

PLANO DE PARTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: DESENVOLVIMENTO DE UMA INTERVENÇÃO PARA FORTALECIMENTO DA AUTONOMIA DA GESTANTE

Pedro Henrique Lima Veloso Filho¹;

E-mail: ph.lv.filho@gmail.com,

Orcid: <https://orcid.org/0009-0000-4937-5995>

Walécia Diana Gadelha Maia²;

E-mail: waleciam Maia.meac@ebserh.gov.br,

Orcid: <https://orcid.org/0009-0004-1838-1937>

Lucimeire Barbosa Viana dos Santos³;

E-mail: luci.barbo80@ufc.br,

Orcid: <https://orcid.org/0009-0000-9385-6630>

Sandra Vasconcelos Rodrigues Paz⁴;

E-mail: sandvasco@yahoo.com.br,

Orcid: <https://orcid.org/0009-0007-6247-4729>

Terezinha Oliveira Rocha⁵;

E-mail: terezinhao1310@gmail.com

Maria Pereira Viana⁶.

E-mail: cangurumeac@gmail.com,

Orcid: <https://orcid.org/0009-0006-5111-8203>

RESUMO: **Introdução:** A crescente medicalização da assistência à saúde observada nas últimas décadas tem contribuído para a redução da autonomia dos pacientes, especialmente no campo da saúde ginecológica e obstétrica, onde ainda são frequentes intervenções desnecessárias e relatos de experiências negativas no processo de parto. No contexto da assistência pré-natal realizada na Unidade Básica de Saúde Sítio Jardim, foram identificadas, durante atendimentos clínicos, falas recorrentes de puérperas e parturientes que expressavam percepções de perda de protagonismo e insegurança em relação ao parto. **Objetivo:** Diante dessa realidade, foi proposta uma intervenção voltada à elaboração e implementação de um modelo de plano de parto adaptado às necessidades da comunidade local. **Metodologia:** A intervenção foi desenvolvida com base na metodologia de pesquisa-ação e incluiu a realização de uma roda de conversa com gestantes acompanhadas pela unidade, com o objetivo de identificar dúvidas, expectativas e percepções sobre o processo de parto. As informações obtidas subsidiaram a construção de um modelo inicial de plano de parto, posteriormente apresentado e

discutido com a equipe do hospital de referência para adequação às práticas assistenciais locais. A partir desse processo, elaborou-se uma versão aprimorada do instrumento, passível de atualização contínua. **Resultado e discussão:** A análise dos dados revelou que grande parte das incertezas relatadas pelas gestantes estava relacionada à fragilidade da comunicação entre a comunidade e o serviço hospitalar de referência. Durante visita ao hospital, não foram identificadas práticas que confirmassem as situações de desrespeito relatadas. Como estratégia de enfrentamento, foram pactuadas visitas das gestantes à maternidade de referência e a realização de novas rodas de conversa para fortalecimento da educação em saúde. **Conclusão:** Conclui-se que a intervenção contribuiu para aproximar as gestantes do serviço de referência e promover espaços de diálogo capazes de ampliar o conhecimento e a autonomia das mulheres no processo de parto.

PALAVRAS-CHAVE: Parto Humanizado. Cuidado Pré-natal. Educação em Saúde. Autonomia Pessoal. Atenção Primária à Saúde

BIRTH PLANS IN PRIMARY HEALTH CARE: DEVELOPING AN INTERVENTION TO STRENGTHEN PREGNANT WOMEN'S AUTONOMY

ABSTRACT: Introduction: The increasing medicalization of healthcare observed in recent decades has contributed to the reduction of patient autonomy, especially in the field of gynecological and obstetric care, where unnecessary interventions and reports of negative childbirth experiences remain frequent. In the context of prenatal care provided at the Sítio Jardim Primary Health Care Unit, recurring statements from postpartum and laboring women were identified during clinical consultations, expressing perceptions of loss of protagonism and insecurity regarding childbirth.

