

Uso do plano de parto em gestantes de alto risco obstétrico: percepções de enfermeiras*

Use of childbirth plans in high-risk obstetric pregnancies: nurses' perceptions

Como citar este artigo:

Prata JA, Dias MO, Penha ABB, Filipe ACF, Oliveira DCC, Castro TBL, et al. Use of childbirth plans in high-risk obstetric pregnancies: nurses' perceptions. Rev Rene. 2026;27:e96123. DOI: <https://doi.org/10.36517/2175-6783.20262796123>

 Juliana Amaral Prata¹
 Midian Oliveira Dias¹
 Ana Beatriz Brum da Penha²
 Ana Carolina Ferreira Filipe³
 Débora Cecília Chaves de Oliveira¹
 Tatiana Beatriz Leandro de Castro¹
 Laura Greco Gioia¹

*Extraído da monografia de especialização "As percepções dos profissionais da equipe de enfermagem acerca do uso do plano de parto na maternidade de alto risco", Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2020.

¹Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

²Secretaria Municipal de Saúde de São Gonçalo.
Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

³Hospital Municipalizado Adão Pereira Nunes.
Duque de Caxias, RJ, Brasil.

Autor correspondente:

Laura Greco Gioia
Blvd. 28 de Setembro, 157, 8 andar, sala 824.
Vila Isabel, CEP: 20551-030. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
E-mail: lauraggioia@gmail.com

Conflito de interesse: os autores declararam que não há conflito de interesse.

EDITOR CHEFE: Ana Fatima Carvalho Fernandes 

EDITOR ASSOCIADO: Suellen Cristina Dias Emidio 

RESUMO

Objetivo: conhecer as percepções das enfermeiras sobre o uso do plano de parto com gestantes classificadas como alto risco obstétrico. **Métodos:** estudo qualitativo, com 13 enfermeiras de uma maternidade pública de alto risco. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas e submetidos à análise de conteúdo temática. **Resultados:** percepções das enfermeiras reafirmam o plano de parto como um documento que promove o protagonismo feminino, a segurança e a qualidade da assistência. Entretanto, somente residentes e especialistas em enfermagem obstétrica destacaram especificidades e desafios relacionados à sua utilização nas gestações de alto risco. Ainda, residentes foram as únicas que o consideraram como uma estratégia protetora de violências e intervenções obstétricas injustificadas. **Conclusão:** evidenciam-se potencialidades das enfermeiras obstétricas e do ensino em serviço para impulsionar o uso do plano de parto e a autonomia das mulheres, diante da predominância do modelo tecnocrático nas maternidades de alto risco. **Contribuições para a prática:** são necessários investimentos na atuação da enfermagem obstétrica no âmbito das gestações de risco, no pré-natal, para incentivar a construção dialógica e compartilhada do plano de parto, e na maternidade, para fomentar uma cultura institucional ancorada na colaboração interprofissional e nos direitos das mulheres.

Descritores: Gravidez de Alto Risco; Direitos Humanos; Parto; Enfermagem; Cuidado Pré-Natal.

ABSTRACT

Objective: to understand nurses' perceptions of the use of childbirth plans with pregnant women classified as high-risk obstetrically. **Methods:** a qualitative study was conducted with 13 nurses from a public high-risk maternity hospital. Data were collected through semi-structured interviews and subjected to thematic content analysis. **Results:** nurses' perceptions reaffirm the childbirth plan as a document that promotes female empowerment, safety, and quality of care. However, only residents and specialists in obstetric nursing highlighted specificities and challenges related to its use in high-risk pregnancies. Furthermore, residents were the only ones who considered it a protective strategy against violence and unjustified obstetric interventions. **Conclusion:** nurse-midwives' and in-service training's potential to promote the use of childbirth plans and women's autonomy is evident, given the predominance of the technocratic model in high-risk maternity wards. **Contributions to practice:** investments are needed in the role of obstetric nursing in high-risk pregnancies, in prenatal care, to encourage the dialogical and shared construction of childbirth plans, and in maternity wards, to foster an institutional culture anchored in inter-professional collaboration and women's rights.

Descriptors: Pregnancy, High-Risk; Human Rights; Parturition; Nursing; Prenatal Care.

Introdução

O plano de parto é um documento, escrito ou *on-line*, elaborado pela mulher durante o período gestacional, no qual ela registra suas expectativas e preferências em relação à assistência ao parto e ao nascimento como: a presença do acompanhante de sua escolha; as posições no trabalho de parto e parto; a ingestão de líquidos e alimentos; o ambiente; os meios para promover conforto e bem-estar; os procedimentos com os quais concorda ser submetida; e os cuidados com o recém-nascido⁽¹⁻³⁾.

Esse documento também é reconhecido como uma estratégia que favorece a comunicação com os profissionais de saúde e contribui para a qualificação e segurança da assistência, pois favorece o fornecimento de cuidados individualizados e o protagonismo feminino na parturição^(1,4). Em relação a essa última contribuição, o plano de parto é particularmente importante, haja vista a predominância do modelo tecnocrático nos serviços obstétricos brasileiros, expresso em uma assistência procedimental, intervencionista, medicalizada e médico centrada, permeada por discursos de risco que interferem na participação das mulheres nas decisões sobre os seus cuidados^(2,5).

