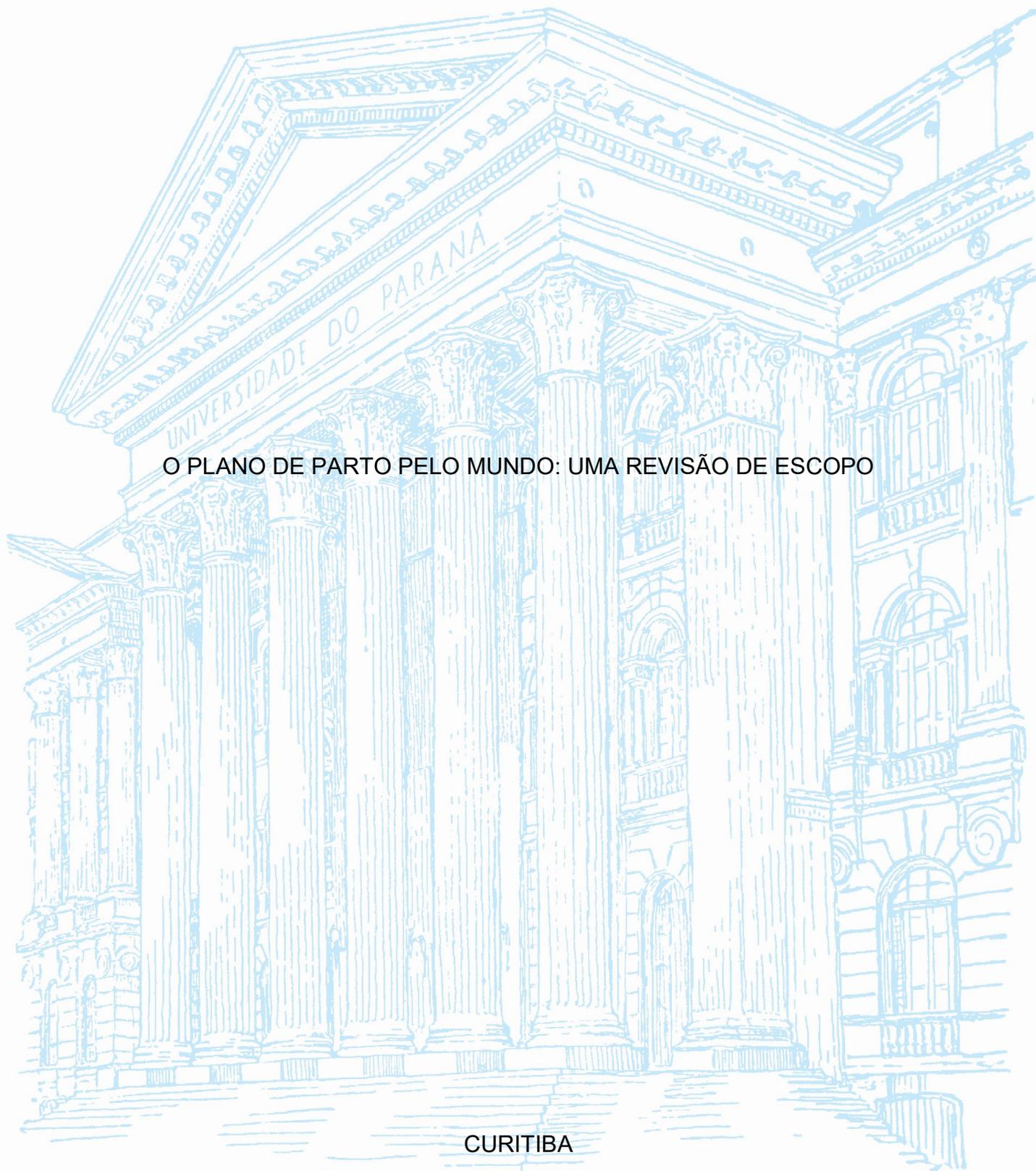


UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

HELENE NICOLLE PARDO



O PLANO DE PARTO PELO MUNDO: UMA REVISÃO DE ESCOPO

CURITIBA

2020

HELENE NICOLLE PARDO

O PLANO DE PARTO PELO MUNDO: UMA REVISÃO DE ESCOPO

Monografia apresentada como requisito parcial à obtenção do título de Enfermeira, Curso de Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná.

Orientador: Prof. Dra. Tatiane Herreira Trigueiro

CURITIBA

2020

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha família, em especial, pelo apoio e paciência constantes durante os anos de faculdade. Aos meus pais, pelo suporte que me permitiu ter uma dedicação integral ao curso e à minha irmã, Letícia, pela companhia e conselhos.

Aos meus colegas de turma, agradeço pela companhia, trocas de experiências e oportunidades de crescimento pessoal que compartilhamos.

Agradeço à professora Tatiane Herreira Trigueiro, pela orientação gentil e eficiente e pela presença constante durante a construção deste trabalho. Sou grata por todas as oportunidades de crescimento que me proporcionou na área da obstetrícia, por meio de iniciação científica e projeto de extensão.

Aos professores e professoras do departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Paraná, agradeço pelos valiosos ensinamentos recebidos. À todos os enfermeiros e enfermeiras, atuantes nos serviços de saúde pelos quais passei e que me acolheram durante a graduação, meu muito obrigada pela inspiração e exemplo.

RESUMO

O plano de parto é uma ferramenta utilizada para orientar e registrar os desejos e expectativas da gestante e família com relação ao trabalho de parto e parto. É elaborado durante a gravidez, com o suporte do profissional de saúde. O profissional deve apresentar as possibilidades de cuidado, visando auxiliá-la a realizar uma escolha segura, culturalmente apropriada, baseada em evidências científicas e conforme suas possibilidades pessoais e condições clínicas. Objetivou-se descrever o estado atual dos artigos publicados sobre o plano de parto no mundo. Trata-se de uma revisão de escopo, construída com base na estratégia PCC, sendo "P" a população (gestantes), "C" o conceito (plano de parto) e "C" o contexto (pré-natal). A busca foi realizada nos meses de janeiro e fevereiro de 2020, nas bases de dados PubMed, Scopus e BVS, por artigos publicados até dezembro de 2019, disponíveis na íntegra em inglês, espanhol ou português e que abordassem o uso do plano de parto. Os descritores e palavras-chaves e suas combinações usadas para construir as estratégias foram ("Pregnancy" OR "Gestation" OR "Parturition") AND ("Birth plan") AND ("Prenatal care"). Como resultado, fizeram parte da amostra final 27 artigos elegíveis, os quais foram organizados conforme o PRISMA. Em sua maioria os artigos foram publicados em 2019 (n=6) e com origem nos Estados Unidos (n=9), seguido da Inglaterra (n=3). O principal tema encontrado foi sobre o uso do plano de parto e sua relação com a satisfação, empoderamento e melhoria da experiência das gestantes, mas também foi utilizado e adaptado para orientar os cuidados paliativos ao recém-nascido com condição ameaçadora à vida, para aumentar o acesso das parturientes a profissionais qualificados em obstetrícia nos países em desenvolvimento, bem como outras finalidades. Concluiu-se que o uso do plano de parto é um incentivo a toda a equipe profissional para o cumprimento dos protocolos e diretrizes locais e internacionais e acordos realizados com a gestante e sua família, modificando as práticas de cuidado com o parto nas instituições de saúde e tornando-as mais respeitadas.

Palavras-chave: Saúde da Mulher. Enfermagem Obstétrica. Educação em Saúde. Gravidez. Humanização da Assistência.

ABSTRACT

The birth plan is a tool used to guide and register the wishes and expectations of the pregnant woman and her family, in regards to labor and delivery. It is written during pregnancy, with the support of a healthcare professional. The professional must present the possibilities for the care, aiming to guide the woman into making safe, culturally appropriate and evidence based decisions, while considering her personal possibilities and clinical state. Thus, the aim of this study was to describe the current state of the articles published about the birth plan in the world. It is comprised of a scoping review, which was written around the PCC strategy, given that "P" stands for population (pregnant women), "C" for the concept (birth plan) and "C" for the context (prenatal care). A search was conducted on the PubMed, Scopus and BVS databases during the months of January and February of 2020, for articles published until December of 2019 that mentioned the use of a birth plan, with full texts available in either English, Spanish or Portuguese. The entry terms and keywords and their combinations used to compose the search strategy were ("Pregnancy" OR "Gestation" OR "Parturition") AND ("Birth plan") AND ("Prenatal care"). As a result, the final sample was composed of 27 eligible articles, which were organized according to the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA). In its majority, the chosen articles were published in 2019 (n=6), in the United States (n=9), followed by England (n=3). The main topic that was found was the use of a birth plan and its correlation to the satisfaction, empowerment and improvement of the birthing mothers' experiences. The birth plan tool was also used and adapted towards guiding the palliative care for the imperiled newborn, to increase birthing mothers' access to professionals qualified in obstetrics in developing countries, among other goals. The conclusion was that the use of a birth plan is an incentive to the entire professional team to fulfill the agreements made with the pregnant woman and her family, modifying the practices of care during labor in health facilities and making them more respectful.

