

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

JENIFER SIONARA GÓES ROSA

PLANO DE PARTO: ESTRATÉGIA DIDÁTICO INSTRUCIONAL PARA
ENFERMEIROS

CURITIBA

2025

JENIFER SIONARA GÓES ROSA

PLANO DE PARTO: ESTRATÉGIA DIDÁTICO INSTRUCIONAL PARA
ENFERMEIROS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação
Prática do Cuidado em Saúde, no Setor de Ciências da
Saúde, na Universidade Federal do Paraná, como
requisito parcial à obtenção do título de Mestre em
Prática do Cuidado em Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Silvana Regina Rossi Kissula
Souza.

CURITIBA

2025

FICHA CATALOGRÁFICA

Rosa, Jenifer Sionara Góes

Plano de parto [recurso eletrônico]: estratégia didático instrucional para enfermeiros / Jenifer Sionara Góes Rosa. – Curitiba, 2025.

1 recurso online : PDF

Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Prática do Cuidado em Saúde. Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, 2025.

Orientador: Profa. Dra. Silvana Regina Rossi Kissula Souza

1. Parto humanizado. 2. Plano de parto. 3. Cuidado pré-natal. 4. Enfermeiros. 5. Materiais de ensino. I. Souza, Silvana Regina Rossi Kissula. II. Universidade Federal do Paraná. III. Título.

CDD 618.4



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO PRÁTICA DO CUIDADO
EM SAÚDE - 40001016073P0

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação PRÁTICA DO CUIDADO EM SAÚDE da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da dissertação de Mestrado de **JENIFER SIONARA GOES ROSA**, intitulada: **PLANO DE PARTO: ESTRATÉGIA DIDÁTICO INSTRUCIONAL PARA ENFERMEIROS**, sob orientação da Profa. Dra. **SILVANA REGINA ROSSI KISSULA SOUZA**, que após terem inquirido a aluna e realizada a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua **APROVAÇÃO** no rito de defesa.

A outorga do título de mestra está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

Curitiba, 15 de Agosto de 2025.

Assinatura Eletrônica

22/08/2025 13:24:10.0

SILVANA REGINA ROSSI KISSULA SOUZA

Presidente da Banca Examinadora

Assinatura Eletrônica

18/08/2025 14:57:16.0

ELEN PETEAN PARMEJANI

Avaliador Externo (10001018)

Assinatura Eletrônica

18/08/2025 14:04:38.0

RAFAELA GESSNER LOURENÇO

Avaliador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Rua Prof. Lothario Meissner, 632 - Curitiba - Paraná - Brasil
CEP 80060-000 - Tel: (41) 3361-3626 - E-mail: enfermagemprofissional@ufpr.br

Documento assinado eletronicamente de acordo com o disposto na legislação federal Decreto 8539 de 08 de outubro de 2015.

Gerado e autenticado pelo SIGA-UFPR, com a seguinte identificação única: 474872

Para autenticar este documento/assinatura, acesse <https://siga.ufpr.br/siga/visitante/autenticacaoassinaturas.jsp> e insira o código 474872

AGRADECIMENTOS

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, por ser minha fonte inesgotável de força, sabedoria e esperança em todos os momentos desta caminhada.

Aos meus pais, Góes e Josi, pelo apoio e incentivo nos estudos e por sempre torcerem pelas minhas conquistas.

Ao meu esposo Adriano, companheiro incansável, cujo amor, paciência e apoio foram fundamentais para que eu chegasse até aqui.

Aos meus filhos Kauã e Benjamin, minha inspiração diária, razão do meu esforço e perseverança. Cada passo que dou é também por vocês e para vocês. Ser exemplo de determinação e perseverança.

À minha orientadora Silvana, pela orientação generosa, pela escuta atenta e por me conduzir com firmeza e sensibilidade ao longo deste processo.

À Secretaria Municipal de Saúde pela autorização, compartilhamento do espaço e acesso aos profissionais de saúde da Atenção Primária à Saúde.

À Direção Geral e de Enfermagem do Hospital e Maternidade Municipal de São José dos Pinhais pelas liberações de horário para minha formação.

Às minhas colegas de profissão, enfermeiras do bloco cirúrgico, pelo apoio emocional, incentivo e valiosa contribuição para o desenvolvimento desta pesquisa. A caminhada se torna mais leve e significativa quando é compartilhada.

E ao Programa de Pós-Graduação Prática do Cuidado em Saúde, por proporcionar não apenas formação acadêmica, mas também amadurecimento pessoal e profissional.

À banca examinadora, pelo olhar atento, pelas considerações construtivas e pelo compromisso com a qualidade acadêmica, que enriqueceram significativamente este trabalho.

Com gratidão,

Jenifer

RESUMO

Este trabalho apresenta, como Produção Técnica Tecnológica, um material didático do tipo *e-book*, com a finalidade de orientar enfermeiros que realizam o pré-natal na Atenção Primária à Saúde. Objetivo: elaborar um material didático instrucional e interativo no modelo de *e-book* para orientar os enfermeiros da Atenção Primária à Saúde no desenvolvimento do plano de parto junto à gestante e acompanhante durante o pré-natal. A pesquisa está vinculada ao Programa de Pós Graduação Prática do Cuidado em Saúde da Universidade Federal do Paraná. Metodologia: pesquisa metodológica em três etapas: 1) Desenvolvimento do material: foi realizada uma revisão narrativa da literatura acerca do tema plano de parto e estratégia de busca em portais e bases de dados indexadas através de Descritores em Ciências da Saúde/*Medical Subject Headings*, baseou-se em conteúdos atuais e informações sobre os tipos de parto, fases do trabalho de parto, parto, nascimento e suas possibilidades; 2) Validação de conteúdo e de aparência: validação do conteúdo foi realizada por cinco enfermeiros obstetras do Hospital e Maternidade São José dos Pinhais, Paraná, e do grupo de pesquisa do Núcleo de Estudos, Pesquisa e Extensão em Cuidado Humano de Enfermagem da Universidade Federal do Paraná, e a validação da aparência por um profissional designer com experiência em tecnologia educacional em saúde; 3) Teste Piloto: foi realizado por cinco enfermeiros da Atenção Primária à Saúde de São José dos Pinhais. O recrutamento dos participantes foi através de convite por *WhatsApp*® e envio do *link* do questionário de validação a ser preenchido no *Google Forms*® o qual continha previamente um histórico sobre a pesquisa e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e, o produto em formato *Portable Document Format*®. A análise dos dados foi através de escala do tipo *Likert* e o cálculo pelo Índice de Validade de Conteúdo, em uma rodada, validados os itens com concordância de, no mínimo, $IVC \geq 0.50$. Resultados: o IVC foi de 0,97 na validação de conteúdo, 1,00 na validação de aparência e 0,99 no teste piloto, demonstrando uma excelente avaliação, após as avaliações foram realizadas as adequações e a elaboração final do material. O produto foi produzido em formato de *e-book*, em único volume, contendo cinco capítulos e sessenta páginas. Cada capítulo possui embasamento em evidências e referências importantes sobre o assunto, com interatividade através do compartilhamento de *links* de aprofundamento, vídeos, documentários, publicações científicas, legislação nacional sobre atenção ao parto e nascimento. Conclusão: o produto revelou ser um instrumento facilitador para os enfermeiros da Atenção Primária à Saúde no desenvolvimento do plano de parto junto à gestante durante o pré-natal, podendo disseminar as boas práticas de atenção ao parto e nascimento e contribuir para a “Meta 3.1” dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, que visa reduzir até 2030 a razão de mortalidade materna. O material didático foi desenvolvido por demanda espontânea, possui potencial impacto para a área de saúde e para as gestantes. Embora seja de abrangência local, de baixo teor inovativo e de média complexidade, é passível de replicação para outros serviços de saúde no país.

Palavras-chave: plano de parto; parto humanizado; cuidado pré-natal; enfermeiros e materiais de ensino.

ABSTRACT

This work presents, as a Technological Technical Production, an e-book type teaching material, with the purpose of guiding nurses who perform prenatal care in Primary Health Care. Objective: to develop instructional and interactive teaching material in e-book format to guide Primary Health Care nurses in developing birth plans with pregnant women and their companions during prenatal care. The research is linked to the Graduate Program in Health Care Practice at the Federal University of Paraná. Methodology: methodological research in three stages: 1) Development of the material: a narrative review of the literature on the topic of birth plans and a search strategy on portals and databases indexed through Health Sciences Descriptors/Medical Subject Headings was conducted, based on current content and information on types of delivery, stages of labor, delivery, birth, and their possibilities; 2) Validation of content and appearance: content validation was performed by five obstetric nurses from the São José dos Pinhais Hospital and Maternity Ward, Paraná, and the research group from the Center for Studies, Research, and Extension in Human Care Nursing at the Federal University of Paraná, and appearance validation by a professional designer with experience in educational technology in health; 3) Pilot test: this was carried out by five nurses from the Primary Health Care service in São José dos Pinhais. Participants were recruited via WhatsApp® invitations and sent a link to the validation questionnaire to be completed in Google Forms®, which contained background information on the research and the Free and Informed Consent Form, as well as the product in Portable Document Format®. Data analysis was performed using a Likert scale and calculation by the Content Validity Index, in one round, validating items with a minimum agreement of $CVI > 0.50$. Results: the CVI was 0.97 in content validation, 1.00 in appearance validation, and 0.99 in the pilot test, demonstrating an excellent evaluation. After the evaluations, adjustments were made and the material was finalized. The product was produced in e-book format, in a single volume, containing five chapters and sixty pages. Each chapter is based on evidence and important references on the subject, with interactivity through the sharing of links for further reading, videos, documentaries, scientific publications, and national legislation on childbirth and birth care. Conclusion: the product proved to be a facilitating tool for Primary Health Care nurses in developing birth plans with pregnant women during prenatal care, disseminating good practices in childbirth and birth care and contributing to “Goal 3.1” of the Sustainable Development Goals, which aims to reduce the maternal mortality ratio by 2030. The teaching material was developed in response to spontaneous demand and has the potential to impact the health sector and pregnant women. Although it is local in scope, low in innovation, and of medium complexity, it can be replicated for other health services in the country.

Keywords: birth plan; humanized birth; prenatal care; nurses and teaching materials.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - APRESENTAÇÃO DO QUESTIONÁRIO PARA VALIDAÇÃO.....	33
FIGURA 2- ORIENTAÇÃO SOBRE PREENCHIMENTO DAS RESPOSTAS DO QUESTIONÁRIO.....	35
FIGURA 3 - DEMONSTRAÇÃO DE INSERÇÃO DE <i>LINK</i> NO <i>E-BOOK</i>	40
FIGURA 4 - ILUSTRAÇÃO SOBRE AS FASES DO TRABALHO DE PARTO.....	42
FIGURA 5 - DEMONSTRAÇÃO DO PROJETO GRÁFICO E DIAGRAMAÇÃO.....	44
FIGURA 6 - PALETA DE CORES E FONTES ESCOLHIDAS PARA O PROJETO GRÁFICO E DIAGRAMAÇÃO.....	45
FIGURA 7 - DEMONSTRAÇÃO DA INTERFACE DE NAVEGAÇÃO POR ÍCONES.....	46
FIGURA 8 – CAPA DO <i>E-BOOK</i>	46
FIGURA 9- VISUALIZAÇÃO DA CAPA DE CAPÍTULO DO <i>E-BOOK</i>	47
FIGURA 10 - FOLDER DO MODELO DE PLANO DE PARTO - FRENTE.....	48
FIGURA 11 - FOLDER DO MODELO DE PLANO DE PARTO - VERSO.....	49
FIGURA 12- DEMONSTRAÇÃO DE GRÁFICO GERADO PELO <i>GOOGLE FORMS</i> COM RESPOSTAS DOS QUESTIONÁRIOS.....	49

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - INSTRUMENTO DE VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO EDUCATIVO EM SAÚDE (IVCES).....	34
QUADRO 2 - O INSTRUMENTO DE VALIDAÇÃO DE APARÊNCIA DE TECNOLOGIA EDUCACIONAL EM SAÚDE (IVATES).....	36
QUADRO 3 - TÓPICOS PARA DISCUSSÃO SOBRE O PP.....	41
QUADRO 4 - POSSIBILIDADES DE ESCOLHA DURANTE O TRABALHO DE PARTO.....	43
QUADRO 5 - ÍNDICE DE VALIDADE DE CONTEÚDO (IVC) PARA OS ITENS AVALIADOS PELAS 5 JUÍZES - ENFERMEIRAS OBSTETRAS.....	49
QUADRO 6 - ÍNDICE DE VALIDADE DE CONTEÚDO (IVC) PARA OS ITENS AVALIADOS PELOS 5 JUÍZES - ENFERMEIROS APS.....	51

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
BH	Belo Horizonte
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CBL	Câmara Brasileira de Livros
CEP/SD	Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos
CGSM/DAPES	Coordenação-Geral da Saúde da Mulher
CINAHL	<i>Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature</i>
CONITEC	Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias
DeCS/MeSH	Descritores em Ciências da Saúde/ <i>Medical Subject Headings</i>
DNAPN	Diretrizes Nacionais de Atenção ao Parto Normal
EMBASE	<i>Excerpta Medica dataBASE</i>
EPS	Educação Permanente em Saúde
HMSJP	Hospital e Maternidade São José dos Pinhais
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ISBN	<i>International Standard Book Number</i>
IVC	Índice de Validade de Conteúdo
IVCES	Instrumento de Validação de Conteúdo Educativo em Saúde
MS	Ministério da Saúde
NEPECHE	Núcleo de Estudos, Pesquisa e Extensão em Cuidado Humano de Enfermagem
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Panamericana da Saúde
PDF	<i>Portable Document Format</i>
PHPN	Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento
PNE	Portador de Necessidades Especiais
PP	Plano de Parto
PTT	Produção Técnica e Tecnológica

PubMed	<i>PubMed Central</i>
RAG	Relatório Anual de Gestão
RC	Rede Cegonha
ReHuNa	Rede pela Humanização do Parto e Nascimento
SJP	São José dos Pinhais
SMS	Secretaria Municipal da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDC	Tomada de Decisão Compartilhada
TEPT	Transtorno de Estresse Pós-Traumático
TJPR	Tribunal de Justiça do Estado do Paraná
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais UFPR

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
1.1 JUSTIFICATIVA.....	18
2 OBJETIVOS.....	20
2.1 OBJETIVO GERAL.....	20
2.1.1 Objetivos específicos.....	20
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	21
3.1 DIRETRIZES E RECOMENDAÇÕES DE ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO.....	24
3.2 PLANO DE PARTO COMO INSTRUMENTO PARA REDUÇÃO DE CESÁREA.....	28
4 MATERIAL E MÉTODO.....	31
4.1 TIPO DE PESQUISA.....	31
4.2 ESTAPAS DA PESQUISA.....	31
4.2.1 Desenvolvimento do material.....	31
4.2.2 Validação de conteúdo e de aparência.....	32
4.2.3 Teste piloto.....	36
4.3 CENÁRIO DA PESQUISA.....	36
4.4 PARTICIPANTES.....	37
4.4.1 Critérios de inclusão e exclusão.....	37
4.5 COLETA DOS DADOS.....	38
4.6 ANÁLISE DOS DADOS.....	38
4.7 ASPECTOS ÉTICOS.....	38
5 RESULTADOS.....	39
5.1 DESENVOLVIMENTO DO MATERIAL.....	39
5.1.1 Planejamento da estrutura do <i>e-book</i>	39
5.1.2 Projeto gráfico e diagramação.....	44
5.2 VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO E DE APARÊNCIA.....	49
5.3 TESTE PILOTO.....	50
6 DISCUSSÃO.....	52
6.1 LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	53
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	54
REFERÊNCIAS.....	55
APÊNDICE.....	60

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, 98% dos partos ocorrem em instituições hospitalares, sendo que aproximadamente 59% desses são realizados por meio de cesariana (SINASC, 2023). Tal panorama é reflexo de um processo histórico que se intensificou a partir da segunda metade do século XX, quando o nascimento deixou de ocorrer no contexto familiar e acolhedor, tradicionalmente acompanhado por parteiras, para o ambiente hospitalar. Essa mudança resultou na crescente medicalização do nascimento, com predominância de intervenções cirúrgicas ou instrumentalizadas, o que reduziu substancialmente a autonomia da gestante e o protagonismo feminino no momento do parto, especialmente no que se refere à escolha por via mais fisiológica de nascimento (Medeiros *et al.*, 2019; Rodrigues *et al.*, 2023).

Dentro das Diretrizes Nacionais de Atenção ao Parto Normal (DNAPN) do Ministério da Saúde (MS) ter uma comunicação eficaz com a gestante, acolhendo-a com linguagem pertinente ao nível de entendimento, demonstrando segurança e confiança pode estimular o protagonismo e autonomia dela no processo de parturição, bem como promover a inclusão social das gestantes Portadoras de Necessidades Especiais (PNE), transgêneros e casais homoafetivos, a fim de atender o público sem distinção ou exclusão (MS, 2017).

Essas Diretrizes têm o intuito de qualificar o modo de nascer no Brasil, sendo assim, torna-se imprescindível a capacitação dos profissionais da saúde que prestam assistência à gestante, de modo que possam gerar mudança de pensamento sobre o parto e seus estigmas, influenciando na decisão da via de parto para o mais natural possível, considerando os riscos e benefícios, de forma claramente informada e compartilhada entre a gestante e a equipe de saúde que a atende (MS, 2017).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), o parto normal é definido como aquele em que a mulher apresenta um risco obstétrico habitual, com um período gestacional entre 37 e 42 semanas, com apresentação fetal cefálica fletida e que resulta em boas condições tanto para a mãe quanto para o recém-nascido (Unicef, 2021). Em contraste, o parto por via cirúrgica abdominal, conhecido como cesariana, deveria ser indicado com base em critérios médicos obstétricos. No entanto, a escolha materna pela via cirúrgica tem se tornado cada vez mais frequente, resultando em um aumento nas taxas de morbimortalidade materna devido às complicações associadas a esse procedimento (Unicef, 2021).

A cesariana, embora seja um recurso cirúrgico essencial em situações clinicamente justificadas, pode representar riscos significativos quando realizada sem indicação médica adequada. Entre as possíveis consequências está o aumento de partos prematuros, da

morbimortalidade materna e neonatal, além de maiores incidências de doenças imunológicas, metabólicas e alergias alimentares. Também se observam impactos negativos na amamentação e um acréscimo nos custos para o Sistema Único de Saúde (SUS) devido à sua elevada prevalência (Lucena, F.S., 2024).

O cenário brasileiro revela um dado preocupante: um dos principais fatores que contribuem para as elevadas taxas de cesarianas no país é a preferência materna por esse tipo de parto, muitas vezes sem respaldo em critérios clínicos que justifiquem a sua realização (Fioretti-Foschi *et al.*, 2024).

É necessário identificar quais são os fatores que fortalecem a escolha da gestante pela cesárea ou se é necessário rever o modelo assistencial de atenção ao parto e nascimento vigente no Brasil que “impõe” resolução rápida por preferência do médico. No Brasil, em 2022, o número de nascidos vivos foi de 2.561.922, 140.637 nascidos no Paraná e destes 49.521 nasceram de parto vaginal e 91.067 de parto cesariano, sendo 27.989 nulíparas independentemente da idade gestacional (SINASC, 2023).

Esse panorama demonstra que estão ocorrendo mais partos cesarianos do que o fisiologicamente esperado, por via vaginal. Muito tem se discutido sobre o parto e as intervenções nele aplicadas, especialmente no que se refere ao parto vaginal, onde intervenções desnecessárias ou inadequadamente avaliadas são, por vezes, aplicadas para acelerar, controlar ou reverter o processo fisiológico do parto (OMS, 1996).

Segundo a Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (ReHuNa), o Brasil “é o segundo do mundo com as maiores taxas de cesárea e intervenções excessivas em mulheres e bebês” (Unicef, 2021, p.6) podendo analisar que foram privados dos benefícios do trabalho de parto e tiveram aumentados os riscos de prematuridade, morte materna e óbito neonatal, bem como os efeitos de curto e longo prazo para a mãe e bebê (Unicef, 2021).

Esses dados suscitam uma reflexão sobre as razões pelas quais essa via de parto está se tornando a preferida pelas gestantes. Uma possibilidade é que as informações fornecidas pelos enfermeiros durante o pré-natal podem não ser suficientes ou claras o bastante sobre como se dá o processo de trabalho de parto, sobre as opções de estímulos por métodos não farmacológicos e farmacológicos para alívio da dor. Alternativamente, pode haver uma necessidade de uma ferramenta instrucional que ajude os enfermeiros atuantes na Atenção Primária à Saúde (APS) a melhorar a qualidade das informações fornecidas.

Atualmente, as evidências científicas recomendam a adoção de tecnologias e procedimentos para tornar o parto mais seguro como expressões de saúde, evitando o tratamento do parto como doença que expõe as mulheres e recém-nascidos a altas taxas de

intervenções. Por exemplo, muitas mulheres que poderiam ter partos normais e naturais acabam sendo submetidas a cesarianas desnecessárias ou a induções de parto sem necessidade médica, o que pode aumentar os riscos de complicações para a mãe e o bebê (MS, 2017). Intervenções que deveriam ser usadas de maneira reservada e clinicamente bem indicadas estão sendo aplicadas de forma rotineira e desnecessária, negligenciando aspectos importantes para a mulher e seus acompanhantes, sem considerar o direito de escolha, seus desejos, bem como os aspectos emocionais, humanos e culturais envolvidos.

Em 2020, o Estado do Paraná publicou a Lei nº 20127/2020 que regulamentou os direitos da gestante e da parturiente para prevenção da violência obstétrica e reforçou a necessidade de a APS promover o desenvolvimento do Plano de Parto (PP) durante o pré-natal, em conjunto com a gestante e sua família, respeitando seus desejos e preferências, e o direito gestante optar pela realização de cesariana nas situações eletivas, desde que contextualizados os riscos e benefícios (Paraná, 2022).

Observou-se que, em 2019, antes da vigência da Lei Estadual nº 20.127/2020, 61,1% dos partos realizados pelo SUS no Paraná foram vaginais e 37,9% cesarianas. Já em 2023, após a implementação da Lei, os partos vaginais caíram para 51,5%, enquanto as cesarianas subiram para 48,5%, sendo 23,2% eletivas por desejo materno. Esses dados indicam que a lei contribuiu para o aumento desordenado de cesáreas, alinhando-se a uma tendência global preocupante (Petzhold *et al.*, 2024).

O objetivo desta Lei seria de melhorar a assistência ao nascimento e promover a humanização por meio da participação ativa da gestante durante o processo de parturição. Entretanto, após a publicação desta Lei percebeu-se um número aumentado de cesáreas eletivas desnecessárias, trazendo à tona um número significativo de complicações pós-parto para a mãe e para o bebê. Ou seja, criou-se um problema de saúde pública e mais um desafio para os profissionais da saúde: como reduzir o número de cesáreas eletivas por desejo materno e assim reduzir os agravos decorrentes desta intervenção? Quais estratégias poderiam auxiliar para modificar o modelo assistencial tecnocrático vigente.

Porém, após dois anos de muitas discussões sobre a Lei que tornou a cesárea mais comum do que o parto vaginal, no dia 17 de junho de 2024, o Tribunal de Justiça do Estado do Paraná (TJPR) declarou a inconstitucionalidade desta Lei, e maculou a Lei Estadual nº 21.926/24 por considerar que o dispositivo legislativo que permite a cesárea a pedido da gestante, mesmo sem indicação médica, contraria as diretrizes do Ministério da Saúde e de entidades médicas, que apontam que cesáreas desnecessárias aumentam os riscos de

complicações para mães e bebês em comparação ao parto vaginal (Ministério Público/PR, 2024).

A Linha de Cuidado Materno Infantil do Estado do Paraná (2020) consiste em oferecer um atendimento integral e qualificado durante o pré-natal, além de sensibilizar as equipes de saúde quanto à importância da adoção de boas práticas na assistência ao parto e ao nascimento, com o objetivo de promover um cuidado humanizado e de qualidade. Nesse sentido, a assistência ao pré-natal abrange desde o acompanhamento do desenvolvimento do bebê e saúde da gestante, mas também serve como um momento muito rico para educar e promover saúde, proporcionar o bem estar em todas as suas dimensões, considerando os contextos: social, espiritual e moral (SESA, 2020).

Uma forma de promover as boas práticas obstétricas e de melhorar desfechos maternos e infantis pós-parto é a aplicação do PP pelo enfermeiro na consulta de pré-natal. Nesse sentido, uma ferramenta digital que proporcione conhecimentos das boas práticas obstétricas para enfermeiros da APS pode contribuir para o incentivo da elaboração do PP junto à gestante.

