PLANO DE PARTO NA ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA: CONHECIMENTOS, ADESÃO E UTILIZAÇÃO POR MULHERES

Recebido em: 23/06/2026
Aceito em: 19/11/2026
DOI: 10.25110/arqsaude.v30i3.2026-12851

Paloma Ruivo Sant'Ana [1]
Susana Engelhard Nogueira [2]

RESUMO: Este estudo teve como objetivo analisar os conhecimentos, a adesão e a utilização do plano de parto na assistência obstétrica. Trata-se de uma pesquisa quali-quantitativa, descritiva, exploratória e transversal, realizada por meio de formulário eletrônico com questões fechadas e abertas. A coleta de dados ocorreu entre os meses de outubro de 2024 e janeiro de 2025. Os dados quantitativos foram analisados por estatística descritiva, com apresentação em frequências absolutas e relativas, e os qualitativos por análise de conteúdo. Participaram 52 mulheres residentes no estado do Rio de Janeiro. Embora 71,1% (n=37) referissem conhecer o plano de parto, observou-se compreensão parcial sobre o tema. Quanto à adesão, a maioria (51,9%; n=27) não o preencheu no pré-natal, sendo o desconhecimento um dos principais motivos. Entre participantes deste grupo, 70,4% (n=19) demonstraram interesse em utilizá-lo. Dentre as que de fato preencheram o plano de parto (40,4%, n=21), 71,4% (n=15) o fizeram sem apoio profissional, e para 90,5% (n=19) este documento proporcionou maior segurança e compreensão sobre o parto. O restante das participantes (7,7%; n=4) não soube informar se preencheram o plano de parto. Em relação à assistência obstétrica, considerando o total de participantes, 76,9% (n=40) indicaram baixa divulgação do plano de parto nos serviços de saúde e 59,6% (n=31) consideraram os profissionais despreparados para orientação. Quanto à experiência materna, 92,3% (n=48) reconheceram o plano como ferramenta de planejamento do parto e 90,4% (n=47) como promotor de um cuidado mais humanizado. Os resultados apontam para a necessidade de aprimorar a implementação do plano de parto na assistência obstétrica, visando à qualificação do cuidado.
PALAVRAS-CHAVE: Assistência Obstétrica; Cuidado Pré-Natal; Humanização da Assistência; Plano de Parto; Saúde da Mulher.

BIRTH PLAN IN OBSTETRIC CARE: WOMEN'S KNOWLEDGE, ADHERENCE, AND USE

ABSTRACT: The aim of this study was to analyze women's knowledge, adherence to, and use of the birth plan in obstetric care. This is a qualitative-quantitative, descriptive, exploratory, and cross-sectional study conducted through an electronic form containing

[1] Fisioterapeuta (IFRJ), Mestranda em Saúde da Criança e da Mulher (Saúde Coletiva), Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz).
E-mail: palomaruivosantana@gmail.com, ORCID: 0000-0003-4968-6923
[2] Psicóloga, Doutora em Psicologia Social (PPGPS/UERJ), Professora Titular do Instituto Federal do Rio de Janeiro (IFRJ), atuando nos cursos de Graduação em Terapia Ocupacional, Fisioterapia e Farmácia, e no Programa de Pós-Graduação em Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (PPGCTIS/ IFRJ) – Campus Realengo/RJ, Brasil.
E-mail: susana.nogueira@ifrj.edu.br, ORCID: 0009-0008-1527-1416

closed- and open-ended questions. Data collection took place between October 2024 and January 2025. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics and presented as absolute and relative frequencies, while qualitative data were examined through content analysis. A total of 52 women residing in the state of Rio de Janeiro participated. Although 71,1% (n=37) reported being familiar with the birth plan, a partial understanding of the topic was observed. Regarding adherence, most participants (51,9%; n=27) did not complete a birth plan during prenatal care, with lack of knowledge being one of the main reasons. Among participants in this group, 70,4% (n=19) expressed interest in using it. Among those who actually completed a birth plan (40,4%, n=21), 71,4% (n=15) did so without professional support, and for 90,5% (n=19) this document provided greater security and understanding of childbirth. The remaining participants (7.7%; n=4) were unable to report whether they had completed a birth plan. Regarding obstetric care, considering the total number of participants, 76,9% (n=40) indicated limited dissemination of the birth plan in health services, and 59,6% (n=31) considered healthcare professionals to be unprepared to provide guidance. Concerning maternal experience, 92,3% (n=48) recognized the birth plan as a tool for childbirth planning and 90,4% (n=47) as a promoter of more humanized care. The findings highlight the need to improve the implementation of birth plans in obstetric care in order to enhance the quality of care.
KEYWORDS: Midwifery; Prenatal Care; Humanization of Assistance; Obstetric Delivery Planning; Women's Health.

PLAN DE PARTO EN LA ATENCIÓN OBSTÉTRICA: CONOCIMIENTOS, ADHERENCIA Y UTILIZACIÓN POR MUJERES

RESUMEN: El objetivo de este estudio fue analizar los conocimientos, la adherencia y la utilización del plan de parto en la atención obstétrica. Se trata de una investigación cuali-cuantitativa, descriptiva, exploratoria y transversal, realizada mediante un formulario electrónico con preguntas cerradas y abiertas. La recolección de datos tuvo lugar entre los meses de octubre de 2024 y enero de 2025. Los datos cuantitativos fueron analizados mediante estadística descriptiva, con presentación en frecuencias absolutas y relativas, y los datos cualitativos mediante análisis de contenido. Participaron 52 mujeres residentes en el estado de Río de Janeiro. Aunque el 71,1% (n=37) refirió conocer el plan de parto, se observó una comprensión parcial del tema. En cuanto a la adhesión, la mayoría (51,9%; n=27) no lo completó durante el control prenatal, siendo el desconocimiento uno de los principales motivos. Entre las participantes de este grupo, el 70,4% (n=19) manifestó interés en utilizarlo. Entre aquellas que efectivamente completaron el plan de parto (40,4%; n=21), el 71,4% (n=15) lo hizo sin apoyo profesional, y para el 90,5% (n=19) este documento proporcionó mayor seguridad y comprensión sobre el parto. El resto de las participantes (7,7%; n=4) no supo informar si había elaborado el plan de parto. En relación con la asistencia obstétrica, considerando el total de participantes, el 76,9% (n=40) indicó una baja difusión del plan de parto en los servicios de salud y el 59,6% (n=31) consideró que los profesionales no estaban preparados para su orientación. En cuanto a la experiencia materna, el 92,3% (n=48) reconoció el plan como una herramienta de planificación del parto y el 90,4% (n=47) como promotor de una atención más humanizada. Los resultados evidencian la necesidad de mejorar la implementación del plan de parto en la asistencia obstétrica, con el fin de cualificar la atención.

