



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

STEFANY KAROLINE DE ALMEIDA SOARES

PLANO DE PARTO NO PRÉ-NATAL: PERCEPÇÕES DO ENFERMEIRO DA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

ARACAJU - SE

2026

STEFANY KAROLINE DE ALMEIDA SOARES

**PLANO DE PARTO NO PRÉ-NATAL: PERCEPÇÕES DO ENFERMEIRO DA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Iellen Dantas Campos Verdes Rodrigues.

Linha de pesquisa: Modelos teóricos e as tecnologias na enfermagem para o cuidado do indivíduo e grupos sociais

Área de concentração: Enfermagem na saúde da mulher.

**ARACAJU - SE
2026**

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE**

S676p Soares, Stefany Karoline de Almeida
Plano de parto no pré-natal: percepções do enfermeiro da
atenção primária à saúde / Stefany Karoline de Almeida Soares;
orientadora Iellen Dantas Campos Verdes Rodrigues. – São
Cristóvão, SE, 2026.
54 f.

Dissertação (mestrado em Enfermagem) – Universidade
Federal de Sergipe, 2026.

1. Enfermeiros. 2. Enfermeiras. 3. Grávidas. 4. Parto
(Obstetria). 5. Humanização dos serviços de saúde. 6. Estratégia
Saúde da Família (Brasil). I. Rodrigues, Iellen Dantas Campos
Verdes, orient. II. Título.

CDU 618.3-083

AGRADECIMENTOS

A Deus, em primeiro lugar, pois ele é sempre minha fortaleza.

À Maria santíssima pela sua intercessão em muitos momentos turbulentos.

A minha orientadora Iellen Dantas Campos Verdes Rodrigues que sempre foi solícita e compreensiva.

A minha banca examinadora, em especial, Glebson Moura Silva e Isaura Danielli Borges de Sousa pelo incentivo e contribuições no trabalho.

Aos colegas e professores do Programa de Pós-Graduação de Enfermagem pelo apoio, colaboração, conversas e trocas de conhecimento.

A equipe de coordenação da pós-graduação pela disposição de sempre em ajudar.

Ao meu querido esposo Matheus dos Santos Freire pela sua contribuição na formatação do trabalho e por sempre estar comigo em todos os momentos, com paciência, incentivo e companheirismo.

Aos meus queridos pais, Renata Silva de Almeida e José Pedro Soares da Silva, e meus avós, Maria Aparecida Silva de Almeida e José Renato Correia de Almeida, por sempre me incentivarem, pelas orações e por tudo o que fizeram por mim para que eu me tornasse o que sou hoje.

A toda minha família, em especial meu irmão, Vinícius Henrique de Almeida Soares, e minha sogra, Zuleide Maria dos Santos Freire, que mesmo à distância, esteve sempre em oração, me acompanhando em todos os momentos.

A Universidade Federal de Sergipe e ao Programa de Pós-Graduação de Enfermagem.

A Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, órgão financiador do projeto.

RESUMO

Introdução: O enfermeiro é um dos profissionais que assiste às gestantes no pré-natal, e sobretudo, tem como responsabilidade desenvolvimento e implementação do plano de parto, instrumento que garante os direitos da mulher e do acompanhante, principalmente no que diz respeito à integridade física e mental da parturiente. **Objetivo:** Compreender o desenvolvimento do plano de parto a partir da percepção dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. **Materiais e métodos:** Trata-se de uma pesquisa de campo exploratória qualitativa. A amostra foi composta por 38 enfermeiros das Estratégias Saúde da Família da cidade de Aracaju, no estado de Sergipe, sorteados por meio da técnica de amostragem aleatória simples com o *software Excel®*. A coleta de dados ocorreu a partir de entrevistas presenciais com uso de roteiro semiestruturado. A análise dos dados foi realizada por meio da transcrição e interpretação das respostas das entrevistas previamente autorizadas em áudio mediante a Análise de Conteúdo e utilizou-se o *software Interface R* para Análise Multidimensional de Textos e Questionários (IRaMuTeQ-0.8a7) com os testes: Diagrama de Zipf, Nuvem de palavra, Análise de similitude, Classificação Hierárquica Descendente e Análise Fatorial de Correspondência. **Resultados:** Quanto aos resultados do *software IraMuTeQ*, o Diagrama de Zipf evidencia uma regularidade na distribuição das palavras, o que sugere a existência de um núcleo terminológico estável e coesionador. Mediante o critério de frequência das palavras mais mencionadas, realizou-se uma nuvem de palavras com as palavras repetidas pelo menos 12 ou mais vezes: *plano de parto, gestante, parto, maternidade, mulher, pré-natal*. Utilizou-se a análise de similitude para avaliar a proximidade e a interconectividade semântica entre diferentes palavras e segmentos do *corpus* textual. Destacam-se as palavras *consulta, momento, importante, querer e profissional*. A taxa de retenção dos segmentos de texto foi de 87,96%. **Conclusão:** É baixo o quantitativo de enfermeiros que realizam a elaboração do plano de parto junto às gestantes, assim como ações efetivas para o desenvolvimento desta tecnologia. Destaca-se a dificuldade no desenvolvimento de grupos com gestantes, estratégia que deveria ser destaque na Estratégia Saúde da Família pela sua capacidade de promoção em saúde.

Palavras-chave: Plano de Parto; Gestantes; Enfermeiros e Enfermeiras; Estratégia Saúde da Família; Humanização da Assistência.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	6
2 OBJETIVOS	8
2.1 Objetivo Geral	8
2.1 Objetivos Específicos	8
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	9
3.1 Plano de parto como alicerce à saúde materna.....	9
3.2 Uso de tecnologias em saúde para o cuidado à gestante, parturiente e puérpera..	12
3.3 O enfermeiro como facilitador do protagonismo da mulher no ciclo gravídico- puerperal.....	14
4 MATERIAIS E MÉTODOS.....	16
4.1 Tipo de estudo.....	16
4.2 Local de estudo	16
4.3 População	16
4.4 Amostra.....	17
4.5 Procedimentos da coleta de dados.....	17
4.6 Análise dos dados	17
4.7 Aspectos éticos	20
5 RESULTADOS	22
5.1 Ações desenvolvidas para a elaboração do Plano de Parto	24
5.2 Fatores contribuintes e dificultadores para o desenvolvimento do Plano de Parto..	25
5.3 Importância do Plano de Parto para o protagonismo da mulher	26
5.4 Análise Multidimensional de Textos e Questionários (IRaMuTeQ-0.8a7)	27
6 DISCUSSÃO	36
6.2 Fatores contribuintes e dificultadores do desenvolvimento do Plano de Parto.....	38
6.3 Ações e direitos da mulher a respeito do Plano de Parto	41
6.4 Aplicação dos principais conceitos da teoria humanística de Paterson e Zderad no desenvolvimento do Plano de Parto	44
7 CONCLUSÃO.....	47
REFERÊNCIAS	49

1 INTRODUÇÃO

O Plano de Parto é uma tecnologia de saúde que proporciona a comunicação entre os profissionais de saúde e a gestante. Consiste em um instrumento a ser preenchido durante as consultas de pré-natal com o auxílio do profissional de saúde, onde a mulher manifesta suas preferências a respeito do trabalho de parto e pós-parto. O preenchimento deste instrumento junto ao profissional de saúde oportuniza a orientação e o esclarecimento da gestante e do seu acompanhante (Macedo, 2023).

A principal finalidade do PP é promover a autonomia feminina para tomar decisões sobre o próprio corpo e sobre o seu processo de parturição. É um instrumento potencializador do cuidado ao binômio, mãe e RN, e sua realização nas consultas de pré-natal melhora a qualidade na assistência obstétrica (Medeiros *et al.*, 2019). Desse modo, impacta positivamente na diminuição da violência obstétrica e de iatrogenias, além de minimizar os medos e angústias desse processo de parturição (Loiola *et al.*, 2020).

Logo, é importante que o PP seja desenvolvido desde a consulta na Atenção Primária à Saúde (APS), principal porta de entrada do sistema de saúde no Brasil, a qual desenvolve o acompanhamento longitudinal e é capaz de promover, prevenir e reabilitar o adoecimento e desenvolver ações com o intuito de melhorar a qualidade de vida da população, no qual assiste aos usuários na sua integralidade (Brasil, 2017a).

A Estratégia Saúde da Família (ESF), inserida na APS, implantada no Brasil em 1994, a partir do Programa Saúde da Família, é capaz de prevenir e resolver a maioria dos problemas de saúde da população, minimizando os danos e sofrimentos e responsabilizando-se pela efetividade do cuidado, ainda que este seja ofertado em outros pontos de atenção da rede. Além disso, diminui a superlotação das Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e dos hospitais (Brasil, 2017a).

Na ESF, o enfermeiro é um dos profissionais que assiste às gestantes no pré-natal e, sobretudo, tem como responsabilidade o desenvolvimento e implementação do Plano de Parto (PP), instrumento que garante os direitos da mulher e do acompanhante, principalmente no que diz respeito à integridade física e mental da parturiente (Macedo, 2023).

Em um estudo qualitativo que entrevistou oito gestantes e dois enfermeiros de ESF

do interior do Rio Grande do Sul para avaliar o conhecimento a respeito do PP, evidenciou que embora os enfermeiros afirmaram orientar sobre o PP durante as consultas de pré-natal, 50% das gestantes não tinham conhecimento sobre PP (Demichei; Laste; Brietzke, 2024). Portanto, é necessário maior engajamento das unidades de saúde para trabalhar sobre a temática.

Logo, o presente estudo aborda as percepções dos enfermeiros a respeito do desenvolvimento do plano de parto nas ESF, a partir de uma pesquisa qualitativa nas unidades de saúde. Desse modo, este trabalho tem como questão norteadora: Quais as percepções dos enfermeiros a respeito do desenvolvimento do plano de parto nas Estratégias Saúde da Família no Município de Aracaju - SE?

Assim, o presente trabalho torna-se relevante pela necessidade de identificar a aplicabilidade do PP às gestantes pelo enfermeiro nas ESF e estimular o uso crescente deste instrumento durante o pré-natal, visto que este estudo favorece o conhecimento e protagonismo da mulher no planejamento para a aplicação do PP durante o trabalho de parto.

Com isso, ressalta-se a necessidade de estimular o uso do PP, pois, ocorre uma baixa divulgação entre profissionais e gestantes acerca deste planejamento. Além disso, o instrumento não é de inclusão habitual nas ESF e poucos são os estudos que contemplam a temática (Medeiros *et al.*, 2019). Logo, estudos como este são necessários para favorecer o envolvimento dos profissionais de saúde na efetivação do desenvolvimento do plano de parto durante as consultas de pré-natal nas Estratégias Saúde da Família.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Compreender o desenvolvimento do plano de parto a partir da percepção dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família.

2.1 Objetivos Específicos

- Identificar as ações desenvolvidas por enfermeiros para a elaboração do plano de parto durante a assistência pré-natal;
- Avaliar os fatores que contribuem para a elaboração do plano de parto por enfermeiros na assistência pré-natal;
- Caracterizar os fatores dificultadores à elaboração do plano de parto por enfermeiros na assistência pré-natal;
- Analisar a importância do plano de parto segundo os enfermeiros para o protagonismo da mulher.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Plano de parto como alicerce à saúde materna

Em 2011 foi instituída a Rede Cegonha, que assegura o direito ao planejamento reprodutivo e a humanização na gravidez, parto e puerpério, além do direito à criança quanto ao nascimento seguro, crescimento e desenvolvimento saudável. No entanto, as mulheres e Recém-Nascidos (RN) ainda estão expostos a elevadas taxas de intervenções, onde estas, deveriam ser realizadas somente quando necessárias (Brasil, 2017b).

O avanço na obstetrícia contribuiu com a melhoria dos indicadores de morbimortalidade materna e perinatal no mundo com ênfase em estimular o parto natural. Os espaços de nascimento também sofreram modificações, ao permitir que a gestante possa expressar suas preferências (Brasil, 2017b).

Segundo o relatório Tendências na Mortalidade Materna 2000 a 2020 das agências das Nações Unidas ‘‘a cada dois minutos, uma mulher morre durante a gravidez ou o parto’’. A estimativa é que tenha ocorrido 287.000 mortes maternas no mundo em 2020. Ainda que o documento apresente um progresso na redução da mortalidade materna entre 2000 e 2015, as mortes maternas estão concentradas nos países mais pobres e naqueles afetados por conflitos, por exemplo, em 2020, 70% das mortes maternas ocorreram na África subsaariana e em países que encontram-se em crises humanitárias, as taxas de mortalidade materna foi maior que o dobro da média mundial, correspondente a ‘‘551 mortes maternas por 100.000 nascidos vivos, em comparação com 223 globalmente’’ (World Health Organization, 2023).

As principais causas de mortalidade materna (75%) dizem respeito a hemorragia, hipertensão arterial, complicações do parto e infecções, entretanto, são causas evitáveis e/ou tratáveis. Além disso, cerca de um terço das gestantes não faz nem metade das oito consultas recomendadas, sendo o subfinanciamento do SUS e profissionais não capacitados relacionados como os principais fatores para essa dificuldade. Contudo, no intuito de evitar a mortalidade materna e perinatal, a APS deve oferecer o acompanhamento dessas gestantes através das consultas de pré-natal e puerperal, orientações e aplicação do PP (World Health Organization, 2023).