O PP surgiu no final da década de 1970 como estratégia para promover a comunicação entre gestantes e profissionais de saúde, incentivando decisões informadas. Desde 1996, é recomendado pela OMS como uma boa prática para humanização do parto. Trata-se de um documento escrito e legal, onde a gestante cita suas preferências durante a parturição, pode ser registrado como uma redação ou como um *check list* como já existe na carteirinha de gestante do Estado do Paraná (Medeiros *et al.*, 2019).

Uma das medidas é aplicar e difundir o PP, permitindo a orientação, autonomia e o protagonismo da mulher, sendo explicado e discutido durante o período de pré-natal a partir do segundo trimestre, individualmente ou coletivamente, durante consulta ou em atividades de grupo de gestantes. Essa discussão iniciada de forma precoce permite que a gestante e acompanhante absorvam as informações e tomem como conhecimento, buscando mais informações e de fato quando esclarecidos as possibilidades estes registram no PP (Rodrigues *et al.*, 2023).

A gestação e o parto provocam intensas transformações psicológicas e sociais na mulher, exigindo reestruturação de papéis e vínculos. Experiências negativas de parto, especialmente quando associadas à perda de controle, podem desencadear sofrimento psíquico, depressão pós-parto ou Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT). O planejamento do parto, independente da via de nascimento desejada, pode reduzir tais impactos, ao favorecer o senso de autonomia e segurança. Assim, o modo como o parto é

vivenciado tem implicações diretas no bem-estar e na saúde mental materna (Handelzalts *et al.*, 2017).

Analogamente a uma viagem minuciosamente planejada e intensamente aguardada, o dia do parto é singular e marcante para a gestante e família. Este evento, por ser único não permite ensaios prévios, aumentando a ansiedade e a expectativa em torno dele. A gestante é a protagonista neste processo de gestar e parir, a gestação é dela e nela, o parto é através dela e, dar importância às suas preferências é uma maneira de humanizar o modelo de assistência obstétrica e tornar o processo mais seguro e respeitoso.

A enfermagem em suas pesquisas científicas tem demonstrado preocupação com a qualidade e preparação para um cuidado inovador. A aproximação da prática assistencial com as dimensões do ser humano, sociais, culturais e ambientais, tem permitido uma aproximação maior nesta interação e tem promovido saúde com base nas necessidades pessoais (Trentini *et al.*, 2021).

Nas DNAPN, no capítulo 6.2, existe uma ressalva que todas as equipes devem saber se a paciente tem ou não PP, devem ler e discutir com a mesma e ver o que tem disponível na Instituição para que seja atendido as vontades da paciente dentro das possibilidades existentes (MS, 2017).

É comum a gestante chegar à maternidade e lá ela se deparar com uma equipe que nunca viu, com um ambiente frio, com pouca interação com a equipe assistencial e se sente mais uma paciente para parir. Quando essa interação não acontece, é perceptível a dissociação do ser humano da assistência, e a falta dessa interação e/ou falha de comunicação pode resultar em um trabalho de parto dificultoso, suscetível às intervenções e instrumentações e, até mesmo em violência obstétrica (Trajano; Barreto, 2021).

Neste contexto, uso desnecessário de intervenções e uso inapropriado de tecnologias não permite os benefícios do trabalho de parto e questiona-se o conceito de humanização. Humanização é um conjunto de ações que envolvem práticas com vistas ao protagonismo da gestante, legitimando sua autonomia, dirimindo as intervenções inapropriadas e assim prevenindo a morbimortalidade materna e infantil (Santos *et al.*, 2019).

A humanização da atenção à gestante, iniciada já na APS, é uma necessidade urgente tanto no sistema público quanto no suplementar. Reconhecer a gestante como um sujeito único, merecedor de respeito ético e moral, implicam oferecer-lhe protagonismo e dignidade no processo de nascimento. Estratégias como o fornecimento de informações claras sobre cada fase do trabalho de parto, o estímulo à participação ativa de mulheres, parceiros e profissionais, bem como a utilização de planos de parto, mostram-se eficazes para viabilizar a

Tomada de Decisão Compartilhada (TDC). Essa abordagem fortalece o empoderamento feminino e assegura à gestante um papel central nas decisões que envolvem sua experiência de parturição (Shareef *et al.*, 2024).

1.1 JUSTIFICATIVA

A pesquisadora é enfermeira e atua como coordenadora do bloco cirúrgico de um Hospital Municipal localizado em São José dos Pinhais (SJP), na região metropolitana de Curitiba/PR. Esse bloco é composto pelo centro cirúrgico, central de materiais e esterilização, além do centro obstétrico. A instituição realiza atendimentos 100% pelo SUS, sendo referência em gestação de alto risco tanto para o município de SJP quanto para Tijucas do Sul, ambos situados no Estado do Paraná.

O município publica anualmente o Relatório Anual de Gestão (RAG), instrumento oficial do SUS que apresenta os resultados alcançados em relação à Programação Anual de Saúde. No RAG, destaca-se a Diretriz 2: "Fortalecimento e qualificação do Programa Nascer em São José dos Pinhais", cujo objetivo é estabelecer a linha de cuidado à saúde da mulher e à atenção materno-infantil. Para o ano de 2024, uma das metas estabelecidas foi garantir que, no mínimo, 20% das gestantes apresentassem o PP. No entanto, na prática, apenas 93 (3,5%) parturientes chegaram à Maternidade Municipal com o PP em mãos no momento da admissão (PMSJP, 2025).

Observou-se ainda que, mesmo entre aquelas que apresentavam o PP, persistiam dúvidas sobre seu conteúdo e a forma de aplicação durante o trabalho de parto. Esse cenário evidencia a necessidade de fortalecer a orientação sobre o PP ainda na APS. Isso se torna especialmente relevante considerando que os modelos de PP atualmente utilizados, como os impressos nas carteirinhas da gestante, são genéricos e, muitas vezes, não condizem com a estrutura e os recursos disponíveis nos serviços onde o parto efetivamente ocorrerá.

Para o desenvolvimento do PP é relevante ter uma orientação profissional que exemplifique o trabalho de parto e suas possibilidades, para que a gestante possa expressar seus desejos em relação à assistência ou sobre o tratamento pessoal. Na esfera da atenção pré-natal é importante que o enfermeiro estimule a gestante e seu acompanhante a visitar a maternidade antes do parto e assim planejar PP de modo mais assertivo possível. Na visita a gestante conhece a maternidade, o centro de parto e/ou obstétrico, a estrutura existente para que ela possa se planejar adequadamente para o dia do parto, permitindo também que a

gestante seja conhecida e já se sinta familiarizada com a equipe que vai atendê-la na maternidade (Rodrigues *et al.*, 2023).

Ter o PP esclarecido e elaborado pode estimular as gestantes a expressarem seus desejos e a participar do processo de parturição de forma ativa, garantindo um cuidado humanizado. Além de promover o parto via vaginal que é mais próximo do fisiológico para a gestante e recém-nascido, podendo ser bem conduzido, respeitando o tempo da gestante e bebê, proporcionando uma experiência diferenciada e positiva para a mulher (Rodrigues *et al.*, 2023).

Atualmente, a capacitação profissional em saúde exige abordagens mais práticas e assertivas, mas ainda enfrenta entraves como o acesso limitado a programas formativos e a resistência a mudanças. Na APS, a implementação da Educação Permanente em Saúde (EPS) é particularmente desafiadora, impactada pela sobrecarga de serviços, escassez de recursos e pela necessidade de adaptação às realidades locais. Nesse cenário, torna-se essencial adotar metodologias inovadoras e acessíveis, como ferramentas didáticas digitais baseadas em evidências científicas. O uso de tecnologias digitais na educação virtual tem se consolidado como uma alternativa eficaz para difundir boas práticas baseadas em evidências, aprimorar a formação técnica e a atuação clínica dos profissionais de saúde (Luna, R. C. C.; Viana, M. R. P., 2025).

A criação de um *e-book* interativo sobre PP para enfermeiros tem como objetivo fornecer informações e orientações detalhadas sobre o preparo para o parto, o próprio parto e o nascimento, explorando suas diversas possibilidades. Esse recurso busca aprimorar a qualidade das informações oferecidas durante as consultas pré-natais, beneficiando gestantes e seus acompanhantes para satisfação e melhores desfechos obstétricos.

Fica o desafio de construir um material didático que auxilie o enfermeiro a orientar as gestantes sobre parto e nascimento, tendo em vista que em sua maioria estes profissionais não têm a especialidade da área obstétrica. Assim, este material será uma ferramenta que pode melhor prepará-los possa orientar e informar a gestante/acompanhante sobre as prioridades e possibilidades acerca dos procedimentos durante o processo de parto e nascimento, estimulando a autonomia da gestante e potencializando prática assistencial humanizada.

Diante do exposto, a pergunta de pesquisa que fomenta este estudo é: **Como elaborar um material didático instrucional e interativo para orientar enfermeiros da APS na construção do PP junto à gestante/acompanhante durante o pré-natal?**

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Elaborar um material didático instrucional e interativo no modelo de *e-book* para orientar os enfermeiros da APS no desenvolvimento do PP parto junto à gestante e acompanhante durante o pré-natal.

2.1.1 Objetivos específicos

- Identificar modelos de PP utilizados no Brasil e exterior;
- Verificar as melhores estratégias para o desenvolvimento do PP durante o pré-natal;
- Validar o material didático com juízes.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Desde os primórdios da humanidade a assistência ao parto era feita por outras mulheres, parteiras, comadres e curandeiras, essa atividade desenvolvida por mulheres não era vista como uma prática valorizada. Estas mulheres, desprovidas de formação acadêmica formal, desempenhavam um papel crucial no auxílio ao parto, transmitindo conhecimentos de mulher para mulher. O parto era predominantemente um evento domiciliar, raramente ocorrendo fora desse ambiente, e muitas vezes associado a mulheres marginalizadas socialmente (Leal *et al.*, 2021).

À medida que o tempo avançava, a necessidade de formalização e educação das práticas que envolviam a assistência à saúde transformou esse cenário. No Brasil, na segunda metade do século XIX, houve uma articulação significativa da medicina, culminando na uniformização do ensino médico, concentrado principalmente na Academia Médico Cirúrgica da Bahia ou do Rio de Janeiro. Nessas instituições, os títulos de doutor em Medicina, farmacêutico e parteira diplomada começaram a ser concedidos (Brenes, 1991). Isso marcou uma mudança significativa, onde parteiras com formação acadêmica tornaram-se gradualmente mais comuns na assistência ao parto, expandindo seus serviços além dos domicílios para também atender em suas próprias residências e, posteriormente, em estabelecimentos conhecidos como "casas de maternidade" (Mott, 2002).

Com a chegada das casas de maternidade, ocorreram mudanças na percepção em relação à atenção obstétrica, saindo dos limites do domicílio e, mesmo com resistência por parte da população, essa abordagem tornou-se cada vez mais popular e foi vista como um símbolo de progresso civilizacional (Mott, 2002). A via de parto comum era a via vaginal naturalmente, como um processo fisiológico decorrente de uma atividade sexual, intrínseca à reprodução humana. Entretanto, a falta de estrutura e preparo assistencial agravavam as complicações que ocorriam no trabalho de parto, sendo assim mãe e bebê ficavam à sujeitos a sequelas graves e/ou crônicas e até mesmo a morte (Mott, 2002).

Com a evolução da medicina e sua prática, o que hoje é chamado de medicina baseada em evidências, as oportunidades de intervir em partos complexos, permitiu reduzir o risco de complicações em decorrência de um parto dificultoso, com apoio a manobras e instrumentos que auxiliam a extração do bebê, surgindo o parto instrumentalizado. Nesse contexto, o paradigma da atenção ao parto e à autonomia feminina nas escolhas começou a evoluir, especialmente nos partos hospitalares, que se tornaram mais comuns e tecnologicamente assistidos. Com o advento de novas técnicas, como o uso de fórceps e cesarianas, houve uma

mudança gradual no discurso em torno do parto, o que acabou por relegar o parto natural em casa a um plano secundário (Rodrigues *et al.*, 2023).

O conceito de parto normal e natural ainda hoje gera confusão e têm sido empregados de modo equivocado. De acordo com a OMS (2022), o parto normal é aquele dentro de 37 e 42 semanas de gestação, sem agravantes gestacionais e/ou maternos, em que o bebê tem a apresentação fetal cefálica e que após o nascimento mãe e bebê ficam em boas condições.

Segundo ReHuNa (2021) o parto normal ocorre por via vaginal, em um processo fisiológico da forma mais natural possível. O parto natural é aquele que acontece sem nenhuma intervenção externa, também chamado de parto humanizado. Sendo assim, o parto normal é usualmente utilizado como oposição ao parto instrumentalizado, com uso de vácuo extrator ou fórceps, ou ao parto cirúrgico também chamado de cesárea. O conceito de parto humanizado é decorrente da avaliação de como o parto evoluiu sob a ótica da parturiente, ocupando o protagonismo durante o processo de parturição e oferece uma assistência baseada em evidências científicas (Unicef, 2021).

Defensores da humanização do nascimento, humanistas do nascimento, descrevem que a humanização vai além dos fatores biológicos que envolvem a fisiologia do parto, é um fenômeno integrativo que engloba os diversos aspectos sociais, psicológicos e emocionais, dentre outros, no resgate do afeto como ferramenta de trabalho e na valorização da conexão com a gestante/acompanhante como essencial para a obtenção de resultados adequados para mãe e bebê (Unicef, 2021).

Uma das transformações significativas no processo de parturição que acabou transformando o parto natural em um evento hospitalar, como explica Skowronski (2015) foi o fator determinante da “dor”, onipresente durante o trabalho de parto foi determinante para a valorização do modelo medicalizado e tecnológico, sem dor, e o direito da mulher em escolher um parto sem dor, utilizando fármacos e logo esse modelo permitiu uma valorização da dor e um regresso ao parto natural.

Nesse percurso da medicalização do parto e a introdução de outras intervenções houve elevações das complicações derivadas do parto, culminando em altas taxas de mortalidade materna e neonatal. A razão de mortalidade materna e infantil é considerada problemas de saúde pública e uma violação dos direitos das mulheres, para reduzir esses valores e promover humanização ao parto, Diretrizes da OMS, Organização das Nações Unidas (ONU) e Organização Panamericana da Saúde (OPAS) foram desenvolvidas descrevendo estratégias assistenciais.

No Brasil, não existe uma política específica sobre PP, mas muito se avançou nas últimas décadas em políticas voltadas para o parto, nascimento, saúde materna e infantil, desde que as ações para a humanização de atenção ao parto surgiram em meio às recomendações da OMS em 1985, onde a taxa considerada ideal de cesariana não deveria ultrapassar os 15%. Contudo, cerca de 20% de todos os nascimentos são realizados por meio dessa (OMS, 2015; Beltrán *et al.*, 2016). Além disso, a mesma pesquisa aponta aumento crescente que, entre 1990 e 2014 passa de 6,7% para 19,1%, com um aumento médio anual de 4,4% (Beltrán *et al.*, 2016).

Esse foi um marco importante onde ocorreram discussões acerca do modelo biomédico, por uma assistência excessiva nos termos de intervenções e que havia necessidade de alteração desse modelo de modo que permitisse a maior participação da gestante e que sua autonomia fosse respeitada. Desde este marco outros estudos passaram a ser realizados e recomendações foram adotadas de forma sistemática, incorporando práticas baseadas em evidências (Unicef, 2021).

Embora a cesariana seja crucial em casos de complicações obstétricas que impedem um parto normal, sua realização sem justificativa clínica não contribui para a redução da mortalidade materna. Pelo contrário, aumenta os riscos para a mãe e o bebê, além de representar um ônus adicional para os sistemas de saúde, devido aos seus altos custos (Beltrán *et al.*, 2016).

Diante do aumento das taxas e riscos associados, surgem preocupações em relação à saúde materna e ao cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), os quais representam um conjunto de objetivos ou metas globais dentre eles, a “Meta 3.1”, que visa reduzir a taxa de mortalidade materna para no máximo 30 mortes por 100 mil nascidos vivos até 2030. Desta feita, torna-se necessário imperativo abordar a questão das cesarianas, diretamente ligadas ao aumento do risco de mortalidade materna, surgindo então a necessidade de programar estratégias eficazes para mitigar esse impacto negativo na saúde das mães (Unicef, 2021).

De acordo com as OPAS (2019), os compromissos estabelecidos nos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) e nos ODS têm sido fundamentais para orientar as diretrizes, coordenando intervenções destinadas a enfrentar os desafios relacionados à enfermagem e atender de forma estratégica às necessidades de saúde da população. Essa abordagem já demonstrou resultados significativos, incluindo a redução da taxa de mortalidade materna e o fortalecimento das equipes de atenção primária.

Diante desse cenário desafiador, a conscientização sobre as diferentes vias de parto se torna imprescindível. Uma abordagem educativa durante o pré-natal sobre as vias de parto e os riscos associados à cesárea eletiva sem indicação médica emerge como uma necessidade imperativa. Uma das estratégias valiosas que os profissionais de enfermagem podem empregar no processo de ensino-aprendizagem com as gestantes é a criação do PP. Este instrumento é projetado para capacitar as gestantes a desempenhar um papel mais ativo e autônomo durante o trabalho de parto, parto e nascimento. Estudos demonstraram que a implementação do PP tem impactos positivos significativos no parto, contribuindo para melhorar a segurança e a satisfação da experiência (Suárez-Cortés *et al.*, 2015).

Para que a abordagem educacional seja eficaz, é necessário que o enfermeiro tenha um profundo entendimento das questões obstétricas e do processo de trabalho de parto. Isso permite estabelecer uma relação de respeito e confiança com a gestante, facilitando a discussão sobre seus desejos pessoais e expectativas em relação ao parto. A utilização do PP desempenha um papel fundamental no ensino das boas práticas de assistência obstétrica. Além de ajudar a elaborar e discutir o PP com a gestante, ele também aborda fatores que influenciam suas decisões, como a escolha do método de parto (Narchi *et al.*, 2019).

Nesse contexto, PP emerge como uma ferramenta vital para um cuidado respeitoso e um parto humanizado. Ancorado no princípio do protagonismo da gestante, o PP enfatiza a importância da comunicação e vínculos criados durante o trabalho de parto. PP (Rodrigues *et al.*, 2023).

3.1. DIRETRIZES E RECOMENDAÇÕES DE ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO

No alvorecer do século XX, a obstetrícia deu seus primeiros passos em direção à humanização do parto, adotando a narcose e o fórceps como instrumentos para mitigar o sofrimento diante das dificuldades do nascimento. Inúmeras mulheres, especialmente aquelas pertencentes à alta sociedade, viram-se submetidas à inconsciência provocada pela narcose, obscurecendo a vivência da gestação, enquanto as taxas de mortalidade materna e perinatal atingiram níveis alarmantes. Essa prática, que inicialmente visava amenizar a dor, revelou-se contraproducente e deplorável, resultando em uma reavaliação crucial. Na segunda metade do século, um novo paradigma de parto emergiu caracterizado pela assistência hospitalar às mulheres, muitas vezes isoladas de seus entes queridos e frequentemente restritos em sua mobilidade. Tal modelo persiste até hoje no sistema de saúde brasileiro, embora tenha enfrentado críticas e resistências ao longo do tempo (Diniz, 2005).

A partir da década de 1950, uma série de movimentos sociais na Europa e nos Estados Unidos, como o "movimento do parto sem dor" e o "movimento hippie", enfatizaram uma abordagem mais libertária e naturalista do parto. Contudo, foi com o surgimento dos centros feministas de saúde e dos coletivos de saúde das mulheres que se propôs uma assistência baseada em direitos, questionando o modelo tecnocrático que priorizava a intervenção tecnológica em detrimento das relações humanas (Diniz, 2005).

Em 1985, uma conferência realizada pelas OPAS e os escritórios regionais da OMS na Europa e nas Américas lançou luz sobre a questão da tecnologia apropriada no parto. Essa conferência marcou um momento importante na defesa dos direitos das mulheres e da saúde pública, culminando na Carta de Fortaleza, que preconizava a participação ativa da mulher no processo de parto, a liberdade de escolha de posições durante o trabalho de parto, a presença de acompanhantes e o abandono de práticas intervencionistas desnecessárias (Diniz, 2005).

Com essa mudança de perspectiva, o parto passou a ser visto como uma experiência singular, muitas vezes desprovida da necessidade de intervenções médicas. No Brasil, esse movimento ganhou força na década de 1970, inspirada por práticas ancestrais de parteiras e povos indígenas, assim como por grupos que promoviam terapias alternativas, como o Instituto Aurora no Rio de Janeiro (Diniz, 2005).

Em 1993, nasceu a ReHuNa, uma organização da sociedade civil que desempenhou um papel crucial na promoção da humanização do parto e nascimento. A ReHuNa emergiu como uma voz firme, denunciando práticas de violência e constrangimento durante o processo de dar à luz, práticas essas que ainda hoje inibem a ativação natural dos mecanismos fisiológicos do parto (Diniz, 2005).

Atualmente, a ReHuNa dispõe de um documento fundamental que busca mobilizar nacionalmente profissionais, gestores, líderes e formadores de opinião na implementação de estratégias que visam reduzir o número de cesarianas desnecessárias e promover a valorização do parto e nascimento humanizado no Brasil (Unicef, 2021).

De acordo com o documento da ReHuNa de 2021, intitulado "Assistência ao Parto e Nascimento: uma Agenda para o Século 21", outro marco significativo foi o relatório "*Changing Childbirth*", publicado em 1993 pelo Departamento de Saúde do Reino Unido. Esse relatório apresentou recomendações fundamentais para um modelo humanizado de atendimento ao parto e nascimento, baseado em três princípios essenciais: o primeiro preconiza a autonomia da mulher durante o parto, garantindo-lhe controle sobre o processo e estabelecendo um diálogo entre profissionais de saúde e gestante, permitindo que ela participe das decisões sobre seu cuidado. O segundo princípio destaca a importância da qualidade na

assistência, atendendo às necessidades expressas pela gestante. Já o terceiro princípio enfatiza a participação ativa da gestante, com uma escuta atenta, visando aprimorar e reorientar a prestação de cuidados de forma eficaz, utilizando os recursos disponíveis de maneira eficiente (Unicef, 2021).

No ano 2000, o SUS inaugurou o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) por meio da portaria nº 569/GM/MS, com o intuito de intensificar os esforços para diminuir a morbimortalidade materna e perinatal. Além de buscar aprimorar a qualidade e o acesso aos serviços de saúde, o programa visava desenvolver ações de promoção, prevenção e assistência destinadas às gestantes e recém-nascidos, garantindo os direitos de ambos (Brasil, 2000).

O programa estabeleceu princípios e diretrizes fundamentais, incluindo o direito à primeira consulta até o quarto mês de gestação e a realização de no mínimo seis consultas durante o pré-natal. Também previa a realização de exames e vacinação, a classificação de risco obstétrico, a garantia de internação por meio da vinculação à Central de Regulação Obstétrica e Neonatal, bem como a presença obrigatória de um pediatra na sala de parto e a permissão irrestrita para a presença do pai durante todo o processo, sem restrição de horário. Para viabilizar tais medidas, o MS destinou recursos financeiros para a reestruturação dos serviços em todos os níveis da gestão, abrangendo desde protocolos de regulação até o fortalecimento da capacidade técnica em obstetrícia e neonatologia (Brasil, 2000).

Com a promulgação da Lei 11.108 em 2005, que garantiu o direito da gestante a um acompanhante de sua escolha durante todo o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, incluindo o pai, a inclusão da família tornou-se mais incentivada, marcando um avanço significativo na humanização do parto no Brasil (Brasil, 2005). Posteriormente, a Lei nº 11.634 reforçou esse direito, assegurando a gestante o conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência pelo SUS (Brasil, 2007).

Em 2006, o MS emitiu a Portaria Nº 399, anunciando o Pacto pela Saúde 2006 uma consolidação do SUS e aprova as Diretrizes nacionais desse pacto. Estas Diretrizes, detalhadas nas Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde 2006, atribuem aos municípios e estados às mesmas prerrogativas e responsabilidades concedidas aos que estão habilitados na Gestão Plena do Sistema (Brasil, 2006).

O pacto compreende três componentes: Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. No componente Pacto pela Vida, destaca-se a meta de redução da mortalidade materna e infantil. Os objetivos incluem a redução da mortalidade neonatal, estabelecendo metas específicas, como a criação de comitês de vigilância do óbito em pelo menos 80% dos

municípios com mais de 80.000 habitantes. Além disso, busca-se diminuir a razão de mortalidade materna e garantir o fornecimento de insumos e medicamentos para o tratamento das síndromes hipertensivas no parto. Outra medida importante é a qualificação dos pontos de distribuição de sangue, visando atender às necessidades das maternidades e outros locais de parto (Brasil, 2006).