Essa visão de mundo conquistou espaços na sociedade contemporânea ocidental a partir de novos recursos terapêuticos e diagnósticos acompanhados dos avanços da medicina, primordiais ao manejo das situações de risco materno e fetal. No entanto, essas mudanças potencializaram o processo de medicalização da vida, culminando na patologização da gravidez, na institucionalização do parto, na apropriação do corpo feminino pelos saberes biomédicos, na masculinização da obstetrícia e na heteronomia das mulheres⁽⁵⁾.

Ao longo dos anos, a atenção obstétrica, ancorada no modelo tecnocrático, apresentou resultados negativos relacionados ao uso indiscriminado de intervenções, fazendo emergir críticas acerca do autoritarismo médico. Essa conjuntura deu origem a publicações baseadas em evidências científicas, que recomendam a humanização da assistência e a promo-

ção dos direitos humanos das mulheres por meio da adoção das “boas práticas” no parto e nascimento⁽⁶⁻⁷⁾.

Tais práticas perpassam o desenvolvimento de ações para promover a fisiologia da parturição como: a presença de acompanhante; a atuação das enfermeiras obstétricas; o uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor; o estímulo aos posicionamentos verticalizados durante o trabalho de parto; o clampeamento oportuno do cordão; o contato pele a pele; a amamentação na primeira hora de vida do recém-nascido; e o uso racional das intervenções obstétricas, tais como amniotomia, uterotônicos, posição de litotomia e cateter venoso⁽⁷⁻⁸⁾.

No contexto das “boas práticas”, acrescenta-se a construção do plano de parto, que deve ser incentivada independentemente da classificação de risco obstétrico da mulher. Entretanto, essa recomendação nem sempre tem sido seguida pelos profissionais de saúde, os quais valorizam a construção desse documento, principalmente entre as gestantes de risco habitual⁽⁹⁾. Nesse sentido, o presente estudo se justifica diante da lacuna na literatura de estudos que abordem o uso e as especificidades do plano de parto no âmbito do alto risco obstétrico, sobretudo por seu potencial para contribuir com a desmedicalização, uma vez que o mesmo pode ser vislumbrado como uma tecnologia não invasiva de cuidado de enfermagem^(2,7,9).

Definidas como ações de cuidado desenvolvidas por enfermeiras obstétricas que conformam um processo de cuidar com o mínimo de invasão sobre o corpo das mulheres, essas tecnologias são amplamente utilizadas no processo de cuidar das parturientes de baixo risco, associando-se à promoção das boas práticas, do cuidado centrado na pessoa, da experiência positiva com o parto e dos direitos humanos das mulheres⁽⁷⁾.

Cabe esclarecer que esses direitos, no campo da saúde sexual e reprodutiva, perpassam o direito à: vida, sobrevivência, segurança e sexualidade; autodeterminação reprodutiva e livre escolha de maternidade; dignidade, saúde e aos benefícios dos avanços científicos; e ao acesso à informação para tomada de decisão livre de discriminação. Aplicados

ao contexto do parto e nascimento, esses direitos se traduzem no direito, de todas as mulheres, independentemente da classificação de risco obstétrico, ao cuidado materno seguro, digno e respeitoso⁽¹⁰⁾.

Diante desses apontamentos sobre as potencialidades do plano de parto para o exercício dos direitos das mulheres na parturição, e considerando as particularidades do gestar, parir e nascer das mulheres com risco obstétrico associado, emergiu a seguinte questionamento: quais são as percepções das enfermeiras sobre a utilização do plano de parto com gestantes de alto risco? Cabe esclarecer que a opção pela utilização do substantivo feminino para se referir às enfermeiras ao longo deste estudo se fundamenta nas questões de gênero que permeiam a enfermagem, que é uma profissão historicamente com atributos femininos e composta, majoritariamente, por mulheres. Assim, este artigo objetiva conhecer as percepções das enfermeiras sobre o uso do plano de parto com gestantes classificadas como alto risco obstétrico.

Métodos

Tipo de estudo e participantes

Trata-se de estudo qualitativo que seguiu as recomendações do guia *Consolidated criteria for REporting Qualitative research* (COREQ). As participantes foram 13 enfermeiras de uma maternidade de alto risco de hospital universitário do estado do Rio de Janeiro.

Foram incluídas as enfermeiras que atuam no centro obstétrico, onde o plano de parto é apresentado pelas parturientes ou solicitado pelos profissionais, e que desenvolvem atividades assistenciais no referido setor há, pelo menos, um ano. Foram excluídas as enfermeiras que estavam afastadas por licença ou em gozo de férias no período da coleta de dados. No caso de enfermeiras residentes, adotou-se como critério de exclusão estar no primeiro ano de formação, pois, nessa fase, estão iniciando o processo de apropriação de saberes e práticas específicas da especialidade e da dinâmica do setor.

Cabe esclarecer que o cenário estudado conta com dez enfermeiras no centro obstétrico, das quais seis atendiam aos critérios de elegibilidade. No período da coleta de dados, sete residentes de enfermagem obstétrica do segundo ano estavam lotadas no referido setor e foram incluídas na pesquisa.

