

O cumprimento do plano de parto e sua relação com os resultados maternos e neonatais

Pedro Hidalgo-Lopezosa⁴
María Hidalgo-Maestre⁵
Maria Aurora Rodríguez-Borrego⁶

Objetivo: conhecer o grau de cumprimento das solicitações que as mulheres registram nos seus planos de parto e determinar sua influência nos principais resultados obstétricos e neonatais. **Método:** estudo retrospectivo, descritivo e analítico com 178 mulheres com plano de parto em hospital de terceiro nível. **Critérios de inclusão:** gestação de baixo risco, apresentação cefálica, parto único a termo. Cesarianas agendadas e urgentes sem trabalho de parto foram excluídas. Foi realizada análise descritiva e inferencial das variáveis. **Resultados:** o plano de parto foi majoritariamente cumprido em apenas 37% das mulheres. O grupo de mulheres cujo cumprimento foi baixo (menor ou igual a 50%) teve percentagem de cesarianas de 18,8% e seus filhos tiveram resultados piores no teste de Apgar e pH do cordão, enquanto que em mulheres com alto cumprimento (75% ou mais), a porcentagem de cesáreas caiu para 6,1% e seus filhos apresentaram melhores resultados. **Conclusão:** o plano de parto tem um baixo grau de cumprimento. Quanto maior o cumprimento, melhores são os resultados maternos e neonatais. O plano de parto pode ser uma ferramenta eficaz para alcançar melhores resultados para a mãe e seu filho. São necessárias medidas para melhorar seu grau de cumprimento.

Descritores: Parto; Plano de Parto; Recem-Nascido; Parto Humanizado; Saúde Materno-Infantil.

¹ Doutor, Investigador, Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC)

² Mestre, Enfermeira, Hospital San Juan de Dios, Córdoba, Espanha

³ Doutora, Professora Titular, Investigadora, Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC)

Como citar este artigo

Hidalgo-Lopezosa P, Hidalgo-Maestre M, Rodríguez-Borrego MA. Birth plan compliance and its relation to maternal and neonatal outcomes. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2017;25:e2953. [Access]; Available in: . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2007.2953>. mês dia ano

URL

Introdução

As mulheres estão cada vez mais envolvidas em seu próprio processo de parto. O plano de parto é uma ferramenta que contribui para este fato, pois se trata um documento escrito que a mulher apresenta antes do parto aos profissionais que irão atendê-la e refletem suas preferências, expectativas e temores sobre o seu próprio processo de parto. O plano de parto facilita, assim, a comunicação com os profissionais, melhora a satisfação das mulheres, e promove sua participação e a tomada de decisões em seu próprio processo de parto⁽¹⁻³⁾. Este documento é preparado pela mulher e seu parceiro durante a gravidez e geralmente conta com o aconselhamento da obstetrix de cuidados primários⁽¹⁻²⁾.

Assim como o documento de consentimento informado, o plano de parto é um documento suporte para reunir a vontade da usuária. As decisões livres e informadas das usuárias devem ser respeitadas, independentemente da forma e do título que se lhe é dado, mesmo que estas sejam expressas apenas verbalmente⁽⁴⁾.

O uso do plano de parto é recomendado por instituições como a Organização Mundial da Saúde (OMS), pois incentiva um processo mais natural de parto e evita procedimentos rotineiros de intervenção, como amiotomia precoce, episiotomia sistemática e outros⁽⁵⁾.

Na Espanha, na década de 1990, várias associações surgiram contra a intervenção excessiva na atenção ao parto que, desde meados do século passado, foi institucionalizado e submetido a um importante grau de medicalização⁽⁶⁾. Os primeiros planos de parto surgiram em 2004 por meio de algumas associações, porém seu uso começou a ser estendido após a sua institucionalização pelo Ministério da Saúde, uma vez que o plano de parto foi incluído como uma ferramenta na Estratégia de Atenção à Parto Normal do Sistema Nacional de Saúde e no correspondente Guia de Prática Clínica de Atenção ao Parto, documentos que coletam a evidência científica e o melhor conhecimento disponível⁽⁷⁾.