O PP é uma estratégia de mudança positiva na assistência que desconsidera o profissional de saúde como único conhecedor do cuidado a ser exercido durante o cenário do

pré-parto, parto e pós-parto. Essa ferramenta garante os direitos da mulher e respeita suas escolhas, assim como, diminui as cesarianas, práticas de intervenções desnecessárias e manobras em desusos, e diminui o risco de violência obstétrica (Loiola *et al.*, 2020).

A ESF é o espaço ideal para o compartilhamento de informações e preenchimento do PP, sendo realizado pelo profissional enfermeiro ou médico juntamente à gestante. Esse documento é entregue pela mulher ou acompanhante no momento do parto ou previamente ao profissional que a acompanhará. O PP torna a mulher e seus familiares mais seguros durante a gestação e no momento do trabalho de parto e pós-parto. Também é importante que ocorra o acompanhamento multiprofissional a partir das necessidades individuais de cada mulher, assim como o encaminhamento para serviços de referência quando necessário (Boff *et al.*, 2023).

Os desejos que a mulher poderá elencar durante o preenchimento do PP estão relacionados ao conhecimento da maternidade de escolha, respeito ao acompanhante de escolha, recebimento de informação de todos os procedimentos e intervenções realizados com o binômio, registro fotográfico no parto, opções de métodos para alívio da dor (massagens, banho de chuveiro, analgesia medicamentosa, musicoterapia, bola suíça, entre outros), liberdade de escolha de posições durante o trabalho de parto, alimentação e hidratação no trabalho de parto, cuidados com o ambiente, restrição do uso da episiotomia e toque vaginal conforme recomendado pelo ministério da saúde, vínculo mãe e bebê pós-parto com amamentação na primeira hora de vida e realização do corte umbilical por pessoa de escolha da mulher (Brasil, 2023).

Inúmeros são os motivos para a não aplicação do PP, como a fragilidade na formação e atualização dos profissionais, falta de envolvimento com a aplicação do PP, sobrecarga de demandas no serviço de saúde e dificuldade na receptividade dos profissionais ao instrumento, sobretudo no ambiente hospitalar (Boff *et al.*, 2023; Branco, 2022; Rodrigues; Rockembach, 2021).

Ademais, existem barreiras estruturais da APS que também dificultam a aplicação do PP, como as geográficas que diz respeito ao acesso as unidades de saúde, as financeiras que se associam aos fatores socioeconômicos, de informação inerentes aos sistemas e à comunicação e organizacionais, referentes à gestão do serviço, seja de pessoas, de materiais

ou do próprio fluxo da unidade. Todas essas barreiras devem ser minimizadas com ações organizacionais (Silva *et al.*, 2024).

Entretanto, os vastos benefícios do PP afetam positivamente a mulher, a criança e a família devido ao estímulo ao parto natural e com mínimas intervenções, o que diminui os índices de morte materna, propicia a utilização de métodos não farmacológicos, monitoramento do feto e alimentação durante o trabalho de parto. Outro ponto importante é a possibilidade da inserção do Dispositivo Intrauterino (DIU) ou Implanon, implante subcutâneo, no pós-parto, o que possibilita a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos da mulher, além de diminuir supostas tensões com o medo de gestação indesejada (Brasil, 2023; Martins *et al.*, 2023).

Outro estímulo do PP é a amamentação do RN na primeira hora de vida, que contribui com a redução da mortalidade materna e neonatal, pois, fortalece o vínculo do binômio, diminui o estresse do RN e estabiliza sua respiração, assim como, contribui nas contrações uterinas, o que diminui o risco de hemorragia para a puérpera (Silva, 2022).

Além disso, o contato “pele a pele” do binômio no pós-parto imediato regula a temperatura do corpo, favorece a colonização da pele do RN com a microbiota da mãe, estabiliza a glicemia e a atividade cardíaca e respiratória. Ademais, ao ocorrer a sucção da mama imediatamente após o nascimento também ocorre a liberação de hormônios que propicia a produção e liberação do leite materno, contribuindo na involução do útero materno e diminuição do risco de hemorragias pós-parto, assim como, estimula a liberação do colostro, substância muito nutritiva e com anticorpos essenciais para o RN (Silva, 2022).

Portanto, a possibilidade de planejamento do trabalho de parto proporciona conforto, favorecimento do conhecimento, autonomia e protagonismo da mulher e do acompanhante, além da melhora da comunicação destes com os profissionais de saúde e da abordagem humanizada que contribui no bem-estar do binômio. Portanto, um trabalho de parto seguramente assistido e humanizado propicia um período puerperal sem intercorrência e com recuperação adequada (Medeiros *et al.*, 2019).

Logo, a humanização é a base da assistência, garantida através do respeito às escolhas da mulher. A assistência humanizada previne a violência obstétrica, diminui intervenções desnecessárias e promove a experiência do trabalho de parto de acordo com os desejos da mulher (Branco, 2022; Rodrigues; Rockembach, 2021).

3.2 Uso de tecnologias em saúde para o cuidado à gestante, parturiente e puérpera

Nos serviços de saúde são utilizadas três tecnologias de saúde: leves, leve-duras e duras. As tecnologias leves são de baixo custo e estão relacionadas ao acolhimento, responsabilização e comunicação. As do tipo leve-duras estão associadas ao conhecimento estrutural dos profissionais envolvidos. Em contrapartida, as tecnologias do tipo duras possuem alto custo e são realizadas por meio do uso de máquinas, materiais concretos e equipamentos automatizados (Nascimento, 2021).

O PP é uma tecnologia de saúde leve-dura que possibilita a humanização na assistência em enfermagem, pois, utiliza do preenchimento de um plano a partir dos saberes de profissionais, assim como, é preenchido através da informação e educação em saúde realizada pelo enfermeiro com as gestantes (Nascimento, 2021).

Entretanto, a aplicação dessa tecnologia também está associada ao acolhimento e à comunicação, juntamente utilizando-se da tecnologia leve. Portanto, essa associação de tecnologias possibilita direcionar a assistência em respeito à visão holística, o que predispõe a exteriorização dos sentimentos da gestante e ao fortalecimento do vínculo entre paciente e profissional de saúde através da teoria Humanística de Paterson e Zderad (Nascimento, 2021).

A teoria humanística aplicada no processo de enfermagem é desenvolvida a partir das experiências de vivência do enfermeiro e do indivíduo que recebe o cuidado. A enfermagem humanística é holística, compreende além de agrupamentos e está relacionada às experiências humanas e fenomenológicas (George *et al*, 2000).

Baseada nos metaparadigmas centrais da enfermagem: pessoa; ambiente; saúde e enfermagem, a teoria humanística é composta por três bases: diálogo; comunidade e enfermagem fenomenológica (LIMA *et al.*, 2025); (George *et al*, 2000).

O pilar pessoa caracteriza o paciente e o enfermeiro como ser humano aberto a transformar o ambiente e a influenciar-se por ele, logo, admite-se que os indivíduos são seres holísticos, com valores biopsicossocioespirituais, característicos de suas vivências, capazes de interagir com o ambiente. O ambiente, por sua vez, relaciona-se com o indivíduo mediante condições externas, como o ambiente físico e a tecnologia, e internas, como os valores sociais

e culturais, a família e a sociedade. Desse modo, a relação entre pessoa e ambiente influencia a saúde (Nascimento; Trentini, 2004; LIMA *et al.*, 2025).

A saúde é definida a partir da vivência individual, como estado de bem-estar e não apenas ausência de doença, no qual, o cuidado da enfermagem contribui na prevenção e promoção da saúde, e manutenção do bem-estar individual. Logo, a enfermagem é definida como a ciência do cuidar, promove a interação e o cuidado por meio do relacionamento entre enfermeiro e paciente, perpassa a técnica de procedimentos e encontra-se também no diálogo e na orientação, na promoção do conforto e bem-estar (Nascimento; Trentini, 2004; LIMA *et al.*, 2025).

A enfermagem na teoria humanística também é definida como diálogo vivo. O diálogo é a relação entre o enfermeiro e o paciente por meio do atendimento de enfermagem, é nesse processo que ocorre o encontro, relacionamento, presença, o chamado e a resposta entre os componentes envolvidos. Por outro lado, o componente comunidade significa a experiência das pessoas, pois, os indivíduos descobrem significados em suas vivências a partir dos relacionamentos. A enfermagem humanística leva à comunidade, ocorre na comunidade e é afetada por ela (George *et al.*, 2000).

Por último, a enfermagem fenomenológica compreende e descreve as situações de enfermagem com o intuito de solucionar problemas e é dividida em cinco fases: preparação conhecedora da enfermeira para vir a conhecer (enfermeira sempre aberta a experiências e bondosa), a enfermeira conhecer o outro intuitivamente (conhecimento intuitivo sem julgamentos e preconceitos), a enfermeira conhece o outro cientificamente (capacidade de refletir sobre experiências), enfermeira sintetizando complementarmente outros conhecimentos (comparação e sintetização das múltiplas realidades conhecidas), a sucessão interna da enfermeira a partir de muitos para o paradoxal (refinamento da percepção intuitiva prévia) (George *et al.*, 2000).

Portanto, a teoria humanística aplicada no desenvolvimento do PP permite a construção de um planejamento junto às gestantes para atingir os principais objetivos da enfermagem nesse processo de pré-natal, parto e puerpério: educação em saúde e humanização.

3.3 O enfermeiro como facilitador do protagonismo da mulher no ciclo gravídico-puerperal

O enfermeiro é um dos profissionais protagonistas nas consultas de pré-natal, através da consulta de enfermagem deve ser capaz de orientar e esclarecer dúvidas, fortalecer vínculo entre os profissionais com a gestante e com o hospital de referência, diminuir o estresse e ansiedade, assim como, elaborar em conjunto com a gestante um PP para proporcionar um ambiente satisfatório e acolhedor para que a experiência do trabalho de parto seja positiva (Trigueiro *et al.*, 2022).

Ainda que seja importante a orientação sobre o trabalho de parto ocorrer durante todo o período gestacional, é necessário enfatizá-lo no último trimestre, pois, é a partir deste período que as incertezas, dúvidas e medos são mais frequentes, sobretudo quando primíparas. Além disso, o enfermeiro deve promover espaços educadores dentro da unidade de saúde e fora dela com o intuito de alcançar o máximo esta população alvo. Desse modo, quando a gestante tem conhecimento é capaz de refletir sobre seus direitos, ser ativa e protagonista (Trigueiro *et al.*, 2022).

O PP deve ser utilizado com segurança e propriedade, pois, não pode propiciar expectativas irrealistas para não ocasionar a insatisfação e a quebra do vínculo com os profissionais de saúde. O enfermeiro precisa evidenciar que as experiências são únicas a cada parto, mesmo nas múltiparas, ou seja, é necessário educar a gestante que o PP é adaptável segundo as necessidades do momento e é colocado em prática desde que não interfira na segurança do RN ou da mulher, portanto, é necessário o cuidado integral e individual do binômio (Medeiros *et al.*, 2019; Loiola *et al.*, 2020; Shareef *et al.*, 2024).

Os cuidados ao puerpério, período iniciado após a dequitação até 42 dias pós-parto, inicia-se no âmbito hospitalar, porém, tem sua continuidade na APS. É um período de adaptação corporal e emocional, marcado por desafios que devem ser gerenciados de maneira a prevenir agravos maternos e ao RN. O atendimento à puérpera é intrínseco às necessidades individuais, no entanto, a avaliação do binômio, orientações e esclarecimentos de dúvidas precisam ser realizadas pelo enfermeiro em todas as consultas puerperais. Além disso, é necessária a reavaliação familiar, sobretudo quanto à existência de rede de apoio e vulnerabilidade social (Castiglioni *et al.*, 2020).

É importante que a primeira consulta puerperal e de puericultura ocorram na primeira semana pós-parto, como meio de prevenir a doença e o óbito materno-infantil, sobretudo para a orientação e acompanhamento precoce sobre o aleitamento materno, pega correta, cuidados com o coto umbilical e detecção precoce de infecções (Pinto *et al.*, 2021).

A consulta puerperal permite avaliar a mulher quanto ao risco e detecção de hemorragias e infecções, condições irregulares associadas à gestação e ao parto e orientações e apoio sobre os cuidados com o RN e as mudanças físicas, hormonais e psicológicas associadas a esse processo de parturição. Em associação, a puericultura permite avaliar condições irregulares do RN e acompanhar o crescimento e desenvolvimento da criança, bem como orientar os responsáveis sobre os cuidados em cada fase da criança (Castiglioni *et al.*, 2020; Pedraza, 2023).

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa de campo exploratória, de caráter qualitativo. A pesquisa exploratória tem como objetivo explorar, conhecer e compreender o fenômeno investigado e ampliar o conhecimento em determinado campo de estudo (Lösch; Rambo; Ferreira, 2023).

A pesquisa qualitativa tem ênfase na interpretação e argumentação das respostas obtidas através da análise de fenômenos sociais e dos significados que cada entrevistado evidencia, busca compreender os fenômenos conforme a vivência e experiência dos entrevistados (Soares, 2019; Tombolato, Santos, 2020).