Keywords: Women's Health. Obstetric Nursing. Health Education. Pregnancy. Humanization of Care.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – PRISMA.....	19
------------------------	----

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – PUBLICAÇÕES SELECIONADAS PARA A REVISÃO DE ESCOPO.....	20
--	----

LISTA DE SIGLAS

COFEN	- Conselho Federal de Enfermagem
CONITEC	- Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS
OMS	- Organização Mundial da Saúde
PNAISM	- Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PRISMA	- Fluxograma de Itens de Relatórios Preferenciais para Revisões Sistemáticas e Meta-análises

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
1.1	CONTEXTO	11
1.2	OBJETIVO GERAL	13
1.3	JUSTIFICATIVA	13
2	REVISÃO DE LITERATURA	14
2.1	HISTORICIDADE DA ATENÇÃO AO PARTO NO BRASIL.....	14
2.2	MODELO DE ATENÇÃO ATUAL E O PLANO DE PARTO	15
3	MÉTODO	18
4	RESULTADOS	20
5	DISCUSSÃO	26
6	CONCLUSÃO	33
	REFERÊNCIAS	35

1 INTRODUÇÃO

1.1 CONTEXTO

A gestação é um período de intensas mudanças, as quais podem desencadear sentimentos de medo, insegurança, e ansiedade na mulher (DA SILVA LIMA *et al*, 2019). É de grande importância transmitir informações e conhecimentos de forma clara para a gestante e a sua família, preparando-a para etapas do ciclo gravídico-puerperal. Desta forma, o profissional de saúde cuida do físico e do emocional da gestante e sua família, além de fornecer orientações e esclarecer dúvidas.

A necessidade de informação clara e confiável é premente na gestação. O pré-natal é uma importante estratégia através da qual o profissional de saúde, pelo contato duradouro e próximo com a gestante, pode criar um vínculo de apoio e confiança (JARDIM, 2019). Desta forma, o profissional de saúde cuida do físico e do emocional da gestante e sua família, além de fornecer orientações e esclarecer dúvidas.

O pré-natal é fundamental na prevenção e detecção precoce de patologias maternas e fetais, contribuindo para a redução das taxas de morbimortalidade materno-infantil por implementar medidas educativas e propiciar o acesso aos recursos de saúde necessários (BRASIL, 2013).

A consulta de pré-natal deve ser um espaço não apenas para controle clínico da gestação, mas um ambiente aberto no qual as mulheres e seus acompanhantes possam obter um aprendizado consciente. A educação em saúde se torna assim um instrumento que permite às gestantes a construção da autonomia na gravidez, contribuindo na promoção do empoderamento (DA SILVA LIMA *et al*, 2019), sobre seu corpo e nas escolhas durante o ciclo gravídico puerperal.

O profissional de saúde envolvido na assistência pré-natal deve reconhecer as carências apresentadas pela gestante e fornecer as orientações correspondentes e necessárias. Essa interação pode se estabelecer mediante implantação de espaços de diálogo que levem em consideração as crenças, os valores e os anseios da mulher, trabalhando para incorporar as práticas de educação em saúde essenciais na promoção de sua saúde materna (JARDIM,

2019). No Brasil, um dos profissionais de saúde que realiza as consultas de pré-natal de baixo risco na atenção básica é o Enfermeiro (BRASIL, 2013), respaldado pela sua lei do exercício profissional mediante nº 7498/1986 e por meio do desenvolvimento da Consulta de Enfermagem, conforme Resolução nº 358/2009 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN, 2009). O número total de consultas de pré-natal para cada gestante deve ser de no mínimo seis, com acompanhamento intercalado entre médico e enfermeiro.

O Enfermeiro deve efetivar o acolhimento da gestante e de sua família no serviço de saúde e promover a formação de vínculos. O acolhimento garante a manutenção da sua dignidade, o respeito aos seus direitos (ALBUQUERQUE, 2019), e permite a construção de vínculo, elementos fundamentais para que haja liberdade e segurança para questionar, expressar medos e preocupações.

Uma estratégia de educação em saúde da gestante é o plano de parto. Esta é uma das ferramentas que contribuem para o empoderamento da mulher no processo de parturição. Trata-se de um documento escrito durante o período pré-natal, no qual a mulher grávida, após receber informações sobre a gravidez e parto, e considerando seus valores e desejos pessoais, elabora preferências e toma decisões informadas acerca da prática de condutas obstétricas a serem adotadas ou não no momento do parto, sob condições normais (SUÁREZ-CORTÉS, 2015).

O plano de parto deve servir como orientação às práticas de atenção em saúde prestadas a ela e seu bebê. O plano de parto pode ser um recurso de melhoria da comunicação com os profissionais de saúde e, quando devidamente implementado e cumprido, pode trazer melhores resultados obstétricos e neonatais (HIDALGO-LOPEZOSA, 2017).

O plano de parto normalmente é elaborado pela mulher e seu parceiro ou familiar durante a gravidez, com o suporte do profissional de saúde que a acompanha nas consultas pré-natais. O profissional deve apresentar opções diferentes à mulher, visando auxiliá-la a realizar uma escolha consciente, culturalmente apropriada, baseada em suas possibilidades pessoais e condições clínicas. Assim sendo, o plano de parto pode ser considerado uma estratégia que permite à mulher maior sensação de controle, autonomia e protagonismo dentro do processo de parturição (MEDEIROS, 2019).

O uso do plano de parto é recomendado nas últimas diretrizes para o cuidado intraparto da Organização Mundial da Saúde (OMS), pois entende-se que incentiva um processo de parto natural. Além disso, intervenções como episiotomia de rotina, uso de ocitocina sintética, amniotomia precoce e outras podem ter sua prática reduzida de forma mais intencional com o uso do plano de parto (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018). No Brasil, o Ministério da Saúde estimula que sejam informados os benefícios do parto fisiológico por meio do plano de parto como uma das estratégias para o pré-natal de qualidade na atenção primária (BRASIL, 2013).

1.2 OBJETIVO GERAL

Objetivou-se descrever o estado atual dos artigos publicados sobre o plano de parto no mundo.

1.3 JUSTIFICATIVA

Esse estudo justifica-se pela percepção no crescimento do uso dessa ferramenta no Brasil e no mundo, bem como da escassez de publicações científicas sobre o plano de parto no Brasil. Houve assim a necessidade de reunir informações e conhecer mais acerca da elaboração e do uso do plano de parto no mundo. Dessa forma, emergiu a seguinte inquietação: “O que está sendo publicado sobre o plano de parto no mundo?”.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 HISTORICIDADE DA ATENÇÃO AO PARTO NO BRASIL

Até o início do século XX, a maioria das mulheres brasileiras dava à luz a seus filhos em seu próprio lar, por meio de parto normal assistido por parteiras leigas, tradicionais. O médico era acionado apenas nos casos considerados mais complicados, quando a parteira não conseguia resolver o problema (SILVA, 2019). No entanto, nessa época foram surgindo no Brasil algumas políticas de saúde voltadas à institucionalização do parto, em uma tentativa de se reduzir a mortalidade materno-infantil e monitorar o crescimento da população brasileira (SANTOS NETO, 2008).

Na década de 1940 foi criado o Departamento Nacional da Criança, que focava sua atenção tanto nas crianças, como também nas mães e em todo o ciclo de parto e nascimento. Em meados da década de 1970, mais alguns programas voltados a esse grupo populacional foram implementados, como o Programa de Saúde Materno-Infantil, em 1975. Através dessas medidas, passou-se a incentivar que o parto fosse realizado em ambiente hospitalar. O lema “medicalizar e higienizar os hábitos de vida da população”, das faculdades de medicina e sociedades médicas da época, buscou transformar as maternidades em espaços modernos, civilizados e adequados ao nascimento (SILVA, 2019). Essa tendência acompanhava o que ocorria também na Europa e na América do Norte.

O modelo de assistência tecnocrático, impessoal e caracterizado pela presença de um excesso de intervenções e procedimentos e desconsideração dos aspectos fisiológicos, emocionais e culturais do ato de parir foi se consolidando (MENDES, 2020). Esse modelo tem características que não prezam pela preservação dos direitos, da privacidade, do conforto e do poder de decisão da mulher. A assistência ao parto nos hospitais e maternidades passou a ser cada vez mais controlada e padronizada, pautada no uso da cesariana como forma de parir e na esterilização como método contraceptivo preferencial (SANTOS NETO, 2008).

No entanto, desde a década de 80, diversos grupos vêm trabalhando no país para a modificação da visão tecnicista do parto, em busca de um resgate

do cuidado centrado na mulher, buscando sua autonomia e empoderamento. Diversas medidas vêm sendo implementadas, como a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) de 2004, elaborada com a contribuição de movimentos sociais, profissionais de saúde e sociedades de especialistas. A PNAISM reconheceu a diversidade e especificidades culturais das mulheres brasileiras, como negras, indígenas e trabalhadoras rurais, e deu ênfase aos direitos sexuais e reprodutivos (LEAL, 2018). No ano seguinte, foi promulgada a Lei do Acompanhante (Lei nº 11.108/2005), que passou a garantir o direito a acompanhante de livre escolha durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no Sistema Único de Saúde (LEAL, 2018).

