

# Estratégias na implementação do Plano de Parto: fortalezas e fragilidades levantadas na experiência do município de Franco da Rocha<sup>I</sup>

## Implementation Strategies of the Birth Plan: Strengths and Weaknesses in Franco da Rocha's Experience

Giulia Catissi<sup>II</sup>, Fabiana Ribeiro<sup>III</sup>, Sílvia Bastos<sup>IV</sup>, Fabiana Santos Lucena<sup>V</sup>

### Resumo

O Plano de Parto é um documento previsto por lei que faz o planejamento para o parto, descrevendo desejos e escolhas da mulher, além de servir como estratégia para garantia de direitos, promover o empoderamento feminino e atuar no enfrentamento da violência obstétrica. Para avaliar a sua implementação no município de Franco da Rocha, foi realizado um estudo quanti-qualitativo, com descrição de oficina de Plano de Parto, desenvolvida de forma participativa; e a realização de pré e pós-testes utilizando questionários aplicados com os profissionais de saúde participantes dessa formação, considerando questões de violência obstétrica, Plano de Parto e direitos sexuais e reprodutivos e a própria dinâmica utilizada nesta implementação. Constatou-se que a rede de assistência deste município possui grande potencial de melhoria contínua, porém apresenta barreiras relacionadas à sua organização, estrutura, cultura e fatores comportamentais tanto de profissionais, quanto de usuários. Sugere-se que a implementação efetiva da estratégia do Plano de Parto seja realizada com pactuação do documento em âmbito administrativo da gestão e controle social, de modo a torná-lo uma diretriz de política de saúde regional, bem como a elaboração de um modelo específico adaptado às realidades contextuais do município.

**Palavras-chave:** Violência obstétrica; Parto humanizado; Saúde pública; Direitos sexuais e reprodutivos; Empoderamento para a saúde.

### Abstract

The Birth Plan is a document provided for by law that makes the planning for childbirth, describing the woman's desires and choices, in addition to serving as a strategy for guaranteeing rights, promoting female empowerment and acting in the fight against obstetric violence. To assess its implementation in the Franco da Rocha city, a quantitative-qualitative study was carried out, with a description of a Birth Plan workshop, developed in a participatory manner, and pre- and post-tests using questionnaires applied with health professionals. participants in this training, considering issues of obstetric violence, Birth Plan and sexual and reproductive rights and the very dynamics used in the implementation. It was found that the Assistance Network in the city has great potential for continuous improvement, but it presents barriers related to its organization, structure, culture and behavioral factors both for professionals and users. It is suggested that the effective implementation of the Birth Plan strategy is carried out with agreement of the document in the administrative sphere of management and social control, in order to make it a guideline for regional health policy, as well as the development of a specific model adapted to contextual realities of the municipality.

**Keywords:** Obstetric violence; Humanized birth; Public health; Sexual and reproductive rights; Empowerment for health.

<sup>I</sup> Baseado em pesquisa realizada para o Trabalho de Conclusão "Barreiras e Estratégias na Implementação do Plano de Parto em Franco da Rocha", do Curso de Especialização em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, em 2020<sup>1</sup>.

<sup>II</sup> Giulia Catissi (giulia.catissi@yahoo.com.br) é enfermeira e Mestranda em Envelhecimento e Saúde pela Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein (FICSAE), Especialista em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e atua como enfermeira de pesquisa em Medicina Fetal no Hospital Israelita Albert Einstein.

<sup>III</sup> Fabiana Souza Ribeiro (fabiana.ribeiro@francodarocha.sp.gov.br) é enfermeira pelas Faculdades Metropolitanas Unidas (FMU) e atual Diretora da Atenção Básica da Secretaria de Saúde do município de Franco da Rocha, estado de São Paulo.

<sup>IV</sup> Sílvia Bastos (silviabastos@isaude.sp.gov.br) é enfermeira, Mestre em Saúde Pública Universidade Federal do Ceará (UFCE), Doutora em Ciências pelo Programa de Pós-Graduação da Coordenadoria de Controle de Doenças da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (CCD/SES-SP) e Pesquisadora Científica do Núcleo de Investigação em Políticas e Práticas de Saúde do Instituto de Saúde da SES-SP

### Introdução

O "Plano de Parto" é um documento previsto nas "Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal"<sup>2</sup> do Ministério da Saúde, que orienta que seja feito para registrar o planejamento para o parto, descrevendo desejos

<sup>V</sup> Fabiana Santos Lucena (fabiana.lucena@isaude.sp.gov.br) é enfermeira e Mestre em Cuidados em Saúde pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e Pesquisadora do Instituto de saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

e escolhas da mulher, além de servir como estratégia para garantia de direitos, promover o empoderamento feminino e atuar no enfrentamento da violência obstétrica.