4.2 Local de estudo

O estudo realizou-se nas Unidades de Saúde da Família (USF) localizadas no município de Aracaju, no estado de Sergipe, o qual possui 7 Regiões de Saúde (Aracaju, Nossa Senhora da Glória, Itabaiana, Estância, Lagarto, Nossa Senhora do Socorro e Propriá). Região de saúde é definida como espaço contínuo composto por grupos de municípios limítrofes, demarcado por sua cultura, economia, sociedade, comunicação e transportes, com o objetivo de associar o planejamento e a atuação das ações de saúde. Aracaju é sede e polo estadual de média e alta complexidade em saúde, logo, é referência regional e no estado. Segundo informações da Secretaria Municipal de Saúde (2024), o Município de Aracaju possui 149 ESF distribuídas em 45 USF, com composição mínima de 01 enfermeiro, 01 médico, 01 técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde por equipe de ESF. Quanto à cobertura populacional de Aracaju corresponde a 64,59%, o equivalente a 424.350 indivíduos assistidos (Aracaju, 2017; Ministério da saúde, 2021; Brasil, 2011).

4.3 População

A população foi composta por enfermeiros das ESF. Foram incluídos somente os enfermeiros com atuação nas unidades de saúde de no mínimo 12 meses. Foram excluídos os profissionais em período de férias, licenças ou afastados por qualquer outro motivo do

serviço de saúde.

4.4 Amostra

Participaram da pesquisa 38 enfermeiros de equipes de ESF, valor correspondente a 25,5% dos enfermeiros das ESF de Aracaju. Os participantes foram os enfermeiros que se enquadraram nos critérios de inclusão definidos para o estudo.

Para o sorteio das ESF realizou-se um plano de amostragem probabilística por meio da técnica de amostragem aleatória simples com todas as ESF dos distritos de Aracaju - SE, isto é, as ESF foram escolhidas aleatoriamente a partir de sorteio no *software Excel®*.

4.5 Procedimentos da coleta de dados

A coleta de dados foi realizada no mês de novembro de 2024 em 12 USF, onde aplicou-se um questionário para caracterização sociodemográfica e profissional, seguido de entrevista com os enfermeiros das ESF em dia e horário definido por via telefônica ou presencialmente, conforme a disponibilidade dos profissionais, por meio de autorização prévia estabelecida. O questionário diz respeito às variáveis do estudo, a saber: sexo, idade, estado civil, escolaridade, tempo de atuação, jornada de trabalho, número de vínculos e renda.

A entrevista foi realizada com o intuito de responder ao objetivo do estudo por meio das seguintes perguntas: Durante a assistência pré-natal, quais ações você desenvolve para a elaboração do plano de parto? Na sua prática, quais fatores contribuem para a elaboração do plano de parto na assistência ao pré-natal? Na sua prática, quais fatores dificultam a elaboração do plano de parto na assistência ao pré-natal? Na sua percepção, qual a importância do plano de parto para o protagonismo da mulher no parto?

A coleta de dados foi realizada na própria unidade de saúde, com o uso de gravador de voz do próprio celular do entrevistador no consultório do profissional

4.6 Análise dos dados

Com o intuito de transparecer a investigação qualitativa e basear-se em padrões de investigação aplicou-se os Padrões para Relatórios de Pesquisa Qualitativa (SRQR), *checklist*

que consiste em vinte e um itens que contemplam o título, resumo, problema e questão de pesquisa, métodos, análise de dados, resultados e interpretação, discussão e outras informações.

A análise dos dados foi realizada a partir da análise de conteúdo de Bardin com suporte do *software Interface R* para Análise Multidimensional de Textos e Questionários (IRaMuTeQ-0.8a7). A análise de conteúdo consiste em avaliar as significações a partir da comunicação do emissor e receptor, considerando o contexto inserido e valores atribuídos (Cardoso; Oliveira; Ghelli, 2021). Utilizou-se a Análise de Conteúdo de Bardin por meio da pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados (Bardin, 1977) para a interpretação dos dados coletados.

A técnica de Bardin ocorreu primeiramente mediante a transcrição dos áudios que teve duração total de 04 horas e 07 minutos de gravação, com tempo médio de duração das entrevistas de 06 minutos e 30 segundos. O material mediante a transcrição das entrevistas totalizou 88 páginas escritas com fonte Arial 12 e espaçamento 1,15. Posteriormente foi realizada uma leitura flutuante para conhecimento do texto e organização de palavras-chaves referidas pelos entrevistados, interpretação das respostas do questionário e das entrevistas e preparação do *corpus* textual para sua análise no Iramuteq.

O Iramuteq é um *software* desenvolvido em Python que utiliza funcionalidades do *software* estatístico R, de acesso livre e gratuito com o objetivo de analisar textos e questionários a partir da análise textual e lexical pelo quantitativo da frequência de palavras e análises multivariadas (Oliveira *et al*, 2024). A escolha desse *software* foi devido a sua gratuidade e pelo programa ser de código aberto.

O *corpus* textual precisa ter apenas um foco para análise e deve ser homogêneo, logo, é importante realizar a limpeza do *corpus* textual por meio da reescrita de termos ou palavras, se necessário, para tornar o texto mais claro e prepará-lo conforme a norma culta da língua portuguesa (Camargo; Justo, 2021). Desse modo, a preparação do *corpus* textual ocorreu mediante as recomendações do tutorial do *software* Iramuteq.

Cada entrevista foi separada por uma linha de comando, onde identificou-se o entrevistado por sua numeração e variáveis coletadas do questionário sociodemográfico. As variáveis utilizadas foram: indivíduo, idade, tempo de atuação como enfermeiro em ESF, jornada de trabalho semanal. A seguir é exemplificado um modelo da linha de comando:

**** *Enfermeiro_1 *ID_43 *Tempo_atuação_mais_10_anos
 *Jorn_trab_semanal_até_30_horas.

A composição do *corpus* foi apenas com as respostas dos entrevistados para não gerar repetição nos termos. Após a preparação do *corpus* textual ocorreu a análise das entrevistas com o auxílio do Iramuteq.

Para a análise do *corpus* textual pelo *software* considerou-se as seguintes formas ativas: adjetivos, nomes comuns, formas não reconhecidas e verbos. As demais formas classificadas como complementares ou eliminadas não foram analisadas com o intuito de tornar a interpretação do Iramuteq mais direcionada.

Foram utilizadas as seguintes técnicas a partir do Iramuteq: Diagrama de Zipf, Nuvem de palavra, Análise de similitude, Classificação Hierárquica Descendente (CHD) e Análise Fatorial de Correspondência (AFC). Essas técnicas foram utilizadas respectivamente na ordem citada pela interpretação complementar que uma técnica dispõe da outra. Foram consideradas somente as palavras com frequência maior ou igual a 12 repetições, totalizando uma quantidade de 143 palavras.

A primeira análise realizada foi o Diagrama de Zipf por meio da opção estatísticas, onde o Iramuteq fornece um gráfico de frequências representado pelo eixo X acerca do número de palavras e pelo eixo Y, acerca do número de vezes que a palavra se apresenta no *corpus* textual (Camargo; Justo, 2021). O presente *corpus* textual teve as seguintes estatísticas textuais: número de texto (38), número de ocorrências (23689), número de formas (2016), número de hapax (937 (3.96% de ocorrências e 46.48% de formas)).

O número de texto refere-se à quantidade de entrevistas, o número de ocorrência diz respeito ao total de palavras, o número de formas são as diferentes palavras em um *corpus* textual, sejam elas ativas ou suplementares, e o número de hapax trata-se do número de palavras mencionadas no *corpus* apenas uma vez, com a representação em porcentagem de sua ocorrência em relação ao número total de palavras e sua porcentagem em relação ao total de formas.

Outra técnica de análise é a Nuvem de palavras, que é uma análise constituída mediante o quantitativo de vezes que a palavra é citada no *corpus* textual. Neste tipo de análise a importância da palavra é avaliada pelo seu tamanho, destaque em negrito e localização central da nuvem. Em contrapartida, a Análise de similitude permite avaliar a

ligação entre as palavras e essa ligação é significativa quando as palavras se apresentarem em tamanhos maiores e em negrito (Oliveira *et al*, 2024).

A respeito da CHD, é uma técnica realizada a partir do método de Reinert. Trata-se de um dendograma que pode ser ilustrado de diferentes maneiras, formado a partir da frequência de uma palavra mencionada no *corpus* textual, no qual o Iramuteq classifica essas palavras por meio de associações e níveis de percentuais. A CHD é considerada bem-sucedida quando a taxa de retenção dos segmentos de texto for maior ou igual a 75% (Camargo; Justo, 2021).

Outrossim, a AFC é o valor resultante do cruzamento das formas lexicais do *corpus* textual mediante as classes que resultaram da CHD, no qual apresenta as relações de proximidade entre as classes em um plano com quatro quadrantes com coordenadas X e Y (Camargo; Justo, 2021).

4.7 Aspectos éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa pelo CAAE: 82022424.4.0000.5546 e número do parecer: 7.109.112. Foram respeitados os aspectos éticos apresentados na resolução de nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (Brasil, 2013), principalmente quanto à confidencialidade dos profissionais envolvidos, onde estes, foram representados através de numeração. Antes da aplicação do questionário e entrevista, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi apresentado, lido, esclarecido e assinado pelos participantes e pela pesquisadora em duas vias. Além disso, a Secretaria Municipal de Saúde recebeu o Termo de Concordância da Instituição (TCI) para autorização da participação na pesquisa.

A pesquisa apresentou riscos como o estresse, pudor, cansaço físico e/ou mental, constrangimento ou desconforto em tirar dúvidas e insegurança quanto ao anonimato das respostas dos questionários. Dentre as medidas adotadas para minimizar os riscos que puderam ocorrer, utilizou-se do acolhimento, diálogo e ambiente acolhedor e privativo para diminuir o estresse, constrangimento e desconforto, como também, a garantia do anonimato através da numeração dos questionários e áudios dos entrevistados. Os dados obtidos foram armazenados em drive sigiloso e estão sob a posse do pesquisador por até cinco anos após as

entrevistas e, após esse período, serão apagados. Os dados foram armazenados conforme a resolução nº 510 de 07 de abril de 2016, que dispõe sobre normas aplicáveis a pesquisas em ciências humanas e sociais (Brasil, 2016).

Quanto aos benefícios, o direto diz respeito à reflexão da importância da orientação e elaboração do Plano de Parto nas consultas de pré-natal. Quanto aos benefícios indiretos, estão relacionados à melhoria da qualidade e efetividade do cuidado através de uma abordagem mais humanizada e integral, como também, contribui na ampliação do conhecimento acerca do Plano de Parto.

5 RESULTADOS

A partir da caracterização sociodemográfica e profissional dos enfermeiros entrevistados observou-se que é prevalente a faixa etária entre 40 a 49 anos, é majoritário o quantitativo de profissionais do sexo feminino e com estado civil casado(a). Além disso, predomina-se o nível de escolaridade com pós-graduação, tempo de serviço em ESF maior que 10 anos e jornada de trabalho entre 31 e 40h semanais, conforme demonstrado na tabela 1.

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica e profissional dos enfermeiros das Estratégia Saúde da Família, Aracaju-SE, Brasil, 2024.

Sexo	N (38)	100%
Feminino	33	86,84
Masculino	5	13,16
Faixa etária		
35-39	6	15,79
40-44	11	28,95
45-49	14	36,84
50-54	3	7,89
55-59	3	7,89
≥60	1	2,63
Estado civil		
Casado (a)	17	44,74
Solteiro (a)	11	28,95
Divorciado (a)	7	18,42
União estável	3	7,89
Escolaridade		
Ensino superior	2	5,26
Pós-graduação <i>lato sensu</i> ou <i>stricto sensu</i>	36	94,74
Tempo de serviço		
Entre 1 e < 2 anos	6	15,79
Entre 2 e 5 anos	5	13,16
> 10 anos	27	71,05
Jornada de trabalho semanal		
Até 30h	3	7,89
Entre 31h e 40h	16	42,11
Entre 41h e 60h	11	28,95
> 60h	8	21,05

Fonte: Dados da pesquisa, 2024.

Mediante a técnica de análise de conteúdo de Bardin elaborou-se o quadro 1, onde evidencia-se a estratificação das respostas dos entrevistados em relação às ações desenvolvidas, fatores contribuintes e dificultadores e importância do PP.

Quadro 1 – Análise de conteúdo das entrevistas realizadas com enfermeiros das Estratégia Saúde da Família através da técnica de Bardin. Aracaju-SE, Brasil, 2025.