No entanto, o uso de planos de parto não é isento de controvérsia e pode dar origem a algum grau de conflito com os profissionais, que podem ver diminuídos sua autonomia e profissionalismo⁽⁸⁾. Alguns autores destacam que os planos de parto podem criar tensões entre as mulheres e os profissionais que as atendem, o que pode levar a atitudes negativas que, por sua vez, podem influenciar negativamente a atenção clínica⁽⁹⁻¹¹⁾. Entre as principais causas que são descritas como originárias desta tensão está a insatisfação das mulheres com o não cumprimento de suas expectativas^(2,12).

Por outro lado, existem alguns estudos que encontraram uma menor taxa de cesarianas⁽¹³⁾ e

melhores resultados neonatais⁽¹⁴⁾ em mulheres com plano de parto, em comparação com aquelas que não o apresentaram, embora estes estudos sejam muito escassos.

Em Andaluzia, na Espanha, segundo o Projeto de Humanização do Cuidado Perinatal em Andaluzia, o sistema de saúde oferece a possibilidade de apresentar um plano de parto⁽¹⁵⁾. Existe um modelo de plano de parto criado pela própria instituição, no qual a mulher só precisa indicar os itens que ela considera apropriados, ou ela pode fazer seu próprio plano livremente. O número de mulheres que apresenta um plano de parto ainda é baixo atualmente, embora haja indícios de estar aumentando muito devagar.

A partir do conhecimento de que muitas das petições que as mulheres refletiram em seus planos de parto não foram cumpridas, foi hipotetizado que quanto maior fosse o cumprimento, melhores resultados seriam obtidos após o parto. O objetivo deste estudo foi conhecer o grau de cumprimento das propostas refletidas nos planos de parto e determinar sua influência nos principais resultados obstétricos (proporção de cesarianas e partos vaginais) e neonatais (teste de Apgar e pH do sangue arterial do cordão umbilical).

Método

Trata-se de um estudo retrospectivo, transversal, descritivo e analítico realizado em hospitais de terceiro nível do Sistema de Saúde Pública da Andaluzia. Um hospital público de terceiro nível foi selecionado em cada província, com maior cobertura. A amostra foi composta por mulheres que apresentaram um plano de parto na admissão no hospital de referência entre janeiro de 2009 e janeiro de 2013. Os dados foram extraídos anonimamente dos registros médicos correspondentes. Foram considerados os seguintes critérios de inclusão: gestação de baixo risco, apresentação cefálica, parto único e a termo. Cesarianas agendadas e urgentes sem trabalho de parto foram excluídas. O tamanho da amostra foi realizado com o programa Epidat versão 3.1. A amostra final consistiu de 178 registros clínicos de mulheres parturientes atendidas.

As variáveis sociodemográficas e obstétricas foram analisadas para determinar as características das gestantes e o grau de conformidade com o plano de parto. Para isso, os planos de parto foram cuidadosamente examinados e as quatro preferências mais solicitadas durante o processo de parto foram extraídas, pontuando cada uma com 25%. Estas quatro exigências foram: não utilizar oxitocina durante o trabalho de parto, evitar a amiotomia precoce, liberdade de movimento durante o trabalho de parto, portanto, sem monitoramento

contínuo, e evitar a realização da episiotomia. As variáveis que foram avaliadas foram: proporção de cesarianas e partos vaginais, teste de Apgar em 1 minuto e 5 minutos e pH do sangue arterial do cordão umbilical, considerando o valor de $pH < 7,20$ como patológico.

Uma análise descritiva e inferencial das variáveis foi realizada com o programa PASW Statistic versão 19. As variáveis qualitativas foram expressas em número (n) e porcentagens (%) e as variáveis quantitativas expressas em média e desvio padrão (SD). Foram utilizados testes estatísticos de contraste de hipóteses de acordo com o tipo de variável. Para contrastes bilaterais, utilizou-se o teste qui-quadrado, com o teste exato de Fisher em variáveis qualitativas e teste-t de Student para variáveis quantitativas. Foi assumido erro α de 5% ($p \leq 0,05$), mostrando os valores exatos de p para cada teste estatístico.

Para o acesso e compilação dos dados dos registros clínicos contou-se com a permissão do comitê de ética dos diferentes hospitais.

Resultados

A amostra final consistiu de 178 prontuários médicos das mulheres. Quanto às características gerais, cabe destacar que a idade média foi de $33,00 \pm 4,32$ anos, com idade mínima de 19 e máxima de 42 anos. A percentagem de mulheres com estudos universitários foi de 49,3%, das quais 45% são do setor da saúde e ensino.

Os resultados obstétricos concluíram que 75% das mulheres eram primigestas, 73% tiveram início espontâneo do trabalho de parto, enquanto as restantes 27% tiveram partos induzidos. Ademais, em 43% das mulheres foi praticado episiotomia, outras 43% receberam oxitocina durante o parto, em 34% das mulheres foi realizado amniotomia e 70% receberam analgesia peridural. Setenta e seis por cento das mulheres tiveram acompanhamento contínuo e o restante 24% apenas monitoramento intermitente, portanto, tiveram liberdade de movimento. Entre aquelas monitoradas continuamente, 68% foram monitoradas externamente, enquanto que 8% foram monitoradas internamente. Os resultados ao final do parto foram os seguintes: 67% das mulheres apresentaram parto normal ou espontâneo, 19% tiveram partos instrumentados e em 14% foi realizada cesariana. A Tabela 1 detalha as características sociodemográficas e obstétricas das mulheres.

Os dados referentes ao cumprimento do plano de parto (Tabela 2) mostraram que em 3,4% das mulheres seu plano de parto não foi cumprido em nenhum dos seus pontos; em 27% das mulheres, apenas 25% do total de preferências foi cumprida; em 32,5% deles o plano de parto foi cumprido em 50%; em 29,2% das

mulheres, este foi cumprido na sua maior parte (75%) e o plano de parto foi totalmente cumprido em apenas 7,9% das mulheres.

Tabela 1 - Características das mulheres que apresentaram um plano de parto (N = 178). Hospitais de terceiro nível do Sistema de Saúde Pública da Andaluzia, CAA, Espanha, 2009-2013

Variável	n	(%)
Nível de estudos		
Primários	35	(23,3)
Secundários	41	(27,3)
Universitários	74	(49,4)
Gestação		
Primigesta	134	(75,3)
Secundigesta	37	(20,8)
Tercigesta ou mais	7	(3,9)
Semana de gestação		
< 40	66	(37,0)
40 - 40+6	64	(36,0)
> 41	48	(27,0)
Início do parto		
Espontâneo	130	(73,0)
Induzido	48	(27,0)
Cesárea previa	8	(4,5)
Analgesia peridural	124	(69,7)
Amniotomia precoce	61	(34,3)
Episiotomia	76	(43,0)
Uso de oxitocina	75	(42,1)
Monitoramento		
Intermitente	42	(24,0)
Externo contínuo	120	(68,0)
Interno	16	(8,0)
Tipo de parto		
Normal	119	(66,9)
Instrumentado	34	(19,1)
Cesárea	25	(14,0)

Tabela 2 - Conformidade com o plano de parto. Hospitais de terceiro nível do Sistema de Saúde Pública da Andaluzia, CAA, Espanha, 2009-2013

Cumprimento do plano de parto (%)	n	(%)
0	6	(3,4)
25	48	(27,0)
50	58	(32,5)
75	52	(29,2)
100	14	(7,9)

Ao comparar o grau de cumprimento do plano de parto com os resultados obtidos de acordo com o tipo de parto, verificou-se que a percentagem de partos vaginais aumentou à medida que o cumprimento do plano de

parto aumentou. Assim, quando o cumprimento foi de 50% ou menos, a proporção de partos vaginais foi de 81,3%; enquanto que quando o cumprimento foi superior ou igual a 75%, os partos vaginais atingiram 93,9%. Quanto à proporção de cesáreas, quando a adesão foi baixa (menor ou igual a 50%), a porcentagem de partos cesáreos foi de 18,8%; enquanto que quando o cumprimento foi alto (75% ou superior), a porcentagem de cesarianas caiu para 6,1%; $p=0,023$. Oitenta e quatro por cento das cesarianas ocorreram no grupo de mulheres com cumprimento de 50% ou menos, enquanto que no grupo de mulheres com alto grau de cumprimento, ocorreram apenas 16% de cesarianas. Os dados são mostrados na Tabela 3.

Tabela 3 - Resultados materno-neonatais de acordo com o grau de cumprimento do plano de parto. Hospitais de terceiro nível do Sistema de Saúde Pública da Andaluzia, CAA, Espanha, 2009-2013

Variável	Cumprimento $\leq 50\%$		Cumprimento $\geq 75\%$		p
	n	%	n	%	
Tipo de parto*					
Vaginal	91	(81,3)	62	(93,9)	0,023
Cesárea	21	(18,8)	4	(6,1)	
pH umbilical†					
pH $\geq 7,20$	76	(85,4)	48	(98,0)	0,024
pH $< 7,20$	13	(14,6)	1	(2,0)	
Apgar 5min*					
> 7	108	(96,4)	65	(98,5)	0,653
≤ 7	4	(3,6)	1	(1,5)	
Apgar 1min†					
> 7	95	(88,8)	57	(98,3)	0,034
≤ 7	12	(11,2)	1	(1,7)	

*N = 178, †N = 138, †N = 165

Dados obtidos com o teste estatístico qui-quadrado e Teste exato de Fisher. Valor de significância de p ajustado segundo o método de Finner

Quanto aos resultados neonatais (Tabela 3), crianças de mães com alto cumprimento do plano de parto obtiveram pontuações mais altas nos escores de Apgar no primeiro minuto e melhores pontuações no pH do cordão umbilical do que crianças de mães com baixo cumprimento do plano de parto. Assim, o grupo de baixo cumprimento acusou uma taxa de pH $< 7,20$ de 14,6%, o que é muito maior do que o grupo de alto cumprimento, que foi de apenas 2% ($p=0,024$). Não houve diferenças significativas no teste de Apgar aos 5 minutos.

Discussão

Analisando os resultados sobre o grau de cumprimento do plano de parto entre as mulheres que o apresentaram, a maioria (63%) teve o plano cumprido ou realizado com, no

máximo, 50% de suas requisições, ademais, apenas 37% das mulheres tiveram seus planos de parto cumpridos em sua maior parte, e destas, apenas 8% tiveram seus planos cumpridos totalmente. É lógico pensar que a satisfação após o parto será diretamente proporcional ao grau de cumprimento das expectativas atendidas e cumpridas, assim como sugerem muitos autores^(3,12-13,16).

Os motivos para este baixo grau de cumprimento podem ser múltiplos, mas é necessário mencionar aqui dois principais. Em primeiro lugar, como já mencionado, o curso do processo de parto é incerto e pode ser complicado a qualquer momento, ou podem surgir eventos imprevistos que obriguem a descumprir as requisições do plano do parto e mudar o curso dos eventos. Por outro lado, pode ser gerada certa tensão entre a parturiente e o profissional que a assiste, devido a não aceitação da perda de autonomia profissional; nestes casos, o plano de parto pode atuar mais como uma barreira⁽⁸⁻¹¹⁾. Como forma de reduzir essa tensão, se menciona o diálogo entre as partes e a importância da educação pré-natal^(8, 17). Certos autores afirmam que as mulheres que apresentaram um plano de parto estão menos satisfeitas com suas parteiras do que mulheres do grupo controle⁽⁶⁾. No entanto, em um estudo realizado em um hospital em Espanha, os autores descobriram que as mulheres estavam satisfeitas com suas parteiras e 95% apresentariam novamente um plano de parto, embora apenas 43% afirmassem que suas expectativas foram atendidas⁽¹⁸⁾. Alguns autores não encontraram diferenças significativas em relação à satisfação entre os dois grupos⁽¹⁹⁾, enquanto outros encontraram maior satisfação em mulheres com plano de parto⁽²⁰⁾.

Em relação aos resultados encontrados, é digno de nota que 84% das cesarianas ocorreram no grupo de mulheres com cumprimento do plano menor ou igual a 50%, enquanto que no grupo com alto grau de cumprimento, 75% ou mais, foram realizadas apenas 16% do total de cesarianas. Neste sentido, embora não tenham sido encontrados estudos que relacionem diretamente o cumprimento do plano de parto com os resultados obtidos, existem alguns estudos que concluíram que as mulheres com planos de parto apresentaram menor risco de cesarianas⁽²⁰⁻²²⁾. Outros autores sugerem que as mulheres com plano de parto não têm uma taxa de cesarianas maior do que aquelas sem um plano de parto⁽²³⁾. Ademais, os resultados de outros estudos mostram que não houve diferenças significativas na taxa de cesarianas entre os dois grupos^(14,24).

Os resultados neonatais do presente estudo mostram que quanto maior o cumprimento do plano de parto, melhor os resultados em Apgar e o pH do cordão umbilical. Outros estudos não mostram diferenças no teste de Apgar entre os recém-nascidos de mães com ou sem plano de parto^(10,14), exceto para um estudo no qual uma melhor média de pontuação em Apgar foi encontrada em crianças nascidas de mulheres com planos de parto⁽²⁰⁾. Quanto aos resultados sobre a

variável pH do sangue arterial do cordão umbilical, é ainda mais difícil compará-los com os de outros estudos, porque não foi encontrado nenhum estudo semelhante. No entanto, em um estudo anterior desta equipe de pesquisa sobre o plano de parto em que o grau de cumprimento não foi levado em conta, os filhos de mães com planos de parto obtiveram menor proporção de pH patológico do que as crianças de mães de um grupo de controle⁽¹⁴⁾. Certo paralelismo poderia ser estabelecido com estudos sobre *birth centers* ou centros alternativos em que são atendidos partos de baixa intervenção. Neste sentido, há autores que compararam medidas de pH do cordão e descobriram que a média era maior em crianças nascidas em “casas de parto” do que aquelas que nasceram convencionalmente em um hospital⁽²⁵⁾. No entanto, apresentar um plano de parto não significa apenas ter um parto com menos intervenções; também deve ser levado em conta que estas mulheres tendem a estar mais preparadas, mais controladas e têm maior participação no processo, elementos que podem desempenhar um papel importante na redução do grau de ansiedade e estresse durante o processo de parto.

As limitações deste estudo foram principalmente a heterogeneidade dos profissionais no atendimento, bem como a heterogeneidade dos próprios planos de parto, uma vez que, em alguns casos, o modelo institucionalizado é apresentado e, em outros, um manuscrito original da própria mulher.

Conclusão

Em conclusão, o plano de parto tem um baixo grau de cumprimento, já que em apenas 37% das mulheres que o apresentaram este foi majoritariamente cumprido. No entanto, existe uma relação direta entre maior grau de cumprimento do plano de parto com a obtenção de melhores resultados tanto para a mãe quanto para seu filho. Assim, à medida que o cumprimento do plano de parto aumenta, a taxa de cesáreas diminui e melhoram os resultados no teste de Apgar no primeiro minuto e no pH do cordão umbilical.

Implicações para a prática clínica: o plano de parto pode ser uma ferramenta efetiva para favorecer um processo de parto mais natural e fisiológico, melhor comunicação com profissionais, maior controle do processo de parto, melhores resultados obstétricos e neonatais e maior grau de satisfação. Melhorar o grau de cumprimento dos planos de parto é fundamental na obtenção destes resultados. São necessárias políticas para favorecer o uso de planos de parto e melhorar sua implementação e cumprimento.

Referencias

1. Bailey JM, Crane P, Nugent CE. Childbirth education and birth plans. *Obstet Gyn Clin N Am*. 2008; 35: 497-509.

doi: 10.1016/j.ogc.2008.04.005. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18760232>.

2. Martin CJH. Birth planning for midwives and mothers. *BJM*. 2008; 16: 583-7. doi: 10.12968/bjom.2008.16.9.30881. Available from: https://www.researchgate.net/publication/281691687_Birth_planning_for_midwives_and_mothers.

3. Kuo S, Lin K, Hsu C, Yang C, Chang M, Tsao C, et al. Evaluation of the effects of a birth plan on Taiwanese women's childbirth experiences, control and expectations fulfilment: a randomised controlled trial. *Int J Nurs Stud*. 2010; 47: 806-14. doi:10.1016/j.ijnurstu.2009.11. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20036361>.

4. Ministerio de la Presidencia (ES). Capítulo II de la LEY 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE-A-2002-22188. Madrid: Ministerio de la Presidencia; Actualizado 22 de Septiembre de 2015. [Acceso 15 Oct 2016]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2002-22188>.

5. World Health Organization (WHO). Care in normal birth: a practical guide [Internet]. 1996. [cited Ago 13, 2016]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/63167/1/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf.

6. Federación de Asociación de Matronas de España (FAME). Iniciativa Parto Normal. Documento de Consenso[Internet]. 2007. [Acceso 15 Oct, 2016]. Disponible en: <http://www.federacion-matronas.org/ipn/documentos/iniciativa-parto-normal>.

7. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Plan de Parto y Nacimiento. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Plan de Parto y Nacimiento. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política social e Igualdad; 2008. [Acceso 15 Oct 2016]. Disponible en: <https://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/planPartoNacimiento.pdf>.

8. Lothian J. Birth plans: the good, the bad, and the future. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2006; 35: 295-303. doi: 10.1111/j.1552-6909.2006.00042.x. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16620258>.

9. Simkin P. Birth plans: after 25 years, women still want to be heard. *Birth*. 2007; 34: 49-51. doi:10.1111/j.1523-536X.2006.00126.x. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17324178>.

10. Lundgren I, Berg M, Lindmark G. Is the childbirth experience improved by a birth plan? *J Midwifery Wom Heal*. 2003; 48: 322-8. doi: 10.1053/s1526-9523(03)00278-2. Available from: https://www.researchgate.net/publication/9066412_Is_the_childbirth_experience_improved_by_a_birth_plan.

11. Welsh J, Symon A. Unique and proforma birth plans: A qualitative exploration of midwives' experiences. *Midwifery*. 2014; 30: 885-91. doi: 10.1016/j.

- midw.2014.03.00 4. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24703440>.
12. Aragon M, Chhoa E, Dayan R, Kluftinger A, Lohn Z, Buhler K. Perspectives of expectant women and health care providers on birth plans. *J Obstet Gynaecol Can.* 2013; 35: 979-85. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24246397>.
13. Suárez-Cortés M, Armero-Barranco D, Canteras-Jordana M, Martínez-Roche ME. Use and influence of delivery and birth plans in the humanizing delivery process. *Rev. Latino-Am Enfermagem.* 2015; 23(3): 520-6. doi: 10.1590/0104-1169.0067.2583. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26155015>.
14. Hidalgo-Lopezosa P, Rodríguez-Borrego MA, Muñoz-Villanueva MC. Are birth plans associated with improved maternal or neonatal outcomes? *MCN-Am J Matern-Chil.* 2013; 38: 150-6. doi: 10.1097/NMC.0b013e31827ea97f. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23625102>.
15. Servicios Sanitarios Públicos de Andalucía (SSPA). Plan de parto y nacimiento. Consejería de Salud [Internet]. Sevilla; 2009. [Acceso 20 Oct 2016]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/c_3_c_1_vida_sana/embarazo_y_salud/plan_parto_nacimiento_2016/plan_parto_nacimiento_19_10_2016.pdf.
16. Mei JY, Afshar Y, Gregory KD, Kilpatrick SJ, Esakoff TF. Birth plans. What matters for birth experience satisfaction. *Birth.* 2016; 43:144-50. doi:10.1111/birt.12226. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26915304>.
17. De Baets AM. From birth plan to birth partnership: enhancing communication in childbirth. *Am J Obstet Gynecol.* 2017; 216(1): 31.e1-31.e4. doi:10.1016/j.ajog.2016.09.087. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27664497>.
18. Victoria Nieto FD, Hidalgo Sáez MJ, Navarro Navarro P, Fernández Salmerón P, Moreno Ruiz G, Caño Aguilar A. Los planes de parto en el Hospital Universitario San Cecilio: Una nueva experiencia. *Biblioteca Las casas.* 2008; 4(1). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0305.php>.
19. Magoma M, Requejo J, Campbell O, Cousens S, Meriardi M, Filippi V. The effectiveness of birth plans in increasing use of skilled care at delivery and postnatal care in rural Tanzania: a cluster randomised trial. *Trop Med Int Health.* 2013; 18: 435-43. doi: 10.1111/tmi.12069. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23383733>.
20. Farahat AH, Mohamed ES, Abd Elkader S, El-Nemer A. Effect of Implementing A Birth Plan on Womens' Childbirth Experiences and Maternal & Neonatal Outcomes. *J Educ Practice.* 2015; 6(6). Available from: <http://www.iiste.org/Journals/index.php/JEP/article/view/20039/20397>.
21. Hadar E, Raban O, Gal B, Yogev Y, Melamed N. Obstetrical outcome in women with self-prepared birth plan. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2012; 25: 2055-7. doi:10.3109/14767058.2012.678438 Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/14767058.2012.678438>.
22. Afshar Y, Wang ET, Mei J, Esakoff TF, Pisarska MD, Gregory KD. Childbirth education class and birth plans are associated with a vaginal delivery. *Birth.* 2017; 44: 29-34. doi: 10.1111/birt.12263. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/birt.12263/full>.
23. White-Corey S. Birth Plans: Tickets to the OR? *MCN-Am J Matern-Chil.* 2013; 38: 268-73. doi: 10.1097/NMC.0b013e31829a399d. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23797662>.
24. Deering SH, Zaret J, McGaha K, Satin AJ. Patients presenting with birth plans: a case-control study of delivery outcomes. *J Reprod Med.* 2007; 52: 884. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17977160>.
25. Gaudineau A, Sauleau EA, Nisand I, Langer B. Obstetric and neonatal outcomes in a home-like birth centre: a case-control study. *Gynecol Obstet Fertility.* 2012; 40: 524-8. doi: 10.1016/j.gyobfe.2012.07.001. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/labs/articles/22976132/>.

Recebido: 22.1.2017

Aceito: 27.8.2017

Correspondência:

Pedro Hidalgo-Lopezosa
Hospital Universitario Reina Sofía
Av. Menéndez Pidal s/n
Bairro: Andalucía
CEP:14004, Córdoba, España
E-mail: phlopezosa@uco.es / pedroparto@hotmail.com

Copyright © 2017 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.