Coleta de dados

Os dados foram coletados de agosto a outubro de 2020, por meio de entrevistas individuais semiestruturadas, que seguiram um roteiro contendo perguntas fechadas para uma breve caracterização dos participantes e as seguintes questões abertas: o que é o plano de parto? Quais são as suas percepções sobre o uso do plano de parto por gestantes de alto risco? Como você se sente ao acolher uma gestante de alto risco provida do plano de parto?

O processo de captação intencional de participantes ocorreu por meio de contato presencial realizado por enfermeiras do centro de obstetrícia da unidade, que forneceram uma breve explicação sobre a pesquisa, seguida de convite à participação. Após o aceite, as entrevistas foram agendadas, conforme a disponibilidade dos participantes, e realizadas por duas autoras, residentes de enfermagem obstétrica na época da coleta de dados, as quais não estavam lotadas no setor estudado e que receberam um treinamento prévio sobre a técnica de entrevista individual, oferecido pela primeira autora, pesquisadora com ampla experiência em pesquisas qualitativas.

Todas as entrevistas aconteceram na presença de uma pesquisadora e da participante, durante o turno laboral no centro obstétrico, em uma sala que assegurava a privacidade, sem interferir no cotidiano assistencial e com respeito às normativas sanitárias do contexto pandêmico da COVID-19. Mediante a devida autorização, as entrevistas foram gravadas digitalmente. Tiveram a duração média de 25 minutos, e foram transcritas na íntegra após o término. Cabe esclarecer que o material transcrito foi validado pelas participantes, sem qualquer sinalização de ajustes no conteúdo.

Como indicativo de finalização da coleta de dados, adotou-se a técnica de saturação temática⁽¹¹⁾, identificada na décima primeira entrevista e confirmada com a realização de mais duas, encerrando, assim, na décima terceira entrevista efetuada. Ressalta-se que não houve recusas ou perdas durante o processo de coleta de dados. Ainda, destaca-se que foi realizada entrevista piloto, que constatou a adequação do instrumento de coleta de dados e, por isso, a mesma foi incluída no estudo.

Análise de dados

Os dados foram submetidos à análise de conteúdo temática, percorrendo as fases de pré-análise, exploração e categorização, com a identificação das unidades de registro e de contexto, seguida da seleção de recortes significativos e do agrupamento destes em duas categorias temática, e tratamento e interpretação dos dados⁽¹²⁾. Esse processo foi desenvolvido por duas autoras e revisado por uma terceira, sendo que a síntese interpretativa e as inferências foram elaboradas com base na bibliografia científica sobre o tema e os direitos humanos das mulheres no parto, em diálogo com as políticas públicas brasileiras voltadas à saúde reprodutiva das mulheres.

Aspectos éticos

Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, com o anonimato sendo assegurado por meio da adoção dos termos “Enf.”, referente à enfermeira generalista, “Enf. Obst.”, relativo à enfermeira obstétrica, e “RE”, concernente à residente de enfermagem obstétrica, seguidos de um algarismo correspondente à ordem de realização da entrevista. O estudo respeitou os aspectos éticos e legais de pesquisas com seres humanos desenvolvidas nos serviços de saúde, bem como obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, sob Parecer nº 4.029.184/2020 e sob Certificado de Apresentação de Apreciação Ética nº 29736920.8.0000.5282.

Resultados

Das 13 profissionais entrevistadas, todas se identificam como do gênero feminino, sendo que duas são enfermeiras generalistas, quatro, enfermeiras obstétricas, e sete, residentes de enfermagem obstétrica. A faixa etária das enfermeiras variou de 35 a 48 anos, e das residentes, de 24 a 32 anos.

Sentidos atribuídos ao uso do plano de parto no âmbito do alto risco obstétrico

Abarcando sete unidades de registro e 17 fragmentos de texto, esta categoria revela que todas as participantes compreendem o plano de parto como um documento que: expressa os desejos das mulheres para os cuidados durante o processo de parturição e nascimento; favorece a comunicação entre a equipe e a gestante de risco; confere segurança à assistência obstétrica; e colabora para o resgate do protagonismo feminino: *É o que ela quer na hora do parto! A gente oferece o que tem no plano de parto, na medida do possível. Facilita bastante a assistência, principalmente porque eu sou enfermeira generalista. Eu consigo orientar com mais segurança quando a mulher vem com um plano de parto* (Enf.9). *É o desejo dela! A maneira como ela quer que seja conduzido o parto, mas que seja dentro das condições dela para atender aos seus desejos, considerando as suas patologias. Então, a gente tem que tentar, na medida do possível e dentro das condições dela, exercer aquelas atividades ali* (Enf.11). *É uma forma de trazer os profissionais que prestarão assistência ao parto, o que a mulher deseja e não deseja para o parto. Seria uma forma de comunicação entre a equipe de profissionais e a gestante. Acho que é uma tentativa de tornar o parto mais dela e menos do profissional* (Enf. Obst.12).

