmela Dutra (MCD), ambos localizados em Florianópolis, capital do estado de Santa Catarina. Os dois hospitais citados são referências para atendimento às gestantes, parturientes e puérperas pelo Sistema Único de Saúde (SUS). A MCD atende uma média de 320 partos/nascimentos mensais (SANTA CATARINA, 2018a) e a maternidade do HU-UFSC/EBSERH em torno de 220 (UFSC, 2020). E juntas estas duas maternidades atendem, em média, 540 partos/nascimentos por mês (SANTA CATARINA, 2018a; UFSC, 2020). Serão considerados critérios de inclusão nesta pesquisa: puérperas internadas no Alojamento Conjunto de ambas as maternidades, em qualquer faixa etária, que tiveram gestação de risco habitual e/ou de alto risco, independentemente da opção de escolher o tipo de parto, e que tem condições físicas e emocionais para responder o questionário, que tiveram o trabalho de parto e parto nas das referidas instituições, independentemente da via de parto, e realizaram o acompanhamento pré-natal previamente na cidade de Florianópolis. O critério de exclusão desta pesquisa é: puérperas que não realizaram o pré-natal em Florianópolis. O tamanho amostral será composto pela totalidade de puérperas entrevistadas durante um mês em cada uma das maternidades. Para o cálculo do tamanho da amostra foi utilizado o programa Winpepi, versão 11.65. Considerando confiança de 95%, margem de erro de 10% e proporção de 50%, chegou-se ao tamanho de amostra mínimo de 96 puérperas. A amostra será coletada nas maternidades dos hospitais: HU-UFSC/EBSERH e Maternidade Carmela Dutra. A coleta de dados se dará no período de 15 de março a 15 de setembro de 2023. Os pesquisadores entrarão em contato pessoalmente com as puérperas nas enfermarias/quartos onde elas estiverem internadas junto aos seus leitos e irão convidá-las para participar do estudo. Será aplicado um questionário (APÊNDICE A) junto as puérperas internadas no alojamento conjunto das referidas instituições que aceitarem participar

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 701
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 5.901.255

do estudo no local onde elas se encontram junto aos seus leitos ou em algum lugar/sala mais reservado disponível na instituição, na presença do acompanhante ou não, em um momento em que elas estiverem se sentindo bem física e emocionalmente, evitando as primeiras horas após o parto/nascimento. O tempo de aplicação do questionário com cada puérpera será em torno de 15 minutos. Este questionário será aplicado por um dos pesquisadores do projeto treinado para isso, e terá o auxílio de uma bolsista de iniciação científica. Durante o período de coleta de dados, os pesquisadores e/ou bolsista irão diariamente, no turno da manhã ou à tarde, no alojamento conjunto das maternidades das referidas instituições, para aplicação dos questionários junto às puérperas, momento em que saberão com quais novas puérperas o questionário será aplicado. Será realizada uma fotografia do plano parto e nascimento elaborado pelas puérperas durante a sua gestação e apresentado na maternidade durante a internação para o parto/nascimento, logo após a aplicação do questionário, com a finalidade de realizar uma análise mais detalhada dos mesmos. Como instrumento de coleta de dados será utilizado um questionário que consta no Apêndice A, elaborado com a função de avaliar a prevalência da utilização e implementação do plano de parto e nascimento nas maternidades públicas de Florianópolis, mais especificamente, nos centros obstétricos. Trata-se de um questionário estruturado, contendo dados de identificação (iniciais do nome, idade), caracterização sócio econômica, seguido por perguntas relacionadas ao histórico da puérpera, questões relacionadas às consultas de pré-natal e, por fim, perguntas relacionadas ao atendimento ao parto.

[critérios de inclusão] Serão considerados critérios de inclusão nesta pesquisa: puérperas internadas no Alojamento Conjunto de ambas as maternidades, em qualquer faixa etária, que tiveram gestação de risco habitual e/ou de alto risco, independentemente da opção de escolher o tipo de parto, e que tem condições físicas e emocionais para responder o questionário, que tiveram o trabalho de parto e parto dentro das referidas instituições, independentemente da via de parto, e realizaram o acompanhamento pré-natal previamente na cidade de Florianópolis.

[critérios de exclusão] O critério de exclusão desta pesquisa é: puérperas que não realizaram o pré-natal em Florianópolis.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivos gerais do estudo:

- Avaliar a prevalência e caracterizar o perfil das parturientes na utilização e implementação do plano de parto e nascimento atendidas nas maternidades públicas de Florianópolis.
- Avaliar os planos de parto e nascimento elaborados pelas puérperas durante a gestação e

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 701
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANÓPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 5.901.255

apresentados nas maternidades durante a internação para o parto e nascimento.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Os riscos relacionados à sua participação são mínimos, podendo causar desconforto por relembrar de momentos desagradáveis ou constrangimento para responder alguma pergunta.

Benefícios: Espera-se que esse estudo forneça subsídios e informações para a implementação de melhorias na assistência obstétrica e neonatal a fim de difundir a utilização do plano de parto e nascimento pelas gestantes e proporcionar autonomia e empoderamento às mulheres durante o ciclo gravídico puerperal, especialmente durante o trabalho de parto e parto/nascimento.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Informações retiradas primariamente do formulário com informações básicas sobre a pesquisa gerado pela Plataforma Brasil e/ou do projeto de pesquisa e demais documentos postados, conforme lista de documentos e datas no final deste parecer.

[Projeto de pesquisa departamental de Mari Terezinha Stein Backes do Departamento de Enfermagem].

Estudo [nacional] e [unicêntrico]. [prospectivo].

Financiamento: [próprio].

Pais de origem: [Brasil].

Número de participantes no Brasil: [500].

Previsão de início do estudo: [15/03/2023 no formulário PB].

Previsão de término do estudo: [30/06/2025 no formulário PB].

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos foram apresentados

Recomendações:

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações."

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A pesquisadora respondeu a carta resposta, porém a pesquisadora esclarece que o estudo não se trata de um TCC, e também declara que outras pessoas fazem parte da equipe de pesquisa, mas não consta os nomes no formulário PB, nem como assistentes e nem como equipe de pesquisa. Apenas consta o nome da Srª Heloisa Ferreira de Melo. [...] reforço que esta pesquisa será

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vilor Lima, nº 222, sala 701
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANÓPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC**



Continuação do Parecer: 5.901.255

realizada e que foram incluídos mais membros na equipe de pesquisa.”

Os demais itens estão contemplados.

Como são pendências pontuais, assim que forem resolvidas, os pesquisadores podem submeter novamente para apreciação na Plataforma Brasil e entrar em contato com o Comitê de Ética (CEPSH/UFSC) comunicando a efetuação da(s) pendência(s) solicitada(s) para que o processo seja aprovado na modalidade Ad Referendum, não precisando passar em reunião novamente.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1876571.pdf	25/01/2023 01:58:42		Aceito
Outros	Declaracao_HU.pdf	25/01/2023 01:58:06	Marli Terezinha Stein Backes	Aceito
Outros	Declaracao_guarda_dos_dados_MCD.pdf	25/01/2023 01:56:37	Marli Terezinha Stein Backes	Aceito
Outros	TCLE_exclusivo_para_pais_ou_responsaveis_por_menores_de_18_anos.pdf	25/01/2023 01:55:33	Marli Terezinha Stein Backes	Aceito
Outros	Carta_resposta.pdf	25/01/2023 01:53:53	Marli Terezinha Stein Backes	Aceito
Dedaração de concordância	Autorizacao_HU_UFSC.pdf	25/01/2023 01:45:20	Marli Terezinha Stein Backes	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_Assentimento.pdf	25/01/2023 01:07:36	Marli Terezinha Stein Backes	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	25/01/2023 01:07:26	Marli Terezinha Stein Backes	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_corrigido.pdf	25/01/2023 01:07:08	Marli Terezinha Stein Backes	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto.pdf	31/03/2022 22:29:44	Marli Terezinha Stein Backes	Aceito

Situação do Parecer:

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vilor Lima, nº 222, sala 701
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANÓPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 5.901.255

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

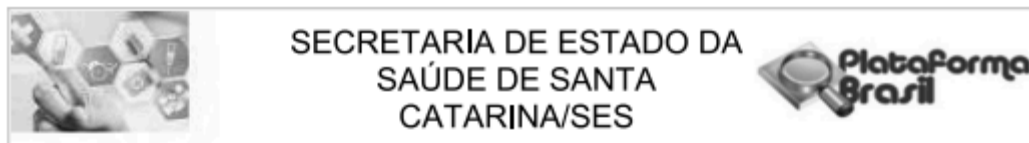
Não

FLORIANOPOLIS, 16 de Fevereiro de 2023

Assinado por:
Luciana C Antunes
(Coordenador(a))

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vilor Lima, nº 222, sala 701
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

**ANEXO D – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES
HUMANOS DA SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE / MATERNIDADE
CARMELA DUTRA**



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Prevalência da utilização e implementação do plano de parto e nascimento nas maternidades públicas de Florianópolis

Pesquisador: Marli Terezinha Stein Backes

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 58145822.8.3001.0115

Instituição Proponente: Maternidade Carmela Dutra

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.321.168

Apresentação do Projeto:

Informações retiradas do documento: PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2091016

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa descritiva que será realizado nas maternidades do HUI/UFSC e Carmela Dutra, visando identificar a prevalência da utilização e implementação do plano de parto e nascimento nas maternidades públicas de Florianópolis e avaliar os planos de parto e nascimento elaborados pelas puérperas durante a gestação e apresentados nas maternidades durante a internação para o parto e nascimento.

Objetivo da Pesquisa:

Informações contidas no documento: PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2091016

Objetivos gerais

Identificar a prevalência da utilização e implementação do plano de parto e nascimento nas maternidades públicas de Florianópolis;

Avaliar os planos de parto e nascimento elaborados pelas puérperas durante a gestação e apresentados

Endereço: Rua Esteves Junior, 390 – Anexo I – 3º andar.