Ao longo dos anos, uma das mais significativas contribuições foi estabelecida através da Portaria nº 1.459, datada de 2011. Essa medida deu origem à Rede Cegonha (RC), uma iniciativa dentro do SUS destinada a garantir cuidados abrangentes para mulheres durante a gestação, parto e pós-parto, bem como para as crianças, visando um nascimento seguro e um desenvolvimento saudável. A RC, enraizada nos valores de respeito, proteção dos direitos humanos e reconhecimento da diversidade cultural e étnico-racial, promove a igualdade e defende os direitos sexuais, reprodutivos e a perspectiva de gênero (Brasil, 2011).

Essa iniciativa não apenas remodelou os serviços de assistência pré-natal, enfatizando o acolhimento e reformulando os sistemas de gestão, mas também introduziu estratégias de comunicação social e programas educacionais baseados em evidências científicas. Assim, a RC não só transformou a maneira como a saúde materna e infantil é abordada, mas também fortaleceu os pilares da saúde pública, garantindo um cuidado mais completo e eficaz para as gestantes e seus bebês (Brasil, 2011).

Com o avanço das tecnologias de assistência ao parto, proporcionou-se um cuidado mais seguro, resultando em uma contribuição significativa para a redução das taxas de mortalidade materna e perinatal. No entanto, esse progresso também trouxe consigo uma exposição aumentada a intervenções médicas, como o uso de fármacos para indução do parto, episiotomia, emprego de fórceps e aumento das taxas de cesariana, conforme observado em dados do MS (MS, 2017).

Dentro do contexto familiar, cultural, psicológico e emocional, uma corrente de humanização e defesa dos direitos da mulher começou a questionar o excesso de intervenções médicas durante o parto. Essa reflexão aborda tanto os aspectos positivos quanto os negativos destas intervenções, bem como os benefícios e os riscos associados às práticas utilizadas. Como respostas às opiniões públicas e às demandas dos usuários dos serviços de saúde surgiram novas evidências científicas que provocaram mudanças na prática obstétrica, especialmente nos países mais desenvolvidos, como apontados pelo MS (MS, 2017).

A preocupação em melhor atender e qualificar o atendimento hospitalar prestado à gestante e bebê durante o parto e nascimento permitiu que fossem elaboradas pelo MS as

DNAPN, com intuito de reduzir as intervenções instrumentalizadas e promover um cuidado mais seguro e humanizado (MS, 2017).

Essas Diretrizes surgiram do esforço de uma equipe multidisciplinar, grupo elaborador das Diretrizes, incluindo profissionais médicos e enfermeiras obstetras convidados pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) e pela Coordenação-Geral da Saúde da Mulher (CGSM/DAPES/SAS/MS) e de um grupo consultivo, no qual incluía sociedades, associações, conselhos, agências reguladoras e pesquisadores em geral (MS, 2017).

Em 2015, o consenso foi divulgado na 42ª Reunião da CONITEC e foi disposta em consulta pública. Foram feitas inclusões e alterações que alterassem a metodologia, e que não fossem contra as evidências encontradas e em 14 de fevereiro de 2017 foi publicada a primeira versão da Portaria 53/2017 sobre as DNAPN (MS, 2017).

Uma nova publicação pelo ReHuNa, publicada recentemente em 2021, trouxe novos conceitos aplicados à assistência pré-natal incorporando avanços políticos voltados para redução da Razão da Mortalidade Materna (RMM) e no alcance dos ODM para a redução da taxa de mortalidade infantil e no contexto dos ODS, para a redução da mortalidade materna por causas evitáveis. O Brasil é o segundo país no mundo com as maiores taxas de cesáreas e intervenções excessivas, que além dos custos adicionais ao SUS e saúde suplementar é um dos fatores que dificulta a RMM no país (Unicef, 2021).

3.2 PLANO DE PARTO COMO INSTRUMENTO PARA REDUÇÃO DE CESÁREA

Para diminuir as taxas de cesáreas, torna-se claro que é necessário melhorar a qualidade da assistência prestada em todas as etapas, desde o início da gestação até os cuidados no pós-parto. Isso implica em investimentos por parte de todos os níveis de gestão na área da saúde. A inclusão de indicadores de qualidade, como a presença de acompanhantes durante o parto, a frequência às consultas pré-natais, a avaliação do risco obstétrico e a identificação de fatores complicadores durante a gravidez, são apenas alguns exemplos que podem ajudar a caracterizar a qualidade da assistência oferecida. Essas medidas permitiriam a adaptação de estratégias específicas para reduzir esses indicadores e melhorar a assistência obstétrica de forma geral (Unicef, 2021).

O Movimento Belo Horizonte (BH) pelo Parto Normal, iniciado em 2007, promoveu uma mudança cultural em relação à assistência ao parto e nascimento, envolvendo gestores, profissionais de saúde, estudantes, professores e a população em geral. Por meio de

campanhas de mídia, seminários, cursos de formação e material informativo, como o PP, o Movimento buscou aumentar a conscientização sobre a importância do parto normal (Unicef, 2021).

Um exemplo de sensibilização e envolvimento da população sobre o nascimento foi à exposição realizada pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) intitulada “Sentidos do Nascer em 2015”, esses esforços contribuíram para uma mudança de opinião sobre o parto e trouxe uma significativa melhoria na saúde da população, onde a taxa de cesariana em BH reduziu de 52,0% em 2011 para 47,9% em 2015, enquanto nas maternidades do SUS em BH manteve-se em torno de 29,0%. Houve também uma redução na mortalidade infantil, com uma queda de 70% entre 1993 e 2015, e a taxa de mortalidade materna atingiu a meta estabelecida pelos ODM (Unicef, 2021).

Em 2013, no Canadá, uma pesquisa foi conduzida para avaliar o uso do PP como uma ferramenta para detalhar as preferências e expectativas das gestantes e seus acompanhantes em relação ao trabalho de parto e ao nascimento. Os resultados revelaram que tanto as gestantes quanto os acompanhantes consideraram o PP um instrumento valioso para comunicação e educação. Os elementos mais destacados incluíram o manejo da dor, medidas de conforto (como a mobilidade durante o trabalho de parto), preferências para o período pós-parto (como a amamentação), atmosfera desejada (incluindo privacidade) e crenças culturais sobre o parto (Aragon *et al.*, 2013).

O PP é uma ferramenta que reflete as preferências e expectativas das gestantes com técnicas de humanização durante o processo de parto e é concebido com a participação da gestante e acompanhante com base em cuidados obstétricos durante o parto (Mohebbi-Dehanvi, Z; Hajhashemi, M; Kohan, S., 2023). Considerando o parto como uma oportunidade de protagonismo e empoderamento para as mulheres, o desenvolvimento de um PP com base em suas preferências pode fortalecer o papel das mulheres no processo de nascimento de seus filhos. O desenvolvimento do PP pode ser benéfico e inclusivo para todas as gestantes, mas especialmente para aquelas de baixo risco, pode provocar uma mudança na percepção do processo de nascimento, proporcionando uma maior participação no parto e controle das cesáreas eletivas (Mohebbi-Dehanvi, Z; Hajhashemi, M; Kohan, S., 2023).

Em 2021, uma pesquisa de revisão sistemática investigou os fatores individuais que influenciam as preferências das mulheres em relação ao modo de parto. Em situações sem indicações médicas, os principais fatores que levaram à escolha da cesárea foram o medo da dor, a incerteza em relação ao parto vaginal e opiniões positivas ou vantagens percebidas em relação às cesarianas (Colomar *et al.*, 2021).

O nascimento de um filho é um momento que toda mãe deseja lembrar com alegria e triunfo. O desenvolvimento e aplicação do PP, aliados às aulas de preparação, evidenciam a eficácia dessa ferramenta para o parto ao aumentar as chances de um parto vaginal bem-sucedido e proporcionar memórias afetivas. Além disso, contribui para promover o empoderamento e a satisfação das mulheres ao longo do processo de parto e nascimento. (Mohaghegh *et al.*, 2022).

A busca por uma assistência humanizada, individualizada e baseada no respeito ao processo fisiológico feminino tem ganhado destaque, assim como a atuação dos enfermeiros obstétricos, com foco em métodos não invasivos de cuidado, contribuindo e promovendo neste contexto, o empoderamento feminino e desmistificando a ideia do parto como um processo doloroso e patológico. Essas práticas têm como objetivo principal fortalecer a confiança da mulher em seu próprio corpo e facilitar o parto fisiológico (Mouta *et al.*, 2017).

Ao analisar os relatos de gestantes, observou-se que a elaboração do PP durante o pré-natal desempenhou um papel fundamental no empoderamento feminino, permitindo que as mulheres assumissem o controle de suas decisões e desfrutassem de uma experiência de parto mais satisfatória. As gestantes reconheceram que o conhecimento, as atitudes, as habilidades e o autoconhecimento são aspectos de sua responsabilidade na tomada de decisões. O PP foi destacado como uma ferramenta essencial nesse processo, possibilitando que as gestantes expressassem suas preferências e necessidades, alinhadas às boas práticas e às suas próprias escolhas, durante o trabalho de parto e parto (Mouta *et al.*, 2017).

O PP além de promover conhecimento serve como um guia de preparação para o parto vaginal, ensinando maneiras de controlar a dor, concentração no trabalho de parto visualizando cada etapa do processo de parturição, desde o início da dor até a fase do nascimento. No entanto, apesar de sua importância reconhecida pela OMS, o PP ainda não é amplamente difundido e utilizado, o que motiva a análise de como essa ferramenta tem contribuído para o empoderamento feminino durante o trabalho de parto e parto (Mouta *et al.*, 2017).

4 MATERIAL E MÉTODO

4.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa metodológica, de cunho descritivo, realizada no período de novembro de 2024 a julho de 2025, com objetivo de elaborar um material didático instrucional e interativo para enfermeiros da APS sobre PP. O estudo metodológico é descrito como uma forma de organizar e validar instrumentos de pesquisa para análise de fenômenos complexos (Montovani *et al.*, 2018).

A pesquisa está vinculada ao Projeto de pesquisa: Redes, protocolos e processos para o cuidado à mulher no processo de parto e nascimento e, Linha de pesquisa: Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem do Programa de Pós Graduação Prática do Cuidado em Saúde da Universidade Federal do Paraná.

4.2 ESTAPAS DA PESQUISA

Através do estudo metodológico foi desenvolvido o produto e validados os conteúdos e aparência visando colocá-lo em prática; foi desenvolvido em três etapas, sendo: 1. Desenvolvimento do material, 2. Validação de conteúdo e de aparência, 3. Teste piloto (Polit; Beck, 2019).

4.2.1 Desenvolvimento do material

Foi realizada uma revisão narrativa da literatura acerca do tema PP. Esse método possibilita uma abordagem abrangente do tema, embora não contemplem de forma exaustiva todas as fontes disponíveis, uma vez que não se baseia em uma busca e análise sistemática dos dados. Sua relevância reside na capacidade de fornecer uma atualização ágil e geral sobre os estudos relacionados à temática (Cavalcanti; Oliveira, 2020).

Através de Descritores em Ciências da Saúde/*Medical Subject Headings* (DeCS/MeSH) em inglês: *birth, parturition, childbirth, partus, natural childbirth, delivery natural, nursing care, nursing care plan, humanizing delivery, obstetrical nursing*, foi construído a seguinte estratégia de pesquisa em portais e quatro bases de dados indexadas: *Excerpta Medica dataBASE* (EMBASE), *PubMed Central*(PubMed), *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) :

((birth OR "birth" OR "parturition") OR (childbirth OR "child birth" OR "childbirth" OR "partus") OR ("natural childbirth" OR "childbirth, natural" OR "delivery, natural" OR "natural childbirth" OR "natural delivery")) AND (("nursing care" OR "nursing care") OR ("nursing care plan" OR "nursing care plan") OR "humanizing delivery" OR ("obstetrical nursing" OR "obstetric nursing" OR "obstetrical nursing" OR "obstetrics nursing"))).

Essa busca resultou em 1.388 artigos, respectivamente: EMBASE (601 ti, ab, wk); PubMed (617 ti, ab); CINAHL (82 (MH subjectheading)) e BVS (88 ti), os quais foram exportados para o gerenciador de referência *EndNote*. Após foram eliminados os duplicados, aplicaram-se como critérios de inclusão: estudos primários, publicados em português, inglês e espanhol. Como critério de exclusão elencou-se a literatura cinzenta, artigos indisponíveis na íntegra ou gratuitamente e aqueles que não respondiam à pergunta de pesquisa.

4.2.2 Validação de conteúdo e de aparência

Na etapa 2 e 3, para a validação de conteúdo, de aparência e de teste piloto. O recrutamento dos participantes da pesquisa foi realizado através de um convite enviado por *Whatsapp*® contendo informações sobre a validação a ser realizada e o link de acesso ao questionário de validação. Também foi enviado o e-book em *Portable Document Format*® (PDF). O questionário foi desenvolvido no *Google Forms*® contendo um histórico sobre a pesquisa, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para leitura e aceite e as perguntas para a validação.

FIGURA 1 - APRESENTAÇÃO DO QUESTIONÁRIO PARA VALIDAÇÃO.



E-BOOK PLANO DE PARTO: GUIA PARA ENFERMEIROS

Validação por juízes de um e-book para enfermeiros sobre Plano de Parto

Prezado(a) Senhor(a),

Eu, Jenifer Sionara Góes Rosa, mestranda do Programa de Pós Graduação Prática do Cuidado em Saúde - Universidade Federal do Paraná (UFPR), estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada " **PLANO DE PARTO: ESTRATÉGIA DIDÁTICO INSTRUCIONAL PARA ENFERMEIROS** ", sob a orientação da Prof.^a Dra. Silvana Regina Rossi Kissula Souza da UFPR.

Solicito, por meio deste formulário, a colaboração do (a) senhor (a), como especialista na área da enfermagem obstétrica. A participação do (a) senhor (a) envolverá a apreciação do conteúdo do e-book "Plano de Parto: Guia para Enfermeiros".

Caso o (a) senhor (a) aceite participar, o (a) senhor (a) responderá um questionário e analisará o conteúdo do e-book. Saliento que, antes de responder os itens, será apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Coloco-me à disposição para quaisquer esclarecimentos necessários.

Conto com suas valiosas contribuições e antecipo sinceros agradecimentos.

* Indica uma pergunta obrigatória

FONTE: As autoras (2025).

A validação de conteúdo foi realizada por enfermeiras obstetras do Hospital e Maternidade São José dos Pinhais/Pr (HMSJP) e do grupo de pesquisa do Núcleo de Estudos, Pesquisa e Extensão em Cuidado Humano de Enfermagem (NEPECHE/UFPR). Foram convidadas cinco enfermeiras obstetras, sendo a especialização de enfermeira obstetra confirmada através de pesquisa do currículo *Lattes*.

O instrumento de validação de conteúdo e teste piloto foi o mesmo, desenvolvido através de um questionário de múltipla escolha baseado no Instrumento de Validação de Conteúdo Educativo em Saúde (IVCES), este por sua vez tem como “objetivo disponibilizar embasamento científico capaz de validar conteúdo de materiais educativos em saúde. Destina-se aos profissionais de saúde de nível superior que desejam construir e validar conteúdos educativos para qualquer público-alvo” (Leite *et al.*, 2018). Foram criados quatro grupos relacionados ao conteúdo: objetivo, conteúdo, estrutura e organização e relevância e as sugestões de melhoria para facilitar o entendimento.

Os itens descritos no grupo de “objetivo” estavam relacionados ao tema proposto, metas do processo de ensino aprendizagem e finalidade da utilização do material educativo. O grupo “conteúdo” continha pergunta sobre a linguagem, informações claras e objetivas. O grupo “estrutura e apresentação” se referiam à organização geral, estrutura e ilustrações. O grupo “relevância” os itens avaliavam a contribuição do conteúdo educativo e sua capacidade de interesse pelo tema (Leite *et al.*, 2018).

QUADRO 1 - INSTRUMENTO DE VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO EDUCATIVO EM SAÚDE (IVCES).

OBJETIVOS: propósitos, metas ou finalidades
1. Contempla tema proposto
2. Adequado ao processo de ensino-aprendizagem
3. Esclarece dúvidas sobre o tema abordado
4. Proporciona reflexão sobre o tema
5. Incentiva mudança de comportamento
ESTRUTURA/APRESENTAÇÃO: organização, estrutura, estratégia, coerência e suficiência
6. Linguagem adequada ao público-alvo
7. Linguagem apropriada ao material educativo
8. Linguagem interativa, permitindo envolvimento ativo no processo educativo
9. Informações corretas
10. Informações objetivas
11. Informações esclarecedoras
12. Informações necessárias
13. Sequência lógica das ideias
14. Tema atual
15. Tamanho do texto adequado
RELEVÂNCIA: significância, impacto, motivação e interesse
16. Estimula o aprendizado
17. Contribui para o conhecimento na área
18. Desperta interesse pelo tema

FONTE: Leite *et al.* (2018).

FIGURA 2 - ORIENTAÇÃO SOBRE PREENCHIMENTO DAS RESPOSTAS DO QUESTIONÁRIO.

Seção 3 de 7

QUESTIONÁRIO DE VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO

E-BOOK PLANO DE PARTO GUIA PARA ENFERMEIROS

Instruções:

Leia minuciosamente o e-book enviado em PDF e, em seguida, preencha o instrumento de avaliação do conteúdo a seguir, selecionando a opção que melhor representa o seu ponto de vista sobre os aspectos questionados, considerando cada critério abaixo:

Discordo
Concordo em parte
Concordo totalmente

Após a seção 3 Continuar para a próxima seção

Seção 4 de 7

OBJETIVO

Descrição (opcional)

Contempla tema proposto ? *

☐ Discordo

☐ Concordo em parte

☐ Concordo totalmente

FONTE: As autoras (2025).

A validação de aparência foi realizada por um profissional designer com experiência na elaboração de tecnologia educacional em saúde. A validação de aparência refere-se à harmonia visual entre elementos como linhas, formas, cores e movimentos das imagens em relação ao conteúdo apresentado. Esse aspecto estético tem papel fundamental na validação de tecnologias educacionais, pois ilustrações bem elaboradas podem atrair o leitor, aumentar sua atenção, despertar emoções e facilitar a compreensão da mensagem. Diante disso, acredita-se que a adoção de instrumentos específicos para avaliar a aparência possa potencializar a eficácia dessas tecnologias junto ao público-alvo (Souza, Moreira e Borges, 2020).

Foram avaliadas com questões de múltipla escolha os quesitos: ilustrações (quantidade e tamanhos), cores, formas, organização das informações, relevância e harmonização com o texto (Souza, Moreira e Borges, 2020).

QUADRO 2 - O INSTRUMENTO DE VALIDAÇÃO DE APARÊNCIA DE TECNOLOGIA EDUCACIONAL EM SAÚDE (IVATES).

Itens
1. As ilustrações estão adequadas para o público-alvo.
2. As ilustrações são claras e transmitem facilidade de compreensão.
3. As ilustrações são relevantes para compreensão do conteúdo pelo público-alvo.
4. As cores das ilustrações estão adequadas para o tipo de material.
5. As formas das ilustrações estão adequadas para o tipo de material.
6. As ilustrações retratam o cotidiano do público alvo da intervenção.
7. A disposição das figuras está em harmonia com o texto.
8. As figuras utilizadas elucidam o conteúdo do material educativo.
9. As ilustrações ajudam na exposição da temática e estão em uma sequência lógica.
10. As ilustrações estão em quantidade adequadas no material educativo.
11. As ilustrações estão em tamanhos adequados no material educativo.
12. As ilustrações ajudam na mudança de comportamentos e atitudes do público alvo.

FONTE: *adaptado* de Souza, Moreira e Borges (2020).

4.2.3 Teste piloto

A etapa 3 foi reservada ao teste piloto que foi realizado pelo público-alvo, elencou-se cinco enfermeiros da APS sugeridos pela Direção da APS/SJP por estarem em exercício da função realizando assistência pré-natal por no mínimo 6 meses, que concordaram com a participação e assinaram o TCLE. O recrutamento dos participantes foi feito via convite enviado por *WhatsApp*®, contendo informações sobre a validação, o link do questionário no *Google Forms*® e o *e-book* em formato PDF. O questionário incluía um histórico sobre o tema da pesquisa, ao final o avaliador teve um espaço para comentários e sugestões. Após as sugestões das enfermeiras obstetras, designer e dos enfermeiros da APS, foram realizadas as modificações sugeridas, obtendo-se a versão final *doe-book* (Polit; Beck, 2019).

4.3 CENÁRIO DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada dentro do Programa de Pós Graduação Prática do Cuidado em Saúde da UFPR, com a colaboração da Secretaria Municipal da Saúde (SMS) através de profissionais da APS que realizam assistência pré-natal nas Unidades Básicas de Saúde (UBS)

e enfermeiras obstetras do NEPECHE/UFPR e do HSMJP, individualmente por meio eletrônico via *Whatsapp*®.

A cidade de São José dos Pinhais foi fundada em 8 de janeiro de 1853, completou 172 anos em 2025. Está localizada a leste do Paraná, é a mais antiga cidade da Região Metropolitana de Curitiba e a quinta maior em área territorial, destacando-se por abrigar o Aeroporto Internacional Afonso Pena. Faz fronteira com as cidades de Pinhais e Piraquara ao Norte; Tijucas do Sul ao Sul; Morretes e Guaratuba a Leste; Curitiba, Fazenda Rio Grande e Mandirituba. De acordo com o Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), ano de 2022, SJP possui 329.628 habitantes, sendo 32% mulheres em idade fértil, neste mesmo ano o número de nascidos vivos foi de 4.551. A cidade apresenta maioria da população branca, predominância da religião católica e uma economia baseada na agricultura, indústria e no setor automotivo, com presença de grandes montadoras (PMSJP, 2025).

4.4 PARTICIPANTES

Os participantes do estudo foram enfermeiras obstetras do HMSJP e enfermeiras obstetras que compõem o grupo de pesquisa NEPECHE/UFPR, um profissional designer de tecnologia educacional e enfermeiros que atuam com pré-natal na APS em SJP, que aceitaram participar e que assinaram o TCLE.

4.4.1 Critérios de inclusão e exclusão

Como critérios de inclusão de participante da pesquisa foram eleitas às enfermeiras obstetras com titulação de especialização/pós-graduação *lato sensu* em enfermagem obstétrica, profissional designer com experiência na produção de tecnologia educacional em saúde e, enfermeiras que atuem na APS/SJP com no mínimo de 06 meses de atuação profissional em assistência pré-natal.

Como critérios de exclusão foram: estudantes, residentes, participantes do qual o questionário estivesse preenchido parcialmente. Foi dado o direito de recusa aos participantes que não concordaram com o TCLE e/ou questionário.

4.5 COLETA DOS DADOS

A coleta de dados foi realizada no meio eletrônico através dos questionários desenvolvidos pelas pesquisadoras na plataforma do *Google Forms*®, aplicados aos juízes especialistas, profissional designer e enfermeiros das APS. Não foi solicitado identificação por nome dos participantes, apenas um *e-mail* para retorno após o final da pesquisa.

A confidencialidade e anonimato dos participantes foram mantidos através da organização com dados criptografados por tipo de grupo de avaliadores, exemplo: enfermeiras obstetras (letras EO e um número = EO1); enfermeiros da APS/SJP (letras APS e um número = APS1). Não foi necessário garantir a confidencialidade do profissional designer, pois esse serviço foi terceirizado e contratado pelas pesquisadoras. O compartilhamento de dados não foi realizado.

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Para coleta dos dados foi empregada uma escala do tipo *Likert*, com três opções de pontuações para resposta nos questionários: 0. Discordo, 1. Concordo em parte e 2. Concordo totalmente. A coleta de dados foi através do *upload* das respostas por grupo de validadores em uma planilha excel. A análise dos dados foi realizada através do Índice de Validade de Conteúdo (IVC) em uma rodada, onde foram validados os itens que obtiveram uma concordância de, no mínimo, $IVC \geq 0.50$. O índice foi calculado por meio da soma dos itens que foram marcados por "1" ou "2" pelos juízes, dividido pelo número total de perguntas (Alexandre; Colucci, 2011).

