

**CUMPLIMIENTO DE LAS DEMANDAS ARTICULADAS EN EL PLAN DE PARTO
ENTRE USUARIOS DEL SISTEMA DE SALUD PÚBLICA****CUMPRIMENTO DAS DEMANDAS ARTICULADAS NO PLANO DE PARTO
ENTRE USUÁRIAS DO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE****COMPLIANCE WITH ARTICULATED DEMANDS IN THE CHILDBIRTH PLAN
AMONG USERS OF THE PUBLIC HEALTH SYSTEM**

Carolina Amaral Oliveira Rodrigues¹, Sibylle Emilie Vogt², Clara de Cássia Versiani³,
Luciana Barbosa Pereira⁴, Diana Matos Silva⁵, Tereza Maria Paiva Lacerda⁶

Como citar este artículo: Rodrigues CAO, Vogt SE, Versiani CC, Pereira LB, Silva DM, Lacerda TMP. Cumplimiento de las demandas articuladas en el plan de parto entre usuarios del sistema de salud pública. Rev Enferm Atenção Saúde [Internet]. 2023 [acceso: ____]; 12(1):e202356. DOI: <https://doi.org/10.18554/reas.v12i1.5349>

RESUMÉN

Objetivo: Evaluar el cumplimiento del PP entre usuarios de Unidades Básicas de Salud (UBS), del Sistema Único de Salud (SUS), en el municipio de Montes Claros, Minas Gerais, entre marzo y septiembre de 2014. **Métodos:** Estudio transversal, descriptivo, realizado entre marzo y septiembre de 2014, con 48 gestantes participantes de ruedas de conversación en Unidades Básicas de Salud. Los datos se analizaron utilizando frecuencias absolutas y relativas. **Resultados:** 41 (85,4%) mujeres no tenían conocimiento previo sobre el plan de parto, 28 (58,3%) informaron que ayudó en el parto, 11 (22,9%) lo presentaron al ingreso y 17 (35,4%) informaron verbalmente sus elecciones al equipo. Las demandas más cumplidas fueron la presencia del acompañante, la libre circulación y el uso de métodos no farmacológicos para el alivio del dolor. **Conclusión:** Los resultados del presente estudio son evidencia importante para la promoción de políticas públicas dirigidas a la atención obstétrica. **Descriptor:** Atención Prenatal; Parto Humanizado; Humanización de la Atención; Sistema Único de Salud.

¹ Graduada en Enfermería por la Universidad Estadual de Montes Claros (Unimontes). Estudiante de Maestría en el Programa de Posgrado en Atención Primaria de Salud de la Universidad Estadual de Montes Claros (Unimontes). <http://orcid.org/0000-0003-1804-619X>

² Doctorado en Salud de la Mujer y del Niño - Instituto Fernandes Figueira/FIOCRUZ; Profesor de la Universidad Estadual de Montes Claros (Unimontes). <http://orcid.org/0000-0001-9553-4096>

³ Maestría en Ciencias por la Universidad Federal de São Paulo; Profesor de la Universidad Estadual de Montes Claros (Unimontes). <http://orcid.org/0000-0001-9075-6781>

⁴ Magíster en Ciencias de la Universidad Federal de São Paulo, Profesor de la Universidad Estadual de Montes Claros (Unimontes). <http://orcid.org/0000-0002-0419-0353>

⁵ Especialista en Enfermería Obstétrica de la Universidad Estadual de Montes Claros, Docente de la Universidad Estadual de Montes (Unimontes). <http://orcid.org/0000-0002-1836-3171>

⁶ Especialista en Enfermería Obstétrica del Hospital Sofia Feldman; Coordinadora de enfermería obstétrica de la Maternidade Escola de Valença - RJ. <http://orcid.org/0000-0002-9808-1085>

RESUMO

Objetivo: Avaliar o cumprimento do PP entre usuárias de Unidades Básicas de Saúde (UBS), do Sistema Único de Saúde (SUS), no município de Montes Claros, Minas Gerais, entre os meses de março a setembro de 2014. **Métodos:** Estudo transversal, descritivo, realizado entre os meses de março a setembro de 2014, com 48 gestantes participantes de rodas de conversas em Unidades Básicas de Saúde. Os dados foram analisados através de frequências absolutas e relativas. **Resultados:** 41 (85,4%) mulheres não possuíam conhecimento prévio acerca do plano de parto, 28 (58,3%) relataram que ele ajudou no trabalho de parto, 11 (22,9%) o apresentaram na admissão e 17 (35,4%) informaram suas escolhas à equipe verbalmente. As demandas mais cumpridas foram a presença do acompanhante, livre movimentação e uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor. **Conclusão:** Os resultados do presente estudo são evidências importantes para a promoção de políticas públicas voltadas à assistência obstétrica.