Bairro: Centro

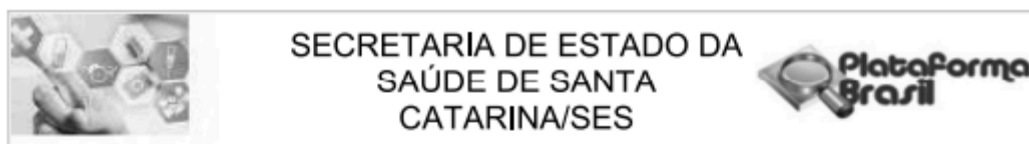
CEP: 88.015-130

UF: SC

Município: FLORIANÓPOLIS

Telefone: (48)3664-7218

E-mail: cepses@saude.sc.gov.br



Continuação do Parecer: 6.321.168

nas maternidades durante a internação para o parto e nascimento.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Informações contidas no documento: PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2091016

Riscos

Os riscos relacionados à participação são mínimos, podendo causar desconforto por relembrar de momentos desagradáveis ou constrangimento para responder alguma pergunta.

Benefícios

Espera-se que esse estudo forneça subsídios e informações para a implementação de melhorias na assistência obstétrica e neonatal a fim de difundir a utilização do plano de parto e nascimento pelas gestantes e proporcionar autonomia e empoderamento às mulheres durante o ciclo gravídico puerperal, especialmente durante o trabalho de parto e parto/nascimento.

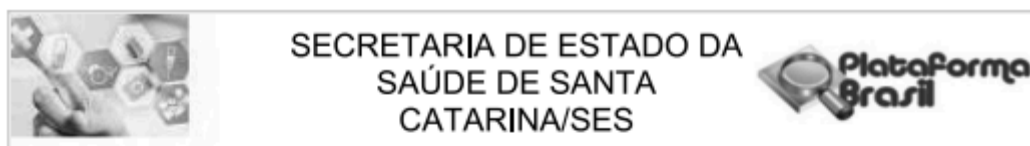
Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Informações contidas nos documentos: PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO;
Projeto_corrigido_2.pdf

METODOLOGIA

Como instrumento de coleta de dados será utilizado um questionário que consta no Apêndice A, elaborado com a função de avaliar a prevalência da utilização e implementação do plano de parto e nascimento nas maternidades públicas de Florianópolis, mais especificamente, nos centros obstétricos. Trata-se de um questionário estruturado, com 26 itens, contendo dados de identificação (iniciais do nome, idade), caracterização sócio econômica, seguido por perguntas relacionadas ao histórico da puérpera, questões relacionadas às consultas de pré-natal e, por fim, perguntas relacionadas ao atendimento ao parto. O tempo de aplicação do questionário com cada puérpera será em torno de 15 minutos.

Endereço: Rua Esteves Junior, 390 - Anexo I - 3º andar.
Bairro: Centro **CEP:** 88.015-130
UF: SC **Município:** FLORIANÓPOLIS
Telefone: (48)3664-7218 **E-mail:** cepses@saude.sc.gov.br



Continuação do Parecer: 6.321.1 68

Análise dos dados:

Os dados serão tabelados no programa Excel® - Empresa Microsoft. Posteriormente, os resultados serão enviados para o software SPSS, versão 25, onde serão analisados. As variáveis quantitativas serão representadas pela média e desvio-padrão ou quartis com a amplitude dependendo de sua distribuição. Essa será verificada pelo teste de normalidade de Shapiro-Wilk. As variáveis qualitativas serão representadas pela frequência absoluta e relativa. As perguntas abertas serão trabalhadas, transformando-as em categorias e analisadas do mesmo modo que as variáveis qualitativas. Em seguida será realizada uma análise crítica do atendimento da APS e maternidades públicas, a partir dos resultados obtidos

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatória foram adequadamente inseridos no processo.

Recomendações:

Vide Conclusões ou Pendências e Lista de inadequações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

No Parecer consubstanciado CEP_6223259, emitido em 07/08/2023 solicitamos o atendimento, por parte da pesquisadora, das seguintes pendências:

P1. Adequar o cronograma de execução no documento Informações básicas do projeto conforme foi alterado no projeto completo;

P2. Corrigir as informações básicas do projeto adicionando as informações colocadas no projeto completo quanto ao momento/local de aplicação do questionário às participantes da pesquisa para não gerar confusões com informações divergentes nos diferentes documentos.

Em carta resposta enviada pela pesquisadora responsável em 24/08/2023 consta:

Comunico que foram realizadas as adequações solicitadas e solucionadas as pendências em relação ao Projeto intitulado: "Prevalência da utilização e implementação do plano de parto e nascimento nas maternidades públicas de Florianópolis", conforme as pendências do Parecer emitido no dia 07/08/2023.

Endereço: Rua Esteves Junior, 390 - Anexo I - 3º andar.

Bairro: Centro

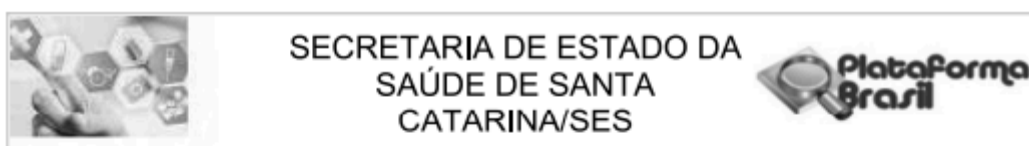
CEP: 88.015-130

UF: SC

Município: FLORIANÓPOLIS

Telefone: (48)36 64-7218

E-mail: cepses@saude.sc.gov.br



Continuação do Parecer: 6.321.1/68

1. P1. Adequar o cronograma de execução no documento Informações básicas do projeto conforme foi alterado no projeto completo.

Resposta: foi adequado o cronograma de execução no projeto completo. No entanto, no documento Informações Básicas do projeto que consta na Plataforma Brasil, isso não foi possível porque não está mais ativa a função editar para que isso pudesse ser realizado.

2. P2. Corrigir as informações básicas do projeto, adicionando as informações colocadas no projeto completo quanto ao momento/local de aplicação do questionário às participantes da pesquisa para não gerar confusões com informações divergentes nos diferentes documentos.

Resposta: foram corrigidas as informações no projeto completo e nos Apêndices D, E e F quanto ao momento/local de aplicação do questionário às participantes da pesquisa. No entanto, no documento Informações Básicas do projeto que consta na Plataforma Brasil, isso não foi possível porque não está mais ativa a função editar para que isso pudesse ser realizado.

Análise: Considerando o exposto, considero que as pendências foram atendidas e que não há entraves éticos a aprovação do referido protocolo.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2091016.pdf	24/08/2023 18:45:58		Aceito
Outros	Declaracao.pdf	24/08/2023 18:43:27	Marli Terezinha Stein Backes	Aceito
Outros	Carta_resposta2.pdf	24/08/2023 18:38:22	Marli Terezinha Stein Backes	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_F.pdf	24/08/2023 18:35:24	Marli Terezinha Stein Backes	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_E.pdf	24/08/2023 18:34:59	Marli Terezinha Stein Backes	Aceito

Endereço: Rua Esteves Junior, 390 - Anexo I - 3º andar.

Bairro: Centro

CEP: 88.015-130

UF: SC

Município: FLORIANÓPOLIS

Telefone: (48)3664-7218

E-mail: cepses@saude.sc.gov.br



**SECRETARIA DE ESTADO DA
SAÚDE DE SANTA
CATARINA/SES**



Continuação do Parecer: 6.321.168

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_D.pdf	24/08/2023 18:34:48	Marli Terezinha Stein Backes	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	24/08/2023 18:32:08	Marli Terezinha Stein Backes	Aceito
Outros	Declaracao_HU.pdf	25/01/2023 01:58:06	Marli Terezinha Stein Backes	Aceito
Outros	Declaracao_guarda_dos_dados_MCD.pdf	25/01/2023 01:56:37	Marli Terezinha Stein Backes	Aceito
Outros	TCLE_exclusivo_para_pais_ou_responsaveis_por_menores_de_18_anos.pdf	25/01/2023 01:55:33	Marli Terezinha Stein Backes	Aceito
Outros	Carta_resposta.pdf	25/01/2023 01:53:53	Marli Terezinha Stein Backes	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_Assentimento.pdf	25/01/2023 01:07:36	Marli Terezinha Stein Backes	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	25/01/2023 01:07:26	Marli Terezinha Stein Backes	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_corrigido.pdf	25/01/2023 01:07:08	Marli Terezinha Stein Backes	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FLORIANOPOLIS, 25 de Setembro de 2023

Assinado por:
Silvia Cardoso Bittencourt
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Esteves Junjor, 390 - Anexo I - 3º andar.

Bairro: Centro

CEP: 88.015-130

UF: SC

Município: FLORIANOPOLIS

Telefone: (48)3664-7218

E-mail: cepses@saude.sc.gov.br

ANEXO E – PROTOCOLO DE REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

The use of the Delivery and Birth Plan in maternal care in Brazilian institutions: systematic review.

Beatriz Steingreber de Barros, Marli Terezinha Stein Backes

Citation
Beatriz Steingreber de Barros, Marli Terezinha Stein Backes. The use of the Delivery and Birth Plan in maternal care in Brazilian institutions: systematic review.. Not yet published.

REVIEW TITLE AND BASIC DETAILS

Review title
The use of the Delivery and Birth Plan in maternal care in Brazilian institutions: systematic review.

Condition or domain being studied
Birth; Childbirth Preparation; Neonate

Rationale for the review
Pregnancy and childbirth are major experiences in a woman's life, and although both are physiological processes, they depend on factors and circumstances that affect her health and quality of life (Mazúchová et al., 2018), often complex and producing intense emotional responses (Blodgett, 2024). Therefore, a reliable description of healthcare during pregnancy must include interventions implemented to prevent morbidity and mortality and incorporate aspects of quality healthcare for the mother-child dyad (Wildmana, 2003). The birthing process requires maternal preparation, both physically and emotionally, as it is a highly relevant experience for women's lives. It should focus on achieving a positive outcome at this time, with a high-quality relationship between the pregnant woman and the professionals who care for her, with planning and proper communication with the teams that provide care and support prior to birth (Lundgren et al., 2003; Kaufman, 2007). Childbirth is a remarkable yet challenging transition from pregnant woman to mother. A positive experience improves well-being, increases self-confidence, and facilitates the mother-child relationship. A negative experience can lead to psychological distress and postpartum depression, harming the bond between mother and newborn, and hindering the child's normal physical, mental, and emotional development. Therefore, achieving this goal positively requires meticulous planning, such as the use of birth plans (Fenaroli et al., 2019; Alizadeh-Dibazari et al., 2024).

