



Promoção e Proteção da Saúde da Mulher ATM 2024/2

Jaqueline Neves Lubianca
Edison Capp
organizadores

Alunos

Aline Santiago Luiz
Ana Paula Nascimento
Anthony de Freitas de Sousa
Ashiley Lacerda Ribeiro
Bárbara Polli
Brhayan Decosta da Silva
Bruno Eduardo Lara da Silva
Camila Barcellos
Carolina Bonatto do Amarante
Carolina Zanfir Ferreira
Caroline dos Passos
Christofer Adiel Bernstein
Daniela Vargas de Souza
Danielle Mattos Pereira
Débora Milene Ferreira Alves
Diéssy dos Santos Borniger
Eduardo Rockenbach Cidade
Eduardo Stürmer da Silva
Eric do Nascimento Sutil
Felipe Brittes Rott
Felipe Jung Spielmann
Felipe Schütz
Fernanda Engel Gandolfi
Gabriel Schuch Schulz
Guilherme Fernandes Gonçalves
Guilherme Gonzaga Vaz
Gustavo Guimarães
Gustavo Hauenstein
Haniel Bispo de Souza Maranhão
Hellen Dittrich de Assis
Hilter Martin Silva Peña
Igor Ongaratto Scherer

Isabel Meneghetti Coimbra
Isabela Abreu Brinckmann
Isabela Lazzarotto
Ismael Roque Pereira
Jeovana Ceresa
Jéssica Limana
Joanna Thayná C. Lopes Gonçalves
Josué Faustini Centenaro
Juliana Barros Rodrigues
Julio Cesar F. Bertoloto
Kandara Caroline Borges Souto
Laércio Araújo
Laís Santos Dias Gomes
Larissa Horos Bueno
Laura Chuang
Laura Ferrarese Brum
Laura Fontana Steinmetz
Lia Grub Becker
Lucas França Viana
Lucas Uglione da Ros
Marcelo Garroni
Marcelo Henrique Machado
Maria Isabel Schreiber
Mayra Angélica de Souza Antunes
Milena Nunes Pinto
Nicole Mastella
Paola Andressa Ribas
Patrícia Gabriela Riedel
Pedro Henrique Vargas Jesus
Pedro Roberto Bandeira Garcia
Rafael Lopes da Rosa
Renata Fogaça Borges
Ricardo Horn Oliveira

Rodrigo Martins Teixeira
Rosa Maria Moreno Barbosa
Stefon Kareem de Coteau
Thiago Bastos Vasconcelos
Victor Matheus O. Marques
Vinícius Lovison
Vitória Fedrizzi Sakai
Monitores PPSM 2021/2
Ariadne Garcia Leite
Arthur Becker Simões
Giovanna Sandi Maroso
Juliana da Silva Uhlmann
Júlia Stüker
Laura Motta Bellan
Leticia Zanotelli Fernandes
Professores
Adriani Oliveira Galão
Ana Selma Bertelli Picoloto
Alberto Mantovani Abeche
Daniela Vanessa Vettori
Eduardo Pandolfi Passos
Helena von Eye Corleta
Janete Vettorazzi
Jaqueline Neves Lubianca
João Sabino da Cunha Filho
José A. de Azevedo Magalhães
José Geraldo Lopes Ramos
Márcia Appel Binda
Maria Celeste Osório Wender
Maria Lúcia Oppermann
Ricardo Francalacci Savaris
Sérgio H. de Almeida Martins Costa
Solange Garcia Accetta

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Faculdade de Medicina
Departamento de Ginecologia e Obstetrícia

Promoção e Proteção da Saúde da Mulher ATM 2024/2

Porto Alegre 2022
UFRGS

Planos de parto

*Joanna Thayná Campos Lopes Gonçalves
Rosa Maria Moreno Barbosa
Victor Matheus Olaves Marques
Stefon Kareem de Coteau
Sérgio Hofmeister de Almeida Martins Costa*