Continua

Ações desenvolvidas para o PP	Fatores contribuintes para o PP	Fatores dificultadores para o PP	Importância do PP
Orientações e diálogo humanizado	Nova maternidade	Tempo	Empoderamento da gestante e participação nas decisões
Visita à maternidade	Visita à maternidade	Ausência de capacitação e de conhecimento	Autonomia e protagonismo
Elaboração do PP	Situação socioeconômica	Opiniões de familiares e de pessoas próximas	Conhecimento dos direitos e do que se espera no parto
Grupo de gestante	Vínculo entre gestante e profissional	Medo da frustração das gestantes	Tranquilidade e preparação para o parto
	Conhecimento técnico-científico do profissional	Resistência dos profissionais das maternidades em aplicar o PP	Menor risco de violência obstétrica e iatrogenias
	Demanda reduzida de pré-natal	Grande demanda no serviço de saúde	Parto mais humanizado
	Conscientização da mulher	Ausência de protocolo clínico	Segurança

Continuação

	Nível de escolaridade	Nível de escolaridade	
		Ausência de institucionalização de formulário	
		Ausência de enfermeiros e médicos obstetras na ESF	

Fonte: Elaboração própria, 2025.

5.1 Ações desenvolvidas para a elaboração do Plano de Parto

Em relação às ações desenvolvidas para a elaboração do PP apenas 2 profissionais mencionaram não realizar nenhuma ação a respeito do PP, os demais destacaram as orientações e a visita à nova maternidade em transporte fornecido pelo município:

[...] eu começo com orientações, né? e ultimamente, após a inauguração da nova maternidade a gente vem tendo acessibilidade a conhecer a maternidade e orienta que a gestante pode ir até a maternidade sozinha e dizer que quer conhecer a maternidade. Como também a secretaria vem fazendo uma ação que eles disponibilizam um transporte para conduzir essa gestante até a maternidade junto com um acompanhante (Entrevistado 35).

A orientação foi amplamente mencionada como a principal estratégia de todos os profissionais, e a visita à maternidade foi descrita positivamente como uma estratégia desenvolvida pelo município em uma nova maternidade com estrutura adequada para o atendimento ao parto humanizado, onde a gestante junto a um acompanhante de escolha realiza a visita em um transporte disponibilizado pelo município.

Porém, apenas 3 enfermeiros realizam a elaboração do PP junto às gestantes e 4 desenvolvem grupos de gestantes, todos com pós-graduação e tempo de atuação em ESF com

mais de 10 anos. Todavia, os que desenvolvem a elaboração não são os mesmos que realizam os grupos com as gestantes.

5.2 Fatores contribuintes e dificultadores para o desenvolvimento do Plano de Parto

A respeito dos fatores contribuintes para o desenvolvimento do PP, a estrutura da nova maternidade e a disponibilização da visita, assim como, a situação socioeconômica e o vínculo entre gestantes e profissionais foram os principais fatores mencionados.

Em contrapartida, entre os fatores dificultadores destacaram-se o tempo insuficiente entre 20 a 30 minutos para a consulta de pré-natal, a ausência de capacitação e de conhecimento pelos profissionais a respeito do tema, as opiniões de familiares e pessoas próximas a gestante que interferem nas orientações fornecidas pelo profissional, o medo da frustração das gestantes e a resistência dos profissionais das maternidades em aplicar o PP, ausência de protocolo clínico e de institucionalização. Além disso, é possível afirmar que o nível de escolaridade diverge entre os fatores contribuintes e dificultadores, assim como a demanda de pré-natal, que pode ser reduzida em algumas unidades. Abaixo segue algumas falas dos entrevistados:

O plano de parto a gente não elabora no papel. Então uma das coisas que dificulta é a falta de um protocolo para que o pré-natal na assistência básica “aconteça”, a falta de formulários pré-estabelecidos pela instituição num plano de parto para que a paciente fique com ela. No momento a gente está fazendo empiricamente, né? A gente só conversa, registra, não tem nem espaço na caderneta de gestante para inserir isso. Seria interessante se tivesse uma caderneta de gestante assim porque a gente já estaria ali anotando (Entrevistado 3).

Acho que às vezes falta tempo durante a consulta porque temos quantidade de limite de tempo. Eu tenho meia hora para fazer uma consulta. Então se for é primeira consulta ou alguma paciente com comorbidade a gente ultrapassa dos trinta minutos. Então para ainda fazer plano de parto se for nos trinta minutos não daria tempo. E falta também treinamento e capacitação por parte da gestão colocarmos em prática a elaboração do plano. [...] a ESF faz todo o pré-natal, mas quando entra na parte de parto a

gente não pode nem sugerir isso ou aquilo porque vai depender muito da assistência do hospital, da maternidade (Entrevistado 6).

Profissionais que trabalham em unidades que têm uma demanda grande de gestantes não tem tanto tempo para estar explicando, sensibilizando essa paciente em relação aos direitos dela, o que ela pode, o que ela deve. E às vezes, a consulta é mais técnica mesmo. [...] eu acho que o plano de parto não é um instrumento bem aceito nas maternidades e apesar de a maioria das minhas gestantes terem ensino médio algumas não têm esse entendimento. Muitas têm medo de falar com a equipe, de se indispor. Que esse conhecimento que ela adquire não seja motivo de estresse ou frustração, de ela planejar um parto e quando chega lá com tudo aquilo planejado não ser concretizado, e ao invés de ter um parto tranquilo, deixa a maternidade frustrada porque não teve suas necessidades atendidas (Entrevistado 19).

Eu não tive nem na graduação, nem durante o trabalho profissional nenhum tipo de orientação a respeito da elaboração do plano de parto. [...] O próprio serviço de saúde não tem um protocolo para isso, a gente não tem um formulário para poder aplicar, uma instrução. [...] a gente ouve bastante de mulheres da não aplicação, da não aceitação do plano de parto na maternidade. Ainda assim, eu sei a partir de informações de colegas que ainda não atendem muito o plano de parto. Acho que outra dificuldade é a maternidade não ser humanizada. A gente tem a nova maternidade hoje em dia que já é mais humanizada, mas ainda tem outras maternidades. [...], mas ainda há uma resistência dos profissionais nas maternidades em aplicar o plano de parto (Entrevistado 26).

5.3 Importância do Plano de Parto para o protagonismo da mulher

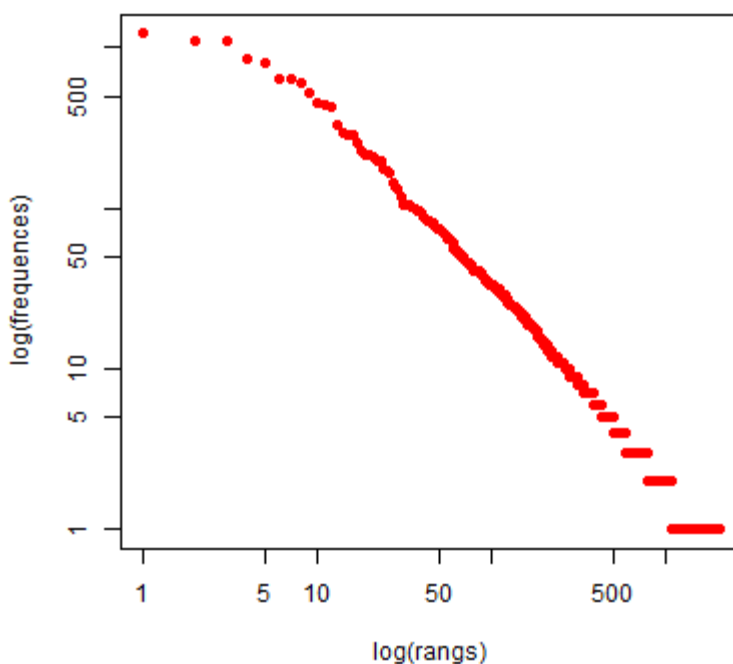
Quanto à importância do PP, os profissionais ressaltaram o empoderamento da gestante e participação nas decisões, autonomia e protagonismo, conhecimento dos direitos e do que se espera no parto, tranquilidade e preparação para o parto e o menor risco de violência obstétrica e iatrogenias:

Eu vejo como viável o uso desse plano, uma vez que oferece a gestante um conhecimento maior sobre a maternidade, sobre o parto e ao mesmo tempo faz com que ela tire suas dúvidas ao mesmo tempo que ela responde ao questionário, as perguntas relacionadas ao parto. [...] Eu acho que o plano de parto vai oferecer autonomia, vai oferecer autocontrole das escolhas e decisões dela, fazer com que ela cobre aquilo que é direito dela, que existe na lei, que muitas vão lá e não sabem, entram mudas e saem caladas. E às vezes, sofrem alguma violência obstétrica e nem sabem que estão sofrendo, então esse instrumento, ajuda elas a terem um norte, uma orientação, uma educação, ficam mais instruídas, orientadas sobre direitos e deveres que elas vão ter naquele momento tão importante na vida delas que é o parto (Entrevistado 34).

5.4 Análise Multidimensional de Textos e Questionários (IRaMuTeQ-0.8a7)

Quanto aos resultados do *software* IraMuTeQ, a primeira análise realizada foi estatísticas textuais, onde foi possível avaliar o Diagrama de Zipf. Esse diagrama ilustra em gráfico a distribuição de frequência das palavras no corpus textual representada na figura 1.

A Figura evidencia uma regularidade na distribuição das palavras, pois poucas palavras são repetidas com frequência (eixo Y), o que sugere a existência de um núcleo terminológico estável e coesionador, entretanto, existe uma maior frequência nas palavras repetidas poucas vezes, como ocorre nas palavras hapax, caracterizadas como as palavras mencionadas apenas uma única vez no corpus (eixo X), que indica uma notável diversidade e especialização vocabular. É um tipo de padrão comum em textos técnicos ou acadêmicos, onde termos e jargões específicos aparecem poucas vezes, mas possui relevância no desenvolvimento do argumento.

Figura 1 – Diagrama de Zipf.

Fonte: Elaborada com o *software* IRAMUTEQ (IRaMuTeQ-0.8a7), 2025.

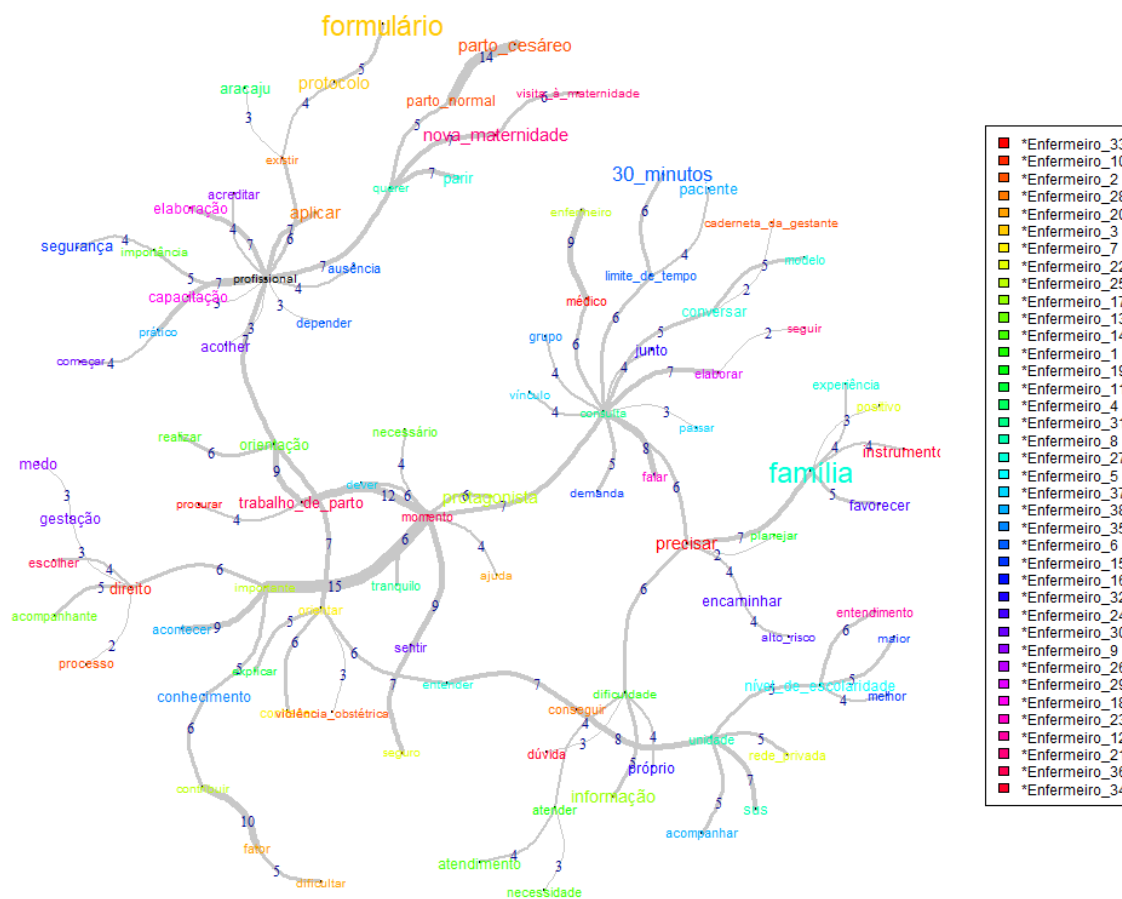
Mediante o critério de frequência das palavras mais mencionadas, realizou-se uma nuvem de palavras com as palavras repetidas pelo menos 12 ou mais vezes. As palavras são agrupadas e organizadas em gráfico segundo a frequência de menção, a partir do corpus textual utilizado, destacadas pelo tamanho da letra e localização, ou seja, as palavras mais citadas são maiores e mais centralizadas: *plano de parto*, *gestante*, *parto*, *maternidade*, *mulher*, *pré-natal*, conforme a figura 2.