Objective: In response to this situation, an intervention was proposed aimed at the development and implementation of a birth plan model adapted to the needs of the local community. **Methodology:** The intervention was developed based on the action research methodology and included a discussion circle with pregnant women followed by the health unit, aiming to identify doubts, expectations, and perceptions related to the childbirth process. The information obtained supported the construction of an initial birth plan model, which was subsequently presented and discussed with the team of the referral hospital to adapt it to local care practices. From this process, an improved version of the instrument was developed, allowing continuous updates. **Result and discussion:** Data analysis revealed that most of the uncertainties reported by pregnant women were related to weaknesses in communication between the community and the referral hospital service. During a visit to the hospital, no practices confirming the reported situations of disrespect were identified. As a strategy to address this issue, visits by pregnant women to the referral maternity unit and additional discussion circles were established to strengthen health education. **Conclusion:** It is concluded that the intervention contributed to strengthening the relationship between pregnant women and the referral service, as well as creating spaces for dialogue capable of expanding women's knowledge and autonomy in the childbirth process.

KEYWORDS: Humanized Childbirth. Prenatal Care. Health Education. Personal Autonomy.

INTRODUÇÃO

A mulher assumiu, ao longo da história, papel central no cuidado da família e da comunidade, sendo socialmente reconhecida como principal responsável pela promoção do bem-estar daqueles que a cercam. Entretanto, essa condição não foi acompanhada, por muitos anos, da garantia de autonomia sobre o próprio corpo e sobre as decisões relacionadas à sua saúde reprodutiva. No campo da assistência obstétrica, esse cenário refletiu-se na adoção de práticas intervencionistas e, muitas vezes, desnecessárias, caracterizadas pela realização rotineira de procedimentos sem consentimento informado, como episiotomias, amniotomias e outras intervenções destinadas a acelerar o trabalho de parto, frequentemente associadas a experiências de violência obstétrica e desrespeito aos direitos das mulheres (Bohren *et al.*, 2015; Andrade, 2016).

Nas últimas décadas, importantes transformações ocorreram na assistência obstétrica, impulsionadas pelos movimentos em defesa da humanização do parto e do nascimento, pelo fortalecimento dos direitos sexuais e reprodutivos e pela implementação de políticas públicas voltadas à qualificação do cuidado materno. Nesse contexto, o Ministério da Saúde passou a incentivar práticas assistenciais centradas na mulher, fundamentadas no respeito às suas escolhas, na comunicação efetiva entre profissionais e usuárias e na adoção de evidências científicas para a condução do parto (Brasil, 2017). Entre as estratégias incorporadas a esse modelo de cuidado destaca-se o plano de parto, documento elaborado durante o pré-natal que permite à gestante registrar suas preferências, expectativas e decisões em relação ao trabalho de parto, parto e pós-parto, favorecendo seu protagonismo e fortalecendo o processo de tomada de decisão compartilhada entre mulher, família e equipe de saúde.

Embora reconhecido como importante instrumento para promoção da autonomia feminina, o plano de parto ainda apresenta baixa utilização em diferentes regiões brasileiras. Essa realidade torna-se mais evidente em municípios do interior e em áreas rurais, onde limitações estruturais, dificuldades de acesso aos serviços especializados, baixos níveis de escolaridade e fatores socioculturais influenciam tanto a compreensão das gestantes quanto a incorporação dessa ferramenta pelos profissionais da Atenção Primária à Saúde. Nessas localidades, observa-se que o cuidado pré-natal frequentemente permanece centrado nos aspectos clínicos da gestação, com reduzido espaço para discussões relacionadas aos direitos da mulher, às preferências para o parto e ao fortalecimento de sua autonomia.

Essa realidade foi identificada durante a atuação médica na Unidade Básica de Saúde do Sítio Jardim, localizada na zona rural do município de Garanhuns, Pernambuco. Ao longo das consultas de pré-natal, diversas gestantes relataram insatisfação com experiências obstétricas anteriores, especialmente pela ausência de participação nas decisões relacionadas ao parto e pela sensação de perda de autonomia durante o atendimento hospitalar. Como estratégia para enfrentar essa situação, passou-se a incentivar a elaboração do plano de parto durante o acompanhamento pré-natal. Entretanto, verificou-se baixa adesão à ferramenta, uma vez que, entre todas as gestantes acompanhadas, apenas

uma elaborou efetivamente o documento.