2.2 MODELO DE ATENÇÃO ATUAL E O PLANO DE PARTO

A antropóloga americana Robbie Davis-Floyd conceituou, em seu artigo "*The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth*" (2001), os três modelos de atendimento obstétrico da atualidade. Segundo Davis-Floyd, o sistema de saúde encarna os preconceitos e as crenças da sociedade que o criou. Dessa forma, como a sociedade ocidental tem um sistema de valores muito ligado à ciência, à tecnologia, ao patriarcado e à busca por lucro, isso também se traduz na forma de se ver e tratar da saúde. No que ela denominou como modelo tecnocrático, o corpo humano é visto como uma máquina, e suas partes são tratadas separadamente, fora do seu contexto e sem considerar as questões psicológicas envolvidas (DAVIS-FLOYD, 2001).

Na obstetrícia, o modelo tecnocrático tem sido dominante na maioria dos países ocidentais. Dentro dessa visão, o protagonismo no parto é retirado da mulher e colocado na equipe médica, que irá escolher a via de parto, a posição e o momento de parir. A conduta é padronizada e agressivamente intervencionista, pois esse modo de agir é traz resultados previsíveis e, assim, mais lucrativos para as instituições.

No Brasil, bem como na maioria dos países ocidentais, o modelo de atenção ao parto ainda tem sido o tecnocrático, que é composto pela aplicação de um conjunto de técnicas que submetem as mulheres a condutas padronizadas, que se sobrepõem ao desenrolar fisiológico do trabalho de parto (MENDES, 2020). Hoje em dia, o país acompanha a tendência mundial da

hospitalização, com 98,5% das mulheres tendo seus filhos em uma instituição de saúde e com a realização de cesariana em 55% das gestantes no ano de 2015 (LEAL, 2018).

Davis-Floyd (2001) diz que existem ainda os modelos humanizado e holístico e assistência. O modelo holístico abarca diversas abordagens terapêuticas diferenciadas, tais como aromaterapia, medicina tradicional Chinesa e outras práticas que trabalham a energia pessoal do indivíduo. O modelo holístico tem como pressuposto a influência do corpo, da mente, das emoções, do espírito e do ambiente no processo de cura do paciente (DAVIS-FLOYD, 2001). Esse seria o extremo oposto ao modelo tecnocrático.

O modelo humanizado está situado no meio desse espectro. Segundo Davis-Floyd, o humanismo surgiu em reação aos excessos da chamada tecnomedicina, com o objetivo de resgatar valores como a empatia, a escuta e o cuidado individualizado na assistência (DAVIS-FLOYD, 2001). Nesse modelo de cuidado, a responsabilidade e o poder de decisão são compartilhados entre o paciente e o profissional. Ainda, reconhece a conexão entre mente e corpo como entidades inseparáveis. Segundo Davis-Floyd, as emoções e pensamentos da gestante influenciam em seu trabalho de parto, e muitos problemas poderiam ser melhor conduzidos durante esse processo através de suporte emocional e escuta, e não das intervenções tecnológicas. Hoje, haja vista o cenário atual, busca-se implantar um modelo humanizado de cuidado nos serviços de saúde.

Em 1996, a Organização Mundial da Saúde lançou um documento no qual detalhava e classificava condutas obstétricas comuns na atenção ao parto normal. Esta classificação foi baseada em evidências científicas, e foi precursora ao classificar condutas como a posição litotômica e infusão intravenosa enquanto rotinas no trabalho de parto como ineficazes ou prejudiciais. Atualmente, esse documento foi substituído pelas últimas diretrizes para o cuidado intraparto da OMS, que preconiza o modelo humanizado de assistência ao nascimento, baseado em evidências e no respeito (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

As últimas diretrizes da OMS estão em consonância com as diretrizes brasileiras de assistência ao parto normal preconizadas pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) de 2016, complementada em 2017, que adota o modelo humanizado e tem o respaldo de recomendar

apenas condutas baseadas em evidências científicas. As premissas da resolução da CONITEC são de caráter obrigatório para as secretarias de Saúde em todos os âmbitos nacionais (BRASIL, 2017).

O reconhecimento de evidências científicas que dão suporte a um modelo humanizado de assistência vem dando força para uma modificação gradual das condutas violentas e desnecessárias. O plano de parto vem se destacando nas últimas décadas como um instrumento adotado pelas mulheres para fazer valer seus desejos e vontades. Ele potencializa os cuidados humanizados à mulher e ao recém-nascido, e contribui para a melhoria da qualidade da atenção obstétrica (MEDEIROS, 2019)

Desde a sua elaboração junto ao profissional de saúde do pré-natal, o plano de parto reforça a participação ativa da parturiente no seu próprio cuidado no momento do parto. Quando adotado e respeitado, propicia à mulher uma experiência fisiológica, menos dolorosa, reforçando sua autonomia no parto (SANTOS, 2019). Por meio da abertura a instrumentos como esse e pelo empoderamento das mulheres, o modelo de assistência ao parto vai sendo modificado gradualmente.

A transição entre os modelos de atenção não ocorre sem alguns conflitos. Segundo Bailey (2008), a mudança de um paradigma paternalista para aquele de incentivo e respeito à autonomia da paciente é algo que muitos profissionais encontram dificuldade em lidar. Isso porque eles são incentivados a envolver a paciente e a família nas decisões e personalizar o cuidado, ao invés de apenas seguir uma conduta rotineira. O plano de parto, por ser um instrumento de promoção dessa autonomia, acaba sendo controverso justamente por promover relações terapêuticas baseadas no respeito mútuo e na confiança, e na preferência por cuidados baseados em evidências científicas do que por práticas obstétricas habituais na rotina hospitalar (BAILEY, 2008).

Em síntese, o parto é um momento único na vida da mulher e de seus familiares e por isso deve ser conduzido de forma humanizada. Segundo Silva (2019), o plano de parto estimula a promoção das boas práticas obstétricas, pois estabelece condutas flexíveis no atendimento à parturiente, garantindo o respeito por suas decisões e vontades. O plano de parto auxiliaria, conforme a autora, a tornar o parto uma experiência positiva para as mulheres (SILVA, 2019).

3 MÉTODO

Trata-se de uma revisão de escopo (*scoping review*), conforme as recomendações do fluxograma de Itens de Relatórios Preferenciais para Revisões Sistemáticas e Meta-análises, em sua extensão para revisões de escopo (PRISMA-ScR) (ARKSEY, 2005; MOHER, 2009; TRICCO, 2018). Também foram seguidas as cinco etapas do método proposto pelo *Joanna Briggs Institute*, sendo elas a identificação da questão de pesquisa; identificação dos estudos relevantes; seleção dos estudos; análise dos dados; e agrupamento, síntese e apresentação dos dados (PETERS, 2020).

Para a construção das estratégias de busca foi utilizada uma adaptação da estratégia PICO (P: paciente, I: intervenção, C: comparação, O: desfecho), conforme o presente tipo de estudo, para a estratégia PCC, sendo “P” a população (gestantes), “C” o conceito (plano de parto) e “C” o contexto (pré-natal). Os descritores e palavras-chaves e suas combinações usadas para construir as estratégias de busca foram: (Pregnancy OR Gestation OR Parturition) AND ("Birth plan") AND ("Prenatal care"). Os descritores foram escolhidos conforme o índice de termos MeSH (Medical Subject Headings).

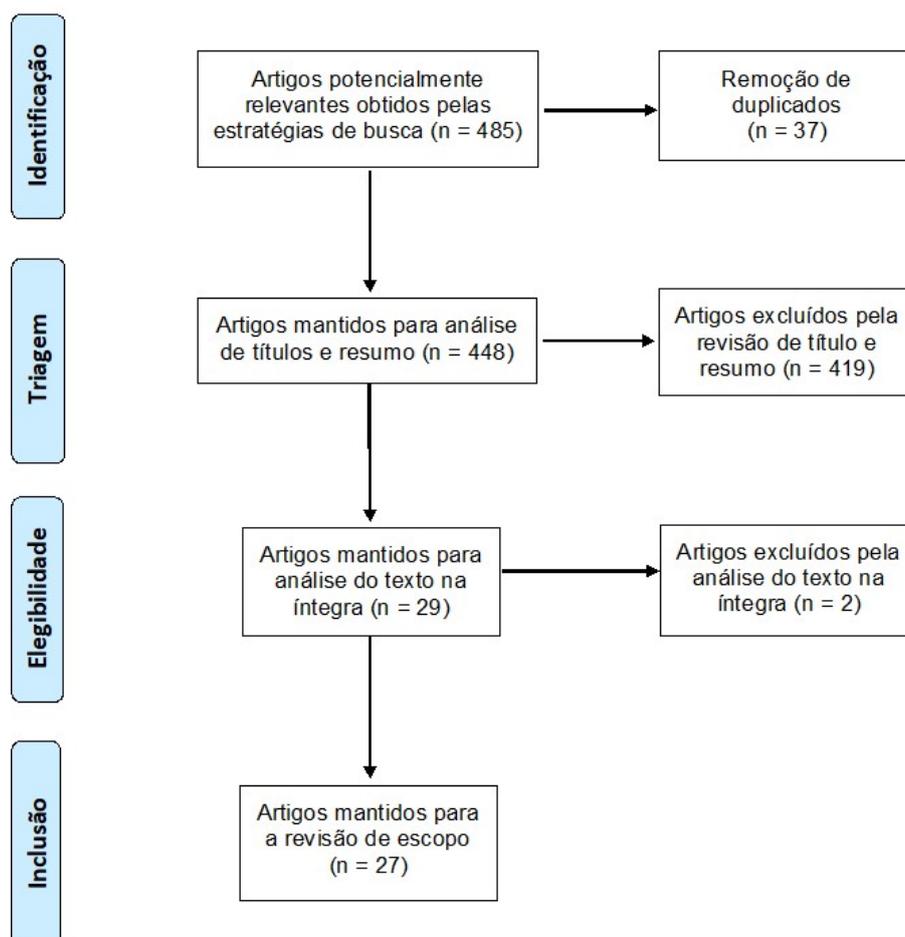
Foram incluídos nesta revisão estudos publicados com texto na íntegra em inglês, espanhol ou português, que envolvessem o plano de parto. A busca foi realizada nas bases de dados PubMed, Scopus e BVS por artigos publicados até dezembro de 2019.