Ademais, as residentes e enfermeiras obstétricas apontaram algumas especificidades que devem constar no plano de parto das gestantes classificadas como alto risco obstétrico, com destaque à promoção de conforto e tranquilidade, oferecimento de apoio emocional e respeito às boas práticas. Ainda, diante da necessidade de intervenções obstétricas que vão de encontro ao disposto no referido documento, ponderaram a relevância de fornecer esclarecimentos e obter o consentimento prévio: *Acredito que devam ser contempladas*

formas da mulher se sentir confortável durante o processo, para que a equipe possa atendê-la da melhor maneira possível... clampeamento oportuno e contato pele a pele, principalmente quando ela precisa de uma cesariana, para que ela possa experimentar um momento agradável, que marque de uma maneira positiva a sua vida! (RE5). Devem ser contempladas questões relacionadas ao emocional, a fim de proporcionar um trabalho de parto tranquilo! ... ela é gestante de alto risco, mas não precisa ter tantas intervenções! (RE3). É uma carta feita para a equipe que irá assistir a gestante, na qual o casal coloca tudo que deseja ou não no trabalho de parto e parto, que deve ser respeitado. No caso da necessidade de alguma intervenção, a mulher deverá ser comunicada e com a autorização dela! É importante que a mulher tenha informações de como construir esse plano de parto de acordo com seu fator de risco (RE1). Eu acho importante que a mulher tenha ciência de que, em um momento de emergência, se for preciso intervir no parto, essa intervenção vai ser feita, independentemente de ter algo no plano de parto dela que diga que ela não quer determinada intervenção. Muitas têm esse conhecimento e sabem o que pode acontecer, mas outras acabam listando coisas que fogem da realidade, e fica impossível prestar assistência (Enf. Obst.10).

Como percepções específicas das residentes entrevistadas, tem-se o reconhecimento de que o uso do plano de parto no âmbito do alto risco se configura como uma estratégia de proteção contra situações de violência obstétrica e um recurso para mitigar intervenções injustificadas clinicamente, contribuindo para o desenvolvimento de cuidados qualificados, individualizados e humanizados, que proporcionam experiências positivas com a parturição: *A gente consegue saber as percepções da mulher sobre o trabalho de parto e o que ela deseja porque ela vai para a partolândia [se refere aos momentos que precedem o período expulsivo], e não consegue expressar os seus desejos e fica muito vulnerável! Então, acho um objeto muito importante que evita a violência obstétrica! (RE2). É uma ferramenta que pode qualificar a assistência ao parto e garantir uma experiência satisfatória. Extremamente necessária nas gestações de alto risco para que a equipe não deixe de oferecer um cuidado singular para a mulher, que já está preocupada com sua gestação diferente do quadro diferente do habitual. Acredito que seja uma forma de deixar clara a comunicação da gestante com a equipe, evitando que sejam realizadas intervenções de rotina, sendo feito um cuidado individualizado, onde as intervenções serão realizadas, apenas, se*

forem necessárias (RE5). O uso do plano de parto é importante porque as mulheres de risco serão assistidas, principalmente, por médicos obstetras, categoria que mais desrespeita os direitos da mulher e a fisiologia do parto. O plano de parto acaba sendo uma defesa para elas! Deve constar coisas que vão direcionar a assistência para algo mais humanizado e respeitoso, evitando a violência obstétrica (RE6).

Desafios relacionados ao uso do plano de parto no contexto do alto risco obstétrico

Nesta categoria, constituída por quatro unidades de registro e 12 fragmentos de texto, evidencia-se que um dos grandes desafios é a equipe médica, que, ao se deparar com uma gestante provida de plano de parto, muitas vezes não reconhece o valor desse documento, manifestando atitudes de sarcasmo e desprezo: *Acho que os maiores entraves são com a equipe médica! Eles ainda têm uma certa barreira... não olham com bons olhos! No geral, quando vêm com plano de parto, eles já vêm querendo fazer chacota. Às vezes, eles não querem nem ler; falam que é bobeira, que plano de parto é para o baixo risco (Enf. Obst.8). O que temos de empecilho é a equipe médica, que, às vezes, não coloca em prática o que é solicitado pela mulher. Muitos médicos não aceitam, acham que é bobeira, que eles sabem o que vão fazer e não é a mulher que tem que conduzir isso! ... muitas vezes, eles pegam o plano de parto e falam: "Que palhaçada! Não vou seguir isso. Vai ser assim se eu achar que tem que ser" (Enf.11). Nós conduzimos os cuidados como a mulher gostaria até onde é possível. Mas aqui, como a enfermagem obstétrica não conduz o parto, eu percebo que é difícil os médicos entenderem que o plano de parto é possível de ser seguido dentro da evolução da mulher. Eu já vi muitos médicos debochando e, quando comunicamos que a mulher trouxe, eles dizem que é besteira e não se interessam em ver. Quando leem e veem que não é da forma como eles conduzem, eles dizem que não tem como fazer daquele jeito. Dizem que a mulher quer escolher muita coisa (Enf. Obst.13). Nunca tinha visto ninguém do alto risco chegar com o plano de parto! Mas, normalmente, a equipe médica não é muito aberta. Eles não querem fazer, não consideram... ficamos mal, pois sabemos que o foco do cuidado é a mulher! Queremos fazer aquilo por ela, mas ele não colabora (RE2).*