A análise dessa realidade, complementada por discussões com profissionais da rede de atenção à saúde, evidenciou que a baixa utilização do plano de parto não decorre apenas do desconhecimento por parte das gestantes, mas também das dificuldades enfrentadas pelos próprios profissionais para orientar sua elaboração e utilização. Entre os principais obstáculos identificados destacam-se a inexistência de um modelo adaptado à realidade local, a dificuldade de compreensão do documento por gestantes com baixa escolaridade ou analfabetismo e a insegurança dos profissionais quanto à condução desse processo durante as consultas de pré-natal. Esses fatores limitam o potencial do plano de parto como ferramenta de promoção da autonomia feminina e dificultam sua incorporação às práticas cotidianas da Atenção Primária à Saúde.

A literatura demonstra que, embora ainda existam resultados divergentes quanto ao impacto direto do plano de parto sobre desfechos clínicos maternos e neonatais, há consenso de que sua utilização favorece experiências mais positivas durante o parto, amplia a percepção de controle da mulher sobre o próprio corpo, fortalece o diálogo entre gestante e equipe de saúde e contribui para a garantia dos direitos reprodutivos (Mirghafourvand *et al.*, 2019; Brasil, 2017; Catissi *et al.*, 2021). Além disso, o plano de parto constitui importante instrumento educativo, estimulando a mulher a conhecer as etapas do processo de nascimento, compreender as intervenções obstétricas e participar ativamente das decisões relacionadas ao seu cuidado. Medeiros *et al.* (2019) ressaltam que sua utilização fortalece a autonomia feminina e favorece relações assistenciais fundamentadas na escuta, no respeito e na tomada de decisão compartilhada.

Nesse contexto, torna-se necessário desenvolver estratégias que facilitem a incorporação do plano de parto à rotina da Atenção Primária, especialmente em territórios rurais e socialmente vulneráveis, onde barreiras educacionais e culturais dificultam sua utilização. A construção de um modelo de plano de parto adaptado às características da população atendida, utilizando linguagem acessível e contemplando as principais dúvidas e necessidades identificadas durante o acompanhamento pré-natal, pode representar importante ferramenta para ampliar sua adesão, fortalecer o vínculo entre gestantes e equipe de saúde e contribuir para a prevenção da violência obstétrica.

Diante desse cenário, o presente estudo teve como objetivo desenvolver e avaliar uma intervenção voltada à implementação do plano de parto na Atenção Primária à Saúde como estratégia para fortalecer a autonomia da gestante e promover a humanização da assistência obstétrica.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de intervenção fundamentado nos pressupostos da pesquisa-ação, modalidade metodológica que articula a produção de conhecimento à implementação de ações voltadas para a transformação da realidade investigada. Segundo Tripp (2005), a pesquisa-ação caracteriza-se pela integração entre investigação sistemática e prática profissional, permitindo que os resultados obtidos durante o processo sejam utilizados para aperfeiçoar as ações desenvolvidas e promover melhorias no contexto em que a pesquisa está inserida.

O estudo foi realizado na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde (UBS) do Sítio Jardim, localizada na zona rural do município de Garanhuns, Pernambuco. A unidade integra a Rede de Atenção à Saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) e tem como referência para assistência ao parto o Hospital Infantil Palmira Sales. Nos casos de gestantes ou recém-nascidos que necessitam de cuidados de maior complexidade, especialmente diante de intercorrências obstétricas ou neonatais que demandem suporte intensivo, o encaminhamento é realizado para o Hospital da Mulher, no município de Caruaru, referência regional em assistência obstétrica de alta complexidade.