Os dados foram coletados de outubro a dezembro de 2019. Foram identificados 485 publicações, destas 37 estavam duplicadas. Posteriormente, foram lidos e analisados os títulos e resumos dos 448 artigos disponíveis por dois revisores de forma independente para identificar os potencialmente elegíveis para o estudo, quando houve dúvida sobre a inclusão do artigo, foi realizada a leitura na íntegra pelos revisores, em caso de não acordo, um terceiro foi acionado para consenso. Foram excluídos 419 artigos por não abordarem a temática desta pesquisa, assim foram lidos na íntegra 29, levando a exclusão de dois por não estarem disponíveis na íntegra ou por não abordarem o uso do plano de parto de forma direta. Assim a amostra final foi composta por 27 publicações, conforme o fluxograma de Itens de Relatórios Preferenciais para Revisões Sistemáticas e Meta-análises, em sua extensão para revisões de

escopo (PRISMA-ScR) (ARKSEY, 2005; MOHER, 2009; TRICCO, 2018) (Figura 1).

Esta revisão de escopo considerou todos os tipos e metodologias de estudos. Ao final da amostra, foram lidos na íntegra e extraídos dados de caracterização da produção, tipo de desenho do estudo e o quantitativo e as características dos participantes incluídos nos estudos. Além disso, foi destacado como era utilizado o plano de parto. Em cada publicação foram identificados os resultados, discussão e conclusão. A extração dos dados de cada publicação foi realizada a partir de um instrumento desenvolvido pelos autores que continha: título, autor, profissão do autor, país, revista, ano de publicação, objetivo do estudo, metodologia, desfechos e resultados.

FIGURA 1 - PRISMA



FONTE: A Autora (2020)

4 RESULTADOS

Os achados foram organizados em tabelas e sintetizados em forma narrativa, com vistas a demonstrar o uso do plano de parto em cada localidade. Para análise dos dados extraídos dos artigos, foi considerado o foco principal de interesse de cada publicação.

TABELA 1 – PUBLICAÇÕES QUE COMPUSERAM A REVISÃO DE ESCOPO

Título	Autor	Ano	Periódico	País	Desenho
Pregnant users' perceptions of the birth plan interface in the "My prenatal care" app: Observational validation study	Moraes Carrilho, <i>et al.</i>	2019	JMIR Formative Research	Brasil	Estudo descritivo, exploratório, observacional
Birth Planning in Uncertain or Life-Limiting Fetal Diagnoses: Perspectives of Physicians and Parents	Cortezzo, D.E., Bowers, K., Cameron Meyer, M.	2019	Journal of Palliative Medicine	Estados Unidos	Estudo de método misto, descritivo, exploratório
Autonomous and dependent – The dichotomy of birth: A feminist analysis of birth plans in Sweden	Westergren, A., Edin, K., Walsh, D., Christianson, M.	2019	Midwifery	Suécia	Estudo qualitativo, análise de conteúdo
Effect of birth plans on childbirth experience: A systematic review	Mirghafourvand, M., Mohammad, A.C.S., Ghanbari-Homayi, S., Jahangiry, L., Nahaei, J., Hadian, T.	2019	International Journal of Nursing Practice	Irã	Revisão sistemática
Repercussões da utilização do plano de parto no processo de parturição	Medeiros, R.M.K., Figueiredo, G., Correa, A.C.P., Barbieri, M.	2019	Revista Gaúcha de Enfermagem	Brasil	Revisão integrativa
"After having a waterbirth, I feel like it's the only way people should deliver babies": The decision making process of women who plan a waterbirth	Fair, C.D., Crawford, A., Houpt, B., Latham, V.	2019	Midwifery	Estados Unidos	Estudo qualitativo, retrospectivo, análise de conteúdo

TABELA 1 – Publicações que compuseram a Revisão de Escopo

(Continua)

Título	Autor	Ano	Periódico	País	Desenho
Actividad educativa sobre el plan de nacimiento en el control prenatal: factores relacionados	E. López-Gimeno, <i>et al.</i>	2018	Matronas Profesión	Catalunha, Espanha	Estudo multicêntrico, descritivo, transversal, de associação cruzada
The effect of prenatal education classes on the birth expectations of Spanish women	Soriano-Vidal, F.J., <i>et al</i>	2018	Midwifery	Espanha	Estudo prospectivo, multicêntrico, observacional
Birth plans-Impact on mode of delivery, obstetrical interventions, and birth experience satisfaction: A prospective cohort study	Afshar, Y., <i>et al</i>	2018	Birth	Estados Unidos	Estudo de coorte, prospectivo
From birth plan to birth partnership: enhancing communication in childbirth	DeBaets, A.M.	2017	American Journal of Obstetrics and Gynecology	Estados Unidos	Reflexão
Plans, preferences or going with the flow: An online exploration of women's views and experiences of birth plans	Divall, B., Spiby, H., Nolan, M., Slade, P.	2017	Midwifery	Inglaterra	Estudo qualitativo, descritivo
A critical review of the birth plan use in Catalonia	Biescas, H, <i>et al</i>	2017	Sexual & Reproductive Healthcare	Catalunha, Espanha	Estudo qualitativo, análise de conteúdo
Childbirth Education Class and Birth Plans Are Associated with a Vaginal Delivery	Afshar, Y, <i>et al</i>	2017	Birth	Estados Unidos	Estudo quantitativo, retrospectivo, transversal
Birth Plans: What Matters for Birth Experience Satisfaction	Mei, J.Y., Afshar, Y., Gregory, K.D., Kilpatrick, S.J., Esakoff, T.F.	2016	Birth	Estados Unidos	Estudo de coorte, prospectivo
Birth preparedness, complication readiness and male partner involvement for obstetric emergencies in rural Rwanda	Kalisa, R., Malande, O.O.	2016	Pan African Medical Journal	Ruanda	Estudo quantitativo, transversal

TABELA 1 – Publicações que compuseram a Revisão de Escopo

(Continua)

Título	Autor	Ano	Periódico	País	Desenho
Uso e influencia de los Planes de Parto y Nacimiento en el proceso de parto humanizado	Suárez-Cortés, M., Armero-Barranco, D., Canteras-Jordana, M., Martínez-Roche, M.E.	2015	Revista Latino Americana de Enfermagem	Espanha	Estudo de coorte, quantitativo, transversal, observacional, descritivo
Use of a birth plan within woman-held maternity records: a qualitative study with women and staff in northeast Scotland	Whitford, H.M, et al	2014	Birth	Escócia	Estudo qualitativo, longitudinal, exploratório
Australian women's perception of their preparation for and actual experience of a recent scheduled caesarean birth	Lewis, L., Hauck, Y.L., Ritchie, S., Barnett, L., Nunan, H., Rivers, C.	2014	Midwifery	Austrália	Estudo com método misto (quanti-quali)
The effectiveness of birth plans in increasing use of skilled care at delivery and postnatal care in rural Tanzania	Magoma, M.,et al	2013	Tropical Medicine and International Health	Tanzânia	Ensaio randomizado
Prenatal Birth Planning for Families of the Imperiled Newborn	English, N.K., Hessler, K.L.	2013	Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing	Estados Unidos	Revisão de literatura
Evaluation of the effects of a birth plan on Taiwanese women's childbirth experiences, control and expectations fulfilment [...]	Kuo, S.C., Lin, K.C., Hsu, C.H., Yang, C.C., Chang, M.Y., Tsao, C.M., Lin, L.C.	2010	International Journal of Nursing Studies	Taiwan	Ensaio clínico randomizado
Childbirth Education and Birth Plans	Bailey, J.M., Crane, P., Nugent, C.E.	2008	Obstetrics and Gynecology Clinics of North America	Estados Unidos	Revisão de literatura
Birth plans: After 25 years, women still want to be heard: Commentary	Simkin, P.	2007	Birth	Estados Unidos	Texto de reflexão

TABELA 1 – Publicações que compuseram a Revisão de Escopo

(Conclusão)

Título	Autor	Ano	Periódico	País	Desenho
Birth plans and health facility based delivery in rural Uganda	Mulogo, E.M. <i>et al</i>	2006	East African Medical Journal	Uganda	Estudo quantitativo, prospectivo, exploratório
Is the childbirth experience improved by a birth plan?	Lundgren, I., Berg, M., Lindmark, G.	2003	Journal of Midwifery & Women's Health	Suécia	Estudo de coorte, prospectivo
Do birth plans empower women? Evaluation of a hospital birth plan	Moore, M., Hopper, U.	1995	Birth	Austrália	Estudo de coorte, prospectivo
Does having a birth plan affect operative delivery rate?	Smoleniec, J.S., James, D.K.	1992	Journal of Obstetrics and Gynaecology	Inglaterra	Estudo quantitativo, retrospectivo, transversal

FONTE: A Autora (2020)

Conforme dados da Tabela 1, 2019 foi o ano com maior número de publicações sobre o uso do plano de parto, com um total de seis artigos, seguido por 2017, com quatro artigos, o que demonstra uma tendência crescente em número de publicações sobre o tema com o passar dos anos, especialmente a partir de 2010, entretanto o estudo mais antigo encontrado foi do ano de 1992.

