

MANUAL DE
ORIENTAÇÃO

ELABORAÇÃO DO PLANO INDIVIDUAL DE PARTO

DIRETRIZES PARA
OBSTETRAS
PRÉ-NATALISTAS



SOGESP

ASSOCIAÇÃO DE OBSTETRICIA
E GINECOLOGIA DO ESTADO
DE SÃO PAULO



SOGESP

ASSOCIAÇÃO DE OBSTETRÍCIA
E GINECOLOGIA DO ESTADO
DE SÃO PAULO

Copyright © 2026 Associação de Obstetrícia e Ginecologia do Estado de São Paulo.

Todos os direitos reservados. Proibida a reprodução, mesmo que parcial, por quaisquer meio e processo, sem a prévia autorização escrita da Associação de Obstetrícia e Ginecologia do Estado de São Paulo.

Editores: Marair Gracio Ferreira Sartori
Fernando Sansone Rodrigues
Paulo Nicolau
Rodolfo Strufaldi
Renato Teixeira Souza
Alberto Sérgio Braud Sanches
Mary Martins Nery Silva
Helena Takako Sato
Fábio Morozetti Ramajo
José Luís Esteves Francisco
Carla Muniz P. de Carvalho
Mônica de Lima Cuedea Bonaparte
Ruy Alberto de Oliveira Truys
Juvenal Barreto Borriello de Andrade
Juliana Ferreira Kozan

Assessoria jurídica: Juliana Ferreira Kozan

Diagramação: Farol Editora

Publicação: Associação de Obstetrícia e Ginecologia do Estado de São Paulo – SOGESP

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Manual de orientação [livro eletrônico]:
elaboração do plano individual de parto diretrizes para
obstetras pré-natalistas. 1. ed. -- São Paulo: SOGESP, 2026.
PDF

Vários colaboradores.
Bibliografia.
ISBN 978-85-68096-31-4

1. Ginecologia 2. Médico e paciente 3. Obstetrícia e Ginecologia
4. Parto (Obstetrícia).

26-344751.0

CDD-618.2
NLM-WQ 100

Índices para catálogo sistemático:

1. Obstetrícia 618.2
Aline Grazielle Benitez - Bibliotecária - CRB-1/3129

Publicado no Brasil em abril de 2026.

SOGESP - Associação de Obstetrícia e Ginecologia do Estado de São Paulo

Avenida Brigadeiro Luis Antonio, 2.729, cjs. 1001 a 1006 | Jardim Paulista, São Paulo, SP, CEP 01401-000