Traçando um paralelo do histórico da parturição em contextos mundiais com o progressivo crescimento tecnológico, devido ao desenvolvimento teórico-prático, pautado no imediatismo nas ações de saúde, a Obstetrícia passa cada vez mais a ser vista como matéria técnica e científica.

Dentro deste contexto, o incentivo à hospitalização é cada vez mais frequente, com excessiva medicalização da gestante, resultando na perda de autonomia e do controle da mulher sobre seu próprio corpo, retirando dela o protagonismo de seu processo de parto<sup>3</sup>.

O Plano de Parto surge para a retomada da visão do parto como um evento fisiológico, afetivo, íntimo e delicado no processo de humanização do nascimento e de protagonismo da mulher, com a utilização de tecnologias pertinentes e singularizadas em cada caso. O Plano de Parto, no Brasil, é um documento de caráter normativo que faz o planejamento para o parto, incluindo a descrição do espaço físico (local onde ocorrerá o parto) e dos desejos e escolhas da mulher para este momento. Serve para auxiliar profissionais e instituições que prestam assistência à gestante pautados pelo respeito à parturiente em situações de parto não emergenciais. Entre os benefícios da utilização deste instrumento, pode-se pontuar o fortalecimento da autonomia por parte das mulheres em defesa dos direitos do binômio mãe-bebê, da confiança da mulher em relação ao próprio parto e a conseqüente redução de medos e anseios ligados a este evento, além de servir como estratégia de enfrentamento à violência obstétrica.

No estado de São Paulo, o documento está previsto na lei estadual nº 15.759, de 2015<sup>4</sup>, que precisamente, a partir do artigo nº 4, define o direito da gestante à elaboração de seu próprio Plano de Parto. Ele deve ser elaborado durante as consultas do pré-natal com o auxílio do profissional que a assiste.

Entre os conteúdos que podem constar neste documento, a gestante manifesta seu desejo sobre a presença de um acompanhante durante o parto, a posição de trabalho de parto, os métodos farmacológicos e não farmacológicos que devem ser utilizados para alívio de dor de parir e o método de monitoramento cardíaco do bebê que deve ser utilizado. Ou seja, os desejos desta mulher sobre os cuidados e intervenções que gostaria ou não de receber nas diferentes fases do trabalho de parto, no puerpério imediato e nos cuidados iniciais do recém-nascido. É válido ressaltar que, na hipótese de risco à saúde da gestante ou do bebê, dependendo das condições clínicas, o profissional da saúde responsável pela condução do parto poderá restringir as opções pontuadas neste plano<sup>4</sup>.

O Plano de Parto se insere proporcionando um elemento de comunicação integrado entre o profissional de saúde, a mulher e a maternidade. A mulher passa a ser protagonista e tem autonomia na montagem de seu Plano, amparada por um profissional de saúde que utiliza seu conhecimento científico para auxiliá-la, oferecendo informações pertinentes e sanando suas dúvidas. As indicações fornecidas devem ser pautadas no uso de tecnologias leves, como acolhimento e escuta qualificada, a fim de atender a integralidade e a demanda daquela usuária do sistema de saúde<sup>5</sup>.

#### *Histórico da atuação em Franco da Rocha*

O Instituto de Saúde é um órgão de pesquisa da Secretaria Estadual de Saúde de São

Paulo (SES-SP) que tem como objetivo atrelar a produção de conhecimento científico e tecnológico de ensino e assessoria a municípios deste estado dentro da atuação da Saúde Coletiva no país. Além disso, a instituição levanta as melhores evidências científicas para a construção contínua de políticas públicas de saúde para a qualificação de diversos serviços da área da saúde e seus profissionais.

A parceria firmada entre o Instituto de Saúde e a Secretaria Municipal de Saúde do município de Franco da Rocha, no estado de São Paulo, iniciou-se em 2014 com a realização do diagnóstico situacional das condições gerais de saúde local. Após a finalização do relatório, foi pactuado o desenvolvimento de ações para intervenção em algumas áreas prioritárias, entre elas a construção de uma Linha de Cuidado de Saúde Sexual e Reprodutiva.

Dentro do âmbito gravídico-puerperal, o relatório registra as fragilidades na organização da rede assistencial junto às maternidades que fazem referência ao município para as situações de parto. Por isso, foi pactuada a necessidade de fortalecimento das ações desenvolvidas no pré-natal das Unidades Básicas de Saúde (UBS), a fim de evitar falhas assistenciais na rede, prezar pelos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres francorochenses, além de promover a melhoria contínua à assistência prestada.