Figura 3 – Análise de similitude do *corpus* textual subdividido em comunidades.



Fonte: Elaborada com o *software* IRAMUTEQ (IRaMuTeQ-0.8a7), 2025.

Figura 4 – Análise de similitude do *corpus* textual com associação da variável enfermeiro.



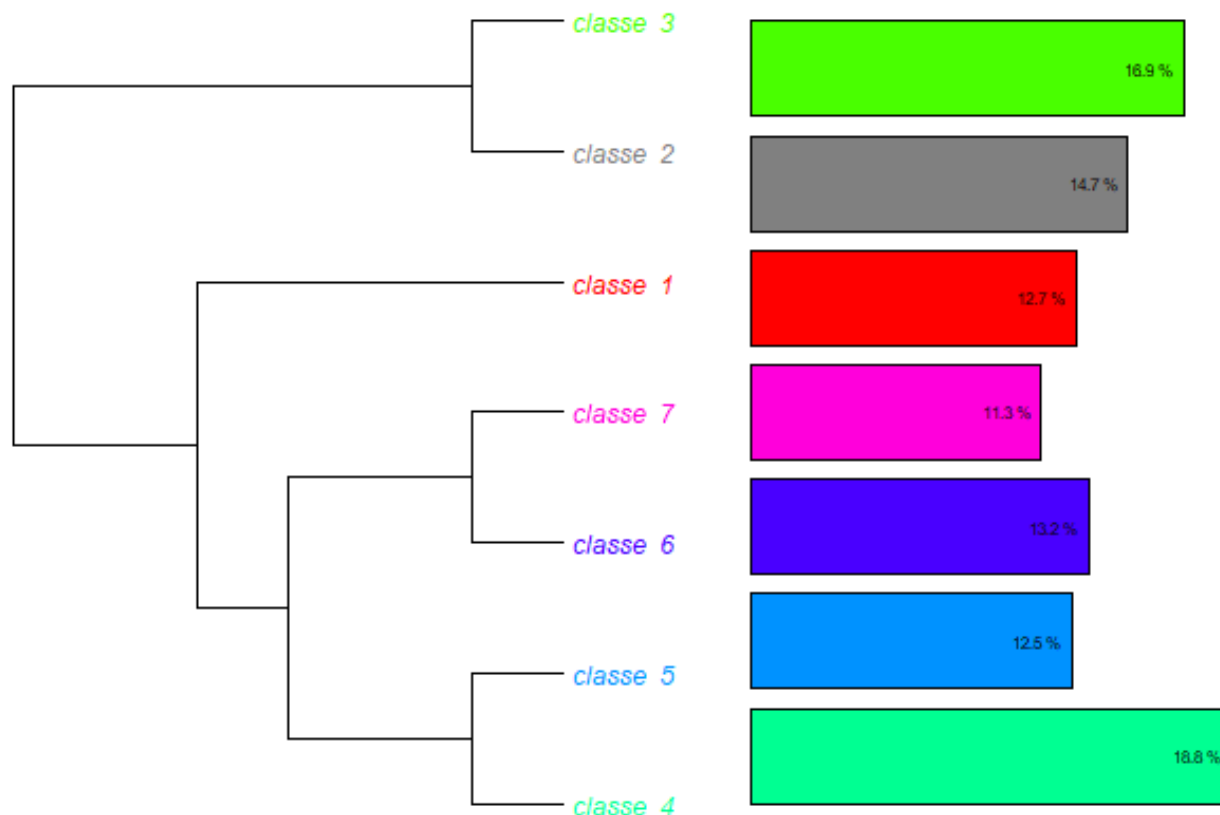
Fonte: Elaborada com o *software* IRAMUTEQ (IRaMuTeQ-0.8a7), 2025.

Em seguida, na Figura 5 visualiza-se o dendograma da classificação do *corpus* textual subdividido em classes com as respectivas porcentagens de participação das palavras resultantes do *corpus* textual das entrevistas. A taxa de retenção dos segmentos de texto foi de 87,96%, logo, a partir da retenção do *corpus* textual, ele foi dividido em dois subcorpus.

No primeiro subcorpus obteve-se a divisão na classe 3 (verde-limão) com 16,9% das palavras e na classe 2 (cinza) com 14,7% das palavras. No segundo subcorpus obteve-se três subdivisões, a primeira foi a classe 1 (vermelho), correspondente a 12,7%. A partir da segunda subdivisão originou-se duas repartições, as classes 7 (roxo) e 6 (azul escuro),

correspondentes a 11,3% e 13,2% respectivamente. Na terceira subdivisão originou-se outras duas repartições, a classe 5 (azul claro) com 12,5% e a classe 4 (verde-água) com 18,8%.

Figura 5 – Dendograma da classificação do *corpus* textual em classes.



Fonte: Elaborada com o *software* IRAMUTEQ (IRaMuTeQ-0.8a7), 2025.

A figura 6 detalha os resultados da figura 5 através de um dendograma da CHD com as palavras mais mencionadas em cada classe. Esse método permite analisar a correlação entre os termos, inseridos em um mesmo segmento textual, ou seja, verifica-se como se organizam os termos em classes.

Mediante essa análise é possível descrever o contexto atribuído em cada classe e nomear essas classificações. É possível observar que a classe 4 (verde-água) é a mais significativa com 18,8% e possui como palavras representativas as seguintes: *acontecer*, *plano de parto*, *planejamento*, *acreditar* e *importante*. Essa classe possui forte vinculação com a classe 5 (azul claro) com 12,5% e menciona como as palavras mais citadas as

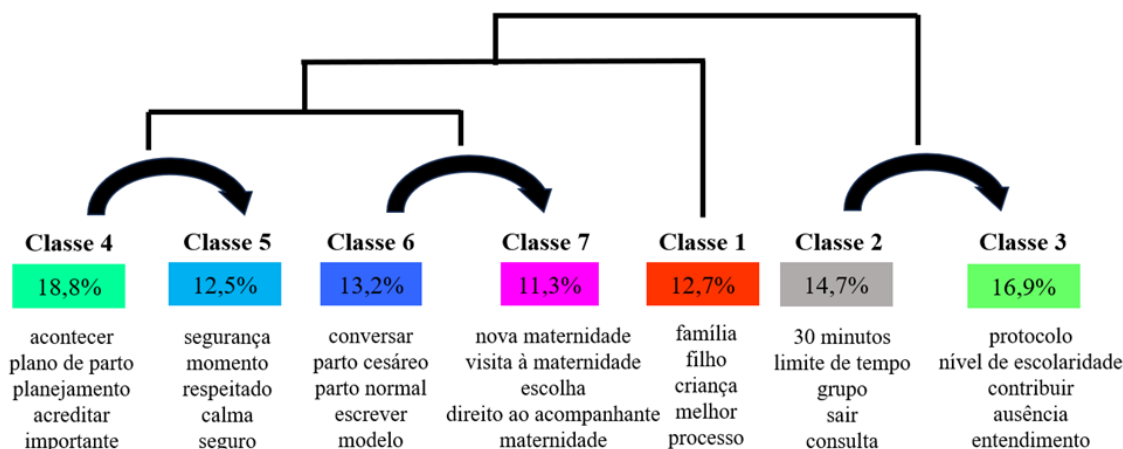
seguintes: *segurança, momento, respeitado, calma e seguro*. A relação das classes 4 e 5 estabelece a categoria 1: desenvolvimento do PP.

Posteriormente a classe 4, a classe 3 (verde-limão) é a mais significativa com 16,9% do *corpus* textual com as seguintes palavras mais mencionadas: *protocolo, nível de escolaridade, contribuir, ausência e entendimento*. Essa classe tem forte ligação com a classe 2 (cinza) com 14,7% de representatividade e evidencia como palavras mais evocadas as seguintes: *30 minutos, limite de tempo, grupo, sair e consulta*. A associação das classes 2 e 3 estabelece a categoria 2: fatores contribuintes e dificultadores do desenvolvimento do PP.

Subsequente a classe 2, a classe 6 (azul escuro) possui 13,2% de representatividade do *corpus* textual com as seguintes palavras mais evocadas: *conversar, parto cesáreo, parto normal, escrever e modelo*. A classe 6 está diretamente associada à classe 7 (roxo), porém menos representativa com 11,3% das palavras do *corpus*, sendo as palavras mais mencionadas as seguintes: *nova maternidade, visita à maternidade, escolha, direito ao acompanhante, maternidade*. As classes 6 e 7 estabelece a categoria 3: ações e direitos da mulher a respeito do PP.

Diferente das demais classes, a classe 1 (vermelho) não tem vinculação direta expressiva com outra classe, porém possui 12,7% de expressividade sendo a antepenúltima entre as sete classes e possui como palavras mais mencionadas as seguintes: *família, filho, criança, melhor e processo*. A classe 1 diz respeito ao contexto familiar. Todavia, existe uma associação entre o conjunto das classes 4, 5, 6 e 7 com a classe 1, assim como as classes 4, 5, 6 e 7 também se associam com o conjunto das classes 2 e 3.

Figura 6 – Dendrograma da Classificação Hierárquica Descendente do *corpus* textual.



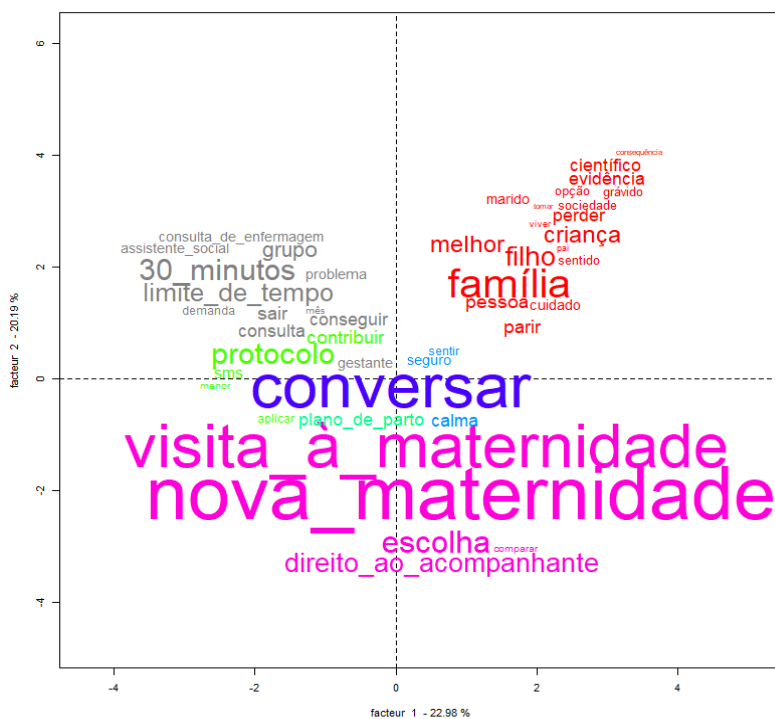
Fonte: Autoria própria (*software* IRAMUTEQ adaptado (IRaMuTeQ-0.8a7)), 2025.

Decorrente da CHD, a disposição dos elementos lexicais em suas respectivas classes é analisada através da AFC, que corresponde ao valor resultante do cruzamento das formas lexicais do *corpus* textual mediante as classes que resultaram da CHD, no qual apresenta as relações de proximidade entre as classes em um plano com quatro quadrantes com coordenadas X e Y (Camargo; Justo, 2018), conforme a figura 7. A AFC é capaz de revelar padrões temáticos e a força entres associações em um plano fatorial, ou seja, evidencia em distintos grupos de textos, através de gráficos, quais termos são mais característicos em cada grupo.

Verifica-se que apesar de ter alguma proximidade, a classe 1 (vermelho) é a mais distante em relação às demais classes, sendo possível afirmar a existência de dois grupos a partir das falas dos entrevistados (figura 7). Além disso, observa-se que a palavra *conversar*, presente na classe 6 (azul escuro) está no centro do gráfico e em destaque pelo tamanho da letra em relação às demais, exceto pelos termos *nova maternidade* e *visita à maternidade*, presente na classe 7 (roxo), no qual se sobressai pelo tamanho da letra, mas, ambas as classes possuem forte ligação entre si. Ademais, outros termos relevantes segundo a figura 7 são *família*, *30 minutos*, *escolha*, *direito ao acompanhante*, *limite de tempo* e *protocolo*.

A interpretação da distribuição desses termos é equivalente a proximidade entre as classes, ou seja, quanto mais próximo uma palavra estiver da outra, mais próxima são as falas dos entrevistados, logo, essas classes possuem maior ligação, e quanto mais distante as falas, mais distante é a distribuição das palavras e classes no plano.

Figura 7 – Análise Fatorial de Correspondência.



Fonte: Elaborada com o *software* IRAMUTEQ (IRaMuTeQ-0.8a7), 2025.

6 DISCUSSÃO

6.1 Desenvolvimento do Plano de Parto

A respeito das ações para o desenvolvimento do PP, apenas 5% dos profissionais mencionaram não realizar nenhuma ação para a elaboração do PP, nem mesmo orientações durante as consultas. Em contrapartida, entre os que realizam alguma ação, destaca-se a orientação, o diálogo e a visita à nova maternidade como principais estratégias realizadas. Ademais, embora somente 10% dos enfermeiros realizem grupos de gestantes, a criação de grupos com as gestantes foi citada como provável estratégia contribuinte a ser desenvolvida para a elaboração do PP.

