



**CENTRO UNIVERSITÁRIO VALE DO SALGADO
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

SAMARA RAIANY BORGES DE ANSELMO

**PLANO DE PARTO COMO FERRAMENTA DE EMPODERAMENTO A
GESTANTE: uma revisão integrativa de literatura**

**ICÓ – CE
2023**

SAMARA RAIANY BORGES DE ANSELMO

**PLANO DE PARTO COMO FERRAMENTA DE EMPODERAMENTO A
GESTANTE: uma revisão integrativa de literatura**

Monografia submetida ao curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro Universitário Vale do Salgado, como requisito para obtenção do título Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof. Me. Francisca Juliana
Grangeiro Martins

ICÓ – CE
2023

SAMARA RAIANY BORGES DE ANSELMO

**PLANO DE PARTO COMO FERRAMENTA DE EMPODERAMENTO A
GESTANTE:** uma revisão integrativa de literatura

Monografia submetida ao curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro Universitário Vale do Salgado, como requisito para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Aprova do em 27 / 06 / 2023

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Ma. Francisca Juliana Grangeiro Martins
Centro Universitário Vale Do Salgado
Orientador

Prof. Ma. Riani Joyce Neves Nóbrega
Centro Universitário Vale Do Salgado
1ª Examinadora

Prof. Me. Raimundo Tavares de Luna Neto
Centro Universitário Vale Do Salgado
2ª Examinador

Dedico este trabalho ao meu filho, Marcos Renan, por ser minha fonte de força diária e minha luz em meio ao caos. Desistir nunca foi uma opção. pois, tenho você. Sempre foi por você e para você.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me permitir ultrapassar os obstáculos encontrados durante toda a minha jornada de estudos e por me mostrar que sou capaz de realizar os meus sonhos.

Ao meu filho, Marcos Renan, que foi e é meu principal incentivo. Obrigado, filho, por deixar a mamãe estudar mesmo sem entender, e por ficar com a bisavó sem reclamar. Me perdoe pela ausência, mas um dia você entenderá o propósito de tudo. Você não começará do zero e terá o poder de escolha. Sempre será para você. Te amo.

À minha mãe, Lucilene, por acreditar em mim e por todo o apoio durante esse percurso. Essa vitória é sua por conseguir formar sua primogênita em meio a tantas batalhas. Você é uma guerreira! Se um dia eu me tornar metade da mulher que você é, estarei realizada.

À minha avó, Lucia, que, apesar de não entender a dimensão de tudo isso, deu amor e cuidou do meu filho nos meus momentos de ausência. Serei eternamente grata. Sem você, nada disso seria possível. À minha irmã, Sara Emylle, por todo incentivo, cuidado e paciência comigo e com meu filho. Obrigada por amar e cuidar do Marcos como se fosse seu.

Ao meu avô de coração, Francisco Zacarias da Silva (in memoriam), que aos meus 8 meses de idade me acolheu, deu teto, comida e se dispôs a me criar como neta, sem nunca fazer distinção. Gostaria que o senhor estivesse aqui para ver sua neta se formar, a primeira da família. Obrigada por tudo, vô.

Ao meu namorado, Helton Colares, que antes de ser namorado foi meu professor, um excelente professor, com quem tanto aprendi. Você é fonte de inspiração diária, e eu sou sua principal admiradora. Serei eternamente grata por todo o apoio e paciência. Você foi primordial na minha jornada acadêmica, sempre me incentivando a ser melhor. Ao seu lado, sou minha melhor versão. Te amo.

Ao meu amigo Rian, que batalhou comigo durante esses cinco anos. Passamos por diversas situações juntos, mas sempre nos encorajamos reciprocamente. Não soltamos a mão um minuto sequer. Amigo, o fim chegou e conseguimos. Você já é um profissional maravilhoso. Obrigada por tudo.

Aos meus amigos Lucas e Danilo, obrigada por tornar esse percurso mais leve, por toda parceria e acolhimento.

Às minhas amigas e futuras colegas de profissão, Maria Beatriz, Jessica, Tainara, Lavínia, Pâmela, Magna, e todos os alunos da minha turma, obrigada pela parceria.

À minha orientadora, Prof. Ma. Francisca Juliana Grangeiro, pelas contribuições e empenho para a realização deste trabalho.

À minha banca, Prof. Ma. Riani Joyce Neves e Prof. Me. Raimundo Tavares, não poderia ter sido melhor. Agradeço por todas as contribuições necessárias para enriquecer a construção desse trabalho.

Aos docentes da graduação, agradeço por todos os ensinamentos que guiaram o meu aprendizado.

A todos que contribuíram, direta ou indiretamente, com a realização deste trabalho, expresso minha gratidão.

Nada pode parar mulheres que são recomeços

Ryane Leão

RESUMO

ANSELMO, S. R. B. **Plano de parto como ferramenta de empoderamento a gestante: uma revisão integrativa de literatura.** 2023. 52f. Monografia (Graduação em Enfermagem) – Centro Universitário Vale do Salgado, 2023.

O plano de parto é uma ferramenta recomendada pela OMS para informar sobre o parto e permitir que a gestante expresse suas expectativas, promovendo um parto natural e respeitoso. Objetivou-se analisar na literatura a construção da ferramenta plano de parto durante o processo gestacional, avaliar a efetivação da ferramenta plano de parto no processo de parturição e compreender a autonomia na tomada de decisões durante o processo gestacional. Trata-se de uma Revisão Integrativa de Literatura. A pesquisa nas seguintes bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). As buscas ocorreram no período de abril e maio de 2023, através dos descritores (DeCs/ MeSH): “Plano de parto” AND “Parto”, “Empoderamento” AND “Parto”, “Plano de parto” AND “Empoderamento”. Realizado cruzamento foram identificados: 489 artigos. Após aplicação do filtro restaram 25 referências, 10 artigos compuseram amostra final. Observou-se, que o plano de parto é uma ferramenta que auxilia na educação pré-natal, fortalecendo a autonomia da gestante. a falta de informações adequadas sobre o plano de parto leva as gestantes a terem ideias equivocadas e não se sentirem no direito de ter um plano de parto, os profissionais de saúde devem ser capacitados e apoiados para sua implementação, fortalecendo o vínculo e a confiança entre a equipe e a gestante. Pois, a falta de comunicação durante o pré-natal e a falta de capacitação dos profissionais são fatores que contribuem para a não utilização do plano de parto. O modelo obstétrico antigo e intervencionista também desvaloriza o protagonismo da mulher e impede a expressão de seus desejos. Mediante os resultados encontrados é notório que os profissionais de saúde devem se apropriar do conhecimento e promover a comunicação efetiva com as gestantes, oferecendo informações embasadas, orientações e apoio durante o pré-natal. A comunicação entre maternidades e unidades básicas de saúde é importante para compartilhar informações relevantes. A elaboração do plano de parto pode enfrentar dificuldades, mas adaptá-lo à realidade local e capacitar os profissionais são medidas essenciais. Educação pré-natal, comunicação efetiva, plano de parto e empoderamento feminino são elementos cruciais para uma assistência ao parto centrada na mulher.

Palavras chaves: Plano de parto, pré-natal, parto, empoderamento.

ABSTRACT

ANSELMO, S. R. B. **Birth plan as a tool to empower pregnant women**: an integrative literature review. 2023. 52f. Monograph (Nursing Degree) – Vale do Salgado University Center, 2023.

The birth plan is a tool recommended by the WHO to inform about childbirth and allow the pregnant woman to express her expectations, promoting a natural and respectful birth. The objective was to analyze in the literature the construction of the birth plan tool during the gestational process, evaluate the effectiveness of the birth plan tool in the parturition process and understand the autonomy in decision-making during the gestational process. This is an Integrative Literature Review. The search in the following databases: Virtual Health Library (BVS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO) and Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS). The searches took place between April and May 2023, using the descriptors (DeCs/ MeSH): “Birth Plan” AND “Birth”, “Empowerment” AND “Birth”, “Birth Plan” AND “Empowerment”. After crossing, 489 articles were identified. After applying the filter, 25 references remained, 10 articles made up the final sample. It was observed that the birth plan is a tool that helps in prenatal education, strengthening the autonomy of the pregnant woman. The lack of adequate information about the birth plan leads pregnant women to have wrong ideas and not feel entitled to have a birth plan, health professionals should be trained and supported for its implementation, strengthening the bond and trust between the team and the pregnant woman. Therefore, the lack of communication during prenatal care and the lack of training of professionals are factors that contribute to the non-use of the birth plan. The old and interventionist obstetric model also devalues the role of women and prevents the expression of their desires. Based on the results found, it is clear that health professionals must appropriate knowledge and promote effective communication with pregnant women, offering grounded information, guidance and support during prenatal care. Communication between maternity hospitals and basic health units is important to share relevant information. The elaboration of the birth plan can face difficulties, but adapting it to the local reality and training professionals are essential measures. Prenatal education, effective communication, birth planning and female empowerment are crucial elements for woman-centered childbirth care.

Keywords: Birth plan, prenatal care, childbirth, empowerment.

LISTADE SIGLAS E/OU ABREVIATURAS

BCF	Batimentos Cardíacos Fetais
BENFAM2	Bem-Estar da Família
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
DNCR	Departamento Nacional da Criança
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LGBT	Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgêneros
LILACS	Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher
PNEVCM	Política Nacional de Enfrentamento a Violência Contra a Mulher
PNSI LGBT	Política nacional de saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais.
PVO	Population, Variable, Outcomes
RIL	Revisão Integrativa de Literatura
SCIELO	Scientific Eletronic Library Online
SIS	Sistema de Informações em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVOS	14
2.1 Objetivo geral	14
2.2 Objetivos específicos	14
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	15
3.1 Marco histórico das políticas públicas no contexto da saúde da mulher: leis e diretrizes norteadoras.....	15
3.2 Consulta de enfermagem no pré-natal de baixo risco: orientações e reflexões	20
3.3 Plano de parto como ferramenta de empoderamento a gestante na parturição	22
4 METODOLOGIA.....	26
4.1 TIPO DE PESQUISA.....	26
4.2 ETAPAS DE ESTUDO	27
4.3 ELABORAÇÃO DA PERGUNTA NORTEADORA	28
4.4 FONTE DA PESQUISA E PERÍODO DE COLETA DDE DADOS	28
4.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.	29
4.6 PROCEDIMENTO E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS	30
4.7 ORGANIZAÇÃO E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS	30
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES	32
5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS RESULTADOS.....	32
5.2 CATEGORIZAÇÃO TEMÁTICA E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	38
5.2.1 Categoria 1 – Autonomia no pré-natal para elaboração do plano de parto	39
5.2.2 Categoria 2 – Barreiras relacionadas a não utilização do plano de parto no pré-natal.....	40
5.2.3 Categoria 3 – Empoderamento no processo de parturição através da autonomia e plano de parto	42
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	44

REFERÊNCIAS	46
ANEXOS	51
ANEXO A.....	52

1 INTRODUÇÃO

As políticas públicas de saúde voltadas para promoção da saúde da mulher, contribuem para prevenção de doenças e agravos. Devido a estas, hoje os cuidados durante a gestação, com foco na mulher e bebe, reduzem as taxas de mortalidade e morbidade materna e neonatal. A assistência pré-natal de qualidade deve ter ênfase nas necessidades da gestante. O programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) tem como objetivo melhorar a assistência através da humanização de profissionais que atendem a mulheres no processo gravídico, de forma que essa mulher seja ouvida e acolhida e sua família seja inclusa no processo de gestação e parturição, para que a assistência pré-natal não seja focalizado no útero gravídico (BRASIL, 2002).