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP/SD) do Setor de Ciências da Saúde da UFPR e da Escola de Saúde de SJP, em acordo com a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras para pesquisas envolvendo seres humanos (MS, 2013). Foi avaliado pelo CEP/SD sob o número CAAE:82978224.5.0000.0102e emitiu parecer de aprovação do projeto no dia 06 de novembro de 2024 sob o número 7.208.900; segundo a Lei nº 14.874, de 28 de maio de 2024 que entrou em vigor 28 de agosto de 2024.

5 RESULTADOS

5.1 DESENVOLVIMENTO DO MATERIAL

Os artigos selecionados para leitura estavam na íntegra e tinham relação íntima com o tema proposto. Além dos artigos selecionados para a construção do material didático, foram utilizadas as referências publicadas nas Diretrizes nacionais e internacionais de atenção ao parto e nascimento, manuais de referência de atenção obstétrica, Linha Guia Materno Infantil do Estado do Paraná, ReHuNa e outras fontes bibliográficas pertinentes ao tema.

Os conteúdos e capítulos foram definidos pela pesquisadora principal e orientadora, de forma que fossem atuais e interessantes, que agregassem informações para enfermeiros da APS, sobre: tipos de parto, fases do trabalho de parto, parto, nascimento e suas possibilidades.

5.1.1 Planejamento da estrutura do *e-book*

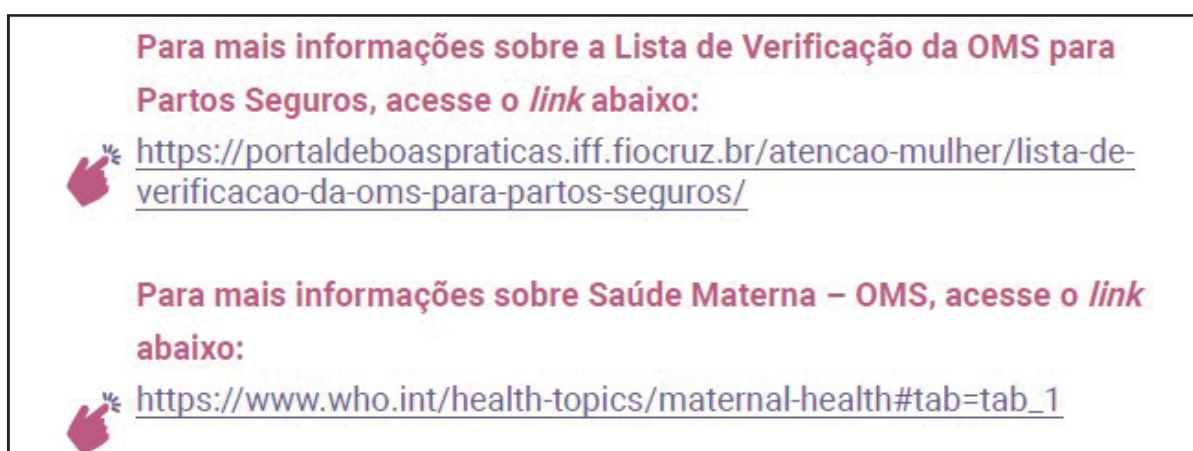
O sumário deste *e-book* foi pensado para apresentar os conteúdos de forma clara, prática e em uma sequência que acompanhe a jornada da mulher durante o parto e o nascimento, especialmente com foco na atuação da enfermagem. A divisão foi feita em cinco capítulos principais, cada um contendo seções e subseções específicas que detalham aspectos teóricos e práticos relevantes:

- *Capítulo 1* – Atenção ao parto e nascimento: Aborda o contexto histórico, estrutural e prático do atendimento ao parto, além de conceitos fundamentais como parto seguro.
- *Capítulo 2* – A consulta de enfermagem voltada para o PP: Trata da atuação do enfermeiro na elaboração e orientação do PP, com foco no pré-natal.
- *Capítulo 3* – Plano de parto e o parto normal: Explora aspectos técnicos e humanizados do parto normal, incluindo práticas de alívio da dor e prevenção da violência obstétrica.
- *Capítulo 4* – Plano de parto e a cirurgia cesariana: Apresenta considerações sobre a via de nascimento por cesariana e destacando que mesmo nessa via de nascimento é possível respeitar escolhas e garantir protagonismo à mulher.
- *Capítulo 5* – Plano de parto e os cuidados no pós-parto: Aborda os cuidados com a puérpera e o recém-nascido, alinhados às escolhas e orientações do PP.

A idéia foi montar um sumário simples de seguir, que acompanhe a lógica do cuidado desde antes do parto até o momento pós-nascimento. Assim, quem lê consegue encontrar facilmente o que procura e entender como cada parte se conecta com a anterior.

Cada capítulo possui embasamento em evidências e referências importantes sobre o assunto, com interatividade através do compartilhamento de *links* de aprofundamento, vídeos, documentários, publicações científicas, legislação nacional sobre atenção ao parto e nascimento.

FIGURA 3 - DEMONSTRAÇÃO DE INSERÇÃO DE *LINK* NO *E-BOOK*.



FONTE: As autoras (2025).

Para facilitar a abordagem do PP durante o pré-natal, foi desenvolvido o quadro “Tópicos para discussão sobre o Plano de Parto”. A idéia foi organizar os assuntos de forma prática e coerente com o avanço da gestação, respeitando o tempo da gestante e tornando as orientações mais efetivas ao longo do acompanhamento. A estrutura do quadro está dividida por trimestre gestacional, com sugestões de temas que podem ser trabalhados de maneira gradual.

QUADRO 3 - TÓPICOS PARA DISCUSSÃO SOBRE O PP.

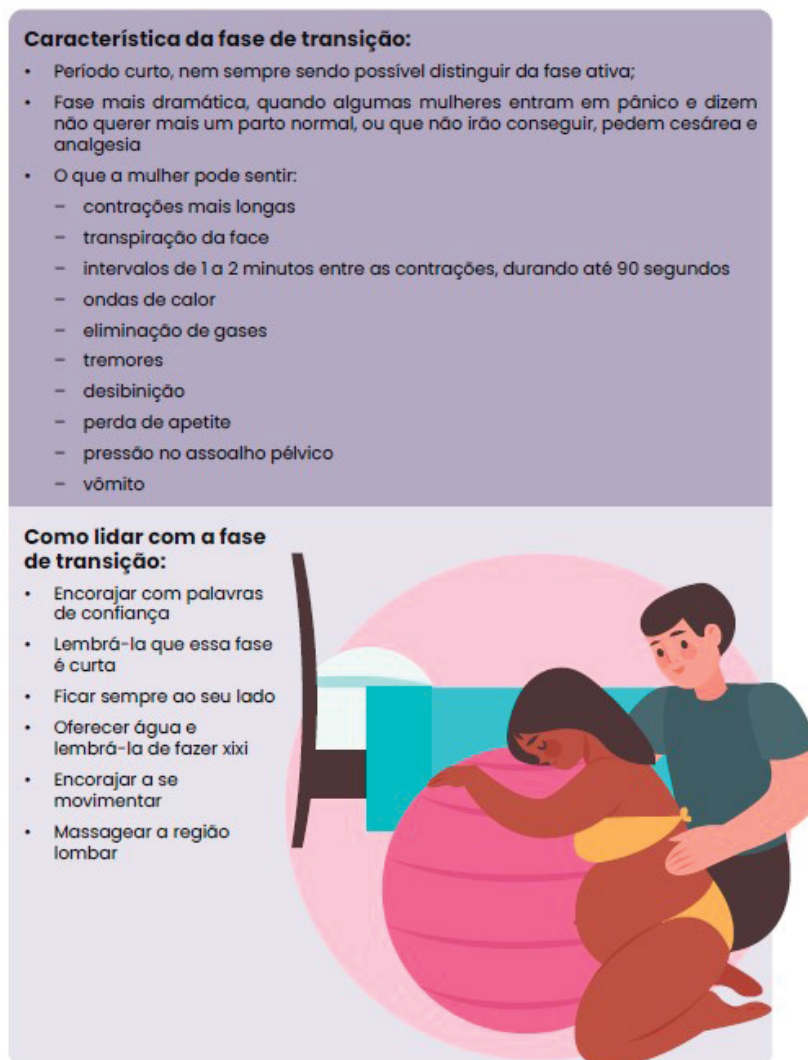
Trimestre gestacional	Tópicos a serem abordados
1º Trimestre (até 13 semanas)	• Introdução ao pré-natal e seu propósito. • Estratificação de risco gestacional e cuidados inerentes. • Introdução ao plano de parto (PP) e seus objetivos. • Papel e importância do acompanhante de escolha da gestante. • Direitos da gestante e acesso à rede de atenção obstétrica. • Início da construção do vínculo profissional-gestante. • Promoção da saúde materna e fetal.
2º Trimestre (14 a 27 semanas)	• Orientações sobre parto normal e cirurgia cesariana. • Fisiologia do trabalho de parto e parto. • Exercícios preparatórios para o parto. • Diferença entre pródromos, trabalho de parto e parto ativo. • Dor do parto. • Humanização do processo de parturição e nascimento. • Reconhecimento dos sinais de alerta e quando procurar a maternidade. • Preparação emocional e esclarecimento de dúvidas sobre o parto. • Agendamento e orientações sobre visita à maternidade de referência, se possível.
3º Trimestre (28 semanas em diante)	Construção efetiva e personalizada do plano de parto de forma individualizada (preferencialmente a partir de 32 semanas) • Consentimento informado e respeito às escolhas da gestante. • Técnicas não farmacológicas para alívio da dor. • Papel do acompanhante e da doula no trabalho de parto e parto. • Mobilograma e sinais de alerta. • Procedimentos esperados no hospital (exames, alimentação, rotinas). • Prevenção de intervenções desnecessárias. • Cuidados imediatos com o recém-nascido: contato pele a pele, clampeamento do cordão, amamentação na primeira hora. • Cuidados imediatos com a puérpera. • Planejamento sexual e reprodutivo.

FONTE: As autoras (2025).

A apresentação das fases do trabalho de parto foi pensada para ser clara, acolhedora e de fácil compreensão, com objetivo de transformar um conteúdo complexo em algo acessível, que ajudasse a reduzir dúvidas e ansiedade diante do momento do parto. Optou-se por dividir visualmente as informações em blocos: um explicando as características da fase latente e outro oferecendo dicas práticas sobre como lidar com esse momento. Esse formato facilita a leitura rápida e busca não apenas informar, mas também empoderar a gestante, promovendo autonomia e confiança ao longo do processo de parto. Além disso, o uso de ícones, linguagem simples e ilustrações suaves têm como intenção tornar o conteúdo mais leve e humanizado,

alinhado à proposta do PP e favorece o uso do material por profissionais de saúde durante as consultas, como apoio educativo.

FIGURA 4- ILUSTRAÇÃO SOBRE AS FASES DO TRABALHO DE PARTO.



FONTE: *adaptado* de Lucena (2024).

Foram desenvolvidos dois quadros: 1. “Possibilidades de escolhas durante o trabalho de parto e parto normal” e 2. Possibilidades de escolha durante a cirurgia cesariana, para apoiar os enfermeiros na construção do PP junto à gestante e acompanhante.

A organização em colunas: possibilidade, justificativa e observação, facilitam a abordagem durante as consultas, tornando as informações mais claras, objetivas e contextualizadas à realidade do serviço de referência. O quadro ajuda a alinhar expectativas, esclarecer direitos e orientar decisões com base em boas práticas e evidências, fortalecendo o papel da enfermagem no pré-natal.

QUADRO 4 - POSSIBILIDADES DE ESCOLHA DURANTE O TRABALHO DE PARTO.

Possibilidades	Justificativa	Observação
Contato pele a pele	É altamente recomendado manter o contato pele a pele da mãe com o recém-nascido por uma hora após o nascimento.	É estimulado o contato pele a pele imediatamente após o nascimento. Isso fortalece o vínculo materno-infantil, previne a hipotermia neonatal e incentiva a amamentação na primeira hora de vida.
Amamentação na primeira hora de vida (<i>Golden hour</i>)	Estimular a amamentação do recém-nascido imediatamente após o nascimento auxilia na prevenção da hemorragia pós-parto e na contração uterina, além de fortalecer o vínculo materno-infantil.	É estimulada a amamentação na primeira hora de vida.
Contracepção	Durante o internamento, em até 48h, é possível realizar a Laqueadura Tubária Bilateral (LTB) por via periumbilical em centro cirúrgico sob anestesia, se for o desejo da mulher.	Para realização da LTB, é necessário ter a documentação exigida pelo município SJP.

FONTE: As autoras (2025).

As fotos reais do ambiente da maternidade de referência, assim como os registros do carimbo da placenta e do pezinho, foram incluídas com o objetivo de aproximar as gestantes e seus acompanhantes da realidade do local onde o parto acontecerá. Ao compartilhar essas imagens, busca-se reduzir medos, aumentar o vínculo com o serviço de saúde e reforçar a confiança no cuidado oferecido. Para os enfermeiros da APS, esse recurso também serve como apoio visual durante as consultas, facilitando a explicação de práticas e rotinas da maternidade.

O documentário “Da Dor, à Luz” foi incluído como ferramenta de sensibilização. Ao trazer relatos sobre violência obstétrica e de gênero, ele convida os profissionais da APS a refletirem sobre práticas que ainda marcam negativamente o parto. A proposta é estimular um olhar mais empático e consciente, fortalecendo o cuidado respeitoso desde o pré-natal até o nascimento.

O último capítulo do *e-book* foi incluído para apoiar os enfermeiros da APS na continuidade do cuidado após o nascimento. Nele, são descritas as principais rotinas realizadas com a mãe e o bebê na maternidade, além das orientações que devem ser reforçadas antes da alta. A proposta é garantir que a equipe da APS possa acolher essa família com mais segurança, reconhecendo os sinais de alerta no pós-parto e contribuindo para uma

alta orientada e tranquila. Assim, o PP se estende para além do nascimento, promovendo um cuidado integral e contínuo.

Após a validação de conteúdo o produto foi revisado quanto à ortografia e gramática. Na sequência, foi enviado para diagramação, edição e ilustração por um profissional terceirizado, com expertise em design de produto para a saúde custeada pelas pesquisadoras.

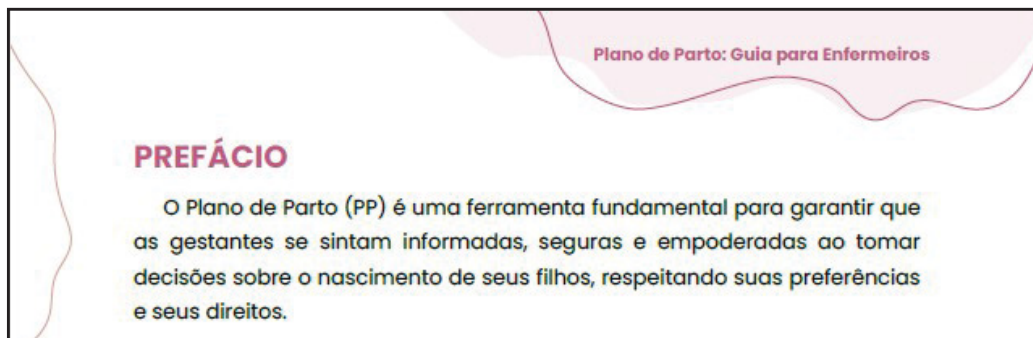
5.1.2 Projeto gráfico e diagramação

O projeto gráfico teve como premissa central representar o universo do parto com sensibilidade e precisão. A paleta de cores foi composta por tons suaves, como o rosa e o roxo, remetendo ao cuidado humanizado e à natureza do nascimento. A escolha tipográfica seguiu uma hierarquia clara: o título em fonte *Poppins Bold*, moderna e estável, reforçando autoridade e profissionalismo; já o subtítulo e informações complementares utilizaram *Poppins Regular*, conferindo leveza e fácil leitura.

Elementos visuais simbólicos, como ícones sutis de mãos ou silhuetas maternas foram considerados na composição, agregando um toque afetivo sem comprometer a objetividade do material.

A construção da identidade visual do *e-book* foi cuidadosamente pensada para refletir os princípios fundamentais do cuidado humanizado, da autonomia da mulher e da atuação integrada da equipe de saúde. Buscou-se um estilo contemporâneo e acessível, que equilibrasse a seriedade técnica com uma leveza visual capaz de acolher o leitor desde as primeiras páginas.

FIGURA 5- DEMONSTRAÇÃO DO PROJETO GRÁFICO E DIAGRAMAÇÃO.



FONTE: As autoras (2025).

A paleta de cores adotada valorizou tons de rosa e roxo, aplicados de forma sutil em detalhes gráficos. Essas cores foram escolhidas por sua forte associação com o feminino, a

empatia e a humanização do cuidado, contribuindo para criar uma atmosfera sensível e respeitosa. Sua aplicação estratégica em títulos, quadros informativos e seções específicas garantiram destaque aos conteúdos importantes, sem sobrecarregar a composição visual das páginas.

FIGURA 6 - PALETA DE CORES E FONTES ESCOLHIDAS PARA O PROJETO GRÁFICO E DIAGRAMAÇÃO.



FONTE: As autoras (2025).

A formatação textual priorizou a legibilidade e o conforto na leitura. Foram utilizados espaçamentos adequados, margens amplas e uma hierarquia visual bem definida, com títulos, subtítulos, negritos, listas e boxes explicativos organizando o conteúdo de maneira clara e funcional.

As ilustrações, em estilo *vetorial flat design*, foram selecionadas para transmitir leveza, simplicidade e modernidade. A navegação foi facilitada através da interface de navegação por ícones no final de cada página. As imagens escolhidas retratam a atuação da enfermagem no cuidado pré-natal e na elaboração do plano de parto, cenas de acolhimento e escuta da gestante, além de elementos simbólicos relacionados ao parto e ao nascimento. Todo o material visual foi pensado para representar a diversidade étnico-racial brasileira, respeitando o contexto do SUS e da APS.

A diagramação do *e-book* seguiu os princípios da clareza, da fluidez na navegação e do estímulo visual. Foram inseridos ícones temáticos para facilitar a identificação de seções específicas, como legislações, fluxogramas e orientações práticas. Além disso, o sumário interativo disponível na versão em PDF permite uma navegação rápida e intuitiva entre os tópicos, tornando a experiência de leitura ainda mais dinâmica.

FIGURA 7- DEMONSTRAÇÃO DA INTERFACE DE NAVEGAÇÃO POR ÍCONES.



FONTE: As autoras (2025).

A capa do e-book apresenta um projeto gráfico que alia clareza visual e propósito institucional. Narrativamente, sua concepção reflete a intenção de comunicar, já no primeiro olhar, os princípios do cuidado humanizado, base do conteúdo abordado ao longo da obra.

FIGURA 8-CAPA DO E-BOOK.



FONTE: As autoras (2025).

Cada capítulo inicia com uma página visualmente destacada e um breve resumo do conteúdo, oferecendo ao leitor uma prévia do que será abordado.

FIGURA 9-VISUALIZAÇÃO DA CAPA DE CAPÍTULO DO E-BOOK.



FONTE: As autoras (2025).

A disposição dos elementos em cada capítulo dialoga com o conteúdo: informativo, técnico, mas centrado no cuidado com a gestante e no papel do enfermeiro como agente de transformação. Em síntese, a capa cumpre com clareza seu papel institucional e simbólico: introduz o leitor a um material técnico, com linguagem acessível, organizado e visualmente condizente com a temática do parto humanizado e da atuação profissional na saúde pública.

Ao final do *e-book*, é apresentado um modelo de PP, estruturado para possibilitar múltiplas escolhas, permitindo que gestante e enfermeiro construam juntos um planejamento alinhado às preferências e necessidades individuais. O formato em folder foi concebido estrategicamente para exposição em display de parede nas unidades de saúde, ampliando seu acesso e utilidade prática junto às equipes assistenciais das maternidades.

FIGURA 10 - FOLDER DO MODELO DE PLANO DE PARTO - FRENTE.



FONTE: As autoras (2025).

FIGURA 11 - FOLDER DO MODELO DE PLANO DE PARTO - VERSO.

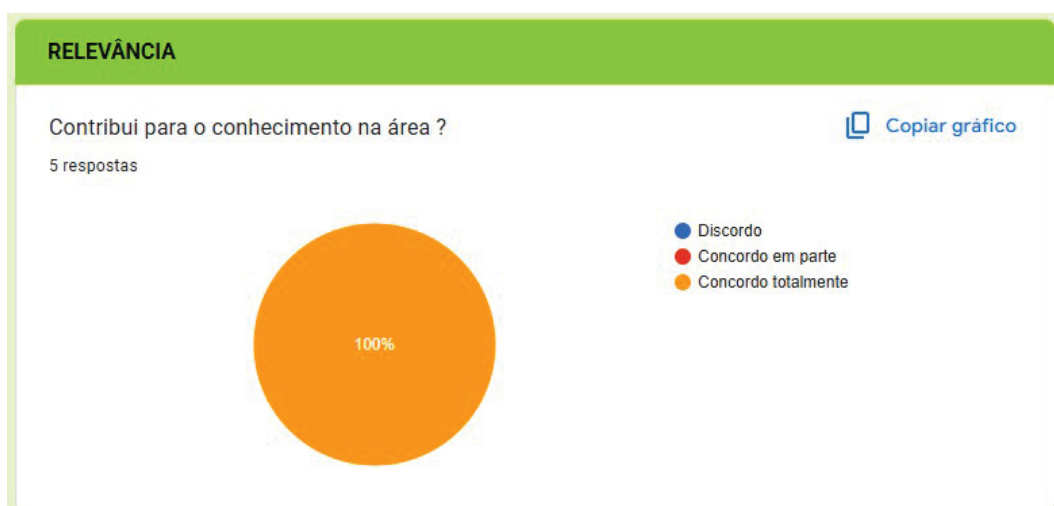


FONTE: As autoras (2025).

5.2 VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO E DE APARÊNCIA

A análise de validação de conteúdo envolveu a aplicação de um questionário estruturado, no qual os juízes, compostos por enfermeiras especialistas, avaliaram diferentes aspectos do *e-book* desenvolvido sobre plano de parto. Esses aspectos foram organizados em quatro grupos principais: objetivo, conteúdo, estrutura e apresentação, e relevância. Cada item avaliado pelos juízes foi classificado quanto à sua adequação, e os resultados demonstraram um alto grau de concordância, com IVC variando entre 0,80 e 1,00, e um valor geral de 0,97. Isso indica que há uma forte concordância entre os juízes quanto à pertinência, clareza, organização e relevância do material, reforçando a validade do conteúdo elaborado.

FIGURA 12 - DEMONSTRAÇÃO DE GRÁFICO GERADO PELO *GOOGLE FORMS* COM RESPOSTAS DOS QUESTIONÁRIOS.



FONTE: As autoras (2025).

QUADRO 5 - ÍNDICE DE VALIDADE DE CONTEÚDO (IVC) PARA OS ITENS AVALIADOS PELAS 5 JUÍZES - ENFERMEIRAS OBSTETRAS:

Item	IVC
Adequado ao processo de ensino-aprendizagem?	1.00
Esclarece dúvidas sobre o tema abordado?	1.00
Estimula o aprendizado?	1.00
Contribui para o conhecimento na área?	1.00
O vocabulário é acessível e compreensível pelo seu público-alvo?	1.00
O tamanho das letras dos títulos e texto é adequado?	1.00

Item	IVC
As páginas e seções possuem organização adequada?	1.00
A sequência do conteúdo está adequada?	1.00
As informações da capa, contracapa, sumário e apresentação são coerentes?	1.00
Desperta interesse pelo tema?	1.00
O conteúdo apresenta uma organização lógica?	1.00
Informações são objetivas?	1.00
Linguagem interativa, permitindo envolvimento ativo do leitor?	1.00
Linguagem apropriada ao material educativo?	1.00
Linguagem adequada ao público-alvo?	1.00
Incentiva mudança de comportamento?	1.00
Proporciona reflexão sobre o tema?	1.00
Informações estão corretas?	0.80
As ilustrações (figuras e fotos) são de tamanho adequado?	0.80
O material complementar, cujos links de acesso são disponibilizados, é relevante?	0.80

FONTE: As autoras (2025).

A validação de aparência foi realizada por um profissional designer com experiência na elaboração de tecnologia educacional em saúde e este avaliou quesitos ilustrações (quantidade e tamanhos), cores, formas, organização das informações, relevância e harmonização com o texto. A avaliação foi aprovada na sua totalidade resultando em um IVC de 1,00.

5.3 TESTE PILOTO

O teste piloto foi realizado por enfermeiros da APS de AJP, através de questionário de múltipla escolha com intuito de validar o produto para a prática assistencial no pré-natal. A avaliação resultou em um IVC de 0,99. Pontuação excelente para avaliação de um instrumento para a prática profissional.