Como outro limitador do uso do plano de parto na maternidade de alto risco, as residentes e enfermeiras obstétricas citaram a baixa adesão por parte

das mulheres, visto que poucas apresentam este documento no momento da admissão e, mesmo assim, somente quando são questionadas por algum profissional. Para essas participantes, tal percepção sugere que as gestantes não vislumbram o plano de parto como um documento para efetivação de direitos: *Na admissão, a equipe de enfermagem pergunta se a mulher tem plano de parto. Algumas dizem que não têm, que desconhecem. Algumas dizem que têm, mas esqueceram de trazer. Geralmente, as que trazem o plano de parto são mais empoderadas, têm mais autonomia e são mais conscientes do momento que elas estão passando. Mas eu acho que elas não dão importância a esse documento como elas deveriam dar* (Enf. Obst.12). *Muitas vezes, a mulher não o apresenta no momento da admissão, e os médicos não perguntam. A gente só sabe que a mulher tem um plano de parto se ela lembrar de entregar ou se nós, da enfermagem, perguntarmos na sua admissão* (Enf. Obst.13). *Até hoje, só recebi uma paciente com plano de parto e a minha conduta foi ler tudo e conversar com ela sobre o que estava descrito, as intenções dela e entender se o que estava ali era o que ela queria mesmo, se ela entendia tudo, e a gente conduziu o trabalho de parto de acordo com o que tinha no plano de parto* (RE4).

Discussão

O processo de análise revelou que as percepções das enfermeiras acerca das concepções e contribuições do uso do plano de parto com gestante classificadas como alto risco obstétrico são semelhantes às encontradas em pesquisas nacionais e internacionais realizadas em serviços com perfil de atendimento às gestações de risco habitual^(2,13-14).

Nesse sentido, todas as participantes reconheceram sua importância, compreendendo-o como um documento que dispõe sobre as preferências da parturiente para atenção obstétrica, sendo apresentado aos profissionais no momento da sua admissão na maternidade. Além disso, identificam-no como um recurso facilitador da comunicação com a equipe de saúde que colabora para o desenvolvimento de cuidados individualizados e para a promoção do protagonismo feminino.

A elaboração do plano de parto melhora e a compreensão da gestante sobre os processos que en-

volvem o parto e o nascimento, bem como o seu uso para orientar a assistência, reverterem-se em: fortalecimento do vínculo com os profissionais; promoção de um ambiente acolhedor; redução da ansiedade, do estresse e do medo; percepção de confiança e apoio emocional; sensação de controle; e participação nas decisões^(3,13,15). Assim, a incorporação do plano de parto nos serviços obstétricos contribui para a segurança e qualidade dos cuidados, minimizando, inclusive, atos de imperícia, negligência, desrespeito e abuso⁽³⁾, que conformam violências, pois ferem os direitos humanos das mulheres.

Sabe-se que, infelizmente, muitas parturientes têm seus direitos violados durante a atenção obstétrica, sobretudo diante das relações assimétricas que se estabelecem no parto hospitalar⁽¹⁶⁾. No âmbito do alto risco obstétrico, a eventualidade da ocorrência de complicações, a centralidade na conduta médica e o predomínio de decisões clínicas dos profissionais podem culminar em situações que interferem no exercício dos direitos à autonomia, autodeterminação, dignidade, e integridade física e psíquica das mulheres⁽¹⁷⁾.

Inseridas nesse cenário assistencial, gestantes, parturientes e puérperas são mais suscetíveis às intervenções e têm um reduzido poder de negociação, por estarem na condição de paciente e serem classificadas como de alto risco. Por essas questões, pondera-se que o incentivo à construção e utilização do plano de parto nesse contexto se configura como uma estratégia para impulsionar o cuidado centrado na pessoa e a participação das mulheres nos processos decisórios, mundialmente reconhecidos como estratégias para melhorar desfechos obstétricos e assegurar os direitos das mulheres⁽¹⁷⁻¹⁸⁾.

Porém, considerando que intercorrências são comuns nas gestações de alto risco, a abordagem do plano de parto durante a atenção pré-natal tem especificidades, uma vez que necessita ser mais flexível para fundamentar a construção dialógica do referido documento, acompanhada de esclarecimentos sobre a possibilidade de complicações que exijam intervenções não inicialmente desejadas pela mulher^(1-3,13,15).

Contudo, evidencia-se a escassez de atividades educativas que abordem e problematizem as preferências das gestantes, visto que, muitas vezes, ficam restritas à transmissão verticalizada de informações sobre a gestação, parto, amamentação e os cuidados com o bebê. Ademais, compreendendo que a gestação é um evento da vida reprodutiva que traz consigo intensas mudanças e certa labilidade emocional⁽¹⁹⁾, as ações de educação em saúde devem promover discussões que apoiem a construção compartilhada de um plano de parto individual⁽¹⁾, e não modelos estruturados que desconsiderem as subjetividades, particularidades ou mesmo a classificação de risco obstétrico de cada mulher.

Além da flexibilização do plano de parto, como outra especificidade do uso deste documento no contexto das maternidades de alto risco, tem-se a importância de considerar os sentimentos ambíguos que atravessam o gestar em meio às situações de risco obstétrico, tais como medo, culpa, frustração, preocupação, insegurança, baixo autoestima e expectativas negativas relacionadas à gestação. Assim, é fundamental oferecer apoio emocional e promover tranquilidade a essas parturientes, pois são cuidados que minimizam o sofrimento, proporcionam bem-estar e conforto, favorecem uma melhor adaptação psíquica aos eventos e contribuem para o alcance de melhores resultados perinatais^(17,19).