A pesquisa foi desenvolvida ao longo de seis meses, entre setembro de 2025 e fevereiro de 2026, período em que foram realizadas as etapas de planejamento, diagnóstico situacional, elaboração do instrumento educativo e execução da intervenção. A atividade educativa ocorreu no dia 27 de fevereiro de 2026, no turno da manhã, na sala de reuniões da Unidade Básica de Saúde, permanecendo prevista sua continuidade como atividade rotineira da equipe após o encerramento do estudo.

Foram convidadas a participar todas as 25 gestantes acompanhadas pela equipe da Estratégia Saúde da Família durante o período da pesquisa, bem como seus acompanhantes. Participaram efetivamente da intervenção oito gestantes e dois acompanhantes, correspondendo a aproximadamente 30% da população elegível. A participação foi voluntária, respeitando-se o interesse das gestantes em integrar as atividades propostas.

A intervenção consistiu na construção e apresentação de um modelo de plano de parto adaptado à realidade sociocultural da população atendida pela unidade. O material foi elaborado considerando as principais dúvidas, necessidades e dificuldades identificadas durante as consultas de pré-natal e nas discussões realizadas com a equipe multiprofissional da Atenção Primária à Saúde. Durante o encontro, foram abordados temas relacionados aos direitos da gestante, às boas práticas na assistência ao parto, às possibilidades de escolha durante o trabalho de parto e à importância do plano de parto como instrumento de comunicação entre a mulher e os profissionais de saúde. As atividades foram conduzidas de forma participativa, estimulando o diálogo, o esclarecimento de dúvidas e a construção compartilhada do conhecimento, em consonância com os princípios da humanização da assistência obstétrica.

A produção dos dados ocorreu por meio de um diário de campo, utilizado para registrar de forma sistemática as observações realizadas durante a intervenção, incluindo as interações entre os participantes, as dúvidas apresentadas, as percepções das gestantes, o nível de participação nas atividades e as reflexões do pesquisador acerca do desenvolvimento da intervenção. O diário de campo constitui importante instrumento da pesquisa qualitativa por possibilitar o registro detalhado do contexto investigado e favorecer a compreensão dos fenômenos observados sob uma perspectiva crítica e contextualizada. Além da descrição dos acontecimentos, esse instrumento permite registrar impressões, interpretações e aspectos subjetivos do processo investigativo, contribuindo para a análise dos dados produzidos (Minayo, 2014).

Os registros obtidos durante a intervenção foram analisados de forma descritiva e interpretativa, buscando identificar aspectos relacionados à compreensão das gestantes acerca do plano de parto, às dificuldades para sua elaboração e às potencialidades da intervenção como estratégia de fortalecimento

da autonomia feminina e de qualificação da assistência pré-natal na Atenção Primária à Saúde.

O estudo observou os princípios éticos estabelecidos pela Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos. A participação das gestantes ocorreu de forma voluntária, após esclarecimentos acerca dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos adotados, dos possíveis benefícios e da garantia de confidencialidade das informações. Todos os participantes manifestaram sua concordância mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo assegurados o anonimato, a privacidade e o direito de desistência em qualquer momento, sem qualquer prejuízo ao acompanhamento na Unidade de Saúde. Este estudo integra o projeto de pesquisa da Universidade Federal do Ceará (UFC), intitulado *“Estudo sobre a formação em Medicina de Família e Comunidade a distância e seus impactos na saúde pública”*, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 91948525.0.0000.5050.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A intervenção foi construída em quatro etapas que consistiram em: primeira etapa realização de uma roda de conversa na unidade de saúde cujo tema será planejamento familiar e teve como objetivos: apresentar a rede de cuidados à gestante existente no município; esclarecer os direitos da mulher no processo gestacional, no parto e no nascimento; introduzir a ferramenta do Plano de Parto; e registrar as principais dúvidas, incertezas e expectativas das participantes relacionadas à gestação e ao parto.

As informações levantadas nessa etapa constituirão o diagnóstico inicial da intervenção. A segunda etapa corresponde à elaboração de um modelo de Plano de Parto com linguagem acessível, de fácil compreensão e preenchimento, construído a partir das demandas identificadas na etapa anterior e fundamentado na literatura científica pertinente. O instrumento buscou contemplar as principais necessidades e questionamentos expressos pelas gestantes, respeitando os limites clínicos e assistenciais do parto de risco habitual.