QUADRO 6 - ÍNDICE DE VALIDADE DE CONTEÚDO (IVC) PARA O TESTE PILOTO AVALIADOS
PELOS 5 JUÍZES – ENFERMEIROS APS:

Item	IVC
Adequado ao processo de ensino-aprendizagem?	1.00
Esclarece dúvidas sobre o tema abordado?	1.00
Estimula o aprendizado?	1.00
Contribui para o conhecimento na área?	1.00
O vocabulário é acessível e compreensível pelo seu público-alvo?	1.00
O tamanho das letras dos títulos e texto é adequado?	1.00
As páginas e seções possuem organização adequada?	1.00
A sequência do conteúdo está adequada?	1.00
As informações da capa, contracapa, sumário e apresentação são coerentes?	1.00
Desperta interesse pelo tema?	1.00
O conteúdo apresenta uma organização lógica?	1.00
Informações são objetivas?	1.00
Linguagem interativa, permitindo envolvimento ativo do leitor?	1.00
Linguagem apropriada ao material educativo?	1.00
Linguagem adequada ao público-alvo?	1.00
Incentiva mudança de comportamento?	1.00
Proporciona reflexão sobre o tema?	1.00
Informações estão corretas?	1.00
As ilustrações (figuras e fotos) são de tamanho adequado?	0.80
O material complementar, cujos links de acesso são disponibilizados, é relevante?	1.00

FONTE: As autoras (2025).

6 DISCUSSÃO

O material didático desenvolvido neste estudo foi elaborado na forma de um *e-book*, termo de origem inglesa que designa livro eletrônico, publicado em um único volume. Este produto técnico apresenta características de interatividade, permitindo sua visualização e utilização em diversos dispositivos, como computadores, *smartphones* e *tablets*. Essa flexibilidade favorece sua alta aplicabilidade, facilidade de replicação, baixo custo e sustentabilidade, alinhando-se às tendências atuais de educação digital (Nietsche, Teixeira e Medeiros, 2014).

De acordo com a classificação de Produção Técnica e Tecnológica (PTT), o produto é categorizado como material didático, que corresponde à produção de recursos destinados a facilitar o aprendizado e a formação de recursos humanos por meio da criação, uso e organização de processos e produtos tecnológicos. Essa classificação é especialmente relevante para a área de Enfermagem, conforme as Diretrizes da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES, 2025), que reforçam a importância de recursos educativos inovadores e acessíveis para a formação profissional.

A validação do conteúdo por enfermeiras juízes foi fundamental para assegurar a qualidade técnica e a pertinência do material. A escolha dessas profissionais se justifica por sua expertise e experiência prática na área de enfermagem, especialmente em temas relacionados ao cuidado obstétrico e ao planejamento de parto. A avaliação crítica dessas especialistas garantiu que o conteúdo não apenas atendesse aos aspectos teóricos, mas também fosse aplicável na prática clínica, contribuindo para a sua relevância e efetividade. Além disso, a validação por juízes qualificados reforça a credibilidade do produto, assegurando sua precisão, adequação e potencial de impacto na formação e atualização dos profissionais de enfermagem. Assim, esse processo de validação é imprescindível para garantir que o produto final seja confiável, útil e alinhado às necessidades do público-alvo, promovendo uma educação em saúde mais segura e eficaz.

Em síntese, o produto *e-book* cumpre com precisão sua função simbólica e institucional: introduz o leitor a uma obra de caráter técnico, acessível e esteticamente coerente com a temática abordada. Sua composição visual traduz, de forma clara e acolhedora, os princípios da humanização do parto e da atuação qualificada dos profissionais de enfermagem no contexto da saúde pública.

Após a defesa do Mestrado Profissional, os resultados obtidos serão apresentados em reunião on-line com os participantes da pesquisa, seguida de discussão acerca da relevância do estudo para a classe profissional e para a população. A pesquisadora propõe também apresentar o produto finalizado aos enfermeiros da APS de SJP, registrar o material na Câmara Brasileira de Livros (CBL), obter o *International Standard Book Number* (ISBN) e, posteriormente, oferecer treinamentos específicos para sua utilização.

6.1 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Considerando que o *e-book* foi desenvolvido especificamente para enfermeiros da APS de um serviço público, com referências ao HMSJP, algumas limitações podem ser destacadas. Seu conteúdo está alinhado à realidade, protocolos e necessidades locais, o que pode dificultar sua aplicação em outros municípios ou regiões com contextos diferentes. Além disso, o foco na APS e no hospital municipal restringe sua relevância para outros níveis de atenção, como unidades de emergência ou centros de especialidades.

O produto foi pensado para o contexto de um serviço público, o que pode limitar sua utilidade em ambientes privados ou em sistemas de saúde com estruturas distintas. Como foi desenvolvido em um momento específico, mudanças nas diretrizes, protocolos ou na realidade local podem exigir atualizações futuras, limitando sua validade a longo prazo sem revisões periódicas.

A validação por enfermeiros especialistas também não contempla a perspectiva de outros profissionais ou áreas, o que pode restringir sua abrangência. Além disso, embora seja de baixo custo e de fácil acesso digital, a disseminação do e-book pode ser prejudicada por questões de infraestrutura, como acesso à internet ou familiaridade com plataformas digitais entre os profissionais de saúde. Essas limitações ajudam a compreender o alcance do produto e sugerem possibilidades de adaptação ou expansão para outros contextos ou regiões.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo representa uma contribuição significativa para a qualificação da atenção obstétrica na APS, ao desenvolver um recurso instrucional eletrônico, o *e-book*: Plano de Parto: Guia para Enfermeiros da Atenção Primária à Saúde, com o objetivo de fortalecer o protagonismo da gestante no processo de parto. A proposta está alinhada aos princípios da humanização da assistência e da promoção da autonomia da mulher, oferecendo aos profissionais de enfermagem um material técnico, acessível e didático que favorece a implementação de práticas mais respeitosas e centradas na usuária.

Os resultados esperados com a aplicação deste recurso educativo incluem o ressignificado da via de nascimento por parto normal, a valorização do planejamento compartilhado com a gestante e a possível redução das cesarianas eletivas motivadas por desejo materno, muitas vezes fundamentadas em medo, desinformação ou experiências prévias negativas. Ao capacitar os enfermeiros da APS para conduzirem a construção do PP de forma qualificada e dialógica, amplia-se não apenas o escopo da consulta de enfermagem, mas também o campo de atuação estratégica da enfermagem obstétrica na rede de atenção.

A utilização do PP na APS e sua apresentação pela gestante em outros pontos da rede podem modificar a percepção e a conduta de diferentes profissionais envolvidos na assistência, contribuindo para a quebra de paradigmas biomédicos ainda predominantes. Este movimento pode instigar mudanças institucionais, demandando adaptações estruturais e qualificações profissionais condizentes com os princípios da humanização, da integralidade e do cuidado centrado na pessoa.

Ademais, o formato digital do *e-book* favorece sua disseminação em larga escala, possibilitada pelo acesso à internet e por plataformas digitais de saúde, educação e formação continuada. Tal característica amplia seu potencial de impacto, especialmente em regiões com maior demanda por materiais educativos atualizados, práticos e baseados em evidências. Assim, esta pesquisa se configura como uma estratégia inovadora e viável para a transformação das práticas assistenciais no pré-natal, ao promover um cuidado mais informado, seguro e humanizado. Contribui não apenas para a satisfação das gestantes, mas também para o fortalecimento do SUS como sistema público comprometido com a equidade, a dignidade e os direitos reprodutivos.

REFERÊNCIAS

ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciênc saúde coletiva**, v. 16, n. 7, p.3061-8, jul. 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000800006>. Acesso em: 26 ago. 2025.

ARAGON, M. *et al.* Perspectives of expectant women and health care providers on birth plans. **J Obstet Gynaecol Can**, v.35, n. 979-985, nov. 2013. DOI: 10.1016/S1701-2163(15)30785-4. Acesso em: 26 ago. 2025.

ARAGON, M. *et al.* Perspectives of expectant women and health care providers on birth plans. **Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada**, v. 35, n. 11, p. 979-985, nov. 2013. DOI: 10.1016/S1701-2163(15)30785-4. Acesso em: 24 set. 2024.

Assistência ao parto e nascimento: uma agenda para o século 21. [recurso eletrônico] / [organizadora: Dapne Rattner]. 1 ed. Brasília, DF: **Unicef: ReHuNa**, 2021. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/bvsms/resource/pt/biblio-1348126>. Acesso em: 07 jun. 2024.

BETRÁN, A.P *et al.* The Increasing Trend in Caesarean Section Rates: Global, Regional and National Estimates: 1990- 2014. **PLoS One**, v. 11, n. 2, p. 1-12, 2016.

BITTENCOURT, M. N. *et al.* Validação de conteúdo e aparência de manual educativo para promoção da saúde mental infantil. **Rev Rene (Online)**, v.21, 2020. Disponível em: <http://repositorio.ufc.br/handle/riufc/52626>. Acesso em: 26 ago. 2025.

BRASIL. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 jun. 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em: 24 set. 2024.

BRASIL. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 22 fev. 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html. Acesso em: 24 set. 2024.

BRASIL. Lei 11.108 em 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 07 abr. 2005. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm. Acesso em: 24 set. 2024.

BRASIL. Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 27 dez. 2007. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Lei/L11634.htm. Acesso em: 24 set. 2024.

BRASIL. Lei nº 569 de 01 de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 08 jun. 2000. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html. Acesso em: 24 set. 2024.

BRASIL. MS/SVSA/CGIAE - **Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC**. Nascimentos por residência da mãe segundo local de ocorrência, local de ocorrência: hospital. Período: 2023. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>. Acesso em: 07 out. 2024.

BRENES, A.C. História da Parturição no Brasil, Século XIX. **Cadernos de Saúde Pública**. História da parturição no Brasil, século XIX. Cadernos de Saude Publica, v. 7, n. 2, p. 135-149. abr/jun. 1991. DOI: 10.1590/S0102-311X1991000200002. Acesso em: 26 ago. 2025.

CAVALCANTI, L. T. C.; OLIVEIRA, A. A. S de. Métodos de revisão bibliográfica nos estudos científicos. Belo Horizonte: Psicologia em Revista, v. 26, p. 83-102, abr. 2020. DOI: 10.5752/P.1678-9563.2020v26n1p82-100. Acesso em: 26 ago. 2025.

COLOMAR, M. *et al.* Do women prefer caesarean sections? A qualitative evidence synthesis of their views and experiences. **PLoS One**, v. 16, n. 5, p. e0251072, mai. 2021. DOI: 10.1371/journal.pone.0251072. Acesso em: 07 jun. 2024.

DINIZ, C. S. G.; PAULO, U. D. S. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, p. 627-637, jul. 2005. DOI: 10.1590/S1413-81232005000300019. Acesso em: 07 jun. 2024.

FARIA, C. C. *et al.* Elaboration and validation of an e-book with the laws about diabetes in schools. **Rev Bras Enferm**, v. 75, n. 3, p.e20200711. 2022. DOI: 10.1590/0034-7167-2020-0711. Acesso em: 26 ago. 2025.

HANDELZALTS J. E. *et al.* Indications for Emergency Intervention, Mode of Delivery, and the Childbirth Experience. **PLoS One**. v. 12, n. 1, p. e0169132, jan. 2017. DOI: 10.1371/journal.pone.0169132. Acesso em: 26 ago. 2025.

KOHAN, S. *et al.* Maternal-infant outcomes of birth planning: A review study. **J Educ Health Promot**. v. 12, p. 315, set. 2023. DOI: 10.4103/jehp.jehp_1450_22. Acesso em: 26 ago. 2025.

LEAL, M. S.; SANTANA, U. E .D. F. D.; MOREIRA, R. D. C. R. Práticas de humanização no transcurso parturitivo na ótica de puérperas e enfermeiras obstétricas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, p. e20190743, 2021. DOI: 10.1590/0034-7167-2019-0743. Acesso em: 07 jun. 2024.

LUNA, R. C. C.; VIANA, M. R. P. Tecnologias educacionais para profissionais da saúde na atenção primária à saúde. **Contribuciones a Las Ciencias Sociales**, [S. l.], v. 18, n. 1, p. e14835, 2025. DOI: 10.55905/revconv.18n.1-321. Acesso em: 26 ago. 2025.

MOHAGHEGH, Z. *et al.* Implementation of birth plans integrated into childbirth preparation classes for vaginal birth: a qualitative study of women, their husbands and clinicians' perspectives in Iran. **BMC Pregnancy Childbirth**. v. 22, n. 1, p. 969, dez. 2022. DOI: 10.1186/s12884-022-05305-7. Acesso em: 26 ago. 2025.

MOHEBBI-DEHANVI, Z.; HAJIHASHEMI, M.; KOHAN, S. Promoting the participation of low-risk pregnant women in the child birth process by developing a birth plan: The protocol of an action research study. **J Educ Health Promot**. v. 12, p. 285, ago. 2023. DOI: 10.4103/jehp.jehp_1039_22. Acesso em: 26 ago. 2025.

MONTOVANI, M. F. *et al.* Pesquisa metodológica: da teoria à prática. In: Metodologias da pesquisa para a enfermagem e saúde: da teoria à prática. Organizadoras: LACERDA, M.R.; RIBEIRO, R.P.; COSTENARO, R.G.S. Porto Alegre: **Moriá**, v. 2, 2018.

MOTT, M. L. Assistência ao parto do domicílio ao hospital (1830-1960). São Paulo: **Proj. História**, p.197-219. dez. 2002. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/revph/article/viewFile/10588/7878>. Acesso em: 26 ago. 2025.

MOUTA, R. J. O. *et al.* Plano de parto como estratégia de empoderamento feminino. **Rev Baiana Enferm**, v. 31, n. 4, p. e20275, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/20275>. Acesso em: 26 ago. 2025.

NARCHI, N. Z. *et al.* O plano individual de parto como estratégia de ensino-aprendizagem das boas práticas de atenção obstétrica. **Rev esc enferm USP**, v. 53, p.e03518, 2019. DOI: 10.1590/S1980-220X2018009103518. Acesso em: 26 ago. 2025.

CARVALHO, A. *et al.* Tecnologias cuidativo-educacionais: uma possibilidade para o empoderamento do enfermeiro/a? Porto Alegre: Moria: **Rev Rene**, Fortaleza, v. 15, n. 1, p. 185-186, fev. 2014 DOI: 10.15253/2175-6783.2014000100023. Disponível em: <https://periodicos.ufc.br/rene/article/view/3115>. Acesso em: 26 ago. 2025.

PARANÁ. **Ministério Público do Paraná (MPPR)**. Tribunal da Justiça do Estado do Paraná. Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 0025602-06.2022.8.16.0000 ADI Foro Central de Curitiba da Comarca da Região Metropolitana de Curitiba. [recurso eletrônico]. Curitiba, PR, 17 jun. 2024. Disponível em: https://mppr.mp.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2024-08/3._acordao_-_adi_no_0025602-06.2022.8.16.0000_-_controle_de_constitucionalidade_no_3.pdf Acesso em: 24 set. 2024.

PETZOLD, C. R. S. *et al.* Incidência de cesárea por desejo materno antes e depois da Lei Estadual nº 20.127 na 10ª Região de Saúde do Paraná. **Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento**, [S. l.], v. 13, n. 3, p. e6413345263, 2024. DOI: 10.33448/rsd-v13i3.45263. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/45263>. Acesso em: 19 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.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DOS PINHAIS. **São José dos Pinhais em números**. Edição - Janeiro 2025. São José dos Pinhais: Secretaria Municipal de Planejamento e Desenvolvimento Econômico, 2025. Disponível em: https://www.sjp.pr.gov.br/wp-content/uploads/2025/06/CADERNO-DE-INDICADORES-Sao-Jose-dos-Pinhais-em-numeros_Janeiro-2025-1.pdf. Acesso em: 22 jul. 2025.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DOS PINHAIS. Relatório anual de gestão 2024: versão para apreciação do CMS – Prefeitura Municipal de São José dos Pinhais. São José dos Pinhais: **Prefeitura Municipal de São José dos Pinhais**, 2025. Disponível em: <https://www.sjp.pr.gov.br/wp-content/uploads/2025/03/RAG-2024-Versao-APRECIACAO-CMS.SJP-20.03.2025.pdf>. Acesso em: 24 jul. 2025.

RODRIGUES, C. A. O. *et al.* Cumprimento das demandas articuladas no plano de parto entre usuárias do sistema público de saúde. **Rev Enferm Atenção Saúde**, v. 12, n. 1, p. e202356, mar. 2023. DOI: <https://doi.org/10.18554/reas.v12i1.5349>. Acesso em: 26 ago. 2025.

SANTOS, F. S. D. R.; GERAIS, U. F. D. M.; SOUZA, P. A. D. Os significados e sentidos do plano de parto para as mulheres que participaram da Exposição Sentidos do Nascer. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 6, p. e00143718, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00143718>. Acesso em: 07 jun. 2024.

SHAREEF, N. *et al.* The contribution of birth plans to shared decision-making from the perspectives of women, their partners and their healthcare providers. **PLoS One**. v.19, n. 6 p. e0305226, jun. 2024. DOI:10.1371/journal.pone.0305226. Acesso em: 26 ago.2025.

SILVA, A.N.V. *et al.* Plano de parto: uma ferramenta para o empoderamento de mulheres durante a assistência de enfermagem. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 7, n. 1, p. 144-151, jan./fev. 2017. DOI: 10.5902/2179769222531. Acesso em: 26 ago. 2025.

SKOWRONSKI, G.A. Pain relief in childbirth: changing historical and feminist perspectives. **Anaesth Intensive Care**, v. 43, p. 25-8, jul. 2015. DOI: 10.1177/0310057X150430S106. Acesso em: 07 jun. 2024.

SOUZA, A. C. C.; MOREIRA, T. M. M; BORGES, J. W. P. Development of an appearance validity instrument for educational technology in health. **Rev Bras Enferm**, v. 73, n. 6, p. e20190559, dez. 2020. DOI: 10.1590/0034-7167-2019-0559. Acesso em: 26 ago. 2025.

TRAJANO, A. R.; BARRETO, E. A. Violência obstétrica na visão de profissionais de saúde: a questão de gênero como definidora da assistência ao parto. **Interface**, v. 25, p. e200689, 2021. DOI: 10.1590/interface.200689. Acesso em: 26 ago. 2025.

TRENTINI, M.; PAIM, L.; SILVA, D. M. G. V. da. O método da pesquisa convergente assistencial e sua aplicação na prática de enfermagem. **Texto & Contexto – Enfermagem**, v. 26, n. 4, 2017. DOI: 10.1590/0104-07072017001450017. Acesso em: 26 ago. 2025.

TRENTINI, M. *et al.* Convergent care research and its qualification as scientific research. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, n. 1, p. e20190657, 2021. DOI: 10.1590/0034-7167-2019-0657 Acesso em: 26 ago. 2025.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ. Sistemas de bibliotecas. Manual de normalização de documentos científicos de acordo com as normas da ABNT [recurso eletrônico]/ Vilma Machado [et al] – 2. ed. - Curitiba: **UFPR: SiBi**, 2024. 414 p. : il.

WHO. Recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience. Geneva: **World Health Organization**; 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

APÊNDICE

EBOOK: PLANO DE PARTO: GUIA PARA ENFERMEIROS.



SOBRE AS AUTORAS

Jeniffer Sionara Gôes Rosa

É graduada em Enfermagem pela Faculdade Evangélica do Paraná, especialista em Genética Humana pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná, especialista em Centro Cirúrgico e Centro de Material e Esterilização pela Faculdade Inspira e mestranda do Programa de Pós-Graduação Prática Profissional da Cuidado em Saúde da Universidade Federal do Paraná (UFPR). É membro do Grupo de Pesquisa NEPECHE – Núcleo de Estudos, Pesquisa e Extensão em Cuidado Humano de Enfermagem da UFPR. É servidora pública do município de São José dos Pinhais (SUP/PR), coordenadora do Centro Cirúrgico, do Centro Obstétrico e do Central de Material e Esterilização do Hospital e Maternidade São José dos Pinhais (HMSJ/PR). É membro do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP-HMSJ/PR), da Comissão de Incentivo e Apoio ao Aleitamento Materno (CIAM-HMSJ/PR) e da Comissão Municipal de Mortalidade Materna, Infantil e Fetal (SUP/PR).

Silvana Regina Rossi Klussula de Souza

É graduada em Enfermagem e Obstetrícia pela Universidade Estadual do Oeste do Paraná, mestre em Engenharia de Produção pela Universidade Federal de Santa Catarina. É professora da Universidade Federal do Paraná (UFPR), na área de Materno-infantil. É especialista em Enfermagem Obstétrica pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná, doutora em Ciências pelo Programa Interinstitucional de Doutorado em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade de São Paulo. É professora e coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEM) da UFPR e professora do Programa de Pós-Graduação Prática Profissional em Saúde da UFPR. É membro do Grupo de Pesquisa NEPECHE – Núcleo de Estudos, Pesquisa e Extensão em Cuidado Humano de Enfermagem da UFPR. Foi coordenadora do Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica Rede Cegonha da UFPR/UFPR. Foi editora científica da Revista Cogitare Enfermagem, na área de Saúde Materno-Infantil, e é revisora de periódicos na área Materno-Infantil. É vice-presidente da ABEFO seção Paraná e membro do Conselho Municipal dos Direitos das Mulheres em Curitiba. É membro da Rede de Enfrentamento à Violência Obstétrica (REDEVO) no Paraná.

Introdução | Capítulo 1 | Capítulo 2 | Capítulo 3 | Capítulo 4 | Capítulo 5 | Capítulo 6

3

FICHA TÉCNICA

Título: Plano de Porto: Guia para Enfermeiros

Colaboração: NEPECHE – Núcleo de Estudos, Pesquisa e Extensão em Cuidado Humano de Enfermagem da UFPR.

Revisão ortográfica e gramatical: Daniela Cardoso Ferreira Nery

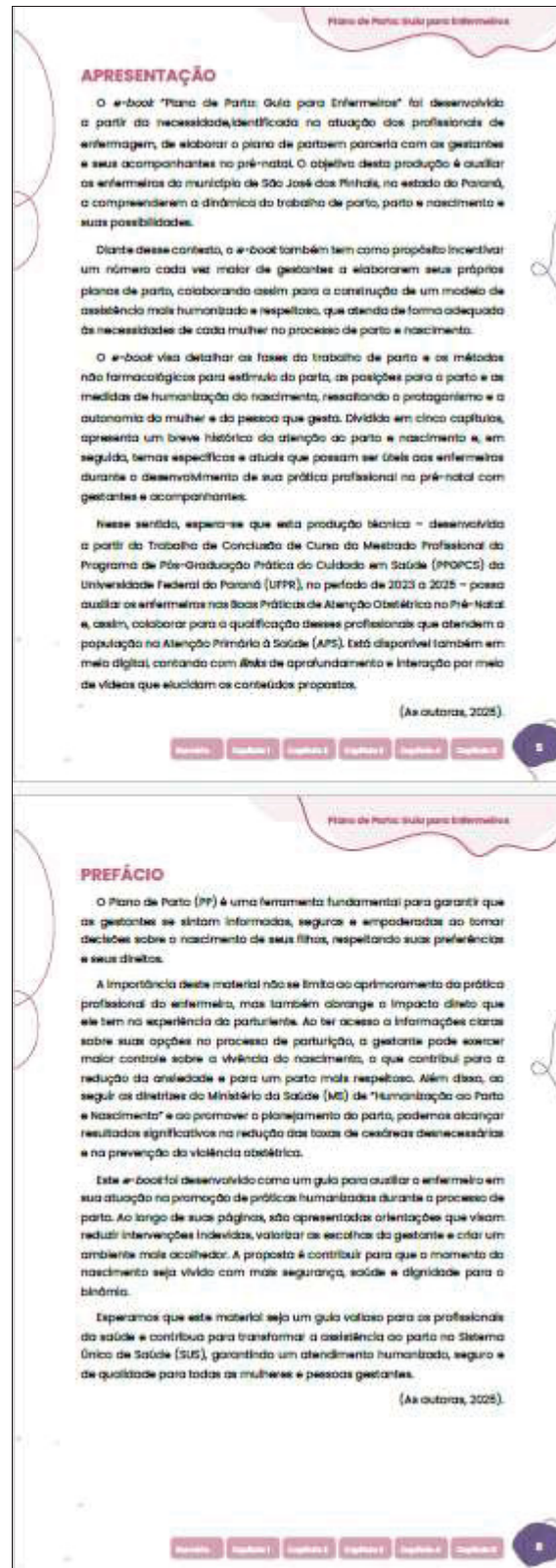
Projeto gráfico e diagramação: Kátia Silva

Apoio:



Introdução | Capítulo 1 | Capítulo 2 | Capítulo 3 | Capítulo 4 | Capítulo 5 | Capítulo 6

4



Plano de Parto: Guia para Enfermeiros	
ESTRUTURA DO E-BOOK	
• Capítulo 1 – Atenção ao parto e nascimento	
• Capítulo 2 – A consulta de enfermagem voltada para o plano de parto	
• Capítulo 3 – Plano de parto e o parto normal	
• Capítulo 4 – Plano de parto e a cirurgia cesariana	
• Capítulo 5 – Plano de parto e os cuidados no pós-parto	
Introdução Capítulo 1 Capítulo 2 Capítulo 3 Capítulo 4 Capítulo 5 7	
Plano de Parto: Guia para Enfermeiros	
SUMÁRIO	
Capítulo 1 – Atenção ao parto e nascimento	9
1. História da atenção ao parto e nascimento	10
2. Estrutura do centro obstétrico e do centro de parto normal	13
3. Boas práticas de atenção ao parto e nascimento	15
4. Parto seguro	17
Capítulo 2 – A consulta de enfermagem voltada para o plano de parto	19
1. Consulta de enfermagem e plano de parto no pré-natal	20
2. Boas práticas de enfermagem no preparo para o parto	24
Capítulo 3 – Plano de parto e o parto normal	25
1. Via de nascimento por parto normal	27
2. Humanização no parto e nascimento	30
3. Métodos não farmacológicos para alívio da dor	37
4. Anestesia de parto	38
5. Prevenção de violência obstétrica	40
Capítulo 4 – Plano de parto e a cirurgia cesariana	44
1. Via de nascimento por cirurgia cesariana	45
Capítulo 5 – Plano de parto e os cuidados no pós-parto	50
1. Cuidados com a mulher após o parto	51
2. Cuidados com o recém-nascido logo após o nascimento	54
Apêndice	57
Referências	59
Introdução Capítulo 1 Capítulo 2 Capítulo 3 Capítulo 4 Capítulo 5 8	



Capítulo 1

ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO

Neste capítulo, conheceremos o histórico da atenção ao parto e nascimento e as boas práticas de atenção ao parto normal.

