Ginecologia e Obstetrícia
Edição XXIV



Capítulo 8

CRIAÇÃO DE UM MODELO DE PLANO DE PARTO PARA UM HOSPITAL NO INTERIOR DO

LARISSA ELISA FILIPAK[1]
LARISSA DE COL DALAZONA BAIER[2]
SUELLEN VIENCOSKI SKUPIEN[3]

[1]Discente – Enfermagem Obstétrica da Universidade Estadual de Ponta Grossa.
[2]Doscente – Doutorado em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná.
[3]Docente – Doutorado em Enfermagem da Universidade Estadual do Centro-Oeste.

Palavras-chave: *Plano de Parto; Gestante; Parto.*

EDITORA PASTEUR

http://doi.org/10.59290/2929420100

INTRODUÇÃO

O Plano de Parto (PP) é uma das recomendações das "Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento" instituída pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (MEDEIROS *et al*., 2019). Trata-se de um documento escrito no qual as gestantes podem manifestar seus desejos e expectativas frente ao momento do trabalho de parto e parto, levando em consideração suas preferências e particularidades (MARCELINO *et al*., 2024).

Essa prática auxilia a equipe de saúde a saber os desejos da parturiente, sendo um bom modo de comunicação entre ambos, além de proporcionar autonomia para mulher, visto que a mesma estará enfrentando um momento marcado por intensas mudanças físicas e emocionais, no qual o acolhimento e o respeito às suas escolhas são fundamentais (MARCELINO *et al*., 2024).

Conforme o Protocolo Municipal de Atenção Pré-natal de Ponta Grossa (2025), é assegurado à gestante e ao acompanhante de sua escolha, o direito à consulta de 37 semanas associada à visita guiada à maternidade de referência. Essa estratégia visa proporcionar orientações sobre o processo de nascimento, favorecendo o esclarecimento de dúvidas e a preparação para o parto.

No cenário da maternidade, compete à enfermagem o papel crucial de orientação à gestante e acompanhante, sendo a educação em saúde uma das principais características dessa profissão. Tendo isso em vista, a incorporação de tecnologias em saúde voltadas ao cuidado de enfermagem, é essencial para garantir essa orientação. Entre as tecnologias, pode-se salientar o plano de parto como um grande aliado da tecnologia educacional, visto que ele proporciona a promoção da continuidade da assistência materno-infantil (SILVA *et al*., 2025).

Sob essa perspectiva, as consultas de 37 se-manas visam a formação de vínculo entre a ges-tante e seu acompanhante e a maternidade, além de oferecer informações sobre as vias de parto, métodos de indução, orientações do próprio parto em si, puerpério e as demais rotinas da maternidade. Nestas consultas também são es-clarecidas todas as dúvidas da gestante e seu acompanhante, além de citar a importância do plano de parto, identificando assim, a necessidade de disponibilizar um instrumento estruturado que auxilie a gestante em sua elaboração e que possa ser apresentado à equipe no momento da internação. Ademais, também é realizado o exame clínico, com a verificação dos sinais vitais e exame físico obstétrico direcionado. Ao final, realiza-se a evolução de enfermagem no *software* de gestão hospitalar Tasy da maternidade para que os demais profissionais possam ter acesso.

Diante desse contexto, observa-se que as consultas de 37 semanas constituem um momento oportuno para fortalecer o protagonismo da gestante e incentivar sua participação ativa nas decisões relacionadas ao processo de pré-parto, parto e puerpério.

Ao construir seu próprio plano de parto, a gestante possui a oportunidade de expressar suas preferências e expectativas em relação ao trabalho de parto, ao parto em si e aos cuidados que serão realizados com o recém-nascido, favorecendo um protagonismo ativo da gestante durante o processo de gestação.