Birth Plans were initially implemented in the 1980s in Europe and the Americas in response to the growing movement toward interventions and the medicalization of childbirth (Ahmadpour et al., 2020).

Review objectives
Is the Birth and Delivery Plan actually discussed in institutions that care for pregnant and postpartum women?

Keywords
Neonate; Birth; Plan; Nursing

Country
Brazil

ELIGIBILITY CRITERIA

Population
Included
The inclusion criteria were observational, interventionist, cohort, survey, exploratory, descriptive, qualitative and

quantitative, cross-sectional and longitudinal studies in studies developed with pregnant and postpartum women carried out in Brazil, in any language or date.

Excluded

Integrative, narrative, systematic and scoping review studies were excluded, as well as experience reports, foreign studies that included samples with health professionals, partners of pregnant women or postpartum women.

Intervention(s) or exposure(s)

Included

Comparator(s) or control(s)

This review does not have any comparators

Study design

Both randomized and nonrandomized study types will be included.

Context

Puerperal women and implementation of the labor and birth plan

SIMILAR REVIEWS

Check for similar records already in PROSPERO

No preview available

TIMELINE OF THE REVIEW

Date of first submission to PROSPERO

This record has not been submitted.

Review timeline

No preview available

Date of registration in PROSPERO

This record has not been published.

AVAILABILITY OF FULL PROTOCOL

Availability of full protocol

A full protocol has been written but is not available because:

The review has not yet started

SEARCHING AND SCREENING

Search for unpublished studies

Only published studies will be sought.

Main bibliographic databases that will be searched

The main database to be searched is *LILACS - Latin American and Caribbean Health Sciences Literature*.

Other important or specialist databases that will be searched

Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS), ZB MED – Leibniz Information Centre for Life Sciences (LIVIVO), Educational Resources Information Centre (ERIC), Scientific Electronic Library Online (SciELO), Nursing Database (BDENF), Capes Journals, in addition to Google Scholar

Search language restrictions

There are no language restrictions.

Search date restrictions

There are no search date restrictions.

Other methods of identifying studies

No other methods will be used.

Link to search strategy

A full search strategy is available in the full protocol as described in the *Availability of full protocol* section

Selection process

Studies will be screened independently by at least two people (or person/machine combination) with a process to resolve differences.

Other relevant information about searching and screening

None

DATA COLLECTION PROCESS

Data extraction from published articles and reports

Data will be extracted independently by at least two people (or person/machine combination) with a process to resolve differences.

Authors will not be contacted for further information.

Study risk of bias or quality assessment

Risk of bias/study quality will not be assessed.

Reporting bias assessment

Risk of bias due to missing results will not be assessed

Certainty assessment

Certainty of findings will not be assessed

OUTCOMES TO BE ANALYSED

Main outcomes

No preview available

Additional outcomes

No preview available

PLANNED DATA SYNTHESIS

Strategy for data synthesis

No preview available

CURRENT REVIEW STAGE

Stage of the review at this submission

Review stage	Started	Completed
Pilot work		
Formal searching/study identification		
Screening search results against inclusion criteria		
Data extraction or receipt of IPD		

Review stage	Started	Completed
Risk of bias/quality assessment		
Data synthesis		

Review status

The review is currently planned or ongoing.

Publication of review results

Results of the review will be published in English and Portuguese.

REVIEW AFFILIATION, FUNDING AND PEER REVIEW

Review team members

Mrs Beatriz Steingreber de Barros (review guarantor and contact) ORCID: 0000-0001-7104-0446. Universidade Federal de Santa Catarina. Brazil.

No conflict of interest decision selected yet.

Dr Marli Terezinha Stein Backes. Universidade Federal de Santa Catarina. Brazil.

No conflict of interest declared.

Named contact

Mrs Beatriz Steingreber de Barros (enfermeirabeatrizbarros@gmail.com). ORCID: 0000-0001-7104-0446. Universidade Federal de Santa Catarina. Brazil.

Review affiliation

Federal University of Santa Catarina

Funding source

Review has no specific/external funding but is supported by guarantor/review team (non-commercial) institutions.

Peer review

There has been no peer review of this planned review.

ADDITIONAL INFORMATION

Review conflict of interest

Declared individual interests are recorded under team member details.. No additional interests are recorded for this review.

Medical Subject Headings

Brazil; Female; Humans; Maternal Health Services; Postpartum Period; Pregnancy; Prenatal Care; Prenatal Education

PROSPERO version history

No preview available

Disclaimer

The content of this record displays the information provided by the review team. PROSPERO does not peer review registration records or endorse their content.

PROSPERO accepts and posts the information provided in good faith; responsibility for record content rests with the review team. The guarantor for this record has affirmed that the information provided is truthful and that they understand that deliberate provision of inaccurate information may be construed as scientific misconduct.

PROSPERO does not accept any liability for the content provided in this record or for its use. Readers use the information provided in this record at their own risk.

Any enquiries about the record should be referred to the named review contact

ANEXO F – FOTOS DOS PLANOS DE PARTO E NASCIMENTO DAS PARTICIPANTES DO ESTUDO TRANSVERSAL

PPN da Amostra 1

Plano de Parto

Eu, Aline Goedert Volkmer, Identidade 4.646.932-0 e meu companheiro Tales de Oliveira Custódio nos preparamos e nos informamos para a chegada do nosso bebê, por isso estamos cientes de que temos o direito de tomar decisões com relação ao meu parto e ao nascimento do nosso bebê. Abaixo, manifesto nossas decisões e preferências em relação a todo o processo de trabalho de parto, parto e pós-parto. Sempre que, por razões médicas, respaldadas em evidências científicas, este plano de parto não puder ser seguido conforme nosso desejo, devemos ser previamente informados e consultados a respeito das possíveis alternativas.

Durante o trabalho de parto/parto

O que eu **gostaria**:

- Liberdade para beber água e me alimentar;
- Ter o meu companheiro e a doula Marcela Fluetti comigo;
- Gostaria de tirar fotos do trabalho de parto, parto e pós-parto;
- Monitoramento fetal quando necessário e na posição que eu me sentir confortável.
- Quero usar como forma de analgesia: água morna, massagens, exercícios usando a bola de pilates;
- Se possível, gostaria de usar alguns objetos pessoais durante o trabalho de parto, como fones de ouvido.
- Prefiro fazer força devagar e somente durante as contrações, ao sentir vontade, em vez de ser guiada e ter meu bebê na posição em que eu mais me sentir confortável;

O que eu **não gostaria**:

- Perfusão de soro sem medicação ou indicação precisa;
- Ocitocina sintética de rotina;
- Não quero exame de toque vaginal repetidos;
- Não permito manobra de Kristeller;
- Não gostaria de ser forçada a fazer força;
- Não aceito episiotomia.

Durante o pós parto

O que eu **gostaria**:

- Amamentar logo que possível;
- Gostaria de ter o bebê imediatamente em meu colo, antes de cortar o cordão e que seja cortado apenas após parar de pulsar;

- Que meu companheiro possa cortar o cordão;
- Aguardar a expulsão natural e espontânea da placenta com o auxílio da amamentação;
- Quero o bebê fique comigo o tempo todo, tendo sob minha vista e do meu companheiro todos os cuidados com ele;
- Que o meu companheiro fique comigo e com o bebê desde o nascimento até a alta.

Cuidados com o bebê

- Não dar banho.
- Não oferecer ao bebê: água, fórmulas, bicos e mamadeira;
- Não administrar colírio;

Em caso de cesárea

- Apenas se houver grandes riscos para mãe e bebê;
- Gostaria da presença do marido e doula Marcela Fluetti.
- Ser informada de cada procedimento associado à cesárea;
- Gostaria de ter o bebê imediatamente em meu colo;
- Aguardar pelo menos 1(um) minuto antes do Clampeamento do cordão e se possível que meu marido possa cortar o cordão;
- Amamentação tão logo seja possível, **mesmo na mesa de cirurgia** e na sala de recuperação;
- Meu companheiro e meu bebê permaneçam comigo na sala de recuperação após a cesárea;
- Sem o uso de sedativos pós-operatórios.

Agradeço a todos da equipe envolvida, por compreenderem e participarem desse momento tão especial e único na minha vida e da minha família.

Florianópolis, 6 de Setembro de 2024

PPN da Amostra 2

PREFEITURA DE FLORIANÓPOLIS **ENFERMAGEM**

ANEXO III- MODELO DE PLANO DE PARTO

NOTÍCIO PARA O PLANO DE PARTO

O plano de parto é uma carta que a gestante elabora, relatando os itens sobre o trabalho de parto e o parto ajudando a refletir sobre como ela quer seu bebê. É um importante instrumento de empoderamento feminino e de informação sobre as práticas recomendadas para a assistência ao parto.

MATERNIDADE ESCOLHIDA: CAROLINA DUTRA

Sinais de Trabalho de Parto

- Contrações regulares, por vezes dolorosas (3 contrações ou mais com 20 seg em 10min);
- Rompimento espontâneo da Bolsa de líquido Amniótico (pode ser com perda de líquido em grande ou pequena quantidade);
- Sangramento;
- Eliminação do tampão mucoso com raios de sangue;

Sobre o direito ao acompanhamento em tempo integral, durante o parto

1. Você quer a presença de pessoas durante o parto? ☒ sim () não

2. Quem você quer presente durante o parto?

☒ Marido/parteiro/pai do bebê () Filha (s) () Outros _____

☒ Mãe () Outros familiares _____

() Amigo(a) () Doula

No trabalho de parto é recomendado que a mulher se movimente livremente. A posição distendida de costas deve ser evitada. A respiração dos peitos é desnecessária, assim como a lavagem intestinal. Caso deseje, poderá solicitar um supositório de glicerina para avaliar o intestino, evitando saída de fezes no momento do parto. É normal que a mulher elimine fezes durante o trabalho de parto, é bastante comum.