Cabe ressaltar que, nos resultados do presente estudo, o reconhecimento dessas especificidades somente foi identificado entre as participantes residentes e enfermeiras especialistas em enfermagem obstétrica, denotando a existência de distinções no ser-saber-fazer da especialidade em relação às enfermeiras generalistas. Corroborando essa inferência, tem-se a relevância da atuação das enfermeiras obstétricas no cuidado às gestantes, parturientes e puérperas com risco associado, pelas contribuições do seu processo de cuidar para o exercício dos direitos humanos das mulheres, com respeito às suas diversidades, e para a segurança e qualidade da assistência ao parto e nascimento^(3,7), ratificadas recentemente pelo Minis-

tério da Saúde brasileiro por meio da criação da Rede Alyne, em 2024⁽²⁰⁾.

Ainda de acordo com a portaria que estabelece a Rede Alyne⁽²⁰⁾, e em consonância com as recomendações para as boas práticas obstétricas⁽⁶⁾, o plano de parto deve ser elaborado com o apoio do profissional de saúde, preferencialmente enfermeira obstétrica ou médico obstetra, por meio do estabelecimento de vínculo e do diálogo com a mulher e sua família durante o pré-natal⁽⁹⁾. Entretanto, observa-se que muitas gestantes desconhecem o plano de parto e poucas o apresentam na chegada à maternidade, revelando a baixa adesão ao seu uso, conforme evidenciado em revisão narrativa sobre a utilização desse documento nos serviços obstétricos do Brasil⁽¹⁾, apontado como desafio no âmbito das gestações de alto risco, especificamente pelas enfermeiras obstétricas e residentes participantes desta pesquisa.

Portanto, é preciso que os profissionais do pré-natal estejam capacitados para encorajar e apoiar a confecção do plano de parto, compreendendo a sua importância para assegurar os direitos das mulheres no parto⁽¹⁴⁾. Ao mesmo tempo, é essencial que as equipes das maternidades indaguem sobre esse documento na admissão e, diante da identificação de complicações⁽¹³⁻¹⁴⁾, forneçam informações sobre a situação, utilizando-se uma linguagem culturalmente apropriada e acessível, ofereçam opções sobre as possibilidades terapêuticas, e obtenham o consentimento prévio, incentivando, assim, o compartilhamento das decisões^(13,21), independentemente da classificação de risco obstétrico da parturiente.

Como uma outra barreira à utilização do plano de parto nas maternidades de alto risco, todas as enfermeiras deste estudo destacaram que, quando uma gestante provida deste documento é admitida no centro obstétrico, grande parte da equipe médica não o valoriza e manifesta atitudes depreciativas, sugerindo que parte dessa categoria ainda compartilha da visão de mundo do modelo tecnocrático e não adere muito às boas práticas, em consonância com os resultados de estudos nacionais e internacionais^(4,16,22).

A despeito das recomendações oficiais e das evidências científicas, esse achado também desvela a persistência de relações hierarquizadas, sobretudo em maternidades de alto risco obstétrico, onde o profissional médico se coloca como uma autoridade científica, ancorada nos princípios da legitimidade, que se baseia na aceitação da mulher de que o médico é detentor de saberes superiores aos seus, e da dependência, que advém do receio de que a mulher sofra consequências negativas se infringir tal autoridade⁽²³⁻²⁴⁾.

Essa racionalidade, fruto do processo de medicalização da vida, culmina na apropriação do corpo feminino e na heteronomia das mulheres, vistas como passivas e objetos de manipulação que carecem de controle e da condução ativa do profissional para obter um desfecho positivo no parto⁽⁵⁾. Nesse contexto, o discurso de risco é usado como um recurso para subjugar as mulheres às condutas médicas, já que o medo da morte é a principal ancoragem da sua autoridade. Por outro lado, elas se submetem ao domínio biomédico, na tentativa de corresponder às expectativas dos profissionais e receber um bom tratamento, comportando-se de acordo com os padrões estabelecidos por eles^(23,25).

Como efeito, a assistência obstétrica, muitas vezes, caracteriza-se por intervenções desnecessárias, onde a “compensação” é o nascimento de um bebê saudável, sendo essa a prerrogativa para o exercício do poder médico acima dos desejos e dos direitos das mulheres⁽²³⁾. Nessa perspectiva, conformam-se situações de violência obstétrica, definida como um tipo de violência estrutural de gênero que compromete a integridade e o bem-estar físico, psicológico e social da mulher durante a gestação, o parto e o puerpério^(16,26).

Sob essa ótica, constatou-se que o plano de parto foi apontado como um mecanismo protetor da violência obstétrica somente pelas residentes da presente pesquisa. Tal constatação, possivelmente, pode estar relacionada ao fato de ser um conceito que ainda se encontra em construção e por sua disseminação ser recente⁽¹⁶⁾. Todavia, por serem profissionais em formação que transitam nas instituições de ensino e pes-

quisa, as residentes interagem com docentes e pesquisadores do campo acadêmico, e participam de debates sobre o reconhecimento e o enfrentamento desse tipo de violência no campo obstétrico, ao passo que presenciavam essa problemática no cotidiano assistencial das maternidades. Nesse processo de ensino e aprendizagem característico das residências em saúde, elas incorporam disposições que as orientam a identificar a violência obstétrica e desenvolver abordagens à sua prevenção, como o uso do plano de parto^(16,26-27), com potencial para promover a qualificação do cuidado e proteção dos direitos humanos das mulheres nos cenários de formação prática.