Dessa forma, propõe-se a construção de um modelo de plano de parto a ser desenvolvido e entregue às gestantes durante a consulta de 37 semanas, com o objetivo de qualificar a assistência prestada, estimular a tomada de decisão da gestante e contribuir para uma experiência de parto mais segura, humanizada e centrada nas necessidades da mulher.

Com isso, o objetivo desse trabalho foi desenvolver um modelo de plano de parto adaptado à realidade de uma maternidade do interior do Paraná, com o intuito de promover a autonomia da gestante, fortalecer a humanização da assistência ao parto e qualificar o cuidado prestado pelas equipes de saúde no âmbito hospitallar.

MÉTODO

Esta pesquisa trata-se de um estudo metodológico de abordagem qualitativa para o desenvolvimento de um modelo de plano de parto que será entregue às gestantes que participam da consulta de 37 semanas em uma maternidade no interior do Paraná. Os estudos metodológicos são voltados ao desenvolvimento e refinamento de instrumentos, tecnologias e protocolos assistenciais. Além disso, permitem a tradução, adaptação e validação de instrumentos já existentes, assegurando sua adequação e aplicabilidade em diferentes contextos (GALVÃO *et al*., 2022).

O hospital fica situado no estado do Paraná, na cidade de Ponta Grossa, designado para atender a população da região, além das demais cidades vizinhas, como Carambeí, Arapoti, Castro, Ipiranga, Ivaí, Palmeira, Piraí do Sul, São João do Triunfo e Sengés. É responsável pelo atendimento de gestantes, parturientes, puérperas, recém nascidos e crianças.

O hospital divide-se em setores como a ma-ternidade, acolhimento neonatal, UTI neonatal, centro cirúrgico, clínica pediátrica e clínica cirúrgica pediátrica, prestando inúmeros serviços como atendimento médico, de enfermagem, psicologia, fonoaudiologia, nutrição e assistência social.

As consultas de 37 semanas são desenvolvidas nas dependências da maternidade e são realizadas pelas residentes de enfermagem obstétrica, às segundas, terças, quintas e sextas-feiras, das 8 às 18 horas. As consultas são ofertadas a todas as gestantes com idade gestacional maior ou igual a 37 semanas durante o pré-natal, sendo agendadas previamente pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou até mesmo por procura direta. São atendidas em média 32 gestantes por semana e as consultas levam aproximadamente 40 minutos à 1 hora.

A elaboração do modelo de plano de parto ocorreu em duas etapas: levantamento de dados e desenvolvimento do material, fundamentando-se nas diretrizes metodológicas descritas por Echer (2005) no estudo “Elaboração de Manuais de Orientação para Cuidados em Enfermagem”.

Este material foi produzido após uma análise qualitativa dos conteúdos presentes na literatura atual, bem como de protocolos, diretrizes e materiais técnicos publicados por instituições de referência como o Ministério da Saúde, Organização Mundial da Saúde e a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ, 2019).

O plano de parto foi desenvolvido em 4 etapas abaixo.

Primeira etapa

A primeira etapa corresponde a uma revisão bibliográfica com a temática “plano de parto”. Será utilizado o site de Descritores em Ciências da Saúde (DeCs) para selecionar os descritores utilizados para pesquisa na base de dados. Os descritores utilizados serão: “plano de parto”, “gestante”, “parturiente”, “gestação”, “mulher grávida”, utilizando os operadores booleanos “*AND*” e “*OR*”.

As bases de dados utilizadas foram a Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica (MEDLINE) e Base de dados de Enfermagem (BDENF). Tam-

bém foram utilizados materiais do Ministério da Saúde (MS), Organização Mundial da Saúde (OMS) e FioCruz.

Foram incluídos estudos primários qualitativos que abordem o uso do plano de parto. Não houve restrição de idiomas e o intervalo de tempo definido foi dos últimos 5 anos. Os critérios de exclusão foram aqueles que não tiveram como objetivo principal o uso do plano de parto, bem como textos da Internet, cartas, ensaios, artigos com dados incompletos e estudos que após três tentativas consecutivas de contato com os autores não foi possível o acesso.