3. Deseja usar supositório de glicerina? ☐ sim ☒ não

Várias técnicas podem ser utilizadas para aliviar a dor durante o trabalho de parto. Você pode, ainda, escolher usar remédios para aliviar a dor. Neste caso, o anestésico será injetado num espaço próximo da coluna vertebral.

4. Métodos de alívio da dor que deseja ter como opção?

☒ Exercícios de relaxamento (uso da bola de Pilates) ☒ Massagens

☒ Banho de banheira ou chuveiro ☒ Exercícios Respiratórios

☒ Anestesia com medicamentos (é importante ter informações a respeito de analgesia de parto)

() Reflexologia; () Acupuntura;

() Aromaterapia; () Cromoterapia;

() Fitoterapia; () Outros _____

PREFEITURA DE FLORIANÓPOLIS **ENFERMAGEM**

5. Você também pode tomar líquidos para manter-se hidratado. O que deseja ingerir?

☒ Água ☒ Chás

☒ Suco de fruta ☐ Gelatina

☒ Sopa () Outros _____

6. Manter o ambiente com pouca luminosidade e com música para ajudar a relaxar e tranquilizar.

☒ Desejo um ambiente com pouca luminosidade durante o trabalho de parto.

☒ Desejo ouvir música durante o trabalho de parto.

A posição do parto deve ser escolhida pela mulher

7. Qual posição deseja ter o parto?

☒ Sentada () De lado ☒ Cócoras ☒ Inclinada, a posição que eu quiser no momento

() Deitada com cabeça elevada () Outros _____

Em poucos casos pode ser necessário realização a episiotomia (corte na vagina), uso de medicamentos e de sedação ao parto. Caso necessário você deverá ser informada pelo profissional e dar seu consentimento.

Diante da avaliação e necessidade clínica e após as devidas orientações, você autoriza esse procedimento? ☐ Sim ☒ Não

A Hora Dourada do Nascimento: Ao nascer o bebê é acolhido pelo profissional que assiste o parto e deve ser bem secado e logo em seguida ser colocado junto a mãe, favorecendo o contato pele a pele, antes mesmo de cortar o cordão umbilical. Este só deve ser cortado após parar de sujar (depois de um minuto de vida). O bebê deve ser colocado para mamar logo que nascer e permanecer junto a mãe durante toda a internação hospitalar.

8. Por quem você deseja que faça o corte do cordão umbilical?

☒ Pelo profissional ☒ Pelo marido/parteiro/pai do bebê

() Por você mesma () Outros _____

A Organização Mundial da Saúde recomenda que a amamentação seja iniciada na primeira hora de vida, pois este gesto estimula a produção do leite materno, favorece o vínculo da mãe com o bebê e reduz as mortes infantis, além de prolongar o período de Aleitamento.

Você deseja amamentar seu bebê imediatamente? ☒ Sim () Não

Após o parto administra-se vitamina K no músculo da perna do bebê, para evitar hemorragia. O banho do seu bebê deve ser realizado após as primeiras 24hs de vida, mantendo a proteção da pele e a temperatura corporal. A limpeza do coto umbilical é feita com álcool 70%. Se a mãe estiver bem, pode tomar banho e alimentar-se do que desejar. Os profissionais avaliam periodicamente o sangramento após o parto e ajudam na amamentação.

Quem você deseja que dê o primeiro banho do bebê?

PREFEITURA DE FLORIANÓPOLIS **ENFERMAGEM**

() Você mesma ☒ O seu acompanhante () Profissional de saúde () Outro

9. Caso tenha outros desejos e expectativas em relação a vivência do parto, registre aqui:

QUISERIA DE TER UM PARTO NATURAL, HUMANIZADO E SEM INTERVENÇÕES.

Durante o período de internação, você e o bebê devem permanecer em Alojamento Conjunto, ou seja, devem permanecer juntos o tempo todo. Se houver alguma condição de saúde que impeça isto, a equipe deverá informá-la, esclarecendo suas dúvidas.

Estamos cientes e orientados sobre as recomendações e escolhas relacionadas ao parto e desejo receber atenção humanizada e respeitosa no nascimento do nosso bebê. Obrigado.

Adaptado da carteira de gestante do Município de Belo Horizonte - MG 2015.

Contribuição e revisão de Enfa. MSC. Alessandra S. M. Evangelista;

- Quero a presença da doula e de marido na sala de parto;
- Gostaria que as luzes e ruídos fossem reduzidas e o ar condicionado desligado;
- Na hora do nascimento gostaria que o campo fosse abaixado para que eu possa vê-lo nascer e se possível passar o bebê por debaixo do campo;
- Após o nascimento, gostaria que colocassem o bebê sobre meu peito no contato PELE a PELE e que minhas mãos estejam livres para segura-lo;
- Gostaria de permanecer com o bebê no contato PELE a PELE enquanto estiver na sala de cirurgia sendo costurada;
- Também gostaria de tentar amamentar o bebê com a ajuda de um profissional neste momento;
- Não quero ser sedada após a cesárea;
- Gostaria que meu bebê e meu acompanhante (ou doula) estivessem comigo na recuperação cirúrgica;
- Não ter meu bebê levado para o berçário;
- Ter alojamento conjunto o quanto antes.

PPN da Amostra 4

PLANO DE PARTO

Nome da mãe:

Nome do Pai/Acompanhante:

Bebê:

DPP:

"Estamos cientes de que o parto pode tomar diferentes rumos. Abaixo listamos nossas preferências em relação ao parto e nascimento da(o) nossa(o) filha(o), caso tudo transcorra bem. Sempre que os planos não puderem ser seguidos, gostaríamos de ser previamente avisados e consultados a respeito das alternativas."

Trabalho de parto:

- Gostaria da presença do meu marido e doula durante todos os procedimentos;
- Gostaria de ter liberdade para caminhar e mudar de posição;
- Gostaria de ter um ambiente calmo e tranquilo, com o mínimo de barulho e iluminação baixa, se possível;
- Gostaria de ter liberdade de escolher a posição para fazer durante o trabalho de parto;
- Sem perfusão contínua de soro e/ou ocitocina;
- Quero usar como forma de analgesia: água morna, massagens, exercícios usando bola, chuveiro e outros;
- Gostaria de ser informada sobre todos os procedimentos realizados no meu corpo e no meu bebê;
- Monitoramento fetal: apenas se for essencial, e não contínuo;
- Liberdade para beber e comer enquanto seja tolerado;

Parto:

- Prefiro fazer força só durante as contrações, quando eu sentir vontade, em vez de ser guiada;
- Gostaria de um ambiente especialmente calmo nesta hora;
- Não vou tolerar que minha barriga seja empurrada para baixo;
- Episiotomia: Não gostaria que fosse uma intervenção de rotina;
- Gostaria que as luzes fossem apagadas e o ar condicionado desligado na hora do nascimento;
- Gostaria que meu bebê nascesse em ambiente calmo e silencioso;
- Gostaria de ter meu bebê colocado imediatamente no meu colo após o nascimento com liberdade para amamentar;
- Gostaria que o acompanhante cortasse o cordão após o mesmo ter parado de pulsar.

Após o parto:

- Aguardar a expulsão espontânea da placenta, sem manobras, tração ou massagens. Se possível ter auxílio da amamentação;
- Ter o bebê comigo o tempo todo enquanto eu estiver na sala de parto, mesmo para exames e avaliação;
- Caso seja necessário o bebê sair para realização de exames, quero que meu acompanhante fique o tempo todo com o mesmo.

Cuidados com o bebê:

- Quero fazer a amamentação sob livre demanda;
- Meu acompanhante irá acompanhar todos os procedimentos com o nosso bebê;
- Gostaria de ser previamente informada sobre todos os procedimentos necessários para com o meu bebê;
- Quero que o meu bebê fique comigo o máximo de tempo e que as primeiras avaliações sejam feitas ainda no meu colo se possível;

Caso a cesárea seja necessária:

- Exijo o início do trabalho de parto antes de se resolver pela cesárea;
- Exijo a presença do meu acompanhante e da doula na sala de parto, desde a anestesia até o final da cirurgia;
- A anestesia peridural ou raquidiana, sem sedação em momento algum;
- Gostaria, se possível, que o campo fosse rebaixado para que eu possa ver o nascimento;
- Após o nascimento, gostaria de colocassem o bebê sobre meu peito e que minhas mãos estejam livres para segura-lo;
- Se não for possível, que ele fique no meu colo, meu acompanhante deve ter esse primeiro contato;
- Quero amamenta-lo na sala de recuperação da anestesia - para conseguir realizar a Golden Hour

Agradeço muito a equipe envolvida para tornar esse momento especial e tão importante para nós em um momento também feliz e tranquilo como deve ser.
Muito obrigada,

São José, 27 de Agosto de 2024

Assinatura da parturiente

PPN da Amostra 5

1

Dados iniciais

- Hospital: HOSPITAL DE SINGAPORE
- Meu acompanhante será: JOHN PAUL (mãe) (garantido pela Lei Federal 11.108)

Condução do Trabalho de Parto e Parto

Estou ciente de que a parto pode tomar diferentes rumos. Abaixo listamos algumas preferências em relação ao parto e nascimento do meu filho, que, todo transcorra bem. Sempre que eu não puder ser ouvido, gostaria de ser devidamente ouvido e considerado a respeito das alternativas.