Plano de Parto: Guia para Enfermeiros

1. HISTÓRICO DA ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO

Nas primórdios da humanidade, a assistência ao parto era feita por outras mulheres, parteras, comadres e cuidadeiras, desprovidas de formação acadêmica. Elas desempenhavam um papel crucial no auxílio ao parto, transmitindo conhecimentos de mulher para mulher. O parto era predominantemente um evento domiciliar, raramente ocorrendo fora desse ambiente (Leal et al, 2020).

No Brasil, na segunda metade do século XIX, houve uma articulação significativa da medicina, concentrada principalmente na Academia Médica Cirúrgica da Bahia e do Rio de Janeiro. Nessas instituições, os títulos de doutor em Medicina, de farmacêutico e de parteira diplomada começaram a ser concedidos (Bienes, 1980). Isso representou uma mudança para esses profissionais, que expandiram seus serviços para além dos domicílios das pacientes, passando a atender também em suas próprias residências e, posteriormente, em estabelecimentos conhecidos como "casas de maternidade". Essa abordagem tornou-se cada vez mais popular e foi vista como um símbolo de progresso civilizacional (Mott, 2002).

A via de parto comum era a via vaginal naturalmente, como um processo fisiológico decorrente de uma atividade sexual, intrínseca à reprodução humana. Entretanto, a falta de estrutura e de preparo assistencial agravava as complicações que ocorriam no trabalho de parto. Sendo assim, mãe e bebê ficavam sujeitos a sequelas graves e/ou crônicas e podiam até chegar a óbito (Mott, 2002).

No início do século XX, a obstetrícia deu seus primeiros passos em direção à humanização do parto, adotando a narcose e o fórceps como instrumentos para mitigar o sofrimento diante das dificuldades do nascimento. Na segunda metade do século, um novo paradigma de parto emergiu, caracterizado pela assistência hospitalar às mulheres, que muitas vezes eram imobilizadas e isoladas de seus entes queridos (Diniz, 2005).

A partir da década de 1950, através de uma série de movimentos sociais na Europa e nos Estados Unidos, como o "movimento do parto sem dor" e o "movimento hipóspite", uma abordagem mais libertária e naturalista do parto foi enfatizada. Então, com o surgimento dos centros feministas de saúde e dos coletivos de saúde das mulheres, foi proposta uma assistência baseada em direitos, questionando o modelo tecnocrático que priorizava a intervenção tecnológica em detrimento das relações humanas (Diniz, 2005).

Introdução | Capítulo 1 | Capítulo 2 | Capítulo 3 | Capítulo 4 | Capítulo 5

10

Plano de Parto: Guia para Enfermeiros

Em 1985, uma conferência realizada pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e a Organização Mundial da Saúde (OMS) na Europa e nas Américas marcou um momento importante na defesa dos direitos das mulheres e da saúde pública: a publicação da Carta de Fortaleza preconizava a participação ativa da mulher no processo de parto, a liberdade de escolha de posições durante o trabalho de parto, a presença de acompanhantes e o abandono de práticas intervencionistas desnecessárias. No Brasil, esse movimento ganhou força na década de 1970, inspirado por práticas ancestrais de parteiros e povos indígenas, assim como por grupos que promoviam terapias alternativas, como o Instituto Aurora no Rio de Janeiro (Diniz, 2005).

No ano 2000, o Sistema Único de Saúde (SUS) inaugurou o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHN), por meio da Portaria nº 563/GM/MS, com o intuito de intensificar os esforços para diminuir a mortalidade materna e perinata. Além de buscar aprimorar a qualidade e o acesso aos serviços de saúde, o programa visava desenvolver ações de promoção, prevenção e assistência destinadas às gestantes e aos recém-nascidos, garantindo os direitos de ambas (Brasil, 2000).

Para mais informações sobre o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, acesse o link abaixo:
https://brasil.sus.gov.br/br/sus/index.jsp?m=2000/art0563_01_05_2000.htm

Em 2005, com a promulgação da Lei 11.108, a gestante passou a ter direito a um acompanhante de sua escolha durante todo o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. A inclusão da família tornou-se mais incentivada, marcando um avanço significativo na humanização do parto no Brasil (Brasil, 2005). Posteriormente, a Lei nº 11.834 reforçou esse direito, assegurando à gestante o conhecimento e a vinculação à maternidade em que receberá assistência pelo SUS (Brasil, 2007).

Para mais informações sobre a Lei do Acompanhamento durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, acesse o link abaixo:
https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2004-2006/2005/lei/11108.htm

Para mais informações sobre a Lei do Acompanhamento durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, acesse o link abaixo:
https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2004-2006/2005/lei/11108.htm

Em 2011, a Portaria nº 1.459 deu origem à Rede Cegonha, uma iniciativa dentro do SUS destinada a garantir cuidados abrangentes para mulheres durante gestação, parto e pós-parto. Enraizada nos valores de respeito, proteção dos direitos humanos e reconhecimento da diversidade cultural e étnico-racial, promove a igualdade e defende os direitos sexuais, reprodutivos e a perspectiva de gênero (Brasil, 2011).

Para mais informações sobre a Rede Cegonha, acesse o link abaixo:
https://brasil.sus.gov.br/br/sus/index.jsp?m=2011/art1459_26_06_2011.htm

Em 14 de fevereiro de 2017, foi publicada a primeira versão da Portaria 53/2017 sobre as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal, contendo orientações para atendimento ao parto qualificado e atenção à gestante. Um dos objetivos era garantir que a escolha da via de nascimento fosse uma decisão compartilhada entre a mulher e a equipe de saúde, com informações sobre os possíveis riscos e considerando os ganhos para mãe, feto e bebê (MS, 2017).

Em 2024, por meio da Portaria GM/MS nº 5.350, a Rede Cegonha é alterada para Rede Alyne, em menção à jovem negra brasileira, chamada Alyne Pimentel, que morreu aos 28 anos, gestante e vítima de negligência médica. O Brasil foi a primeira país condenado por morte materna, por causa evitável, pelo Sistema Global de Direitos Humanos (MS, 2024).

Para mais informações sobre a Rede Alyne, acesse o link abaixo:
https://brasil.sus.gov.br/br/sus/index.jsp?m=2024/art5350_24_02_2024.htm

Para mais informações sobre a Rede Alyne, acesse o link abaixo:
https://brasil.sus.gov.br/br/sus/index.jsp?m=2024/art5350_24_02_2024.htm

Para mais informações sobre a Rede Alyne, acesse o link abaixo:
https://brasil.sus.gov.br/br/sus/index.jsp?m=2024/art5350_24_02_2024.htm

A estrutura do Centro Obstétrico (CO) e do Centro de Parto Normal (CPN) compreende o ambiente onde a gestante será atendida durante o trabalho de parto, parto e pós-parto, sendo fundamental para garantir um atendimento seguro, eficiente e humanizado, tanto da gestante quanto das recém-nascidas. Um planejamento adequado desses espaços para receber a gestante, o acompanhante e a doente deve considerar aspectos como funcionalidade, conforto e privacidade, além de atender às normas e diretrizes estabelecidas pelas órgãos de saúde.

FOTO 1 - Foto de quarta PPP do Centro Obstétrico



Boys' Hospital Santa Cruz, Ecuador

A RDC 320/2024 dispõe sobre o Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal considerando que parto e nascimento são acontecimentos de cunho familiar, social, cultural e predominantemente fisiológico. Esse Regulamento Técnico se aplica a todos os serviços de saúde do país e define ambiente, organização, estrutura física, materiais e equipamentos, recursos humanos e assistência necessários ao atendimento obstétrico institucionalizado.

Conforme estabelecido por essa Resolução, a estrutura da Centro Obstétrica (CO) deve incluir quartos PPR (Pré-parto, Parto e Pós-parto), garantindo um ambiente individualizado, com banheiro privativo, destinado ao acolhimento e à assistência à mulher até a primeira hora após a entrega do placental. Esse espaço deve ser projetado para oferecer conforto, privacidade e acesso facilitado a medicações não farmacológicas para alívio da dor, como área para deambulação e equipamentos específicos, por exemplo, bola cavaloite e espaldar.

Para mais informações sobre Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal, acesse o site abaixo:

<https://www.in.gov.br/web/dou/-/transiçao-do-r-333-de-15-de-setembro-de-2014-4-586405870>

FOTO 2 - Foto de quarto PPP do guia de elaboração Rede Cepinho



Fonte: <https://www.mmr.gov.br/estruturacao/estruturas-projetos-arquitetonicos-rede-superior.pdf>

Além do suporte físico, a qualidade da assistência prestada pela equipe de enfermagem é essencial para proporcionar uma experiência positiva à gestante e ao recém-nascido. O cuidado integral impacta diretamente a vivência da parto, promovendo bem-estar e satisfação nesse momento tão significativo.

O CPN é destinado ao atendimento às gestantes de risco obstétrico considerado habitual desde o pré-natal, sendo a assistência ao parto realizada pelo equipe multiprofissional composta fortemente por enfermeiros obstetras/obstetrizes, fortalecendo as Boas Práticas de Atenção ao Parto que preconizam menos intervenções desnecessárias como as cesarianas e a parto instrumentalizado.

Plano de Parto: Guia para Enfermeiros

Também dois tipos de CPN: o CPN (Centro de Parto Normal intra-hospitalar), alojado fisicamente dentro do hospital e subdivido em CPN tipo I e tipo II; e o CPNP (Centro de Parto Normal Peri-hospitalar), que, em acordo com a Portaria 1/2015 da MS, pode estar localizada até 20 minutos do estabelecimento de referência.

Para mais informações sobre as diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), acesse o link abaixo:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gm/2015/20150117_07_01_2015.html

O CPN tipo I possui ambientes para fins exclusivos, tais como: recepção e sala de exames, quarto PPP, área de deambulação, posto de enfermagem e sala de serviço, podendo compartilhar os ambientes de apoio. É garantida a permanência da mulher e do binômio no quarto PPP, desde a admissão até o parto. Paralelamente, o CPN tipo II possui ambientes compartilhados com o restante da maternidade. É garantida a permanência do binômio no quarto PPP, sendo transferidos, mãe e recém-nascido, para o alojamento conjunto após o puerpério imediato.

Link de aprofundamento sobre Atenção ao Parto:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_atencao_parto.pdf

3. BOAS PRÁTICAS DE ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO

A atenção ao parto e nascimento é um dos pilares fundamentais para a promoção da saúde materno-infantil. No Brasil, diretrizes nacionais foram estabelecidas a fim de garantir uma assistência qualificada, humanizada e baseada em evidências científicas, promovendo o bem-estar da pessoa que gesta e do recém-nascido.

Tais Diretrizes surgiram do esforço de uma equipe multidisciplinar, incluindo profissionais médicos e enfermeiros obstetras convidados pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) e pela Coordenação-Geral da Saúde da Mulher (CGSM/DAPE/SAS/MS), além de um grupo consultivo formado por 308 participantes – entre eles, 84% eram mulheres. Em 14 de fevereiro de 2017, foi publicada a primeira versão da Portaria 53/2017 sobre as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal (MS, 2017).

Resumo | Capítulo 1 | Capítulo 2 | Capítulo 3 | Capítulo 4 | Capítulo 5

10

Plano de Parto: Guia para Enfermeiros

Link de aprofundamento sobre as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_atencao_parto_normal.pdf

O objetivo geral dessas Diretrizes é avaliar e sintetizar informações científicas sobre práticas comuns no parto normal com a intenção de promover mudanças na atuação clínica para todos os profissionais envolvidos direto e indiretamente, reduzir intervenções desnecessárias e difundir práticas baseadas em evidências sem substituir o julgamento profissional (MS, 2017).

São recomendações, segundo as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal:

- Local de Parto: informar sobre riscos e benefícios dos locais de parto (domicílio, centros de parto, maternidades).
- Cuidados Gerais: apoio contínuo, dieta leve, medidas de aquecimento, avaliação do bem-estar fetal.
- Alívio da Dor: métodos não farmacológicos, analgesia inalatória, intramuscular, endovenosa e regional.
- Assistência no Primeiro Período: diagnóstico do início do trabalho de parto, observações e monitoração, intervenções de rotina.
- Assistência no Segundo Período: posições, puxos, manobra de Kristeller, cuidados com o perineo.
- Assistência no Terceiro Período: conduta ativa e fisiológica, cuidados com a mãe e o recém-nascido.
- Cuidados Maternos e Neonatais: maternos – observação pós-parto, cuidados com o perineo; neonatais – presença de profissional capacitado, índice de Apgar, clampamento da cordão, profilaxia da oftalmia neonatal, administração de vitamina K, reanimação neonatal, contato pele a pele, aleitamento materno precoce.

A aplicação das Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento pelos profissionais de enfermagem do SUS é essencial para garantir um atendimento seguro, humanizado e baseado em evidências científicas.

Resumo | Capítulo 1 | Capítulo 2 | Capítulo 3 | Capítulo 4 | Capítulo 5

10

Essas práticas contribuem para a redução da mortalidade materno-infantil, prevenindo complicações obstétricas e neonatais. Além disso, promovem o protagonismo da mulher, respeitando suas escolhas e garantindo um parto mais humanizado.

A prevenção da violência obstétrica e o estímulo ao contato pele a pele e aleitamento materno precoce permitem uma assistência alinhada aos princípios do cuidado integral à saúde da mulher e do bebê, reduzindo intervenções desnecessárias e otimizando os recursos do SUS. Assim, a capacitação contínua da equipe de enfermagem é essencial para qualificar o atendimento e fortalecer a saúde pública.

Link de aprofundamento sobre a Lista-Guia - Atenção Materno-Infantil (DESA/PR):

https://www.saude.pr.gov.br/refis/default/enquivas_pesquisa/files_documento/2022-03/Lista-Guia_MI_gestacao_3a_edicao_2022.pdf

4. PARTO SEGURO

A promoção de um parto seguro é essencial para garantir a saúde e o bem-estar da mulher e do recém-nascido, sendo um indicador fundamental da qualidade da atenção à saúde materna. Apesar dos avanços, o número ainda elevado de mortes maternas, em grande parte evitáveis, evidencia a necessidade de cuidados qualificados e ambientes adequados durante a gestação e o parto. A assistência segura não deve visar apenas à sobrevivência, mas também à prevenção de lesões e complicações, assegurando uma experiência positiva e respeitosa. Assim, o parto seguro se torna um compromisso vital com os direitos, a dignidade e a vida das mulheres (OMS, 2017).

Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) representam uma chance valiosa para que a comunidade global una esforços e intensifique as ações voltadas à melhoria da saúde materna, alcançando mulheres de todas as idades e em diferentes contextos sociais e econômicos. As metas dos ODS para a saúde materna incluem a 3.1, que estabelece uma taxa média global inferior a 70 mortes por 100.000 nascimentos até 2030, e a 3.6, que propõe cobertura universal de saúde (OMS, 2017). A saúde materna é uma das principais metas da OMS, que gera diretrizes e ferramentas que

Introdução Capítulo 1 Capítulo 2 Capítulo 3 Capítulo 4 Capítulo 5

37

apoiam o alcance das metas globais, além de estratégias baseadas em Evidências Para Erradicar a Mortalidade Materna evitável (EPMM) e melhorar a saúde e o bem-estar materno.

Link de acompanhamento sobre o trabalho para alcançar os ODS - WUStreet:

<https://street.wu.ac.at/en/home>

A lista de verificação da OMS para partos seguros (OMS, 2017) tem o objetivo de organizar o processo de parturição, considerado um evento complexo, com ações essenciais para o cuidado seguro em diversos contextos. Baseada em evidências científicas, auxilia os profissionais da assistência - no momento da admissão no serviço de saúde, durante o parto e antes da alta - a prestarem cuidados de qualidade, a fim de evitar as principais causas de mortalidade materna e de natimortos no período intraparto, assim como de mortes neonatais.

Existem 4 pontos de atenção específicos com atividades a serem verificadas, consideradas de relevância para a proteção da mãe e do bebê e a prevenção de complicações perigosas: 1. no admissão; 2. antes da expulsão (ou da cirurgia cesariana); 3. logo após o parto (até 61 hora); e 4. antes da alta. Cada serviço de saúde pode adaptar de uma lista de verificação própria, sendo recomendada sua adaptação à realidade local, de modo que seja compatível com as rotinas assistenciais e contribua efetivamente para a segurança da mãe e do bebê, desde a admissão até a alta hospitalar.

Para mais informações sobre a Lista de Verificação da OMS para Partos Seguros, acesse o link abaixo:

<https://portalchegasegurelisa.org.br/pt-br/atencao-maternal/lista-de-verificacao-da-oms-para-partos-seguros/>

Para mais informações sobre Saúde Materna - OMS, acesse o link abaixo:

https://www.who.int/health-topics/maternal-health#tab=tab_1

Para mais informações sobre Parto Adequado na Saúde Suplementar - Agência Nacional de Saúde Suplementar/ANS, acesse o link abaixo:

<https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/indicadores/qualidade-de-saude/saude-maternal/sobre-parto-adequado>

Introdução Capítulo 1 Capítulo 2 Capítulo 3 Capítulo 4 Capítulo 5

38

Capítulo 2

A CONSULTA DE ENFERMAGEM VOLTADA PARA O PLANO DE PARTO

Neste capítulo, serão abordados temas para elaborar o plano de parto durante a consulta de enfermagem.



Plano de Parto: Guia para Enfermeiros.

1. CONSULTA DE ENFERMAGEM E PLANO DE PARTO NO PRÉ-NATAL

O Plano de Parto é um documento legal em que a gestante registra, com base em informações recebidas e em seus valores pessoais, suas preferências para o parto, em condições normais. Deve ser elaborado em diálogo durante a consulta de enfermagem no pré-natal e, posteriormente, com a equipe assistencial antes do parto. Esse plano reflete as expectativas e necessidades da gestante, orientando a conduta profissional. De constituir o eixo central da relação entre a gestante e os profissionais de saúde, seu objetivo é garantir um cuidado alinhado às boas práticas obstétricas, à autonomia e ao protagonismo da gestante (Sudrer-Cortés et al, 2015).

A consulta de enfermagem no pré-natal representa um componente essencial da atenção à saúde da mulher, especialmente no contexto da atenção primária, sendo reconhecida como uma prática legal e regulamentada, conforme a Resolução COFEN nº 185/2007. De acordo com o Ministério da Saúde, por meio do Caderno de Atenção Básica nº 32 e dos Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres, o enfermeiro assume papel protagonista no acompanhamento de gestantes de baixo risco, com autonomia para realizar consultas, solicitar exames, identificar fatores de risco e encaminhar casos quando necessário. Através da implementação de políticas como a Rede Cegonha, houve avanço na estruturação dos serviços de saúde, fortalecendo a atuação da enfermagem no pré-natal, com foco na integralidade e na humanização do cuidado.

A assistência pré-natal é um conjunto de ações clínicas, psicossociais e educativas que visa prevenir complicações, acompanhar o desenvolvimento gestacional e garantir desfechos positivos para mãe e bebê. Essa assistência deve ser humanizada, acolhedora e adaptada às necessidades das gestantes dentro das premissas do SUS. A enfermagem obstétrica tem papel fundamental nesse processo, atuando de forma legal e técnica na realização de consultas de enfermagem e na educação em saúde. Uma das ferramentas utilizadas nesse cuidado é o PP, que valoriza o protagonismo e o empoderamento da gestante.

Introdução | Objetivos | Conteúdo | Avaliação | Referências | Anexos

30

Plano de Parto: Guia para Enfermeiros

O PP é uma recomendação da OMS desde 1998 e tem sido amplamente incorporado às boas práticas obstétricas por se configurar como uma ferramenta que, ao ser elaborada em conjunto com a gestante, promove a reflexão e o esclarecimento de aspectos relevantes do processo de parturição. Sua construção possibilita o acesso a informações essenciais, favorecendo uma tomada de decisão consciente quanto à via de nascimento (Santos et al., 2019).

No contexto da Atenção Primária à Saúde (APS), o enfermeiro que acompanha o pré-natal estabelece vínculo com a gestante e sua família, tornando as consultas de enfermagem momentos acolhedores, que fortalecem a confiança e a segurança nas orientações fornecidas. Essa relação contribui para a desconstrução de mitos sobre o trabalho de parto, promovendo uma experiência mais adequada, não instrumentalizada, segura e respeitosa.

No final da gestação, especialmente a partir de 37 semanas, é comum que gestantes e acompanhantes estejam mais ansiosos, receptivos e interessados nas questões relacionadas ao parto. Por isso, embora a educação em saúde deva ocorrer ao longo de todo o pré-natal, é imperativo intensificar orientações e reforçar informações nesse período, além de promover o vínculo com a maternidade de referência (Trigueiro et al., 2022).

É fundamental que a consulta de enfermagem ocorra em um ambiente adequadamente estruturado, com local e horário apropriados, o que representa um desafio diante da alta demanda na APS. Uma estratégia eficaz para promover informações e discussões sobre o trabalho de parto, parto e nascimento é a realização de palestras e de grupos voltados para gestantes, conduzidos pelas equipes de saúde. Essas encontros favorecem a inclusão social de gestantes de diferentes contextos e possibilitam o compartilhamento de experiências, enriquecendo o diálogo com as profissionais e promovendo maior compreensão sobre o processo de parturição.

Outra possibilidade apontada pela Linha Guia (SESA, 2022) é o telemonitoramento para gestantes com fragilidades educacionais, dificuldades de acesso aos cuidados e barreiras de acesso aos serviços de saúde. Para melhorar o acesso aos processos educativos, podem ser utilizadas estratégias como cine debate, sessões de fotos e oficinas de massagem para alívio da dor (Lucena, 2024).

Introdução | Capítulo 1 | Capítulo 2 | Capítulo 3 | Capítulo 4 | Capítulo 5 | Capítulo 6

21

Plano de Parto: Guia para Enfermeiros

Já no terceiro trimestre, deve-se iniciar a elaboração do plano de parto de modo individualizado e centrado nas expectativas da gestante, levando em consideração seu nível de compreensão, por meio de escuta ativa e uso de técnicas de comunicação eficazes que priorizem suas dúvidas e desejos, bem como os de sua família. Esse processo destaca a relevância da consulta de enfermagem, especialmente no final da gestação, momento em que medos e ansiedades se tornam mais evidentes e demandam acolhimento e orientação qualificada.

As Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento configuram-se como importantes referências para orientar a atuação do enfermeiro na APS quanto às possibilidades de escolha no PP. A adoção de um modelo estruturado de PP, previamente discutido com os profissionais das maternidades de referência e com base em visitas técnicas nesses serviços, favorece a implementação de ações mais assertivas, uma vez que possibilita alinhar os desejos da gestante com a capacidade de resposta da instituição de saúde. Mas é relevante destacar que o risco gestacional é dinâmico e pode sofrer alterações em qualquer etapa do acompanhamento pré-natal, sendo possível, portanto, a modificação do plano de parto a qualquer momento, de acordo com a evolução do quadro clínico da gestante.

A seguir, apresenta-se um quadro com os principais conteúdos a serem abordados durante as consultas de enfermagem no pré-natal, distribuídos por trimestre gestacional. As recomendações seguem diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2018), do Rede Cegonha (Brasil, 2017), do Manual Técnico do Ministério da Saúde (Brasil, 2012) e de materiais atualizados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS, 2024), voltados à orientação de gestantes.

A organização dos tópicos por trimestre considera o momento específico vivido pela gestante, respeitando o seu nível de compreensão, as mudanças fisiológicas da gestação e o aumento progressivo do interesse e da ansiedade em relação ao trabalho de parto, parto e nascimento. Dessa forma, busca-se proporcionar um cuidado mais humanizado, efetivo e alinhado às necessidades de cada fase gestacional.

Introdução | Capítulo 1 | Capítulo 2 | Capítulo 3 | Capítulo 4 | Capítulo 5 | Capítulo 6

22

Plano de Porto: Guia para Enfermeiros

QUADRO 1 – Tópicos para discussão sobre o Plano de Porto

Trimestre gestacional	Tópicos a serem abordados
1º Trimestre (até 13 semanas)	- Introdução ao pré-natal e seu propósito. - Estratificação de risco gestacional e cuidados inerentes. - Introdução ao plano de parto (PP) e seus objetivos. - Papel e importância do acompanhante da escolha da gestante. - Direitos da gestante e acesso à rede de atenção obstétrica. - Início da construção do vínculo profissional-gestante. - Promção da saúde materna e fetal.
2º Trimestre (14 a 27 semanas)	- Orientações sobre parto normal e cirurgias cesarianas. - Fisiologia do trabalho de parto e parto. - Exercícios preparatórios para o parto. - Diferença entre pré-dilatação, trabalho de parto e parto ativo. - Dor do parto. - Humanização do processo de parturição e nascimento. - Reconhecimento dos sinais de alerta e quando procurar a maternidade. - Preparação emocional e esclarecimento de dúvidas sobre o parto. - Aprendimento e orientações sobre visita à maternidade de referência, se possível.
3º Trimestre (28 semanas em diante)	- Construção efetiva e personalizada do plano de parto de forma individualizada (preferencialmente a partir de 32 semanas). - Consentimento informado e respeito às escolhas da gestante. - Técnicas não farmacológicas para alívio da dor. - Papel do acompanhante e da doula no trabalho de parto e parto. - Mobilograma e sinais de alerta. - Procedimentos esperados no hospital (exames, alimentação, rotina). - Prevenção de intervenções desnecessárias. - Cuidados imediatos com o recém-nascido: contato pele a pele, climatização do cordão, amamentação na primeira hora. - Cuidados imediatos com a puérpera. - Planejamento sexual e reprodutivo.

Fonte: As authors, 2025

23

Plano de Porto: Guia para Enfermeiros

Link de aprofundamento sobre a Atenção ao Pré-Natal de baixo risco – MS/BR:

https://brasil.ssa.gov.br/ct/ct/publicacoes/infancia_atencao_baixo_risco_prenatal.pdf

Para mais informações sobre Parto Adequado na Cidade Suplementar – Agência Nacional de Saúde Suplementar/BR, acesse o link abaixo:

<https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/boaspraticas/parto-adequado>

2. BOAS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM NO PREPARO PARA O PARTO

Durante o pré-natal, cabe ao enfermeiro orientar a gestante de forma clara e acolhedora sobre as diferenças entre o parto normal e a cirurgia cesariana, destacando os benefícios do parto fisiológico, os riscos inerentes à cirurgia e os critérios clínicos que justificam a indicação da cesariana. Essas orientações devem ser baseadas nas diretrizes do MS e na OMS, que reforçam o parto normal como via preferencial, salvo contraindicações médicas (MS, 2018; OMS, 2018).

O enfermeiro também tem papel fundamental de educador desde a primeira consulta de pré-natal. É necessário informar a gestante sobre seus direitos garantidos por lei, como o direito ao acompanhante, à doula, ao parto respeitoso e humanizado, além do acesso à rede de atenção obstétrica. Vale ressaltar que a preparação para o parto é complexa e não se dá em apenas um momento de encontro, mas deve acontecer de forma contínua, explorando as dúvidas (Lucena, 2024).

É essencial que o enfermeiro da APS conheça e compreenda o funcionamento das rotinas e os fluxos de atendimento das maternidades de referência de sua região, a fim de estimular a gestante e seu acompanhante a visitar previamente o local, promovendo segurança e autonomia no processo de parto (MS, 2014). Para moradores de regiões mais afastadas das áreas urbanas ou com dificuldades de acesso, recomenda-se trazer uma estratégia de transporte que tenha o trajeto com tempo calculado para evitar que isso seja um fator complicador em situações de urgência/emergência.

Outro aspecto essencial da assistência é o fortalecimento do vínculo entre profissional e gestante. A escuta qualificada, o acolhimento e a empatia nas consultas criam um ambiente de confiança, o que favorece a expressão de medos, dúvidas e expectativas em relação à gestação e ao parto. Esse vínculo contribui significativamente para o empoderamento feminino e para um cuidado mais individualizado (Rezende, Vilas, 2021).

24

Plano de Parto: Guia para Enfermeiros

Além disso, o enfermeiro atua na promoção da saúde materna e fetal por meio de ações como educação em saúde, incentivo ao pré-natal contínuo, orientação sobre nutrição e prática regular de exercícios físicos, reconhecimento de sinais de risco, cumprimento do calendário vacinal e estímulo de hábitos saudáveis ao longo da gestação. Essa abordagem integral visa reduzir complicações e melhorar os desfechos perinatais (MS, 2022).

No momento da admissão na maternidade, o enfermeiro realiza o acolhimento da gestante com escuta aberta, conduz uma entrevista detalhada e realiza anamnese e exame físico, coletando dados clínicos, gestacionais e emocionais. Também é responsabilidade do enfermeiro considerar o histórico social da mulher, incluindo aspectos como suporte familiar, condições socioeconômicas e culturais, além de possíveis vulnerabilidades, promovendo uma assistência segura, humanizada e contextualizada (MS, 2022). Essas informações devem estar registradas no Caderneta da Gestante como forma de orientar e alertar a equipe de saúde sobre possíveis sinais de risco e/ou agravos, contribuindo para a identificação precoce de intercorrências, a tomada de decisões oportunas durante o acompanhamento pré-natal, a assistência ao parto e a construção de um plano de cuidados personalizado.

A assistência ao parto deve seguir o modelo de cuidado humanizado, garantindo acolhimento, segurança e orientação adequada ao nível educacional da mulher e de sua família, fundamentada nas Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal (MS, 2017) e na Política Nacional de Humanização, a prática deve ser multiprofissional, respeitar a individualidade da parturiente e promover sua participação ativa.

A adoção de práticas baseadas em evidências assegura a segurança da mãe e do recém-nascido, inclusive diante de situações imprevistas que possam demandar intervenções. É fundamental que gestante e acompanhante sejam previamente informados sobre essa possibilidade, promovendo compreensão ampla e preparo emocional para que a experiência seja positiva. A qualidade da assistência deve ser monitorada continuamente por meio de indicadores clínicos e de segurança do paciente.

Para mais informações sobre Boas Práticas: Gestação, Parto e Recém-nascido IFT/Fiocruz, acesse o link abaixo:

https://portal.baspraticas.ift.fiocruz.br/baspraticas-parto-gestao/?posi_titulo=mulher_e_mulher_baspraticas-parto-e-recem-nascido

Introdução | Capítulo 1 | Capítulo 2 | Capítulo 3 | Capítulo 4 | Capítulo 5 | Capítulo 6

35

Capítulo 3



PLANO DE PARTO E O PARTO NORMAL

Neste capítulo, serão apresentadas as possibilidades de plano de parto para o via de nascimento por parto vaginal.

1. VIA DE NASCIMENTO POR PARTO NORMAL

A OMS (1995, atualizado em 2018) defende o parto como um processo fisiológico e propõe o uso criterioso da tecnologia, priorizando a experiência positiva da mulher e sua autonomia. O parto humanizado valoriza práticas que respeitam os aspectos hormonais naturais do nascimento, garantindo liberdade de movimento, escolha de posições, alimentação livre e privacidade. A presença de doula e de métodos não farmacológicos para alívio da dor também contribui para uma vivência menos dolorosa e mais respeitosa. A recuperação pós-parto é mais rápida, apresenta menor risco de complicações e maior vínculo com o bebê.

O parto normal geralmente se configura pela via de nascimento vaginal, ocorre entre 37 e 42 semanas de gestação, com feto único, vivo e em apresentação cefálica, sem uso de fórceps, vácuo extrator ou cirurgia cesariana. O parto humanizado caracteriza-se pela dignificação do parto fisiológico dentro de um modelo assistencial respeitoso e combate intervenções desnecessárias, visando ao protagonismo e à autonomia da gestante (Unicef, 2020).

Em algumas situações assistenciais, o parto normal pode incluir intervenções baseadas em evidências para favorecer sua evolução, como infusão de oxitocina, ruptura artificial de membranas e métodos para alívio da dor (MS, 2017). Já em situações como parto prematuro, gestação com complicações clínicas, infecções, morte fetal ou necessidade de parto operatório, é exigida uma avaliação individualizada, que deve ser cuidadosamente discutida com a médica, podendo haver personalização do cuidado para garantir segurança e melhores resoluções.

A assistência ao parto normal de gestante de risco obstétrico habitual pode ser realizada tanto por médico obstetra quanto por enfermeira obstétrica ou obstetriz. Entretanto, a mesma Oliveira e diversos estudos reforçam a importância da assistência prestada por enfermeiras obstétricas ou obstetrizes, destacando suas vantagens na redução de intervenções e no aumento da satisfação materna. Esse é um aspecto relevante que pode ser discutido e considerado na elaboração do PP.

Introdução Capítulo 1 Capítulo 2 Capítulo 3 Capítulo 4 Capítulo 5

27

O trabalho de parto, especialmente em gestantes primíparas, tende a apresentar uma evolução mais prolongada, o que torna essencial a coleta dessa informação durante a elaboração do PP. Tal compreensão permite o planejamento adequado de estratégias de conforto e humanização, contribuindo para que o processo ocorra de forma segura, natural e alinhada ao modelo fisiológico. Dessa forma, garante-se uma assistência centrada nas necessidades da gestante, promovendo autonomia e bem-estar.

O trabalho de parto normal é um processo dividido em quatro fases distintas, cada uma com características e cuidados específicos:

Primeira fase

Dilatação do colo uterino. Inicia-se com contrações regulares e vai até a dilatação completa do colo do útero (cerca de 10 cm). A duração média dessa fase varia entre 7,3 e 10,6 horas em primíparas e entre 4,1 e 5,3 horas em multiparas. É subdividida em três fases:

- Fase latente: contrações irregulares que se tornam regulares e mais intensas, com dilatação de 0 a 3 cm.

Características da fase latente:

- Contrações regulares, mas não muito potentes nem muito longas, podendo ocorrer a cada 10 minutos e durar de 15 a 30 segundos
- Odores se está em trabalho de parto
- As contrações não são um problema
- Sensação de:
- "inchaço "bala"
- "músculo enrijado"
- Nervoso de não saber como ocorrerá o processo
- Nervoso das pessoas que estão próximas (não saber lidar com a situação)

Como lidar com a fase latente:

- Continuar a fazer as atividades do dia a dia
- Descansar se possível
- Beber um pouco
- Caminhar
- Terminar de arrumar as coisas para a chegada do/a bebê
- Mutter assistir a um filme



Fonte: Louren, 2020.

Introdução Capítulo 1 Capítulo 2 Capítulo 3 Capítulo 4 Capítulo 5

28

Fase de Parto: Ativa para Intermédio

- **Fase ativa:** contrações regulares e mais fortes, com dilatação de 5 a 8 cm.

Características da fase ativa:

- Contrações intensas e frequentes, com intervalos de 3 a 5 minutos e duração de 30 até 60 segundos.
- O trabalho de parto fica intenso.
- Contrações mais próximas.
- Vômito.
- Mulher não é mais a mesma: sabe que vai conseguir, que quer chegar ao momento (se disponível).

Como lidar com a fase ativa:

- Presença de acompanhante.
- Mudar de posição frequente.
- Agitar quente de chuveiro ou banho.
- Agitar.
- Concentrar-se no relaxamento.
- O que o acompanhante pode fazer:
 - Companhia, encorajamento, elogios, massagem e ombro durante as contrações; não fazer muitas perguntas.
 - Saber o caminho e entrada da maternidade.
 - Momento de ir para maternidade.
 - Lavar travessões no carro.
 - Dirigir com cuidado.
 - Lembrar o quanto é bom de achar que o bebê vai nascer no carro e mais seguro para o carro para o bebê nascer do que nascer.

Fonte: Lúcia, 2024.



Resumo | Capítulo 1 | Capítulo 2 | Capítulo 3 | Capítulo 4 | Capítulo 5

39

Fase de Parto: Ativa para Intermédio

- **Fase de transição:** contrações intensas e dilatação de 8 a 10 cm.

Características da fase de transição:

- Período curto, nem sempre sendo possível distingui-la da fase ativa.
- Fase mais dramática, quando algumas mulheres entram em pânico e dizem não querer mais um parto normal, ou que não vão conseguir, pedem cesárea e analgesia.
- O que a mulher pode sentir:
 - contrações mais longas
 - transição da fase
 - intervalos de 1 a 2 minutos entre as contrações, durando até 90 segundos
 - ondas de calor
 - eliminação de gases
 - tremores
 - desorientação
 - perda de apetite
 - pressão no osso do pélvis
 - vômito

Como lidar com a fase de transição:

- Encorajar com palavras de confiança.
- Lembrar-lhe que essa fase é curta.
- Ficar sempre do seu lado.
- Oferecer água e lembrá-la de fazer xixi.
- Encorajar a se movimentar.
- Massagelar a região lombar.



Fonte: Lúcia, 2024.

Resumo | Capítulo 1 | Capítulo 2 | Capítulo 3 | Capítulo 4 | Capítulo 5

39

Plano de Parto: Guia para Enfermeiros

Segunda fase

Período expulsivo. Vai da dilatação completa do colo uterino até o nascimento do bebê. A duração média é de 35 a 57 minutos em primíparas e de 17 a 19 minutos em multíparas.

Características da período expulsivo:

- Pode durar de minutos a horas.
- Contrações mais suportíveis do que as contrações do período de transição.
- Menor intervalo entre as contrações.
- Necessidade de fazer força em mulheres não anestesiadas (em caso de anestesia é necessária a força cirúrgica).
- Menor energia.
- "Crisis de fôlego" – sensação de queimadura na passagem do bebê.

Como lidar com o expulsivo:

- Encontrar uma posição mais confortável.
- Testar posições variadas.
- Vocalização.
- Encorajar com palavras de confiança.

Fonte: Loures, 2020.

Terceira fase

Dequitação da placenta. Inicia-se após o nascimento do bebê e termina com a expulsão da placenta, geralmente ocorrendo em poucos minutos, mas podendo se estender até 30 minutos.

• Começa com o nascimento do bebê e termina com a expulsão da placenta.

• Geralmente dura menos que 1 hora.

• A placenta se desprende da parede uterina e é expulsa através do canal de parto.

• As vias da mulher não são mais usadas.

• Pode ser feita tração do cordão umbilical.

• Há protocolos que recomendam aplicação de ocitocina intramúscular após a saída da placenta.

Fonte: Loures, 2020.

Durante as fases do trabalho de parto, a gestante pode desenvolver algumas atividades de sua escolha presentes no PP. Segue abaixo um quadro com sugestões das referências do Ministério da Saúde, da Unicef e da Linha Guia Materno Infantil-SESA/PR:

QUADRO 2 – Possibilidade de escolhas durante o trabalho de parto e parto normal

Possibilidades	Justificativa	Observação
Acesso venoso	Durante o trabalho de parto, pode-se pedir para não haver punção do acesso venoso. Isso possibilita maior liberdade à gestante para andar e ficar em posições mais confortáveis.	No desenvolvimento do trabalho de parto, é importante considerar que pode haver necessidade de ser realizada punção venosa, e isso será informado e discutido com a equipe assistencial.
Dieta livre	Receber alimentação em cada fase do trabalho de parto na indicação adequada é um direito e proporciona que os níveis de glicemia sejam mantidos para os momentos de maior esforço corporal.	A escolha do tipo de dieta livre, leve ou líquida clara é orientada pela equipe assistencial de acordo com a fase do trabalho de parto.
Privacidade	Ter direito a leito individual e ambiente calmo, com estrutura adequada para conforto da gestante e de seu acompanhante.	O HIMSJP é um hospital escola. Caso a gestante não deseje a presença de estudantes durante seu internamento, pode deixar isso claro no plano de parto.
Acompanhante	É lei o direito de a gestante/pai/par ter um acompanhante de sua escolha por todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto para fornecer tranquilidade, apoio, suporte e alívio.	A presença do acompanhante contribui para a experiência positiva do parto. Sugere-se que o acompanhante esteja presente nas orientações desde o pré-natal, para que possa favorecer o apoio.
Doula	É um direito da gestante de ter a presença de doula para suporte físico, emocional e psicológico, pois fortalece a confiança no processo de parturição. Isso não compromete o direito da mulher de ter um acompanhante.	O HIMSJP permite atuação de doula voluntária através de norma interna e mediante cadastro com o voluntariado da instituição.

Plano de Porto: Guia para Enfermeiros

Possibilidades	Justificativa	Observações
Métodos não farmacológicos	Acesso a bola suíça, espaço para exercícios físicos, banho quente ou banho e massagem. O uso desses métodos costuma colaborar para uma experiência menos dolorosa e mais satisfatória do parto.	A estrutura do Centro Obstétrico do HIMSJP é limitada, mas é possível ter alguns equipamentos e instrumentos da gestante favorecendo a humanização do parto, desde que autorizados pela instituição.
Perfences	Prática de humanização para que a gestante se sinta à vontade e utilize perfences/roupas que deseje, como cinto, lenço para cabelos, tecido para alongamento, etc.	Vale lembrar que o protocolo de segurança do paciente orienta que não é indicado o uso de adornos como brincos, conchas, pulseiras e aliança.
Ambientação	Algumas práticas como musicoterapia, dança, exposição de fotos e vídeos contribuem para o bem-estar físico e psicológico da gestante.	No HIMSJP é permitido que gestantes levem aparelho para musicoterapia, vídeo artificial, cordão de fotos, desde que autorizados previamente.
Análise de parto	Pode ser solicitada pela gestante a qualquer momento. Esse método colabora durante o trabalho de parto ativo para alívio da dor e conforto da gestante.	Discuti com a equipe assistencial a melhor técnica e o momento para a aplicação.
Partograma	Participar e entender o desenvolvimento do partograma em cada fase do trabalho de parto é um direito da gestante.	O partograma fica exposto no painel dentro do box PPP, e o fornecimento de informações é feito pela equipe assistencial, promovendo uma relação de confiança mútua e melhores desfechos do parto.
Avaliação do bem-estar fetal	A avaliação do bem-estar fetal em parturientes de baixo risco deve ser realizada durante e imediatamente após uma contração, por pelo menos 1 minuto e a cada 30 minutos.	Essa medida garante que seja monitorada a vitalidade do feto e proporciona segurança para a gestante durante o trabalho de parto e parto. São utilizados detector fetal portátil, cardiotocografia e ultrassom.

Introdução Capítulo 1 Capítulo 2 Capítulo 3 Capítulo 4 Capítulo 5 Capítulo 6

33

Plano de Porto: Guia para Enfermeiros

Possibilidades	Justificativa	Observações
Tomada de decisão compartilhada	Na necessidade de intervenções, de instrumentalização do parto (fórceps ou vácuo extrator) ou de cirurgia cesariana, a gestante deve participar de decisão e concordar com a intervenção proposta.	É importante que sejam revelados os riscos e benefícios da intervenção proposta. É necessário coletar dos consentimentos informados.
Amniotomia	Nas gestantes em que o trabalho de parto esteja evoluindo dentro do esperado, a amniotomia precoce não é indicada.	No HIMSJP a amniotomia não é realizada rotineiramente e, caso seja necessária, a equipe assistencial tomará a decisão de forma compartilhada com a gestante.
Indução de parto	Considerar opções de indução de parto quando for diagnosticada a falta de progresso. Decidir as opções de conduta em conjunto com a equipe médica.	A indução de parto pode ser realizada através de comprimido via vaginal, ocitocina via endovenosa, método de balão intracervical, conforme definido pela equipe e consentido pela gestante.
Posição de parto	Escolher a posição que proporcione conforto e menor dor durante o parto e nascimento. O parto é um evento fisiológico e sentido pela mulher, que tem o direito de escolher a posição que lhe parecer mais confortável e que melhor se adapte à sua fisiologia.	Durante a decisão e o nascimento do bebê, a gestante pode ficar na posição escolhida. Podem ser necessárias manobras para ajudar o nascimento do bebê, o que deve ser explicado à gestante pela equipe assistencial.
Fotografia	Registrar o momento do nascimento de um filho é uma lembrança muito desejada pelas gestantes e sua família.	No HIMSJP é permitido o registro por meio de fotografia, desde que previamente autorizado.
Corteamento oportuno do cordão umbilical	Ter assegurado o corteamento oportuno do cordão umbilical, no mínimo, 1 minuto após o nascimento do bebê ou até a perda de pulsão.	É possível que a secção do cordão seja feita pela própria gestante ou pelo acompanhante. Se houver interesse, o HIMSJP autoriza mediante consentimento e entrega da placenta para a gestante.

Introdução Capítulo 1 Capítulo 2 Capítulo 3 Capítulo 4 Capítulo 5 Capítulo 6

34

Plano de Parto: Guia para Informar(a)s

Recomendações	Justificativas	Orientações
Contato pele a pele	É altamente recomendado manter o contato pele a pele da mãe com o recém-nascido por uma hora após o nascimento.	É estimulado o contato pele a pele imediatamente após o nascimento, isso fortalece o vínculo materno-infantil, previne a hipotermia neonatal e incentiva a amamentação na primeira hora de vida.
Amamentação na primeira hora de vida (Golden Hour)	Estimular a amamentação do recém-nascido imediatamente após o nascimento auxilia na prevenção da hemorragia pós-parto e na contração uterina, além de fortalecer o vínculo materno-infantil.	É estimulada a amamentação na primeira hora de vida.
Contração	Durante o internamento, em até 48h, é possível realizar a Lequeadura Tubária Bilateral (LTL) por via peritubaral em centro cirúrgico sob anestesia, se for o desejo da mulher.	Para realização da LTL, é necessário ter a documentação exigida pelo município SUS.

Fonte: As autoras, 2023

Link de aprofundamento: Métodos mecânicos para indução do parto.

➔ <https://prodmed.cefad.nlm.nih.gov/7136713/>

Link de aprofundamento: Assistência ao parto normal: Guia prático. Organização Mundial da Saúde, 1996.

➔ https://www.saude.gov.br/bvs/publicacoes/tratamiento_seguro_asistencia_parto_normal_guia_pratico.pdf

Link de vídeo ilustrativo sobre recomendações para posições de parto:

➔ <https://youtu.be/t29Mv731Jo>

Link de acesso à presença de doulas no trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, mediante solicitação de parturienta - PR:

➔ <https://teleatendimento.com.br/pt/rel-codmarte-21093-2022-parteras-doula-e-solucao-urgencia-de-doula-no-trabalho-de-parto-parto-e-pos-parto-imediato-mediante-solicitacao-de-parturienta>

38

Plano de Parto: Guia para Informar(a)s

2. HUMANIZAÇÃO NO PARTO E NASCIMENTO

Humanização é respeitar a individualidade das pessoas e saber ver e escutar o outro, permitindo a adequação da assistência segundo a cultura, as crenças, os valores e a diversidade das opiniões das mulheres, assim como respeitar o princípio Hipocrático *Primum Non Nocere* "em primeiro lugar, não causar dano" (Unicef, 2021). Intende-se por respeito e inclusão: tratar as mulheres com consideração e dignidade, fornecer informações baseadas em evidências e incluí-las na tomada de decisões. É importante estabelecer uma relação de confiança, considerando a atitude, o tom de voz e as palavras usadas.

Atitudes de acolhimento podem ser aplicadas desde a APS, através de uma comunicação efetiva que permita cumprimentar, explicar o papel do profissional, perguntar sobre necessidades e preocupações, ler e discutir o plano de parto, verificar dificuldades de comunicação, oferecer informações sobre alívio da dor e adaptar o ambiente às necessidades da mulher. É primordial atender a gestante e sua família respeitando suas escolhas, cultura, crenças e identidade. Há ênfase na inclusão de populações vulneráveis, como pessoas negras, indígenas, quilombolas e LGBTQIA+.

Não disponibilidade de equipamentos no centro obstétrico da HMSGF que auxiliam o estímulo ao trabalho de parto e parto, como: bola suíça, banqueta para parto, banheiro com chuveiro quente e cama para parto com apoio para os pés. Caso seja do desejo da gestante outro equipamento/material, ela pode entrar em contato com o voluntariado da instituição e pedir autorização prévia para levar no dia do parto.

No HMSGF, algumas possibilidades de lembranças após o nascimento do bebê podem ser feitas pela equipe de enfermagem (se pessoa habilitada e disponível), pelo acompanhante ou pela doula, como a carimbo da placenta (também chamado de "árvore da vida"), carimbo na cartelinha do recém-nascido com a lembrança da pele a pele e carimbo da impressão podal da bebê em uma folha ou local do corpo para posterior tatuagem.



39

Plano de Porto: Guia para Enfermeiros

FOTO 3 – Árvore da vida HMSJP



FOTO 4 – Corrimão do pelo a pelo HMSJP



Link de aprofundamento Assistência em Porto e Nascimento: com agenda para o século 21 – Unicef/Brasil.

<https://www.unicef.org/brasil/media/17451/file/assistencia-em-porto-e-nascimento-com-agenda-para-o-seculo-21.pdf>

Link de vídeo ilustrativo sobre humanização do parto passa por acolhimento e respeito à gestante.

https://vudu.br/GtHmDyMkicw7aHnLA_3WeyUfKig-3Jv

3. MÉTODOS NÃO FARMACOLÓGICOS PARA ALÍVIO DA DOR

Algumas práticas não invasivas contribuem para o alívio da dor e, consequentemente, para a evolução do trabalho de parto. Dentre elas, a imersão da gestante em água ou o banho de aspersão em água quente devem ser oferecidos pela instituição de saúde, pois proporcionam conforto e humanização do parto com condições diferenciadas.

Outras técnicas podem ser escolhidas pela gestante e realizadas pelo acompanhante, devidamente orientado, ou pela doula, tais como: massagem, técnicas de relaxamento, musicoterapia, acupuntura e hipnose (se houver profissional habilitado e disponível para tais atividades). Por se tratar de intervenções não invasivas e sem descrição de efeitos colaterais, não se deve cobrir as mulheres que desejarem usar audiotape e aromaterapia durante o trabalho de parto.

37

Plano de Porto: Guia para Enfermeiros

FIGURA 1 – Posições de conforto

LIBERDADE NO TRABALHO DE PARTO



Fonte: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/tema/tema-liberdade-no-trabalho-de-parto/>

Link de aprofundamento e respeito das principais questões sobre o parto e os métodos não farmacológicos para alívio da dor:

<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/tema/tema-principais-questoes-sobre-dor-no-trabalho-de-parto-e-sobre-metodos-de-alivio-nao-farmacologicos/>

4. ANALGESIA DE PARTO

A solicitação materna por analgesia de parto compreende indicação suficiente para sua realização, independentemente da fase do parto e do grau de dilatação, isso inclui parturientes em fase latente com dor intensa, após esgotados os métodos não farmacológicos. Deve ser oportunizada à gestante a qualquer momento, entretanto sugere-se que as medidas não farmacológicas sejam oferecidas anteriormente para estímulo do trabalho de parto e nascimento fisiológico.

38

Existem 3 tipos de analgesia de parto:

1. Analgesia inalatória com óxido nítrico não está disponível em todas as instituições de saúde. Mas, quando possível e disponível, deve-se considerar que pode provocar náuseas, tonturas, vômitos e alteração da memória.
2. Analgesia intramucosa e endovenosa/sistêmica: as opioides oferecem alívio limitado da dor e apresentam efeitos colaterais significativos para a gestante (náusea, sonolência e tontura) e para o recém-nascido (depressão respiratória do recém-nascido e sonolência), assim como interferência negativa no aleitamento materno.
3. Analgesia regional: é a mais indicada pelo serviço de anestesiologia e a mais utilizada nas maternidades. Deve ser previamente discutida com a gestante antes do parto, e seus riscos e benefícios devem ser informados.



Fonte: <https://www.youtube.com/watch?v=Uj8Ug3p3U80>
 Acesso em 10/05/2023. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=Uj8Ug3p3U80>

Geralmente, as instituições de saúde têm protocolo de analgesia de parto, que visa orientar a indicação e assistência à analgesia do trabalho de parto para as gestantes atendidas no hospital. São critérios de inclusão:

- Trabalho de parto ativo e em evolução, em qualquer idade gestacional, feto vivo ou morto.

Indicação Indicação Indicação Indicação Indicação Indicação

35

- Boa relação anestesiologista-obstetra-paciente.
- Boa vitalidade fetal assegurada pelo obstetra.
- Tentativa e esgotamento de métodos não farmacológicos.
- Disponibilidade do anestesiologista de plantão (considerar que o profissional pode estar ocupado em outro atendimento).
- O obstetra plantonista deverá considerar o número de procedimentos previstos (cirurgias) e a capacidade do serviço (equipe de enfermagem e sala de recuperação) no momento da indicação.
- A partir da analgesia de parto, a dor deverá ser seguida rebita.
- Ter o TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido) para analgesia de parto assinado.
- Ausência de contraindicações obstétricas ou anestésicas.

FOTO 5 - Box para analgesia de parto no Centro Obstétrico do HNSJP



Fonte: HNSJP, 2023.

Indicação Indicação Indicação Indicação Indicação Indicação

36

Plano de Parto: Guia para Enfermeiras

O plano de parto é uma importante ferramenta que resgata o protagonismo e a autonomia da mulher durante o trabalho de parto, o parto em si e o nascimento do bebê. Ao oferecer informações claras sobre as diversas possibilidades de escolha, como a posição que lhe far mais confortável, a recusa de procedimentos e exames que não precisam ser realizados de forma rotineira, entre outras decisões, esse instrumento favorece um

modelo de assistência que coloca a gestante no centro da cuidado. Assim, contribui para uma vivência mais humanizada, menos invasiva e mais alinhada ao processo fisiológico do parto, promovendo um novo significado à experiência de dar à luz (Rongel KI, 2024; Medeiros et al, 2016).

Cada parto carrega sua singularidade, mesmo para a mesma mulher. Por isso, é fundamental garantir que ela seja acolhida com respeito, livre de julgamentos ou imposições, e que tenha poder sobre seu próprio corpo. Oferecer um ambiente seguro, acolhedor e adequado é essencial para que essa vivência se transforme em uma lembrança positiva, marcada por respeito e dignidade.

As Boas Práticas de Assistência ao Parto Normal, conforme orientações da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2018), indicam condutas que tornam o processo de parturição mais respeitoso e centrado na mulher. Entre essas práticas, destacam-se a realização do toque vaginal em intervalos adequados e, sempre que possível, pelo mesmo profissional, visando preservar o conforto e a privacidade da gestante.

A amniotomia não deve ser realizada de forma rotineira com a finalidade de acelerar o trabalho de parto, assim como a episiotomia não deve ser feita sem o consentimento explícito da mulher. Além disso, o uso de manobras de extração fetal ou instrumentos durante o parto deve ser restrito e criterioso, evitando intervenções desnecessárias que possam comprometer a segurança e o bem-estar da mãe e do bebê (Rongel KI, 2024).

Introdução | Capítulo 1 | Capítulo 2 | Capítulo 3 | Capítulo 4 | Capítulo 5 | Conclusão

43

Plano de Parto: Guia para Enfermeiras

Durante a pré-natal, a orientação para a elaboração do plano de parto é um momento fundamental para fortalecer a autonomia da gestante. É essencial que ela seja encorajada a expressar suas dúvidas, questionar sempre que algo não estiver claro e participar ativamente das decisões relacionadas às intervenções que possam ser propostas durante o trabalho de parto. Promover esse protagonismo é garantir que a mulher esteja informada, segura e consciente do seu papel central em todo o processo de nascimento (Medeiros et al, 2016).

Links de aprofundamento sugeridos:

Experiência de profissionais e residentes atuantes no centro obstétrico acerca de utilização do plano de parto. *Eco Anna Mary [Internet].* 2020;27:e20220134. Disponível em: <https://doi.org/10.13263/2177-9448.EAB-2022-0134>

Florez GA, Mello Netto Y da. “É parto o seu berço”: a “violência perfeita” nas atendimentos obstétricos. *Physis [Internet].* 2020;33:e33007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0130-7301202333007>

Link do documentário “Da Dor, à Luz”, que coloca em debate as caracterização da violência obstétrica e da violência de gênero.

<https://videoescola.fcc.br/filmes/ds-dor-e-luz/#--parto%2Ddocument%C3%A1rio%20Ds%2Cda%2D%20Viol%C3%Aancia%20como%20uma%20cadeia%20de%20violen%C3%A7as>.

Introdução | Capítulo 1 | Capítulo 2 | Capítulo 3 | Capítulo 4 | Capítulo 5 | Conclusão

44



Plano de Parto: Guia para Enfermeiros

1. VIA DE NASCIMENTO POR CIRURGIA CESARIANA

A cesariana é uma via de nascimento reconhecida por sua importância em situações que envolvem risco à vida materna e/ou fetal, desde que devidamente indicada por critérios clínico-obstétricos. No contexto da APS, cabe ao enfermeiro incluir essa temática nas orientações iniciais do plano de parto, promovendo uma abordagem informada e acolhedora.

É essencial investigar os motivos que levam algumas mulheres a optarem pela cesariana eletiva, medo da dor, experiências prévias negativas ou percepção equivocada de segurança. O papel do enfermeiro, enquanto educador em saúde vai além da transmissão de informações: ele deve escutar, acolher angústias e desconstruir mitos sobre o parto normal, promovendo escolhas seguras e conscientes. Exclamações críticas associadas à cirurgia cesariana e seus impactos no binômio mãe-bebê é também um ato de cuidado, que contribui para melhores desfechos perinatais e para a redução da mortalidade materna (Unicef, 2021).

A idealização equivocada da cirurgia cesariana como um procedimento confortável, seguro e totalmente controlado contribui para sua banalização e expõe mães e recém-nascidos a importantes riscos, tanto imediatos quanto futuros. Trata-se de uma cirurgia de grande porte, na qual são seccionadas sete camadas de tecido até o útero, exigindo cuidados rigorosos. Para a mãe, os principais riscos incluem infecção urinária, maiores chances de complicações anestésicas, lesões operatórias, hemorragia pós-parto e aumento da probabilidade de complicações obstétricas em gestações futuras, como placenta accreta, placenta prévia e ruptura uterina (Unicef, 2021).

Link de aprofundamento: As Diretrizes de Atenção à Gestante e ao parto cesariano, publicação do Ministério da Saúde

<https://www.gov.br/saude/pt-br/midias/relatorios/2021/relatorio-diretrizes-cesariana-final.pdf>

Link de aprofundamento: Recomendações Assistenciais para Prevenção, Diagnóstico e Tratamento de Hemorragia Obstétrica – Organização Panamericana de Saúde

<https://www.ojs.bibliotecaam.org.br/handle/10665/274676/2738576471247-100.pdf?view=fulltext&file=1&view=fulltext>

Introdução | Capítulo 1 | Capítulo 2 | Capítulo 3 | Capítulo 4 | Capítulo 5

48

Do ponto de vista neonatal, a cirurgia cesariana está associada ao aumento da prematuridade relativa e à maior necessidade de intervenções imediatas, como oxigenação das vias aéreas, suporte ventilatório e cuidados intensivos. Além disso, pode comprometer momentos cruciais para o vínculo mãe-bebê, como o contato pele a pele e a amamentação na primeira hora de vida, fatores fundamentais para a adaptação fisiológica e o desenvolvimento saudável do recém-nascido.

As possibilidades de escolha da gestante são reduzidas, visto que o ambiente para a realização da cirurgia cesariana é de acesso controlado e tem normas e rotinas específicas de setor hospitalar cirúrgico. É necessário também um preparo pré-cirúrgico com exames laboratoriais, consulta pré-anestésica, jejum adequado e retirada de pertences pessoais.

Para a realização da cirurgia cesariana, é necessário o internamento com punção venosa, o preparo com camisa hospitalar e touca, o anestesiado, o preparo da pele com solução antisséptica e a colocação de campos cirúrgicos. A equipe se posiciona atrás do campo cirúrgico, e tudo é sistematizado e baseado em protocolos assistenciais de segurança cirúrgica. Entretanto, são recomendadas práticas de humanização para tornar esse momento mais acolhedor e adequado às necessidades da gestante.

QUADRO 4 – Possibilidades de escolha durante a cirurgia cesariana

Possibilidades	Justificativa	Observação
Privacidade e segurança	Acesso reduzido de pessoas durante a cirurgia, tomando o ambiente calmo e adequado para o atendimento da gestante.	O HNSLP é um hospital escola. Caso a gestante não deseje a presença de estudantes durante seu internamento, pode deixar isso claro no plano de parto.
Acompanhante	É lei o direito de a gestante/puérpera ter um acompanhante de sua escolha por todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto para fornecer tranquilidade, apoio, suporte e elogios.	A presença do acompanhante contribui para a experiência positiva do parto. Sugere-se que o acompanhante esteja presente nas orientações desde o pré-natal, para que possa favorecer o apoio.

Capítulo 1 Capítulo 2 Capítulo 3 Capítulo 4 Capítulo 5 Capítulo 6

47

Possibilidades	Justificativa	Observação
Doula	É um direito da gestante ter a presença da doula para suporte físico, emocional e psicológico, isso não compromete o direito da mulher de ter um acompanhante.	O HNSLP permite situação de doula voluntária através de norma interna e mediante cadastro com o voluntariado da instituição.
Ambientação	Algumas práticas como música ambiente e redução luminosa contribuem para o bem-estar físico e psicológico da gestante.	Recomenda-se verificar as possibilidades possíveis com a equipe assistencial e autorizadas pela instituição.
Fotografia	Registrar o momento do nascimento de um filho é uma lembrança muito desejada pelas gestantes e sua família.	No HNSLP é permitido o registro por meio de fotografia, desde que previamente autorizado.
Tomada de decisão compartilhada	Não há necessidade de intervenções ou instrumentalização do parto, e gestante deve participar da decisão e concordar com a intervenção proposta.	É importante que sejam revelados os riscos e benefícios da intervenção proposta.
Contato pele a pele	É altamente recomendado manter o contato pele a pele da mãe com o recém-nascido por uma hora após o nascimento.	Fortalece o vínculo materno-infantil, previne a hipotermia neonatal e incentiva a amamentação na primeira hora de vida.
Contracepção	É possível durante a cirurgia cesariana, se for o desejo da mulher, realizar a Ligatectomia Tubária Bilateral (LTB) ou inserção de Dispositivo Intrauterino (DIU).	Para realização da LTB, é necessário ter a documentação exigida pelo município (L.P.). Para inserção de DIU, deve-se ter o consentimento assinado.
Amamentação na primeira hora de vida (Golden Hour)	Estimular a amamentação do recém-nascido imediatamente após o nascimento.	Auxilia na prevenção de hemorragia pós-parto e na contração uterina, além de fortalecer o vínculo materno-infantil.

Fonte: As autoras, 2023.

Capítulo 1 Capítulo 2 Capítulo 3 Capítulo 4 Capítulo 5 Capítulo 6

48

1. CUIDADOS COM A PUÉRPERA APÓS O PARTO

Logo após o nascimento, é fundamental acompanhar cada detalhe do corpo da mãe na primeira hora após o parto, quando ocorrer por via vaginal. Nesse período, o profissional de saúde confirma se a placenta saiu completamente, avaliando uma tração suave e controlada; palpa o útero para garantir que ele esteja se contraindo adequadamente; verifica sinais vitais, como pressão arterial e frequência cardíaca; avalia a quantidade de sangue e de líquidos eliminados (líquidos); e questiona sobre dores ou desconfortos.

Outra etapa importante é a avaliação de possíveis traumas perineais ou genitais, sejam episiotomias realizadas ou pequenas lacerações que tenham ocorrido durante o parto. Nesse momento, busca-se oferecer alívio da dor com analgesia adequada e acomodar a puérpera em uma posição confortável, sempre respeitando o vínculo com o bebê. Explica-se à mãe a extensão do trauma e orienta-se sobre os cuidados com a higiene da região, a importância de manter uma dieta equilibrada e, sobretudo, de praticar exercícios do assoalho pélvico, que aceleram a recuperação e ajudam a prevenir complicações futuras.

No caso de cesariana, a mãe permanece cerca de uma hora sob observação constante, até que seus sinais estejam estáveis e dentro dos parâmetros esperados. Só então ela recebe alta dessa sala e é levada para o Alojamento Conjunto, onde poderá estar em contato com o bebê. Durante o internamento, a puérpera tem o direito de ficar com o acompanhante e com o bebê no quarto. A avaliação médica ocorre uma vez ao dia e são administrados medicamentos prescritos. A alimentação é livre e fornecida pela instituição.

A puérpera permanece internada por pelo menos 24 horas para cuidados pós-parto. No entanto, a alta hospitalar geralmente acontece junto com o recém-nascido, após ele completar 48 horas de vida. Durante esse período, se houver dificuldades na amamentação, o HUSJ possui uma Comissão de Incentivo e Apoio ao Aleitamento Materno (CIAMM), que tem por finalidade promover, proteger e apoiar o aleitamento materno. Também possui um Banco de Leite Humano com equipe de profissionais treinados para orientar

Introdução Capítulo 1 Capítulo 2 Capítulo 3 Capítulo 4 Capítulo 5 Capítulo 6

51

a mãe quanto à pega e à amamentação. Esse banco fornece complemento de leite humano sempre que preciso, além de realizar a coleta de frascos de leite doado pelas mãadoras do município de São José dos Pinhais. Todo esse leite é processado e distribuído para os bebês internados que necessitam desse complemento, garantindo que recebam a cuidados e a nutrição necessários.

No momento da alta hospitalar, é preciso realizar a orientação para alta qualificada e agendar a consulta de puerpério para até 07 dias pós-parto. Também deve-se orientar para os sinais de risco ou urgência e indicar a busca por atendimento na Unidade Básica de Saúde ou no HUSJ em caso de:

- Febre e calafrios.
- Dor intensa na barriga.
- Dor na ferida cirúrgica (onde foram dadas as pontos).
- Confinamento vaginal com mau cheiro.
- Sangramento intenso associado a tonturas, náuseas, vômitos, dor de cabeça e perda de consciência.
- Sintomas gripais com falta de ar.
- Inchaço doloroso em uma das pernas (panturrilha).
- Falta de ar e dor no peito.
- Dor nas mamas associada a vermelhidão, febre alta e calafrios.

Linha de aprofundamento sobre Cuidados no puerpério na APS:

<https://portaldbm.espnetsa.rr.br/cruz.br/atencao-mulher/principal/questoes-sobre-cuidados-no-parto-no-aps/>

Introdução Capítulo 1 Capítulo 2 Capítulo 3 Capítulo 4 Capítulo 5 Capítulo 6

52

2. CUIDADOS COM O RECÊM-NASCIDO LOGO APÓS O NASCIMENTO

A assistência ao recém-nascido imediatamente após o parto consiste no atendimento pelo pediatra, acompanhado da profissional de enfermagem (enfermeira e técnica de enfermagem), desde o parto até que o RN seja encaminhado ao Alojamento Conjunto com sua mãe ou à Unidade Neonatal, conforme a avaliação e o estado de saúde do bebê.

Quando o bebê nasce em boas condições para o contato pele a pele, o clampamento do cordão pode ser feito em tempo oportuno de 1 a 5 minutos após o nascimento ou quando a pulsação cessa. É realizada a identificação do recém-nascido com a pulseirinha, confirmando os dados de identificação em voz alta com a mãe e o acompanhante. A avaliação inicial é feita no colo da mãe, mas, caso isso não seja possível, o bebê é avaliado e assistido na sala de atendimento ao recém-nascido. Se em boas condições, é permitida a presença do acompanhante.

FOTO 7 – Sala de atendimento ao recém-nascido no HM&JP



Fonte: HM&JP, 2023.

Resumo Capítulo 1 Capítulo 2 Capítulo 3 Capítulo 4 Capítulo 5 Capítulo 6

53

A avaliação do recém-nascido consiste em realizar o exame de Apgar, que é um método rápido para avaliar a condição clínica do recém-nascido nos 1º, 5º e 10º minutos de vida, com base em cinco critérios: frequência cardíaca, respiração, tônus muscular, irritabilidade reflexa e cor, gerando uma pontuação de 0 a 10. Um valor inferior a 7 no 5º minuto de vida indica maior necessidade de cuidados especializados. Esse método tem sido útil na identificação de riscos à saúde do bebê (Magalhães et al., 2023). Em seguida, são realizadas as rotinas do recém-nascido:

- Registrar a circunferência cefálica, torácica e abdominal, bem como o comprimento e o peso.
- Realizar a profilaxia da oftalmia neonatal com solução oftálmica de iodopovidona 2%.
- Administrar vitamina K para a profilaxia da doença hemorrágica.
- Administrar a vacina contra Hepatite B.

Quando o exame físico inicial detectar alguma anormalidade física maior e para identificar problemas que possam requerer transferência, deve-se assegurar que qualquer exame, intervenção ou tratamento da criança seja realizado com o consentimento dos pais e

também na sua presença ou, se isso não for possível, com o seu consentimento. Após a avaliação, o recém-nascido em boas condições é transferido para a unidade de alojamento conjunto com a mãe, portando a cartelinha do recém-nascido e a Declaração de Nascimento Vivo (DNV).

Durante o período de internação, a avaliação do recém-nascido é realizada uma vez ao dia. Podem ser necessários procedimentos como administração de medicamentos, fototerapia e outros cuidados específicos. A equipe assistencial fornece orientações sobre os cuidados indicados e alerta para os riscos, incluindo a importância de evitar a prática de amamentação cruzada. Geralmente, o internamento dura cerca de 48 horas, desde que o bebê esteja em boas condições de saúde e após a realização dos exames de triagem neonatal, como o teste do coraçõeszinho, do orelhinho, do olhinho, da linguinha e do pedrinho, além da aplicação da vacina BCG. Após esses procedimentos, o recém-nascido recebe alta hospitalar.

Resumo Capítulo 1 Capítulo 2 Capítulo 3 Capítulo 4 Capítulo 5 Capítulo 6

54

Plano de Referência para Enfermeiros

No momento da alta hospitalar, deve-se realizar a orientação para alta qualificada e acompanhamento de puericultura 30 dias após o nascimento. Também deve-se alertar para os sinais de risco ou urgência e indicar a busca por atendimento na Unidade Básica de Saúde ou no HUSP em caso de:

- Febre.
- Hipotermia.
- Coloração azulada da pele, lábios ou extremidades (cianose).
- Pouca atividade ou dificuldades em fornecer o aleitamento materno.
- Mau cheiro do coto umbilical.
- Respiração rápida ou dificuldade respiratória.
- Letargia (muito sono, difícil de acordar ou sem reação).
- Choro excessivo, inconsolável ou gemêdo constante.
- Ausência de urina ou fezes há mais de 24 horas.

Link Recomendações para alta hospitalar do Recém-Nascido Termopotenencialmente Saudável:

https://www.gbs.com.br/flagship/inter-unidade/72848p-DC-Recem_Nato_Scapular_26_TermoPotenc_Saudavel.pdf

Link Caderno de Atenção à Saúde da Criança/Recém-Nascido de Risco:

https://www.saude.pr.gov.br/arquivos/default.asp?arquivos_noticias/livro_documento/2020-07/pdf1.pdf

Link Atla Segura da Mãe e do Bebê:

<https://portal.delegacias.org.br/Assessoria/interacao-mulher-atla-segura-da-mae-e-do-bebe/>

Link Salto mais: Proporção e fatores associados à Apgar menor que 7 no 5º minuto da vida: de 1999 a 2019, e que maldes?

<https://doi.org/10.1595/0141-87202023382.11160022>

Apêndice





FONTE: As autoras (2025).