Com relação aos periódicos onde as investigações foram publicadas, duas se destacaram sendo, as revistas *Birth – Issues in Perinatal Care* e *Midwifery*, cada uma com seis e cinco artigos sobre o tema, respectivamente. Ambas publicações tem foco na área de cuidados maternos e neonatais durante o processo de gravidez, parto e nascimento. Dentre todas as publicações, 12 foram apresentadas em periódicos das áreas de Enfermagem ou Obstetrícia (do inglês *midwifery*). Ainda, em 17 das publicações analisadas, pelo menos um dos pesquisadores era da área de Enfermagem.

A amostra final apresentou 27 artigos com origem em diversos países do mundo, como Austrália, Brasil, Escócia, Espanha, Estados Unidos, Inglaterra, Irã, Ruanda, Suécia, Taiwan, Tanzânia e Uganda. O maior número de publicações originaram dos Estados Unidos, com um total de nove artigos, seguido da Inglaterra com três artigos. Foram obtidos dois artigos brasileiros, sendo um deles publicado em periódico internacional e em idioma no inglês. O desenho metodológico dos artigos analisados foi diverso, não havendo predominância de um método específico. A Tabela 1 detalha individualmente o

método adotado em cada um dos artigos selecionados.

Quanto aos principais resultados encontrados, dois artigos abordaram prioritariamente o uso do plano de parto do ponto de vista da comunicação com os profissionais de saúde, sendo o mesmo considerado por eles um instrumento para melhoria da comunicação e expressão clara de desejos e preocupações (DEBAETS, 2017; MIRGHAFOURVAND, 2019). O tema mais frequente encontrado em 11 dos 27 artigos foi sobre o uso do plano de parto e sua relação com a satisfação, empoderamento e experiência das gestantes em diferentes cenários, desde a atenção básica até o momento do parto em ambiente hospitalar (MEDEIROS, 2019; MIRGHAFOURVAND ET AL, 2019; WESTERGREN, 2019; DIVALL, 2017; MEI, 2016; SUÁREZ-CORTÉS, 2015; LEWIS, 2014; KUO, 2010; SIMKIN, 2007; LUNDGREN, 2003; MOORE, 1995).

O plano de parto também foi tema de estudo em conjunto com outras estratégias educativas, como oficinas, aulas coletivas sobre o parto e outras modalidades, para avaliação de suas contribuições enquanto instrumento com o desfecho final do parto em quatro artigos (LÓPEZ-GIMENO, 2018; SORIANO-VIDAL, 2018; AFSHAR, 2017; BAILEY, 2008). Em geral, essas estratégias foram aplicadas no ambiente da atenção primária em saúde em grupos de gestantes e atendimentos individuais, buscando esclarecer essas mulheres sobre as possibilidades que teriam no momento do parto.

A temática do uso do plano de parto como estratégia para planejamento do cuidado com o parto e pós parto e redução da mortalidade materno-infantil foi identificado em três artigos, oriundos dos países africanos Uganda, Tanzânia e Ruanda (KALISA, 2016; MULOGO, 2006; MAGOMA, 2013).

A construção do plano de parto em conjunto com a família e os profissionais de referência, e os benefícios do uso do mesmo nas situações em que o feto apresenta doença ou condição ameaçadora à vida, foi o tema de dois artigos encontrados (CORTEZZO, 2019; ENGLISH, 2013). Os mesmos mencionaram condições como malformações congênitas graves, síndromes cromossômicas como a Trissomia do cromossomo 18 (Síndrome de Edwards), teratomas, anomalias cardíacas e outras, diagnosticadas durante o pré-natal. Nesses casos, em que o prognóstico era incerto, limitante à vida ou letal, o uso do plano de parto era parte da orientação aos cuidados paliativos com o recém-nascido, e incluía decisões parentais sobre medidas como ressuscitação

cardiopulmonar e intubação do bebê logo após o parto (CORTEZZO, 2019; ENGLISH, 2013).

A investigação sobre a eficiência do uso do plano de parto na redução de taxas operatórias e práticas intervencionistas foi realizada em três artigos (AFSHAR, 2016, 2017; SMOLENIEC, 1992). Estes concluíram que, embora a existência de um plano de parto não tenha interferido com a via de parto na maioria dos casos, o seu uso contribuía para a melhoria de indicadores como o uso de anestesia peridural e redução do risco de os bebês necessitarem de internação em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

Outros três artigos apresentaram temáticas diversas, sendo elas o desenvolvimento de um aplicativo com o plano de parto e acompanhamento do pré-natal (MORAES, 2019); elaboração de um plano de parto para cesárea eletiva (LEWIS, 2014); e a elaboração de um plano para parto domiciliar na água (FAIR, 2019).

5 DISCUSSÃO

De acordo com os resultados obtidos 12 dos artigos foram publicados em periódicos das áreas de Enfermagem ou Obstetrícia (*Midwifery*) e, em 17 das publicações analisadas, pelo menos um dos pesquisadores era da área de Enfermagem. O conjunto destas informações leva a refletir que o plano de parto é um tema que vem sendo discutido e estudado com atenção crescente pela Enfermagem, visto que se trata de uma forma de promover o cuidado por meio da educação em saúde e, dessa forma, torna-se um meio de proteção à gestante e familiares por meio de torná-los conscientes e participantes do processo de cuidado.

A Enfermagem vem crescendo no exercício da chamada advocacia do paciente, a qual consiste, em linhas gerais, na proteção do usuário contra práticas que não sejam de seu interesse, sejam intervenções, tratamentos, cirurgias ou demais condutas que não sejam essenciais à recuperação ou promoção de sua saúde. A advocacia do paciente prevê educar o mesmo, de forma que ele possa exercer sua autonomia e tomar decisões informadas sobre os cuidados que poderá receber. O enfermeiro faz isso através da comunicação efetiva e do reconhecimento das necessidades do paciente (TOMASCHEWSKI-BARLEM, 2017).

A advocacia do paciente parte do princípio de que este tem direito à dignidade de receber um atendimento qualificado e informação correta sobre o cuidado em saúde que está recebendo. Segundo Mayer (2019), o enfermeiro está presente mais do que qualquer outro profissional da saúde em situações que oportunizam o desenvolvimento de ações que primam pelo respeito aos direitos dos pacientes. Fica claro, ao estudar o uso do plano de parto no mundo e perceber a participação da categoria nessas pesquisas, que a Enfermagem está interessada mais do que nunca em contribuir com a garantia dos direitos das gestantes e parturientes.

A partir dessa ótica, o plano de parto pode se provar uma ferramenta importante no combate à violência obstétrica. A violência obstétrica é definida como a “identificação de qualquer ato de violência direcionado à mulher grávida, parturiente ou puérpera ou ao seu bebê, praticado durante a assistência

profissional, que signifique desrespeito à sua autonomia, integridade física e mental, aos seus sentimentos, opções e preferências” por Lansky *et al* (2018).

A OMS, em seu último manual de recomendações para o parto (2018), descreve as condutas baseadas em evidências científicas, que devem ser adotados ao redor do mundo para promover o cuidado humanizado e reduzir intervenções desnecessárias e toda e qualquer prática violenta. O plano de parto, enquanto instrumento para o exercício da autonomia individual da paciente, poderia servir como um respaldo para a mulher que dá entrada em um serviço de saúde, havendo a premissa de que seu plano de parto seja respeitado e cumprido. Os artigos analisados não abordam a temática da violência obstétrica de forma direta; contudo, a percepção de que o plano de parto auxilia na redução de intervenções não recomendadas e promove a comunicação de anseios e expectativas da mulher para o profissional leva a crer que contribui na sensibilização dos prestadores de cuidados e no estímulo ao parto vaginal, com o intuito de redução das taxas de cesarianas.

As taxas de cesariana no Brasil estão atualmente entre as maiores do mundo, atingindo o índice de 55%. Parte do motivo se deve a questões culturais, relacionadas inclusive à predileção profissional pelo procedimento, em contraste com o parto normal. Trata-se de um problema grave e complexo, haja vista que a taxa recomendada pela OMS é de apenas 10 a 15% de cesáreas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018). Sabe-se que a implementação do plano de parto tem sido relacionada à redução das taxas de cesariana, pois favorece um processo de parto mais natural/fisiológico e proporciona melhores resultados obstétricos e neonatais (MEDEIROS, 2019; HIDALGO-LOPEZOSA, 2017; SUÁREZ-CORTÉS, 2015). Estudos apontam inclusive melhores resultados de Apgar e no pH do cordão umbilical, aumento do contato pele a pele e clampeamento tardio do cordão umbilical (AFSHAR, 2016; SUÁREZ-CORTÉS, 2015).