No âmbito da atenção a gestante, o plano de parto é uma recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS) desde de 1996, a qual recomenda e compreende a ferramenta como estratégia para repasse de informações e como um instrumento para realizações das expectativas e desejos de acordo boas práticas obstétricas. O plano tem como objetivo diminuir procedimentos rotineiros de intervenções desnecessárias, reforçando o conhecimento da fisiologia do corpo feminino para um nascimento natural e respeitoso, fazendo com que o parto seja visto como o processo natural, e colaborando para a autonomia e empoderamento feminino (OMS, 1996).

Neste contexto, o plano de parto é uma ferramenta que contribui para o conhecimento e autonomia e empoderamento da gestante, trata-se de um documento escrito durante pré-natal, onde essa gestante após receber informações sobre o processo parturitivo, elabora e toma decisões de acordo com seus desejos pessoais, além de expetativas sobre seu parto ao longo da gravidez, executando seu poder de decisão (TRIGUEIRO *et al*, 2021).

A ferramenta tem caráter legal e pode ser feita por o enfermeiro da atenção básica, após o acolhimento dessa gestante com dignidade, no qual vai garantir a comunicação, vínculo profissional-gestante e educação em saúde, permitindo assim a construção da parceria colaborativa. O profissional envolvido no processo de acompanhamento pré-natal deve identificar as angústias apresentadas pela gestante e fornecer as informações necessárias. Essas estratégias são essenciais na construção do plano de parto, tornando a mulher a protagonista do seu processo (TRIGUEIRO *et al*, 2021).

O profissional enfermeiro, como profissional capacitado para realização do pré-natal de baixo risco na atenção primária, deve se apropriar do plano de parto, para efetivar a sua correta assistência baseada em evidências científica, apresentando e estimulando a criação da ferramenta. O profissional deve usar a ferramenta como uma potencializadora para o cuidado e buscando que os desejos dessa mulher sejam expressos no seu plano de parto (LIVRAMENTO *et al*, 2019).

No entanto, apesar de o plano de parto ser reconhecido há muitos anos com um instrumento fundamental na assistência a gestante, este ainda é desconhecido por muitos profissionais de saúde e esse desconhecimento acarreta em barreiras para sua implementação, fazendo com que ele não seja utilizado durante o pré-natal (MEDEIROS *et al*, 2019).

Seguindo a mesma linha de pensamento, Narchi e colaboradores (2019) ressaltam que a falta de incentivo e apoio profissional para construção do plano de parto são fatores que impactam a não utilização desse instrumento, acarretando diversos prejuízos no conhecimento sobre o processo do parto, comunicação, humanização e protagonismo da gestante (NARCHI *et al*, 2019). Neste contexto, questiona-se as seguintes perguntas norteadoras: A Ferramenta plano de parto tem sido construída durante o processo gestacional? Qual sua efetivação durante o processo de parturição?

O interesse pela temática abordada na presente proposta de pesquisa surgiu durante o estágio, devido ao relato de uma enfermeira do setor obstétrico sobre a não efetividade da ferramenta plano de parto.

Portanto, o presente estudo justifica-se pela necessidade de investigar como a ferramenta plano de parto gera autonomia e empoderamento a gestante no processo de parturição.

O presente estudo torna-se relevante para profissionais da saúde, acadêmicos, meio científico e sociedade. Pois, permite observar a efetividade da ferramenta plano de parto na autonomia e empoderamento a mulher, contribuindo para aprimorar a aplicabilidade do plano de parto, visando a sua efetividade e benefícios para as gestantes.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL:

- Analisar, a luz das produções científicas a construção da ferramenta plano de parto durante a processo gestacional.

2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Avaliar a efetivação da ferramenta plano de parto no processo de parturição;
- Compreender a autonomia na tomada de decisões durante o processo gestacional.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 MARCO HISTÓRICO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS NO CONTEXTO DA SAÚDE DA MULHER: leis e diretrizes norteadoras

As políticas públicas de saúde da mulher têm como marco histórico inicial na década de 1920, visto que programas de saúde materno-infantil se consolidaram. No entanto, o modelo abordava apenas o aspecto biológico com ações específicas referentes à gravidez e parto. Estes programas permaneceram até 1940, quando se criou o Departamento Nacional da Criança (DNCR), onde foi implementado um modelo assistencial de serviços de natureza médica e de educação sanitária das mães, implementando-se práticas higienizadoras que visavam a diminuição da mortalidade infantil. O DNCR exigia que as mães recebessem uma educação baseada em conhecimentos científicos, modificando a atuação materna com foco em ações sanitárias. Visto isso, o programa contribuiu para a solidificação do discurso higienista e da maternidade como identidade feminina (RIBEIRO, 2020).

As décadas de 1950 e 1960 foram marcadas por escassez do crescimento econômico e o aumento populacional, que foi de grande influência para as políticas públicas de saúde da mulher. Na falta de políticas públicas foi criado a Sociedade Bem-Estar da Família (BEMFAM2), neste cenário, o governo adotou ações voltadas à promoção do controle de natalidade e planejamento familiar, o qual se estenderam até 1970. Em de 1975 foram criadas políticas para a assistência a mulher, com a implementação do Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil (PMI), No entanto, a assistência a mulher era restrita, distante da real necessidade. Ainda neste contexto, a instância de controle do crescimento populacional, e pressão de forças políticas, permitiu a entrada de anticoncepcionais, considerado assim um marco, vistos como uma conquista das mulheres (MACHADO; PENNA,2022).

A insatisfação das mulheres acarretou em movimentos feministas, as mesmas argumentavam que os programas maternos-infantis reduziam a mulher ao ciclo gravídico-puerperal, baseado no seu papel de mãe e doméstica, ficando assim sem assistência em outros momentos da sua vida. Os programas tinham como estratégia de ação a proteção aos grupos de riscos, como crianças e gestantes, e baixo impacto na saúde da mulher. Tais movimentações femininas contribuíram para a implementação das políticas públicas de saúde da mulher. As mulheres reivindicaram direitos que ultrapassam o período da gestação e parto, implicando em ações que abordassem todas as suas particularidades. Como solução aos movimentos o Ministério da Saúde elaborou em 1984 o Programa de Assistência Integral à

Saúde da Mulher (PAISM), um marco para os princípios norteadores da política de saúde das mulheres (BRASIL, 2011).

O PAISM representa a primeira política pública criada exclusivamente para a população feminina, e introduziu como princípios e diretrizes a integralidade e equidade, e a descentralização hierarquização e regionalizações dos serviços. O novo programa abrangia ações educativas, preventivas, integrando a assistência ginecológica, pré-natal, parto, puerpério, climatério, planejamento familiar, Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), câncer cérvico-uterino e mamário, problemas respiratórios e infecto contagiosos. O programa sofreu grande influência com o processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS), em um momento que paralelamente, se concebia a estrutura conceitual que embasaria a formulação do Sistema Único de Saúde (SILVA; SILVEIRA, 2020).

Em 1988 a saúde pública no Brasil passou a ter um novo cenário, a Constituição da República Federativa do Brasil tornou a saúde pública como um direito de todos os brasileiros. O artigo 196 a carta magna garante a saúde como um dever do estado e direito de todos os cidadãos, sendo criado com este propósito o Sistema Único de Saúde (SUS). O significado de saúde passou por mudanças, aprimorando assim seu atendimento, com o foco além da ausência de doenças, mas visando o bem estar, e a qualidade de vida, em uma perspectiva holística (PAIM, 2018).

Deste modo, surge a necessidade de criar programas e políticas públicas que garanta a saúde de forma universal, com atenções próprias a cada gênero. Portanto, a constituição de 1988 é o principal marco histórico da saúde pública no Brasil, a mesma representa um importante progresso na garantia dos direitos da sociedade em relação a saúde. Desta forma, a trajetória de saúde pública da mulher teve um grande avanço positivo, mediante o processo de municipalização das ações, o SUS se tornou um âmbito privilegiado de reorganização dos serviços básicos e ações, no qual a atenção a saúde da mulher está integrada ao sistema e seguindo suas diretrizes (PAIM, 2018).

O SUS tem como bases para o funcionamento e organização princípios e diretrizes norteadoras, reafirmando direitos conquistados pela população brasileira, o formato democrático, federalista e humanista deve caracterizar sua materialização. O SUS tem como base legal três documentos que manifestam os fundamentos básicos que estruturam e organizam o sistema de saúde: A constituição de 1988, que visa a saúde como um setor que compõem a seguridade social, paralelo a previdência social; lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, conhecida

como lei orgânica da saúde, que assegura a saúde como um direito fundamental do ser humano e dever do estado; Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que determina a participação da população na gestão do SUS, e detêm as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde (BRASIL, 1990).

Dos princípios e diretrizes que norteiam o SUS são: universalidade, apresenta-se como acesso universal e igualitário aos serviços e ações, aponta para a igualdade de acesso sem distinção de sexo, gênero, orientação sexual, raça ou religião; equidade, as iniquidades econômicas e sociais leva a desigualdade no acesso, produção e gestão dos serviços de saúde. Portanto, a equidade é diferente da igualdade, pois trata-se de atender as necessidades coletivas e individual de forma onde a iniquidade é maior. Logo, a equidade busca tratar desigualmente o desigual; Integralidade, o atendimento integral deve transcender a prática curativista, abrangendo o indivíduo em todos os níveis de atenção; Descentralização, corresponde a distribuição do poder político, de responsabilidade da esfera federal para municipal e estadual (BRASIL, 1990).

No mesmo contexto, regionalização e hierarquização, diz a respeito à organização do sistema, que deve focar onde se definem perfis populacionais, condições de vida, suporte social e indicadores epidemiológicos, o qual carece nortear serviços de saúde e ações de tal região. Tem-se como propósito a aproximação da gestão municipal dos problemas de saúde que estão presente na região que compõem o município; Participação na comunidade, inclui a participação social nos conselhos de saúde e conferências de saúde e sobre a implementação das políticas de saúde em todas as esferas (BRASIL, 1990).