www.sogesp.com.br | sogesp@sogesp.org.br

MANUAL DE
ORIENTAÇÃO
**ELABORAÇÃO
DO PLANO
INDIVIDUAL
DE PARTO**

DIRETRIZES PARA
OBSTETRAS
PRÉ-NATALISTAS



SOGESP

ASSOCIAÇÃO DE OBSTETRÍCIA
E GINECOLOGIA DO ESTADO
DE SÃO PAULO



Comissão SOGESP em
Defesa e Valorização do
Obstetra e Ginecologista

TRIÊNIO 2025 – 2027

Marair Gracio Ferreira Sartori

Diretora de Defesa Profissional da SOGESP

Fernando Sansone Rodrigues

Diretor de Defesa Profissional da São Paulo

Paulo Nicolau

Diretor de Defesa Profissional da São Paulo

Rodolfo Strufaldi

Diretor de Defesa Profissional da Regional ABC

Renato Teixeira Souza

Diretor de Defesa Profissional da Regional Campinas

Alberto Sérgio Braud Sanches

Diretor de Defesa Profissional da Regional Centro-Oeste

Mary Martins Nery Silva

Diretora de Defesa Profissional da Regional Presidente Prudente

Helena Takako Sato

Diretora de Defesa Profissional da Regional Ribeirão Preto

Fábio Morozetti Ramajo

Diretor de Defesa Profissional da Regional Santos

José Luís Esteves Francisco

Diretor de Defesa Profissional da Regional São José do Rio Preto

Carla Muniz P. de Carvalho

Diretora de Defesa Profissional da Regional Sorocaba

Mônica de Lima Guedea Bonaparte

Diretora de Defesa Profissional da Regional Vale do Paraíba

Juliana Ferreira Kozan

Assessoria Jurídica SOGESP



SOGESP

ASSOCIAÇÃO DE OBSTETRÍCIA
E GINECOLOGIA DO ESTADO
DE SÃO PAULO

DIRETORIA GERAL

TRIÊNIO 2025 – 2027

Presidente - Maria Rita de Souza Mesquita

Primeiro Vice-presidente - Fernando Sansone Rodrigues

Segunda Vice-presidente - Vera Therezinha Medeiros Borges

Secretário-Geral - Rogério Bonassi Machado

Primeiro Secretário - Carlos Alberto Politano

Segundo Secretária - Carlos Alberto Maganha

Diretor Tesoureiro - José Luís Crivellin

Primeiro Tesoureiro - Luiz Alberto Ferriani

Segundo Tesoureiro - Mario Henrique Burlacchini de Carvalho

Diretora Científica - Rosiane Mattar

Coordenador Científico de Ginecologia - José Maria Soares Júnior

Coordenadora Científica de Obstetrícia - Silvana Maria Quintana

Diretor dos Representantes Credenciados - Rodrigo Paupério Soares de Camargo

Coordenador dos Representantes Credenciados da Capital - Juvenal Barreto Borriello de Andrade

Coordenadora dos Representantes Credenciados do Interior - Maria Laura Costa do Nascimento

Diretora de Defesa Profissional - Marair Gracio Ferreira Sartori



APRESENTAÇÃO

É com grande satisfação que apresentamos o Manual de Orientação para Elaboração do Plano Individual de Parto: Diretrizes para Obstetras Pré-Natalistas, desenvolvido com o objetivo de orientar profissionais de saúde na promoção de uma assistência cada vez mais qualificada, humanizada e centrada na mulher.

O plano de parto é uma ferramenta fundamental para fortalecer a autonomia da gestante, estimular o diálogo entre paciente e equipe assistencial e contribuir para uma experiência de parto mais segura, respeitosa e alinhada às melhores práticas.

Este material foi elaborado com base em evidências científicas atualizadas e na experiência de especialistas da área, buscando oferecer subsídios práticos para a construção de um cuidado individualizado e ético.

Reforçamos, assim, o compromisso da SOGESP com a educação médica continuada, a valorização da boa prática obstétrica e a melhoria contínua da assistência à saúde da mulher.

Esperamos que este manual seja um instrumento útil no dia a dia dos profissionais e contribua para a qualificação da assistência prestada.


Dra. Marair Gracio Ferreira Sartori

Diretora de Defesa Profissional da SOGESP

Dra. Maria Rita de Souza Mesquita

Presidente da SOGESP

SUMÁRIO

Clique nos itens
para acessar 

Introdução	11
1. O que é o Plano Individual de Parto?	12
2. Posso usar um modelo pronto de Plano Individual de Parto?	12
3. Sou obrigado a aceitar um Plano Individual de Parto pronto entregue pela paciente?	12
4. O que fazer quando o plano contém solicitações contrárias às evidências científicas?	13
5. Se o plano de parto da gestante contém preferências que dependem de estrutura específica (banheira, presença irrestrita de acompanhantes, iluminação especial, métodos não farmacológicos de alívio da dor, etc.), e o hospital não dispõe dessa estrutura, o obstetra pode ser responsabilizado pelo não cumprimento do plano?	14

- 6.** A recusa terapêutica da gestante deve ser respeitada? 15

- 7.** E se for necessário alterar as decisões do plano durante o trabalho de parto? 16

- 8.** Se tiver o Plano Individual de Parto, posso dispensar o preenchimento do prontuário? 17