Segunda etapa

Foi realizada a análise e seleção das principais informações referentes ao plano de parto para serem citadas no modelo proposto.

Terceira etapa

Corresponde ao desenvolvimento prático do plano de parto através da análise dos materi-ais pesquisados, adaptando o material para uma linguagem popular, o que permite melhor entendimento da população-alvo. A diagramação ocorreu por meio do uso da plataforma gratuita Canva, que possibilita a criação de conteúdos visuais, como apresentações, infográficos, pôs-teres, entre outros. As ilustrações complemen-tares foram retiradas do próprio aplicativo.

Quarta etapa

Após a finalização da cartilha, ela foi disponibilizada em PDF e de maneira impressa. Após validação com as enfermeiras especialistas, será entregue às gestantes que participam da consulta de 37 semanas na maternidade. A aplicação deste modelo objetiva a participação ativa da gestante durante sua gestação, trabalho de parto e parto, além do conhecimento de seus direitos. Essa etapa será realizada posteriormente em forma de validação de documento pelo núcleo de qualidade da maternidade.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A seleção resultou em 284 artigos, sendo: 180 artigos da base MEDLINE, 104 LILACS e 36 da BDENF. Após a leitura do título e resumo, foram selecionados 11 artigos. Após a leitura na íntegra, foram selecionados apenas sete que correspondem ao objetivo do projeto, conforme explicado abaixo **(Fluxograma 8.1)**.

Os materiais trouxeram principalmente assuntos como: clampeamento oportuno do cordão umbilical, contato pele a pele e amamentação precoce; frequência dos exames de toque vaginal; iluminação da sala de parto; consentimento da gestante antes da realização de intervenções obstétricas (episiotomia, amniotomia, vácuo e/ou fórceps); carimbo da placenta; DIU pós-parto como método contraceptivo; cuidados de rotina com o recém-nascido (vitamina K e vacina contra hepatite B); direito ao acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto; direito à presença da doula durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato; liberdade de movimentação e ingestão de líquidos durante o trabalho de parto; ausculta dos batimentos cardíacos fetais; uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor durante o trabalho de parto (deambulação, banho, bola e técnicas de conforto); permanência do acompanhante ou puérpera junto ao bebê; acesso venoso periférico apenas se necessário; tricotomia e manobra de Kristeller.

A partir dos resultados mencionados, os mesmos foram dispostos em tópicos para facilitar o entendimento das gestantes sobre o que elas desejam ou não na hora do trabalho de parto, parto e pós-parto.

O modelo de plano de parto foi constituído de uma página no formato de folder, frente e verso, contando com capa, texto de apresentação e opções para a gestante selecionar ou escrever, de maneira que ela se sinta livre para expressar suas opiniões e desejos **(Figura 8.1** e **Figura 8.2)**.