A partir da análise do dendograma da CHD, pode-se afirmar que o PP é visto como um tema importante pelos entrevistados, onde as gestantes precisam ser orientadas quanto aos seus direitos. É essencial que o PP seja trabalhado durante o pré-natal como direito da mulher para que essa tecnologia se adeque as necessidades e desejos da gestante (Narchi *et al*, 2019).

A respeito dos fatores contribuintes, a situação socioeconômica e o nível de escolaridade favorável da população em algumas ESF estão associados ao letramento em saúde, onde o profissional é questionado a respeito do PP durante as consultas de pré-natal.

Esse positivo letramento em saúde facilita o entendimento das gestantes e a conscientização de seus direitos (Tavananezhad *et al*, 2022), além de fortalecer a elaboração e posterior aplicação do PP, sobretudo quando existe vínculo entre gestante e profissional de saúde. Entretanto, a presença da vulnerabilidade social também existente em algumas ESF é fator dificultador para o entendimento e garantia de seus direitos, principalmente no momento do parto.

Destacaram-se também outros fatores dificultadores, como o limite de tempo de 30 minutos, a ausência de protocolo e dificuldade de entendimento por algumas gestantes associado ao nível de escolaridade.

É importante destacar que não existe um tempo pré-estabelecido para iniciar ou terminar as orientações e ações para o desenvolvimento do PP, pois, o tempo de planejamento para a elaboração do PP precisa estar em conformidade com as limitações de cada gestante e de seu acompanhante, visto que, as ações para o desenvolvimento do PP precisam ser

pautadas a partir do letramento em saúde e da educação em saúde, pois, o letramento em saúde são habilidades e competências adquiridas através da educação em saúde, e estas precisam ser trabalhadas para o desenvolvimento do PP (Peres, 2023).

Trigueiros *et al* (2022) aponta a necessidade de ampliação e desenvolvimento da educação em saúde às gestantes e educação permanente aos enfermeiros com o objetivo de favorecer o empoderamento e esclarecimento das gestantes a respeito do parto.

Um estudo realizado no estado de Sergipe no município de Lagarto em uma UBS com 39 gestantes em 5 rodas de conversa acerca do uso do PP evidenciou que o perfil das entrevistadas é caracterizado pela cor parda, de baixa escolaridade e sem vínculo empregatício. Logo, destaca-se a vulnerabilidade social existente e a baixa instrução devido à escolaridade, assim como, dificuldade de compreender as orientações acerca do processo gestacional. Esses fatores dificultam o letramento em saúde e propiciam o desenvolvimento de violência obstétrica, além da raça ser fator de desigualdade social (Santos *et al.*, 2021).

Em outro estudo que entrevistou 415 puérperas participantes da Exposição interativa Sentidos do Nascer quando ainda estavam grávidas, sobre parto e nascimento, com o objetivo de criticar o cenário do excesso de medicalização no parto, perda do protagonismo da mulher e exploração do parto como meio lucrativo, evidenciou que 60% (n = 249) realizaram o PP durante o pré-natal, destas, 54,6% (n = 136) pariram em hospitais particulares, entretanto, apenas 234 mulheres das que realizaram o PP descreveram suas experiências, no qual 65% tiveram o PP praticado (n = 152), em 22,6% não foi praticado por intercorrências (n = 53) e em 12,4% não foi praticado por resistência dos profissionais (Santos *et al*, 2019).

Segundo Santos *et al* (2019), as entrevistadas descreveram o PP como um instrumento útil com necessidade de ser incentivado devido tratar sobre os direitos que devem ser garantidos às mulheres, pois muitos são negligenciados, principalmente em mulheres negras e com baixa condição socioeconômica, no qual ocorrem com mais frequência as violências obstétricas. Contudo, apesar das dificuldades, o PP empodera a gestante, seu acompanhante e familiares, assim como, a torna protagonista e a insere nas decisões junto aos profissionais, reduzindo a violência obstétrica ainda existente.

Ademais, é importante destacar que a violência obstétrica é um tipo de violência institucional por ocorrer em instituições de saúde, e que pode ser impulsionada pelo

preconceito cultural, etário, econômico, de raça, de gênero, entre outros, conforme descrito por Ildefonso *et al* (2025).

Como sustentação da discussão anterior, Machado *et al* (2025) manifesta a fragilidade da cultura de segurança do paciente na APS, compreendida como uma possível causa da violência institucional. Os autores evidenciaram que profissionais com menor carga de trabalho estão mais dispostos ao atendimento e prestação de serviços.

6.2 Fatores contribuintes e dificultadores do desenvolvimento do Plano de Parto

Apenas aproximadamente 8% dos profissionais realizam a elaboração do PP junto às gestantes, estes são enfermeiros com pós-graduação e tempo de atuação em ESF maior de 10 anos, esse fato pode ser justificado pela ausência de formalização das diretrizes curriculares nas formações anteriores que abordassem o PP. Todavia, devido ao perfil dos entrevistados ser majoritariamente enfermeiros com mais de 10 anos de atuação, compará-los aos recém-formados é desproporcional.

Um estudo descritivo realizado com estudantes de graduação de enfermagem do estado de São Paulo concluiu que foi majoritário o quantitativo de estudantes que conhecem, desenvolvem e consideram importante a utilização do PP, porém, existe uma escassez de estudos a respeito da temática, logo, é notória a necessidade da abordagem teórica e prática a respeito do PP na formação dos enfermeiros, visto que, são os principais atores no cuidado às mulheres nas unidades de saúde (Narchi *et al*, 2019).

Logo, mesmo com a experiência desses profissionais, leis e diretrizes que garantem direitos a essas mulheres, o PP, instrumento de humanização e empoderamento no processo de parturição, não é discutido amplamente nos serviços de saúde e são poucas as estratégias de fortalecimento para a sua implementação, visto que, as principais ações mencionadas nas entrevistas foram as orientações e a visita a nova maternidade, como também, prevaleceu os profissionais que relataram ter dificuldade em desenvolver o PP por não ter capacitação e não se sentir seguro para implementar o instrumento.

De Santana *et al* (2020) corrobora com o parágrafo anterior ao afirmar que a prática da elaboração e implementação do PP não é uma prática consolidada no Brasil. Porém, os autores argumentam que a baixa produção de estudos com alto nível de evidência sobre a

temática justifica-se por se tratar de um tema de recente discussão. Ademais, com base no desenvolvimento de uma revisão de escopo, Trigueiro *et al* (2021) confirmam a necessidade de treinamentos e sensibilização aos profissionais de saúde envolvidos no processo de elaboração e aplicação do PP, a fim de tornar essa tecnologia efetiva.

O tempo estimado de 20 a 30 minutos para a consulta de pré-natal também foi abordado como fator dificultador para a elaboração do PP, visto que, a abordagem realizada na consulta de pré-natal varia a depender da semana gestacional, das queixas relatadas, das comorbidades pré-existent e desenvolvidas na gestação e da situação em que essa mulher esteja inserida, pois, quanto maior a vulnerabilidade, maior a exposição a riscos e consequentemente essa mulher precisará mais da equipe de saúde.

O estudo de Iskandar *et al* (2025) concluiu que o tempo de espera reduzido e consultas com maiores duração influenciam na qualidade da assistência pré-natal. Os autores mencionam que a qualidade do pré-natal é influenciada pela frequência das consultas, existência de plano de saúde e nível de escolaridade das gestantes. Porém, evidenciou-se baixa qualidade na assistência pré-natal às gestantes com maior nível de escolaridade.

Podemos sugerir a ideia de maior tempo de consulta pré-natal no primeiro trimestre, visto que, Iskandar *et al* (2025) elucida que a primeira consulta pré-natal é mais completa com a solicitação de exames, identificação e tratamento de potenciais problemas de saúde. Além disso, a Fiocruz (2021) corrobora com a afirmação ao indicar consultas de pré-natal mensal até a 28ª semana gestacional, quinzenal entre a 28ª e 36ª semana gestacional e semanal a partir da 36ª semana gestacional, fato que tende a reduzir o tempo da consulta devido ao aumento da quantidade de consulta.

Porém, ao estipular o tempo exato de consulta a se seguir, fere-se o princípio da equidade, pois cada indivíduo é um ser único, inserido em contextos sociais distintos, de modo que devem ser assistidos conforme suas necessidades (Hudon *et al*, 2023). Em contrapartida, as unidades de saúde com poucas gestantes conseguem ter mais vantagem em aplicar o PP, por conseguir atender as gestantes com mais tranquilidade. Todavia, nos serviços de saúde em geral, a demanda costuma ser alta e sobrecarrega os profissionais (Almeida *et al*, 2025), o que dificulta a qualidade da consulta de pré-natal.

Além disso, a ausência de capacitações, protocolo clínico e de institucionalização, conforme mencionado pelos entrevistados, também fortalece a resistência dos profissionais

nas ESF em desenvolver o PP junto às gestantes por desconhecimento e dúvidas a respeito do tema e de sua elaboração, sendo mencionado ocasionalmente pelos entrevistados o conhecimento técnico-científico prévio do profissional como único fator contribuinte.

Estudos corroboram com o parágrafo anterior ao afirmar que parte das limitações existentes a respeito do PP seriam resolvidas mediante a capacitação dos profissionais de saúde sobre a temática, sobretudo quanto ao uso desta tecnologia. Além disso, elucida que é necessário instrumentalizar o PP na graduação e na pós-graduação para que ele seja efetivo na assistência obstétrica, assim como, sua efetivação na rotina de consulta de pré-natal por meio de protocolos institucionais (Dos Santos *et al*, 2025; Silva *et al*, 2025).

Moraes; Yoshioka; Bonini (2020) evidenciam que além do desconhecimento da existência do PP pelos profissionais de saúde, outros motivos pelos quais esta tecnologia quase não é utilizada corresponde à perda de autonomia técnica dos profissionais e ausência de estrutura nas maternidades do Brasil. Dessa forma, discute-se a necessidade de políticas públicas que venham a tornar efetiva a utilização do PP, além da formação desses profissionais de saúde, divulgação da tecnologia e investimentos das maternidades para que seja possível realizar a implementação do PP.

De acordo com Narchi *et al* (2019), após entrevistas com estudantes de enfermagem de uma universidade de São Paulo, discutiu-se que o PP precisa ser elaborado entre a 34ª e a 36ª semana gestacional, junto à gestante e de preferência com a participação do acompanhante de escolha, com a garantia de que a gestante e o acompanhante compreendam as informações discutidas no documento, portanto, recomenda-se a discussão do PP em mais de um encontro. A tecnologia pode ser apresentada em grupos de gestantes e acompanhantes, desde que, seja realizado o preenchimento individual do PP pela mulher, após o esclarecimento de todas as dúvidas.

Em contrapartida, Ghahremani *et al* (2023) propõem que ocorram discussões dos tipos de PP e preferências das gestantes, de maneira que esta tecnologia seja desenvolvida no início da gestação, e que seja determinado o que é seguro e viável.

Ademais, afirmam ser necessário que a equipe garanta a efetivação do vínculo com a gestante para que ela busque acesso a esclarecimentos adicionais sempre que precisar. Após concluído, o instrumento deve ser assinado em duas vias, uma anexada na caderneta da gestante e a outra no prontuário. Posteriormente, a gestante deve apresentar o documento aos

profissionais da maternidade quando ocorrer a internação para o trabalho de parto, e por fim, após o parto, deve-se avaliar como ocorreu a aplicação do PP e o nível de satisfação da mulher, ou seja, se ela teve os seus direitos e desejos respeitados (Narchi *et al*, 2019).

Portanto, a realização de educação permanente com os profissionais de saúde, o desenvolvimento de um protocolo clínico para condução da elaboração do PP e a institucionalização de um PP de linguagem clara, acessível e que possa ser adaptado às necessidades individuais de cada mulher são estratégias para tornar essa tecnologia efetiva nos serviços de saúde (Medeiros *et al*, 2019).

Ademais, Santana *et al* (2023) evidencia que a realização de educação em saúde e oficinas em espaços da comunidade e na própria unidade de saúde também são estratégias eficazes para garantir o desenvolvimento de ações e orientações a respeito do PP, sobretudo, em unidades com grande demanda, onde apenas a consulta de pré-natal é insuficiente para desenvolver o PP.

A educação em saúde e oficinas em grupos desenvolvem o senso crítico e proporcionam a sensação de pertencimento da mulher nesses grupos, tornando-se um ambiente propício para esclarecer dúvidas, compartilhar angústias e transmitir segurança a essas mulheres quanto aos seus direitos, o que fortalece o vínculo entre as gestantes e profissionais de saúde, e conseqüentemente, aumenta a adesão ao PP.

Logo, é fundamental que ocorra uma mudança estrutural e processual nos serviços de saúde para garantir o acompanhamento adequado, assim como, é necessário estimular a atuação dos enfermeiros, sobretudo, no pré-natal e trabalho de parto, para fortalecer as práticas humanizadoras e propiciar a adesão ao PP (Velho *et al*, 2019).