Diversos dos artigos analisados nesta revisão de escopo estudaram a eficácia do uso do plano de parto para o aumento da satisfação e do empoderamento das mulheres durante o trabalho de parto, pós parto e puerpério (MEDEIROS, 2019; MIRGHAFORVAND ET AL, 2019; WESTERGREN, 2019; DIVALL, 2017; MEI, 2016; SUÁREZ-CORTÉS, 2015; LEWIS, 2014; KUO, 2010; SIMKIN, 2007; LUNDGREN, 2003; MOORE, 1995). Fica evidente que o uso

dessa ferramenta pode contribuir com o aumento da confiança e da participação nas tomadas de decisões, levando a um empoderamento da mulher nessa conjuntura. E a melhoria da comunicação e do relacionamento com os profissionais de saúde pode emergir desde o momento da elaboração do plano na atenção básica até o seu cumprimento no processo de parturição e pós-parto.

Um dos principais motivos para essa melhora na experiência é que a construção do plano de parto durante o pré-natal, em especial quando é feito em conjunto com profissionais qualificados, é uma oportunidade para essas mulheres adquirirem informações e educação em saúde; a partir disso, elas assumem uma atitude mais ativa ao tomar decisões sobre sua saúde (KUO, 2010; MOORE, 1995). Essa é uma das formas pelas quais o plano de parto contribui no empoderamento da parturiente. Além disso, a percepção de que há respeito às suas escolhas e diálogo aberto com a equipe de saúde também enriquece a experiência e promove satisfação no momento do parto.

O assunto do empoderamento e do respeito à escolha contempla, também, aquelas mulheres que, por necessidade de saúde ou por opção pessoal, têm os seus bebês por intermédio de uma cesárea agendada e que elaboram um plano de parto com suas preferências relacionadas a ela. Estudo realizado na Austrália por Lewis *et al* (2014) avaliou os discursos de 117 mulheres, das quais 71 haviam completado um plano de parto, a respeito das expectativas para a cesárea agendada e posteriormente sobre a experiência em si. O artigo mostrou que houveram experiências positivas, quando as mulheres se sentiram respeitadas em suas escolhas e devidamente informadas. Experiências negativas surgiram da percepção de descumprimento de desejos primordiais em seus planos de parto, como de contato pele-a-pele logo após o nascimento e presença do acompanhante durante aplicação da peridural (LEWIS *et al*, 2014).

No que diz respeito ao uso do plano de parto para melhoria da experiência de parto, alguns artigos desta análise de escopo ponderam que as mulheres devem ser orientadas na elaboração do plano, a fim de evitar demandas que não possam ser cumpridas pela equipe ou pela instituição, bem como evitar que criem expectativas de um parto perfeito (MEDEIROS, 2019; MIRGHAFOURVAND ET AL, 2019; MEI, 2016; DEBAETS, 2016; SMOLENIEC, 1992). Expectativas em excesso, quando surgem de um desconhecimento da

natureza imprevisível do parto e das condições disponíveis nos serviços de saúde, podem levar a um menor grau de satisfação das mulheres com o parto. Planos de parto mais realistas e objetivos foram associados à melhor experiência e satisfação (MEDEIROS, 2019).

Alguns estudos alegam a necessidade de mais pesquisas sobre o assunto para poder correlacionar o uso do plano de parto com a melhoria da experiência das mulheres (MIRGHAFOURVAND ET AL, 2019; SORIANO-VIDAL, 2018; LUNDGREN, 2003). Os argumentos para isso são que os resultados de seus estudos não demonstraram relação direta entre o uso do plano de parto com a melhora significativa da percepção sobre o parto. Isso porque fatores como o excesso de expectativas, desconsideração das condições clínicas da gestante ao elaborar o plano de parto, utilização de modelos padronizados de plano de parto que não se adequam à realidade e políticas da instituição, dificuldades de comunicação e de aceitação entre a equipe de saúde e pouca instrução sobre a construção do plano de parto durante o pré-natal, são alguns obstáculos para o seu uso (MIRGHAFOURVAND ET AL, 2019; SORIANO-VIDAL, 2018; LUNDGREN, 2003).

A elaboração dos planos de parto precisa ser oportuna, realista e flexível. A educação pré-natal precisa auxiliar as mulheres no processo de escolha pelo profissional e ambiente de parto mais adequado às suas crenças e necessidades, orientando-as sobre as diferentes práticas e filosofias de cuidado que podem ser adotadas nos diferentes cenários de parto (MEDEIROS, 2019). Estudo na Catalunha retratou também a importância de se discutir sobre o plano de parto paulatinamente ao longo do pré-natal, enquanto as gestantes recebem informações sobre a maternidade e as opções que terá. O estudo traz que não é ideal elaborar o plano muito cedo, antes das 12 semanas de gestação, e nem muito tarde, após completar 37 semanas, dada a intensidade emocional de ambos períodos e a sobrecarga de informações que ocorre tanto no início quanto próximo ao término da gestação (LÓPEZ-GIMENO, 2018).

Com relação à comunicação com a equipe de saúde, alguns autores ressaltaram que os planos de parto com um número excessivo de solicitações ou com pedidos como “ser avisada antes da realização de procedimentos” ou “ser tratada com respeito” acarretavam em animosidade dos profissionais para com o plano (MEDEIROS, 2019). Os mesmos consideravam que as mulheres

que incluíam esses itens em seus planos de parto não acreditavam em sua capacidade enquanto profissionais das mais diversas categorias, e esses planos tendiam a ser menos respeitados e cumpridos do que outros. Para alguns autores, a construção de um vínculo de confiança e de comunicação aberto e respeitoso entre o provedor de saúde e a paciente seria mais eficaz para se conseguir um parto humanizado do que um plano de parto escrito (DEBAETS, 2016; WHITFORD, 2014).

Simkin (2007) acredita que a prática de educar apenas as usuárias (gestantes e parturientes) sobre o uso do plano de parto não é bem sucedida; a educação continuada das equipes médica e de enfermagem sobre o respeito às preferências da paciente é um componente fundamental para o cuidado que pode mudar a eficiência dos planos de parto. Os planos de parto não tem um formato específico a ser seguido, eles podem ser apresentados sob a forma de um formulário, composto por alternativas e itens estruturados, onde a gestante pode assinalar suas opções; podem também ser apresentados em forma de texto, maneira essa que permite explicar de forma mais detalhada as suas preferências (MEDEIROS, 2019).

Alguns autores estudaram a aplicação de modelos prontos de plano de parto (BIESCAS, 2017; WHITFORD, 2014; KUO, 2010), assim, foi percebido que estes precisam ser inclusivos com relação à diversidade cultural, física e linguística entre as mulheres, para não criar barreiras no acesso ao seu empoderamento. Dessa forma, pode-se afirmar que o plano de parto precisa ser o mais individualizado possível, e mesmo quando seguem modelos padrão, não podem ser meras descrições das rotinas já praticadas na maternidade, caso contrário, o plano perde seu propósito de existência (BIESCAS, 2017).

Vale ressaltar também que, dentre os 27 artigos encontrados nessa revisão de escopo, nove são oriundos dos Estados Unidos e três da Inglaterra. Considerando que o primeiro modelo de plano de parto foi elaborado nos Estados Unidos por Sheila Kitzinger, em 1980, com a intenção de proporcionar maior autonomia às mulheres e reduzir intervenções desnecessárias, não é de surpreender que a maioria das pesquisas sobre o assunto ainda sejam originadas lá (SANTOS, 2019). Os países anglo-saxônicos ecoaram esse novo documento e começaram a usá-lo para exigir um parto o menos intervencionista possível (SUÁREZ-CORTÉS, 2015).

A principal preocupação dos artigos oriundos de países desenvolvidos foi a humanização, qualidade da experiência e satisfação das mulheres e famílias com o parto. No entanto, os três artigos provenientes de países africanos abordaram a temática do plano de parto enquanto estratégia de preparação para o parto, com vistas à redução da morbimortalidade materno-infantil (KALISA, 2016; MULOLO, 2006; MAGOMA, 2013). Essa forma de planejar o cuidado recebe o nome de *birth preparedness and complication readiness*, estratégia preconizada pela OMS para aumentar o acesso das parturientes a profissionais qualificados em obstetrícia nos países em desenvolvimento, com vistas à redução da morbimortalidade materna e fetal nessas regiões, que muitas vezes enfrentam barreiras culturais para o acesso ao cuidado profissional (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015). Trata-se de um uso do plano de parto singular e diferenciado do que é visto nos países desenvolvidos.