PALABRAS CLAVE: Asistencia Obstétrica; Atención Prenatal; Humanización de la Atención; Plan de Parto; Salud de la Mujer.

1. INTRODUÇÃO

A maternidade representa uma fase importante na vida da mulher, marcada por mudanças físicas, emocionais e socioeconômicas vivenciadas de forma singular e compartilhadas com pessoas próximas, especialmente no contexto do pré-natal, parto e pós-parto (Brasil, 2019). As expectativas relacionadas a esse período são influenciadas por crenças e valores construídos antes da concepção, a partir de experiências interpessoais. Além disso, o acesso a informações nos serviços de saúde atua como fonte de aprendizado para a gestante e sua família, impactando o conhecimento sobre a gestação (Silva *et al*., 2021).

No Brasil, recomenda-se o início precoce do pré-natal, com oferta de acompanhamento humanizado, uma vez que a condução do cuidado impacta diretamente a experiência da mulher e de sua família (Brasil, 2017). Experiências positivas de gestação e parto tendem a gerar memórias afetivas favoráveis, enquanto situações de violência obstétrica podem resultar em traumas físicos e psicológicos, associados à desumanização e negligência. Nesse contexto, a qualificação da assistência obstétrica é fundamental para prevenir tais situações e fortalecer a relação entre profissionais e gestantes (Pereira *et al*., 2024).

Desde 1996, a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda boas práticas no parto, com ênfase na autonomia feminina e na redução de intervenções desnecessárias (World Health Organization, 1996). No Brasil, a criação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), em 2002, promoveu o cuidado humanizado no pré-natal, parto e puerpério (Possati *et al*., 2017). Essa iniciativa, articulada ao Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) de 2001, contribuiu para a instituição da Política Nacional de Humanização (PNH) em 2003, voltada à qualificação da assistência e à ampliação do enfoque humanizado no cuidado (Gomes *et al*., 2017).

A humanização concebe o sujeito como corresponsável por sua saúde e incentiva sua participação ativa no cuidado. No contexto do parto, promove o protagonismo e a autonomia feminina, com foco nos direitos materno-infantis e na atenção integral centrada na mulher (Brasil, 2022). Nessa perspectiva, o Ministério da Saúde recomenda, entre os dez passos para um pré-natal de qualidade, o início precoce do acompanhamento,

o acesso a exames, a escuta ativa e a orientação sobre o parto e plano de parto, com suporte à gestante e sua família (Brasil, 2019).

Entre essas recomendações, o plano de parto destaca-se como estratégia de promoção do protagonismo e da autonomia da gestante. Trata-se de um documento elaborado pela mulher e seu(sua) parceiro(a), em conjunto com o profissional de saúde, que registra preferências e expectativas para o parto e o pós-parto, sendo previamente apresentado à equipe. Inclui decisões sobre condutas, como presença de acompanhante, ambientação e posição para o parto. Sua elaboração no pré-natal envolve orientação sobre o processo fisiológico, possíveis riscos, e a necessidade de flexibilização e adequação às condições da unidade de saúde (Brasil, 2019).

O plano de parto surgiu no final da década de 1970, nos Estados Unidos, no contexto de movimentos pelos direitos sexuais e reprodutivos, com foco no protagonismo feminino e na humanização do parto. O documento visa facilitar a comunicação entre gestante e equipe de saúde, promovendo sua participação nas decisões. Em 1996, a OMS incluiu o plano de parto entre as recomendações de "Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento", com o objetivo de qualificar a assistência obstétrica (World Health Organization, 1996; Medeiros *et al.*, 2019; Ghahremani *et al.*, 2022; Boff *et al*., 2023). Contudo, sua implementação ainda enfrenta desafios, como descumprimento, desconhecimento de seus benefícios e baixa adesão por gestantes e profissionais (Medeiros *et al.*, 2019; Santos *et al*., 2019).

Embora a literatura nacional contemple diferentes dimensões do plano de parto, persistem lacunas em sua investigação integrada, especialmente quanto aos aspectos socioeconômicos, ao financiamento dos serviços, às repercussões na experiência materna e ao preparo profissional. Santos *et al*. (2025), ao revisarem a produção científica brasileira (1996–2023), identificaram três eixos ainda pouco articulados: conhecimento e autonomia das mulheres, experiência materna e atuação profissional. Neste sentido, ampliar estudos que considerem as especificidades territoriais é fundamental para compreender os desafios à efetivação do documento e qualificar a assistência, bem como evidenciar suas contribuições e fortalecer o preparo dos profissionais para orientar gestantes e familiares com base em evidências científicas e no cuidado individualizado e humanizado (Barnhart *et al*., 2022; Medeiros *et al*., 2019; Wiggers *et al*., 2021).

Diante desses desafios, torna-se relevante investigar as percepções e experiências das mulheres acerca do plano de parto, identificando barreiras e potencialidades para sua

efetiva utilização. Assim, o estudo teve como objetivo analisar os conhecimentos, a adesão (elaboração do documento) e a utilização (apresentação aos profissionais e aplicação na assistência obstétrica) do plano de parto.

2. MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de estudo observacional, transversal, descritivo e exploratório, de métodos mistos, com delineamento convergente variante de questionário (*Convergent Design: Questionnaire Variant*), fundamentado em Creswell e Plano Clark (2018). Utilizou-se um único instrumento, composto por questões fechadas e abertas, aplicadas concomitantemente, permitindo integrar os dados quantitativos e qualitativos, de modo que estes últimos contextualizassem os achados estatísticos, respeitando os limites das respostas escritas. A integração dos dados ocorreu na interpretação dos resultados, por meio da articulação dos achados quantitativos e qualitativos, identificando convergências, complementaridades e divergências, a fim de contextualizar os resultados numéricos.

O relato metodológico seguiu as recomendações das diretrizes STROBE (estudos observacionais transversais), SRQR (estudos qualitativos) e GRAMMS (estudos de métodos mistos).

A pesquisa foi realizada com mulheres no estado do Rio de Janeiro (RJ), região Sudeste do Brasil, marcada por desigualdades na distribuição dos serviços de saúde, em função de fatores socioeconômicos e geográficos, o que pode influenciar o acesso e a percepção dos cuidados no parto e na maternidade (Reis; Albuquerque; Lima, 2023). No estado, cerca de 40% dos partos são vaginais, com predominância de cesarianas, o que contrasta com as recomendações da OMS (World Health Organization, 2015; Brasil, 2024). Nesse contexto, o Rio de Janeiro constitui cenário pertinente para investigar percepções sobre o plano de parto, considerando que o tema se relaciona à autonomia da gestante, escolhas informadas e práticas de cuidado frente às altas taxas de intervenções desnecessárias.

