Revista Científica HPCHSJ
HOSPITAL DOS PLANTADORES DE CANA HEALTH SCIENCE JOURNAL
ISSN: 2965-0275

Volume 5, Article n. 20, January/December 2026
Received: 28/07/2026 - Accepted: 19/11/2026

Parir com voz: contribuições da enfermagem obstétrica para a autonomia das mulheres por meio do plano de parto.

Giving birth with a voice: contributions of nurse-midwifery to women's autonomy through the birth plan.

Gabriela Leal Pinheiro Rangel
Pós-graduanda em obstetrícia - HPC
Bacharel Enfermagem - UNIVERSO
Pós-graduada em Neuropsicologia - DOM ALBERTO
Bacharel Psicologia - UFF PUCG
gabrielapinheiro89@yahoo.com.br

Gleiciellen Teixeira
Pós-graduanda em obstetrícia - HPC
Pós Graduada em Enfermagem do Trabalho
Bacharel Enfermagem - UNIVERSO
enfgleiciellent@gmail.com

Júlio César dos Santos Boechat
Doutor em Cognição e Linguagem (UENF).
julioboechat@yahoo.com.br
ORCID:https://orcid.org/0000-0001-6720-1948

Abstract: This study aimed to analyze the relationship between the development of a birth plan and women's perceptions of autonomy, active participation, support, respect for their preferences, and satisfaction with the childbirth experience, emphasizing the role of obstetric

nursing in this process. This was an observational, descriptive, quantitative study conducted in Campos dos Goytacazes, Rio de Janeiro, Brazil. Data were collected both in person and online using a structured questionnaire containing multiple-choice questions and Likert-scale items. A total of 100 questionnaire records were received. Eleven were excluded because the respondents' last childbirth had occurred more than ten years earlier, and six were excluded because the respondents were under 18 years of age, resulting in an eligible sample of 83 participants. The comparative analysis included 78 participants, of whom 33 were classified in the Birth Plan group and 45 in the No Birth Plan group; five neutral responses were excluded from this comparison. Participants who developed a birth plan reported more positive assessments regarding the information received during prenatal care, professional participation in the development of the document, respect for their preferences, clarity of explanations, support, autonomy, active participation, and satisfaction with the childbirth experience. No statistically significant differences were observed between the groups regarding skin-to-skin contact or the initiation of breastfeeding shortly after birth. The findings indicate that, in the studied sample, developing a birth plan was associated with more positive perceptions of obstetric care. The results reinforce the importance of prenatal guidance and obstetric nursing in promoting participatory, informed, and woman-centered care.

Keywords: Birth plan. Maternal satisfaction. Obstetric nursing. Patient autonomy. Respectful maternity care.

Resumo: O objetivo deste estudo foi analisar a relação entre a elaboração do plano de parto e a percepção de autonomia, protagonismo, acolhimento, respeito às preferências e satisfação das mulheres com a experiência do parto, destacando a atuação da enfermagem obstétrica nesse processo. Trata-se de estudo observacional, descritivo, de abordagem quantitativa, realizado no município de Campos dos Goytacazes, Rio de Janeiro. A coleta de dados ocorreu de forma presencial e online, mediante aplicação de questionário estruturado composto por questões de múltipla escolha e itens em escala Likert. Foram recebidos 100 registros de resposta ao formulário. Onze foram excluídos porque o último parto havia ocorrido há mais de dez anos e seis por idade inferior a 18 anos, resultando em uma amostra elegível de 83 participantes. Para a análise comparativa, foram incluídas 78 participantes, das quais 33 compuseram o grupo Com Plano e 45 o grupo Sem Plano; cinco respostas neutras foram excluídas dessa comparação. As participantes que elaboraram o documento apresentaram avaliações mais positivas quanto às informações recebidas durante o pré-natal, à participação profissional em sua construção, ao respeito às preferências, à clareza das explicações, ao acolhimento, à autonomia, ao protagonismo e à satisfação com a experiência do parto. Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos quanto ao contato pele a pele e ao início da amamentação logo após o nascimento. Os achados reforçam a importância da orientação durante o pré-natal e da atuação da enfermagem obstétrica na promoção de um cuidado participativo, informado e centrado na mulher.

Palavras-chave: Autonomia. Enfermagem obstétrica. Humanização da assistência. Plano de parto. Satisfação materna.

1 INTRODUÇÃO

A gestação, o parto e o puerpério constituem experiências singulares na vida da mulher, marcadas por transformações físicas, emocionais, familiares e sociais. Nesse contexto, a qualidade da assistência não deve se restringir à prevenção de complicações maternas e neonatais, mas incluir o acolhimento, a comunicação efetiva, o respeito à dignidade e a participação da mulher nas decisões relacionadas ao próprio cuidado. A assistência humanizada pressupõe, portanto, a valorização das necessidades individuais da gestante e a adoção de práticas fundamentadas em evidências científicas e nos direitos humanos (BRASIL, 2014; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

Apesar dos avanços nas políticas e diretrizes voltadas à humanização do nascimento, a assistência obstétrica ainda pode ser marcada por modelos excessivamente intervencionistas, nos quais as decisões são centralizadas nos profissionais e a participação da mulher é limitada. Estudos nacionais identificaram elevada utilização de intervenções obstétricas em mulheres de risco habitual, inclusive em situações nas quais não havia indicação clínica clara, enquanto evidências internacionais demonstram que práticas desrespeitosas também podem decorrer de falhas na comunicação, ausência de consentimento e problemas organizacionais dos serviços de saúde (LEAL et al., 2014; BOHREN et al., 2015).