Apesar dos avanços, existiam lacunas que deixavam uma grande parte dessas mulheres descobertas, nas quais, saúde mental, questões de gênero e raça, doenças crônicas, saúde ocupacional, infertilidade, doenças infectocontagiosas, queixas ginecológicas e menopausa, não eram abordadas, a saúde da mulher ainda tinha o foco na reprodução. Em 2004 foi lançado a Política Nacional de Atenção integral à Saúde da Mulher (PNAISM), com o objetivo de preencher estas lacunas. A PNAISM é considerada outro marco histórico na saúde da mulher, pois passou a ampliar os planos de ações, considerando grupos estes que antes eram excluídos (SOUTO; MOREIRA, 2021).

A PNAISM pode ser definida com o aperfeiçoamento do PAISM, pois engloba um público que anteriormente eram excluídos das políticas públicas de saúde, considerando agora, lésbicas, bissexuais, agricultoras, negros quilombolas, índios, transexuais, mulheres em situação de rua e ciganas. A PNAISM tem como objetivos a redução da mortalidade e morbidade feminina, promoção da melhoria das condições de vida e saúde, humanização a

atenção integral no SUS. Desse modo, a inclusão dos diversos grupos populacionais em todos os ciclos de vida, sem discriminação e humanização, possibilita a atenção integral no SUS (SOUTO; MOREIRA, 2021).

De acordo com o documento, o Ministério da Saúde preconiza diretrizes direcionando para a humanização e qualidade da atenção, no qual, tem como as seguintes diretrizes: profissionais que atuam no SUS devem ser orientados para fornecer um atenção integral a mulher; a PNAISM deve abranger as mulheres em todas as etapas da vida; a avaliação das políticas precisarão ser norteadas pela concepção de raça, gênero e etnia, quebrando as paradigmas relacionado a saúde sexual e reprodutiva, para envolver todo o enfoque da saúde da mulher; a gestão deve ajustar uma método inclusivo, para atender as solicitações emergentes e antigas; As políticas de saúde da mulher deve englobar as condições necessárias para o direitos da mulher, com ênfase na segurança, justiça, trabalho, previdência social e educação (BRASIL, 2004).

Na mesma conjunção, a atenção integral remete a um aglomerado de ações de assistência, proteção, promoção e recuperação da saúde, cometidas nos diferentes níveis de atenção à saúde, de baixa e alta complexidade; as mulheres tem direito a assistência em todos os níveis de atenção à saúde, no cenário da hierarquização, descentralização e integração das ações e serviços. Sendo de inteira responsabilidade dos gestores; a integralidade compreende a mulher em um contexto de vida ampliado, compreendendo também a sua singularidade, e as condições da responsabilidade sobre suas escolhas, portanto, ela é responsável por suas decisões (BRASIL, 2004).

Dando continuidade, o atendimento deve respeitar todas diferenças, sem qualquer discriminação; a humanização deve ser uma prática exercida pelo os profissionais, onde o comportamento do profissional tem grande impacto no caráter da atenção à saúde, nesse contexto, devem repassar informações sobre o seu corpo e as condições de saúde, para que possam tomar decisões adequadas ao seu momento de vida; durante a avaliação das políticas de atenção à saúde da mulher deverá ser motiva e apoiada por a movimento feminino; aprimorar o métodos de propagação de informações sobre as políticas e acerca de gestão do SUS: as execuções de ação em saúde deverá ser acordado com todos os pontos hierárquicos, tendo assim uma execução abrangente e direcionada, permitindo a ajustes a distintas realidades regionais; os setores governamentais e não governamentais devem articular e executar ações de melhora de condição de saúde e vida as mulheres. Posto isso, se caracteriza as diretrizes norteadoras da PNAISM (BRASIL, 2004).

Outro marco importante foi a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, gays,

bissexuais, travestis e transexuais (PNSI LGBT), o Ministério da Saúde instituiu pela portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011. A PNSI LGBT foi a primeira política a reconhecer as necessidades dessa população, que antes não era vista. a política tem como objetivo geral a promoção da saúde de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBT), reduzir a desigualdade e acabar com discriminação e preconceito, e fortalecer o SUS como organização universal e equitativo. A política é um documento norteador das necessidades dessa classe, é composto por um conjunto de diretrizes, no qual, contém planos, estratégias e metas sanitárias, sendo de responsabilidade para execução do governo, e secretarias estaduais e municipais, e de todas as áreas do Ministério da saúde (SOUZA, 2019).

Dessa forma, a PNSI LGBT traz como diretrizes as seguintes: respeito aos direitos humanos de LBGT, colaborando para eliminar a estigma e discriminação das homofobias, classificada no regulamento como sofrimento e doença; articulação para inclusão da população LGBT, por meio das políticas sociais, de trabalho, segurança e educação e promoção da cidadania; incluirá diversidade social nas formulações e execução de próximas políticas e programas apontados para os mesmos, incluindo identidade de gênero, raça, orientação sexual e território; abolir a homofobia, e demais formas de preconceito, o qual geram violência contra a classe no âmbito do SUS, auxiliando a mudanças na sociedade (BRASIL, 2013).

Dando continuidade, a efetuação de ações e serviços no SUS, com ênfase no alívio de dor, sofrimento e adoecimento referente as particularidades das diferenças de gênero; disseminação das informações referente ao acesso, qualidade da atenção e ações para o combate da discriminação e todos os níveis de gestão do SUS; Incluir nos processos de educação a temática da orientação sexual e identidade de gênero de LGBT, incluindo a capacitação de profissionais de saúde e os integrantes dos conselhos de saúde e lideranças sociais; elaboração de tecnologias e produção de conhecimento científico com finalidade de melhoria das condições de saúde da comunidade LGBT; corroborar com o movimento organizado dos LGBT nas conferências, conselhos de saúde e demais instâncias de participação social. Portanto, as diretrizes estão direcionadas para as mudanças na determinação social da saúde, com foco na redução de desigualdades referentes a saúde desse grupo (BRASIL, 2013).

A Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra a mulher (PNEVCM) é outro marco importantíssimo, pois traz princípios e diretrizes de combate e prevenção a violência contra mulheres, de forma que tenham assistência e garantia dos direitos a mulheres em contexto de violência. A violência contra a mulher se caracteriza como uma violação dos

diretos humanos, pois atinge direitos a vida, saúde e integridade física. Dessa forma, a PNEVCM tem como objetivo combater a violência contra a mulher e todas as suas formas, com uma visão integral (BRASIL, 2011).

A PNEVCM foi instituída em 2011, e encontrasse em aliança com a Lei n 11.340/2006 (Lei Maria Penha), na qual define a violência doméstica a mulher como crime. A política tem as seguintes diretrizes: afirmar a execução dos tratados, acordos e convenções internacionais acordados pelo o Estado Brasileiro ao combate da violência contra a mulher; identificar a violência de raça, etnia e gênero como violência histórica e estrutural, que oprime mulheres e que é necessário ser tratada como questão da justiça, segurança e saúde pública; enfrentar as explorações mercantis da vida e do corpo das mulheres (BRASIL, 2011).

Dando continuidade, introduzir ações de prevenção nas políticas públicas, de modo intersetorial e integrado nas áreas de saúde, direitos humanos, cultura, turismo e assistência; promover a capacitação dos profissionais para o combate à violência contra as mulheres, com ênfase na assistência; implantar redes de assistência a mulheres em situação de vulnerabilidade, nos estados, município e distrito federal (BRASIL, 2011).

3.2 CONSULTA DE ENFERMAGEM NO PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO: orientações e reflexões

A consulta de enfermagem é uma atividade privativa do profissional enfermeiro, e tem como principal objetivo a melhoria das condições de saúde, promoção da saúde e qualidade de vida. Segundo o Ministério da Saúde o enfermeiro pode acompanhar por inteiro o pré-natal de baixo risco, por meio de uma abordagem contextualizada e participativa, e detém de total respaldo pela Lei do Exercício profissional, Decreto n° 94.406/87 (BRASIL, 2012).

Na consulta de enfermagem, o profissional deve ter um olhar holístico a essa gestante, demonstrando interesse pelo estilo de vida, sempre atento as suas indagações, levando em conta suas preocupações e angustias. Para tal, o enfermeiro deve e ter uma escuta qualificada, com finalidade de promover o vínculo com a cliente. Deste modo, o profissional poderá influenciar a mudanças saudáveis na rotina da gestante e sua família, praticando assim a educação em saúde (BRASIL, 2012).

No decorrer da gestação, caso ocorra alguma intercorrência que aumente o risco de óbito fetal ou materno, o enfermeiro deve referenciar a gestante a outro profissional, a gestação de alto risco engloba 10% das gestações. Após o encaminhamento dessa gestante ao

médico obstetra, a gestante deve ser orientada a não abandonar a vinculação com a atenção básica que iniciou o pré-natal. A equipe da atenção básica deverá ser informada de todas as informações referentes a evolução da gestação, e todos os procedimentos realizados a gestante (MARQUES *et al*, 2021).

As consultas de enfermagem no pré-natal devem iniciar precocemente, no primeiro trimestre que corresponde até as 12^a semanas de gestação. Devem ser regulares e que todos os procedimentos sejam realizados e cartão da gestante e ficha pré-natal sejam preenchidos. Deverá ser realizada no mínimo 6 consultas, com assistência entre enfermeiro e médico. A orientação e que essas consultas devem ser conduzidas por um cronograma, o qual, até 28^a semanas devem ser realizadas mensalmente, de 28^a semanas até as 36^a semanas devem ser realizadas quinzenalmente e de 36^a as 41^a semanalmente (MUNIZ *et al*, 2018).

Na primeira consulta pré-natal, uma vez a confirmada a gravidez o enfermeiro iniciará os procedimentos a serem realizados. A primeira consulta é mais complexa, pois devem ser verificados os antecedentes familiares, antecedentes pessoais, aspectos socioepidemiológicos, obstétricos e ginecológicos, além da circunstância da gravidez vigente. Os sintomas da situação em que se encontra também devem ser levados em consideração, como, vômitos, náuseas, síncope, sangramento, corrimento vaginal, entre outros. A caderneta da gestante deve ser aberta e o cadastro no Sistema informação em saúde (SIS) pré natal deve ser realizado (LIMA *et al*, 2021).

Ainda neste cenário, o enfermeiro necessita realizar a solicitações de exames complementares, como, hemograma, tipagem sanguínea e fator Rh, coombs indireto de o Rh for negativo, glicemia de jejum, exame de urina e urocultura, ultrassonografia obstétrica. Se for necessário, o profissional realizará o citopatológico de colo de útero, parasitológico de fezes e eletroforese de hemoglobina se a paciente for negra ou tiver antecedentes familiares de anemia falciforme ou histórico de anemia crônica. Ainda na unidade de saúde ainda será realizado teste rápidos de sífilis, anti-HIV, toxoplasmose igM e igG, sorologia para hepatite B (LIMA *et al*, 2021).