A coleta de dados ocorreu entre os meses de outubro de 2024 e janeiro de 2025. A seleção das participantes foi realizada por meio de amostragem não probabilística por conveniência. Foram critérios de inclusão: 1) ser do sexo feminino e ter tido, ao menos, uma gestação concluída em nascimento nos últimos quatro anos; 2) ser brasileira; 3) ser residente do estado do Rio de Janeiro; e 4) ter idade entre 21 e 35 anos. O critério etário priorizou mulheres em fase de maturidade reprodutiva e de menor risco obstétrico,

buscando reduzir vieses relacionados às especificidades da adolescência e da idade materna avançada, que poderiam interferir na elaboração e utilização do plano de parto. Como critério de exclusão, foram considerados os questionários com preenchimento criticamente incompleto, com ausência integral dos blocos sociodemográfico/obstétrico ou das variáveis primárias do estudo.

O convite para participação foi divulgado em redes sociais (*Instagram*, *Facebook* e *WhatsApp*) e em grupos de *WhatsApp* voltados à maternidade, com foco em apoio ao pós-parto, aleitamento ou humanização do parto. Foi disponibilizado um *link* para acesso a um questionário estruturado na plataforma *Google Forms*, de preenchimento autoaplicável e anônimo. Ao acessá-lo, as participantes declararam sua concordância por meio do Registro de Consentimento Livre e Esclarecido (RCLE).

O questionário foi composto por perguntas fechadas e abertas, organizadas em três blocos temáticos. O primeiro abordou dados sociodemográficos e obstétricos, incluindo idade, renda familiar, escolaridade, situação conjugal, raça/cor, número de gestações, vias de nascimento, e locais de pré-natal e parto. O segundo tratou do conhecimento, utilização e adesão ao plano de parto, com duas questões abertas ("Para você, o que é o plano de parto?" e "Como considera que o plano de parto influenciaria sua experiência de parto?") e perguntas fechadas sobre conhecimento, uso e influência do plano na experiência de parto. O terceiro bloco explorou percepções sobre o plano de parto na assistência obstétrica, incluindo sua divulgação nas unidades de saúde, preparo dos profissionais, uso no planejamento e orientação do parto e contribuição para uma experiência humanizada. O instrumento foi elaborado pelas autoras especificamente para este estudo (*ad hoc*), com base nas diretrizes normativas do Ministério da Saúde (Brasil, 2017) para a atenção ao parto e na literatura científica sobre autonomia materna. Por seu caráter exploratório, não foi submetido à validação psicométrica de construto, à apreciação por comitê de especialistas ou à realização de teste piloto prévio.

Inicialmente, 64 mulheres aceitaram participar do estudo. Destas, 12 foram excluídas por não atenderem aos critérios de inclusão, sendo sete mulheres com idade superior a 35 anos e cinco por não terem uma gestação concluída em nascimento nos últimos quatro anos. Não houve desistências após o aceite do RCLE, nem necessidade de exclusão por respostas incompletas. Esclarece-se que a distribuição aberta via formulário eletrônico impediu a quantificação do total de visualizações do convite ou eventuais recusas prévias. A amostra final foi composta por 52 mulheres (n=52).

A análise dos dados foi realizada em duas etapas complementares. Inicialmente, os dados levantados em questões fechadas foram submetidos à análise estatística descritiva, com auxílio do *software Microsoft Excel 365* versão 2019 (Microsoft©, 2019). Os resultados foram organizados em frequências absolutas e relativas, e, para a idade, em média e desvio-padrão, permitindo caracterizar o perfil das participantes e mapear informações sobre o uso do plano de parto.

Paralelamente, para o tratamento dos dados de questões abertas, utilizou-se a técnica de análise de conteúdo (Bardin, 2016). O processamento ocorreu de forma manual, com auxílio de planilhas eletrônicas para tabulação e matriz de codificação, cumprindo três etapas formais: pré-análise (leitura flutuante das respostas), exploração do material (agrupamento de trechos em unidades de registro, definidas como segmentos sintáticos ou frases que expressavam um núcleo completo de sentido, seguidas do agrupamento por similaridade semântica em núcleos temáticos) e tratamento dos resultados através das técnicas de inferência e interpretação. Quanto ao conceito de plano de parto, emergiram as categorias: dimensão temporal, anseios da mulher, documento, planejamento, autoria do documento e atendimento humanizado. Para a influência no parto, identificaram-se: atendimento humanizado, anseios da mulher, repercussões, dimensão temporal e orientações profissionais. A análise foi realizada de forma independente por duas pesquisadoras treinadas no método. O treinamento envolveu calibração conceitual e codificação piloto para padronizar os critérios de análise. Após a codificação independente, as matrizes foram confrontadas e as divergências resolvidas por consenso, conferindo rigor e confiabilidade à análise. Os resultados quantitativos e qualitativos foram integrados em um quadro de apresentação conjunta (*Joint Display*), organizado nas dimensões conhecimento, adesão e utilização do plano de parto, permitindo identificar convergências, complementaridades e divergências, e ampliar a compreensão dos fatores relacionados ao documento na assistência obstétrica.

O estudo atendeu às Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Federal do Rio de Janeiro (parecer nº 7.078.935). O anonimato foi assegurado pela codificação dos relatos.

3. RESULTADOS

3.1 Caracterização das participantes

Todas as respondentes declararam-se brasileiras e residentes no estado do Rio de Janeiro. A média de idade foi de 29,3 anos (dp=3,77), com predominância da faixa etária de 31 a 35 anos (44,2%; n=23). Quanto à renda familiar mensal, prevaleceu a faixa de 1 a 3 salários-mínimos (53,8%; n=28), e, em relação à escolaridade, observou-se maior frequência de ensino superior (40,4%; n=21). A maioria declarou-se casada (69,2%; n=36) e de raça/cor branca (42,3%; n=22). Todas as participantes (100%; n=52) relataram ter tido, ao menos, uma gestação concluída em nascimento nos últimos quatro anos. Sobre experiências com vias de nascimento, predominou a cesariana (57,7%; n=30), tendo havido maior realização de pré-natal na rede privada (44,2%; n=23) e de partos em hospitais privados (50%; n=26) (Tabela 1).