Na África Subsaariana, o risco de vida é de 1 a cada 37 mulheres durante a gravidez ou o parto. Em comparação, esse risco para uma mulher na Europa é de 1 em 6.500. A África ao sul do Saara e a Ásia Meridional são responsáveis por cerca de 80% das mortes maternas e infantis globais. O nível de mortes maternas é quase 50 vezes maior para as mulheres e seus bebês têm uma probabilidade 10 vezes maior de morrer no primeiro mês de vida na África subsaariana, em comparação com aqueles dos países de alta renda. Os principais motivos são que mais de metade dos partos acontecem fora dos hospitais, e os centros de saúde têm falta de recursos humanos e materiais. Já no Brasil, atualmente o índice de mortalidade materna se encontra é 60 a cada 100 mil. A meta da UNICEF é reduzir a taxa de mortalidade materna global para menos de 70 por 100 mil nascidos vivos até 2030. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2019)

O uso do plano de parto foi estudado como um auxílio para diminuir o número de partos que acontecem sem assistência qualificada. Os autores perceberam em suas pesquisas que o plano de parto foi útil para auxiliar as famílias a se planejarem para o momento do parto, contemplando suas necessidades como transporte até um serviço de saúde materno-infantil para o parto, reserva de recursos financeiros para o período em que a mulher não irá trabalhar, auxílio com os cuidados com os demais filhos, dentre outros itens. Nota-se que são questões que não são abordadas nos planos de parto

analisados nos países em desenvolvimento, mas como se trata de um instrumento flexível e adaptável, pode ser bem utilizado em diferentes contextos.

Outro uso menos conhecido do plano de parto ocorre em situações nas quais o feto apresenta doença ou condição ameaçadora à sua sobrevivência fora do útero materno. Os dois artigos encontrados sobre esse tópico citam condições como malformações congênitas graves, síndromes cromossômicas como a Síndrome de Edwards, anomalias cardíacas e outras, diagnosticadas durante o pré-natal, como exemplos de situações em que o plano de parto pode ser utilizado dentro da estratégia de cuidados paliativos com o recém-nascido (CORTEZZO, 2019; ENGLISH, 2013). Os autores relatam a necessidade de incluir na discussão com os pais desde decisões sobre o manejo da gravidez até o momento do parto, o que fazer em caso de parto prematuro, tipo de parto compatível e cuidados imediatos com o recém-nascido, incluindo medidas como ressuscitação cardiopulmonar e intubação do bebê (CORTEZZO, 2019; ENGLISH, 2013).

É colocada a importância, nestes casos, da família ser atendida por uma equipe multiprofissional, composta de enfermeiros, médicos neonatologistas, obstetras, especialistas em cuidados paliativos e outros, com o intuito de fornecer o máximo de suporte aos pais. Essa equipe, além de auxiliar na construção de um plano de parto humanizado, conhece os detalhes específicos da condição do bebê. Segundo English (2013), o objetivo nas circunstâncias em que há ameaça à vida é orientar os pais sobre as opções disponíveis e dar espaço para que façam suas escolhas; a escolha entre transferir o bebê para uma unidade de cuidados intensivos pediátrica ou trazê-lo para casa, com o suporte de uma equipe especializada em cuidados paliativos em domicílio é um exemplo desse tipo de situação. Nesses casos, a meta do plano de parto é proporcionar conforto, promover a criação de um vínculo entre a família e o bebê e respeitar a dignidade da vida breve do recém-nascido.

6 CONCLUSÃO

A presente revisão de escopo elucidou que o plano de parto vem sendo utilizado em diversos países do mundo de diferentes maneiras, porém sempre com vistas a ampliar a colaboração com a gestante, parturiente e família. Foi verificado que os países desenvolvidos são maioria no estudo desta ferramenta, obtendo resultados favoráveis ao seu uso, embora utilizando abordagens distintas e com diferentes conclusões sobre a sua eficácia e métodos de realização.

Ao ser orientada sobre seus direitos e reconhecer as diversas modalidades de recursos e condutas que podem estar disponíveis para auxiliá-la no processo de parturição, a mulher é encorajada a tomar decisões sobre o cuidado que deseja que ela e o bebê recebam durante o parto e pós-parto. O empoderamento e a autonomia de escolha que o plano de parto promove são valiosos não só no momento do parto em si, mas posteriormente como testemunho da valorização dessa mulher perante a sociedade.

Os enfermeiros que atuam na área da obstetrícia estão passando a reconhecer o plano de parto como uma oportunidade de advogar pela gestante e sua família, promovendo educação sobre saúde e direitos. Para estes, o plano de parto representa a oportunidade de repensar suas escolhas e atitudes e promover o empoderamento da mulher e a coparticipação do cuidado.

O plano de parto é uma ferramenta flexível e adaptável. Não há um único modelo que sirva para todas as mulheres, maternidades ou culturas. Ele necessita ser adequado e escrito conforme as características de cada país, modelo de assistência ou necessidade a ser suprida, não apenas como garantia de direitos, mas também de informação, vínculo e respeito, inclusive em condições negativas diante da possibilidade da morte fetal ou como incentivo à procura por assistência profissional ao parto em países africanos. Quando é elaborado em conjunto com a equipe multiprofissional durante o pré-natal, o plano de parto tende a estar mais adaptado a cada realidade, prevenindo assim desentendimentos e frustração de expectativas por parte da gestante e promovendo uma comunicação saudável entre os profissionais e a família.

O uso do plano de parto é um incentivo a toda a equipe profissional para o cumprimento do “acordo” realizado com a gestante e sua família, modificando

a cultura das práticas no processo de parturição nas instituições de saúde e tornando-a mais respeitosa para com a parturiente. Desta maneira, vai-se tornando uma prática comum a todos os envolvidos na prestação do cuidado o respeito aos direitos e escolhas da mulher.

REFERÊNCIAS

AFSHAR, Y. et al. Childbirth education class and birth plans are associated with a vaginal delivery. **Birth**, v. 44, n. 1, p. 29-34, 2017. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/birt.12263>>. Acesso em: 24 fev. 2020.

AFSHAR, Y. et al. Birth plans—Impact on mode of delivery, obstetrical interventions, and birth experience satisfaction: A prospective cohort study. **Birth**, v. 45, n. 1, p. 43-49, 2018. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/birt.12320>>. Acesso em: 24 fev. 2020.

ALBUQUERQUE, N. L. A. et al. Representações sociais de Enfermeiras da Atenção Básica sobre o parto normal. **Revista Ciência Plural**, v. 5, n. 1, p. 34-51, 2019. Disponível em: <<https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/17944/11742>>. Acesso em: 01 out. 2019.

ARKSEY, H.; O'MALLEY, L. Scoping studies: towards a methodological framework. **International journal of social research methodology**, v. 8, n. 1, p. 19-32, 2005. Disponível em: <<https://www.york.ac.uk/inst/spru/pubs/pdf/Scopingstudies.pdf>>. Acesso em: 24 fev. 2020.

BAILEY, J. M.; CRANE, P.; NUGENT, C. E. Childbirth education and birth plans. **Obstetrics and gynecology clinics of North America**, v. 35, n. 3, p. 497-509, 2008. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0889854508000478>>. Acesso em: 24 fev. 2020.

BIESCAS, H. et al. A critical review of the birth plan use in Catalonia. **Sexual & Reproductive Healthcare**, v. 13, p. 41-50, 2017. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1877575616301586>>. Acesso em: 24 fev. 2020.

BRASIL. DEPARTAMENTO DE GESTÃO E INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS EM SAÚDE. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 51 p: il. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf. Acesso em: 14 nov. 2020.

BRASIL. Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco. **Cadernos de Atenção Básica, nº 32**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_pre_natal.pdf>. Acesso em: 01 out. 2019.

BRASIL. Decreto nº 94.406/87. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências.

Diário Oficial da União, 1987. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1980-1989/D94406.htm>. Acesso em: 01 abr. 2020.

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. Disponível em:
<<https://formative.jmir.org/2019/1/e11374/>>. Acesso em: 24 fev. 2020.
COFEN, Conselho Federal de Enfermagem. Resolução 358. **Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília**, v. 15, 2009. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html. Acesso em: 01 abr. 2020.

CORTEZZO, D. E.; BOWERS, K.; CAMERON MEYER, M. Birth Planning in Uncertain or Life-Limiting Fetal Diagnoses: Perspectives of Physicians and Parents. **Journal of palliative medicine**, v. 22, n. 11, p. 1337-1345, 2019. Disponível em: <<https://www.liebertpub.com/doi/full/10.1089/jpm.2018.0596>>. Acesso em: 24 fev. 2020.

DA SILVA LIMA, V. K. et al. Health education for pregnant women: the search for maternal empowerment over the puerperal-pregnancy cycle / Educação em saúde para gestantes: a busca pelo empoderamento materno no ciclo gravídico-puerperal. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, [S.l.], v. 11, n. 4, p. 968-975, July 2019. ISSN 2175-5361. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/6822>>. Acesso em: 17 set. 2019.

DAVIS-FLOYD, R. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**. International Conference on Humanization of Childbirth, pp. 5-23, 2001. Disponível em: <<https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1016/S0020-7292%2801%2900510-0>>. Acesso em: 14 nov. 2020

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. Disponível em:
<<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0002937816308080>>. Acesso em: 24 fev. 2020.

DIVALL, B. et al. Plans, preferences or going with the flow: An online exploration of women's views and experiences of birth plans. **Midwifery**, v. 54, p. 29-34, 2017. Disponível em:
<<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0266613817301626>>. Acesso em: 24 fev. 2020.

ENGLISH, N. K.; HESSLER, K. L. Prenatal birth planning for families of the imperiled newborn. **Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing**, v. 42, n. 3, p. 390-399, 2013. Disponível em:

<<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0884217515312776>>. Acesso em: 24 fev. 2020.

FAIR, C. D. et al. "After having a waterbirth, I feel like it's the only way people should deliver babies": The decision making process of women who plan a waterbirth. **Midwifery**, v. 82, p. 102622, 2020. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0266613819303134>>. Acesso em: 24 fev. 2020.