Os exames físicos são indispensáveis na consulta de enfermagem no pré-natal. Ainda na primeira consulta o Ministério da Saúde preconiza os seguintes: avaliação da altura, peso, pressão arterial, mamas, ausculta pulmonar, ausculta cardíaca, abdome e extremidades. No exame ginecológico deve averiguar a genitália externa, vagina e colo de útero. A altura do fundo uterino só deve ser realizada após as 12^a semanas, é o período onde o útero fica palpável, e visível. No período de 10^a a 12^a semanas os batimentos cardíacos fetais (BCF) são audíveis através do sonar-doppler, ausculta deve ser realizada para avaliação cardiológica e

vitalidade do feto (ARAUJO *et al*, 2019).

Nas consultas subsequentes é indispensável repetir todos os exames físicos realizados na primeira consulta, e introduzindo outros exames no decorrer das consultas, como: exame de membros inferiores, pesquisa de edema, estado nutricional, ganho de peso, e palpação obstétrica. Ademais, é considerável repetir exames laboratoriais e testes rápidos no decorrer da gravidez, afim de acompanhar a saúde materna, desenvolvimento fetal e mapear possíveis riscos ao momento do parto, como, entre 28^a a 30^a semanas é necessário repetir o teste rápido de sífilis, sumário de urina, glicemia de jejum e hemograma. a ultrassom obstétrica é repetida por volta das 20^a a 24 semanas gestacionais. Em alguns casos específicos, onde surge alguma intercorrência, se faz necessário solicitar outros exames complementares (ARAUJO *et al*, 2019).

O enfermeiro deve ainda prescrever medicamentos protocolados para o programa de pré-natal, o sulfato ferroso prescrito do início da gestação até três meses pós parto, e ácido fólico até o final do primeiro trimestre. Neste contexto, na consulta a cliente deve ser orientada a cerca da vacinação, nas quais: a vacina difteria e tétano, podendo ser administrada em qualquer período gestacional, três doses com intervalos de 60 dias; influenza, dose única podendo ser também administrada em qualquer período gestacional; hepatite B, administrada somente após o primeiro trimestre de gestação, em três doses com intervalos de 30 entre a primeira e a segunda, e de 180 dias entre a primeira e a terceira dose (ARAUJO *et al*, 2019).

Além do mais, o Ministério da Saúde recomenda repassar informação sobre o processo fisiológico que essa mulher se encontra, incentivo ao parto natural frisando riscos e benefícios, hábitos de vida saudável, benefícios da amamentação exclusiva e construção do plano de parto. Todos os procedimentos e informações repassadas durante o acompanhamento pré-natal são parte importante no processo do cuidado. (BRASIL, 2012).

3.3 PLANO DE PARTO COMO FERRAMENTA DE EMPODERAMENTO A GESTANTE NA PARTURIÇÃO

O processo de parturição é um evento natural e fisiológico, é caracterizada por um momento individual. Ademais, compreende uma experiencia humana, cheia de valores, expectativas e preocupações. As informações repassadas durante o processo gestacional têm grande impacto durante a parturição, influenciando nas tomadas de decisões que tornam a mulher protagonista (NARCHI *et al*, 2019).

Corriqueiramente as mulheres no seu processo de parturição são submetidas a varias a intervenções algumas vezes desnecessárias, tais como, os procedimentos de medicalização de ocitócitos, lavagem intestinal, tricotomia, episiotomia, manobra de kristeller, sendo que, tais práticas que não trazem benefícios para a mãe e o bebe. Dessa forma, as atitudes profissionais, ocasionalmente violentas vão contra as boas práticas de atenção ao parto e nascimento preconizados pela Rede Cegonha (RODRIGUES *et al*, 2021).

Este cenário vem mudando no Brasil, a assistência ao parto vem sofrendo alterações, por meio de recomendações da OMS e Ministério da Saúde. Atualmente, as Diretrizes de Assistência ao parto normal, preconiza condutas e práticas voltadas para humanização e protagonismo da mulher no processo de parturição, visando a diminuição de intervenções desnecessárias. Assim, empoderando essa mulher (VIDAL *et al*, 2021).

Essas mudanças trazem grandes avanços, visto que, propiciaram uma nova perspectiva as práticas obstétricas, firmados na qualidade da assistência, no protagonismo e autonomia. Neste sentido, novas tecnologias para a promoção da autonomia e humanização, impactam positivamente na qualidade do parto e nascimento, e devem ser implementadas por profissionais, pois resgatam a conexão com pacientes e tornam a mulher protagonista, trazendo resultados adequados par mãe e bebe. Dentre as principais ferramentas que proporcionam empoderamento e humanização, evidencia-se o plano de parto (BACHILLI; ZIRBEL; ERNANI, 2021).

O plano de parto foi recomendado no ano de 1996, no documento intitulado “Care in Normal Birth: a practicalguide”, onde recomendava as boas práticas na assistência obstétrica, no primeiro tópico traz o plano de parto como instrumento que deve ser estimulado durante a consulta pré-natal. O documento evidencia que o plano de parto deve ser produzido durante a gestação, com o auxílio do profissional e consentimento da mulher, e também pode ser concordado com familiares (OMS, 1996).

No Brasil, o plano de parto é recomendado pelo o Ministério da Saúde, no Caderno de Atenção Básica: Atenção ao pré-natal de baixo risco (2012), o qual inclui o plano de parto nos dez passos para o pré-natal de qualidade na atenção básica, no 8º passo o documento propõe que o profissional informe sobre os benefícios do parto natural e estimule a elaboração do plano de parto. Nessa esfera, o Caderno de Humaniza SUS: Humanização do parto e nascimento (2014), reforça a elaboração do plano de parto, para a participação ativa da gestante e negociação dos seus direitos, o documento considera o plano de parto como apoio a gestantes na percepção de segurança e protagonismo, vinculação e autonomia.

Ademais, o relatório de recomendações denominado Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal (2017), recomenda nas condutas gerais durante o trabalho de parto, que as mulheres e processo de parturição deve ter tratadas dignamente, e a mulher possui o plano de parto, ele deve ser lido e discutido com a gestante, levando em consideração as condições para sua execução referente ao local de assistência, condições essas físicas ou de recursos.

O plano de parto é um documento, produzido pela gestante e seu parceiro ou familiar, deve ser norteado pelo profissional que realiza as consultas pré-natais, no qual a gestante deve expressar suas preferências e desejos no momento do parto. O profissional deve repassar informações sobre a fisiologia do parto, direitos da gestante de acordo com possibilidades pessoais e condições de assistência local no processo de parturição. Dessa forma, essa mulher poderá tomar decisões baseadas em evidências, permitindo a autonomia e promovendo o empoderamento (VIEIRA, 2022).

O plano de parto foi criado por Sheila Kizinger no período de 1980, nos estados unidos, ela acreditava que o parto é um processo fisiológico e não poderia ser enfrentado como patológico e medicalizado, diante disso viu a necessidade de criar o plano de parto com objetivo de dar autonomia a essas mulheres e diminuir o número intervenções desnecessárias (FERREIRA, 2022).

A ferramenta pode ser elaborada na forma de carta de intenção onde ela escreverá juntamente com o profissional as suas preferências, ou preenchimento de modelos pré-existentes contando que tenha o que ela quer que aconteça durante o parto. Na ferramenta a mulher poderá decidir qual a posição quer parir, se deseja se alimentar durante o processo, um acompanhante de sua escolha, liberdade de movimentação, ser a primeira a pegar o bebê e não ser separado dele, decidir quem vai cortar o cordão umbilical, clampeamento tardio do cordão umbilical, amamentar o bebê na primeira hora de vida, escolher métodos não farmacológicos para dor, a não realização da episiotomia (TRIGUEIRO *et al*, 2022).

Deste modo, para a efetivação do plano de parto, os profissionais na maternidade devem ter conhecimento da ferramenta e direitos da gestante, como um cuidado humanizado e holístico. Permitindo à gestante um cuidado personalizado e de qualidade, que fortalecem vínculos com profissional, comunicação e desmistifica o trabalho de parto. Além do mais, o respeito pela autonomia deve ser sempre levado em consideração, a ferramenta aumenta o controle das mulheres sobre o seu parto, diminuindo o medo devido a comunicação e informações repassadas. Em vista disso, a ferramenta tem sido considerada como estratégia de promoção de autonomia e empoderamento, contribuindo para melhorar o deleite com a

experiencia da parturição (MEDEIROS *et al*, 2019).

Nessa esfera, Segundo Soares e colaboradores (2021), o empoderamento feminino é fazer parte do controle de tudo que está a sua volta e as suas relações, é um meio de ganhar poder interior. Ademais, é a partir dessa ferramenta que durante o pré-natal e processo de parturição seja viável a decisão sobre todas as intervenções da parturição. Deste modo, o plano de parto é classificado com uma ferramenta que dá a mulher empoderamento e conhecimento sobre a fisiologia do seu corpo.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE PESQUISA

A presente pesquisa dispôs de uma abordagem qualitativa, de cunho descritivo e exploratória, do tipo Revisão Integrativa de Literatura (RIL), para fins de produção científica em relação ao plano de parto como ferramenta de empoderamento a gestante.

A pesquisa qualitativa viabiliza a exposição de detalhes sobre um tema complexo, a abordagem concentra com a realidade que não pode ser quantificada. Assim, há o aprofundamento das relações, como valores, crenças e atitudes. Esse método tem como principal objetivo, a compreensão da realidade de grupos sociais e suas diferentes manifestações. A mesma traz a possibilidade de compreender e esclarecer a dinâmica das relações, com o cotidiano, vivência, experiência e as estruturas e instituições como resultado da ação humana objetivada (MINAYO, 2014).

Retratando-se a um estudo descritivo, seu principal objetivo é a análise de características que estejam presentes em uma determinada comunidade, população ou local, ou ainda a existência de determinado fenômeno ou relações entre a variáveis. As características estudadas visam a coleta de dados e sua distribuição, como idade, sexo, procedência, nível de escolaridade, renda, estado de saúde mental e física, e entre outros. O padrão exploratório tem a finalidade de desenvolver, esclarecer e modificar a concepção e ideias. Pois, expressa o formato de como os dados são coletados, organizados e analisados, de forma mais ajustável, e ainda capaz de desenvolver ou levantar determinadas hipóteses sobre o assunto em pesquisa, dessa forma tornando mais familiar para o pesquisador (GIL, 2010).

A RIL compreende um agrupamento de estudos da comunidade científica que já foram realizados em certo âmbito de conhecimento da pesquisa, favorecendo uma explanação minuciosa dos meios investigados, além de poder mostrar representação como base metodológica para pesquisas científicas indicadas em outros âmbitos de conhecimento, avançando as pesquisas para além da saúde e da educação (SANTOS; CAVALCANTE; AMARAL, 2019).