6.3 Ações e direitos da mulher a respeito do Plano de Parto

A respeito da análise de similitude pelas falas dos entrevistados é possível afirmar que a orientação é a principal ação realizada pelos profissionais durante as consultas de pré-natal. Apesar desses profissionais possuírem dificuldades a respeito do PP, eles têm como dever profissional desenvolvê-lo, pois, torna o momento do trabalho de parto tranquilo e promove segurança e protagonismo para a parturiente.

Magalhães *et al* (2022) evidenciam que devido a construção do PP influenciar positivamente o trabalho de parto e os desfechos do binômio, é essencial que os profissionais sejam apoiadores e incentivadores quanto ao desenvolvimento do PP e na atuação das mulheres como protagonistas do seu parto, estimulando-as ao conhecimento do processo para que elas estejam preparadas. Os autores também destacam a importância de políticas de saúde que divulguem e estimulem ações referentes à temática, assim como, defende a necessidade de qualificação profissional para que os profissionais de saúde estejam aptos e qualificados para a elaboração, desenvolvimento e implementação do PP.

Um dos direitos em destaque nas entrevistas do atual estudo é a visita à nova maternidade proposta pelo município, com banheira, sala para preparação ao parto, bola suíça, banquetas, entre outros. Apesar desta humanização estrutural, a insegurança entre os profissionais é referente a assistência que será prestada às gestantes e a seus acompanhantes.

Porém, apesar da humanização estrutural da nova maternidade, os entrevistados não mencionam a garantia de visita às demais maternidades e unidades similares, conforme a lei nº 11.634/2007 (Brasil, 2007), que garante à gestante o direito de conhecimento prévio da maternidade onde receberá assistência, tornando-se um “limitador de acesso”.

Segundo Trigueiro *et al* (2022), um estudo exploratório vinculado a um projeto de extensão de uma universidade do Paraná, o qual ofertou consultas de enfermagem e a elaboração individual do PP a partir da 37ª semana gestacional, evidenciou que apesar do prevalente número de gestantes ter visitado à maternidade, algumas não tiveram conhecimento deste direito pela ESF em que eram assistidas, o que comprova a deficiente comunicação existente entre a ESF e a maternidade a respeito do que é oferecido. Além disso, dentre as 19 entrevistadas somente duas afirmaram receber informações a respeito do parto durante as consultas de pré-natal, e quatro relataram que o tema apenas é abordado se questionado por elas.

Ademais, a visita à nova maternidade não ocorre com frequência necessária para atender a todas as gestantes, pois é determinada uma idade gestacional mínima, assim como, questionou-se o fato do dia e horário ser informado em prazo curto, fatores que podem dificultar a participação das gestantes com seus acompanhantes nas visitas.

Questiona-se também a presente deficiência na comunicação efetiva da Rede de Atenção à Saúde (RAS), identificada pela ausência da comunicação entre a maternidade e a

ESF, fator contribuinte para a resistência dos profissionais da ESF em elaborar o PP, pelo medo do instrumento não ser aplicado pelos profissionais na maternidade, devido à resistência destes profissionais.

Logo, além da estrutura humanizada, as relações interpessoais e a efetividade das leis e diretrizes também fazem parte da garantia do atendimento humanizado (Nascimento, 2021), no qual, essa humanização integral deve ser garantida durante toda a gestação, parto e puerpério. Segundo Costa *et al* (2021) é necessário incentivar os profissionais a realizarem novos estudos para transformar a sua prática em saúde, em prol de uma assistência humanizada mediante o cuidado integral. Além disso, o PP proporciona a comunicação entre os serviços de saúde por meio da RAS.

Um fator associado a vulnerabilidade social que foi indiretamente apontado pelos profissionais é o medo ainda existente entre os pacientes em contradizer o profissional que é “detentor do conhecimento”, sobretudo na maternidade, onde geralmente têm-se menor vínculo em relação a ESF.

Segundo Vieira *et al* (2025), como resultado de uma pesquisa qualitativa com gestantes e puérperas, evidenciou-se que ainda é presente a centralidade do saber pelo profissional de saúde, visto que, relatou-se que muitos desconsideraram as preferências e necessidades das mulheres, com atuação intervencionista prejudiciais e por vezes violentas.

Esse pensamento de centralidade no profissional de saúde precisa ser desconstruído para tornar essas mulheres empoderadas a respeito de seus direitos e vontades, todavia, os riscos e situações que necessitem de possíveis intervenções comumente desapropriadas também precisam ser esclarecidas com as gestantes e seus acompanhantes para não causar incompreensão durante o parto, o que torna necessário que a construção do PP seja em conjunto com a gestante e os profissionais de saúde.

Entretanto, as opiniões de familiares e de pessoas próximas, ocasionalmente, pode dificultar esse processo de educação em saúde. Todavia, Loiola *et al* (2020) são contrários a essa afirmação ao defender que os familiares são membros eleitos pelas gestantes no compartilhamento do nascimento.

Além disso, Trigueiro *et al* (2021) afirmam que cada vez mais os profissionais de saúde reconhecem o PP como oportunidade de promoção da educação em saúde e divulgação de direitos. O instrumento é visto como adaptável e flexível às necessidades individuais,

dessa forma, não existe um modelo único correto que atenda à todas as gestantes, logo para o desenvolvimento desta tecnologia é necessário que haja informação compartilhada, vínculo estabelecido e respeito mútuo, sobretudo ao esclarecer condições e desfechos que possam vir a ser negativos, a fim de prevenir desentendimentos e frustrações.

Apesar de não ter sido encontradas evidências científicas consistente a respeito do desenvolvimento de um sistema eletrônico, essa estratégia permitiria a comunicação, elaboração, implementação do PP e acompanhamento das ações desenvolvidas nas ESF, maternidades e unidades similares. É um sistema necessário para fortalecer a RAS, a institucionalização do PP e a disseminação desta tecnologia. Porém, também é essencial que todas as maternidades e unidades similares permitam a visita da gestante e seu acompanhante antes do parto, em dias e horários flexíveis.

6.4 Aplicação dos principais conceitos da teoria humanística de Paterson e Zderad no desenvolvimento do Plano de Parto

O enfermeiro e a gestante fazem parte do componente *pessoa*, são indivíduos únicos e capazes de adaptar-se, interagir-se e influenciar-se com o que está ao redor deles. Juntos são capazes de desenvolverem um PP capaz de suprir as necessidades da gestante. Entretanto, é necessário que a mulher seja assistida quanto ser biopsicossocioespiritual para que o desenvolvimento do PP seja realizado de maneira holística e humanizada.

Segundo Shareef *et al* (2024), a partir de entrevistas realizadas com mulheres, parceiros e profissionais de saúde, o PP contribui para a tomada de decisão compartilhada, visto que, foi prevalente a experiência positiva dos participantes. Esses sujeitos reconheceram o PP como essencial na orientação e discussão sobre as preferências no parto por sentirem-se aptos ao parto ao utilizar esta tecnologia.

O cuidado de enfermagem no pré-natal com foco no desenvolvimento do PP, será humanizado caso exista envolvimento entre a equipe de enfermagem com a mulher, seu acompanhante e/ou familiares, pois, cada indivíduo possui experiências que contribuem no desenvolvimento do PP e que precisam ser consideradas por meio do *diálogo*, principalmente quanto às preferências da gestante e seus direitos de escolha.

Estudos mencionam a necessidade de expectativas realistas devido ao parto não ser totalmente previsível. Considerou-se que os profissionais utilizam desta tecnologia como

ferramenta de comunicação e gerenciamento de expectativas. Ao contrário das mulheres e parceiros que a visualizam como meio de empoderamento e autonomia. Logo, é necessário que ocorra comunicação e respeito mútuo para integrar as escolhas das mulheres às realidades das instituições e práticas de saúde (Lima *et al*, 2024; Shareef *et al*, 2024).

Mediante o *diálogo*, tanto a mulher, referente ao ser cuidado, quanto o enfermeiro, referente a quem cuida, desenvolvem um encontro fortalecido pela troca de saberes, para que juntos sejam capazes de construir um PP adaptado às necessidades da gestante.

O PP pode ser desenvolvido em vários ambientes, a depender do cenário de cada unidade de saúde. A ESF é o *ambiente* externo em comum, no qual, o enfermeiro e a gestante tendem a elaborar o PP durante o pré-natal, porém, esta tecnologia pode ser trabalhada em outros espaços da comunidade. Entretanto, também é necessário mencionar que o *ambiente* interno é subjetivo, e assim como o externo, pode ser um fator contribuinte ou dificultador para o desenvolvimento do PP.

A relação da gestante com a ESF será positiva se percebida pela mulher como um cenário capaz de respeitar o seu *ambiente* interior, logo, desenvolve-se o vínculo entre paciente e enfermeiro, estimula-se o *diálogo* para esclarecimentos e orientações, e favorece a humanização na assistência, sobretudo através da *comunidade*. A *comunidade* relaciona-se à experiência das pessoas, logo, refere-se às ações desenvolvidas pelo enfermeiro para o desenvolvimento do PP, como por exemplo, a educação em saúde, oficinas e a visita à maternidade.

Iskandar *et al* (2025) defendem a necessidade de melhorar a educação em saúde pública, com colaboração junto aos líderes locais, fortalecer a APS para ofertar assistência de qualidade e expansão da cobertura como garantia de acesso equitativo as gestantes e incentivo ao início precoce do pré-natal. É possível mencionar que essas estratégias contribuem também com a garantia dos direitos das gestantes.

Outro componente importante é a *saúde*, ela caracteriza-se pela ausência de doença e bem-estar da gestante, o qual deve ser do interesse do enfermeiro prezar pela saúde física, mental e espiritual da mulher. A empatia, o acolhimento, a disponibilidade e a ausência de julgamentos são exemplos de posturas que devem ser inseridas na atuação do enfermeiro e que favorecem o bem-estar da mulher.

Segundo Lima *et al* (2024), o enfermeiro participa da condução do PP ao atuar como mediador entre as gestantes e a equipe de saúde. A partir de sua abordagem acolhedora e educativa ele orienta, esclarece dúvidas e apoia suas escolhas, o que consequentemente promove o protagonismo dessas mulheres.

A *enfermagem fenomenológica*, é um diálogo vivo, uma resposta de cuidado mediante as experiências vividas pelo enfermeiro e suas percepções mediante o fenômeno em análise. O enfermeiro exercerá a *enfermagem fenomenológica* se estiver disponível à gestante, ele deve perpassar a técnica, ir ao encontro da paciente, conhecê-lo como ser único e traçar um PP individual às necessidades da mulher para que a gestante alcance a experiência satisfatória.

7 CONCLUSÃO

Apesar dos profissionais reconhecerem a importância do PP, é baixo o quantitativo de enfermeiros que realizam a elaboração do PP junto às gestantes, assim como ações efetivas para o desenvolvimento deste instrumento, visto que, a ênfase das ações é a orientação e o diálogo durante as consultas de pré-natal. Entretanto, questiona-se se os profissionais que mencionaram utilizar apenas a orientação e o diálogo como contribuintes para a elaboração do PP realmente sabem o que é PP. Além disso, destaca-se a dificuldade no desenvolvimento de grupos com gestantes, estratégia que deveria ser destaque na ESF pela sua capacidade de promoção em saúde.

Portanto, além de trabalhar o PP nas consultas de pré-natal para instruir a gestante e seu acompanhante e fortalecer o vínculo destes com os profissionais de saúde, é necessário realizar educação em saúde, oficinas e grupos na unidade de saúde e extramuro para reduzir o tempo de consulta e contribuir na adesão do PP, visto que, muitas ESF dispõem de tempo insuficiente para trabalhar o PP, principalmente se o mesmo for realizado apenas nas consultas.

Ademais, é importante o desenvolvimento de um PP padronizado que contemple todas as questões e orientações necessárias a serem discutidas com as gestantes, assim como, esse instrumento precisa ser interativo, de preferência colorido, de linguagem clara e acessível para facilitar a compreensão das informações.

Também é fundamental o desenvolvimento de educação permanente para diminuir a resistência da elaboração e implementação do PP entre os profissionais de saúde, bem como, fortalecer a RAS através do vínculo entre a ESF e as maternidades e unidades similares por meio de um sistema eletrônico que contribua na referência e contrarreferência e na implementação da oferta obrigatória do PP às gestantes, de modo que seja decisão da mulher se essa estratégia será implementada, o que proporciona a integralidade e humanização no atendimento.

Além disso, é indispensável que todas as maternidades e unidades similares estejam disponíveis e sejam de fácil acesso para a visita, conforme direito da gestante, e disponham de espaço humanizado para receber a gestante e seu acompanhante, além da necessidade do

desenvolvimento de estratégias que facilitem as visitas à maternidade em dias e horários oportunos para que seja possível contemplar todas as gestantes e seus acompanhantes.

O estudo tem por limitações o baixo quantitativo de estudos que abordam o assunto discutido e o perfil dos entrevistados serem majoritariamente de profissionais formados há mais de dez anos, o que torna insuficiente comparar a qualidade da formação e preparo destes profissionais em relação aos recém-formados.