Na terceira etapa, o instrumento elaborado foi apresentado à rede local de cuidados, incluindo os profissionais de saúde envolvidos no acompanhamento pré-natal e no parto. Sempre que possível, foi promovida a aproximação das gestantes com serviços da rede de atenção que ainda não lhes sejam familiares, visando fortalecer o vínculo, o conhecimento do fluxo assistencial e a continuidade do cuidado. Por fim, a quarta etapa consistiu na reavaliação do instrumento e do próprio processo de pesquisa-ação, a partir da coleta da opinião das puérperas após o parto com o uso da ferramenta, com o objetivo de identificar fragilidades, potencialidades e possibilidades de aprimoramento da ferramenta e da intervenção como um todo.

Após a apresentação inicial do que seria o plano de parto, da importância de um acompanhante e da lei 11.108/2005 que determina o direito deste estar presente, deu-se início à roda de conversa que funcionou mediante uma exposição inicial de tópicos relacionados ao trabalho de parto, parto, pós-parto, cuidados com o bebê e autonomia da mulher, seguidos de períodos de discussão após cada

tópico ou dúvida.

Durante a roda de conversa, foram identificadas inseguranças sobre: a validade do plano frente à equipe não cooperativa do hospital de referência, ausência de métodos Analgésicos farmacológicos, execução de procedimentos invasivos (como manobra de kristeller, episiotomia de rotina, enema, tricotomia e “ponto do marido”), o que será feito com o bebê logo após o nascimento e qual conduta será feita em emergências.

Com informação em mãos, foi criado um modelo de plano de parto rudimentar para ser apresentado ao hospital palmira sales (Infantil).

A visita ocorreu dia 02/03/2026 onde fui apresentado às instalações que incluem sala de triagem, Sala de espera/indução do parto, sala de parto, alojamento conjunto, sala cirúrgica para cesárea e sala para estabilização pediátrica. Não existe enfermarias ou UTI pediátrica; conversando com a diretoria do hospital me foi relatado que a mulher pode decidir a posição do parto, que a indução do parto pode ser feita apenas com misoprostol e ocitocina, que procedimentos invasivos como episiotomia, tricotomia, enema de rotina não são feitos na unidade (Muito menos são rotina) nem manobras proscritas como Kristeller.

Me relataram também que não estão disponíveis, para parto fisiológico, métodos analgésicos farmacológicos, mas que têm disponível chuveiro para banho quente, bolas, cadeiras para massagem e música. Sobre os cuidados do pós parto me relataram que raramente são feitos clampeamento de cordão precoce (salvo devido a conduta médica), não são usados colírios e antibióticos de rotina e não existe equipamento para abarcar imprevistos como hiperbilirrubinemia neonatal ou desconforto respiratório e, devido a isso, não são aceitos partos de risco intermediário ou alto.

Sobre acompanhantes, relataram ser permitido apenas um por paciente (que inclui a doula), que este pode acompanhar em todas os períodos do parto, entretanto, devido a histórico de complicações, acompanhantes com idade superior a 65 anos ou com problemas de mobilidades não são permitidos. Por fim, ficou acordado que, de 3 em 3 meses, reuniremos as gestantes para apresentar o local numa ação guiada pela direção conjunta da prefeitura e hospital e, nestas visitas, seriam avaliados os planos de parto caso a caso a fim de evitar conflitos no momento do parto.

A presente intervenção evidenciou que a baixa adesão ao plano de parto na Unidade Básica de Saúde do Sítio Jardim não decorre de resistência explícita das gestantes, mas de um conjunto de fatores estruturais, educacionais e organizacionais que dificultam sua incorporação à rotina pré-natal. O fato de apenas uma gestante ter elaborado previamente o plano de parto, mesmo após sugestão ativa em consulta, revela que a simples recomendação verbal da ferramenta não é suficiente para promover sua adoção.