Tabela 1: Dados sociodemográficos e obstétricos das mulheres participantes da pesquisa (n=52; 100%), RJ, 2025

Variáveis	n	%
Idade		
21 a 25 anos	12	23,1
26 a 30 anos	17	32,7
31 a 35 anos	23	44,2
Renda familiar mensal		
Até 1 salário-mínimo	9	17,3
De 1 a 3 salários-mínimos	28	53,8
De 3 a 6 salários-mínimos	10	19,2
De 6 a 9 salários-mínimos	3	5,8
Mais de 9 salários-mínimos	2	3,8
Escolaridade		
Educação Infantil	1	1,9
Ensino Fundamental	1	1,9
Ensino Médio	19	36,5
Ensino Superior	21	40,4
Pós-Graduação	10	19,3
Situação Conjugal		
Casada	36	69,2
Solteira	15	28,8
Separada	1	1,9
Outros	0	0
Raça/Cor		
Branca	22	42,3
Parda	19	36,5
Preta	10	19,2
Amarela	1	1,9
Outros	0	0

Teve, ao menos, 1 gestação concluída em nascimento nos últimos 4 anos		
Sim	52	100
Não	0	0
Experiências com vias de nascimento		
Via cirúrgica (cesariana)	30	57,7
Via vaginal (parto normal)	13	25
Ambas	6	11,5
Não informado	3	5,8
Local de acompanhamento do pré-natal		
Rede privada de saúde	23	44,2
Rede pública de saúde	20	38,5
Ambas	9	17,3
Local de acompanhamento do parto		
Rede privada de saúde	26	50
Rede pública de saúde	23	44,2
Ambos	2	3,9
Não informado	1	1,9

Fonte: Autores (2025).

3.2 Conhecimento, utilização e adesão ao plano de parto

A maioria declarou que conhecia o plano de parto (71,1%; n=37), e 7,7% das participantes (n=4) não soube informar, conforme apontado na Tabela 2.

Tabela 2: Dados sobre conhecimento, utilização e adesão ao plano de parto das mulheres participantes da pesquisa, RJ, 2025

Conhecimento prévio sobre o plano de parto (n=52; 100%)		
Você conhece o plano de parto?	n	%
Sim	37	71,1
Não	11	21,1
Não soube dizer	4	7,7
Utilização e Adesão ao plano de parto (n=52; 100%)		
Durante o pré natal você preencheu o plano de parto?	n	%
Sim	21	40,4
Não	27	51,9
Não soube dizer	4	7,7
Participantes que não preencheram o plano de parto no pré-natal (n=27; 51,9%)		
Motivos para o não preenchimento	n	%
Optou por não preencher	3	11,1
Desconhecimento	15	55,6
Outros	9	33,3
Gostaria de ter usado o plano de parto?	n	%
Sim	19	70,4
Não	1	3,7
Não soube dizer	7	25,9
Considera que o plano de parto poderia ter influenciado sua experiência de parto?	n	%
Sim	11	40,7
Não	5	18,5
Não soube dizer	11	40,7

Participantes que preencheram o plano de parto no pré-natal (n=21; 40,4%)		
De que forma fez o preenchimento?	n	%
Por conta própria	15	71,4
Com auxílio de profissional de saúde	6	28,6
O preenchimento do plano de parto trouxe mais segurança e compreensão sobre o trabalho de parto?	n	%
Sim	19	90,5
Não	0	0
Não soube dizer	2	9,5
Utilizou o plano de parto como uma estratégia de planejamento para o trabalho de parto?	n	%
Sim	17	81
Não	3	14,3
Não soube dizer	1	4,7
Considera que o plano de parto influenciou sua experiência de parto?	n	%
Sim, positivamente	12	57,1
Sim, negativamente	0	0
Não	7	33,3
Não soube dizer	2	9,5

Fonte: Autores (2025)

Das participantes que declararam conhecer o plano de parto, 36 responderam à pergunta aberta: “Para você, o que é o plano de parto?” e apenas uma optou por não responder. A análise qualitativa das respostas permitiu a identificação das categorias: dimensão temporal, anseios da mulher, documento, planejamento, autoria do documento, e atendimento humanizado. Os relatos evidenciaram que o plano de parto é apreendido predominantemente como um registro escrito das preferências e vontades da mulher direcionado ao momento da parturição, conforme exemplificado por P-16 e P-24:

> Documento feito pela gestante constando os desejos e cuidados que ela quer receber, para si e para seu filho, durante o parto. (P-16. Categorias: documento; autoria do documento; anseios da mulher; dimensão temporal)
> É um documento que define as preferências da mãe em relação aos momentos do parto e pós-parto, e que deve ser seguido pelos profissionais durante aquele período, excetuando se houver alguma intercorrência que impossibilite o seu cumprimento. (P-24. Categorias: documento; anseios da mulher; dimensão temporal)

Embora a maioria das participantes tenha referido conhecer o plano de parto, observou-se discrepância entre esse conhecimento e sua utilização, visto que 51,9% (n=27) não preencheram o documento durante o pré-natal, principalmente por desconhecimento à época da gestação (55,6%; n=15). Entre essas mulheres, 70,4% (n=19) gostariam de tê-lo utilizado e 40,7% (n=11) consideraram que seu preenchimento poderia ter influenciado positivamente a experiência de parto (Tabela 2).

Ao relatarem suas percepções sobre essa possível influência, emergiram cinco categorias: atendimento humanizado, anseios da mulher, repercussões, dimensão temporal e orientações profissionais. Os relatos apontaram que a ausência ou resistência à utilização do documento se relacionou a experiências de sofrimento e conflitos com a equipe assistencial, enquanto seu acolhimento foi percebido como fator mitigador de danos, conforme ilustrado por P-1 e P-4:

> Vivi uma situação muito desconfortável no momento do meu parto normal, onde duas profissionais da saúde, uma técnica e uma enfermeira, não entravam em acordo e nem sequer pediram a minha opinião para saber se eu queria a luz acesa ou apagada. A técnica achava desnecessária a luz apagada. A enfermeira achou que com a luz apagada eu ficaria mais confortável, e colocou uma música ambiente. Então, aquele ambiente ficou favorável, trazendo mais conforto, o que me acalmou muito. Porém, a técnica desligou a música sem pedir licença ou perguntar. Concluindo: se no cartão de gestante tivesse espaço para colocar o plano de parto, eu não teria passado por isso num momento em que deveria ser acolhida e não ignorada, pois ali estaria escrito que eu preferia a luz apagada. (P-1. Categorias: anseios da mulher; atendimento humanizado)
> Não sofreria tanto. (P-4. Categoria: repercussões)

Entre as mulheres que efetivamente preencheram o instrumento no pré-natal (40,4%; n=21), a confecção ocorreu predominantemente por conta própria (71,4%; n=15), com apenas 28,6% (n=6) recebendo auxílio de profissional de saúde. Para este grupo de usuárias, o plano atuou como estratégia de planejamento (81,0%; n=17) e proporcionou maior segurança e compreensão sobre o trabalho de parto (90,5%; n=19), com 57,1% (n=12) relatando impacto positivo na experiência de parto. O restante das participantes (7,7%; n=4) não soube informar se preencheram o plano de parto (Tabela 2).