As contribuições do estudo são de cunho científico, social e institucional, pois, dizem respeito ao fortalecimento de discussões sobre o desenvolvimento e implementação do PP, o que impacta diretamente aos profissionais entrevistados do estudo e indiretamente à população atendida por estes, assim como, diretamente a todos que lerem este estudo.

Logo, são necessários mais estudos que abordem a implementação do PP nas ESF e nas maternidades, assim como, estudos que explorem se outras categorias profissionais elaboram e implementam o PP, os fatores contribuintes e dificultadores do ponto de vista dos profissionais das maternidades acerca do PP, entre outros estudos que respondam às lacunas ainda existentes nessa temática.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Rosângela Nunes et al. Práticas Humanizadas na Atenção Primária: Perfil dos Profissionais e sua Relação com o Direito à Saúde. **APS em revista**, v. 7, n. 1, p. 251–262, 2025;

ARACAJU. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2018-2021**. Aracaju, 2017. Disponível em: <https://www.aracaju.se.gov.br/userfiles/pdf/2020/saude/27_01_2020-Versao-ADEQUADA-do-PMS-Final-PMS-2018-2021.pdf>;

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977;

BOFF, Nathalia Kaspary *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;

BRANCO, Jullyan 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;

BRASIL. **Conselho Nacional de Saúde**. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Trata de pesquisas e testes em seres humanos [Internet]. Brasília, 13 junho 2013. Disponível em: <<https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>;

BRASIL. **Conselho Nacional de Saúde**. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais, [Internet]. Brasília, 2016. Disponível em: <https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/22917581>;

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, 2011. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm>;

BRASIL. **Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007**. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 27 dez. 2007. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/lei/111634.htm>;

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: Seção 1, Brasília, DF, n. 183, p. 68, 22 set. 2017a. Acesso em: 16 nov. 2021. 12:18:50;

BRASIL. Ministério da Saúde. Informação e gestão da Atenção Básica. **Cobertura da**

Atenção Básica, 2021. Disponível em:

<<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>>. Acesso em: 13 out. 2023. 17:14:49;

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, 2017b. 51 p;

BRASIL. Universidade Federal de Uberlândia. Departamento de Ginecologia e Obstetrícia. Coordenação de Especialização em Enfermagem Obstetrícia. **Meu Plano de Parto**. Disponível em: <<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/meu-plano-de-parto/>>. Acesso em: 22 set. 2023. 10:11:23;

CAMARGO, Brígido Vizeu; JUSTO, Ana Maria. Tutorial para uso do *software* de análise textual IRAMUTEQ [recurso eletrônico]. Florianópolis: Laccos, 2021. Disponível em: <http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/Tutorial%20IRaMuTeQ%20em%20portugues_22.11.2021.pdf>;

CARDOSO, Márcia Regina Gonçalves; OLIVEIRA, Guilherme Saramago de; GHELLI, Kelma Gomes Mendonça. Análise de conteúdo: uma metodologia de pesquisa qualitativa. **Cadernos da Fucamp**, v. 20, n. 43, p. 98-111, 2021;

CASTIGLIONI, Críslen Malavolta *et al.* Práticas de cuidado no puerpério desenvolvidas por enfermeiras em Estratégias de Saúde da Família. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 10, p. e50, 2020;

COSTA, Erlânia Souza *et al.* Análise da importância do plano de parto na assistência de enfermagem: revisão integrativa. **Saúde coletiva**, v. 11, n. 60, 2021;

DEMICHEI, Júlia Sangalli; LASTE, Gabriela; BRIETZKE, Aline Patrícia. Conhecimento do plano de parto na atenção básica. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 24, n. 8, p. e16252, 26 ago. 2024;

DE SANTANA, Wanessa Nathally *et al.* Plano de parto como instrumento das boas práticas no parto e nascimento: revisão integrativa. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 33, 2020;

DOS SANTOS, Nathaly Rosa *et al.* Produção científica sobre o plano de parto no Brasil: revisão narrativa da literatura. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**. Umuarama. V. 29, n. 2, p. 875-894, 2025.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (Fiocruz). Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente. Postagens: Principais Questões sobre Exames de Rotina do Pré-Natal. Rio de Janeiro, 11 out. 2021. Disponível em:

<<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/principais-questoes-sobre-exames-de-rotina-do-pre-natal/>>.

GEORGE, Julia B *et al.* **Teorias de Enfermagem**: os fundamentos à prática profissional. 4ª ed. Porto Alegre: Editora Artmed, 2000;

GHAHREMANI Taylor *et al.* Birth plans: definitions, content, effects, and best practices. **American Journal of Obstetrics & Gynecology**, 2023; 228, S977-S982;

HUDON, Émilie *et al.* The experience of pregnant women in contexts of vulnerability of prenatal primary nursing care: a descriptive interpretative qualitative study. **BMC pregnancy and childbirth**, v. 23:187, 2023;

ILDEFONSO, Emmanuele Mainart *et al.* Obstetric violence: reflection on reporting to achieve sustainable development goals. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 78, n. 3, p. e20240523, 2025.

ISKANDAR, Soraya Isfandiary *et al.* Fortalecer a primeira consulta pré-natal para melhorar a saúde materna: resultados de um estudo transversal em Bantul, Indonésia. **BMC Gravidez Parto**. V. 25, n. 911, 2025.

LIMA, Keury Thaisana Rodrigues dos Santos *et al.* Teoria de enfermagem humanística no cuidado em obstetrícia: análise teórico-epistêmica. **Revista Pesquisa Qualitativa**. São Paulo, v. 13, n. 34, p. 462-481, maio/ago. 2025;

LIMA, Maria Karoline Santos *et al.* Plano de parto como ferramenta de empoderamento e o papel essencial do enfermeiro na humanização do cuidado. **Contribuciones a Las Ciencias Sociales**, São José dos Pinhais, v. 17, n. 13, p. 01-14, 2024.

LOIOLA, Antonia Mara Rodrigues de *et al.* Plano de parto como tecnologia do cuidado: experiência de puérperas em uma casa de parto. **Cogitare enferm.**, Curitiba, v. 25, e66039, 2020;

LÖSCH, Silmara; RAMBO, Carlos Alberto; FERREIRA, Jacques Lima. A pesquisa exploratória na abordagem qualitativa em educação. **Rev. Ibero-Americana de Estudos em Educação**, Araraquara, v. 18, n. 00, p. e023141, 2023;

MACEDO, João Carlos *et al.* O Plano de Parto como mecanismo de proteção do direito à autodeterminação da mulher em contexto obstétrico em Portugal. **Rev. Bioética y Derecho**, Barcelona, n. 58, p. 223-242, 2023;

MACHADO, Cynthia Fernanda Teles *et al.* Jornada laboral e carga de trabalho percebida interferem na cultura de segurança da atenção primária. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 50, p. e21, 2025.

MAGALHÃES, Giovanna Pereira *et al.* Plano de parto como ferramenta de humanização e

empoderamento. **Revista ComCiência - Multidisciplinar**, [S. l.], v. 7, n. 9, p. 149–153, 2023.

MARTINS, Márcia Rejane Leite da Silva *et al.* Planejamento reprodutivo no pós-parto entre mulheres atendidas na atenção básica: Reproductive planning in the postpartum period among women assisted in primary care. **Revista de Saúde Coletiva da UEFS**, v. 13, n. 1, p. e8532, 2023;

MEDEIROS, Renata Marien Knupp *et al.* Repercussões da utilização do Plano de Parto no processo de parto. **Revista Gaúcha De Enfermagem**, v. 40, p. e20180233, 2019;

MORAES, Carlos Alexandre; YOSHIOKA, Anara Rebeca Ciscoto; BONINI, Geisieli Mariany. Análise do plano de parto como mecanismo de prevenção da violência obstétrica sob a ótica dos direitos da personalidade. **Revista de Biodireito e Direito dos Animais**, Florianópolis, Brasil, v. 6, n. 2, p. 18–36, 2020;

NARCHI, Nádia Zanon *et al.* O plano individual de parto como estratégia de ensino-aprendizagem das boas práticas de atenção obstétrica. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 53, p. e03518, 2019;

NASCIMENTO, Eliane Regina Pereira do; TRENTINI, Mercedes. O cuidado de enfermagem na unidade de terapia intensiva (UTI): teoria humanística de Paterson e Zderad. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 12, n. 2, p. 250–257, mar. 2004;

NASCIMENTO, Francisco Junio do. Humanização e tecnologias leves aplicadas ao cuidado de enfermagem na unidade de terapia intensiva: uma revisão sistemática. **Revista Nursing**, 24(279): 6035-6044, ago. 2021;

OLIVEIRA, Caroline Rodrigues de *et al.*, 2022. **Iramuteq**: aplicações em pesquisas da enfermagem, Ponta Grossa - PR: Atena, 2024. ISBN: 978-65-258-2900-5. DOI: <https://doi.org/10.22533/at.ed.005243010>;

OLIVEIRA, Guilherme Saramago de; CUNHA, Ana Maria de Oliveira. Breves considerações a respeito da fenomenologia. **Cadernos da Fucamp**, v. 20, n. 47, p.132-147, 2021;

PEDRAZA, Dixis Figueroa. Consulta de puericultura na Estratégia Saúde da Família em municípios do interior do estado da Paraíba, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**. v. 28, n. 8, pp. 2291-2302, 2023;

PERES, Frederico. Alfabetização, letramento ou literacia em saúde? Traduzindo e aplicando o conceito de health literacy no Brasil. **Ciênc saúde coletiva**, v. 28, n. 5, 1563–73p, 2023;

PINTO, Ingrid Rosane Pinto *et al.* Adesão à consulta puerperal: facilitadores e barreiras. **Escola Anna Nery**, v. 25, n. 2, p. e20200249, 2021;

POLIT, Denise. F; BECK, Cheryl Tatano. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. Artmed, v. 9. 2018. 456p;

RODRIGUES, Vitória da Silva; ROCKEMBACH, Juliana Amaral. A importância do Plano de Parto para gestantes que realizam pré-natal na atenção básica: revisão integrativa. **Revista de Saúde Faculdade Dom Alberto**. v. 8, n. 2, p. 151 – 170, dez, 2021;

SANTANA, Franciele Menezes *et al.* A atuação do enfermeiro na educação em saúde no pré-natal: uma revisão integrativa. **Revista APS**. v. 26, 2023;

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**, v. 35, n. 6, p. e00143718, 2019;

SANTOS, Tainah Costa *et al.* Plano de parto: Conhecimento, atitude e prática de puérperas assistidas na atenção primária à saúde. **Rev. Enferm. Digit. Cuid. Promoção Saúde**, v. 6, p. 01-10, 2021;

SHAREEF, Naaz *et al.* The contribution of birth plans to shared decision-making from the perspectives of women, their partners and their healthcare providers. **PloS one**, vol. 19,6 e0305226. 26 Jun. 2024;

SILVA, Janinne Rosaline Pereira da Silva *et al.* A importância da amamentação na primeira hora de vida: análise da literatura atual. **Brazilian Journal of Development**, v. 8, n. 5, p. 36001–36015, 2022;

SILVA, Karen Cristina Moraes *et al.* A institucionalização do plano de parto em estratégias saúde da família de um município do sudoeste de minas gerais. **ICMR**. V. 6, n. 2, p.01-23, 2025. ISSN: 2595-0428;

SILVA, Lucas Henrique Lopes *et al.* Barreiras de acesso à saúde na atenção primária: entre o enfrentamento e a superação. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, Brasil, São Paulo, v. 7, n. 14, p. e141043, 2024;

SOARES, Simaria de Jesus. Pesquisa científica: uma abordagem sobre o método qualitativo. **Revista Ciranda**, Montes Claros, v. 1, n.3, Plano de Parto. 168-180, jan/dez, 2019;

TAVANANEZHAD, Nikta et al. The relationship between health literacy and empowerment in pregnant women: a cross-sectional study. **BMC pregnancy and childbirth**, v. 22:351, 2022;

TOMBOLATO, Mário Augusto; SANTOS, Manoel Antônio dos. Análise Fenomenológica Interpretativa (AFI): fundamentos básicos e aplicações em pesquisa. **Rev. abordagem gestalt.**, Goiânia, v. 26, n. 3, p. 293-304, dez., 2020;

TRIGUEIRO, Tatiane Herreira *et al.* Experiência de gestantes na consulta de Enfermagem

com a construção do Plano de Parto. **Escola Anna Nery**, v. 26, p. e20210036, 2022;

TRIGUEIRO, Tatiane Herreira *et al.* O uso do plano de parto por gestantes no pré-natal: uma revisão de escopo. **REME-Revista Mineira de Enfermagem**, v. 25, 2021;

VIEIRA, Julia Baldi *et al.* Atenção recebida no pré-natal, parto e puerpério à luz da experiência positiva: percepções de mulheres. **Revista Delos**, v. 18, n. 69, p. e5738, 2025;

VELHO, Manuela Beatriz *et al.* Modelos de assistência obstétrica na Região Sul do Brasil e fatores associados. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 3, p. e00093118, 2019;

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Trends in maternal mortality 2000 to 2020**: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and UNDESA/Population Division. Geneva: World Health Organization, 2023. Disponível em: <<https://www.who.int/publications/i/item/9789240068759>>.