HIDALGO-LOPEZOSA, P.; HIDALGO-MAESTRE, M.; RODRIGUEZ-BORREGO, M. A. El cumplimiento del plan de parto y su relación con los resultados maternos y neonatales. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 25, e2953, 2017. Disponível

em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692017000100399&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 out.2019.

JARDIM, M. J. A. et al. Contribuições do Enfermeiro no Pré-Natal para a Conquista do Empoderamento da Gestante. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental**, 2019. 11 (n. esp): 432-440. Disponível em:

<<http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/6370>>. Acesso em 17 set. 2019.

KALISA, R.; MALANDE, O. O. Birth preparedness, complication readiness and male partner involvement for obstetric emergencies in rural Rwanda. **The Pan African Medical Journal**, v. 25, 2016. Disponível em:

<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5325493>>. Acesso em: 24 fev. 2020.

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, n. 7, p. 806-814, 2010. Disponível em:

<<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S002074890900368X>>. Acesso em: 24 fev. 2020.

LANSKY, S. et al. Violência obstétrica: influência da Exposição Sentidos do Nascer na vivência das gestantes. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 2811-2824, 2019. Disponível em: <<https://scielosp.org/article/csc/2019.v24n8/2811-2824/#>>. Acesso em: 12 abr. 2020.

LEAL, M.D.C. et al. Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1915-1928, 2018. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601915&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 nov. 2020.

LEWIS, L. et al. Australian women's perception of their preparation for and actual experience of a recent scheduled caesarean birth. **Midwifery**, v. 30, n. 3, p. e131-e136, 2014. Disponível em:

<<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0266613813003562>>. Acesso em: 24 fev. 2020.

LIBERATI, A. et al. The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: explanation and elaboration. **Annals of internal medicine**, v. 151, n. 4, p. W-65-W-94, 2009. Disponível em: <<https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1000100>>. Acesso em: 24 fev. 2020.

LÓPEZ-GIMENO, E. et al. Actividad educativa sobre el plan de nacimiento en el control prenatal: factores relacionados. **Matronas profesión**, v. 19, n. 4, p. 117-124, 2018. Disponível em: <<https://pdfs.semanticscholar.org/f4e8/88cee8d9309177700721e13dc64e16538dbf.pdf>>. Acesso em: 24 fev. 2020.

LUNDRÉN, I.; BERG, M.; LINDMARK, G. Is the childbirth experience improved by a birth plan?. **The Journal of Midwifery & Women's Health**, v. 48, n. 5, p. 322-328, 2003. Disponível em: <[https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1016/S1526-9523\(03\)00278-2](https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1016/S1526-9523(03)00278-2)>. Acesso em: 24 fev. 2020.

MAGOMA, M. et al. The effectiveness of birth plans in increasing use of skilled care at delivery and postnatal care in rural Tanzania: a cluster randomised trial. **Tropical medicine & international health**, v. 18, n. 4, p. 435-443, 2013. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/tmi.12069>>. Acesso em: 24 fev. 2020.

MAYER, B. L. D. et al. O enfermeiro e o exercício da advocacia do paciente: reflexão teórica. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 23, p. 1-5, 2019. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1334>>. Acesso em: 11 abr. 2020.

MENDES, Y. M. M. B.; RATTNER, D. Estrutura e práticas de hospitais integrantes do Projeto Apice ON: estudo de linha de base. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 54, 23, 2020. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102020000100218&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 07 nov. 2020.

MEDEIROS, R. M. K. et al. Repercussões da utilização do plano de parto no processo de parturição. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 40, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472019000100504&script=sci_arttext&lng=pt>. Acesso em: 24 fev. 2020.

MEI, J. Y. et al. Birth plans: what matters for birth experience satisfaction. **Birth**, v. 43, n. 2, p. 144-150, 2016. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/birt.12226>>. Acesso em: 24 fev. 2020.

MIRGHAFORVAND, M. et al. Effect of birth plans on childbirth experience: A systematic review. **International Journal of Nursing Practice**, v. 25, n. 4, p. e12722, 2019. Disponível em:

<<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/ijn.12722>>. Acesso em: 24 fev. 2020.

MOHER, D.; LIBERATI, A.; TETZLAFF, J. Altman DG; Prisma Group. **Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement Plos Medicine**, v. 6, p. e1000097, 2009. Disponível em: <<https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1000097>>. Acesso em: 01 out. 2019.

MOORE, M.; HOPPER, U. Do birth plans empower women? Evaluation of a hospital birth plan. **Birth**, v. 22, n. 1, p. 29-36, 1995. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1523-536X.1995.tb00551.x>>. Acesso em: 24 fev. 2020.

MULOGO, E. M. et al. Birth plans and health facility based delivery in rural Uganda. **East African medical journal**, v. 83, n. 3, p. 74, 2006. Disponível em: <https://www.researchgate.net/profile/Fred_Bagenda2/publication/7012666_Birth_plans_and_health_facility_Based_delivery_in_rural_Uganda/links/5a4ddfb0458515a6bc6e8ea7/Birth-plans-and-health-facility-Based-delivery-in-rural-Uganda.pdf>. Acesso em: 24 fev. 2020.

PETERS, M. D. J. et al. Chapter 11: Scoping Reviews (2020 version). In: Aromataris E, Munn Z (Editors). **JBI Manual for Evidence Synthesis**, JBI, 2020. Disponível em: <<https://synthesismanual.jbi.global>>. Acesso em: 03 ago. 2020

SANTOS, F. S. de R. et al. Os significados e sentidos do plano de parto para as mulheres que participaram da Exposição Sentidos do Nascer. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 6, e00143718, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2019000705011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 abr. 2020.

SANTOS NETO, E. T. et al. Políticas de saúde materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil. **Saúde e sociedade**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 107-119, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902008000200011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 nov. 2020

SILVA, F. et al. “Parto ideal”: medicalização e construção de uma roteirização da assistência ao parto hospitalar no Brasil em meados do século XX. **Saúde e sociedade**, São Paulo, v. 28, n. 3, p. 171-184, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902019000300171&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 nov. 2020.

SILVA, W. N. S; AZEVEDO, J. A. F; HOLANDA, V. R.; GOMES, A. L. V.; ALBUQUERQUE, G. P. M. Plano de parto como instrumento das boas práticas no parto e nascimento: revisão integrativa. **Revista Baiana de Enfermagem**, e32894-e32894, 2019. Disponível em: <<http://www.revenf.bvs.br/pdf/rbaen/v33/1984-0446-rbaen-33-e32894.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2020

SIMKIN, P. Birth plans: after 25 years, women still want to be heard. **Birth**, v. 34, n. 1, p. 49-51, 2007. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1523-536X.2006.00126.x>>. Acesso em: 24 fev. 2020.

SMOLENIEC, J. S.; JAMES, D. K. Does having a birth plan affect operative delivery rate?. **Journal of Obstetrics and Gynaecology**, v. 12, n. 6, p. 394-397, 1992. Disponível em: <<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/01443619209025940>>. Acesso em: 24 fev. 2020.

SORIANO-VIDAL, F. J. et al. The effect of prenatal education classes on the birth expectations of Spanish women. **Midwifery**, v. 60, p. 41-47, 2018. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0266613817302516>>. Acesso em: 24 fev. 2020.

SUÁREZ-CORTÉS, M. et al. Uso e influencia de los planes de parto y nacimiento en el proceso de parto humanizado. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 23, n. 3, p. 520-526, 2015. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692015005072583&script=sci_arttext&tlng=es>. Acesso em: 24 fev. 2020.

TOMASCHEWSKI-BARLEM, J. G. et al. Advocacia do paciente na enfermagem: barreiras, facilitadores e possíveis implicações. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 26, n. 3, 2017. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072017000300601&script=sci_arttext>. Acesso em: 11 abr. 2020.

TRICCO, Andrea C. et al. PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. **Annals of internal medicine**, v. 169, n. 7, p. 467-473, 2018. Disponível em:

<https://www.acpjournals.org/doi/full/10.7326/M18-0850?journalCode=aim>.

Acesso em: 03 ago. 2020.

WESTERGREN, A. et al. Autonomous and dependent—the dichotomy of birth: a feminist analysis of birth plans in Sweden. **Midwifery**, v. 68, p. 56-64, 2019.

Disponível em:

<<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0266613818303048>>.

Acesso em: 24 fev. 2020.

WHITFORD, H. M. et al. Use of a birth plan within woman-held maternity records: a qualitative study with women and staff in northeast Scotland. **Birth**, v. 41, n. 3, p. 283-289, 2014. Disponível em:

<<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/birt.12109>>. Acesso em: 24 fev. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO recommendations: health promotion interventions for maternal and newborn health**. World Health Organization, 2015. Disponível em:

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/172427/9789241508742_table>

s_eng.pdf;jsessionid=6F9B130D4CBEB63C89EBD73548291568?sequence=2
>. Acesso em: 07 abr. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience**. World Health Organization, 2018.

Disponível em:

<<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf>>. Acesso em: 01 out. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Trends in maternal mortality 2000 to 2017: estimates by WHO**. UNICEF, 2019. Disponível em:

<<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal-mortality-2000-2017/en/>>. Acesso em: 15 abr. 2020.