3.3 Percepções sobre o plano de parto na assistência obstétrica

A avaliação do plano de parto no contexto assistencial revelou descompasso entre a importância atribuída pelas mulheres e o suporte institucional oferecido. A maioria reconheceu o documento como ferramenta importante para o planejamento (92,3%; n=48) e para a promoção de uma experiência de parto humanizada (90,4%; n=47) (Tabela 3). Entretanto, 76,9% (n=40) consideraram que o plano de parto não é bem divulgado nas unidades de saúde e 59,6% (n=31) perceberam os profissionais como despreparados para orientar as gestantes sobre o documento (Tabela 3). Os relatos apontam que sua elaboração por iniciativa própria pode representar uma resposta às lacunas de orientação profissional e à resistência percebida nas equipes, conforme ilustrado por P-10:

> Considero o plano de parto importante, ele ajudaria muito a melhorar ainda mais um dia incrível na vida da mulher. Entendo que nem tudo é possível de ser feito, e que os médicos não gostam de apresentar a ideia do plano de parto, porque muitos seguem um roteiro próprio. Mas penso na seguinte questão: um médico faz dez partos por dia e para ele isso já virou comum, só que aquela mãe está parindo um dos maiores amores da sua vida, está tendo um dia único que vai ser lembrado o resto da vida (...). E para isso o plano de parto vem ajudar, para colocar em prática os sonhos e pensamentos daquela mãe num momento importante. (P-10. Categorias: anseios da mulher; atendimento humanizado; dimensão temporal)

Tabela 3: Dados sobre percepções acerca do plano de parto na assistência obstétrica segundo as participantes da pesquisa, RJ, 2025

Percepções acerca do Plano de Parto na Assistência Obstétrica (n=52; 100%)		
Considera que o plano de parto é bem divulgado nas unidades de saúde?	n	%
Sim	5	9,6
Não	40	76,9
Não soube dizer	7	13,5
Considera que os profissionais de saúde estão preparados para orientar a gestante sobre o plano de parto?	n	%
Sim	10	19,2
Não	31	59,6
Não soube dizer	11	21,2
Considera o plano de parto uma ferramenta importante para o planejamento e orientação sobre o trabalho de parto?	n	%
Sim	48	92,3
Não	1	1,9
Não soube dizer	3	5,8
Considera que o plano de parto contribui para uma experiência de parto mais humanizada?	n	%
Sim	47	90,4
Não	0	0
Não soube dizer	5	9,6

Fonte: Autores (2025)

3.4 Integração dos Achados de Métodos Mistos

A integração dos resultados quantitativos e qualitativos, desenvolvida sob o delineamento convergente variante de questionário, encontra-se sintetizada na matriz de apresentação conjunta (*Joint Display*) no Quadro 1.

Quadro 1: Integração dos resultados quantitativos e qualitativos sobre o plano de parto.

Dimensão	**Achados Quantitativos**	**Achados Qualitativos**	**Interpretação Integrada (Meta-Inferências)**
Conhecimento	71,1% (n=37) declararam conhecimento prévio. 76,9% (n=40) relataram falta de	**Categorias:** documento, anseios da mulher, planejamento, autoria, dimensão temporal,	**Divergência Parcial:** A elevada taxa de conhecimento autorreferido (71,1%) contrapõe-se à apreensão qualitativa centrada na etapa do parto (com pouca

	divulgação nas unidades. 55,6% (n=15) das não usuárias do plano de parto justificaram não preenchimento por desconhecimento no pré-natal.	atendimento humanizado. **Síntese:** Apreensão definida como registro formal prévio das vontades da gestante, porém conceitualmente focalizada no momento do parto.	menção ao pré/pós-parto). A percepção de escassa divulgação institucional (76,9%) problematiza a permanência da lacuna de profundidade conceitual.
Adesão	40,4% (n=21) elaboraram o plano *vs*. 51,9% (n=27) que não preencheram. Das que elaboraram: 71,4% (n=15) o fizeram de forma autônoma e 28,6% (n=6) com apoio profissional. 59,6% (n=31) perceberam despreparo profissional.	**Categorias:** autoria, orientações profissionais, planejamento, anseios da mulher. **Síntese:** A confecção solitária surge como reação à percepção de desinteresse e à conduta padronizada das equipes no pré-natal.	**Convergência:** A reduzida adesão (40,4%) e a confecção solitária (71,4%) convergem com a percepção de despreparo profissional (59,6%). A elaboração configura-se mais como ato autônomo de autoproteção do que como pactuação no pré-natal.
Utilização	90,5% (n=19) das usuárias relataram mais segurança. 57,1% (n=12) citaram impacto positivo direto no parto. 90,4% (n=47) associaram ao parto humanizado. 70,4% (n=19) das não usuárias gostariam de ter utilizado.	**Categorias:** atendimento humanizado, repercussões, anseios da mulher, dimensão temporal. **Síntese:** O acolhimento do plano atenua conflitos e promove segurança; sua ausência ou recusa expõe a mulher a sofrimento evitável.	**Expansão e Convergência:** Os dados qualitativos expandem os índices de segurança (90,5%) e humanização (90,4%), demonstrando que o acolhimento do plano previne violência obstétrica e fortalece a autonomia, enquanto sua rejeição gera desassistência.

Fonte: Autores (2025)

A integração dos dados revelou uma divergência parcial entre a dimensão quantitativa e a qualitativa: a elevada taxa de conhecimento autorreferido (71,1%; n=37) contrapôs-se a uma apreensão conceitual restrita à etapa do parto nas respostas abertas. Esse afunilamento informativo alinhou-se à percepção majoritária de insuficiência na divulgação do instrumento nas unidades de saúde (76,9%; n=40).

Na dimensão de adesão, os dados estabeleceram uma relação de convergência: a baixa taxa de elaboração do plano de parto no pré-natal (40,4%; n=21) e a predominância

de sua confecção autônoma (71,4%; n=15) convergiram com a percepção de despreparo profissional (59,6%; n=31). A análise qualitativa indicou que a confecção solitária se configurou como um mecanismo individual de autoproteção e afirmação de anseios diante de uma assistência percebida como padronizada (ilustrado no depoimento P-10).