Com este objetivo, foi elaborado em 2018 o “Caderno de Atenção à Saúde Reprodutiva, Pré-Natal, Parto e Puerpério”<sup>6</sup>, com a implementação realizada em 2018 e 2019 e pactuação de outros pontos estratégicos da Linha de Cuidado mencionada, como a iniciativa da implementação do Plano de Parto, trazido no presente estudo. O objetivo da implementação efetiva do Plano de Parto foi previsto na gestão anterior, em 2020, porém, com o início da pandemia da

covid-19, outras prioridades foram impostas ao sistema de saúde local, publicadas no “Plano Municipal de Contingência para Infecção Humana pelo Novo Coronavírus”<sup>7</sup>.

Franco da Rocha não possui maternidades compondo o sistema municipal de saúde. As gestantes em trabalho de parto são transferidas para suas maternidades-referência de parto de risco habitual e alto risco nos municípios vizinhos (Caieiras e Francisco Morato, respectivamente); portanto, a comunicação efetiva entre atenção primária, maternidade/usuária e maternidade para efetivação das boas práticas de assistência ao parto pode não acontecer. Tal preocupação remete a um esforço para reduzir a exposição das mulheres a desfechos desfavoráveis de parto<sup>2</sup>.

Em consideração aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), à Legislação Estadual de Humanização da Atenção na Gravidez, Parto e Puerpério e às Normas de Boas Práticas de Atenção Pré-Natal, Parto e Puerpério<sup>8</sup>, foram desenvolvidas estratégias para a implementação do Plano de Parto juntamente ao desenvolvimento de uma Linha de Cuidado de Saúde Sexual e Reprodutiva no município de Franco da Rocha. A iniciativa visa empoderar as mulheres e garantir a integralidade do cuidado e dos direitos dos usuários do sistema de saúde local. Partiu-se do pressuposto que esta ação pode servir como um recurso para influir na cultura de parto e nascimento, promovendo benefício e fortalecendo a voz ativa das mulheres. Além disso, sua elaboração durante o pré-natal contribui para o desfecho favorável do trabalho de parto, servindo como instrumento facilitador e de suporte também para profissionais de saúde, para que, junto às usuárias do sistema de saúde, possam gerar a boa assistência e prática, reafirmando o parto como evento fisiológico e de protagonismo da mulher, em oposição ao modelo atual predominante que é hospitalocêntrico<sup>9-10</sup>.

Este artigo tem como objetivo descrever a utilização do Plano de Parto como estratégia na redução da violência obstétrica e afirmação dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres na Atenção Básica de Franco da Rocha.

### Objetivos e metodologia

O objetivo principal do estudo foi iniciar o processo de implementação do Plano de Parto na atenção pré-natal da Atenção Básica de Franco da Rocha e nas maternidades de referência. Mais especificamente, levantar os contextos e as realidades das usuárias do sistema de saúde local, a forma de organização da Rede de Assistência e outros aspectos estruturantes no entendimento da assistência prestada neste município. E, assim, realizar a implementação do Plano de Parto no atendimento às gestantes deste município por meio de oficinas de formação dos profissionais de saúde e analisar os aspectos estruturais e de processos que facilitam ou dificultam a implementação do projeto no município.

Para tanto, foi feito um estudo quantitativo do tipo avaliativo, com utilização de dados primários coletados pré e pós-teste em uma oficina de Plano de Parto, com duração de 4 horas, no Centro de Formação de Recursos Humanos (CEFOR), no próprio município de Franco da Rocha. A oficina foi realizada com trabalhadores da rede municipal de serviços de Franco da Rocha ou que prestavam assistência ao município. A amostra foi composta por 20 participantes, sendo eles, enfermeiros e agentes comunitários de saúde (ACS) das UBS do município, profissionais das maternidades de referência (de Caieiras e de Francisco Morato), representantes da Casa da Mulher (centro de especialidades localizado no próprio município), do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-ad) do município e do sistema

prisional feminino que existe na localidade. Participaram também a apoiadora da Atenção Básica de Franco da Rocha e a administradora geral da rede de saúde local.

A coleta de dados foi realizada somente após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde, conforme os critérios nacionais de ética em pesquisa e todos os participantes lerem e aceitarem o “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido”. Foi aplicado também um “Termo de Uso de Imagem e Voz” para gravação e fotos da oficina para fins de análise de dados, não sendo expostos dados pessoais dos participantes ali presentes.

A coleta de dados quantitativos foi feita antes e após a oficina, conforme pactuado em Câmara Técnica com os representantes da Secretaria de Saúde e apoiadores da Atenção Básica do município, com a utilização de questionários de pré e pós-teste contendo perguntas sobre Plano de Parto.

O desenvolvimento da oficina de Plano de Parto foi pensado a partir dos conhecimentos e habilidades dos profissionais, levantados previamente durante as rodas de conversas realizadas pelo Grupo de Implementação da Linha Cuidado Saúde Sexual e Reprodutiva<sup>11</sup>. O modelo de Plano de Parto adotado para realização da oficina foi o da Defensoria Pública do Estado de São Paulo.

A oficina utilizou metodologia dinâmica e participativa e a programação incluiu: (1) avaliação inicial (formulário pré-teste da oficina); (2) apresentação dos slides expositivos abordando o tema e seus conceitos éticos, técnicos e legais; (3) dinâmica de *role play* simulando diálogo de Plano de Parto; (4) discussão e esclarecimento de dúvidas; e (5) avaliação final (formulário pós-teste da oficina).

A dinâmica do *role play* foi aplicada com os participantes divididos em duplas. Cada dupla

recebeu, após sorteio, papéis descrevendo situações e contextos de vida diversos que deveriam ser incorporados à encenação de personagens grávidas. Esses contextos tomaram como base casos levantados anteriormente pela equipe do Instituto de Saúde em discussões com os técnicos do município.

A partir deste contexto, uma pessoa da dupla deveria interpretar a gestante e sua dupla interpretaria o profissional de saúde que estaria realizando o pré-natal. Ou seja, a “gestante” discutiria seu Plano de Parto do jeito que gostaria e idealizava, de acordo com seu contexto e o “profissional” preencheria o Plano de Parto de sua paciente de acordo com os princípios das boas práticas assistenciais. Após o preenchimento, as duplas deveriam trocar informações, procurando discutir a situação e chegar a um consenso do Plano de Parto final, a partir do que vivenciaram. Os diferentes grupos, então, apresentariam seus casos e Planos para o restante dos participantes da oficina, de modo a contar a experiência

de preenchimento e as limitações dentro do contexto encontrado, a fim de ouvir considerações, adequações e comentários. Com este encerramento, os formulários pós-teste da oficina eram finalmente respondidos e era feita a entrega dos certificados.

Para a coleta dos dados qualitativos, foi realizada a transcrição na íntegra da oficina. As respostas foram analisadas por meio de uma comparação com um gabarito elaborado previamente e de acordo com os objetivos da oficina. Após a comparação com o gabarito, as respostas pré e pós-teste foram divididas em quatro eixos: acerto, noções parciais acerca do tema, erro e ignora/não sabe.

### Resultados

A oficina contou com 22 pessoas e foi composta majoritariamente por enfermeiros. A idade predominante entre os participantes foi entre 31 e 40 anos de idade, com maior presença de profissionais da UBS de Franco da Rocha (Quadro 1):

Quadro 1 - Perfil dos profissionais de saúde participantes da oficina. São Paulo, 2021.

	n
<b><i>Categoria Profissional</i></b>	
Enfermeiro	13
Outros*	3
Agente Comunitário de Saúde	2
Administrativo	2

	n
<b>Idade</b>	
mais de 50 anos	3
41 a 50 anos	3
31 a 40 anos	11
26 a 30 anos	2
21 a 25 anos	1
<b>Serviços participantes</b>	
UBS de Franco da Rocha	12
Maternidade Caieiras	3
Casa da Mulher	2
Outros**	5
<b>Total***</b>	<b>22</b>

\*Outros: apoiadora, assistente social e técnicos de enfermagem.

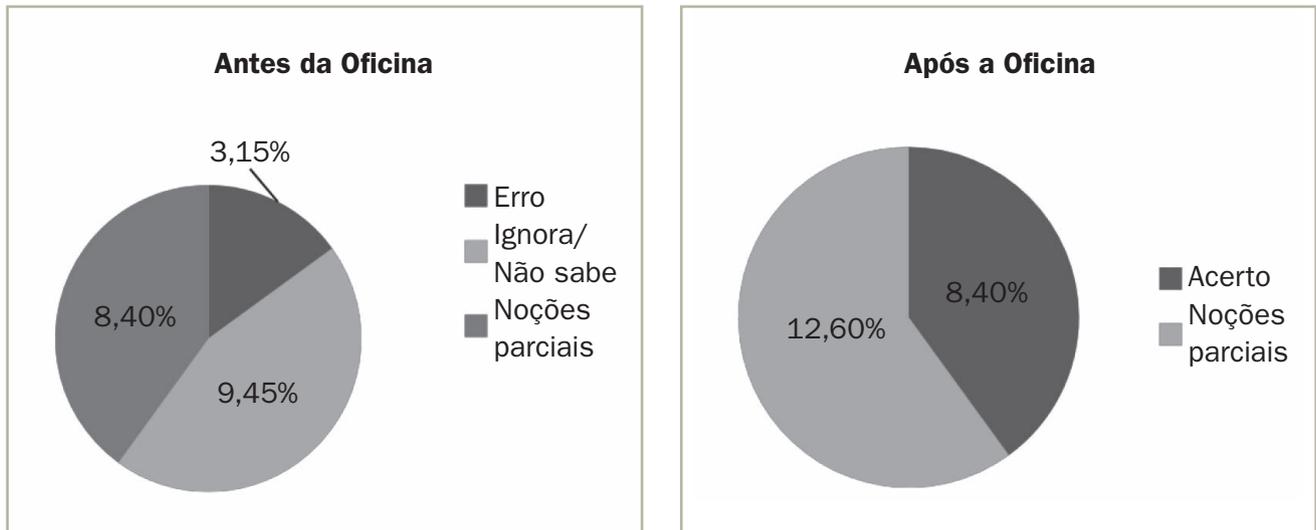
\*\*Outros: cada serviço com um representante cada: maternidade de Francisco Morato, CAPS, Sistema Prisional, Administração Geral, apoiadora da Atenção Básica.

\*\*\*Contabilizando todos os participantes da oficina, sem exclusão dos que não responderam aos formulários.

Acerca do conhecimento prévio sobre Plano de Parto (Gráfico 1), constatou-se que 9 (45%) participantes desconheciam o termo ou a ideia do Plano de Parto, 8 (40%) tinham noções parciais sobre o tema, apresentando respostas com informações vagas sobre a definição certa sobre

o Plano de Parto e 3 (15%) participantes apresentaram respostas incorretas. Já no momento pós-oficina (Gráfico 2), 8 (40%) participantes definiram claramente a ideia do Plano de Parto e 12 (60%) apresentaram noções parciais sobre o instrumento.

Gráficos 1 e 2 - Comparação do conhecimento do Plano de Parto pré e pós-teste.  
São Paulo, 2021.



O registro das respostas dadas pelos participantes, durante a exposição, frente a questões de identificação das potenciais fragilidades e fortalezas da Rede de Assistência ao Pré-Natal, Parto e Puerpério para a implementação e adoção

efetiva do Plano de Parto no município (Quadro 2), juntamente a sugestões de melhoria desses pontos pactuadas nas reuniões de Câmaras Técnicas realizadas com a Secretaria de Saúde do Município, foram:

Quadro 2 - Relação fragilidade levantada e sugestão de melhoria para implementação efetiva do Plano de Parto, São Paulo, 2021.

Fragilidades Apontadas	Sugestões de Melhorias frente aos Problemas Pactuados
Pouca participação de profissionais da classe médica e profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) na oficina, impactando na integralidade do cuidado ao usuário e sustentabilidade do Plano de Parto;	Maior participação destes profissionais em treinamentos, discussões e reuniões pertinentes;
Poucos profissionais das maternidades na oficina, o que impacta negativamente na adoção efetiva do Plano de Parto na Rede de assistência;	Incentivar a participação de mais profissionais de nível de gestão, bem como a presença de profissionais diretamente assistenciais para implementação plena e auxílio na disseminação do documento;
Fragilidade do tema de Plano de Parto, visto que era desconhecido por quase metade dos participantes previamente à oficina realizada;	Realização de mais oficinas para abranger outros profissionais; Necessidade de reforços constantes e experiências práticas, com apoio dos apoiadores da Atenção Básica ou de outros profissionais com experiência prévia do assunto em questão (profissionais-chaves);

Fragilidades Apontadas	Sugestões de Melhorias frente aos Problemas Pactuados
Dúvidas residuais sobre Plano de Parto, o que impacta diretamente na implementação efetiva, além de uma possível divulgação incompleta ou incorreta do documento para as usuárias;	Realização de mais oficinas, com mais tempo para discussão e presença de categorias profissionais diversas;
Falta de comunicação entre Atenção Básica municipal e maternidades de referência;	Necessidade de reuniões frequentes entre os serviços para padronização da Rede de assistência;
Crenças trazidas pelas usuárias dificultam a assistência pautada em recomendações clínicas e evidências científicas;	Tentativa de mudança cultural regional pelos profissionais, através da formação de vínculo e escuta qualificada, a fim de entender e adaptar os cuidados básicos necessários atrelados ao contexto e à realidade de cada usuária.
Incentivar a formação de grupos profissionais dentro das UBS para discutirem os casos mais alarmantes e juntos pensarem em uma estratégia de abordagem efetiva;	Insuficiência respiratória aguda por crise asmática.
Planos de Parto com linguagem tecnicista e de difícil compreensão para as usuárias da Rede de saúde local.	Necessidade de elaboração de um Plano de Parto singular ao contexto do município, participando da elaboração os profissionais da assistência (como conhecedores da realidade local) e dos profissionais da gestão tanto da Atenção Básica municipal, quanto das maternidades de referência.

Os pontos positivos (fortalezas) levantados sobre a Rede de Atenção ao Pré-Natal, Parto e Puerpério pelos participantes da oficina (Quadro 3) foram:

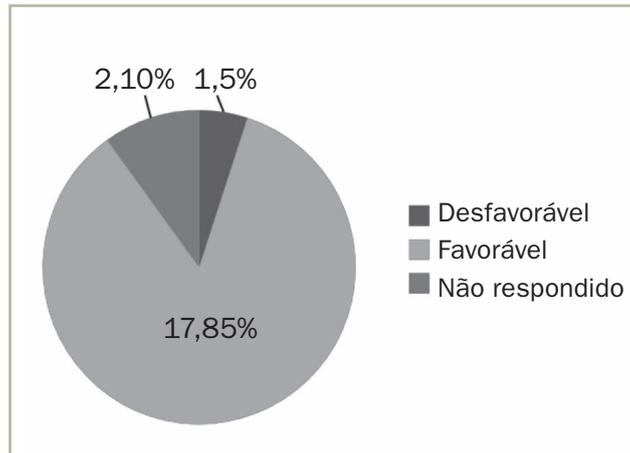
Quadro 3 - Fortalezas da Rede de Assistência para implementação do Plano de Parto, São Paulo, 2021.

Fortalezas Levantadas	F1* - No pré-natal, há o <b>acolhimento por enfermeiros capacitados</b> que oferecem melhores orientações;
	F2 - <b>Visitas à maternidade</b> para conhecimento prévio do serviço;
	F3 - <b>Reconhecimento da necessidade de reuniões frequentes entre AB e maternidades</b> , com estatísticas e dados da realidade de Franco da Rocha.

\*F= Fortaleza

Por fim, a última pergunta do pós-teste (Gráfico 3), registrando opiniões livremente registradas favoráveis e desfavoráveis em relação à implementação e adoção do Plano de Parto.

Gráfico 3 - Opinião sobre Importância do Plano de Parto para as Grávidas.



### Discussão

Na história da parturição, a partir de 1950, temos um cenário crescente de implementação do modelo hospitalocêntrico na atenção ao pré-natal, parto e puerpério. A concepção é que as mulheres deveriam viver o parto imobilizadas, cercadas por profissionais desconhecidos, afastadas de seus familiares e pertences, em ambientes completamente desconhecidos e submetidas à denominada “cascata de procedimentos” atrelados à falta de humanização no processo de nascimento<sup>12</sup>. Além da pobreza das relações humanas, da violência obstétrica e do uso irracional e excessivo de tecnologias em saúde, este modelo impediu muitos países, inclusive o Brasil, de reduzir os índices de morbimortalidade materna e perinatal<sup>13</sup>.

Uma vez que o uso irracional da tecnologia provoca comprovadamente mais danos do que benefícios, há 35 anos iniciou-se um movimento mundial de priorização da singularização

da tecnologia apropriada para cada caso e cada mulher, a fim de evitar procedimentos excessivos e desnecessários, ao mesmo tempo em que se buscou atrelar qualidade ao vínculo profissional-parturiente – movimento este denominado, no Brasil, “humanização do parto”<sup>14</sup>.

A humanização é, desde então, um dos principais pilares da Saúde Pública brasileira, uma vez que preza pela vivência respeitosa do processo de parto pela mulher, com garantia de seus direitos e garantindo a assistência qualificada e humanizada a ela, ao bebê e à família envolvida<sup>15</sup>.

Como prevenção da violência obstétrica e defesa da humanização, um dos recursos existentes é a elaboração do Plano Individual de Parto durante o pré-natal<sup>16</sup>, ainda subutilizado no Brasil. Apresentar um Plano de Parto na maternidade não garante o cumprimento do mesmo, visto que certas condições clínicas podem anular o cumprimento pleno do Plano de Parto elaborado; porém, o desenvolvimento deste documento,

promove a participação da mulher ativamente em seu processo de parturição, gerando uma melhor experiência de parto, com os pilares de autonomia e confiança desenvolvidos<sup>3,17</sup>.

A lei nº 8.080, de 1990 de criação do Sistema Único de Saúde (SUS) pontua o direito à autonomia e a defesa da integridade física e moral das pessoas, como princípios que devem ser seguidos pelos serviços de saúde brasileiros<sup>18</sup>. O exercício da autonomia depende de condições culturais, sociais, econômicas, ambientais (ou seja, questões da autonomia externas ao sujeito) e é um valor e direito de todo ser humano. Isso implica na necessidade de promoção da democratização das relações sociais, no caso da saúde, também da democratização dos saberes entre profissionais de saúde e usuários do SUS, indicando a necessidade do reconhecimento dos contextos diversos que incluem diferentes indivíduos, de forma a permitir que o cuidado seja singularizado e pautado principalmente em princípios éticos humanos, para assim, afirmar uma condição de saúde e de cidadania solidária<sup>19-20</sup>.

A autonomia de gênero, juntamente ao conhecimento das usuárias sobre os seus direitos e à inserção delas como centro do cuidado, é de vital importância para todas as mulheres. Com a estimulação também por parte dos profissionais, elas podem ser tornar mais ativas, críticas e conscientes, garantindo empoderamento e o acesso aos conhecimentos no cuidado de seus próprios corpos e saúdes, inclusive no processo de parturição. Para isso, os profissionais de saúde devem se reconhecer como meios que podem e devem auxiliar, quando necessário, a mulher com o uso de tecnologias adequadas e práticas recomendadas<sup>19</sup>.

Na relação entre profissional de saúde e usuária, a defesa da autonomia não objetiva a inversão do papel atual, em que os profissionais possuem hegemonia, mas visa fortalecer o

reconhecimento de que todos os envolvidos no cuidado devem ter espaço e voz ativa no processo, considerando seus contextos, valores, expectativas, objetivos e metas. Na realidade, é imprescindível que a relação entre os envolvidos no cuidado permaneça heterogênea e diversa, pois com suas diversas áreas de conhecimentos e tipos de saberes contemplam a integralidade e atendem às necessidades do indivíduo para um cuidado longitudinal<sup>19-21</sup>.

Os benefícios da utilização do Plano de Parto e o auxílio às gestantes para sua elaboração promovem não só a reflexão dessas mulheres e seus pares, mas também a reflexão das equipes de saúde sobre a realidade da assistência ofertada em sua região, apontando os pontos de melhoria frente a um cenário real<sup>22</sup>. Apesar disso, a literatura aponta para um desconhecimento acerca dos objetivos e benefícios da elaboração e utilização do Plano de Parto por parte das gestantes<sup>5,9</sup> e, até mesmo, pelos profissionais de saúde<sup>23</sup>, o que reflete diretamente na adoção efetiva e sustentabilidade de longo prazo desta ferramenta.

Como parte da implementação do Plano de Parto, ouvir e entender os profissionais que integram a Atenção Básica se mostra de vital importância para estruturar as fragilidades e fortaleceras da Rede de Atenção ao Pré-natal, Parto e Puerpério dos municípios, inclusive com relação à própria efetivação da implementação deste instrumento, como foi feito em Franco da Rocha. Tal esforço nos remete à necessidade de respostas às dificuldades e ao planejamento de melhorias na Rede de serviços prestada, assim como a necessidade de elaboração de Planos de Parto singularizados para cada mulher.

Para garantir a sustentabilidade da utilização do Plano de Parto, é essencial que o processo de implementação continue ativo para sua plena adoção nas redes municipais.

### Considerações finais

O presente estudo aponta que as Redes de Assistência ao Pré-Natal, Parto e Puerpério e de serviços de referência apresentam barreiras relacionadas à organização da rede, estrutura, culturas e fatores comportamentais de profissionais de saúde e usuários. A existência destas barreiras repercute nos indicadores de saúde locais, prejudicando a comunicação entre a Atenção Básica e a maternidade e entre a mulher e a maternidade.

Especificamente sobre a implementação do Plano de Parto de Franco da Rocha, foi evidenciado que, a grande maioria dos participantes, após formações, corroboraram a importância e fizeram aceitação deste instrumento. Sua adoção plena, no entanto, necessita de pactuação em âmbito administrativo da gestão e do controle social, de modo a torná-lo uma diretriz de política de saúde regional. Além disso, faz-se fundamental a sua divulgação para os profissionais de saúde, com realização de treinamentos em serviços, incluindo as UBS e ambulatórios ou outros serviços de referência.

Também, sugere-se que seja elaborado e adotado um modelo de Plano de Parto singular e adequado à linguagem e à estrutura do município, atendendo assim, questões de contextos locais.

### Referências

1. Catissi G. Barreiras e Estratégias na Implementação do Plano de Parto em Franco da Rocha. São Paulo: Instituto de Saúde, 2020. Trabalho de Conclusão de Curso do Curso de Especialização em Saúde Coletiva. 2020.
2. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal [internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2017 [acesso em 16 ago 2021]. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/diretrizes-nacionais-de-assistencia-ao-parto-normal-versao-resumida/>.
3. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Políticas de Saúde. Parto, Aborto e Puerpério: assistência humanizada à mulher [internet]. Brasília, 2001 [acesso em 16 ago 2021]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04\\_13.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf).
4. São Paulo (Estado) Lei Estadual nº15.759, de 25 de março de 2015. Assegura o direito ao parto humanizado nos estabelecimentos públicos de saúde do Estado e dá outras providências. Diário Oficial do Estado de São Paulo. 25 mar 2015; Seção I:1.
5. Rodrigues DP, Alves VH, Vieira RS, Leão DCMR, Paula E, Pimentel MM. A violência obstétrica no contexto do parto e nascimento. Rev Enferm UFPE [internet]. 2018 [acesso em 16 ago 2021];12(1):236-246. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/23523>.
6. Secretaria Municipal de Saúde de Franco da Rocha (SP). Caderno de Atenção à Saúde Reprodutiva, Pré-Natal, Parto e Puerpério. Franco da Rocha; 2018.
7. Secretaria Municipal de Saúde de Franco da Rocha (SP). Plano municipal de contingência para infecção humana pelo novo coronavírus. Franco da Rocha; 2020.
8. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília: Diário Oficial da União [internet]. 24 jun. 2011 [acesso em 16 ago 2021]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html).
9. Mouta RJO, Silva TMA, Melo PTS, Lopes NS, Moreira VA. Plano de parto como estratégia de empoderamento feminino. RevBaian Enferm [internet] 2017 [acesso em 16 ago 2021]; 31(4):e20275. Disponível em: <https://pesquisa.bv-salud.org/portal/resource/pt/biblio-897512>.
10. Hidalgo-Lopezosa P, Hidalgo-Maestre M, Rodriguez-Borrego MA. Birth plan compliance and its relation to maternal and neonatal outcomes. Rev Lat-Am Enfermagem [internet]. 2017 [acesso em 16 ago 2021]; 25:e2953. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692017000100399#:~:text=birth%20plans%20have%20a%20low,needed%20to%20improve%20its%20compliance](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692017000100399#:~:text=birth%20plans%20have%20a%20low,needed%20to%20improve%20its%20compliance).
11. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466. 12 dez 2012.
12. Mold J, Stein HF. The cascade effect in the clinical care of patients. NEJM. 1986; 314(8):512-514.

13. Barros FC, Victora CG, Barros AJ, Santos IS, Albernaz E, Matijasevich A, et al. The challenge of reducing neonatal mortality in middle-income countries: findings from three Brazilian birth cohorts in 1982, 1993, and 2004. *Lancet*. 2008; 365:847-854.
14. Diniz CSG. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Cien Saude colet*. 2005; 10(3):627-637.
15. Morais I, Bastos S. Humanizando o parto e o nascimento: o cuidar através dos diagnósticos de enfermagem. Santo André: Universidade do Grande ABC, 2006 Trabalho de Conclusão de Curso do Curso de Enfermagem.
16. World Health Foundation - WHO. Department of Making Pregnancy Safer. Standards for Maternal and Neonatal Care. Birth and emergency preparedness in antenatal care. Genebra; 2006.
17. Lothian J. Birth plans: the good, the bad, and the future. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2006; 35(2):295-303.
18. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 353, de 14 de fevereiro de 2017. Regulamenta a as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal, considerando a necessidade de se estabelecerem parâmetros sobre o parto normal no Brasil e diretrizes nacionais para a sua utilização e acompanhamento das mulheres a ele submetidas [internet]. Diário Oficial da União. Brasília (DF); 20 fev. 2017 [acesso em 16 ago 2021]. Disponível em: <[http://www.in.gov.br/materia/-/asset\\_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/20805342/do1-2017-02-20-portaria-n-353-de-14-de-fevereiro-de-2017-20805260](http://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/20805342/do1-2017-02-20-portaria-n-353-de-14-de-fevereiro-de-2017-20805260)>.
19. Soares JCRS, Camargo Junior KR. A autonomia do paciente no processo terapêutico como valor para a saúde. *Interface- Comunic, Saúde, Educ*. 2007; 11(21):65-78.
20. Bastos SH, Silva A.L, Beraldi R. Direito e autonomia em saúde: onde mora a vontade livre? In: Keinert TMM, Paula SHB, Bonfim JRA, organizadores. As ações judiciais no SUS, promoção do direito à saúde. São Paulo: Instituto de Saúde; 2009. p. 109-118.(Temas em saúde coletiva, 10)
21. Ministério da Saúde (BR). Lei nº8080 - Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: 19 set 1990.
22. Tesser CD, Knobel R, Amdrezzo HFA, Diniz SD. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2015; 10(35):1-12.
23. Whitford HM, Entwistle VA, Van Teijlingen E, Aitchison PE, Davidson T, Humphrey T, Tucker JS. Use of a birth plan within woman-held maternity records: a qualitative study with women and staff in northeast Scotland. *Birth*. 2014; 41(3):283-239, 2014.