- 9.** E se farei apenas o pré-natal da paciente, que optou por ter seu parto com a equipe de plantão da maternidade/hospital? 18

- 10.** O que deve conter em um bom Plano Individual de Parto?..... 19



INTRODUÇÃO

A relação médico-paciente tem passado por profunda transformação nas últimas décadas. O modelo tradicionalmente paternalista, centrado na autoridade técnica do profissional, cedeu espaço a uma abordagem baseada no diálogo, na transparência e no reconhecimento da autonomia do paciente. No contexto obstétrico, essa mudança assume relevância ainda maior, diante da complexidade que envolve o cuidado simultâneo da gestante e do feto, bem como da forte dimensão emocional, cultural e social que permeia o processo do parto.

A autonomia da gestante, expressão concreta da dignidade da pessoa humana, traduz-se no direito de participar ativamente das decisões relativas à sua saúde e ao nascimento de seu filho. Esse movimento é respaldado pelo Código de Ética Médica, pelas normas do Conselho Federal de Medicina e por legislações estaduais que reconhecem o Plano Individual de Parto (PIP) como instrumento legítimo de manifestação de vontade.

Nesse cenário, o plano de parto surge como ferramenta de comunicação e alinhamento de expectativas. Elaborado, preferencialmente, durante o pré-natal, ele permite que a gestante expresse suas preferências quanto à condução do trabalho de parto, do parto e dos cuidados imediatos ao recém-nascido, fortalecendo a relação médico-paciente e promovendo assistência mais individualizada e humanizada.

Entretanto, a incorporação do plano de parto à prática clínica não está isenta de desafios. Muitos obstetras manifestam dúvidas quanto aos limites da autonomia da gestante, à possibilidade de recusa terapêutica, à responsabilidade profissional diante de escolhas que possam contrariar evidências científicas e ao risco de judicialização. Há, ainda, dificuldades relacionadas à organização dos serviços de saúde, às condições estruturais das unidades, à atuação de equipes multiprofissionais e à eventual interferência de terceiros no processo assistencial.

Diante desse contexto, a Comissão SOGESP em Defesa e Valorização do Obstetra e Ginecologista desenvolveu este manual, que tem por finalidade oferecer diretrizes claras e seguras aos obstetras pré-natalistas para a elaboração, discussão e adequada documentação do Plano Individual de Parto, promovendo uma assistência ética, responsável e centrada na segurança materno-fetal.

1. O que é o Plano Individual de Parto?

O Plano Individual de Parto é um instrumento de expressão da autonomia da gestante: é um documento no qual a mulher consigna suas preferências e escolhas com relação ao trabalho de parto, parto e pós-parto.

Os objetivos do Plano Individual de Parto são fortalecer a relação médico-paciente, antecipar diálogo sobre expectativas, reduzir conflitos assistenciais e garantir a assistência individualizada e segura.

2. Posso usar um modelo pronto de Plano Individual de Parto?

Embora existam atualmente diversos modelos de Plano Individual de Parto disponíveis em livros, plataformas digitais, redes sociais e instituições de saúde, é fundamental compreender que tais modelos devem servir apenas como referência. O plano de parto não é documento padronizado ou formulário rígido a ser simplesmente preenchido; trata-se de instrumento personalíssimo, que deve refletir a realidade clínica, as condições obstétricas, os fatores de risco identificados no pré-natal, as particularidades do serviço onde ocorrerá o parto e as convicções da gestante, sempre à luz das evidências científicas.

3. Sou obrigado a aceitar um Plano Individual de Parto pronto entregue pela paciente?

O médico não está obrigado a aceitar automaticamente um Plano Individual de Parto previamente elaborado pela gestante, ainda que tenha sido registrado em cartório, e especialmente quando o documento foi produzido sem participação da equipe assistente. O Plano de Parto é instrumento legítimo de manifestação da autonomia da gestante,

mas deve ser construído de forma dialogada e individualizada durante o pré-natal.

O Conselho Federal de Medicina, no Parecer CFM nº 5/2024, orienta que o Plano Individual de Parto deve ser respeitado sempre que possível, desde que não contemple condutas que promovam risco à parturiente ou ao conceito, nem imponha limitações indevidas à autonomia técnica do médico. O profissional também tem o direito ético de recusar práticas que contrariem as boas normas assistenciais ou os ditames de sua consciência profissional.

Diante de um plano previamente elaborado, recomenda-se que o obstetra:

- Leia o documento com a gestante;
- Discuta cada item de forma clara e técnica;
- Esclareça riscos, benefícios e limitações;
- Ajuste o conteúdo à realidade clínica e institucional;
- Registre em prontuário as orientações prestadas e as deliberações tomadas.

O objetivo não é simplesmente aceitar ou rejeitar o plano, mas transformá-lo em um instrumento viável, seguro e tecnicamente adequado, preservando a segurança do binômio mãe-feto e a boa prática médica.

4. O que fazer quando o plano contém solicitações contrárias às evidências científicas?

O Plano Individual de Parto deve ser respeitado sempre que possível, como expressão da autonomia da gestante. Entretanto, não podem ser acatadas solicitações que contrariem evidências científicas consolidadas e comprometam a segurança materna ou fetal.

Diante de solicitações incompatíveis com a boa prática assistencial, recomenda-se que o obstetra:

- Estabeleça diálogo claro e respeitoso, explicando os fundamentos científicos que embasam a conduta médica.
- Apresente riscos e possíveis consequências, de forma objetiva e compreensível.
- Proponha alternativas seguras, quando disponíveis.
- Avalie a possibilidade de consenso, ajustando o plano à realidade clínica.
- Registre detalhadamente em prontuário as orientações prestadas, a decisão da paciente e eventual necessidade de intervenção.

5. Se o plano de parto da gestante contém preferências que dependem de estrutura específica (banheira, presença irrestrita de acompanhantes, iluminação especial, métodos não farmacológicos de alívio da dor, etc.), e o hospital não dispõe dessa estrutura, o obstetra pode ser responsabilizado pelo não cumprimento do plano?

Não. A instituição de saúde é responsável por informar previamente a paciente sobre sua capacidade estrutural e os serviços oferecidos. O obstetra não pode ser responsabilizado por falhas ou indisponibilidades estruturais do hospital, ausência de equipamentos, políticas institucionais previamente estabelecidas e indisponibilidade de profissionais (ex: anestesista).

Contudo, o obstetra deve informar a gestante sobre limitações estruturais, oferecer alternativas possíveis e seguras, registrar no prontuário

que determinada preferência não pôde ser atendida por indisponibilidade estrutural e sempre manter postura respeitosa e não confrontacional.

Cabe também ao obstetra orientar a paciente a visitar previamente, sempre que possível, a maternidade ou o hospital escolhido para o parto para avaliar a estrutura e os serviços disponíveis, para evitar frustrações durante o trabalho de parto.

6. A recusa terapêutica da gestante deve ser respeitada?

As gestantes, maiores e plenamente capazes, têm o direito de recusar tratamento e essa recusa é reconhecida como expressão legítima da autonomia da paciente.

A Resolução CFM nº 2.232/2019 estabelece normas éticas para a recusa terapêutica por pacientes e objeção de consciência na relação médico-paciente. Essa normativa estabelece que a recusa terapêutica é direito da paciente que deve ser respeitado pelo médico e que cabe ao médico informar o paciente sobre os riscos e as consequências previsíveis de sua decisão e, diante da recusa, pode propor outro tratamento quando disponível.

Essa normativa estabelece que a recusa terapêutica deve ser prestada, preferencialmente, por escrito e perante duas testemunhas quando a falta do tratamento recusado expuser o paciente a perigo de morte. São admitidos outros meios de registro da recusa terapêutica quando o paciente não puder prestá-la por escrito, desde que o meio empregado, incluindo tecnologia com áudio e vídeo, permita sua preservação e inserção no respectivo prontuário. A SOGESP desenvolveu um modelo de TCLE de recusa terapêutica, que pode ser acessado através do site, na Área do Associado.

Exemplos de situações em que a recusa terapêutica durante o trabalho de parto deve ser respeitada pelo médico:

- Recusa de analgesia farmacológica: se a gestante optar por não receber analgesia peridural ou outros métodos farmacológicos de alívio da dor, mesmo quando disponíveis, sua decisão deve ser respeitada, desde que esteja plenamente esclarecida quanto às possibilidades de conforto e manejo da dor.
- Recusa de episiotomia: Na ausência de indicação técnica inequívoca, a recusa à episiotomia deve ser respeitada, uma vez que se trata de procedimento não recomendado de forma rotineira pelas evidências científicas atuais.
- Recusa de ocitocina para condução do trabalho de parto sem indicação clínica formal: Se a proposta for apenas abreviar o trabalho de parto, sem distocia ou outra indicação técnica clara, a paciente pode optar por aguardar evolução espontânea, sendo a recusa legítima.

7. E se for necessário alterar as decisões do plano durante o trabalho de parto?

O Plano Individual de Parto pode — e, em determinadas circunstâncias, deve — ser reavaliado e as decisões e desejos eventualmente ajustados durante o trabalho de parto.

O Plano Individual de Parto tem caráter orientador e personalíssimo, mas não é documento imutável. Conforme o Parecer CFM nº 5/2024, ele deve ser reavaliado no momento da internação e ao longo da evolução do trabalho de parto, considerando fatores técnicos inerentes à assistência, acontecimentos não planejados e as condições clínicas da parturiente e do feto.

O trabalho de parto é processo dinâmico, sujeito a intercorrências e mudanças clínicas imprevisíveis. Situações como alterações na vitalidade fetal, distocias, falha de progressão, hemorragias ou qualquer sinal de risco materno-fetal podem demandar condutas não previstas inicialmente no plano. Nesses casos, prevalece a obrigação ética do médico de utilizar os meios cientificamente reconhecidos para proteger a saúde e

a vida do binômio mãe-feto.

A alteração do plano deve observar os seguintes cuidados:

- Manter diálogo com a parturiente, explicando as razões clínicas da mudança.
- Esclarecer riscos e benefícios da nova conduta.
- Buscar consenso e consentimento, quando o cenário permitir.
- Registrar detalhadamente em prontuário a indicação técnica, as orientações prestadas e a decisão adotada.

8. Se tiver o Plano Individual de parto, posso dispensar o preenchimento do prontuário?

Não. A existência do Plano Individual de Parto não substitui nem dispensa o adequado preenchimento do prontuário médico.

O prontuário é documento obrigatório, individual e contínuo, destinado ao registro cronológico da assistência prestada, contendo dados clínicos, evolução do trabalho de parto, condutas adotadas, intercorrências, orientações fornecidas e decisões tomadas. Trata-se de instrumento essencial para a segurança assistencial, a continuidade do cuidado e a proteção ética e jurídica do profissional.

O Plano Individual de Parto é documento declaratório de preferências, elaborado no contexto do pré-natal ou na admissão hospitalar, e possui caráter orientador. Já o prontuário registra os fatos clínicos efetivamente ocorridos, as avaliações médicas, as indicações técnicas, as recusas terapêuticas e as justificativas de eventuais mudanças no plano inicialmente pactuado.

Mesmo quando o plano de parto esteja anexado ao prontuário, permanece obrigatória a anotação de:

- Avaliação clínica na admissão;
- Reavaliações durante o trabalho de parto;
- Orientações prestadas à parturiente;
- Consentimentos e recusas;
- Indicações técnicas fundamentadas;
- Intercorrências e condutas adotadas;
- Justificativas para procedimentos realizados ou modificações no plano.

O Parecer CFM nº 5/2024 reforça a importância do registro em prontuário, inclusive quanto às escolhas e recusas da paciente e eventuais interferências de terceiros, como medida de proteção ao binômio mãe-feto e ao profissional.

A ausência ou insuficiência de registro pode caracterizar falha ética e comprometer a defesa do médico em eventual questionamento administrativo ou judicial.

9. E se farei apenas o pré-natal da paciente, que optou por ter seu parto com a equipe de plantão da maternidade/hospital?

Mesmo que o obstetra atue exclusivamente no pré-natal, é recomendável que o Plano Individual de Parto seja discutido e orientado durante o acompanhamento gestacional.

O plano de parto é instrumento de comunicação e alinhamento de expectativas. Sua construção no pré-natal permite que a gestante receba esclarecimentos técnicos adequados, compreenda os limites assistenciais e tenha suas preferências organizadas de forma realista e segura.

Entretanto, é fundamental esclarecer à paciente que:

- O plano será reavaliado pela equipe de plantão no momento da internação;
- A execução das disposições dependerá das condições clínicas do momento;
- A implementação estará sujeita às rotinas, protocolos e recursos disponíveis na instituição;
- O médico plantonista terá autonomia técnica para conduzir a assistência conforme a evolução do caso.

O ideal é orientar a paciente a buscar a maternidade ou o hospital escolhido antes de parto, para apresentar e discutir seu Plano Individual de Parto e evitar desconforto e mal-entendido no momento do trabalho de parto e do parto.

10. O que deve conter em um bom Plano Individual de Parto?

Um bom Plano Individual de Parto deve ser claro, objetivo, individualizado e tecnicamente viável. Ele não deve ser extenso ou excessivamente detalhado a ponto de engessar a assistência, mas suficientemente estruturado para refletir as preferências da gestante dentro dos limites da segurança materno-fetal.

De forma geral, um Plano Individual de Parto adequado deve conter os seguintes elementos:

1. **Identificação da paciente:** qualificação completa, com nome completo, nacionalidade, estado civil, profissão, RG, CPF, endereço com CEP.
2. **Contexto clínico:** DPP / DUM / Idade gestacional, classificação de risco gestacional, local previsto para o parto, informação sobre o acompanhante e o médico do pré-natal.

3. Preferências quanto ao trabalho de parto: exemplos

- Desejo de aguardar trabalho de parto espontâneo
- Opinião sobre indução do parto (quando indicada)
- Métodos não farmacológicos para alívio da dor
- Uso ou não de analgesia farmacológica
- Presença de acompanhante

4. Preferências quanto ao parto: exemplos

- Posição de parto
- Ambiente (iluminação, música etc.)
- Contato pele a pele imediato
- Clampeamento oportuno do cordão umbilical
- Amamentação na primeira hora

5. Procedimentos intervencionistas

- Episiotomia
- Amniotomia
- Ocitocina
- Cesariana (quando clinicamente indicada ou a pedido)

No Estado de São Paulo, a Lei nº 17.431/2021 assegura à gestante o direito à elaboração do Plano Individual de Parto nos serviços públicos de saúde e determina que devem ser justificadas por escrito quando realizados.

1. Cuidados com o recém-nascido:

- Presença do acompanhante durante os primeiros cuidados

- Preferência quanto a procedimentos neonatais de rotina (desde que não comprometam a segurança do RN)
- Desejo de permanência em alojamento conjunto

2. Declarações importantes: a paciente deve declarar que o plano

- Foi elaborado após orientação médica
- Será reavaliado na internação e durante o trabalho de parto
- Será seguido sempre que compatível com as condições clínicas e com a segurança assistencial
- Poderá ser modificado conforme evolução clínica

3. Local e data

4. Assinatura da gestante e do médico



SOGESP

ASSOCIAÇÃO DE OBSTETRÍCIA
E GINECOLOGIA DO ESTADO
DE SÃO PAULO

www.sogesp.com.br

ISBN: 978-85-68096-31-4

CRL



9 788568 096314