Diante dessa realidade, o plano de parto apresenta-se como um instrumento educativo e comunicativo por meio do qual a gestante pode registrar suas preferências para o trabalho de parto, o parto e o pós-parto imediato. O documento favorece a organização das expectativas da mulher, amplia seu conhecimento sobre as possibilidades assistenciais e facilita o diálogo com os profissionais responsáveis pelo acompanhamento. Não se trata, entretanto, de um roteiro inflexível ou de uma garantia de que todas as escolhas serão executadas, mas de um referencial para a tomada de decisão compartilhada, sujeito a adaptações diante das condições clínicas maternas e neonatais (MEDEIROS et al., 2019; MOUTA et al., 2017; SANTOS et al., 2019).

Para cumprir sua finalidade, o plano de parto deve ser elaborado a partir do acesso a informações claras, atualizadas e compreensíveis. A orientação profissional permite que a gestante conheça as práticas disponíveis, avalie riscos e benefícios, esclareça dúvidas e registre preferências compatíveis com suas necessidades, valores e condições de saúde. A construção compartilhada durante o pré-natal fortalece o caráter educativo do documento e contribui para que a mulher participe das decisões de maneira consciente e informada (NARCHI et al., 2019; TRIGUEIRO et al., 2022).

Nesse processo, a enfermagem obstétrica desempenha papel relevante por acompanhar a mulher durante o ciclo gravídico-puerperal e desenvolver ações de educação em saúde, acolhimento e orientação. Durante as consultas de pré-natal, a enfermeira obstétrica pode abordar os processos fisiológicos do trabalho de parto, os métodos farmacológicos e não farmacológicos de alívio da dor, as possibilidades de movimentação e posicionamento, as intervenções obstétricas e os direitos da gestante. Também pode auxiliar na construção do plano e favorecer sua comunicação à equipe responsável pela assistência ao parto (BRASIL, 2017; CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2016; TRIGUEIRO et al., 2022).

O plano pode contemplar preferências relacionadas ao ambiente de assistência, à presença do acompanhante, à liberdade de movimentação e posição, aos métodos de alívio da dor, à realização de intervenções e aos cuidados prestados no pós-parto imediato. Também podem ser registradas escolhas referentes ao clampeamento oportuno do cordão umbilical, ao contato pele a pele, ao início da amamentação e à prevenção de separações desnecessárias entre mãe e recém-nascido, desde que sejam consideradas as condições clínicas e a segurança de ambos (BRASIL, 2017; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

A utilização desse instrumento tem sido relacionada ao fortalecimento da autonomia e do protagonismo feminino. Estudos indicam que o processo de elaboração do plano favorece o acesso à informação, a expressão das preferências e a participação da mulher nas decisões sobre seu corpo e seu bebê. Quando há diálogo entre gestante

e equipe e as escolhas são consideradas ou justificadamente adaptadas, as mulheres tendem a relatar maior percepção de respeito, participação e satisfação com a experiência do parto (MEDEIROS et al., 2019; MOUTA et al., 2017; SANTOS et al., 2019).

Entretanto, a existência do documento não assegura, isoladamente, uma assistência humanizada. Sua efetividade depende da qualidade das orientações fornecidas durante o pré-natal, da abertura da equipe para conhecer e discutir as preferências apresentadas e das condições estruturais e organizacionais do serviço. Entre as dificuldades identificadas estão o desconhecimento ou a desatualização dos profissionais, o dimensionamento insuficiente das equipes, a resistência institucional, a centralização das decisões e a permanência de práticas assistenciais excessivamente intervencionistas (BOFF et al., 2023; DINIZ et al., 2015; LEAL et al., 2014).

A ausência de orientação adequada também pode limitar a utilização do plano de parto, especialmente entre mulheres com menor acesso às informações sobre seus direitos e sobre as práticas obstétricas disponíveis. A enfermagem obstétrica pode contribuir para reduzir essas desigualdades ao inserir a discussão do plano nas consultas de pré-natal, promover espaços de educação em saúde e estimular a participação da gestante e de seu acompanhante no planejamento da assistência. Para isso, são necessárias ações de educação permanente, protocolos institucionais e maior articulação entre os profissionais e os diferentes níveis de atenção à saúde (BOFF et al., 2023; NARCHI et al., 2019; TRIGUEIRO et al., 2022).

Nesse cenário, torna-se relevante investigar se o conhecimento e a elaboração do plano de parto estão relacionados à percepção de autonomia, ao acolhimento recebido, ao respeito às preferências e à satisfação das mulheres com a assistência. A análise dessas experiências também permite compreender de que maneira a atuação da enfermagem obstétrica pode favorecer a utilização do instrumento e contribuir para uma assistência mais participativa, segura e centrada na mulher.