Esse achado está em consonância com estudos que apontam desconhecimento e pouca familiaridade das gestantes com o instrumento, mesmo em contextos onde o plano de parto é formalmente recomendado pelas políticas públicas. Pesquisa realizada em maternidade pública evidenciou que, embora o plano de parto seja reconhecido como importante, sua utilização ainda é incipiente e depende fortemente da mediação ativa dos profissionais de saúde (Nardi, 2024). Da

mesma forma, Branco *et al.*, (2022) destacam que o plano de parto constitui importante instrumento para ampliar o conhecimento da gestante, favorecer seu protagonismo e fortalecer sua autonomia na tomada de decisões relacionadas ao processo de parto e nascimento.

Durante a roda de conversa realizada na UBS, emergiram inseguranças significativas por parte das gestantes, especialmente relacionadas à possibilidade de desrespeito ao plano por parte da equipe hospitalar, à realização de procedimentos invasivos e à ausência de analgesia farmacológica. Tais manifestações revelam a persistência de um imaginário coletivo marcado por relatos de intervenções desnecessárias e experiências negativas no parto, fenômeno amplamente descrito na literatura sobre violência obstétrica e medicalização excessiva. Nesse sentido, estipula-se que o principal entrave identificado não estava necessariamente nas práticas institucionais do hospital de referência, mas na ausência de comunicação estruturada entre a Atenção Primária e o serviço hospitalar. A visita institucional ao hospital permitiu constatar que diversas práticas temidas pelas gestantes (como episiotomia de rotina, manobra de Kristeller, enema e tricotomia sistemática) não fazem parte da rotina assistencial. Tal constatação indica que parte da insegurança decorre de lacunas informacionais e da ausência de pactuação prévia entre os níveis de atenção

Outro ponto sensível identificado refere-se à analgesia farmacológica. A inexistência desse recurso para partos fisiológicos no hospital de referência pode gerar frustração caso as expectativas não sejam adequadamente trabalhadas no pré-natal. A literatura internacional (Goetz-Fu et al. 2025) destaca que divergências entre expectativas e realidade assistencial podem contribuir para insatisfação e sofrimento psicológico no pós-parto. Assim, a construção do plano de parto precisa necessariamente incluir esclarecimento sobre limites institucionais, natureza dinâmica do risco obstétrico e possibilidades terapêuticas disponíveis.

Do ponto de vista organizacional, destaca-se como resultado relevante a pactuação de encontros trimestrais entre UBS e hospital para apresentação da estrutura física às gestantes e avaliação prévia dos planos de parto. A literatura aponta que intervenções educativas isoladas tendem a perder sustentabilidade quando não há alinhamento institucional e corresponsabilização da gestão (Nardi, 2024) Nesse contexto, a formalização de um fluxo comunicacional periódico representa avanço estrutural importante, com potencial de reduzir conflitos no momento do parto e fortalecer a continuidade do cuidado.

Apesar do exposto no texto até agora, é importante destacar que o resultado do estudo está levando em conta que a informação passada sobre o fluxo assistencial no hospital de referência está correta e que esta não se desvia muito do estabelecido. Como a intervenção proposta está sob os moldes da pesquisa-ação, uma posterior Reavaliação das gestantes que experienciaram o parto após alinhamento das expectativas e preenchimento de seu plano de parto será uma atividade potencial a ser considerada em conjunto com reformulação do plano de parto

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, P.O.N.; SILVA, J.Q.P.; DINIZ, C.M.M.; CAMINHA, M.F.C. Fatores associados à violência obstétrica na assistência ao parto vaginal em uma maternidade de alta complexidade em Recife, Pernambuco. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, [S.L.], v. 16, n. 1, p. 29-37, mar. 2016. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042016000100004>. Acesso em: 20. jan. 2026.
- BOHREN, M.A.; VOGEL, J.P.; HUNTER, E.C.; LUTSIV, O.; MAKH, S.K.; SOUZA, J.P.; AGUIAR, C.; CONEGLIAN, F.S.; DINIZ, A.L.A.; TUNÇALP, O.. The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: a mixed-methods systematic review. *Plos Medicine*, [S.L.], v. 12, n. 6, p. 1-32, 30 jun. 2015. Public Library of Science (PLOS). Disponível: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1001847>. Acesso em: 20. jan. 2026.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Governo Federal lança nova estratégia para reduzir mortalidade materna em 25% até 2027**. Notícias – Saúde, 12 set. 2024 (atualizado em 17 set. 2024). Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/setembro/governo-federal-lanca-nova-estrategia-para-reduzir-mortalidade-materna-em-25-ate-2027>. Acesso em: 15 out. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n. 5.350, de 12 de setembro de 2024**. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede Alyne. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt5350_13_09_2024.html. Acesso em: 21. nov. 2025.
- 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: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf. Acesso em 23. nov. 2025.
- BRANCO, Jullian Sttefanny Martins Castelo et al. A importância do plano de parto para autonomia da parturiente. *Research, Society and Development*, v. 11, n. 7, e43911730102, 2022. DOI: 10.33448/rsd-v11i7.30102.
- CATISSI, G.; RIBEIRO, F.S.; BASTOS, S.; LUCENA, F.S.. **Estratégias na implementação do Plano de Parto**: fortalezas e fragilidades levantadas na experiência do município de Franco da Rocha. *Sexualidade, Gênero e Saúde Sexual e Reprodutiva II*, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 29–39, dez. 2021.
- EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES – EBSEH. **Mortalidade materna: um desafio para a saúde pública mundial**. HUIB-UFCG / EBSEH, 13 set. 2021. Atualizado em 1 nov. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/huib-ufcg/comunicacao/noticias/parto-seguro>. Acesso em: 15 out. 2025.
- FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. **Tendências na mortalidade materna 2000-2020**. Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente, Rio de Janeiro, 8 mar. 2023. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/tendencias-na-mortalidade-materna-2000-2020/>. Acesso em: 15 out. 2025.

GOETZ-FU, M.; GAUCHER, L.; HUISSOUD, C.; LAFOURNIERE, B. de; DUPONT, C.; CORTET, M.. Birth plans: developing a shared medical decision aid tool. **Bmc Pregnancy And Childbirth**, [S.L.], v. 25, n. 1, p. 1-9, 17 mar. 2025. Springer Science and Business Media LLC. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1186/s12884-025-07355-z>. Acesso em: 15 out. 2025.

MEDEIROS, R. M. K. et al. Repercussions of using the birth plan in the parturition process. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 40, e20180233, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180233>>. Acesso em: 15 out. 2025

MIRGHAFORVAND, M.; CHARANDABI, S.M.A.; GHANBARI-HOMAYI, S.; JAHANGIRY, L.; NAHAEE, J.; HADIAN, T.. Effect of birth plans on childbirth experience: a systematic review. **International Journal Of Nursing Practice**, [S.L.], v. 25, n. 4, p. 1-9, 24 jan. 2019. Wiley. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/ijn.12722>. Acesso em: 16 out. 2025

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

MIRGHAFORVAND, M.*et al.* Effect of birth plans on childbirth experience: a systematic review. **International Journal of Nursing Practice**, v. 25, n. 4, p. e12722, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1111/ijn.12722>>. Acesso em: 16 jul. 2025

NARDI, C.. **A adesão das gestantes ao plano de parto e nascimento e a implementação deste em uma maternidade pública**. 2024. 78 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2024. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/254408>. Acesso 23 ago. 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde**. Ottawa: OMS, 1986. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf. Acesso em: 2 nov. 2025.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL. **Guia do pré-natal e puerpério na Atenção Primária à Saúde (APS)**. 2. ed. Porto Alegre: Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul, 2024. 97 p.

TRIPP, D.. Pesquisa-ação: uma introdução metodológica. **Educação e Pesquisa**, [S.L.], v. 31, n. 3, p. 443-466, dez. 2005. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s1517-97022005000300009>. Acesso em 10. jan. 2026.