Considerando os sentidos atribuídos pelas enfermeiras ao uso do plano de parto e o reconhecimento das especificidades no que tange à sua utilização com gestantes classificadas como alto risco obstétrico, os achados desta pesquisa revelam que uma das estratégias para superação dos desafios relacionados ao emprego deste documento em maternidades com perfil de atendimento ao alto risco reside no incentivo à atuação de enfermeiras obstétricas.

Não obstante, além da importância da atenção pré-natal para incentivar a construção dialógica e compartilhada do plano de parto, a persistência do modelo tecnocrático desponta a necessidade de ações para fomentar uma cultura institucional ancorada na colaboração interprofissional e no cuidado centrado na pessoa.

Limitações do estudo

As limitações desta pesquisa se relacionam ao fato de a coleta de dados só ter sido realizada em uma unidade de um único centro urbano, além da baixa adesão ao uso do plano de parto por parte das mulheres assistidas no cenário estudado, o que restringe a experiência dos profissionais da instituição estudada quanto à utilização deste documento. Ademais, destaca-se a dificuldade enfrentada no processo de captação dos participantes diante da sobrecarga de trabalho decorrente do contexto pandêmico da COVID-19.

Contribuições para a prática

Este estudo ratifica a importância do plano de parto como uma estratégia para assegurar o exercício dos direitos das mulheres nos processos de parturição e nascimento. Mas ao evidenciar as especificidades e os desafios do uso deste documento com gestantes classificadas como alto risco obstétrico, também contribui com reflexões acerca da relevância da atuação das enfermeiras nesse âmbito assistencial, sobretudo das especialistas em enfermagem obstétrica. Essas profissionais, ao valorizar a utilização desta tecnologia não invasiva de cuidado, impulsionam a desmedicalização nas maternidades de alto risco, em contraposição à medicalização e à heteronomia imposta pelo modelo tecnocrático na assistência obstétrica.

Conclusão

As percepções das enfermeiras acerca do uso do plano de parto com gestantes classificadas como alto risco obstétrico são semelhantes às identificadas nas gestações de risco habitual, reafirmando que esse documento é um recurso para promover os direitos das mulheres. No entanto, somente residentes e especialistas em enfermagem obstétrica destacaram as especificidades e os desafios dessa utilização nas maternidades de alto risco. Ao mesmo tempo, constatou-se que as residentes foram as únicas participantes que o consideraram como uma estratégia de proteção das mulheres às violências e intervenções obstétricas injustificadas.

Contribuição dos autores

Concepção e projeto, análise e interpretação dos dados: **Prata JA, Penha ABB, Filipe ACF**. Redação do manuscrito e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual, aprovação final da versão a ser publicada e concordância em ser responsável por todos os aspectos relacionados à precisão ou integridade de qualquer parte do manuscrito sejam investigadas e re-

solvidas adequadamente: **Prata JA, Dias MO, Penha ABB, Filipe ACF, Oliveira DCC, Castro TBL, Gioia LG**.

Disponibilidade de dados

Os autores declaram que os dados estão disponíveis de forma completa no corpo do artigo.

Referências

1. Santos NR, Corrêa CM, Gomes JS, Schons AK, Arboit J, Carvalho e Lira MOS. Produção científica sobre o plano de parto no Brasil: revisão narrativa da literatura. *Arq Ciênc Saúde Unipar*. 2025;29(2):875-94. doi: <https://dx.doi.org/10.25110/arqsaude.v29i2.2025-11762>
2. Ghahremani T, Bailey K, Whittington J, Phillips AM, Spracher BN, Thomas S, et al. Birth plans: definitions, content, effects, and best practices. *Am J Obstet Gynecol*. 2023;228(5):977-82. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2022.12.011>
3. Chantry AA, Merrer J, Blondel B, Le Ray C. Preferences for labor and childbirth, expressed orally or as a written birth plan: Prevalence and determinants from a nationwide population-based study. *Birth*. 2023;50(4):847-57. doi: <https://doi.org/10.1111/birt.12728>
4. Ahmadvour P, Moosavi S, Mohammad-Alizadeh-Charandabi S, Jahanfar S, Mirghafourvand M. Effect of implementing a birth plan on maternal and neonatal outcomes: a randomized controlled trial. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2022;22(1):862. doi: <http://doi.org/10.1186/s12884-022-05199-5>
5. Schreck RSC, Silva KL. Humanization actions of the obstetric nurses from Minas Gerais: resistance and counter-conduct to the medicalization of childbirth. *Rev Min Enferm*. 2023;27:e-152. doi: <http://doi.org/10.35699/2316-9389.2023.42252>
6. Carvalho EMP, Göttems LBD, Guilhem DB. The teaching of good obstetric practices from the Residency preceptors' perspective. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2022;27(5):1763-72. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022275.23872021>
7. Prata JA, Pamplona ND, Progiante JM, Mouta RJO, Correia LM, Pereira ALF. Non-invasive care technologies used by obstetric nurses: therapeutics con-