Diante do exposto, este estudo teve como objetivo analisar a relação entre o conhecimento e a elaboração do plano de parto e a percepção de autonomia, protagonismo, acolhimento, respeito às preferências e satisfação com a experiência do parto, destacando a atuação da enfermagem obstétrica nesse processo.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo observacional, descritivo, de abordagem quantitativa, realizado por meio da aplicação de questionário estruturado a mulheres que haviam vivenciado parto hospitalar ou em casa de parto nos dez anos anteriores à coleta de dados. O estudo analisou a associação entre a elaboração do plano de parto e as percepções de autonomia, protagonismo, acolhimento, respeito às preferências e satisfação com a experiência do parto.

A pesquisa foi desenvolvida no município de Campos dos Goytacazes, Rio de Janeiro. A coleta de dados ocorreu de forma presencial, com puérperas atendidas no Hospital Plantadores de Cana, e de forma online, por meio de formulário eletrônico divulgado entre mulheres residentes no município que atenderam aos critérios de inclusão.

As participantes foram selecionadas presencialmente no Hospital Plantadores de Cana e por meio de formulário online, desde que atendessem aos critérios de inclusão e exclusão e aceitassem participar da pesquisa durante o período de coleta.

Critérios de inclusão

- Mulheres com idade igual ou superior a 18 anos.
- Ter vivenciado parto hospitalar ou em casa de parto, nos últimos dez anos.
- Ter realizado pré-natal em serviço de saúde (público ou privado).
- Residir em Campos dos Goytacazes.

- Aceitar participar voluntariamente, assinando (presencial) ou concordando eletronicamente (online) com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Critérios de exclusão

- Mulheres que tiveram parto domiciliar, planejado ou não.
- Mulheres com óbito fetal ou neonatal precoce na gestação em estudo.
- Mulheres com condição de saúde mental que impeça a compreensão adequada do questionário, sem suporte de responsável.
- Mulheres que não compreendam a língua portuguesa em nível suficiente para responder.
- Questionários incompletos, impossibilitando a análise das principais variáveis.

Foi utilizado um questionário estruturado, elaborado pela pesquisadora a partir da literatura sobre plano de parto, autonomia e satisfação materna. O instrumento é composto por blocos de questões:

- Dados sociodemográficos e obstétricos;
- Conhecimento e uso do plano de parto;
- Atuação da enfermagem obstétrica;
- Implementação do plano de parto;
- Autonomia e satisfação com o parto (escala tipo Likert);
- Cuidados prestados ao recém-nascido e no pós-parto imediato.

No formato presencial, as puérperas elegíveis foram abordadas no Hospital Plantadores de Cana, em horários acordados com o serviço, após alta médica ou em momento oportuno, garantindo privacidade. Após explicação dos objetivos da

pesquisa e assinatura do TCLE, o questionário foi aplicado pela pesquisadora ou preenchido pela própria participante, conforme preferência.

No formato online, o formulário foi disponibilizado em plataforma digital e divulgado em redes sociais e grupos de gestantes e puérperas residentes em Campos dos Goytacazes. Inicialmente, as participantes responderam às questões de elegibilidade. O formulário foi programado para ser automaticamente encerrado quando a respondente informava que o último parto havia ocorrido há mais de dez anos. Entretanto, embora a idade mínima de 18 anos constituísse critério de inclusão, o bloqueio automático por idade não foi aplicado corretamente. Dessa forma, seis registros de respondentes menores de 18 anos foram identificados e excluídos posteriormente da análise.

Para a análise comparativa, as participantes foram classificadas conforme a resposta à questão referente à elaboração do plano de parto. O grupo Com Plano foi composto por aquelas que assinalaram as opções 4 ou 5 da escala Likert, enquanto o grupo Sem Plano foi composto pelas participantes que assinalaram as opções 1 ou 2. As respostas correspondentes à opção 3 foram consideradas neutras e excluídas da comparação entre os grupos.

Das 83 participantes elegíveis, 78 foram incluídas na análise comparativa: 33 no grupo Com Plano e 45 no grupo Sem Plano. Cinco participantes assinalaram a opção neutra e não foram incluídas nessa comparação.

Os dados foram organizados em planilha eletrônica e analisados por meio de estatística descritiva, com cálculo de frequências absolutas e relativas, médias e desvios-padrão. Para comparar as respostas em escala Likert entre os grupos Com Plano e Sem Plano, foi utilizado o teste U de Mann–Whitney, adotando-se nível de significância de 5% ($p<0,05$). A questão utilizada para formar os grupos não foi incluída na comparação. A questão referente ao profissional responsável pelo acompanhamento foi excluída da análise comparativa por apresentar respostas

numéricas e abertas. As análises foram realizadas em linguagem Python, utilizando-se a biblioteca SciPy.

A pesquisa foi conduzida em conformidade com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, sendo submetida e aprovada à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa. A participação foi voluntária, com garantia de sigilo, anonimato e direito de desistência a qualquer momento, sem prejuízo da assistência recebida.

3 RESULTADOS

3.1 Caracterização das Participantes

Foram registrados 100 acessos com respostas ao formulário. Onze questionários foram automaticamente encerrados porque as respondentes informaram que o último parto havia ocorrido há mais de dez anos. Entre os 89 questionários integralmente preenchidos, seis pertenciam a respondentes menores de 18 anos e foram excluídos por não atenderem ao critério etário estabelecido. Dessa forma, a amostra analítica final foi composta por 83 participantes.

Quanto à faixa etária, a maioria das participantes pertencia ao grupo de 18 a 29 anos (n=43; 51,8%), seguida pela faixa de 30 a 39 anos (n=36; 43,4%), mulheres com 40 anos ou mais (n=4; 4,8%).