Fluxograma 8.1 Identificação dos estudos a partir das bases de dados

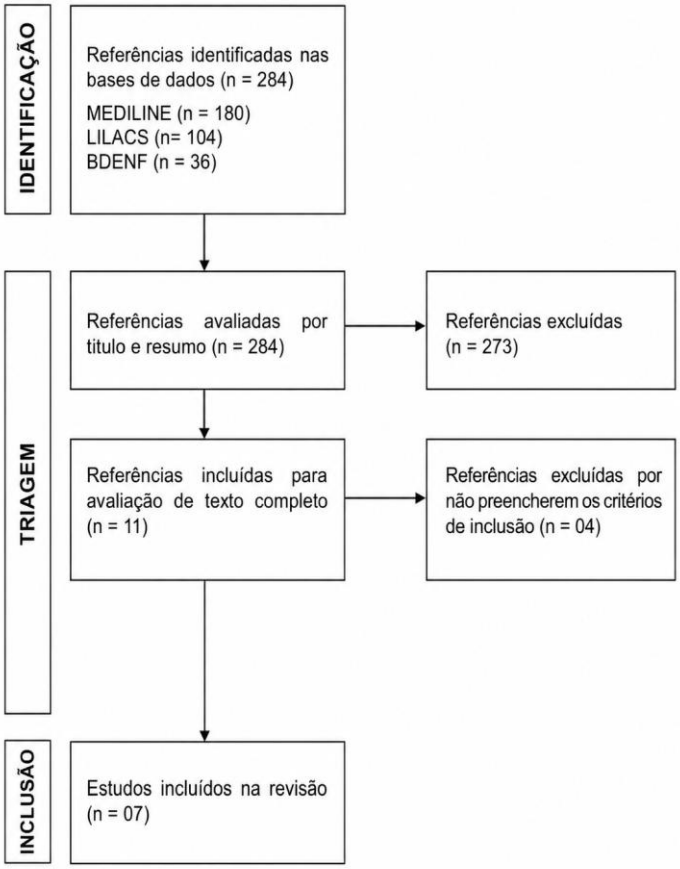


Figura 8.1 Identificação dos estudos a partir das bases de dados



Figura 8.2 Folder Plano de Parto - Verso



A humanização constitui um dos princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente no contexto do parto, ao buscar garantir a integralidade do cuidado e a autonomia das gestantes. Nesse cenário, o plano de parto destaca-se como uma importante estratégia para promover escolhas informadas e fortalecer a comunicação entre gestantes e pro-fissionais de saúde. Nesse processo, a atuação do enfermeiro mostra-se fundamental para a promoção de um cuidado obstétrico qualificado e para a redução de intervenções desnecessárias (COSTA *et al*., 2026b).

Ademais, ao elaborar um PP, a gestante pos-sui maior compreensão acerca dos processos que envolvem o trabalho de parto, parto e nascimento, possibilitando maior participação nas decisões referentes à assistência. Nesse sentido, o PP também norteia as práticas dos profissionais de saúde, melhorando a qualidade da assistência e promovendo uma experiência de parto mais respeitosa e humanizada, podendo ainda colaborar para a prevenção intervenções indesejadas e de práticas caracterizadas como violência obstétrica (PRATA *et al*., 2026).

Idealmente, o PP deveria ser construído du-rante as consultas de pré-natal realizadas pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) (TRIGUEIRO *et al*., 2022), porém, sabe-se que nem sempre isso ocorre. Com isso, a consulta de 37 semanas, ofertada pelo hospital, torna-se de grande valia para discussão dessa ferramenta, visto que nela são discutidas as rotinas hospita-lares e os processos ligados à assistência. Desse modo, o conhecimento prévio da maternidade, favorece o estabelecimento de vínculo entre a gestante e o serviço de saúde, além de contribuir para a redução da ansiedade e das inseguranças relacionadas ao trabalho de parto e ao nascimento (TRIGUEIRO *et al*., 2022).

Durante esse processo, o enfermeiro atua não somente, orientando a gestante e acompa-

nhante sobre o trabalho de parto e parto, como também, quais ações podem ser necessárias durante o atendimento, garantindo, desse modo, a redução de intervenções desnecessárias (COSTA *et al*., 2026b).

Tendo isso em vista, discutem-se abaixo os principais tópicos observados no plano de parto.

A presença de um acompanhante de escolha da gestante é permitida pela Lei Federal no 11.108, de 19 de setembro de 1990, durante todo período de trabalho de parto, parto e pós-parto, o que auxilia na sensação de maior conforto e segurança da parturiente durante esse período (COSTA *et al*., 2026a; SANTOS *et al*., 2025). Ademais, a presença de doula também é Yum direito garantido à gestante independentemente de estar ou não com acompanhante (COSTA *et al*., 2026a).

Algo que também deve ser reforçado durante a assistência em saúde, é a comunicação efetiva com a paciente. No caso da maternidade, a premissa não torna-se diferente, visto que, diante da necessidade de qualquer intervenção (seja por exemplo, amniotomia, uso de ocitocina, indução com comprimidos, entre outros), a mulher sempre deverá ser comunicada e a realização só poderá ser feita mediante sua autorização (PRATA *et al*., 2026).

O respeito às escolhas e a valorização da autonomia das mulheres durante esse momento contribuem para que essa experiência seja percebida de forma positiva. Além disso, o apoio contínuo durante o trabalho de parto está associado a maior probabilidade de parto vaginal espontâneo e à redução da duração do trabalho de parto (SANTOS *et al*., 2025).

Além disso, as preferências das puérperas devem ser sempre levadas em consideração, seja em relação à liberdade de movimentação, e até mesmo acesso a hidratação e alimentação, desde que a alimentação seja aquela disponibilizada ou permitida pela instituição. Esses fatores contribuem para menor sensação de dor, redução de distócias e intervenções médicas (COSTA *et al*., 2026a).

Em relação às dores do trabalho de parto, comenta-se sobre medidas não farmacológicas para alívio da dor (banhoterapia, banheira, bola suíça, aromaterapia, massagem, luz do ambiente), e infelizmente, ainda existe muito desconhecimento das gestantes sobre os métodos e seus benefícios (COSTA *et al*., 2026a).

O banho em chuveiro, assim como a imersão em banheira, contribui com o relaxamento e conforto durante o período de contrações, visto que a água quente auxilia na redistribuição do fluxo sanguíneo o libera hormônios como as endorfinas, que atuam nas sensações de conforto, bem-estar, e desta forma, diminuem a sensação de dor (SANTOS *et al*., 2025).

O uso da bola suíça proporciona melhor postura e alongamento, além de também contribuir com o relaxamento pélvico. Esses fatores também auxiliam no alívio das dores e na diminuição do tempo de trabalho de parto (VOLPATTO *et al*., 2022).

Outros métodos como uso de aromaterapia, cromoterapia e massagens auxiliam na diminuição do medo, ansiedade, além de favorecerem um ambiente mais confortável (VOLPATTO *et al*., 2022; COSTA *et al*., 2026a).

Ademais, a escolha da posição para parir também foi muito comentada durante as pesquisas, evidenciando que, quando a mulher possui essa liberdade, existe maior satisfação e sentimento de empoderamento, contribuindo para uma evolução de trabalho de parto e parto mais rápida (SANTOS *et al*., 2025).

Outro item que se destacou foi o fato da não obrigatoriedade de acesso venoso periférico, colocando-o apenas durante um período de necessidade, visto que, seu uso indiscriminado

pode levar a intervenções desnecessárias (COSTA *et al*., 2026b).

Outro achado relevante é a frequência dos toques vaginais, que, conforme recomendações do Ministério da Saúde, devem ser realizadas, pelo menos, a cada 4 horas, a menos que haja necessidade de realização com maior frequência, sendo necessário, explicar o porquê e o consentimento da paciente para tal (PEREIRA *et al*., 2026).

A ausculta da frequência cardíaca fetal auxilia no bem estar materno-infantil, pois garante segurança à gestante de que seu parto está evoluindo e que o bebê está bem (COSTA *et al*., 2026a).

Após o nascimento, também é comentado sobre a importância do contato pele a pele imediatamente após o nascimento, *Golden hour* e amamentação precoce. Todos esses fatores apresentam benefícios não só para o recém-nascido (RN), como para a puérpera (COSTA *et al*., 2026a; ROSA, 2025). Para a mãe, contribui na amamentação na primeira hora, o que auxilia também na involução uterina. Para o RN, esse contato contribui para sua transição extra-útero, mantendo sua temperatura corporal, frequência cardíaca e respiratória, reduz o risco de hipoglicemia, além de favorecer o vínculo do binômio (CORTEZ *et al*., 2023).

Além disso, o clampeamento tardio do cordão umbilical possibilita a transferência de sangue da placenta para o RN, o que por sua vez, aumenta as reservas de ferro do RN (COSTA *et al*., 2026a).

Também comenta-se sobre o desejo de permanência do acompanhante ao lado do bebê, sempre que o mesmo for realizar qualquer exame ou procedimento, para que as puérperas se sintam mais seguras (COSTA *et al*., 2026a).

Constatou-se também o desejo de inserção de DIU de Cobre disponibilizado pelo SUS como método contraceptivo pós-parto (PEREIRA *et al*., 2026) e desejo de carimbo de placenta, que contribui para a criação de memórias e vínculos entre a parturiente, RN e equipe de saúde, levando a uma melhor experiência de parto (PEREIRA *et al*., 2026).

Identificou-se demais pontos relacionados a violência obstétrica como tricotomia; manobra de Kristeller, considerada prejudicial à saúde da mulher e sem benefícios comprovados para a segurança da mulher quando realizada rotineiramente; fórceps; e a episiotomia, que deve ser realizada apenas em situações específicas e mediante consentimento esclarecido da gestante, considerando que sua realização desnecessária pode ocasionar dor persistente, dispareunia, sangramento e demais repercussões (COSTA *et al*., 2026a).

Apesar de todos esses fatores, ressalta-se que o plano de parto deve ser compreendido como um documento dinâmico, flexível e adaptável às condições clínicas da mulher e do recém-nascido. Embora represente uma importante ferramenta para o planejamento da assistência e expressão das preferências da gestante, não deve ser considerado uma proposta definitiva, uma vez que intercorrências podem surgir durante o trabalho de parto, demandando decisões rápidas e possíveis mudanças nas escolhas previamente estabelecidas. Dessa forma, é fundamental que a gestante esteja aberta à revisão de suas preferências, especialmente diante de alterações nas condições maternas ou fetais (MARCELINO *et al*., 2024).

CONCLUSÃO

Diante do exposto, evidencia-se que o plano de parto constitui uma importante ferramenta para a promoção da autonomia, do protagonismo e da participação ativa da mulher nas decisões relacionadas ao trabalho de parto, parto e nascimento.

A abordagem dos diferentes aspectos da as-sistência, desde a presença do acompanhante e o uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor até os cuidados imediatos ao recém-nascido e a prevenção de intervenções desnecessárias, favorece uma assistência pautada no respeito às preferências e aos direitos da gestante.

Nesse contexto, destaca-se a atuação do enfermeiro na educação em saúde e na construção compartilhada do plano de parto, contribuindo para uma comunicação efetiva entre mulher e equipe e para uma experiência de nascimento mais segura, humanizada e positiva.

Ressalta-se, entretanto, que o plano deve ser compreendido como um instrumento flexível e adaptável às condições maternas e fetais, possibilitando sua adequação diante de eventuais necessidades clínicas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CORTEZ, E. N.; RIBEIRO, M. D. S.; SILVA, P. I. G. Golden Hour: A Importância do Contato Pele a Pele na Primeira Hora Pós-Parto: Uma Revisão Integrativa de Literatura. Research, Society and Development, v. 12, n. 6, p. e20412642220, 2023. DOI: 10.33448/rsd-v12i6.42220.

COSTA, L. D.; NESPOLO, N. A.; BANDEIRA, N. C. S. *et al*. Plano de Parto: Conhecimento de Puérperas Admitidas em Duas Maternidades de Referência de um Município Paranaense. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 28, p. 1–9, 2026. DOI: 10.5216/ree.v28.79780.

COSTA, R. S.; COSTA, C. C. da; MONTE, A. S. *et al*. Conhecimento, Atitude e Prática de Enfermeiros sobre Plano de Parto: Estudo Transversal. Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online, v. 18, p. e14791, 2026. DOI: 10.9789/2175-5361.rpcfo.v18.14791.

ECHER, I. C. Elaboração de Manuais de Orientação para o Cuidado em Saúde. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 13, n. 5, p. 754–757, 2005. DOI: 10.1590/S0104-11692005000500022.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. Folder Plano de Parto Completo. 2019. Disponível em: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/01/Folder-Plano-de-Parto-Completo-1.pdf. Acesso em: 10/09/2026.

GALVÃO, P. C. C.; VASCONCELOS, C. B.; AMORIM, C. R. F. *et al*. Caracterização dos Estudos Metodológicos em Enfermagem: Revisão Integrativa. International Journal of Development Research, v. 12, n. 3, p. 54315–54317, 2022. DOI: 10.37118/ijdr.23954.03.2022.

MARCELINO, B. M. Q.; SILVA, P. P. da & SOUZA, G. R. B. de. A Importância da Elaboração do Plano de Parto e Seus Benefícios. Revista JRG de Estudos Acadêmicos, v. 7, n. 15, p. e151623, 2024. DOI: 10.55892/jrg.v7i15.1623.

MEDEIROS, R. M. K.; FIGUEIREDO, G.; CORREA, A. C. de P. *et al*. Repercussões da Utilização do Plano de Parto no Processo de Parturição. Revista Gaúcha de Enfermagem, v. 40, p. e20180233, 2019. DOI: 10.1590/1983-1447.2019.20180233.

PEREIRA, J. F. M.; BALAMINUT, T.; MATA, J. A. L. da *et al*. Construção e Validação de um Plano de Parto para Projeto de Extensão Universitária. Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online, v. 18, p. e14132, 2026. DOI: 10.9789/2175-5361.rpcfo.v18.14132.

PONTA GROSSA. Fundação Municipal de Saúde. Protocolo Municipal de Atenção ao Pré-Natal. Ponta Grossa: Fundação Municipal de Saúde, 2025. Disponível em: https://pt.scribd.com/document/1035821762/Protocolo-Pre-Natal-2025. Acesso em: 10/09/2026.

PRATA, J. A.; DIAS, M. O.; PENHA, A. B. B. da *et al*. Uso do Plano de Parto em Gestantes de Alto Risco Obstétrico: Percepções de Enfermeiras. Revista Rene, v. 27, p. e96123, 2026. DOI: 10.36517/2175-6783.20262796123.

ROSA, J. S. G. Plano de Parto: Estratégia Didático Instrucional para Enfermeiros. 2025. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2025.

SANTOS, N. R.; CORRÊA, C. M.; GOMES, J. S. *et al*. Produção Científica sobre o Plano de Parto no Brasil: Revisão Narrativa da Literatura. Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR, v. 29, n. 2, p. 875–894, 2025. DOI: 10.25110/arqsaude.v29i2.2025-11762.

SILVA, M. G. S.; VERÍSSIMO, J. L. L.; SILVA, J. A. da. Plano de Parto como Tecnologia Educacional Potente no Pré-Natal: Uma Interface com a Fenomenologia. Boletim de Conjuntura, v. 21, n. 62, p. 95–109, 2025. DOI: 10.5281/zenodo.14903220.

TRIGUEIRO, T. H.; ARRUDA, K. A.; SANTOS, S. D. *et al*. Experiência de Gestantes na Consulta de Enfermagem com a Construção do Plano de Parto. Escola Anna Nery, v. 26, p. e20210036, 2022. DOI: 10.1590/2177-9465-EAN-2021-0036.

VOLPATTO, D.; ALEXANDRE, L. A.; ROTOLI, A. *et al*. Benefícios das Práticas Integrativas Complementares (PICs) no Trabalho de Parto. Research, Society and Development, v. 11, n. 5, p. e53311528583, 2022. DOI: 10.33448/rsd-v11i5.28583.