Ainda uma RIL tem como objetivo central adquirir compreensão de um determinado evento, e proporcionar ampla análise da literatura, contribuindo para discussões sobre resultados de pesquisas e métodos, além de reflexões em relação a futuros estudos. (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2019).

4.2 ETAPAS DE ESTUDO

Para a realização da construção de uma revisão integrativa é indispensável que seja cursada seis etapas distintas (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2019). que estão descritas no quadro a baixo:

Quadro 1 - Etapas da revisão integrativa de literatura

ETAPAS DA REVISÃO DE LITERATURA	AÇÕES
1ª Definição do tema e objetivo da revisão	- Define-se claramente o tema de pesquisa e os objetivos da revisão, estabelecendo as questões de pesquisa a serem respondidas.
2ª Busca e seleção da literatura	- Busca abrangente em bases de dados e outras fontes relevantes para identificar estudos pertinentes. Os critérios de inclusão e exclusão são aplicados para selecionar os estudos mais relevantes.
3ª Avaliação da qualidade dos estudos	- Os estudos selecionados são avaliados em termos de sua qualidade metodológica e relevância para o tema da revisão. Diversas ferramentas, como escalas de avaliação, podem ser utilizadas nesse processo.
4ª Extração e síntese dos dados	- Os dados relevantes extraídos dos estudos incluídos são organizados e sintetizados de forma sistemática. Isso pode incluir a categorização dos dados, a identificação de padrões e a realização de análises temáticas.
5ª Análise crítica e interpretação dos resultados	- Os resultados obtidos são analisados criticamente e interpretados à luz dos objetivos da revisão. Relações, contradições ou lacunas na literatura podem ser identificadas nesta etapa.

6ª Apresentação dos resultados	- Os resultados da revisão de literatura são apresentados de forma clara e objetiva, destacando as principais descobertas, conclusões e recomendações para estudos futuros.
--------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Fonte: (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2019).

4.3 ELABORAÇÃO DA PERGUNTA NORTEADORA

Neste estudo, para elaboração da pergunta norteadora foi empregada a estratégia denominada POV (Quadro 2) em que P (participantes) refere-se as características da população do estudo, V (variáveis) usado como filtro ou identificados como categorias na construção da estratégia de pesquisa, e o *outcomes* (desfechos) representa o indicador da modificação ou variação das condições dos participantes em relação as variáveis definidas. (SILVA; OTTA, 2014).

Dessa forma tem-se as seguintes questões norteadoras: “A Ferramenta plano de parto tem sido construída durante o processo gestacional?” “Qual sua efetivação durante o processo de parturição?”

Quadro 2 - Estratégia PVO para construção da questão norteadora

Ítems da estratégia	Componentes	descritores
<i>Population</i>	Gestantes	pregnant women
<i>Variable</i>	Ferramenta plano de parto	birth plan tool
<i>outcomes</i>	efetivação	effectiveness

Fonte: (SILVA; OTTA, 2014).

4.4 FONTES DA PESQUISA E PERÍODO DE COLETA DE DADOS

Baseado na pergunta da pesquisa, a busca dos estudos foi realizada nas seguintes bases de dados: Biblioteca Virtual em saúde (BVS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Literatura Latino-Americano e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), ultimando-se os Descritores em Ciência da Saúde (DeCS): Plano de parto, pré-natal, parto, empoderamento. Entre os descritores para a busca dos artigos foi aplicado o operador booleano “AND”. A busca nas bases de dados ocorreu durante o período de abril a maio de 2023.

4.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

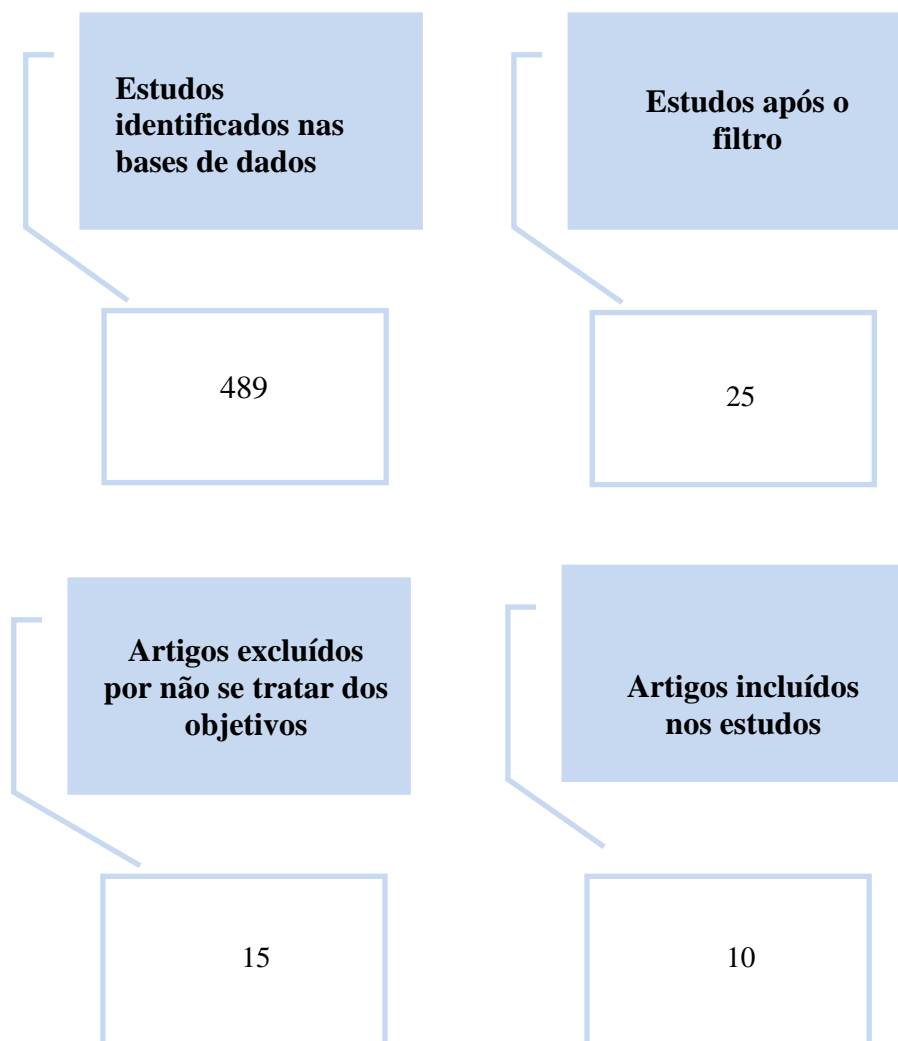
Foram estabelecidos como critérios de inclusão: estudos primários, trabalhos publicados na íntegra, disponíveis no idioma em português, inglês e espanhol, que abordem acerca da temática da pesquisa em um recorte temporal de 2018 a 2023.

Ao abranger o período até o ano de 2023, essa delimitação temporal possibilita a análise das evidências científicas recentes disponíveis sobre o plano de parto e seu impacto na tomada de decisões das mulheres. Isso permitirá uma compreensão mais abrangente e atualizada do tema, considerando os avanços e desenvolvimentos ocorridos nesse campo até o momento atual.

No que tange aos critérios de exclusão: trabalhos duplicados e sejam do tipo relatos de experiência, resenhas, revisão e resumos em anais de eventos.

Mediante a busca dos estudos nas bases de dados e por meio do emprego dos descritores foi possível obter os seguintes dados de amostragem, conforme mostrado no fluxograma a seguir:

Figura - 1 Fluxograma de busca



Fonte: Dados da pesquisa, 2023.

Na busca pelos estudos, tornou-se possível a identificação na base de dados da BVS, SCIELO, LILACS, um total de 489 artigos. Logo após foi realizada uma filtragem dos estudos, onde foram excluídos 464 artigos, dessa forma permanecendo 25 artigos. Após a leitura dos títulos e resumos dos 25 artigos, 15 artigos foram excluídos por não se tratarem do objetivo. Em suma, foram incluídos para compor a amostra desse estudo 6 artigos da BVS, 3 artigos da SCIELO e 1 do LILACS o que totalizou 10 artigos utilizados na construção desse estudo.

4.6 PROCEDIMENTOS E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Inicialmente, os artigos foram selecionados por meio da avaliação dos resumos, seguida por uma segunda etapa de leitura detalhada dos estudos pré-selecionados. Essa segunda observação visava determinar a inclusão ou exclusão das publicações, levando em consideração os critérios estabelecidos previamente para a seleção dos estudos.

Além disso, foi verificado se os artigos eram pertinentes ao objeto de estudo e à questão norteadora. A amostra final para a elaboração desta Revisão Integrativa da Literatura (RIL) foi composta por 10 artigos, que serviram como base para a análise e discussão da pesquisa.

Para a obtenção de uma compreensão mais aprofundada dos dados, os artigos selecionados foram submetidos a leituras e releituras. Para auxiliar nesse processo, utilizou-se um formulário de coleta de dados (Anexo A), adaptado a partir do modelo de instrumento de coleta elaborado e validado por Ursi (2005). Esse formulário foi utilizado como guia para a extração dos dados relevantes dos artigos selecionados.

4.7 ANÁLISE, ORGANIZAÇÃO E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

Os resultados foram inicialmente organizados através de um quadro-resumo que foi projetado para sistematicamente apresentar aspectos como título, ano de publicação, objetivo, método, e resultados dos artigos selecionados. Em seguida, foi realizada uma síntese descritiva dos achados para permitir a análise e interpretação dos mesmos. A coleta de dados obtidos a partir da revisão bibliográfica foi submetida à análise de conteúdo seguindo as três

fases propostas por Bardin (2011).

Na primeira fase, chamada pré-análise, houve um contato inicial com o material selecionado, através de uma leitura exploratória para formular hipóteses e pressupostos que orientassem a interpretação final. Foram respeitadas regras como exaustividade, representatividade, homogeneidade, pertinência e exclusividade na seleção e análise dos dados (BARDIN, 2011).

Na segunda fase, ocorreu a exploração do material, envolvendo a codificação, classificação e categorização das unidades de registro para agrupar e organizar as informações de forma esquematizada, permitindo sua associação e comparação (BARDIN, 2011).

A terceira fase envolveu o tratamento dos resultados, onde ocorreu a interpretação dos dados e a construção do relatório da pesquisa. Dessa forma, buscou-se apresentar os achados de forma lógica e sequencial, enfatizando sua relevância e validade científica (BARDIN, 2011).

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS ESTUDOS SELECIONADOS

Os resultados da RIL permitiram a elaboração de um quadro-síntese (Quadro 3) no qual consta a sumarização dos dados bibliométricos quanto a: Título; Autor/Ano; Objetivos; Resultados.

Quadro – 3 Síntese de estudos incluídos na RIL.

Nº	Título	Autor/Ano	Objetivos	Resultados
A01	Experiências positivas de parto em Mato Grosso do Sul: propostas para a gestão e atenção primária à saúde.	Angela Amanda Nunes Rios / 2022.	Avaliar a organização da rede de atenção ao parto e monitorar os fatores determinantes para taxas de cesariana acima da média nacional. A partir destes dados planejar uma ferramenta de preparação para o parto voltada para a atenção primária do SUS.	É preciso ampliar o acesso aos grupos de apoio e a ferramentas para preparação para o parto. Além disso, é preciso que a gestão incentive a organização da rede com cuidado pré-natal seguro e baseado em evidências científicas, para apoiar as mulheres para que elas ampliem sua autonomia na decisão sobre o local de parto mais adequado às suas necessidades e expectativas.

A02	Experiência de profissionais e residentes atuantes no centro obstétrico acerca da utilização do plano de parto.	Nathalia Kasparly Boff; Graciela Dutra Sehnem; Amanda Peres Zubiaurre de Barros; Silvana Bastos Cogo; Laís Antunes Wilhelm; Carolina Heleonora Pilger / 2022.	conhecer a experiência de profissionais e residentes atuantes no centro obstétrico acerca da utilização do plano de parto	a carência de conhecimento ou de atualização surgiu como um dos motivos para a não utilização do plano de parto, além do dimensionamento inadequado para atender às demandas do serviço. Entre as possibilidades para a utilização do plano de parto, têm-se a elaboração durante as consultas de pré-natal e a atuação de uma equipe multiprofissional.
-----	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

A03	Autonomia relacional e parto humanizado: o desafio de aproximar desejos e práticas no SUS	Martha Colvara Bachilli; Ilze Zirbe; Ernani Tiaraju de Santa Helena / 2021.	Analisar a autonomia da parturiente para verificar o que ocorre na prática de um hospital público no momento do parto e sua intersecção com práticas humanizadas no SUS.	Destacamos a problemática do 'limite das práticas de humanização do parto para a garantia de experiências significativas e autônomas.
A04	Metodologia Team-Based Learning aplicada à construção de um modelo de plano de parto.	Renata Marien Knupp Medeiros; Áurea Christina de Paula Corrêa; Mara Regina Rosa Ribeiro; Luanna Arruda e Silva Dalprá; Angélica Pereira Borges / 2021.	relatar a experiência com o uso da metodologia Team-Based Learning para a elaboração de um modelo-padrão de Plano de Parto por profissionais de saúde.	o uso do Team-Based Learning nesta experiência possibilitou a construção de um modelo de Plano de Parto com base na aproximação teórica com a temática, exercício crítico de reflexão, discussão em profundidade, tomada de decisões e consensos. A metodologia fomentou a (co) construção de conhecimentos em pequenos grupos, trabalho em equipe, responsabilização e satisfação entre os participantes.

A05	Experiência de gestantes na consulta de Enfermagem com a construção do plano de parto.	Tatiane Herreira Trigueiro; Karine Amanda de Arruda; Sinderlândia Domingas dos Santos; Marilene Loewen Wal; Silvana Regina Rossi Kissula Souza; Letícia Siniski de Lima / 2021.	Descrever a experiência das gestantes atendidas na Consulta de Enfermagem a partir de 37 semanas e que elaboraram seu plano de parto	A consulta de enfermagem e o plano de parto na maternidade contribuíram para o esclarecimento de dúvidas, redução da ansiedade, possibilidade de fortalecimento e empoderamento da gestante e do acompanhante diante da oferta de informações para o parto vaginal e o estabelecimento de vínculo com a maternidade.
A06	Possibilidades para a mudança do modelo obstétrico hegemônico pelas enfermeiras obstétricas.	Giuliana Fernandes e Silva; Maria Aparecida Vasconcelos Moura; Ana Beatriz Azevedo Queiroz; Adriana Lenho de Figueiredo Pereira; Ana Luiza de Oliveira Carvalho; Leônidas de Albuquerque Netto / 2020.	Descrever o uso das tecnologias de cuidado da enfermeira obstétrica qualificada na modalidade de residência e sua relação com a práxis profissional.	A transição do modelo intervencionista estruturase no cuidado humanizado com a incorporação de um modelo centrado nas boas práticas e nas tecnologias não invasivas de cuidado da enfermeira obstétrica. A práxis da enfermeira obstétrica contribui para a transformação qualitativa deste cenário, com resgate sobre a fisiologia, o fortalecimento de vínculo e empoderamento da mulher, ressignificando o momento do parto.

A07	<p>Os significados e sentidos do plano de parto para as mulheres que participaram da Exposição Sentidos do Nascer.</p>	<p>Fernanda Soares de Resende Santos; Paloma Andrioni de Souza; Sônia Lansky; Bernardo Jefferson de Oliveira; Fernanda Penido Matozinhos; Ana Luiza Nunes Abreu; Kleyde Ventura de Souza; Érica Dumont Pena / 2019.</p>	<p>analisar a percepção das mulheres que realizaram o plano de parto sobre a experiência de parto, os significados do plano de parto, seus elementos constituintes e a relação do plano de parto com o trabalho de parto e parto</p>	<p>A partir dos relatos, foi possível categorizar e observar que o plano de parto é claramente útil e que devem ser incentivados, muitas vezes. Os direitos das gestantes ainda permanecem negligenciadas, como: “presença de acompanhante”, “informações sobre os procedimentos”, “não haver intervenção desnecessária”, “uso de métodos de alívio de dor”, “corte do cordão umbilical após cessar pulsação”, “presença e amamentação de recém-nascido pós-parto”. Esses direitos negligenciados, sobretudo às mulheres negras e pobres 21,22, descortinam as violências obstétricas, muitas vezes, invisibilizadas no cotidiano da assistência ao parto e nascimento.</p>
-----	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

A08	O plano individual de parto como estratégia de ensino-aprendizagem das boas práticas de atenção obstétrica	Nádia Zanon Narchi; Kelly Cristina Máxima Pereira Venâncio; Fernanda Marçal Ferreira; Juliana Romano Vieira / 2019.	Verificar o conhecimento dos alunos sobre o planejamento individual do parto e conhecer suas opinião sobre o uso dessa estratégia de ensino-aprendizagem para boas práticas obstétricas	As sugestões metodológicas mais citadas para sua aplicação foram focar no conteúdo (76%) e aumentar o número de reuniões (50%). O planejamento individual do parto foi reconhecido por 79% das participantes como uma importante estratégia de ensino. Conclusão: Além de conhecer o planejamento do parto e aplicá-lo, as alunas o consideram muito relevante para o ensino e aprendizagem de boas práticas obstétricas
A09	Satisfação no parto normal: encontro consigo	Rafaela Camila Freitas da Silva; Bruna Felisberto de Souza; Monika Wernet; Márcia Regina Cangiani Fabbro; Ana Carolina Belmonte Assalin; Jamile Claro de Castro Bussadori / 2018.	Compreender a satisfação da mulher na experiência do parto normal.	A satisfação foi correlacionada com efetivação do desejo de parir, suporte acolhedor de doulas/profissionais de saúde e presença de acompanhante/ familiares no processo, mas também revela partos marcados por vivências invasivas, impositivas e não acolhedoras.

A10	A difícil tarefa de escolher o parto natural.	Silvana Santos; Marcia Regina Cangiani Fabbro / 2018.	Compreender motivações de mulheres usuárias do Epi-no à escolha do parto natural entre 2013-2015, descrevendo elementos facilitadores (EF)	Preparação física e psicológica para o parto; e, reconhecendo as fases do trabalho de parto. Essas foram reagrupados em 2 categorias da MC: mundo da vida e sistema e apontaram recomendações em consenso com as mulheres.
-----	------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Fonte: URSI, 2015.

No quadro 3 encontra-se artigos que levaram a construção do estudo, portanto, Souza, Silva e Carvalho (2010), traz que é necessário correlaciona-los com os níveis de validade. É valido afirmar que 100% dos estudos enquadram-se no quarto nível, desta forma não tendo estudos que se enquadram nos outros níveis.

Os artigos apresentam dados descritivos, exploratório e qualitativos, na qual 100% das pesquisas utilizaram questionários ou entrevistas com gestantes, puérperas, discentes e profissionais de saúde, conforme é possível perceber nas pesquisas de Rios (2022), Boff *et al* (2022), Trigueiro *et al* (2022), Bachilli *et al* (2021), Medeiros *et al* (2021), Silva *et al* (2020), Santos *et al* (2019), Narchi *et al* (2019), Silva *et al* (2018) e Santos *et al* (2018).

Deste modo, as pesquisas analisam a opinião de profissionais, gestantes, puérperas e discentes acerca das redes de atenção ao parto, percepção das mulheres que elaboraram e utilizaram o plano de parto, experiência de parto, autonomia da parturiente, experiência do uso do Plano de Parto por profissionais de saúde e discentes.

Concluir-se, que foi realizado uma linha de estudos coesivo e fundamentada, sob a ferramenta plano de parto e sua utilização como forma de empoderamento e autonomia da parturiente, tal como os sentimentos das puérperas a acerca da sua efetivação. O público alvo das pesquisas utilizadas neste estudo envolve gestantes, puérperas, profissionais de saúde e discentes, a partir de entrevistas semiestruturadas e questionários.

5.2 CATEGORIZAÇÃO TEMÁTICA E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A base teórica do material de pesquisa selecionado foi desenvolvida a partir da análise de conteúdo, onde possibilitou a construção das categorias caracterizadas na síntese descritiva,

quais foram discutidas na literatura favorável.

A utilização do instrumento de coleta de dados possibilitou a construção de três categorias, sendo elas: Autonomia no pré-natal para elaboração do plano de parto, Barreira relacionadas a não utilização do plano de parto e empoderamento no processo de parturição através da autonomia e do plano de parto.

5.2.1 Categoria 1 – Autonomia no pré-natal para elaboração do plano de parto

Na pesquisa A10 os autores trazem que o maior dos temores da gestante no processo da gestação é a falta de informação, alguns profissionais repassam a informação de maneira incompleta o que acarreta dúvidas e levam essas gestantes a busca de informações a outras mulheres multíparas, que nem sempre passam fatos de sucessos e podem carregar mitos e divergências. Deste modo, a parturiente não possui informações corretas e conseqüentemente não saberá expor sua autonomia no parto, não participara ativamente do processo (Santos *et al*, 2018).

Segundo Trigueiro *et al* (2022), um instrumento que pode auxiliar na educação pré-natal acerca do parto é o plano do parto. Assim como o enfermeiro responsável pelo o pré-natal deve se apropriar do plano de parto, auxiliar e estimular a gestante a expressar seus desejos e necessidades e conduzir a construção do plano de parto. Quando o enfermeiro se apropria dessa ferramenta ele assume o papel de educador, proporcionando conhecimento e estimulando a autonomia para que a parturiente assuma o protagonismo no parto e puerpério.

Medeiros *et al* (2021), traz que os responsáveis com a atenção pré-natal devem ser encorajados, capacitados e apoiados para a aplicação da ferramenta, já que o instrumento deve ser iniciado na atenção básica e colocado em prática no serviço hospitalar.

Neste contexto, mostra-se que o profissional responsável pelo o pré-natal é ponte para a gestante desenvolver autonomia e protagonismo, fazendo com o que a mesma se aproprie de informações fundamentadas. Além disso, o profissional deve apoderar-se do conhecimento para ser capaz de colocar a ferramenta em prática e se tornar um educador em saúde.

O artigo A02 consente que os profissionais consideram o plano de parto importante para o empoderamento da gestante, servindo também como instrumento norteador para a equipe responsável por o parto, ao mesmo tempo manifesta a importância de a equipe multiprofissional manter em sua rotina a educação continuada para que possam se manter atualizados para prestar uma assistência de qualidade e utilizando os novos instrumentos para a autonomia da gestante.

No mesmo contexto, apresenta que quando a gestante elabora a ferramenta com a equipe fortalece o vínculo, aumentando o nível de confiança entre os mesmos (Boff et al, 2022).

Isso demonstra que esse processo permite a construção do vínculo da gestante com equipe, fortalecendo desse modo a concepção de que cada mulher é única, assim como cada parto e gestação. Além do mais o profissional atualizado saberá informar e aconselhar a construção do instrumento de forma personalizada, levando em considerações seus desejos.

De acordo com Silva e colaboradores (2018), na consulta do pré-natal a gestante deve encontrar apoio informacional principalmente sobre os mecanismos do parto. Dar a visibilidade a informações sobre o parto deve fazer parte da rotina do profissional, com a intenção de desconstruir os estigmas que fazem a mulheres se sentirem incapazes de parir. Desta forma, evidenciam que a educação em saúde durante o pré-natal é capaz de resgatar segurança da mulher.

O apoio informacional leva a parturiente ao aumento do empoderamento, pois a mesma irá desfrutar dos seus direitos com autonomia, o que acarretará em protagonismo no parto, humanização e diminuição dos procedimentos invasivos e violentos.

Narchi e colaboradores (2019), pontuam que a elaboração do plano de parto não é um processo simples, frequentemente gestantes e seus acompanhantes apresentam dificuldades para entender as possibilidades de escolha que o instrumento proporciona. Isso possivelmente perpetua por conta do modelo hospitalar que não permite que as mulheres façam escolhas acerca dos procedimentos a serem realizados.

Neste sentido, é necessário lembrar que o plano de parto tem arcabouço legal, o que permite a mulher elaborar e colocar em prática seu plano de parto de acordo com a realidade da mesma. Para a melhoria da efetivação do instrumento, devem ser realizadas estratégias para que o plano de parto se adapte a realidade do município, fazendo com que a gestante desenvolva o instrumento e crie a confiança que seus desejos no processo de parturição serão realizados.

5.2.2 Categoria 2 – Barreiras relacionadas a não utilização do Plano de Parto no pré-natal

Trigueiros e colaboradores (2021) identificaram que as principais dificuldades e deficiência atreladas ao pré-natal envolvendo o conteúdo das consultas é a falta de comunicação. Na pesquisa a maioria das gestantes relataram não receberam informações sobre o parto durante as consulta pré-natal. Outro ponto abordado foi a falta de comunicação entre maternidade e Unidade Básica de Saúde (UBS), pois as informações sobre a

maternidades também não são repassados. Desta forma, a pesquisa manifesta que o desconhecimento o desconhecimento por grandes partes das gestantes e profissionais corroboram para a não utilização da ferramenta plano de parto.

Com isso, essa falta de informação contribui para ideia errada que o plano de parto é restrito para alguns lugares, fazendo com que gestantes não se sintam no direito de ter um plano de parto. Isso ressalta a importância do repasse de informações durante as consultas de pré-natal, onde a consulta de acompanhamento devem ser fonte de informações, retiradas de dúvidas e consolidação dos seus direitos.

A pesquisa A02 apresentou alguns fatores para a não utilização do plano de parto, e um deles é a falta de capacitação de profissionais, foi destacada que esse déficit de conhecimento impulsiona a não consolidação da ferramenta e perpetuando práticas assistenciais ultrapassadas. Outro fator importante foi a assistência pré-natal falha, onde o plano de parto deveria ser implementado, pois seria o momento ideal para a sua consolidação (BOFF *et al*, 2022).

Santos *et al* (2019) traz que a maioria das gestantes que conhecem o plano de parto o conheceram na internet, o que acarreta em um grande problema, pois, a maioria dos planos de partos pré-prontos disponíveis online são engessados e não compactuam com a realidade. Muitas maternidades não tem equipamentos e leitos disponíveis, como: banheiras, água quente, leitos individuais, com isso acaba gerando frustração na gestante.

Podemos ver que a comunicação pode ser o grande fator para a não implementação do plano de parto, onde o a maternidade de referência deve expor sua realidade para a assistência primária, fazendo com que a ferramenta seja desenvolvida de acordo com a realidade de cada hospital.

Outro importante achado foi a sobrecarga da equipe, com grandes demandas de gestantes e poucos profissionais o que dificulta a assistência humanizada e personalizada, fazendo com que ainda haja o uso do modelo obstétrico antigo. No mesmo artigo mostra que os profissionais se sentem inseguros para colocar a ferramenta em prática a grande maioria infelizmente ainda usa o modelo obstétrico intervencionista e autoritário, não permitindo que a gestante tenha seus desejos expressados (RIOS, 2022).

Esse modelo obstétrico antigo desvalida o protagonismo da mulher, fazendo uso de procedimentos não desejados por elas, desconsiderando a utilização do plano de parto. As ações intervencionistas e autoritárias tiram os direitos da parturiente, e rompe vínculos, fazendo com que a gestante não se sinta acolhida e o momento se torne frustrante.

5.2.3 Categoria 3 – Empoderamento no processo de parturição através da autonomia e do plano de parto.

Rios (2022), aborda que as mulheres frequentemente estão recorrendo a cesárias para evitar o parto vaginal, onde as mesmas relatam cheios de dores e sofrimento ou pelo medo de problemas com seus bebês e parto. Atrelado ao poder do consumo e privilégios a cesária eletiva também pode ser vista como uma expressão da autonomia.

O estudo A07 traz que o plano de parto se relaciona a autonomia, pois proporciona o aumento do controle da situação no processo da parturição, já que a ferramenta tem como foco principal a preparação do parto capaz de reduzir os medos e anseios com base nas informações repassadas, caracterizando um processo de reflexão pra gestantes, consequentemente produzindo um efeito positivo acerca da satisfação (SANTOS *et al*, 2019).

Em concordância com os últimos artigos, Silva e colaboradores expõe que a mulher deve ter poder de escolha, a mesma tem direito de escolher a sua via de parto e deve ser respeitada sendo ele cesária ou natural. Para fazer escolhas concretas, elas devem se apropriar de informações embasadas para sanar medos e anseios e se sentir acolhida, fazendo com que no processo de parturição a mulher esteja empoderada.

O artigo A05 evidencia que durante a consulta, por meio de uma abordagem contextualizada e participativa, devem ser oferecidas informações e orientações à gestante, estimulando-a a expressar suas necessidades e desejos, promovendo seu empoderamento e protagonismo ao longo do processo gravídico-puerperal. Uma ferramenta que pode abordar essas questões durante a assistência de enfermagem pré-natal é o plano de parto (TRIGUEIRO *et al.*, 2022).

Boff e colaboradores (2022) enfatizam que promover o diálogo como uma ferramenta essencial entre as mulheres em trabalho de parto e a equipe de saúde dentro de espaços institucionais dedicados a isso, registrando os pontos de convergência entre desejos individuais e protocolos clínicos, possibilita a expressão e a materialização da autonomia da mulher durante o parto. Isso pode resultar em uma experiência concreta de humanização e cuidado.

Essa abordagem visa estimular a expressão das necessidades e desejos da gestante, promovendo seu empoderamento e protagonismo ao longo do processo gravídico-puerperal. Essas abordagens e ferramentas visam garantir que a gestante tenha voz ativa e seja respeitada em suas escolhas durante o processo de parto. Ao promover o diálogo, o empoderamento e o protagonismo da mulher, busca-se criar um ambiente de cuidado que respeite suas necessidades individuais, proporcionando uma experiência mais positiva e humanizada.

De acordo com os relatos das participantes desse estudo A07, a utilização de métodos não farmacológicos para o alívio da dor tem demonstrado resultados positivos, incluindo a redução da intensidade da dor, uma menor necessidade de analgesia, o controle da ansiedade e do estresse, bem como a promoção de uma percepção positiva e uma sensação de controle por parte das mulheres. De acordo com os relatos, esses métodos foram principalmente oferecidos por profissionais de enfermagem e doulas, visando proporcionar relaxamento e controle da dor. Isso contribuiu para a participação na autonomia, gerando uma sensação de controle e habilidade para continuar com o parto, além de assegurar que seus desejos fossem respeitados nesse momento (SANTOS., 2019).

Dessa forma, o fortalecimento do empoderamento feminino desempenha um papel fundamental na capacidade das mulheres de tomar decisões informadas e defender seus direitos ao longo do pré-natal, trabalho de parto e nascimento. Quando as mulheres são empoderadas, têm acesso a informações adequadas e são encorajadas a expressar suas necessidades e desejos, elas se tornam protagonistas ativas em seu cuidado de saúde.

No trabalho de parto, o empoderamento feminino significa garantir que as mulheres tenham o direito de estar informadas sobre as opções de alívio da dor, as intervenções médicas disponíveis e os possíveis desdobramentos do parto. Elas devem ter voz ativa na tomada de decisões, com a equipe de saúde respeitando suas escolhas e oferecendo suporte emocional e físico. Ao promover o empoderamento feminino, é possível garantir que as mulheres sejam agentes ativos em suas experiências de pré-natal, trabalho de parto e nascimento. Isso não apenas melhora sua satisfação e bem-estar, mas também contribui para a promoção de uma abordagem centrada na mulher e no respeito aos seus direitos reprodutivos.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base nos estudos mencionados é possível identificar que o plano de parto surge como uma ferramenta importante para a educação pré-natal, permitindo que a gestante expresse seus desejos e necessidades, além de promover a sua autonomia e participação ativa no processo de parto. A implementação do plano de parto tem o potencial de fortalecer o vínculo entre a gestante e a equipe de saúde, além de permitir a individualização do cuidado, levando em consideração os desejos e necessidades da mulher.

Foi possível observar que a falta de informação adequada durante a gestação é um dos principais desafios encontrados para implementação do plano de parto. Muitos profissionais de saúde não fornecem informações completas, levando as gestantes a buscar informações por meios virtuais e popular, que nem sempre transmitem informações precisas e podem compartilhar informações equivocadas ou baseadas em mitos.

A falta de informação durante as consultas de pré-natal é um obstáculo para a utilização do plano de parto, destacando a importância de fornecer informações sobre o parto durante esses encontros. O apoio informacional adequado aumenta o empoderamento da parturiente, permitindo que ela exerça seus direitos com autonomia, promovendo um parto humanizado e reduzindo procedimentos invasivos e violentos.

Na pesquisa foi compreendido que a elaboração do plano de parto não é um processo simples, e muitas gestantes e seus acompanhantes enfrentam dificuldades para compreender as possibilidades de escolha que essa ferramenta oferece. Isso pode ser atribuído ao modelo hospitalar que limita as escolhas das mulheres em relação aos procedimentos a serem realizados. Para melhorar a efetivação do plano de parto, é necessário adaptá-lo à realidade de cada localidade, considerando as características e recursos disponíveis em cada maternidade. Além disso, é essencial promover a capacitação dos profissionais, para que possam colocar em prática o plano de parto e respeitar os desejos da gestante.

É essencial que os profissionais de saúde se apropriem do conhecimento e promovam o diálogo e a comunicação efetiva com as gestantes, oferecendo informações embasadas, orientações e apoio informacional durante o pré-natal. Isso permitirá que as gestantes tomem decisões informadas, se empoderem e sejam protagonistas em seu processo de parto. A comunicação efetiva entre as maternidades e as unidades básicas de saúde também é fundamental para garantir que as informações relevantes sejam compartilhadas.

Portanto, promover a educação pré-natal adequada, a comunicação efetiva, o uso do

plano de parto e o empoderamento feminino são elementos essenciais para garantir uma assistência ao parto centrada na mulher, respeitando suas necessidades, desejos e direitos reprodutivos.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, R. B. et al. **CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA ANÁLISE EM PERIÓDICOS NACIONAIS.** *Revista Uningá*, v. 56, n. S2, p. 160–173, 17 mar. 2019.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** 1.ed-São Paulo: Edições: 70, 2011.

BACHILLI, M. C.; ZIRBEL, I.; ERNANI, H. Relational autonomy and humanized birth: the challenge of approaching desires and practices in the SUS. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 31, p. e310130, 15 nov. 2021.

BOFF, N. K. et al. Experiência de profissionais e residentes atuantes no centro obstétrico acerca da utilização do plano de parto. *Escola Anna Nery*, v. 27, 10 out. 2022.

BRASIL. Ministério da saúde. **PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO PARTO HUMANIZAÇÃO NO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO.** Brasília: DF. 2002.

BRASIL. Ministério da saúde. **DIRETRIZES NACIONAIS DE ASSISTENCIA AO PARTO NORMAL.** Brasília: DF. 2017.

BRASIL. Ministério da saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher Princípios e Diretrizes.** Brasília: DF. 2004.

BRASIL. Ministério da saúde. **POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DE LÉSBICAS, GAYS, BISEXUAIS, TRAVESTIS E TRANSEXUAIS.** Brasília: DF. 2013.

BRASIL. Ministério da saúde. **CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO.** Brasília: DF. 2012.

BRASIL, Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510 de 07 de Abril de 2016.** Brasília – DF, 2016.

BRASIL, Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466 de 12 de Dezembro de 2012.** Brasília – DF, 2012.

BRASIL, **Presidência da República Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres.** Brasília – DF, 2011.

BRASIL. **LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção dos serviços correspondentes e da outras providencias. Brasília, DF.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Manual de Revisão Bibliográfica Sistemática Integrativa.** Acesso em: 08/03/2023.

FERREIRA, Luiza Santana. **Empoderando pessoas grávidas de Franco da Rocha para que suas vozes sejam escutadas no processo de atualização do Plano de Parto.** 2022. 92 f. Monografia (Especialização) - Curso de Saúde Coletiva, Instituto de Saúde, São Paulo, 2022.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 5ed. São Paulo: Atlas, 2010.

LIMA, S. C. DE et al. **Assistência ao pré-natal de baixo risco: avaliação da qualidade das consultas de enfermagem.** Research, Society and Development, v. 10, n. 15, p. e266101522865, 26 nov. 2021.

LIVRAMENTO, D. DO V. P. DO et al. **Perceptions of pregnant women about prenatal care in primary health care.** Revista gaucha de enfermagem, v. 40, p. e20180211, 6 jun. 2019.

MACHADO, J. S. DE A.; PENNA, C. M. DE M. **As políticas públicas de saúde e a fragmentação do corpo feminino em útero e peito.** Physis: Revista de Saúde Coletiva, v. 32, n. 2, 2022.

MARQUES, B. L. et al. **Orientações às gestantes no pré-natal: a importância do cuidado compartilhado na atenção primária em saúde.** Escola Anna Nery, v. 25, n. 1, 2021.

MEDEIROS, R. M. K. et al. **Repercussions of using the birth plan in the parturition process.** Revista Gaúcha de Enfermagem, v. 40, 2019.

MEDEIROS, R. M. K. et al. **Team-Based Learning methodology applied to the construction of a child delivery plan model.** Revista Brasileira de Enfermagem, v. 74, n. 6, 2021.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. DE C. P.; GALVÃO, C. M. **USO DE GERENCIADOR DE REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS NA SELEÇÃO DOS ESTUDOS PRIMÁRIOS EM REVISÃO INTEGRATIVA.** *Texto & Contexto – Enfermagem*, v. 28, 14

fev. 2019.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MUNIZ, F. DE F. S. et al. **Assistência de enfermagem no pré-natal de baixo risco na atenção primária**. JMPHC | Journal of Management & Primary Health Care | ISSN 2179-6750, v. 9, 19 dez. 2018.

Narchi NZ, Venâncio KCMP, Ferreira FM, Vieira JR. **Individual birth planning as a teaching-learning strategy for good practices in obstetric care**. Rev Esc Enferm USP. 2019;53:e03518.

NASCIMENTO, L.C.N; SOUZA, T.V; OLIVEIRA, I.C.S; MORAES, J. R.M.M; AGUIAR, R.C.B; SILVA, L.F. **Saturação teórica em pesquisa qualitativa: relato de experiência na entrevista com escolares**. Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília–DF, v.71, n.01.2017.
URSI, E. S. **Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura**. 2005. 130 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

PAIM, J. S. **Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 23, n. 6, p. 1723–1728, jun. 2018.

PRODANOV, C.C; FREITAS, E.C. de. **Metodologia do trabalho científico: métodos étécnicos da pesquisa e do trabalho acadêmico**. Universidade Feevale, RS, Brasil Biblioteca, v.2, Novo Hamburgo – Rio Grande do Sul– Brasil, 2013.

RODRIGUES, D. P., ALVES, V. H., PAULA, C. C., VIEIRA, B. D. G., **Humanized childbirth: the values of health professionals in daily obstetric care**. Rev Bras Enferm. 2022;75(2):e20210052.

RIBEIRO, L. M. **DA EDUCAÇÃO SANITÁRIA À PROTEÇÃO SOCIAL: PLANOS, DISPUTAS E AÇÕES DA POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA MATERNO INFANTIL NO BRASIL, 1934-1945**. Casa de Oswaldo Cruz – FIOCRUZ Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde, 2020.

RIOS, Angela Amanda Nunes. **Experiências positivas de parto em Mato Grosso do Sul: propostas para a gestão e atenção primária à saúde**. 2022. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/T.6.2022.tde-11102022-172707>. Acesso em: 09 jun. 2023

SANTOS, S.; CANGIANI FABBRO, M. R. A DIFÍCIL TAREFA DE ESCOLHER O PARTO NATURAL. **Ciencia y enfermería**, v. 24, dez. 2018.

SILVA, L. N. **Políticas públicas de saúde para a mulher no brasil: uma análise das conquistas**. VII ENCONTRO DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA, 2020.

SILVA, G. F. E et al. Possibilidades para a mudança do modelo obstétrico hegemônico pelas enfermeiras obstétricas. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 28, p. e49421, 7 out. 2020.

SILVA, R. C. F. DA et al. Satisfação no parto normal: encontro consigo. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 39, n. 0, 22 out. 2018.

SOARES, A. et al. REVISÃO REVIEW O plano de parto como ferramenta para o empoderamento feminino. **J. of Multiprofessional Health Research**, v. 02, p. 3, 2021.

SOUTO, K.; MOREIRA, M. R. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: protagonismo do movimento de mulheres. **Saúde em Debate**, v. 45, p. 832–846, 18 out. 2021.

SOUZA, M. B. C. A. DE. Política Nacional de Saúde Integral LGBT: ações teóricas e práticas no estado da Paraíba/Brasil: ações teóricas e práticas no estado da Paraíba/Brasil. **Bagoas - Estudos gays: gêneros e sexualidades**, v. 13, n. 21, 2019.

SOUZA MT, et al. Revisão Integrativa: o que é e como fazer. Einstein, São Paulo, 2010.

SANTOS; Eliziane Albino Monteiro; CALVACANTE, Jacqueline Rodrigues; AMARAL, Mônica Santos. Contribuições da educação permanente na atenção primária a saúde; uma revisão integrativa. **Revista Graduação/pós Graduação em Educação: Educação e saúde – Dossiê do meio ambiente**, São Paulo, v.15, n. 3, p. 1-16, 2019.

SANTOS, F. S. DE R. et al. **Os significados e sentidos do plano de parto para as mulheres que participaram da Exposição Sentidos do Nascer**. Cadernos de Saúde Pública, v. 35, 4 jul. 2019.

SILVA, Gabriela Andrade; OTTA, Ema. “**Revisão Sistemática E Meta-Análise de Estudos Observacionais Em Psicologia**.” Revista Costarricense de Psicología , 2014, p. 137.

TRIGUEIRO, T. H. et al. Experiência de gestantes na consulta de Enfermagem com a construção do plano de parto. **Escola Anna Nery**, v. 26, 2022.

VIDAL, Á. T. et al. Barreiras à implementação das Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal: uma análise prototípica das representações sociais de atores estratégicos. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 31, n. 1, 2021.

VIEIRA, C. GABRIELA COLAVOLPE. **PLANO DE PARTO COMO FERRAMENTA DE EMPODERAMENTO DA PARTURIENTE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA**. Monografia (Bacharelado em enfermagem) – Centro Universitário Maria Milza, 2022.

World Health Organization. **Safe Motherhood Unit. Care In normal birth: a practical guide**. Genebra: OMS; 1996.

ZANON, N. et al. **O plano individual de parto como estratégia de ensino-aprendizagem das boas práticas de atenção obstétrica**. Revista de Enfermagem da USP, mar. 2019.

ANEXOS



ANEXO A – INSTRUMENTO ELABORADO POR URSI (2005)

CURSO BACHARELADO EM ENFERMAGEM

Nome da pesquisa	Autores	Tipo de publicação	Detalhamento metodológico	Detalhamento amostral
Intervenção estudada		Resultados	Recomendações/conclusões	