Em relação à escolaridade, predominaram participantes com ensino superior incompleto (n=24; 28,9%), seguidas por aquelas com ensino superior completo ou pós-graduação (n=19; 22,9%), ensino médio completo (n=19; 22,9%), ensino fundamental completo (n=12; 14,5%) e ensino fundamental incompleto (n=9; 10,8%).

A via de nascimento mais frequente foi o parto vaginal espontâneo (n=62; 74,7%), seguido pela cesárea eletiva (n=10; 12,0%), cesárea intraparto (n=9; 10,8%) e parto vaginal com utilização de instrumentos (n=2; 2,4%).

A maior parte dos partos ocorreu em hospital público ou vinculado ao Sistema Único de Saúde (n=65; 78,3%), enquanto 18 participantes (21,7%) relataram parto em

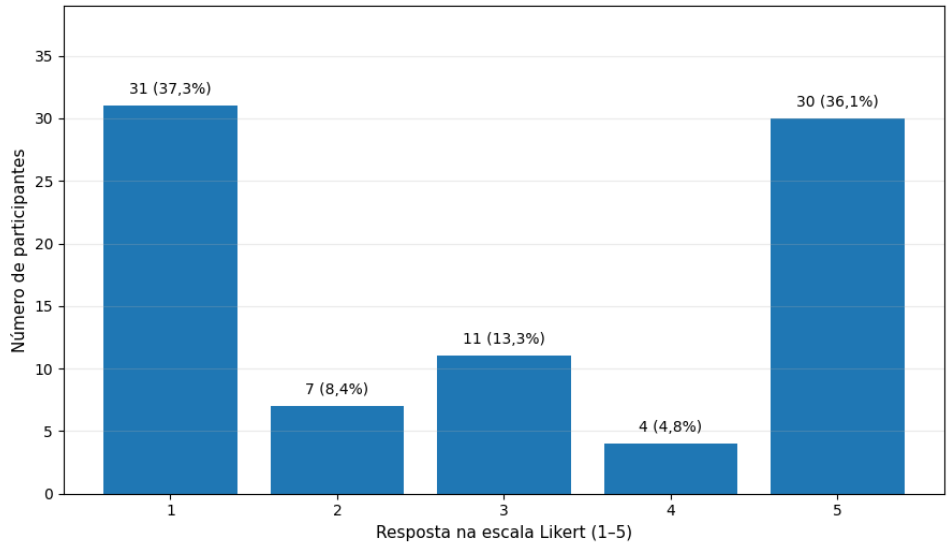
hospital privado ou conveniado.

3.2 Conhecimento e Utilização do Plano de Parto

Para fins de análise comparativa, 78 participantes foram distribuídas em dois grupos: 33 mulheres no grupo Com Plano de Parto (42,3%) e 45 no grupo Sem Plano de Parto (57,7%). Cinco participantes apresentaram resposta neutra à questão utilizada para classificação e foram excluídas dessa comparação.

O grupo Com Plano apresentou médias superiores quanto ao conhecimento prévio sobre o instrumento (4,39 vs. 1,89; p<0,001), às informações recebidas durante a gestação (4,64 vs. 1,51; p<0,001) e à participação profissional na elaboração do documento (3,97 vs. 1,20; p<0,001).

Figura 1 — Conhecimento prévio sobre o plano de parto



Fonte: Dados da pesquisa (n = 83).

Nota: escala Likert de 1 a 5, em que 1 corresponde a “discordo totalmente”, 2 a “discordo”, 3 a “nem concordo nem discordo”, 4 a “concordo” e 5 a “concordo totalmente”.

3.3 Atuação da Enfermagem Obstétrica

A atuação da enfermagem obstétrica foi avaliada por meio de itens referentes à clareza das explicações, ao respeito às decisões e ao acolhimento percebido. O grupo Com Plano apresentou médias superiores quanto à clareza das explicações fornecidas pela enfermeira obstétrica (3,61 vs. 1,82; p<0,001), ao respeito e apoio às decisões da mulher (4,12 vs. 2,60; p<0,001) e à percepção de acolhimento e escuta durante o pré-natal (4,12 vs. 2,91; p=0,003).

3.4 Implementação do Plano de Parto e Respeito às Preferências

As participantes do grupo Com Plano apresentaram médias superiores quanto ao conhecimento e à consideração do documento pela equipe durante o parto (4,06 vs. 1,40; p<0,001) e ao respeito às preferências registradas (4,27 vs. 1,64; p<0,001). Também foram observadas médias superiores quanto ao recebimento de explicações quando alguma preferência não pôde ser seguida (4,24 vs. 2,62; p<0,001) e à abertura da equipe para conversar sobre as escolhas da mulher (4,03 vs. 2,31; p<0,001).

3.5 Autonomia, Protagonismo e Satisfação

As variáveis relacionadas à autonomia, ao protagonismo e à satisfação apresentaram médias superiores no grupo Com Plano. A percepção de que as opiniões foram ouvidas durante o pré-natal apresentou média de 4,79 nesse grupo e de 3,64 no grupo Sem Plano (p<0,001). A liberdade para escolher aspectos do parto também foi superior entre as participantes com plano (4,39 vs. 3,51; p=0,003).

O item referente à segurança e à confiança apresentou uma das maiores diferenças entre os grupos, com média de 4,64 no grupo Com Plano e de 1,67 no grupo Sem Plano (p<0,001). Também foram observadas diferenças quanto ao respeito ao direito de consentir ou recusar procedimentos (4,36 vs. 3,13; p<0,001) e à percepção de protagonismo durante o parto (4,33 vs. 3,16; p<0,001).

A satisfação com a experiência do parto foi superior no grupo Com Plano (4,45 vs. 3,89; p=0,006). Esse grupo também apresentou média superior no item referente à contribuição do plano para um pós-parto mais tranquilo (4,21 vs. 1,80; p<0,001) e na

intenção de elaborar o documento em uma gestação futura (4,91 vs. 3,42; *p*<0,001).

3.6 Cuidados ao Recém-Nascido no Pós-Parto Imediato

O grupo Com Plano apresentou média de 4,58 para contato pele a pele após o nascimento, enquanto o grupo Sem Plano apresentou média de 4,07. Essa diferença não foi estatisticamente significativa (*p*=0,215). Quanto ao início da amamentação na sala de parto ou logo após o nascimento, as médias foram de 4,00 e 3,73, respectivamente, também sem diferença estatisticamente significativa (*p*=0,079).

Tabela 1 - Comparação das respostas entre participantes com e sem plano de parto

Variável	Descrição	Com plano (n=33)	Sem plano (n=45)	*p*
Q1	Conhecia o plano antes da gestação	4,39 (1,25)	1,89 (1,35)	<0,001
Q2	Recebeu informações suficientes durante a gestação	4,64 (0,99)	1,51 (0,92)	<0,001
Q4	Profissionais participaram da elaboração do plano	3,97 (1,49)	1,20 (0,59)	<0,001
Q5	Recebeu apoio para expressar preferências	3,97 (1,36)	1,89 (1,15)	<0,001
Q7	Enfermeira obstétrica explicou claramente	3,61 (1,80)	1,82 (1,28)	<0,001
Q8	Enfermeira obstétrica respeitou e apoiou as decisões	4,12 (1,62)	2,60 (1,74)	<0,001
Q9	Sentiu-se acolhida e ouvida pela enfermeira obstétrica	4,12 (1,58)	2,91 (1,88)	0,003
Q10	Equipe conhecia e considerou o plano no parto	4,06 (1,30)	1,40 (0,91)	<0,001
Q11	Preferências do plano foram respeitadas	4,27 (1,21)	1,64 (1,32)	<0,001
Q12	Recebeu explicação quando uma preferência não foi seguida	4,24 (1,41)	2,62 (1,71)	<0,001
Q13	Equipe demonstrou abertura para conversar	4,03 (1,61)	2,31 (1,68)	<0,001
Q14	Opiniões foram ouvidas durante o pré-natal	4,79 (0,65)	3,64 (1,52)	<0,001
Q15	Teve liberdade para escolher aspectos do parto	4,39 (1,27)	3,51 (1,63)	0,003
Q16	Plano ajudou a sentir-se mais segura e confiante	4,64 (0,82)	1,67 (1,24)	<0,001
Q17	Direito de consentir ou recusar foi respeitado	4,36 (1,14)	3,13 (1,62)	<0,001
Q18	Sentiu-se protagonista do parto	4,33 (1,22)	3,16 (1,58)	<0,001
Q19	Satisfação com a experiência do parto	4,45 (1,20)	3,89 (1,30)	0,006
Q20	Contato pele a pele após o nascimento	4,58 (1,06)	4,07 (1,63)	0,215
Q21	Amamentação iniciada na sala de parto ou logo após	4,00 (1,73)	3,73 (1,45)	0,079
Q22	Plano contribuiu para pós-parto mais tranquilo	4,21 (1,47)	1,80 (1,39)	<0,001
Q23	Pretende fazer plano em futura gestação	4,91 (0,38)	3,42 (1,74)	<0,001

Nota: valores apresentados como média (desvio-padrão). O grupo Com Plano foi composto por participantes que responderam 4 ou 5 à questão sobre elaboração do plano de parto, enquanto o grupo Sem Plano foi composto por aquelas que responderam 1 ou 2. As respostas neutras (opção 3; n=5) foram excluídas da comparação. A questão utilizada para formar os grupos não foi incluída na tabela. A questão referente ao profissional responsável pelo acompanhamento foi excluída por apresentar respostas numéricas e abertas. As comparações foram realizadas pelo teste U de Mann-Whitney, considerando-se nível de significância de 5%.

Fonte: Dados da pesquisa (2026).

4 DISCUSSÃO

Os resultados indicaram que a elaboração do plano de parto esteve associada a avaliações mais positivas em 19 das 21 variáveis comparadas. As diferenças abrangeram o conhecimento sobre o instrumento, o acesso às informações durante a gestação, a participação profissional na elaboração do documento, a comunicação com a equipe, o respeito às preferências, a autonomia, o protagonismo e a satisfação

com a experiência do parto.

Por se tratar de estudo observacional, esses achados demonstram associações entre as variáveis, não sendo possível afirmar que a elaboração do plano tenha causado diretamente as experiências relatadas pelas participantes.

As participantes do grupo Com Plano apresentaram médias superiores quanto ao conhecimento prévio sobre o instrumento, às informações recebidas durante a gestação e à participação dos profissionais de saúde em sua elaboração.

O conhecimento prévio apresentou média de 4,39 no grupo Com Plano e de 1,89 no grupo Sem Plano, enquanto a avaliação das informações recebidas durante a gestação foi de 4,64 e 1,51, respectivamente. A participação profissional na elaboração do documento também apresentou diferença expressiva entre os grupos, com médias de 3,97 e 1,20.

Esses resultados reforçam o caráter educativo do plano de parto. A construção do documento durante o pré-natal pode ampliar o conhecimento da gestante sobre os procedimentos disponíveis, os métodos de alívio da dor, as possibilidades de posicionamento, os cuidados com o recém-nascido e o direito de participar das decisões assistenciais.

Narchi et al. (2019) destacam o plano de parto como estratégia de ensino e aprendizagem das boas práticas obstétricas, enquanto Trigueiro et al. (2022) apontam que sua elaboração durante a consulta de enfermagem favorece o esclarecimento de dúvidas e a tomada de decisões informadas.

A participação profissional mostrou-se especialmente relevante nos itens relacionados à enfermagem obstétrica. O grupo Com Plano apresentou médias superiores quanto à clareza das explicações fornecidas pela enfermeira obstétrica, ao respeito e apoio às decisões da mulher e à percepção de acolhimento e escuta durante o pré-natal. As médias referentes ao respeito às decisões foram de 4,12 no grupo Com Plano e de

2,60 no grupo Sem Plano, enquanto o acolhimento apresentou médias de 4,12 e 2,91.

Esses achados estão de acordo com Trigueiro et al. (2022), que identificaram a consulta de enfermagem como espaço favorável à construção compartilhada do plano de parto. A atuação da enfermagem obstétrica não se limita ao preenchimento do documento, envolvendo educação em saúde, escuta qualificada, esclarecimento sobre riscos e benefícios e apoio à expressão das preferências da gestante.

Boff et al. (2023) também ressaltam que a participação dos profissionais durante o pré-natal e a articulação entre os membros da equipe são condições relevantes para que o plano seja conhecido e considerado durante a assistência ao parto.

As diferenças observadas nos itens relacionados à implementação do plano demonstraram que as participantes do grupo Com Plano perceberam maior conhecimento do documento pela equipe, maior respeito às preferências registradas, explicações mais claras diante da impossibilidade de atender alguma solicitação e maior abertura para conversar sobre suas escolhas.

A média referente ao conhecimento e à consideração do plano pela equipe foi de 4,06 no grupo Com Plano e de 1,40 no grupo Sem Plano. Quanto ao respeito às preferências registradas, as médias foram de 4,27 e 1,64, respectivamente.

O plano de parto pode funcionar como um recurso de comunicação entre a mulher e a equipe assistencial, tornando explícitas as preferências discutidas durante o pré-natal. Medeiros et al. (2019) observaram que a utilização do instrumento pode favorecer o diálogo e a participação da mulher no processo de parturição.

Santos et al. (2019) também identificaram que as mulheres atribuem ao plano sentidos relacionados ao acesso à informação, ao respeito e à possibilidade de vivenciar o nascimento de maneira mais participativa.

A existência do documento, isoladamente, não garante que todas as preferências

sejam atendidas. Mudanças podem ser necessárias de acordo com as condições clínicas maternas e neonatais.

Nesses casos, a qualidade da comunicação assume papel central. A média superior encontrada no grupo Com Plano para o recebimento de explicações quando alguma preferência não pôde ser seguida sugere que o documento pode facilitar a identificação dos pontos que precisam ser discutidos com a mulher.

A tomada de decisão compartilhada pressupõe que eventuais alterações sejam explicadas, justificadas e realizadas com consentimento, sempre que as condições clínicas permitirem (BRASIL, 2017; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

As variáveis relacionadas à autonomia e ao protagonismo apresentaram diferenças relevantes. O grupo Com Plano apresentou médias superiores quanto à percepção de que suas opiniões foram ouvidas durante o pré-natal, à liberdade para escolher aspectos do parto, ao respeito ao direito de consentir ou recusar procedimentos e à percepção de protagonismo.

A segurança e a confiança apresentaram uma das maiores diferenças entre os grupos, com média de 4,64 no grupo Com Plano e de 1,67 no grupo Sem Plano.

Esses resultados se aproximam dos achados de Mouta et al. (2017), que apresentam o plano de parto como estratégia de fortalecimento da autonomia feminina. Ao conhecer as possibilidades assistenciais e registrar suas escolhas, a gestante pode assumir uma posição mais ativa nas decisões relacionadas ao próprio corpo e ao nascimento.

O plano também pode contribuir para que a mulher reconheça seu direito de solicitar informações, consentir, recusar procedimentos e participar das decisões, sem que isso elimine a necessidade de avaliação clínica individualizada.

A satisfação com a experiência do parto foi superior entre as participantes do grupo

Com Plano, com média de 4,45, em comparação a 3,89 no grupo Sem Plano. Também foram observadas médias superiores quanto à percepção de que o plano contribuiu para um pós-parto mais tranquilo e à intenção de elaborar o documento em uma futura gestação. A intenção de utilizar novamente o plano apresentou média de 4,91 entre as participantes do grupo Com Plano e de 3,42 entre aquelas do grupo Sem Plano.

A associação entre a utilização do plano, o protagonismo e uma avaliação mais positiva da experiência também foi descrita por Medeiros et al. (2019) e Santos et al. (2019). A satisfação não depende exclusivamente do cumprimento integral das preferências, podendo ser influenciada pela forma como a mulher é acolhida, informada e incluída nas decisões.

Dessa maneira, mesmo quando alguma escolha precisa ser modificada, a comunicação clara e o respeito à participação da gestante podem contribuir para uma percepção mais positiva da assistência.

Quanto aos cuidados imediatos ao recém-nascido, não foram identificadas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos. O contato pele a pele apresentou médias de 4,58 no grupo Com Plano e de 4,07 no grupo Sem Plano, com p=0,215. O início da amamentação na sala de parto ou logo após o nascimento apresentou médias de 4,00 e 3,73, respectivamente, com p=0,079.

A ausência de diferença estatística nesses itens sugere que o contato pele a pele e o início da amamentação podem estar mais relacionados às condições clínicas, à via de nascimento, aos protocolos institucionais e às rotinas dos serviços do que à existência isolada do plano de parto.

Essas práticas são recomendadas pelas diretrizes nacionais e internacionais, independentemente de a mulher possuir um documento escrito, desde que não existam contraindicações clínicas (BRASIL, 2017; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

Os resultados também precisam ser interpretados considerando as barreiras que ainda dificultam a implementação do plano de parto. A resistência institucional, a centralização das decisões nos profissionais, as limitações estruturais e as falhas de comunicação podem reduzir a possibilidade de execução das preferências registradas. Boff et al. (2023) destacam que a falta de conhecimento das equipes e a ausência de integração entre o pré-natal e o local do parto constituem obstáculos à utilização do documento.

Diniz et al. (2015) e Leal et al. (2014) também apontam a permanência de práticas excessivamente intervencionistas e de modelos assistenciais pouco centrados na participação da mulher.

A interpretação dos achados deve considerar algumas limitações. A amostra foi obtida por conveniência, com coleta presencial e online, o que pode ter produzido diferenças no perfil das participantes e na forma de preenchimento do instrumento.

As informações foram autorreferidas e incluíram experiências de parto ocorridas nos dez anos anteriores à coleta, aumentando a possibilidade de viés de memória. Também não foram controlados possíveis fatores de confusão, como escolaridade, via de nascimento, tipo de serviço, condições clínicas e acompanhamento profissional.

Mesmo com essas limitações, o estudo demonstra que a elaboração do plano de parto esteve associada a avaliações mais positivas em diferentes dimensões da assistência obstétrica. Os achados reforçam a relevância da orientação durante o pré-natal, da participação da enfermagem obstétrica e da comunicação entre a mulher e a equipe.

A incorporação do plano às práticas assistenciais deve ser acompanhada de educação permanente dos profissionais, organização dos fluxos institucionais e valorização da decisão compartilhada, para que o documento não seja tratado apenas como um registro formal, mas como instrumento de participação e cuidado centrado na mulher.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo analisou a relação entre a elaboração do plano de parto e as percepções de autonomia, protagonismo, acolhimento, respeito às preferências e satisfação com a experiência do parto. Entre as 83 participantes elegíveis, 78 foram incluídas na comparação entre os grupos Com Plano e Sem Plano, sendo cinco respostas neutras excluídas dessa análise.

Das 21 variáveis comparadas, 19 apresentaram diferenças estatisticamente significativas, com médias superiores no grupo Com Plano. As principais diferenças envolveram o conhecimento prévio sobre o instrumento, o acesso às informações durante a gestação, a participação dos profissionais na elaboração do documento, a comunicação com a equipe, o respeito às preferências registradas e a participação da mulher nas decisões relacionadas ao parto.

Entre os resultados mais expressivos, destacou-se o item referente à segurança e à confiança, cuja média foi de 4,64 no grupo Com Plano e de 1,67 no grupo Sem Plano, correspondendo a uma diferença de 2,97 pontos. Também foram observadas médias superiores no grupo Com Plano quanto ao direito de consentir ou recusar procedimentos, à percepção de protagonismo e à satisfação com a experiência do parto.

Os itens relacionados à atuação da enfermagem obstétrica também apresentaram avaliações mais positivas entre as participantes que elaboraram o plano de parto, especialmente quanto à clareza das explicações, ao respeito às decisões e à percepção de acolhimento e escuta durante o pré-natal. Esses resultados apontam para a relevância da orientação profissional e da construção compartilhada do documento, de modo que a mulher tenha acesso a informações claras e possa expressar suas preferências de forma consciente.

Não foram identificadas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos quanto ao contato pele a pele após o nascimento e ao início da amamentação na sala

de parto ou logo após. Esses achados indicam que tais práticas podem estar relacionadas a outros fatores não avaliados diretamente neste estudo, como condições clínicas maternas e neonatais, via de nascimento, protocolos institucionais e organização dos serviços.

Entre as limitações da pesquisa, destacam-se a utilização de amostra por conveniência, a realização da coleta nas modalidades presencial e online, o caráter autorreferido das informações e a possibilidade de viés de memória, considerando que foram incluídas experiências de parto ocorridas nos dez anos anteriores à coleta. Também não foram controlados possíveis fatores de confusão, como escolaridade, via de nascimento, tipo de serviço, condições clínicas e modalidade de acompanhamento profissional. Essas características restringem a generalização dos resultados e impedem o estabelecimento de relações causais.

Conclui-se que, na amostra analisada, a elaboração do plano de parto esteve associada a percepções mais positivas sobre diferentes dimensões da assistência obstétrica, incluindo autonomia, protagonismo, acolhimento, comunicação, respeito às preferências e satisfação com a experiência do parto. Os resultados reforçam a importância de ampliar o acesso às informações durante o pré-natal, fortalecer a atuação educativa da enfermagem obstétrica e favorecer a utilização do plano de parto como instrumento de comunicação e participação da mulher nas decisões assistenciais.

REFERÊNCIAS

BOFF, Nathalia Kaspary et al. Experiência de profissionais e residentes atuantes no centro obstétrico acerca da utilização do plano de parto. *Escola Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 27, e20220104, 2023. DOI: 10.1590/2177-9465-EAN-2022-0104pt. Disponível em: https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2022-0104pt. Acesso em: 27 jul. 2026.

BOHREN, Meghan A. et al. The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: a mixed-methods systematic review. *PLOS Medicine*, San Francisco,

v. 12, n. 6, e1001847, 2015. DOI: 10.1371/journal.pmed.1001847. Disponível em: https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001847. Acesso em: 27 jul. 2026.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União: seção 1*, Brasília, DF, n. 112, p. 59, 13 jun. 2013. Disponível em: *https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html*. Acesso em: 27 jul. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde — SUS, a Rede Cegonha. *Diário Oficial da União: seção 1*, Brasília, DF, n. 121, p. 109, 27 jun. 2011. Disponível em: *https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html*. Acesso em: 27 jul. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Humanização do parto e do nascimento*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. 465 p. (Cadernos HumanizaSUS, v. 4). Disponível em: *https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_humanizasus_v4_humanizacao_parto.pdf*. Acesso em: 27 jul. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. *Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: *https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/diretrizes/diretrizes_partonormal_versaoreduzida_final.pdf*. Acesso em: 27 jul. 2026.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN nº 516, de 23 de junho de 2016. Normatiza a atuação e a responsabilidade do enfermeiro, enfermeiro obstetra e obstetriz na assistência às gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos nos serviços de obstetrícia, centros de parto normal, casas de parto e demais locais onde ocorra essa assistência. Brasília, DF: COFEN, 2016. Disponível em: *https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05162016/*. Acesso em: 27 jul. 2026.

DINIZ, Simone Grilo et al. Abuse and disrespect in childbirth care as a public health issue in Brazil: origins, definitions, impacts on maternal health, and proposals for its prevention. *Journal of Human Growth and Development*, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 377–384, 2015. DOI: 10.7322/jhgd.106080. Disponível em: https://doi.org/10.7322/jhgd.106080. Acesso em: 27 jul. 2026.

LEAL, Maria do Carmo et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S17–S32, 2014. DOI: 10.1590/0102-311X00151513.

Disponível em: *https://doi.org/10.1590/0102-311X00151513*. Acesso em: 27 jul. 2026.

MEDEIROS, Renata Marien Knupp; FIGUEIREDO, Graziele; CORREA, Áurea Christina de Paula; BARBIERI, Márcia. Repercussões da utilização do plano de parto no processo de parturição. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 40, e20180233, 2019. DOI: 10.1590/1983-1447.2019.20180233. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180233. Acesso em: 27 jul. 2026.

MOUTA, Ricardo José Oliveira et al. Plano de parto como estratégia de empoderamento feminino. *Revista Baiana de Enfermagem*, Salvador, v. 31, n. 4, e20275, 2017. DOI: 10.18471/rbe.v31i4.20275. Disponível em: https://doi.org/10.18471/rbe.v31i4.20275. Acesso em: 27 jul. 2026.

NARCHI, Nádia Zanon; VENÂNCIO, Kelly Cristina Máxima Pereira; FERREIRA, Fernanda Marçal; VIEIRA, Juliana Romano. O plano individual de parto como estratégia de ensino-aprendizagem das boas práticas de atenção obstétrica. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 53, e03518, 2019. DOI: 10.1590/S1980-220X2018009103518. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018009103518. Acesso em: 27 jul. 2026.

SANTOS, Fernanda Soares de Resende et al. Os significados e sentidos do plano de parto para as mulheres que participaram da Exposição Sentidos do Nascer. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 6, e00143718, 2019. DOI: 10.1590/0102-311X00143718. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0102-311X00143718. Acesso em: 27 jul. 2026.

TRIGUEIRO, Tatiane Herreira; ARRUDA, Karine Amanda de; SANTOS, Sinderlândia Domingas dos; WALL, Marilene Loewen; SOUZA, Silvana Regina Rossi Kissula; LIMA, Letícia Siniski de. Experiência de gestantes na consulta de enfermagem com a construção do plano de parto. *Escola Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 26, e20210036, 2022. DOI: 10.1590/2177-9465-EAN-2021-0036. Disponível em: *https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0036*. Acesso em: 27 jul. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience*. Geneva: World Health Organization, 2018. 238 p. ISBN 978-92-4-155021-5. Disponível em: *https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215*. Acesso em: 27 jul. 2026.