Planos de parto (PP) são manifestações antecipadas de vontade das gestantes sobre os procedimentos que ela entende como mais adequados em relação ao seu trabalho de parto, parto e puerpério. À semelhança das diretivas antecipadas de vontade (DAV) que os pacientes manifestam antecipadamente sobre seus desejos em relação a tratamentos futuros e que devem ser levados em consideração pela equipe médica em momentos nos quais o paciente está impossibilitado de se manifestar, os planos de parto são manifestações da vontade das gestantes, feitas durante o período do pré-natal, sobre suas expectativas para o parto e que devem ser levadas em consideração pela equipe assistencial durante o processo de nascimento.

Historicamente, o atendimento do processo de parturição migrou de uma assistência domiciliar, na qual a parturiente recebia os cuidados de outras mulheres mais velhas com habilidades desenvolvidas ao longo do tempo (parteiras leigas) para um atendimento mais formal, em casas de saúde e hospitais, sob os cuidados de enfermeiras ou médicos especialistas em obstetria. Esta transferência do local de nascimento do domicílio para o hospital, e a adesão da participação médica no parto, teve grande incremento a partir da segunda metade do século XX e foi acompanhada por importante diminuição nas taxas de mortalidade materna e perinatal. Por outro lado, esse modelo, focado principalmente no atendimento hospitalar e nos cuidados médicos (modelo hospitalocêntrico), foi acompanhado por um incremento significativo na ocorrência de intervenções, tanto

medicamentosas como cirúrgicas, muitas delas desnecessárias e danosas. A disparada das taxas de cesariana, que no Brasil já ultrapassam 50% dos nascimentos, é a principal expressão de um dos para-efeitos desta visão do atendimento ao parto. Além disso, na hospitalização compulsória da parturiente, foi perdido o ambiente acolhedor do domicílio e que envolvia este processo que, embora encerre riscos não desprezíveis, é, na maioria das vezes, uma manifestação fisiológica e não patológica.

Como uma reação a este excesso de intervenções, no final do século XX iniciou o movimento Humanização do Parto, que visava, entre outras coisas, coibir o excesso de intervenções desnecessárias e devolver à mulher parturiente o comando das decisões sobre o modo do parto.

Frente às mudanças do paradigma do cuidado no trabalho de parto e parto, a equipe de enfermagem possui papel decisivo na tomada de decisão, já que estes são os profissionais que se encontram mais próximos da parturiente (FRELLO; CARRANO, 2010). Durante as consultas de pré-natal, o enfermeiro é responsável por realizar ações educativas para a gestante e sua família, acompanhar gestações de baixo risco, solicitar exames de rotina e orientar tratamento de acordo com o protocolo da instituição, e também coletar exame citopatológico. Foi conferido também ao enfermeiro, declarar os nascidos vivos dos partos realizados em instituições de saúde e domicílios, desde que estejam devidamente cadastrados pelas Secretarias Municipais de Saúde (SMS) como profissionais responsáveis por estes atendimentos (PEREIRA *et al.*, 2010; SILVA, 2014)

Planos de parto podem ser utilizados tanto para reduzir como aumentar intervenções médicas, no processo do parto. Deste modo, a resolução No 2.144/2016 do Conselho Federal de Medicina considerou ética a opção da mulher por uma cesariana sem indicação médica, com a ressalva de que ela não pode ser realizada antes de completada a 39ª semana de gestação, com o intuito de que a decisão unilateral da mulher, não venha a prejudicar o feto em relação ao seu nascimento prematuro.

Exemplos de planos de parto

Exemplo 1:

Acreditamos que o parto é um rito de passagem natural e não desejamos intervenções médicas desnecessárias. Abaixo listamos nossas preferências em relação ao parto e nascimento do nosso filho Antônio, caso tudo transcorra bem. Sempre que os planos não puderem ser seguidos, gostaríamos de ser previamente consultados a respeito das alternativas.

1. Presença do marido e da doula;
2. Sem raspagem dos pêlos pubianos;
3. Sem uso de soro na veia;
4. Sem uso de ocitocina;
5. Liberdade para caminhar e escolher a posição que quero ficar;
6. Não fazer monitoramento fetal: apenas se for necessário e nunca contínuo;
7. Não receber analgésicos e anestésicos;
8. Sem rompimento artificial da bolsa;
9. Sem realização de episiotomia.

Exemplo 2:

Embora entenda que o trabalho de parto e o parto são, na maioria das vezes, eventos naturais e sem necessidade de intervenções médicas, desejo que seja respeitado minha vontade de evitar o nascimento por via vaginal, optando por uma cesariana realizada antes ou no início do trabalho de parto. Estou ciente dos riscos para minha saúde e para meu bebê. Deste modo solicito que o modo de nascimento de meu filho seja através de cesariana.

Relação médico-gestante no plano de parto

A ideia de uso de plano de parto surgiu em 1970 para tentar evitar excesso de intervenções no trabalho de parto, e tornou-se uma prática recomendada pela Organização Mundial da Saúde em 1980, como uma reivindicação do movimento de saúde feminina (1). A relação médico-paciente nesse contexto é essencial, visto que, quando cumprida satisfatoriamente, os desfechos maternos e neonatais tendem a ser positivos. Contudo, há algumas controvérsias em relação a ele: alguns estudos ressaltam o seu aspecto positivo no laço entre o profissional de saúde e a gestante, enquanto outros destacam o fato do plano poder se tornar uma "barreira" para o relacionamento entre as duas partes (11).

Um acordo bem conduzido entre gestante e equipe assistencial está associado ao maior número de partos vaginais. Isso mostra o poder do plano de manter o momento do nascimento como um processo "fisiológico" e menos "medicalizado" (11). Além disso, o vínculo ótimo entre a paciente e o médico diminui o estresse e a ansiedade das parturientes, pois elas se sentem mais preparadas, melhor conduzidas e participativas no evento(11). O próprio fato de haver discussão sobre o trabalho de parto já tem efeitos benéficos, e não necessariamente há necessidade de haver documento escrito ou a verbalização dele(1). O trabalho de parto e o parto não são eventos previsíveis; por isso, é de suma importância que o laço entre ambas as partes esteja fortalecido, com o intuito de que as expectativas da gestante não sejam desprezadas caso haja algum problema ou complicação durante o evento.

Contudo, o plano pode prejudicar a relação médico-gestante: muitos profissionais de saúde consideram-no uma "perda de autonomia médica". Frequentemente, o obstetra considera as expectativas da paciente como "irracionais", tendo menor disposição em atendê-las(6). Também, um plano de parto com muitos requisitos está associado a menor satisfação da paciente, porque ele se torna difícil para ser cumprido integralmente (1). O médico pode não querer abrir mão de sua prática rotineira para servir ao plano. Em alguns casos o médico pode usar seu poder

de persuasão para tentar convencer a gestante a adotar algumas práticas que não têm necessariamente benefício comprovado. Portanto, é importante que a relação médico-gestante se dê dentro de rígidos conceitos da melhor prática, evitando-se ao máximo assustar ou carregar no risco potencial para obter o consentimento para gestante em relação às suas práticas habituais.

Portanto, a relação médico-gestante no plano de parto possui muitos vieses, porquanto não há consenso de que este seja benéfico para aquele. Apesar de todos esses pontos de vista, o médico obstetra deveria, pelo menos, cumprir essas 5 etapas numa conversa inicial com a gestante: compreender a experiência e as expectativas da paciente; construir parceria; discutir com evidência sobre as incertezas do processo; apresentar recomendações; verificar se a paciente entendeu os pontos da conversa e se concordou com eles. Essa interação é importante para que tanto o médico quanto a paciente tenham uma relação saudável nesse período tão importante para ela, além de mostrar que o plano de parto pode ser flexível, mas sempre visando ao bem-estar da paciente e de seu bebê (2).

A perspectiva da parturiente

Diretiva antecipada de Vontade e interface com plano de parto

A diretiva antecipada de vontade é um documento, de manifestação de vontade para tratamentos médicos, ou até mesmo a opção por não fazê-lo. Apesar de o Brasil não ter legislações bem estruturadas para DAV, em 31 de agosto de 2012, o Conselho Federal de Medicina (CFM) aprovou a Resolução CFM 1.995/13, reconhecendo o direito do paciente manifestar sua vontade sobre tratamentos médicos e designar representante para tal fim, bem como o dever de o médico cumprir a vontade do paciente. O documento não precisa ser feito por alguém da área jurídica, e tampouco requer aprovação. O paciente pode apenas escrever quais os tratamentos que deseja ou não deseja e entregar para o médico, que deve anexar ao prontuário. Não raramente, a família acaba sendo chamada para participar da discussão e ser

informada sobre o tratamento escolhido pelo paciente. Todavia, a autonomia do paciente deve ser respeitada, a família deve ratificar quais são os desejos do paciente quando este não tiver em condições de falar por si e o médico e/ou equipe deve garantir que as vontades manifestadas previamente sejam atendidas. As DAV podem passar por alterações sempre que o paciente quiser, desde que esteja pleno de suas capacidades quando as alterações forem feitas.

Embora a gestante não deva ser considerada uma paciente (pelo menos enquanto estiver com saúde), nem o atendimento ao parto um tratamento, pois não deve ser visto como patologia, os planos de parto têm muita semelhança com as DAV, pois expressam antecipadamente a vontade a gestante.

A partir dessa perspectiva, a Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza o Plano de Parto, em uma série de recomendações de incorporação de boas práticas de atenção ao parto e nascimento baseadas em evidências científicas no documento lançado em 1996: "Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento". Dessa forma, o plano de parto se configura como um documento escrito, de valor legal, onde as gestantes expressam antecipadamente suas preferências e expectativas em relação aos cuidados que gostariam de receber durante o trabalho de parto e parto, quais procedimentos elas autorizam. Essa tomada de decisões é fundamentada nos valores, nas vivências e culturas carregadas de ancestralidade de cada mulher. O médico tem o papel de fornecer informações de qualidade, para que a gestante possa exercer a autonomia, deixando espaço para subjetividade de cada paciente. Portanto, considera-se que essa seja uma ferramenta estratégica na promoção do empoderamento feminino e na protagonismo durante a parturição, o que contribui para melhorar a satisfação com a experiência de parto.

A dor do parto é algo natural, porém existe uma preocupação por parte das grávidas com a dor que irão passar, evidenciando assim na forma que ela quer seu parto (RONCONI et al., 2010). Alguns motivos que algumas mulheres alegam preferir a cesariana, têm relação com o medo da dor, risco para o bebê, parto rápido e uma grande parcela é em relação ao fato por

poder marcar a data para o nascimento, razões como estas são comprovadas por estudos (BONFANTE *et al.*, 2011). Os medos em relação ao parto podem estar potencializados pela

falta de confiança que surge quando a gestante não entende a fisiologia do corpo humano, as fases do trabalho de parto, sendo também fortalecidos quando ela se sente sozinha no parto, sem alguém que lhe ofereça alguma segurança.

É importante que o enfermeiro inicie o preparo da mulher para o parto ainda durante o pré-natal, mediante o fornecimento de informações acerca dos cuidados com o corpo, dor do parto e técnicas de relaxamento a serem utilizadas. (SILVA, 2014). Faz-se necessário estabelecer uma escuta ativa, aliada a uma prática de comunicação/informação prestada de forma adequada junto às gestantes, contribuindo para que essas mulheres ganhem autonomia, passando a participar da promoção da sua saúde e do conceito (MOURA; RODRIGUES, 2003).

O excesso de intervenção médica é muito evidente na prática médica própria do sistema de saúde suplementar no Brasil, mas nos serviços de saúde pública, as mulheres grávidas também podem sofrer manipulação excessiva. Pode ocorrer excesso de cesarianas, uso indevido de ocitocina e episiotomia, entre outras intervenções.

Nessa direção, um estudo aponta que as enfermeiras obstetras ativamente envolvidas na assistência ao parto são as profissionais ideais para apoiar a construção de um Plano de Parto, principalmente por terem clareza das reais possibilidades que poderão ser oferecidas às gestantes nos serviços(7;20). Ademais, é de suma importância que o documento construído pela mulher no período gestacional seja elaborado e/ou compartilhado com o profissional de saúde que a atenderá no momento do parto, uma vez que o sucesso de um Plano de Parto depende também da comunicação aberta e do vínculo construído entre mulheres e seus cuidadores (15).

Traçar um Plano de Parto que contemple não só a via de parto escolhida, mas também o desejo de se alimentar, se movimentar, ter acompanhante, escolher a posição de parir, discutir o uso de

ocitocina, ou anestesia, pode e deve ser benéfico. Tudo isso, com um canal de comunicação bem estabelecido entre a gestante, que deve ter autonomia e ser a protagonista de todo processo, e a equipe profissional responsável por promover a educação pré-natal, abordando mais abertamente as diferentes metodologias na prestação de cuidados nos diferentes contextos de parto, para que as mulheres estejam melhores orientadas para escolher pelo profissional e ambiente de parto mais adequado às suas crenças e necessidades. Isso faz do Plano de Parto é uma tecnologia potencializadora de cuidados humanizados à mulher e recém-nascido.

A perspectiva do feto/neonato

O Plano de Parto, apesar de ser uma ferramenta favorável para um processo adequado, pode apresentar conflitos de interesses no que diz respeito às expectativas das gestantes, com planos de parto tidos como “exigentes” em alguns casos e difíceis de cumprir completamente, que podem também ir de encontro com a responsabilidade do médico e da equipe assistencial, em promover o bem-estar e garantir o direito à vida do feto. (15) Partindo desse exemplo, levanta-se então, análises do plano de parto, que incluem a autonomia da gestante, a atuação dos profissionais em analisar a melhor conduta e a proteção da vida do feto, onde todos os envolvidos possuem direitos ou códigos éticos a serem respeitados.

Sobre os direitos legais do nascituro/neonato, no Artigo II do Código Civil brasileiro temos que, a personalidade civil de alguém começa no nascimento com vida. Contudo, a Lei põe a salvo, desde a concepção, os direitos do nascituro, sendo primordial o direito à vida. Existem ainda, muitos conflitos de interpretação quanto a essa garantia de direitos antes e após o nascimento, seja por motivos científicos e biológicos, como por interpretações legais. Ainda assim, surgem questionamentos a respeito da autonomia materna e das decisões médicas, no pré-natal ou no momento do parto, sejam elas, qual momento certo para realizar uma intervenção fetal? Quais os direitos a mãe possui de negar-se aos procedimentos, sejam diagnósticos, terapêuticos

ou cirúrgicos? Como, por fim, o médico deve realizar quaisquer procedimentos intervencionistas no momento do parto?

Em relação à tomada de decisão materna, acredita-se que a maioria das mulheres tem tendência a concordar com os procedimentos, como também, a questão etnocultural e os princípios filosóficos influenciam mais profundamente na tomada de decisão do que experiências pessoais específicas de vida. (10) No entanto, existem casos onde a gestante ou familiares se negam a continuar tratamentos ou realizar exames por considerá-los desnecessários. Nesse caso, o médico deve insistir e adotar todos os meios possíveis para conseguir a adesão familiar, podendo intervir apenas em caso de risco à vida. Em situações de óbito fetal, caso ocorra por erros de conduta, é responsabilidade tanto dos profissionais, como também da instituição hospitalar, assumir todas as consequências é culpa pela situação. Já na situação de recusa da mulher em realizar os procedimentos diagnósticos, como em seguir as recomendações médicas evitando danos ao feto por maus hábitos, ações que promovam riscos ou permanência em condições desfavoráveis para sua saúde e do feto, não são problematizadas como direito.

No que visa procedimentos médicos no parto, estudos mostram que, as boas práticas durante o trabalho de parto ocorreram em menos de 50% das mulheres, sendo menos frequente em regiões Norte, Nordeste e Centro-oeste. Ainda no mesmo estudo, algumas dessas práticas comuns podem ser citadas, como exemplos frequentes de intervenções obstétricas excessivas e algumas vezes desnecessárias, como o uso de ocitocina e amniotomia em 40% das mulheres, sendo elas em sua maioria de baixa escolaridade e em setores públicos, como também a episiotomia e litotomia, utilizadas respectivamente em 56% e 92% das mulheres. (13)

O CEM (Código de Ética Médica) no seu Art. 22, veda o médico deixar de obter o consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte. Logo, assegura-se o direito da parturiente em decidir sobre procedimentos que podem ser feitos diante do seu conhecimento

total a respeito da necessidade e realização, incluindo a sua vontade, resguardando-se sua autonomia.

A perspectiva do médico/equipe assistencial

No que prevê a ética médica, inicialmente, os tratamentos compassivos e baseados em evidências, devem visar os direitos humanos em geral e levar em consideração quais decisões sobre os cuidados devem ser tomadas. Segundo o Código de Ética Médica na resolução CFM no 1.931/09 inciso VII, Capítulo 1, temos que, o processo de tomada de decisões tanto do médico quanto da equipe assistencial, prevê a aceitação da escolha expressa pelo paciente, seja a respeito dos procedimentos diagnósticos como dos terapêuticos, desde que adequadas ao caso e tendo comprovações científicas reconhecidas. Com isso, temos que a autonomia da gestante em seu plano de parto, por exemplo, é assegurada e deverá ser respeitada pelo médico e equipe.

Em relação à tomada de decisão em si, as questões éticas preveem que os médicos têm a responsabilidade de assegurar uma boa comunicação com os pais. As informações devem ser esclarecidas, compartilhadas, em sua totalidade, com imparcialmente, apresentando pontos favoráveis e contrários, inclusive sobre ações alternativas em todos os seus cursos, de forma que os pais tomem suas próprias decisões. O Estatuto do Nascituro veda a realização de procedimentos no pré natal caso estes tragam à mãe ou ao nascituro riscos desproporcionais ou desnecessários. Quanto a intervenções fetais, é necessário avaliar o risco e o consentimento livre e esclarecido, isso inclui a propedêutica, aspectos éticos, direitos da mãe e do nascituro. A análise do risco se faz necessária primeiramente sobre a vida e saúde da gestante, quando descartado, avalia-se os riscos sobre a criança que nascerá.

Conclusões sobre os planos de parto

Em qualquer plano de parto, é imprescindível que a gestante manifeste seus desejos sinceros em relação a todo o processo. Esse planejamento deve ser elaborado de modo que a paciente tenha voz ativa na tomada de decisões, visto que ela é a pessoa

interessada- e é seu corpo que passará pelos procedimentos. Qualquer decisão da parturiente deve ser discutida entre ela e a equipe assistencial, ou seja, não deve ser ignorada, tanto para ser acatada quanto para não ser preconizada, porquanto, em alguns casos, a paciente pode demandar uma atitude que não seja benéfica a ela ou ao feto, sem o conhecimento disso e, por isso, é importante que a equipe assistencial forneça as informações necessárias para tomada de decisões. Além disso, a gestante precisa estar ciente, desde o início do pré-natal, de que o plano de parto pode sofrer alterações, uma vez que o parto em si é um evento imprevisível- e é dever da equipe assistencial tranquilizar a gestante quanto a isso.

No que se refere a elaboração de Planos de Parto mais realistas, a educação pré-natal deve abordar mais abertamente as diferentes filosofias que cercam a prestação de cuidados nos diferentes contextos de parto, para que as mulheres estejam mais conscientes para escolher pelo profissional e ambiente de parto mais adequado às suas crenças e necessidades. Além disso, é preciso reduzir o potencial de resultados aparentemente decepcionantes ao considerar a condição clínica da gestante (fatores de risco), além das instalações e políticas do serviço, de modo a evitar desapontamentos e aumentar a compreensão de que o parto não pode ser planejado meticulosamente (WELSH; SYMON, 2014).

Durante a gestação, é primordial dentro do dever médico, assegurar a saúde do feto/neonato acima de qualquer decisão, sejam elas acerca de procedimentos cirúrgicos, diagnósticos ou medicamentosos. A relação médico-gestante deve se fazer presente, com a comunicação transparente para com a mãe, havendo a consulta da sua aprovação, entendimento pleno da situação, sempre respeitando o direito à vida do neonato.

A relação entre profissional e gestante é de extrema importância, o vínculo que se adquire muda como o trabalho de parto irá se desenvolver; vínculo este que se constrói desde o pré-natal. Nesta relação várias dúvidas são sanadas, e a mulher tranquilizada, podendo escolher com melhor clareza sua via de parto, e com isso fazer com que seu parto se transforme num acontecimento inesquecível, especialmente se optar por um parto

humanizado, garantindo a companhia da família durante todo o processo do nascimento (FREITAS, 2017).

Referências

1. AFSHAR, Yalda; MEI, Jenny; FAHEY, Jacqueline; GREGORY, Kimberly D. Birth Plans and Childbirth Education: what are provider attitudes, beliefs, and practices?. *The Journal Of Perinatal Education*, [S.L.], v. 28, n. 1, p. 10-18, 1 jan. 2019. Springer Publishing Company.
2. AFSHAR, Yalda; MEI, Jenny; GREGORY, Kimberly. Birth Plans: Birth Preferences or Labor Manifesto. *Gynecology & Obstetrics Case Report*. [S.L.], p. 125-132. fev. 2016.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Gravidez, parto e nascimento com saúde, qualidade de vida e bem-estar. Brasília, DF, 2013.
4. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. É ético o médico atender à vontade da gestante de realizar parto cesariano, garantida a autonomia do médico, da paciente e a segurança do binômio materno fetal. Resolução no 2.144, de 17 de março de 2016. Brasília, 2016
5. DADALTO, Luciana. Diretivas antecipadas de vontade: um modelo brasileiro. 2013. 14 f. Tese (Doutorado) - Curso de Medicina, Ufmg, Belo Horizonte, 2013.
6. DECOSTER, Barry. Pushing for Empowerment: The Ethical Complications of Birth Plans. *Janus Head*. Charlottesville, p. 72-92. maio 2019.
7. DIVALL, Bernie; SPIBY, Helen; NOLAN, Mary; SLADE, Pauline. Plans, preferences or going with the flow: an online exploration of women's views and experiences of birth plans. *Midwifery*, [S.L.], v. 54, p. 29-34, nov. 2017.
8. FEITOSA, Rubia Mara Maia; PEREIRA, Ruana Daniela; SOUZA, Tamara Jéssica Costa de Paula; FREITAS, Rodrigo Jacob Moreira de; CABRAL, Sarah Azevedo Rodrigues; SOUZA, Lázaro Fabrício de França. Fatores que influenciam a escolha do tipo de parto na percepção das puérperas Factors that influence the choice of birth type regarding the perception of puerperal women. *Revista de Pesquisa Cuidado É Fundamental Online*, [S.L.], v. 9, n. 3, p. 717-726, 11 jul. 2017. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro UNIRIO.
9. FREITAS, Lucélia Pereira. Fatores que influenciam na decisão da

via de parto de gestantes: revisão da literatura. TCC (Graduação) - Curso de Enfermagem, Centro Universitário João Pessoa - Unipe, João Pessoa, 2017.

10. HAMMERMAN, C; KORNBLUTH, E; LAVIE, O; ZADKA, P; ABOULAFIA, Y; EIDELMAN, A I. Decision-making in the critically ill neonate: cultural background v individual life experiences.. *Journal Of Medical Ethics*, [S.L.], v. 23, n. 3, p. 164-169, 1 jun. 1997. BMJ.

11. HARRIS, J. What is the good of health care? *Bioethics*, 10(4): 269-291, 1996.

12. HIDALGO-LOPEZOSA, Pedro; HIDALGO-MAESTRE, María; RODRÍGUEZ-BORREGO, Maria Aurora. Birth plan compliance and its relation to maternal and neonatal outcomes. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, [S.L.], v. 25, p. 53-66, 11 dez. 2017.

13. LEAL, Maria do Carmo; PEREIRA, Ana Paula Esteves; DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira; FILHA, Mariza Miranda Theme; DIAS, Marcos Augusto Bastos; NAKAMURA-PEREIRA, Marcos; BASTOS, Maria Helena; GAMA, Silvana Granado Nogueira da. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cadernos de Saúde Pública*, [S.L.], v. 30, n. 1, p. 17-32, ago. 2014.

14. MADI, José Mauro; ARAËJO, Breno Fauth de; ZATTI, Helen; ROMBALDI, Renato Luís; LORENCETTI, Jucemara; MARCON, Nathalia Oliva. Fatores de risco maternos associados à acidose fetal. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, [S.L.], v. 10, n. 3, p. 341-347, set. 2010.

15. MEDEIROS, Renata Marien Knupp; FIGUEIREDO, Grazielle; CORREA, Áurea Christina de Paula; BARBIERI, Márcia. Repercussões da utilização do plano de parto no processo de parturição. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, [S.L.], v. 40, n. 1, p. 24-40, 06 jun. 2019.

16. RECKZIEGEL, Janaína; DA SILVA, Simone Tatiana. Limites das intervenções fetais: uma análise ética e jurisprudencial. *Revista Brasileira de Direito*, Passo Fundo, v. 14, n. 3, p. 98-118, dez. 2018. ISSN 2238-0604. Disponível em: <https://seer.imed.edu.br/index.php/revistadedireito/article/view/2485/2031>. Acesso em: 09 set. 2021.

17. SAMSIOE, G; ABREG, A. Ethical issues in obstetrics. *International journal of fertility and menopausal studies*, Lund, v. 41, n. 3, p. 284-287, mai-jun. 1996.

18.SILVA, Maria Yasmin Bezerra da. A IMPORTÂNCIA DO ENFERMEIRO NO ACOMPANHAMENTO DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL. 2014. 17 f. TCC (Graduação) - Curso de Enfermagem, Uniceub, Brasília, 2014.

19. WEIDLE, Welder Geison; MEDEIROS, Cássia Regina Gotler; GRAVE, Magali Teresinha Quevedo; BOSCO, Simone Morelo dal. Escolha da via de parto pela mulher: autonomia ou indução?. Cadernos Saúde Coletiva, [S.L.], v. 22, n. 1, p. 46-53, mar. 2014.

20.WELSH, Joanne V.; SYMON, Andrew G.. Unique and proforma birth plans: A qualitative exploration of midwives experiences, Midwifery. 2014. 6 f. Monografia (Especialização) - Curso de Enfermagem, Unidade de Pesquisa Materno-Infantil, Escola de Enfermagem e Obstetrícia, Universidade de Dundee, Cambridge, 2014.