☒ (Sim) ☐ (Não Aceito)

Trabalho de Parto

- ☒ Não quero tricotomia (raspagem dos pelos pubianos) e enema (lavagem intestinal);
- ☒ Gostaria de usar minhas próprias roupas e não avental do hospital;
- ☒ Não gostaria de usar soro com colúcia ou outros hormônios. Se no decorrer do trabalho de parto for necessário, gostaria de ser orientado sobre a necessidade;
- ☒ Gostaria de ter liberdade de me alimentar e beber líquidos;
- ☒ Não desejo rompimento artificial da bolsa amniótica;
- ☒ Gostaria de ter o menor número de exames de toque possíveis;
- ☒ Gostaria que a monitoração dos batimentos cardíacos do bebê fosse feita com frequência adequada e preferencialmente na posição que eu estiver, pois sei que deitar de barriga para cima para ser avaliada não será uma posição muito confortável para mim.

Alívio da dor

As medidas abaixo são comprovadamente eficazes para o alívio da dor, portanto gostaria de:

- ☒ usar medidas de apoio e de conforto dadas pela pessoa de apoio (doula, enfermeira, acompanhante), entre elas:
 - ☒ uso do chuveiro
 - ☒ caminhar
 - ☒ massagem
 - ☒ bolsa de água quente na lombar ou baixo ventre
 - ☒ ambiente com pouca luminosidade
 - ☒ ouvir a minha própria música
 - ☒ uso da luzinha, se possível (banho de imersão) ☒ escolher posição que quero ficar
 - ☒ usar a bola de parto
 - ☒ usar analgesia farmacológica adicionalmente às medidas de apoio e de conforto

2

☒ preferencialmente não usar analgesia farmacológica. Porém se sentir necessidade:

☒ usar medidas: DETERMINAÇÃO E HORMÔNIO, caso o parto esteja no máximo 60 NÃO TEM MAIS FORÇA.

Parto

- ☒ Não gostaria de ir para o centro cirúrgico para o bebê nascer;
- ☒ Gostaria de ter a possibilidade de escolher a posição que me sentir melhor no momento. Se decidida não cobrir minhas pernas nas pernas;
- ☒ Prefiro fazer força só durante as contrações, quando eu sentir vontade, em vez de ser guiada;
- ☒ Gostaria de um ambiente especialmente calmo nesta hora;
- ☒ Não permito que minha barriga seja exposta para baixo;
- ☒ Não gostaria que realizassem episiotomia;
- ☒ Gostaria que as luzes fossem apagadas (penumbra) e o ar condicionado desligado na hora do nascimento;
- ☒ Gostaria que meu bebê nascesse em ambiente calmo e silencioso;
- ☒ Gostaria de ter meu bebê colocado imediatamente no meu colo após o parto no contato pele a pele, com liberdade para amamentar;
- ☒ Quero que se espere o cordão parar de pulsar para só depois ser cortado;
- ☒ Desejo que o pai corte o cordão umbilical, depois que esse parar de pulsar ou que aguarde pelo menos 3 minutos após o parto;
- ☒ Aguardar a expulsão espontânea da placenta, ou ter o manejo ativo se necessário, se possível com o auxílio da amamentação;
- ☒ Liberação para o quarto o quanto antes com o bebê junto comigo. Quero estar ao seu lado nas primeiras horas de vida;

Pós Parto

Cuidados com o bebê

- ☒ Não quero que meu bebê receba aspiração das vias aéreas, apenas se estiver com dificuldade de estabelecer a respiração;
- ☒ Não quero que meu bebê receba aspiração gástrica, apenas se realmente necessário depois das primeiras horas de vida;
- ☒ Gostaria que receba a vitamina K injetável (eficaz para evitar doença hemorrágica do recém-nascido), preferencialmente no meu colo;
- ☒ Administração da vacina da hepatite B preferencialmente no meu colo;
- ☒ Ter o bebê comigo o tempo todo enquanto eu estiver na sala de parto, mesmo para exames e avaliação;
- ☒ Caso o bebê precise de atendimento e seja levado, o pai deverá acompanhá-lo o tempo todo.

AVO

3

☒ Gostaria que esperassem no mínimo 6 horas após o nascimento para dar o banho ao bebê, devido a importância dele ter contato com a flora bacteriana da mãe e para não perder temperatura.

AMAMENTAÇÃO

- ☒ Tenho entendimento sobre a importância da amamentação exclusiva, respeito minhas escolhas;
- ☒ Quero fazer a amamentação sob livre demanda;
- ☒ Gostaria de ter toda ajuda possível para manter a amamentação exclusiva;
- ☒ Em hipótese alguma, oferecer água glicizada, bicos ou qualquer outra coisa ao bebê.

Caso a Cesárea Seja Necessária: CACIÇA DE PARTO COM LAZARONA

- ☒ Desejo o início do trabalho de parto antes de se resolver pela cesárea;
- ☒ Desejo a presença do meu acompanhante na sala de parto;
- ☒ Na hora do nascimento gostaria que o campo fosse abaixado para que eu possa vê-lo nascer e se possível passar o bebê por debaixo do campo;
- ☒ Após o nascimento, gostaria que colocassem o bebê sobre meu peito no contato PELE A PELE e que minhas mãos estivessem livres para segurá-lo;
- ☒ Também gostaria de tomar amamentar o bebê com a ajuda de um profissional neste momento, priorizando a Hora Gold (1ª hora de vida);
- ☒ Não quero ser sedada;
- ☒ Ter alojamento conjunto o quanto antes, deitar meu bebê sempre comigo.

Contamos com a empatia e a humanização no atendimento desde momento tão importante em nossas vidas!

PPN da Amostra 6

Dados iniciais

Dayane Amaral, 30 anos

Primeira gestação

DPP: 06/09

DMG com controle de dieta

Tipagem sanguínea: O +

Maternidade de escolha: HU

Meu acompanhante será: Rayan

Minha doula será: Stephanny Machowieski

RN Oliver

CONDUÇÃO DO TRABALHO DE PARTO E PARTO

A equipe que estará me assistindo;

Após nove meses de muita preparação, estudos baseados em evidências e MUITO PLANEJAMENTO, chegou o dia mais esperado por nós durante essa jornada.

Estamos cientes de que o parto pode tomar diferentes rumos; Abaixo listamos nossas preferências em relação ao parto e nascimento do nosso filho, caso tudo transcorra bem.

Sempre que os planos não puderem ser seguidos, gostaríamos de ser previamente avisados e consultados a respeito das alternativas.

Trabalho de parto:

- Presença do meu marido e doula em todo o momento
- Sem perfusão contínua de soro e/ou ocitocina (SOMENTE SE REAL NECESSIDADE E EXPLICAÇÃO DA CONDUTA MÉDICA)
- Liberdade para comer e beber água/suco
- Liberdade para caminhar e escolher a posição que eu quero ficar
- Liberdade para o uso ilimitado do chuveiro
- Monitoramento fetal: apenas com a frequência essencial e preferencialmente na posição que eu estiver

Alívio da dor:

As medidas abaixo são comprovadamente eficazes, portanto, gostaria de USAR MEDIDAS DE APOIO E CONFORTO UTILIZADAS PELA MINHA DOULA entre elas:

- Uso do chuveiro
- Ambiente com luz baixa
- Ouvir minha própria música
- Escolher a posição que eu achar melhor
- Aromaterapia
- Disponibilidade de bola de pilates
- Usar analgesia farmacológica adicionalmente as medidas de apoio e conforto somente se eu solicitar

Parto [NOSSO PLANO A]:

- Gostaria de escolher a melhor posição para ganhar meu bebê
- Prefiro fazer força só durante as contrações, quando eu sentir vontade
- Gostaria de um ambiente calmo nesta hora, sem inúmeras pessoas me conduzindo
- Gostaria de ouvir minha própria música durante o nascimento e aromaterapia
- NÃO vou tolerar MANOBRA DE KRISTELLER ou quaisquer tipos de VO
- Não gostaria que fosse realizado episiotomia de rotina
- Desejo que o período expulsivo aconteça com o menor número possível de manipulações, sem massagens perineais
- Gostaria de ter meu bebê colocado imediatamente no meu colo após o parto com liberdade para amamentar com o auxílio da minha doula
- A hora ouro é de extrema importância para mim, tolero somente se o bebê precisar de algum cuidado específico após o parto
- Gostaria que o PAI cortasse o cordão somente após o mesmo ter parado de pulsar, pelo menos 3min após o nascimento
- Gostaria que minha doula realizasse o carimbo da minha placenta, por tanto não descartem antes disso
- Aguardar a expulsão espontânea da placenta, ou ter o manejo ativo se necessário, se possível com auxílio da amamentação.

Pós parto imediato:

- Liberação para o quarto o quanto antes
- Alta hospitalar o quanto antes

Cuidados com a bebê:

- Administração de vitamina K/ PVPI após uma hora de vida, gostaria que meu esposo estivesse ao lado e eu também
- Gostaríamos que o banho do bebê fosse realizado após 24h de vida, conforme orientação da OMS. Contamos com auxílio da enfermagem neste momento
- Desejo avaliação do frênulo (teste da linguinha) do meu bebê por fonoaudióloga de acordo com a lei 13.002/2014;

Caso a cesárea seja necessária (NOSSO PLANO B)

- Gostaria o início do trabalho de parto ou rompimento de bolsa ESPONTÂNEO antes de se resolver pela cesárea
- Quero a presença da minha doula e meu marido no centro cirúrgico
- Anestesia: RAQUI, sem sedação em momento algum, GOSTARIA DE TER MINHA DOULA JUNTO COMIGO ENQUANTO EU ESTIVER SENDO ANESTESIADA
- Na hora do nascimento gostaria que o campo fosse abaixado para que eu possa vê-lo nascer
- Gostaria que as luzes e ruídos fossem reduzidos
- Gostaria de ouvir minha própria música durante o procedimento
- Após o nascimento, gostaria que colocassem o bebê sobre meu peito
- Gostaria que o PAI cortasse o cordão somente após o mesmo ter parado de pulsar, pelo menos 3min após o nascimento
- Gostaria de permanecer com o bebê no contato pele a pele (se ocorrer tudo bem durante a cirurgia), este momento é de extrema importância para mim e tolero somente se o bebê precisar de algum cuidado imediato após o nascimento
- Gostaria que minha doula realizasse o carimbo da minha placenta, por tanto não descartem antes disso
- Gostaria de amamentar com o auxílio da minha doula e ter alojamento conjunto o quanto antes

Agradecemos muito a equipe envolvida e a ajuda para tornar esse momento especial e tão importante para nós em um momento também feliz e tranquilo como deve ser.

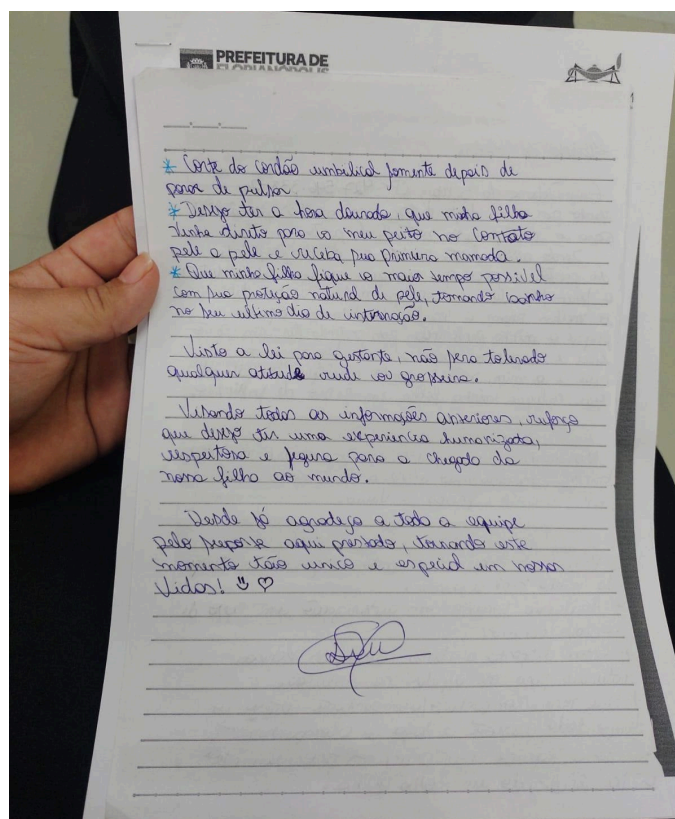
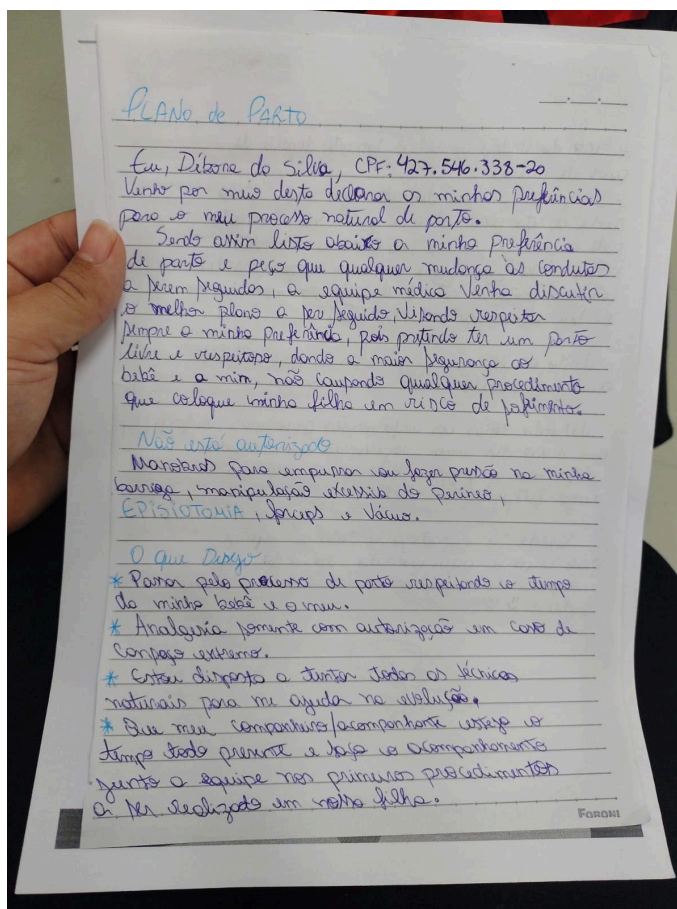
Gratidão!

PPN da Amostra 7

[Plano de PARTO Júlia e Livia,
acompanhante Cleyton]

- Quero meu acompanhante ao meu lado lei 11.108/2005
- Quero poder me movimentar livremente
- Analgesia somente quando eu pedir
- Quero acesso ao chuveiro sem tempo limite
- Exijo escolher a posição mais confortável para mim por ex (cócoras, lateral, ou o apoio de 4).
- Não autorizo a episiotomia sem antes ser consultada e sem necessidade c justificativa.
- Manobra de Kristeller totalmente PROIBIDO.
- Quero que o meu acompanhante corte o cordão umbilical e se possível esse momento ser registrado em vídeo.
- Gostaria que pudesse registrar em fotografia o primeiro momento mãe, pai e filha.
- Quero registrar a placenta em uma cartolina para que eu possa guardar como recordação.
- Quero que o bebê seja imediatamente trazido para o contato pele a pele comigo, se não tiver nenhum problema com o bebê.
- Gostaria que o bebê tomasse banho após 24hrs do nascimento, a não ser que haja necessidade como por ex (coco no coto umbilical)
- Quero que o bebê possa mamar na primeira hora de vida.

PPN da Amostra 8



PPN da Amostra 9

Eu, **Mariana Dias Espalécia**, estou ciente de que o parto pode tomar diferentes rumos. Abaixo, listo minhas preferências em relação ao nascimento do meu filho. Entendo que a equipe obstétrica tentará sempre tomar as melhores condutas no meu atendimento, mas gostaria de ser avisada ou consultada sempre que os planos não puderem ser seguidos.

Quero que seja meu acompanhante: **Edson Cardoso**

1. Sobre ter uma veia "pega" (punção venosa) ou sobre infusão contínua de soro, durante o trabalho de parto:

☐ prefiro não ter

☐ prefiro ter

☒ não tenho preferência

2. Sobre ter infusão de soro com ocitocina (hormônio que facilita contrações):

☐ prefiro não ter

☐ gostaria de ter para acelerar o parto

☐ não tenho preferência

☒ prefiro ter somente para corrigir o trabalho de parto quando não estiver evoluindo bem

3. Sobre ter a bolsa das águas rompidas artificialmente (amniotomia):

☐ prefiro não ter

☐ gostaria de ter para acelerar o parto

☐ não tenho preferência

☒ prefiro ter somente para corrigir o trabalho de parto quando não estiver evoluindo bem

4. Se a minha bolsa das águas romper espontaneamente, antes de eu entrar em trabalho de parto (ruptura prematura de membranas):

☒ gostaria de iniciar a indução do parto em seguida, se não houver contraindicação

☐ prefiro entrar espontaneamente em trabalho de parto (mas sei que, após muitas horas de bolsa rota, aumenta a chance de infecção do bebê, e devo seguir a indicação do meu obstetra)

☐ não tenho preferência

5. Se eu chegar ao final da minha gestação e não entrar espontaneamente em trabalho de parto:

☐ gostaria de ter meu parto induzido (com o método que a equipe obstétrica achar adequado)

☐ não gostaria de ter o parto induzido, preferindo realizar cesárea

☐ não tenho preferência

☒ outra alternativa: (Nativamente, sei que não é só a minha vontade que decide isso. É necessário respeitar os protocolos científicos recomendados, as particularidades da minha gestação, meu estado de saúde e do meu bebê, a estrutura e rotina do hospital.)

6. Durante o trabalho de parto:

a. quanto à alimentação:

☒ Gostaria de ter liberdade para ingerir líquidos

☐ Prefiro ficar em jejum

☐ Prefiro ver como me sentirei na hora

b. quanto à deambulação:

☒ Gostaria de ter liberdade para caminhar e me movimentar

☐ Prefiro ficar mais deitada

☐ Prefiro ver como me sentirei na hora

c. quanto à ausculta dos batimentos cardíacos do bebê:

☐ Não gostaria de monitorização contínua dos batimentos do bebê (somente se necessário)

☒ Não me oponho à monitorização contínua dos batimentos do bebê

☐ não tenho preferência

7. Se eu sentir dor:

☒ Gostaria de usar apenas métodos não-farmacológicos para seu controle (banho, bola de pilates, massagem)

☒ Gostaria que me oferecessem analgésicos

☒ Gostaria de fazer analgesia obstétrica raqui-peridural

☒ Prefiro ver como me sentirei na hora

8. Na hora do parto:

a. quanto à posição:

☐ Acho que vou preferir ficar na seguinte posição:

☒ Prefiro ver como me sentirei na hora

☐ Não tenho preferência específica sobre a posição na hora do parto.

b. quanto à orientação sobre fazer força:

☒ Prefiro fazer força só durante as contrações, quando eu sentir vontade, em vez de ser guiada

☐ Gostaria que me orientassem como fazer força na hora

c. quanto ao ambiente:

☒ Gostaria que o ambiente ou local tivesse: pouca luminosidade, poder ouvir musica de minha preferência

☐ Não tenho preferência

d. quanto à episiotomia (corte no perineo):

☒ Prefiro que não seja realizada a episiotomia como rotina

☐ Não tenho qualquer oposição à episiotomia

e. quanto ao uso de instrumentos:

☐ Gostaria que fosse usado fórceps ou vócuo-extractor para acelerar a saída do bebê

☐ Não gostaria que fosse usado fórceps ou vócuo-extractor no nascimento

☐ Não tenho preferência quanto a fórceps ou vócuo-extractor no nascimento

9. Se for necessário ou decidido por fazer uma cesariana:

a. quanto à agendamento:

☐ Gostaria de entrar em trabalho de parto espontaneamente, ao invés de marcar uma cesariana

☒ Prefiro agendar a cesariana, se for possível

☐ Não tenho preferência

b. durante o ato cirúrgico:

☒ Gostaria que o pano/campo cirúrgico fosse abaixado para que eu possa ver o bebê nascer

☒ Prefiro não ver as partes cirúrgicas do nascimento, e que o bebê somente seja mostrado para mim após nascer

☐ Não tenho preferência

☒ Não gostaria que minhas mãos ficassem presas durante a cesariana

☐ Tenho medo de encontrar sem querer no campo cirúrgico; por isso, prefiro que minhas mãos fiquem presas.

☐ Não tenho preferência

10. Assim que nascer o bebê (nã importa se por parto vaginal ou cesariana):

☒ Gostaria que ele fosse colocado imediatamente no meu colo, se estiver tudo bem

☐ Não tenho preferência

☒ Gostaria de tentar amamentar o bebê na primeira hora

☐ Não gostaria de (ou sei que não posso) amamentar.

☐ Não tenho preferência

☒ Gostaria de ficar o máximo possível com o bebê ainda na sala de parto e na sala de recuperação, sem interrupções

☒ Gostaria (ou não me importo) que o bebê seja levado em seguida para banho e cuidados, enquanto descanso um pouco (mas sei que existe uma rotina do hospital que deve ser respeitada)

☐ Não tenho preferência

11. Após o nascimento do bebê:

a. quanto à placenta:

☒ Prefiro aguardar a expulsão espontânea da placenta, sem manobras, tração do cordão ou massagem

☒ Prefiro que sejam feitas manobras para ajudar a placenta a sair (como tração do cordão e massagem), como recomendada a Organização Mundial de Saúde

☐ Não tenho preferência

☐ Com relação à placenta, eu tenho um pedido especial:

b. quanto à administração de ocitocina:

☐ Não gostaria que fosse administrado ocitocina de rotina no pós-parto

☒ Gostaria que fosse administrado ocitocina no pós-parto para prevenção de hemorragia, como recomendada a Organização Mundial de Saúde

☒ Não tenho preferência

12. Sobre os cuidados com o bebê:

a. quanto à higiene do bebê:

☒ Gostaria que fosse feita higiene do bebê conforme a rotina do hospital, assistido pelo meu acompanhante (se possível), salvo em situações especiais (HIV e Hepatite)

☒ Não gostaria que fosse dado banho no bebê nas primeiras 24 horas

☐ Não tenho preferência

b. quanto à aplicação de colírio de Nitrato de Prata (usado para prevenção de conjuntivite por gonococo e clamídia):

☒ Não me oponho à aplicação do colírio, nos casos recomendados pelo Ministério da Saúde (após parto vaginal e nas bolsas rotas)

☒ Não gostaria que fosse aplicado colírio. Para que isso seja possível, sei que é obrigatório que eu já tenha coletado exame vaginal para clamídia e gonococo no final da gestação, e que esses exames sejam negativos.

☒ Não tenho preferência

c. quanto à administração de vitamina K (para prevenção de hemorragia):

☒ Não me oponho à administração de vitamina K intramuscular, como recomendado pela Sociedade Brasileira de Pediatria

☒ Não gostaria que fosse aplicado vitamina K intramuscular. Prefiro que seja administrada a primeira dose por via oral no hospital. Para que isso seja possível, comprometo-me a administrar mais duas doses de vitamina K oral em casa (2a dose em uma semana, 3a dose em um mês). Nesse caso, existe a obrigatoriedade do preenchimento do Termo de Recusa à aplicações da vitamina K via intramuscular.

☒ Não tenho preferência

d. quanto à amamentação:

☒ Quero amamentar o bebê sob livre demanda

☒ Quero tentar amamentar o bebê em horários fixos

☒ Não quero ou não vou amamentar o bebê

☐ Não tenho preferência

☒ Quero fazer amamentação exclusiva

☐ Não me importo em complementar a amamentação do bebê com fórmula láctea, caso esteja prescrito pela equipe assistente

☐ Não tenho preferência

13. Além de tudo que assinalei acima, gostaria de registrar as seguintes observações e detalhes:

Até as 31 semanas de gestação minha bebê sempre esteve pélvica, gostaria da confirmação se ela estará pélvica ou se virou e estará cefálica para um possível parto normal, se estiver pélvica não autorizo nenhuma manobra ou indução de parto normal, prefiro que seja feita cesárea.

Por fim, gostaria de agradecer a atenção e a ajuda de todos em tornar seguro e especial esse momento tão importante. Confio na intenção da equipe obstétrica de seguir esse Plano de Parto, dentro do possível.

Florianópolis, _____ de _____ de _____

Assinatura da mulher e/ou do casal

Assinatura do médico obstetra

Assinatura do médico pediatra

PPN da Amostra 10

Plano de parto

Mamãe: Mariana R. de Andrade Schmidt
Papai: Gabriel F. Carvalho de Oliveira
Bebê: Yasmin Schmidt Carvalho de Oliveira
Maternidade: Carmela Dutra

Durante o trabalho de parto:

1- Presença do papai Gabriel durante todo o parto, da admissão ao nascimento;

2- Presença da Doula Lorraine Abdala;

3- Não pretendo fazer lavagem intestinal;

4- Quero liberdade para caminhar ou mudar de posição sempre que sentir necessidade;

5- Se o chuveiro estiver desocupado quero poder ficar sob o chuveiro para aliviar dores;

6- Quero poder beber líquidos energéticos e alimentos ricos em carboidratos e proteínas em gordura que permitam a digestão rápida e previnam a desidratação;

7- Não desejo que me deitem;

8- Infusão intravenosa apenas se houver indicação médica;

9- Monitoramento fetal eletrônico apenas se houver indicação médica;

10- Rompimento espontâneo da bolsa das águas;

11- Medicação para alívio da dor administrada apenas quando solicitado por mim e com informações completas sobre possíveis efeitos sobre mim, o bebê e o trabalho de parto;

12- Ocitocina ou drogas de efeito similar para indução ou aceleração do trabalho de parto apenas sob necessidade médica;

Durante o parto em si:

1- Posição para expulsão confortável e eficiente;

2- Episiotomia apenas se for necessário;

3- Anestesia peridural ou raquidiana apenas se for necessária alguma intervenção cirúrgica ou a pedido meu;

4- Atitudes delicadas, pouca luz e sons baixos;

5- Clampeamento do cordão umbilical apenas depois que parar de pulsar e caso o papai queira cortar, que ele possa realizar esse evento;

6- Que a bebê seja colocada imediatamente no meu colo ou sobre a barriga ou nos meus braços, pele-a-pele;

7- Que a bebê seja amamentada assim que possível;

8- Que o antibiótico oftálmico ou nitrato de prata seja administrado apenas depois do período de formação do vínculo (primeiras horas após o parto), caso seja autorizado por mim e pelo papai;

9- Que a placenta seja expulsa espontaneamente da parede do útero;

10- Vínculo entre mãe-bebê seja respeitado;

11- Que o papai e a doula possam tirar fotografias ou filmar o parto.

PPN da Amostra 11

PREFEITURA DE
OLIMPIA

ENFERMAGEM

ANEXO III- MODELO DE PLANO DE PARTO

ROTEIRO PARA O PLANO DE PARTO

O plano de parto é uma carta que a gestante elabora, relatando os itens sobre o trabalho de parto e o parto ajudando a refletir sobre como ela quer parir seu bebê. É um importante instrumento de empoderamento feminino e de informação sobre as práticas recomendadas para a assistência ao parto.

MATERNIDADE ESCOLHIDA: Minha Maternidade

Sinais de Trabalho de Parto

- Contrações regulares, por vezes dolorosas (3 contrações ou mais com 20 seg em 10min);
- Rompimento espontâneo da Bolsa de líquido Amniótico (pode ser com perda de líquido em grande ou pequena quantidade);
- Sangramento;
- Eliminação do tampão mucoso com raia de sangue;

Sobre o direito ao acompanhamento em tempo integral, durante o parto

1. Você quer a presença de pessoas durante o parto? ☒ sim () não

2. Quem você quer presente durante o parto?

☒ Marido/parceiro/pai do bebê () Filha (o) () Outros _____

() Mãe () Outros familiares

() Amigo(o) () Doula

No trabalho de parto é recomendado que a mulher se movimente livremente. A posição deitada de costas deve ser evitada. A raspagem dos pelos é desnecessária, assim como a lavagem intestinal. Caso deseje, poderá solicitar um supositório de glicerina para esvaziar o intestino, evitando saída de fezes no momento do parto. É normal que a mulher elimine fezes durante o trabalho de parto, é bastante comum.

3. Deseja usar supositório de glicerina? () sim ☒ não

Várias técnicas podem ser utilizadas para aliviar a dor durante o trabalho de parto. Você pode, ainda, escolher usar remédios para aliviar a dor. Neste caso, o anestesta irá injetá-los num espaço próximo da coluna vertebral.

4. Métodos de alívio da dor que deseja ter como opção?

☒ Exercícios de relaxamento (uso da bola de Pilates) ☒ Massagens

☒ Banho de banheira ou chuveiro () Exercícios Respiratórios

() Anestesia com medicamentos (é importante ter informações a respeito de analgesia de parto)

() Aromaterapia; () Reflexologia;

() Cromoterapia; () Acupuntura;

() Fitoterapia;

() Outros _____

PREFEITURA DE
OLIMPIA

ENFERMAGEM

Você também pode tomar líquidos para manter-se hidratada. O que deseja ingerir?

☒ Água () Chás

☒ Suco de fruta () Outros _____

☒ Gelatina

() Sopa

6. Manter o ambiente com pouca luminosidade e com música para ajudar a relaxar e tranquilizar.

() Desejo um ambiente com pouca luminosidade durante o trabalho de parto.

☒ Desejo ouvir música durante o trabalho de parto.

A posição do parto deve ser escolhida pela a mulher

7. Qual posição deseja ter o parto?

() Sentada () De lado () Cócoras ☒ Indiferente, a posição que eu quiser no momento () Deitada com cabeça elevada () Outros _____

Em poucos casos pode ser necessário realização a episiotomia (corte na vagina), uso de extratores e de indução ao parto. Caso necessário você deverá ser informada pelo profissional e dar seu consentimento.

Diante da avaliação e necessidade clínica e após as devidas orientações, você autoriza esse procedimento? () Sim () Não

A Hora Dourada do Nascimento - Ao nascer o bebê é acolhido pelo profissional que assiste o parto e deve ser bem secado e logo em seguida ser colocado junto a mãe, favorecendo o contato pele a pele, antes mesmo de cortar o cordão umbilical. Este só deve ser cortado após parar de pulsar (depois de um minuto de vida). O bebê deve ser colocado para mamar logo que nascer e permanecer junto a mãe durante toda a internação hospitalar.

8. Por quem você deseja que faça o corte do cordão umbilical?

☒ Pelo profissional () Pelo marido/parceiro/pai do bebê

() Por você mesma () Outros _____

A Organização Mundial da Saúde recomenda que a amamentação seja iniciada na primeira hora de vida, pois este gesto estimula a produção do leite materno, favorece o vínculo da mãe com o bebê e reduz as mortes infantis, além de prolongar o período do Aleitamento.

Você deseja amamentar seu bebê imediatamente? ☒ Sim () Não

Após o parto administra-se vitamina K no músculo da perninha do bebê, para evitar hemorragia. O banho do seu bebê deve ser realizado após as primeiras 24hs de vida, mantendo a proteção da pele e a temperatura corporal. A limpeza do coto umbilical é feito com álcool 70%. Se a mãe estiver bem, pode tomar banho e alimentar-se do que desejar. Os profissionais avaliam periodicamente o sangramento após o parto e ajudam na amamentação.

Quem você deseja que dê o primeiro banho do bebê?

PREFEITURA DE
OLIMPIA

ENFERMAGEM

Você mesma () O seu acompanhante ☒ Profissional de saúde () Outro

9. Caso tenha outros desejos e expectativas em relação a vivência do parto, registre aqui:

Não quero episiotomia.

Durante o período de internação, você e o bebê devem permanecer em Alojamento Conjunto, ou seja, devem permanecer juntos o tempo todo. Se houver alguma condição de saúde que impeça isto, a equipe deverá informá-la, esclarecendo suas dúvidas.

Estamos cientes e orientados sobre as recomendações e escolhas relacionadas ao parto e desejo receber atenção humanizada e respeitosa no nascimento do nosso bebê. Obrigado.

Sim, estou satisfeita.

Adaptado da carteira de gestante do Município de Belo Horizonte - MG 2015.

Contribuição e revisão de Enfa. MSC. Alessandra S. M. Evangelista;

PPN da Amostra 12

MEU PLANO DE PARTO

Nome da mãe: Paloma

Terei o apoio das seguintes pessoas:
 Meu acompanhante de escolha no parto será: XXXX
Diego Larias

Existe algo que gostaria que soubessem de nós:
 XXXXX

Condução no Parto e Pós-Parto:
 Estamos cientes de que o parto pode tomar diferentes rumos. Abaixo listamos nossas preferências em relação ao parto e nascimento do nosso filho, caso tudo transcorra bem.
 Sempre que os planos não puderem ser seguidos, gostaríamos de ser previamente avisados e consultados a respeito das alternativas.

Trabalho de parto (fase latente e ativa):

- ☒ Sem perfusão contínua de soro e/ou ocitocina de rotina, apenas se tiver necessidade;
- ☒ Liberdade de alimentar-me e beber líquidos;
- ☒ Gostaria que a monitoração dos batimentos cardíacos do bebê fosse feita com frequência adequada e preferencialmente na posição que eu estiver;
- ☒ Liberdade para me movimentar e escolher as posições que quero ficar;
- ☒ Liberdade para o uso ilimitado de chuveiro;

→ **Para alívio da dor:** Liberdade para usar os métodos não farmacológicos.
 Preferencialmente não usar analgesia farmacológica. Pedirei se sentir necessidade.

Parto (fase expulsiva e nascimento do bebê):

- ☒ Gostaria de ter a possibilidade de escolher a posição que me sentir melhor no momento;
- ☒ Se deitada não colocar minhas pernas nas perneiras;
- ☒ Prefiro fazer força só durante as contrações, quando eu sentir vontade, em vez de ser guiada;
- ☒ Gostaria de um ambiente especialmente calmo nesta hora;
- ☒ Não permito que minha barriga seja empurrada para baixo;
- ☒ Episiotomia: não gostaria que fosse uma intervenção de rotina;

Caso a cesárea seja necessária:

- ☒ Quero o início do trabalho de parto antes de se resolver pela cesárea;
- ☒ Quero a presença do marido na sala de parto;
- ☐ Gostaria que as luzes e ruídos fossem reduzidas;
- ☒ Na hora do nascimento gostaria que o campo fosse abaixado para que eu possa vê-lo nascer;
- ☒ Após o nascimento, gostaria que colocassem o bebê sobre meu peito no contato PELE a PELE e que minhas mãos estejam livres para segura-lo;
- ☒ Gostaria de permanecer com o bebê no contato PELE a PELE enquanto estiver na sala de cirurgia sendo costurada;
- ☒ Não quero ser sedada após a cesárea;
- ☒ Gostaria que meu bebê e meu acompanhante estivessem comigo na recuperação cirúrgica;

Agradeço a compreensão da equipe envolvida e por participarem desse momento tão importante para a nossa família.

PPN da Amostra 13

PLANO DE PARTO

 Monitoramento Intermitente	 Diminuir Luzes	 Ambiente Calmo	 Liberdade para Comer e Beber
 Liberdade para uso do Chuveiro	 Mínimo de exames de toque necessários	 Sem Episiotomia	 Aguardar o Rompimento Natural da Bolsa
 Liberdade de movimentos e livre escolha da posição do parto	 Administração de remédios somente com autorização da gestante ou acompanhante		

APÓS NASCER

 Sem Limite de Tempo com a puerpera	 Aguardar o nascimento natural da Placenta	 Contato pele a pele imediato	 Respeito a primeira hora de ligação familiar
---	--	---	--

CUIDADOS DO RECÉM NASCIDO

 Primeiros exames feitos no colo da puerpera (sempre que possível)	 Aleitamento materno exclusivo	 Um responsável deve estar junto com o bebê o tempo todo	 Primeiro banho 24h após o parto (dado pela puerpera)
 Não aplicar Nitrato de Prata	 Não dar chupeta		

DURANTE O TRABALHO DE PARTO

3. Terei a presença de um acompanhante ou Doula, conforme Lei Federal 11.108/2005. ☒ Sim ☐ Não

4. Desejo que eu e meu acompanhante sejamos informados sobre todos os procedimentos a serem realizados comigo e com meu bebê. ☒ Sim ☐ Não

5. Autorizo o uso contínuo de Soro, Ocitocina Sintética. ☐ Sim ☒ Não

6. Liberdade para comer, beber água ou líquidos enquanto seja tolerado. ☒ Sim ☐ Não

7. Desejo ter como opção os seguintes métodos para alívio da dor não farmacológicos (assinale um ou mais itens):
☒ Massagens - realizadas pelo acompanhante;
☒ Orientações sobre técnicas de respiração;
☒ Movimentar e/ou andar caso eu queira;
☒ Exercícios com bola do nascimento;
☒ Mudar de posição, caso eu queira;
☒ Banho de chuveiro;
☒ Outros: sentar confortável

8. Desejo que o toque vaginal seja realizado a cada 4 horas, conforme recomendado pela Organização Mundial de Saúde, e se necessário o toque com maior frequência, que eu e meu acompanhante sejamos comunicados. ☒ Sim ☐ Não

PARTO E HORA DO NASCIMENTO

10. Autorizo o rompimento artificial da bolsa, quando necessário. ☒ Sim ☐ Não

11. Autorizo realizar episiotomia (retirada dos pelos pubianos). ☒ Sim ☐ Não

12. A posição na hora do nascimento pode ser escolhida pela gestante. Gostaria de ter as seguintes opções (assinale um ou mais itens):
☒ Sentada / Cócoras (banqueta);
☒ Semi-sentada com cabeça elevada;
☒ De quatro apoios (Gaskin);
☒ Outras: De lado, ou com fome me sentar confortável

13. Desejo que na hora do nascimento, sejam evitadas tanto a manipulação do meu perineo quanto a realização de episiotomia (corte na vagina). ☒ Sim ☐ Não

14. Assim que o bebê nascer, gostaria de (assinale um ou mais itens):
☒ Pegar meu bebê no colo imediatamente - contato pele a pele;
☒ Iniciar a amamentação o mais rápido possível e dentro da 1ª hora de vida;

15. Desejo que o clampamento do cordão seja feito após 3 minutos do parto. ☒ Sim ☐ Não

16. Gostaria que todos os cuidados com o meu bebê, inclusive em parto cesáreo, sejam realizados após a 1ª hora de vida, conforme diretrizes da OMS - Organização Mundial da Saúde. ☒ Sim ☐ Não

17. Desejo, se possível, a inserção de DNU (Dispositivo Intrauterino), conforme critérios estabelecidos no pré-parto imediato, para garantir a esterilidade e garantir minha contracepção. ☒ Sim ☐ Não

CASO A CESÁREA SEJA NECESSÁRIA:

18. Caso seja necessária a cesárea, desejo manter a presença do acompanhante de minha preferência. ☒ Sim ☐ Não

APÓS O PARTO

19. Aguardar expulsão espontânea da placenta com auxílio da amamentação. ☒ Sim ☐ Não

20. O bebê deve ficar comigo o tempo todo, no mesmo ambiente, mesmo para avaliações e exames. ☒ Sim ☐ Não

CUIDADOS COM O BEBÊ

21. Aspirar o recém-nascido quando necessário. ☒ Sim ☐ Não

22. Colírio de nitrato de prata quando os exames de Streptococo, Clamídia e Gonorreia forem negativos. ☒ Sim ☐ Não

23. Autorizo a realização de Vitamina K para prevenção de hemorragia. ☒ Sim ☐ Não

24. Aguardar 24 horas para o primeiro banho do bebê. ☒ Sim ☐ Não

25. Gostaria de dar o primeiro banho e realizar todas as trocas. ☒ Sim ☐ Não

PPN da Amostra 14