Descritores: Cuidado Pré-Natal; Parto Humanizado; Humanização da Assistência; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

Objective: Evaluate the fulfillment of the PP among users of Basic Health Units (UBS), of the Unified Health System (SUS), in the municipality of Montes Claros, Minas Gerais, between March and September 2014. **Methods:** Cross-sectional, descriptive study, carried out between March and September 2014, with 48 pregnant women participating in conversation circles at Basic Health Units. Data were analyzed using absolute and relative frequencies. **Results:** 41 (85.4%) women had no prior knowledge about the birth plan, 28 (58.3%) reported that it helped in labor, 11 (22.9%) presented it on admission and 17 (35.4%) informed their choices verbally to the team. The most fulfilled demands were the presence of the companion, free movement and use of non-pharmacological methods for pain relief. **Conclusion:** The results of the present study are important evidence for the promotion of public policies aimed at obstetric care.

Descriptors: Prenatal Care; Humanizing Delivery; Humanization of Assistance; Unified Health System.

INTRODUCCIÓN

El parto es un evento fisiológico en el universo femenino, marcado por una trayectoria compleja, permeada de cambios a lo largo de la historia. Con los descubrimientos de la medicina en los campos de la asepsia, la cirugía y la anestesia, el parto salió del contexto familiar para pasar a formar parte de un entorno institucionalizado, tecnológico, con

intervenciones muchas veces innecesarias, sin justificaciones obstétricas adecuadas, dejando a la mujer como protagonista y responsable de la conducción tu propio nacimiento.^{1,2}

La propuesta de humanización de la atención del parto reconoce la importancia de este momento en la vida de las mujeres y los recién nacidos, además de la dimensión biológica. Propone la participación activa y la autonomía de las mujeres como seres

humanos con demandas específicas, devolviéndoles el rol protagónico. También incluye la adopción de prácticas obstétricas en las rutinas hospitalarias, basadas en evidencias científicas que aseguren su bienestar y el del recién nacido.^{2,3}

Una de las buenas prácticas para promover la atención respetuosa durante el trabajo de parto y el parto, favoreciendo una experiencia positiva recomendada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) es el Plan de Parto (PP).³ Fue creado en la década de 1980 en los Estados Unidos por Sheila Kitzinger para fortalecer la fisiología del trabajo de parto y el nacimiento, reducir las intervenciones innecesarias y alentar a las mujeres a expresar sus preferencias.⁴

El PP debe ser construido durante el prenatal junto con el profesional de salud, con base en evidencia científica. A través de este proceso realizado en Atención Primaria (AB), la gestante puede conocer las alternativas disponibles en la asistencia en casos normales y en caso de complicaciones, para tomar sus decisiones, incluyendo todo el proceso.²

El PP es considerado una herramienta educativa, que contiene la descripción de las expectativas y preferencias de la gestante frente al parto, teniendo en cuenta sus valores y necesidades personales. Además, constituye un importante instrumento de comunicación entre el profesional del

servicio hospitalario y la mujer parturienta.^{2,4} Así, la construcción y uso de la PP puede entenderse como actos de empoderamiento y ejercicio de la autonomía de la mujer en la búsqueda de su protagonismo en el parto.

Si bien los beneficios del PP en el momento del parto y nacimiento ya han sido evidenciados en diferentes estudios de los últimos años^{2,4-6}, la forma en que se trabaja este documento durante el control prenatal, así como su uso y ejecución en el entorno hospitalario todavía se considera frágil, especialmente en países de ingresos bajos y medios. Frente a eso, el presente estudio tuvo como objetivo evaluar el cumplimiento del PP entre usuarios de Unidades Básicas de Salud (UBS), del Sistema Único de Salud (SUS), en el municipio de Montes Claros, Minas Gerais, entre marzo y septiembre. 2014.

METODOLOGÍA

Se trata de un estudio transversal, parte del proyecto “Construyendo Estrategias para el Fortalecimiento y Rescate de la Autonomía de la Mujer en el Proceso del Parto y el Nacimiento”, coordinado por la Escuela de Enfermería de la Universidad Federal de Minas Gerais (UFMG) realizado en tres municipios de MG.

El presente estudio se llevó a cabo en dos etapas. La primera etapa fue realizada a partir de ruedas de conversación con gestantes en ocho Unidades Básicas de Salud (UBS) del municipio de Montes Claros, Minas Gerais, entre marzo y septiembre de 2014, por profesores del Departamento de Enfermería de la Universidad Estatal de Montes Claros (UNIMONTES). Las UBS, en las que fue reclutada la población, fueron seleccionadas por ser el campo de pasantía de la Residencia en Salud de la Mujer, programa de posgrado al que pertenecían las investigadoras.

78 gestantes participaron de las ruedas de conversación, y todas las mujeres que asistieron al control prenatal en la UBS fueron invitadas a participar de estos momentos. Los círculos de conversación fueron dirigidos por dos facilitadores/investigadores y un residente para ayudar con la documentación.

Los encuentros se realizaron a partir de dinámicas para presentar a las participantes, familiarizarse con el tema y reflexionar sobre la condición de estar embarazada y, en el futuro, experimentar el parto. Con base en un cronograma previamente acordado por los coordinadores del estudio, los investigadores proporcionaron a las gestantes información

sobre buenas prácticas en atención obstétrica para la elaboración del PP.

Los temas abordados en las ruedas de conversación incluyeron: derecho a un acompañante, elección adecuada del acompañante y su rol durante el parto, preparación del estado corporal y emocional para el parto, fisiología del parto, métodos no farmacológicos (MNP) para aliviar el dolor, nutrición durante el parto, cuidado del medio ambiente durante el parto, derecho a la información, posiciones de parto y contacto piel con piel entre madre e hijo poco después del nacimiento. Después de discutir estos temas, las facilitadoras/investigadoras ayudaron a cada gestante en la elaboración del PP utilizando el modelo de la Secretaría Municipal de Salud de Belo Horizonte.⁷

La segunda etapa del estudio incluyó la entrevista con las mujeres después del parto. Tan pronto como las mujeres regresaron a sus hogares, los investigadores del estudio fueron notificados por los profesionales de la UBS y, a partir de ahí, estas mujeres fueron contactadas para programar la entrevista que se llevó a cabo en sus hogares. Los criterios de inclusión para esta etapa fueron: haber estado inscrita en el programa de prenatal de la UBS y haber participado, por lo menos 28 semanas, en una rueda de conversación. Se excluyeron las gestantes: que durante el

período comprendido entre la elaboración del PP y el parto presentaron una situación clínica que requirió hospitalización, que presentaron muerte fetal, las parturientas con cesárea electiva y las que no aceptaron participar de la entrevista o que no fueron encontrados para su realización luego de tres intentos de búsqueda. Así, no todas las gestantes que participaron de los círculos participaron del segundo momento del estudio.

Para la recolección de datos se utilizó un cuestionario estructurado por integrantes de la coordinación de la investigación, que abordó características socioeconómicas (edad, escolaridad, renta familiar, estado civil, ocupación remunerada y color de piel), cuidados obstétricos (aclaración de dudas durante el parto, ingesta de líquidos durante el trabajo de parto, libertad de movimiento durante el trabajo de parto, uso de métodos no farmacológicos para el alivio del dolor, posición del parto, presencia de un acompañante y contacto piel con piel). Los datos relacionados con la atención obstétrica se basaron en las recomendaciones de la OMS en ese período. Asimismo, se recopiló información sobre el conocimiento previo de las mujeres sobre PP y la influencia de la rueda de conversación en el proceso del parto.

Los datos recolectados fueron organizados y analizados utilizando el

software IBM SPSS Statistics, versión 21.0 para Windows®.

Los análisis descriptivos se procesaron mediante frecuencia absoluta y porcentual. variables sociodemográficas, así como variables relacionadas con la atención obstétrica. Se describieron datos de mujeres que mostraron PP, así como datos de mujeres que solo verbalizaron sus preferencias.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de Unimontes, bajo el parecer 572.169-0/2014. La investigación fue presentada a las mujeres durante la rueda de conversación, y aquellas que accedieron a participar firmaron el Término de Consentimiento Libre e Informado (TCLE), o sus tutores (en caso de menores de 18 años) firmaron el Término de Consentimiento Libre e Informado (CUENTO).

RESULTADOS

De las 78 gestantes que participaron de las ruedas de conversación, 48 respondieron el cuestionario en la segunda etapa del estudio. Entre las bajas, se destacan: 04 (cuatro) que tuvieron una situación clínica que requirió hospitalización, 02 (dos) que tuvieron muerte fetal, 05 (cinco) gestantes con cesárea electiva y 19 (diecinueve) que no accedieron a participar

de la entrevista o que no fueron encontrados para su realización luego de tres intentos de búsqueda. Entre las 48 mujeres, la mayoría tenía 20 años o más, se declaraban no

blancas, tenían más de 8 años de escolaridad, vivían en una relación estable y tenían un ingreso mensual que oscilaba entre 1 y 3 salarios mínimos (Tabla 1).

Tabla 1 -Datos sociodemográficos referentes a la muestra total del estudio. Montes Claros, MG, Brasil, 2014

Variables	norte	%
<i>Color de la piel</i>		
Blanco	7	14.6
No blanco	41	85.4
<i>Grupo de edad</i>		
Hasta 19 años	8	16.7
≥20 años	40	83.3
<i>Educación</i>		
Hasta 8 años	7	14.6
> 8 años	41	85.4
<i>Socio fijo</i>		
No	dos	4.2
Sí	46	95.8
<i>Ocupación pagada</i>		
Sí	23	47,9
No	23	47,9
Sin datos	dos	4.2
<i>Ingresos familiares</i>		
< 1 salario	13	27.1
1 – 3 salarios	29	60.4
> 3 sueldos	6	12.5

Se evidenció que 41 (85,4%) mujeres no tenían conocimiento sobre el PP, 20 (41,7%) no lo presentaron y no informaron sus elecciones al equipo de salud. Para 28 (58,3%) mujeres, el PP influyó positivamente en su experiencia del parto y 47 (97,9%) relataron que participar en el círculo de conversación ayudó con el TP. Se

destaca que 33 (89,2%) mujeres olvidaron el PP en casa cuando fueron al hospital en busca de atención y por eso no lo presentaron. La mayoría de los profesionales de la maternidad rechazaron o ignoraron cuando las mujeres presentaron su PP (Tabla 2).

Tabla 2- Datos relacionados con el Plan de Nacimiento (PP). Montes Claros, MG, Brasil, 2014

Variables	norte	%
Información previa sobre PP (n=48)		
Sí	7	14.6
No	41	85.4
¿Presentaste al PP o informaste al equipo de las opciones? (n=48)		
Mostró el PP	11	22,9
Acabo de informar las opciones	17	35.4
No mostró el PP ni informó las elecciones	20	41.7
¿PP te ayudó con el parto? (n=48)		
Sí	28	58.3
No	18	37.5
Sin datos	dos	4.2
¿Te ayudó el círculo de conversación durante el parto? (n=48)		
Sí	47	97,9
No	1	2.1
Motivo para no presentar el PP (n=37)		
Olvidado en casa	33	89.2
Admitido en periodo de expulsión	3	8.1
No confiaba en la eficacia del PP	1	2.7
Reacción del profesional ante la presentación del PP (n=11)		
Rechazo/negación	8	72.7
Aceptación	3	27.3

La mayoría de las mujeres que acudieron al PP y las que sólo informaron de sus elecciones vieron atendidas sus peticiones en relación a: tener acompañante, libertad de movimientos, (MNF) para el alivio del dolor, corte del cordón umbilical por una persona de su elección, información

cuando se solicite y contacto piel a piel con el RN. De las que presentaron PP, solo cuatro (36,3%) recibieron la analgesia solicitada, cinco (45,4%) pudieron elegir la posición de parto y nueve (81,8%) no tuvieron respuesta a su pedido de tener una luz baja. ambiente (Cuadro 3).

Tabla 3- Opciones respondidas de las mujeres que mostraron el PP y las que solo verbalizaron sus preferencias (n=28). Montes Claros, MG, Brasil, 2014

Variables	Lo demostraron el PP		Solo informa tus elecciones	
	norte (11)	%	norte (17)	%
<i>Escolta</i>				
Contestada	11	100.0	15	88.0
No se cumplen	0	0	dos	12.0
<i>Analgesia</i>				
Contestada	4	36.3	6	35.2
No se cumplen	3	27.2	3	17.6
No solicitado	0	0	5	29.4
Sin datos	4	36.3	3	17.6
<i>Libertad de movimiento</i>				
Contestada	8	72.7	17	100.0
No se cumplen	dos	18.1	0	0
Sin datos	1	9.0	0	0
<i>Ingesta de líquidos</i>				
Contestada	5	45.4	9	52.9
No se cumplen	5	45.4	8	47.1
Sin datos	1	9.0	0	0
<i>Métodos no farmacológicos(MNF) para el alivio del dolor</i>				
Contestada	7	63.3	17	100.0
No se cumplen	4	36.3	0	0
<i>Posición</i>				
Contestada	5	45.4	4	23.5
No se cumplen	6	54.5	0	0
Sin datos	0	0	13	76.3
<i>Corte de cordón umbilical por persona elegida por la mujer</i>				
Contestada	10	90.9	17	100.0
No se cumplen	1	9.1	0	0
<i>Ambiente con poca luz</i>				
Contestada	0	0	0	0
No se cumplen	9	81.8	3	17.6
No solicitado	0	0	14	82.4
Sin datos	dos	18.1	0	0
<i>Información</i>				
Contestada	7	63.6	11	64.7
No se cumplen	dos	18.1	5	29.4
Sin datos	dos	18.1	1	5.8
<i>Contacto piel con piel</i>				
Contestada	6	54.5	9	52.9
No se cumplen	5	45.4	8	47.0

DISCUSIÓN

La prevalencia de mujeres no blancas en este estudio, con renta familiar entre 1 y 3 salarios mínimos, refleja la clientela atendida por el SUS. En general, estas mujeres se encuentran en una situación socioeconómica desfavorable, de vulnerabilidad social con riesgos para su salud reproductiva. En este contexto, la atención prenatal ofrecida por los equipos de salud de la familia juega un papel fundamental en la reducción de estos riesgos.⁸

La participación en las ruedas de conversación de las mujeres del estudio influyó positivamente en el proceso del parto y en la construcción del PP. Los grupos educativos son un recurso importante para empoderar a las mujeres en cuanto a la planificación y vivencia del proceso de embarazo y parto. Sin embargo, la adhesión de las gestantes a los encuentros depende del vínculo establecido con el profesional, así como de la temática y didáctica utilizada. Es importante que los profesionales exploren las potencialidades de la actividad grupal para disminuir la ansiedad de la gestante con respecto a la experiencia del parto y su futuro rol como madre, buscando conocer las expectativas de las gestantes en relación

al contenido y didáctica que prefieren en para fomentar una mayor adherencia.⁹

En cuanto al PP, la mayoría de las mujeres no tenían información sobre él ni cómo prepararlo, coincidiendo con otros estudios^{5,6}, lo que muestra un vacío en la atención prenatal. Si bien el PP fue creado en 1980 en Estados Unidos⁴, fue insertado por la OMS como un instrumento de buenas prácticas en la atención obstétrica³ y forma parte del manual de la mujer embarazada elaborado por el Ministerio de Salud¹⁰, en general, su uso aún está lejos de ser siendo una realidad para la mayoría de las mujeres embarazadas.

Un estudio realizado en España identificó que de los 9.303 partos analizados, solo 240 tuvieron PP, con una asociación significativa de estos con la autonomía de la mujer.⁵ En Estados Unidos, un estudio prospectivo realizado con 300 mujeres, solo 143 tuvieron PP.¹¹ En Brasil, el Programa de Educación en Salud para la Salud en Pernambuco logró incentivar a todas las mujeres que participaron de talleres educativos para fortalecer las buenas prácticas obstétricas, a presentar su PP en la sala de maternidad.¹² Lo mismo se puede ver en otro estudio con embarazadas mujeres que tenían la intención de dar a luz en un Centro de Parto Normal en Río de Janeiro (CPN).¹³ En Belo Horizonte, de las 415 mujeres evaluadas sobre los significados y

significados de la PP, el 60% informó haber preparado la PP durante el embarazo y lo tomó a la maternidad.¹⁴

El hecho de que más de la mitad de las mujeres tomaron el PP o informaron a los profesionales sobre sus opciones debe considerarse positivo en el contexto local, ya que indica una participación más activa de las mujeres. Fomentar la elaboración del PP durante los talleres de educación prenatal en el CPN de Río de Janeiro llevó a las mujeres a verse como protagonistas de su embarazo y parto. Según el estudio, la elaboración del PP contribuyó a que estas mujeres se sintieran más activas en los momentos de toma de decisiones relacionadas con el cuidado y también capaces de modificar su planificación inicial y tomar nuevas decisiones en el momento del parto.¹³

Es de destacar que el cumplimiento del PP no depende solo de factores clínico-obstétricos que surgen durante el trabajo de parto y pueden cambiar su curso, sino también de la resistencia o aceptación de los profesionales.^{2,6} Además, las características de los servicios generalmente no ofrecen condiciones estructurales adecuadas para la participación de la mujer en el momento del parto, haciéndola rendirse a las condiciones impuestas. El escenario que encuentran las mujeres embarazadas suele estar lleno de obstáculos: profesionales insensibles a sus necesidades, miedo, inseguridad, falta de

información y condiciones inadecuadas en el sistema de salud.

Un estudio descriptivo en Belo Horizonte¹⁵ demostró las opciones de las mujeres embarazadas que utilizaron el mismo modelo de PP que las mujeres en este estudio: De las 84 mujeres que completaron el PP, las opciones mayoritarias fueron: estar acompañada de una pareja, beber jugos, mantener un ambiente tranquilo con poca luz, recibir masajes y utilizar la ducha durante el trabajo de parto, acostarse con la cabecera de la cama levantada durante el período de expulsión y cortar el cordón umbilical por parte del profesional sanitario.

Se destaca que en este estudio, la presencia de acompañante fue del 100% para las mujeres con PP y del 88% para aquellas que informaron verbalmente sus preferencias. En el territorio nacional, su prevalencia aumentó significativamente entre 2014 y 2017, pasando de 46,4% a 84,7%.¹⁶ Esta evolución demuestra cómo las políticas públicas pueden promover buenas prácticas de cuidado.

El acompañante ayuda a aliviar la vulnerabilidad emocional de la parturienta, promoviendo resultados perinatales positivos. Una revisión sistemática de 26 ensayos clínicos con un total de 15 858 mujeres mostró que el apoyo emocional continuo durante el trabajo de parto, ya sea ofrecido por un ser querido, una doula o un

profesional, puede reducir la duración del trabajo de parto, la frecuencia del parto quirúrgico, el parto vaginal instrumental, el uso de cualquier tipo de fármaco analgésico y sentimientos negativos sobre las experiencias del parto.¹⁷

En cuanto a la libertad de movimiento durante el trabajo de parto, se destaca que genera beneficios como una mayor sensación de control y contracciones más efectivas. Como resultado, se reduce el tiempo requerido para la dilatación del cuello uterino, la demanda de analgesia, la tasa de cesáreas y la admisión a la UCIN.¹⁸ Aunque todavía hay servicios donde el movimiento durante el trabajo de parto no está bien establecido en Brasil¹⁸, ha habido un aumento considerable en los últimos años entre los hospitales que se unieron a la Red Cegonha. En 2017, la prevalencia de la deambulación durante el trabajo de parto varió, en las macrorregiones de Brasil, del 67,6% al 73,2%.¹⁶

Los NFM para el alivio del dolor son estrategias que deben ser fomentadas para aumentar la tolerancia al dolor del parto y que pueden traer un enfoque humanizado de la atención, ayudando a las mujeres a pasar por el trabajo de parto de una manera menos traumática.² En los últimos años, el uso de MNF aumentó en Cegonha Hospitales de la red, del 49,1% en 2014 al 69,1% en 2017 en la región Sudeste.¹⁶

El hecho de que la gran mayoría de las mujeres tuvieran su deseo cumplido en cuanto a utilizar el NFM, tener un acompañante y moverse libremente, indica que las maternidades de la ciudad, donde se realizó la investigación, ofrecieron esa estrategia en su momento. Pero la participación en los talleres de construcción del PP pudo haber contribuido a que estas prácticas fueran solicitadas por las parturientas. La presencia de un acompañante durante el parto parece ser una práctica antigua en la ciudad, como sugiere un estudio de 2004 que analizó la concepción de la humanización de la atención del parto entre estudiantes de medicina.¹⁹

Si bien la recolección de datos se realizó en un momento en que aún existía una menor prevalencia de estas prácticas a nivel nacional, la libre circulación ya era una práctica más aceptada en 2014 con una prevalencia entre 42,7% y 56,4% en las cinco macrorregiones que alimentación e hidratación durante el trabajo de parto y posiciones alternativas durante la segunda etapa, con una prevalencia entre 19,8% y 23,4% y 3,4% y 10,9%, respectivamente.¹⁶

En cuanto a la posición que asuma la mujer durante el parto, esta puede tener una gran influencia en la intensidad del dolor, aumentando el tiempo del período expulsivo y el número de intervenciones obstétricas.

Además, esta posición puede comprimir los grandes vasos sanguíneos, lo que dificulta que el feto reciba oxígeno.²⁰ Las mujeres muchas veces desconocen la posibilidad de dar a luz en posiciones alternativas²⁰, siendo la litotomía la posición más utilizada en el momento del parto.¹⁶ A La literatura también destaca que la posición de litotomía está bastante arraigada en el comportamiento de los profesionales médicos, siendo su abandono un proceso complejo.

En relación al contacto temprano piel a piel, este es reconocido como un momento importante para la mujer y el RN, ya que brinda numerosos beneficios, como mejorar la efectividad de la primera toma, regulación de la temperatura corporal del bebé y apego materno.³ En el presente estudio, la mitad de las mujeres tenían contacto piel con piel con sus bebés, aunque todas lo deseaban. Cabe señalar que el cumplimiento de los deseos de las mujeres no siempre está garantizado, a pesar de los beneficios comprobados.

En cuanto al corte del cordón, las mujeres que no vieron satisfecha esta demanda fueron las que le pidieron al compañero que se lo cortara. Estudios indican que, en relación al momento del corte, no siempre existe concordancia entre el deseo materno y la práctica de los profesionales.¹⁴ Se destaca que el corte tardío del cordón, entre uno y tres minutos,

es recomendado por la OMS para la prevención y tratamiento de hemorragias después del parto, además de permitir que la sangre siga pasando desde la placenta al recién nacido después del parto, aumentando así sus reservas de hierro.³

En cuanto al ambiente, la iluminación y el ruido pueden influir negativamente en el proceso fisiológico del parto, al causar estrés y tensión en la mujer, lo que en consecuencia afectará la liberación de oxitocina endógena, retrasando las contracciones uterinas y prolongando el trabajo de parto.¹⁵ Sin embargo, un tenue el ambiente interfiere en la necesidad de los profesionales de controlar el trabajo, lo que puede explicar el incumplimiento de esa demanda en este estudio.

LIMITACIÓN

El presente estudio tiene como limitación el tamaño de la muestra. Hubo amplia publicidad con una invitación elaborada por los vecinos, que participaron en la investigación, y confirmación telefónica de la presencia de las gestantes ante el círculo. Aun así, y teniendo las residentes un fuerte vínculo con la UBS por asistir a las consultas prenatales semanales, sólo cerca del 50% de las invitadas aceptaron la invitación a la rueda de conversación.

CONCLUSIÓN

La participación de las gestantes en las ruedas de conversación y la construcción del PP durante el prenatal contribuyeron, en general, a las elecciones de las mujeres de este estudio en el momento del parto. Se cree que estos resultados pueden ser evidencia importante para la promoción de políticas públicas dirigidas a la atención obstétrica.

Así, en el contexto de la atención prenatal, se sugiere incentivar y sensibilizar a los profesionales de la salud para el desarrollo de grupos educativos como forma de orientar a las gestantes sobre la importancia de la PP, y sensibilizar a los profesionales hospitalarios para que acepten la decisión de la mujer y su pareja, a través de un PP impreso o de palabra, ofreciendo una atención personalizada y de calidad para cada uno de ellos.

REFERENCIAS

1. Cruz PN, Penha JS, Simas WLA, Lacerda EP, Costa CCP, Alencar RFC, et al. Plano de parto e nascimento: uma análise de sua influência no protagonismo de parturientes. *Braz J Dev*. [Internet]. 2021 [citado em 28 set 2021]; 7(4):35393-406. Disponível em: <https://brazilianjournals.com/ojs/index.php/BRJD/article/view/27763>
2. Medeiros RMK, Figueiredo G, Correa ÁCP, Barbieri M. Repercussões no uso do plano de parto no processo de parto. *Rev Gaúch Enferm*. [Internet]. 2019 [citado em 4 nov 2020]; 40:e20180233. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/FwsQmg48tP6BrWrd95GhWhJ/?format=pdf&lang=pt>
3. World Health Organization. Recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience [Internet]. Geneva: WHO; 2018 [citado em 22 mar 2021]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf>
4. Anderson CJ, Kilpatrick C. Supporting patients' birth plans: theories, strategies implications for nurses. *Nurs Womens Health*. [Internet]. 2012 June/Jul [citado em 4 nov 2020]; 16 (3):210-8. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S175148511530670X>
5. Suárez-Cortés M, Armero-Barranco D, Canteras-Jordana M, Martínez-Roche ME. Uso e influencia de los planes de parto y nacimiento en el proceso de parto humanizado. *Rev Latinoam Enferm*. [Internet]. 2015 [citado em 4 nov 2020]; 23(3):520-6. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/CnCH3f9JjpyCsCStbtdrZfS/?format=pdf&lang=es>
6. Wiggers C, Araújo M, Martins W, Strada CFO. Conhecimento das puérperas sobre o plano de parto em um município do oeste do Paraná. *Revista Eletrônica Acervo Científico* [Internet]. 2021 [citado em 28 set 2021]; 38:e9253. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/cientifico/article/view/9253/5636>
7. Prefeitura de Belo Horizonte. Assistência ao parto e nascimento: diretrizes para o cuidado multidisciplinar [Internet]. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde; 2015 [citado em 4 de novembro de 2020]. 33 p. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2018/documentos/publicacoes%20atencao%20saude/protocolo->

- assistencia_parto_nascimento-13-01-2016.pdf
8. Leal MC, Esteves-Pereira AP, Viellas EF, Domingues RMSM, Gama SGN. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. *Cad Saude Pública* [Internet]. 2017 [citado em 28 set 2022]; 33(3):e00195815. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/Ltr3JY8CdWTkbxmhTTFJsNm/?format=pdf&lang=pt>
 9. Teixeira J, Soares MC, Escobal APL, Gonçalves KD, Matos GC, Silva BMP, Rocha KS. Percepção dos profissionais de saúde da Atenção Básica sobre os grupos de gestantes. *Saúde (Santa Maria)* [Internet]. 2017 [citado em 4 nov 2020]; 43(1):94-103. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/revistasaude/article/view/22413>
 10. Ministério da Saúde (Brasil). Caderneta da gestante [Internet]. 6ª edição. Brasília: Ministério da Saúde; 2022 [citado em 4 de novembro de 2020]. 25 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_gestante_versao_eletronica_2022.pdf
 11. Afshar Y, Mei JY, Gregory KD, Kilpatrick SJ, Esakoff TF. Birth plans-impact on mode of delivery, obstetrical interventions, and birth experience satisfaction: a prospective cohort study. *Birth* [Internet]. 2018 Mar [citado em 4 nov 2020]; 45(1):43-9. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29094374/>
 12. Silva JCB, Lima RMC, Lins MARA, Lemos MEP, Carvalho MVG, Silva SV. Oficinas educativas com gestantes sobre boas práticas obstétricas. *Rev Enferm UFPE On Line* [Internet]. 2019 jan [citado em 4 nov 2020]; 13(1):255-60. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1007579>
 13. Mouta, RJO, Silva TMA, Melo PTS, Lopes NS, Moreira VA. Plano de Parto como estratégia de empoderamento feminino. *Rev Baiana Enferm.* [Internet]. 2017 [citado em 4 nov 2020]; 31(4):e20275. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/20275>
 14. Santos FSR, Souza PA, Lansky S, Oliveira BJ, Matozinhos FP, Abreu ALN, et al. Os significados e sentidos do plano de parto para as mulheres que participaram da Exposição Sentidos do Nascer. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2019 [citado em 4 nov 2020]; 35(6):e00143718. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/FrXHFqx57JpZBsFV5Xdt3jB/?format=pdf&lang=pt>
 15. Gomes RP, Silva RS, Oliveira DCC, Manzo BF, Guimarães GL, Souza KV. Plano de parto em rodas de conversa: escolhas das mulheres. *REME Rev Min Enferm.* [Internet]. 2017 [citado em 4 nov 2020]; 21:e-1033. Disponível em: <http://www.revenf.bvs.br/pdf/reme/v21/1415-2762-reme-20170043.pdf>
 16. Leal MC, Bittencourt SA, Esteves-Pereira AP, Ayres BVS, Silva LBRAA, Thomaz EBAF, et al. Avanços na assistência ao parto no Brasil: resultados preliminares de dois estudos avaliativos. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2019 [citado em 4 nov 2020]; 35(7):e00223018. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2019000905002&script=sci_arttext
 17. Bohren MA, Hofmeyr GJ, Sakala C, Fukuzawa RK, Cuthbert A. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev.* [Internet]. 2017 [citado em 4 nov 2020]; 7:CD003766. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003766.pub6/full>
 18. Niy DY, Oliveira VC, Oliveira LR, Alonso BD, Diniz CSG. Como superar a cultura da imobilização física das parturientes? Resultados parciais de estudo de intervenção em São Paulo, SP, Brasil. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2019 [citado em 4 nov 2020]; 23:e180074. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=s>

- ci_arttext&pid=S1414-32832019000100236
19. Rebello MTMP, Rodrigues NJF. A humanização da assistência ao parto na percepção de estudantes de medicina. Rev Bras Educ Méd. [Internet]. 2012 [citado em 4 nov 2020]; 36(2):188-97. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-55022012000400006&script=sci_abstract&tlng=pt
 20. Paiva EF, Sthal HC, Paulino VCP, Leite GR. Posições assumidas durante o parto normal: percepção de puérperas atendidas numa maternidade de Jataí-Goiás. Itinerarius Reflectionis. [Internet]. 2018 [citado em 4 nov 2020]; 14(4):1-21. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/rir/article/view/54977>

RECIBIDO: 24/03/21

APROBADO: 25/11/22

PUBLICADO: 03/2023