Na dimensão de utilização, a integração revelou uma relação de expansão e convergência: a análise qualitativa aprofundou os elevados indicadores quantitativos de segurança (90,5%; n=19) e de contribuição para o parto humanizado (90,4%; n=47). Os relatos qualitativos (P-1 e P-4) demonstraram que a não incorporação do plano expôs as mulheres a condutas não consentidas e conflitos assistenciais, enquanto seu acolhimento efetivo fortaleceu a autonomia feminina e a percepção de cuidado respeitoso.

4. DISCUSSÃO

Observou-se que, de modo geral, as participantes majoritariamente sinalizaram conhecer o plano de parto. Esse resultado contrasta com o que é descrito na literatura, que indica tendência ao desconhecimento desse instrumento entre as mulheres (Santos *et al*. 2020; Wiggers *et al.* 2021).

Entretanto, ao considerar o recorte socioeconômico e de raça/cor, observou-se predominância de participantes autodeclaradas brancas, com renda entre 1 e 3 salários-mínimos e ensino superior. Essas dimensões são relevantes, pois renda, escolaridade e raça/cor influenciam o acesso à informação e ao cuidado em saúde, ampliando vulnerabilidades, especialmente entre populações brasileiras pretas e de menor renda e escolaridade, em comparação às brancas, que tendem a ter maior acesso à educação e ao trabalho (Pacheco *et al*., 2018).

Estudos de Santos *et al.* (2020) e Wiggers *et al.* (2021) indicam que a maioria das puérperas com ensino fundamental ou médio desconhece o plano de parto e o direito de utilizá-lo. Nesse contexto, o baixo nível de escolaridade, associado a condições socioeconômicas desfavoráveis, pode dificultar a compreensão das orientações em saúde, configurando possível fator de risco obstétrico, o que reforça a importância de investigar o conhecimento sobre o plano de parto em diferentes realidades (Barbosa *et al*., 2017).

Embora 71,1% (n=37) das participantes declarassem conhecimento prévio sobre o plano de parto, a análise de conteúdo revelou um núcleo conceitual delimitado: o instrumento foi definido como um registro formal e autônomo das intenções da mulher (categorias documento, anseios da mulher, planejamento e autoria), focado estritamente

no trabalho de parto e parto (categoria dimensão temporal), em detrimento do pré-natal, puerpério e cuidados com o recém-nascido.

Essa apreensão focalizada contrapõe-se à literatura, que concebe o plano de parto como documento abrangente para pré-natal, parto, pós-parto e cuidados neonatais (Mattos *et al*., 2023), além de ferramenta de educação em saúde e prevenção da violência obstétrica (Gurgel *et al*., 2023). Pondera-se, contudo, que a coleta por formulário eletrônico favorece respostas breves, registrando priorizações espontâneas que não devem ser extrapoladas como desconhecimento absoluto sobre as demais etapas.

A integração dessas evidências revela ainda uma divergência parcial entre os dados quantitativos e qualitativos: a elevada taxa de conhecimento autorreferido (71,1%; n=37) encobre uma apreensão conceitual restrita ao momento do parto. Esse afunilamento articula-se à percepção de insuficiência na divulgação do plano de parto (76,9%; n=40), o que problematiza lacunas na assistência pré-natal e na apropriação plena do documento.

No que tange à adesão efetiva, apenas parte das participantes relatou ter elaborado o documento (40,4%; n=21), revelando uma discrepância entre o conhecimento sobre esse instrumento e a sua efetiva utilização. Achados semelhantes apontam que o conhecimento sobre o plano de parto é superior à sua efetiva utilização, o que pode estar relacionado à baixa divulgação e ao reduzido incentivo dos profissionais de saúde para sua adoção (Dantas *et al*., 2025).

Dentre as mulheres que confeccionaram o documento (40,4%; n=21), a maioria (71,4%; n=15) o fez por conta própria, e apenas 28,6% (n=6) com auxílio de profissional de saúde. Na perspectiva das participantes, 59,6% (n=31) relataram que os profissionais de saúde não estão preparados para orientar quanto ao documento. Essa lacuna revela fragilidades no suporte e no vínculo entre profissional e gestante durante o pré-natal. Levando-se em consideração que a adesão ao acompanhamento pré-natal está diretamente relacionada à qualidade das orientações e à confiança estabelecida, torna-se indispensável que a equipe ofereça assistência integral às demandas da mulher (Marques *et al*., 2021).

O desconhecimento profissional sobre o plano de parto compromete a relação assistencial e o exercício da autonomia da gestante. Como instrumento de diálogo, o documento favorece a educação em saúde e a qualificação do cuidado (Trigueiro *et al*., 2021; Barnhart *et al*., 2022), promovendo o empoderamento feminino e associando-se a desfechos favoráveis, como maior ocorrência de parto vaginal, contato pele a pele e clampeamento tardio do cordão umbilical (Santos *et al*., 2020).

A integração dessas evidências estabelece uma relação de convergência: a baixa adesão e a elaboração autônoma do plano articulam-se ao distanciamento profissional percebido. Conforme exemplifica o depoimento de P-10 (“roteiro próprio”), o documento é confeccionado como mecanismo individual de autoproteção e afirmação de anseios diante de uma assistência padronizada, e não como pactuação dialógica no pré-natal. Ressalta-se que esses dados refletem a percepção autorreferida das participantes, não configurando avaliação objetiva das competências técnicas das equipes.

Quanto às participantes que não preencheram o plano de parto (51,9%; n=27), a maioria apontou desconhecê-lo (55,6%; n=15). No entanto, gostariam de tê-lo utilizado (70,4%; n=19). Esta subutilização pode estar relacionada a lacunas no acesso à informação e orientação durante o pré-natal. Apesar de ser incentivado pela OMS (World Health Organization, 1996) e pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2019), o plano de parto ainda apresenta desafios de implementação e difusão, com desconhecimento entre parturientes e profissionais. Isso evidencia a necessidade de políticas públicas e capacitação para ampliar seu uso e fortalecer a atenção humanizada (Boff *et al*., 2023).

Além disso, uma parcela de participantes que não preencheu o plano de parto respondeu que este instrumento poderia ter influenciado sua experiência de parto (40,7%; n=11). A análise de conteúdo de suas respostas possibilitou identificar as categorias: atendimento humanizado, anseios da mulher, repercussões, dimensão temporal, e orientações profissionais. Na categoria atendimento humanizado, as participantes associaram o plano de parto à assistência individualizada, respeitosa e empática, envolvendo melhor comunicação com a equipe e maior segurança e previsibilidade.

A humanização da assistência ao parto baseia-se na garantia de direitos, autonomia da gestante, prevenção de intervenções desnecessárias, escuta qualificada e respeito às escolhas individuais. Neste contexto, o plano de parto centra o cuidado na mulher, promovendo sua autonomia e individualidade, além de orientar os profissionais e apoiar o cuidado humanizado, sendo um dos dez passos para o pré-natal de qualidade na atenção primária (Mateus *et al*., 2022; Gurgel *et al*., 2023).

Ao avaliarem as contribuições do instrumento, a maioria das participantes destacou seu papel na compreensão da gestação, parto e pós-parto, favorecendo o esclarecimento de dúvidas, a conscientização sobre direitos em saúde e a possível redução de intervenções desnecessárias e da violência obstétrica (Medeiros *et al.*, 2019).

A elevada percepção de segurança (90,5%; n=19) e humanização (90,4%; n=47) converge com a prevenção de rotinas indesejadas, enquanto relatos de sofrimento evitável (P-1 e P-4) reafirmam o plano como garantia de direitos. Essa integração expressa expansão e convergência nas dimensões de proteção e autonomia, uma vez que a recusa do documento expõe a mulher a condutas não pactuadas, ao passo que seu acolhimento fortalece a autonomia e previne a violência obstétrica. Ressalta-se que, por se basear em percepções subjetivas, o estudo não permite estabelecer causalidade clínica direta.

No que tange ao uso do plano de parto como estratégia de planejamento, a maioria respondeu afirmativamente. O documento reúne informações sobre a gestação e escolhas da gestante para o pré-parto, parto e pós-parto. Ao registrar expectativas e preferências, permite o acesso prévio da equipe de saúde às suas decisões, contribuindo para a confiança entre gestante e profissionais (Santos *et al*., 2019).

Embora as participantes tenham reconhecido a importância do plano de parto e seus benefícios, ainda há barreiras à sua implementação. Torna-se necessário, portanto, adotar estratégias que ampliem sua adesão e acesso nos serviços de saúde.

Por fim, os achados devem ser interpretados considerando as limitações metodológicas do estudo: possível viés de seleção pela coleta eletrônica, que favorece mulheres com maior letramento digital e renda; vieses de memória e desejabilidade social inerentes ao autorrelato; restrição geográfica ao estado do Rio de Janeiro; e predomínio de questões fechadas, que limita o aprofundamento às respostas abertas do questionário.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo buscou analisar as articulações entre conhecimento, elaboração e utilização do plano de parto na assistência obstétrica. Os achados evidenciaram conhecimento referido elevado, porém conceitualmente restrito à etapa do parto, sugerindo lacunas na divulgação do instrumento. A elaboração foi pouco frequente no pré-natal e ocorreu predominantemente de forma autônoma, diante da percepção de baixo incentivo e suporte das equipes. Sua utilização na assistência também enfrentou barreiras de comunicação e acolhimento, associando-se a conflitos e relatos de condutas não consentidas quando ausente ou recusado. Por outro lado, seu acolhimento foi percebido como favorável à segurança, à autonomia materna e à prevenção da violência obstétrica.

Reconhece-se, como limite do delineamento observacional e transversal baseado no autorrelato de uma amostra com predomínio de acesso virtual, a impossibilidade de

estabelecer inferências causais diretas sobre desfechos clínicos objetivos ou de generalizar os achados para todas as realidades sociodemográficas. Além disso, ressalta-se que as vivências analisadas contemplaram experiências assistenciais heterogêneas, com considerável inserção de atendimentos na rede privada de saúde.

Diante disso, com alcance transversal aos serviços públicos e privados, as implicações do estudo direcionam-se ao fortalecimento da educação em saúde no pré-natal como espaço de pactuação de direitos, à formação permanente das equipes para uma escuta receptiva às preferências maternas e ao fomento de investigações futuras sobre as barreiras que perpetuam a lacuna entre o conhecer, o elaborar e o utilizar o plano de parto na assistência obstétrica.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, E. M. *et al*. Perfil sociodemográfico e obstétrico de parturientes de um hospital público. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 18, n. 2, p. 227-233, 2017. DOI: https://doi.org/10.15253/2175-6783.2017000200012. Disponível em: https://www.redalyc.org/journal/3240/324051258012/html/#B5. Acesso em: 27 jun. 2025.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** São Paulo: Edições 70, 2016.

BARHART, J. B. L. *et al.* Desconhecimento e falta de acesso de gestantes ao Plano de Parto. **Research, Society and Development**, [*S.l.*], v. 11, n. 10, p. e168111032506, jul. 2022. DOI: https://doi.org/10.33448/rsd-v11i10.32506. Disponível em: https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/32506. Acesso em: 20 jun. 2025.

BOFF, N. K. *et al.* Experiência de profissionais e residentes atuantes no centro obstétrico acerca da utilização do plano de parto. **Escola Anna Nery**, v. 27, p. e20220104, 2023. DOI: https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2022-0104pt. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ean/a/tNYMGmdSTj3xVKqbtMq8tXm/abstract/?lang=pt#. Acesso em: 20 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde**. Diretriz nacional de assistência ao parto normal: versão preliminar.** Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/dezembro/imagens/parto-normal1.jfif/view. Acesso em: 17 set. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf. Acesso em: 13 set. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). **Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC).** Brasília: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: https://opendatasus.saude.gov.br/dataset/sistema-de-informacao-sobre-nascidos-vivos-sinasc. Acesso em: 23 fev. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde; Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein; Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass). **Nota técnica: saúde da mulher na gestação, parto e puerpério.** Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: https://atencaoprimaria.rs.gov.br/upload/arquivos/202001/03091259-nt-gestante-planificasus.pdf. Acesso em: 13 set. 2024.

CRESWELL, J. W.; PLANO CLARK, V. L. **Designing and conducting mixed methods research**. 3. ed. Thousand Oaks: SAGE Publications, 2018.

DANTAS, J. G. *et al.* O conhecimento das mulheres em relação ao plano de parto e suas implicações. **Revista Foco**, v.18, n.1, e7473, p. 01-21, 2025. DOI: https://doi.org/10.54751/revistafoco.v18n1-048. Disponível em: https://ojs.focopublicacoes.com.br/foco/article/view/7473/5337. Acesso em: 28 jun. 2025.

GHAHREMANI, T. *et al*. Birth plans: definitions, content, effects, and best practices. **American journal of obstetrics and gynecology,** v. 228, n. 5S, p. S977-S982, 2023. DOI: https://doi.org/10.1016/j.ajog.2022.12.011. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37164502/. Acesso em: 20 nov. 2024.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008. 216 p.

GOMES, R. P. C. *et al.* Plano de parto em rodas de conversa: escolhas das mulheres. **REME – Revista Mineira de Enfermagem**, Minas Gerais, n. 21, e-1033, 2017. Disponível em: https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/e1033.pdf. Acesso em: 15 mai. 2024.

GURGEL, L. F. *et al.* Plano de parto: conhecer para empoderar. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, [*S.l.*], v. 9, n. 7, p. 961–976, ago. 2023. DOI: https://doi.org/10.51891/rease.v9i7.10655. Disponível em: https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/10655. Acesso em: 28 jun. 2025.

MARQUES, B. L. *et al.* Orientações às gestantes no pré-natal: a importância do cuidado compartilhado na atenção primária em saúde (Guidelines to pregnant women: the importance of the shared care in primary health care). **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, [S.l.], v. 25, n. 1, e20200098, 2021. DOI: https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2020-0098. Disponível em: https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0098. Acesso em: 28 jun. 2025.

MATEUS, M. N. da S. *et al.* Implementação do plano de parto nas consultas de pré-natal: uma revisão da literatura. **Revista Interdisciplinar em Saúde**, v. 9, p. 468-484, 2022, ISSN: 2358-7490. DOI: https://doi.org/10.35621/23587490.v9.n1.p468-484. Disponível em: https://www.interdisciplinaremsaude.com.br/Volume30/Trabalho322022R.pdf. Acesso em: 28 jun. 2025.

MATTOS, M. M. M. de *et al.* Do pré-natal ao parto: análise da construção de um plano de parto por gestantes de um Consultório de Enfermagem. **Cuadernos de Educación y Desarrollo**, v. 15, n. 10, p. 9972-9995, 2023. DOI: https://doi.org/10.55905/cuadv15n10-001. Disponível em: https://ojs.cuadernoseducacion.com/ojs/index.php/ced/article/view/1905. Acesso em: 27 jun. 2025.

MEDEIROS, N. C. *et al.* Implementação do plano de parto como ferramenta promotora de autonomia e segurança no processo parturitivo. **Ciências da Saúde**, ed. 123, 06 jun. 2023. DOI: https://doi.org/10.5281/zenodo.8010013. Disponível em: https://doi.org/10.5281/zenodo.8010013. Acesso em: 28 jun. 2025.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014. 407 p.

PACHECO, V. C. *et al*. As influências da raça/cor nos desfechos obstétricos e neonatais desfavoráveis. **Rev. Saúde debate** v. 42, n. 116, 2018. DOI: https://doi.org/10.1590/0103-1104201811610. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sdeb/a/M54gMHgH4FwvmN9k7zRkZXJ/. Acesso em: 29 jun. 2025.

PEREIRA, M. S. *et al.* Impactos da violência obstétrica na saúde mental das puérperas do brasil: uma revisão de literatura**. Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 6, n. 9, p. 2660-2676. 2024. DOI: https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n9p2660-2676. Disponível em: https://bjihs.emnuvens.com.br/bjihs/article/view/3636/3787. Acesso em: 19 nov. 2024.

POSSATI, A. B. *et al*. Humanization of childbirth: meanings and perceptions of nurses. **Escola Anna Nery**, v. 21, n. 4, e20160366, 2017. DOI: https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2016-0366. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ean/a/VVsfXjcBCgnXBYVNf7m68XS/. Acesso em: 17 mai. 2024.

REIS, G. J.; ALBUQUERQUE, M. V.; LIMA, L. D. Distribuição espacial de unidades de saúde e condições de vida urbana na Região Metropolitana do Rio de Janeiro. **Hygeia**, v. 19, e1936, 2023. DOI: https://doi.org/10.14393/Hygeia1968564. Acesso em: 23 fev. 2026.

SANTOS, F. S. de R. *et al.* Os significados e sentidos do plano de parto para as mulheres que participaram da Exposição Sentidos do Nascer. **Cadernos de Saúde**

Pública, v. 35, n. 6, e00143718, 2019. DOI: https://doi.org/10.1590/0102-311X00143718. Disponível em: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1011691. Acesso em: 17 mai. 2024.

SANTOS, N. R. dos *et al*. Produção científica sobre o plano de parto no Brasil: revisão narrativa da literatura. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**, v. 29, n. 2, p. 875–894, 2025. DOI: https://doi.org/10.25110/arqsaude.v29i2.2025-11762. Disponível em: https://revistas.unipar.br/index.php/saude/article/download/11762/5510/42996. Acesso em: 31 out. 2026.

SANTOS, M. L. dos *et al.* Plano de parto: O conhecimento da gestante sobre esta ferramenta para empoderamento durante a assistência obstétrica / Birthing plan: Pregnant women's knowledge about this tool for empowerment during obstetric assistance. **Brazilian Journal of Health Review**, *[S. l.]*, v. 3, n. 4, p. 10143–10165, 2020. DOI: https://doi.org/10.34119/bjhrv3n4-239. Disponível em: https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/14775. Acesso em: 17 jun. 2024.

SILVA, E. L. *et al.* Parto humanizado: benefícios e barreiras para sua implementação. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 15, e528101523275, 2021. DOI: https://doi.org/10.33448/rsd-v10i15.23275. Acesso em: 5 mai. 2024.

TRIGUEIRO, T. H. *et al*. O uso do plano de parto por gestantes no pré-natal: uma revisão de escopo. **Reme: Revista Mineira de Enfermagem**, v. 25, e-1391, 2021. DOI: https://doi.org/10.5935/1415.2762.20210039. Disponível em: https://periodicos.ufmg.br/index.php/reme/article/view/55034/45479. Acesso em: 20 jun. 2025.

WIGGERS, C. *et al.* Conhecimento das puérperas sobre o plano de parto em um município do oeste do Paraná. **Revista Eletrônica Acervo Científico**, v. 38, nov. 2021, e9253. https://doi.org/10.25248/reac.e9253.2021. Disponível em: https://ijhmreview.org/ijhmreview/article/view/126. Acesso em: 17 jun. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION**. Care in normal birth: a practical guide.** Geneva: World Health Organization, 1996. Disponível em: https://birthguidechicago.com/wp-content/uploads/2018/04/WHO-care_in_normal_birth_practical_guide.pdf. Acesso em: 17 mai. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO statement on caesarean section rates.** Geneva: World Health Organization, 2015. Disponível em: https://apps.who.int/iris/handle/10665/161442. Acesso em: 23 fev. 2026.

CONTRIBUIÇÃO DE AUTORIA

Paloma Ruivo Sant'Ana: Administração do Projeto, Análise Formal, Conceituação, Curadoria de Dados, Redação do manuscrito original, Investigação, Metodologia, Validação e Design da apresentação de dados.

Susana Engelhard Nogueira: Administração do Projeto, Análise Formal, Conceituação, Curadoria de Dados, Redação (Revisão e Edição), Metodologia, Supervisão, Validação e Design da apresentação de dados.