- tributions. *Esc Anna Nery*. 2022;26:e20210182. doi:<https://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0182>
8. Guimarães TMM, Costa DDAS, Lima TSC, Soares LMD, Machado DHA. March for the humanization of childbirth: a movement for women's rights. *Enferm Foco*. 2024;15:e-202498. doi: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2024.v15.e-202498>
9. Boff NK, Sehnem GD, Barros APZ, Cogo SB, Wilhelm LA, Pilger CH. Experience of professionals and residents working in the obstetric center on birth plan use. *Esc Anna Nery*. 2023;27:e20220104. doi: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2022-0104en>
10. Albuquerque R. Aspectos bioéticos do cuidado materno e neonatal seguro. In: Albuquerque A, Toledo C, Valette COS, Diego LA, Graboys V, Moretto VL, organizadores. *Cuidado materno e neonatal seguro: teoria e prática interdisciplinar e multiprofissional*. Ponta Grossa: Atena; 2021. p. 119-53.
11. Saunders B, Sim J, Kingstone T, Baker S, Waterfield J, Bartlam B, et al. Saturation in qualitative research: exploring its conceptualization and operationalization. *Qual Quant*. 2018;52(4):1893-907. doi: <http://doi.org/10.1007/s11135-017-0574-8>
12. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec; 2014.
13. Trigueiro TH, Pardo HN, Berteloni GMA, Franco CS, Wall ML, Souza SRRK. The use of the birth plan by pregnant women in prenatal care: a scoping review. *Rev Min Enferm*. 2021;25:e-1391. doi: <https://doi.org/10.5935/1415.2762.20210039>
14. Lima KSO, Bezerra TB, Pinto AGA, Quirino GS, Sampaio LRL, Cruz RSBL. The nurse's role in the pregnancy-puerperal cycle: postpartum women's perception in the light of Peplau's theory. *Cogitare Enferm*. 2024;29:e92803. doi: <https://doi.org/10.1590/ce.v29i0.92803>
15. Kohan S, Hajihashemi M, Valiani M, Beigi M, Mohebbi-Dehnavi Z. Maternal-infant outcomes of birth planning: a review study. *J Educ Health Promot*. 2023;12:315. doi: https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_1450_22
16. Leite TH, Marques ES, Esteves-Pereira AP, Nucci MF, Portella Y, Leal MC. Disrespect and abuse, mistreatment and obstetric violence: a challenge for epidemiology and public health in Brazil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2022;27(2):483-91. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022272.38592020>
17. Pereira ALF, Pessanha PSA, Prata JA, Maia ML, Nascimento ELT, Fernandes JS. Women-centered care in high-risk pregnancy during childbirth from a nursing perspective. *Esc Anna Nery*. 2024;28:e20240087. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2024-0087en>
18. Afulani PA, Nakphong MK, Sudhinaraset M. Person-centred sexual and reproductive health: a call for standardized measurement. *Health Expect*. 2023;26(4):1384-90. doi: <https://dx.doi.org/10.1111/hex.13781>
19. Isaacs NZ, Andipatin MG. A systematic review regarding women's emotional and psychological experiences of high-risk pregnancies. *BMC Psychol*. 2020;8(1):45. doi: <https://doi.org/10.1186/s40359-020-00410-8>
20. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM/MS nº 5.350, de 12 de setembro de 2024: Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede Alyne [Internet]. 2024 [cited Oct 26, 2025]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt5350_13_09_2024.html
21. Van der Pijl MSG, Kasperink M, Hollander MH, Verhoeven C, Kingma E, Jonge A. Client-care provider interaction during labour and birth as experienced by women: Respect, communication, confidentiality and autonomy. *PLoS One*. 2021;16(2):e0246697. doi: <https://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0246697>
22. Huschke S. 'The system is not set up for the benefit of women': women's experiences of decision-making during pregnancy and birth in Ireland. *Qual Health Res*. 2021;32(2):330-44. doi: <https://doi.org/10.1177/10497323211055461>
23. Flores CA, Netto VM. "It's for your own good": "perfect violence" in obstetric care. *Physis*. 2023;33:e33057. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-7331202333057>
24. Keedle H, Keedle W, Dahlen HG. Dehumanized, violated, and powerless: an Australian survey of women's experiences of obstetric violence in the past 5 years. *Violence Against Women*. 2024;30(9):2320-44. doi: <https://doi.org/10.1177/10778012221140138>

25. Silva TMC, Lopes MI. The couple's expectations for the birth plan. *Rev Enferm Ref*. 2020;5(2):e19095. doi: <https://doi.org/10.12707/RIV19095>
26. Mena-Tudela D, Roman P, González-Chordá VM, Rodríguez-Arrastia M, Gutiérrez-Cascajares L, Ropero-Padilla C. Experiences with obstetric violence among healthcare professionals and students in Spain: A constructivist grounded theory study. *Women Birth*. 2023;36(2):e219-e226. doi: <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2022.07.169>
27. Menezes FR, Reis GM, Sales AAS, Jardim DMB, Lopes TC. O olhar de residentes em Enfermagem Obstétrica para o contexto da violência obstétrica nas instituições. *Interface*. 2020;24:e180664. doi: <https://doi.org/10.1590/Interface.180664>



Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons