



e s c o l a superior de
enfermagem
de coimbra

**CICLO DE ESTUDOS CONDUCENTE AO GRAU DE MESTRE
EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTETRÍCIA**

A Expectativa do Casal sobre o Plano de Parto

Marlene Isabel Lopes

Coimbra, julho de 2018



e s c o l a superior de
e n f e r m a g e m
d e c o i m b r a

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTETRÍCIA

A Expectativa do Casal sobre o Plano de Parto

Marlene Isabel Lopes

Orientadora: Mestre Teresa Maria Campos Silva,
Professora Adjunta, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
para obtenção do grau de Mestre em
Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

Coimbra, julho de 2018

*“É um momento tão único... porque não prepará-lo...
dizem que é um dia que marca tanto as pessoas!”*

mãe entrevistada

Agradecimentos

O presente estudo apenas foi possível graças à inestimável contribuição daqueles que, ao longo do tempo, se envolveram no seu desenvolvimento, pelo que não poderia deixar de expressar a todos a minha gratidão.

Agradeço, em primeiro lugar, às mães e aos pais que se disponibilizaram para participar neste projeto e que colaboraram pronta e ativamente. Obrigada por me darem a conhecer os vossos anseios e desejos para a experiência de nascimento dos vossos filhos, pois ajudaram-me a ser hoje muito mais do que era antes de vos conhecer.

À professora Teresa Silva, pela sua sábia orientação científica e pelas suas palavras encorajadoras e de compreensão, pois foram cruciais para mim nos momentos de incerteza, dando-me a coragem e a audácia necessárias para continuar.

Ao professor Luís Loureiro, pelo tempo que disponibilizou para me ajudar a compreender melhor o software de tratamento de dados qualitativos, que muito facilitou a análise dos muitos dados que obtive com este estudo.

Ao Carlos, o meu marido e companheiro de vida, pelo seu incentivo e apoio... obrigada pelos olhares de motivação e compreensão.

Em especial, aos meus três filhos, Pedro, Miguel e Elena. Obrigada pela vivência maravilhosa que é a maternidade e pela experiência transformadora que foi ajudar-vos a nascer!

A todos o meu mais sincero e profundo, Muito Obrigada!

SIGLAS

APEO – Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras

CPN – Curso de Preparação para o Nascimento

DGS – Direção Geral da Saúde

EESMO –especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

ESMO – Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

FAME – Federação de Associações de Matronas de Espanha

MCEESMO – Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

P – parto

PN – Plano de Nascimento

PP – Plano de Parto

PPP – Programa de Preparação para o Parto

SMOG – Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica

TP – trabalho de parto

UNICEF – United Nations Children’s Fund

WHO – World Health Organization

RESUMO

O Plano de Parto (PP) é um processo reflexivo e de tomada de decisão do casal grávido, exposto num documento escrito onde expressa os seus desejos e expectativas relativamente ao seu parto. Este tipo de documento permite uma melhor comunicação com os profissionais de saúde e tem-se tornado cada vez mais popular com o propósito de promover a autonomia das mulheres, sendo já vários os estudos que concluem que o seu uso pode influenciar o tipo de parto, nomeadamente na diminuição do número de cesarianas, contribuindo também para o aumento da satisfação, eficácia e empoderamento das mulheres. Tendo como objetivo descrever a expectativa do casal sobre o PP e, especificamente, a expectativa da mãe e do pai, delineou-se um estudo qualitativo, do tipo exploratório-descritivo. Os participantes foram dez casais que frequentaram o Programa de Preparação para o Parto de uma maternidade central do centro do país, selecionados intencionalmente. O instrumento de colheita de dados (devidamente aprovado pelas comissões de ética da maternidade e da UICISA-E) foi a entrevista semi-estruturada. A análise dos dados foi realizada de acordo com o método de análise de conteúdo de Bardin e com o software NVivo 10. Da análise do discurso dos participantes emergiram, quer na mãe, quer no pai, dois domínios: Envolvimento/Planeamento do Nascimento e a Tomada de Decisão sobre o PP. Do primeiro emergiram quatro categorias: Experiência de Nascimento, Ambiente e Conforto, Empoderamento nas Intervenções e Primeiro Contacto com o Bebé. Do domínio da Tomada de Decisão sobre o PP emergiram duas categorias que representam o Conhecimento sobre o Conceito de PP e o Valor Atribuído ao PP. A profundidade e complexidade da análise abordou ainda mais três níveis de subcategorias emergentes destas principais. Estamos convictas de que os resultados decorrentes desta investigação podem ser usados para inovar e melhorar os Programas de Preparação para o Parto e Parentalidade, no sentido de responder às expectativas e necessidades individuais dos casais, contribuindo para a reflexão e implementação de modelos de assistência ao parto que privilegiem condutas reconhecidamente científicas e seguras, ampliando o poder de escolha dos casais, de forma a que estes possam exercer a sua maternidade e paternidade com segurança e bem estar.

Palavras chave: plano de parto, enfermeiro EESMO, expectativa, envolvimento, tomada de decisão

ABSTRACT

The Birth Plan is a reflexive and decision-making process of the expectant couple, exposed in a written document where they express their desires and expectations regarding their process of labor. This type of document allows a better communication with health professionals, facilitating the fulfillment of the expectation of the couple regarding their delivery, and have become increasingly popular with the aim of promoting autonomy women's autonomy during labor and delivery, and several studies have concluded that their use may influence the type of labor, reduction in the number of cesareans, also contributing to the increase of satisfaction, efficacy and empowerment of women. In order to describe the expectation of the couple about the Birth Plan and, specifically, the expectation of the mother and the father, a qualitative, exploratory-descriptive study was delineated, prospecting comprehension of the significance of this phenomenon under study with the collection of the unique perspective of the couples. Thus, the subjects were expectant couples who attended the childbirth preparation class of a central maternity center of the country, selected intentionally. The data collection instrument (rightly approved by the ethics committees of the maternity and UICISA-E) was the semi-structured interview. Data analysis was performed according to the Bardin content analysis method and NVivo 10 software. From the analysis of the participants' discourse emerged, in both mother and father, two main domains: birth involvement/planning and decision making on the birth plan. From birth involvement/planning emerged four categories: birth experience, environment and comfort, empowerment in interventions and first contact with the baby. From the domain of decision making on the birth plan two categories emerged, representing the knowledge about the concept of the birth plan and the value assigned to it. The depth and complexity of the analysis addressed further three levels of emerging subcategories of these main. We are convinced that the results of this research can be used to innovate and improve the childbirth education classes, in order to respond to the individual expectations and needs of the couples, contributing to the reflection and implementation of care delivery models that privilege recognized scientific and safe conducts, increasing the power of choice of couples, so that they can fulfil their motherhood and paternity with safety and well-being.

Key words: birth plan, midwife, expectation, involvement, decision making

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Idade gestacional das participantes	71
Figura 2 - Paridade e agregado familiar das participantes	71
Figura 3 - Habilitações académicas dos participantes.....	72
Figura 4 - Estado ocupacional dos participantes.....	72
Figura 5 - Visão esquemática geral dos resultados: em termos de domínios, categorias e subcategorias de nível um	83
Figura 6 - Visão esquemática dos resultados da análise do discurso da mãe e do pai relativos à Experiência de Nascimento	89
Figura 7 - Visão esquemática dos resultados da análise do discurso mãe e do pai relativos ao Ambiente e Conforto	95
Figura 8 - Visão esquemática dos resultados da análise do discurso da mãe e do pai relativos ao Empoderamento nas Intervenções	98
Figura 9 - Visão esquemática dos resultados da análise do discurso da mãe e do pai relativos ao Primeiro Contacto com o Bebê.....	101
Figura 10 - Visão esquemática dos resultados da análise do discurso da mãe e do pai relativos à Tomada de Decisão sobre o Plano de Parto	107

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	17
------------------	----

CAPÍTULO I - ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

1 - ANTROPOLOGIA DO NASCIMENTO	21
1.1 - HISTÓRIA DA ASSISTÊNCIA AO NASCIMENTO.....	21
1.2 - MOVIMENTO PELA HUMANIZAÇÃO DO PARTO E PROMOÇÃO DO PARTO NORMAL.....	23
1.3 - A PRESENÇA DO PAI NO NASCIMENTO.....	25
1.4 - NASCIMENTO E ACTUALIDADE	27
2 - PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE.....	29
2.1 - MÉTODOS E RECOMENDAÇÕES PARA OS PROGRAMAS DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE	30
2.4 - EVIDÊNCIAS RELACIONADAS COM OS PROGRAMAS DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE	32
3 - PLANO DE PARTO	35
3.1 - EVOLUÇÃO HISTÓRICA DO PLANO DE PARTO	35
3.2 - OBJETIVOS DO PLANO DE PARTO	37
3.2.1 - Determinar as expectativas pessoais	39
3.2.2 - Desenvolver relações terapêuticas com os profissionais	41
3.2.3 - Compartilhar a tomada de decisão	42
3.3 - CONTROVÉRSIAS DO PLANO DE PARTO	44
3.4 - ASPETOS MÉDICO LEGAIS DOS PLANOS DE PARTO	50
3.5 - IMPLICAÇÕES PARA OS ENFERMEIROS EESMO E PARA AS MULHERES/CASAIS.....	51
4 - EVIDÊNCIAS RELACIONADAS COM O USO DO PLANO DE PARTO	55
4.1 - PERSPETIVAS DAS MULHERES/CASAIS E DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE O PLANO DE PARTO	55
4.2 - SATISFAÇÃO COM A EXPERIÊNCIA DE NASCIMENTO	58
4.3 - INFLUÊNCIA DOS PLANOS DE PARTO NOS RESULTADOS OBSTÉTRICOS	60
5 - A TRANSIÇÃO DO CASAL PARA A PARENTALIDADE E A SUA EXPETATIVA SOBRE O PLANO DE PARTO.....	63

CAPÍTULO II - FASE METODOLÓGICA

6 - PERCURSO METODOLÓGICO	67
6.1 - OPÇÃO METODOLÓGICA	68
6.2 - CONTEXTO DO ESTUDO/PROBLEMA DE INVESTIGAÇÃO	69
6.3 - PARTICIPANTES.....	70
6.3.1 - Caracterização dos casais participantes	71
6.4 - PROCESSO DE RECOLHA DE DADOS	72
6.5 - CONSIDERAÇÕES FORMAIS E ÉTICAS	76
6.6 - ANÁLISE DOS DADOS.....	77
6.7 - CRITÉRIOS DE VALIDAÇÃO DA INVESTIGAÇÃO	79

CAPÍTULO III – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

7 - APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	81
7.1 - ENVOLVIMENTO/PLANEAMENTO DO NASCIMENTO	84
7.1.1 - Experiência de Nascimento	84
7.1.2 - Ambiente e Conforto	89
7.1.3 - Empoderamento nas Intervenções	95
7.1.4 - Primeiro Contacto com o Bebé	99
7.2 - TOMADA DE DECISÃO SOBRE O PLANO DE PARTO.....	101
7.2.1 - Conhecimento do conceito de Plano de Parto.....	101
7.2.2 - Valor atribuído ao Plano de Parto	102
8 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	109
8.1 - ENVOLVIMENTO/PLANEAMENTO DO NASCIMENTO	109
8.2 - TOMADA DE DECISÃO SOBRE O PLANO DE PARTO.....	125
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	131
BIBLIOGRAFIA.....	137

APÊNDICES

APÊNDICE I - GUIÃO DA ENTREVISTA

APÊNDICE II - CONSENTIMENTO INFORMADO

INTRODUÇÃO

O Plano de Parto (PP) consiste num documento escrito elaborado pelo casal grávido onde este expressa os seus desejos relativamente ao seu trabalho de parto e parto. Este documento permite uma melhor comunicação com os profissionais de saúde, facilitando-lhe a realização da expectativa do casal relativamente ao seu parto. Para a sua elaboração é importante uma literacia correta do casal relativamente ao processo de parto, sendo aqui o apoio do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica fundamental (OE, 2012a). O PP constitui também uma estratégia para promover o envolvimento da mulher na preparação para e no trabalho de parto e para expressar as expectativas e desejos relacionados com o decurso do trabalho de parto. É importante que seja refletido pela mulher/casal durante a gravidez, de modo a promover a consciencialização da relação entre as decisões e escolhas e o próprio decurso do TP, de forma a construir decisões responsáveis e informadas (OE, 2018).

Segundo as recomendações da Organização Mundial de Saúde para o Parto Normal, uma das condutas claramente útil e que deve ser encorajada (categoria A) é a realização de um “plano individual determinando onde e por quem o parto será realizado, feito em conjunto com a mulher durante a gestação, e comunicado ao seu marido/companheiro e, se aplicável, à sua família” (WHO, 1996, p.34).

Também, segundo o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica (Regulamento n.º 127/2011), o enfermeiro especialista em ESMO “promove o plano de parto, aconselha e apoia a mulher na decisão” (critério de avaliação H2.1.9) sendo que a “taxa de grávidas que frequentaram a preparação para o parto e elaboraram plano de parto” apresenta-se como exemplo de indicador de qualidade altamente sensível aos cuidados especializados em enfermagem de SMOG, segundo o Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica (OE, 2011, p.12).

Desde a sua implementação na década de 1970, os planos de parto têm-se tornado cada vez mais populares nos países ocidentais com o propósito de promover a autonomia das mulheres durante o parto, sendo já vários os estudos que concluem que o uso do plano de

parto pode influenciar o tipo de parto, podendo constituir-se uma ferramenta importante para a diminuição das taxas de cesarianas. Além disso, podem contribuir para o aumento da satisfação, eficácia e empoderamento das mulheres (Afshar et al., 2017; Cortés, Barranco, Jordana, & Roche, 2015). O nascimento de um bebê é um momento fundamental da mulher e de toda a sua família, e a saúde e o bem-estar da mãe e do bebê durante o nascimento, determinam fortemente a futura saúde e bem-estar de toda a família, e conseqüentemente de toda a sociedade (WHO, 2005).

As experiências positivas das mulheres durante os cuidados pré-natais e o parto podem constituir a base de uma maternidade saudável. É fundamental priorizar a saúde e o bem-estar centrado nas pessoas e não apenas a prevenção da morte e da morbidade, de acordo com uma abordagem baseada nos direitos humanos, sendo que uma experiência positiva durante a gravidez significa uma normalidade física e sociocultural, na transição eficaz para o trabalho de parto e o parto e uma maternidade positiva (OMS, 2016).

A gravidez e o parto são as etapas prévias da maternidade, constituindo o início da aquisição do papel parental, e a forma como é vivenciado o parto, nomeadamente a sensação de controlo, pode influenciar esta transição para a parentalidade (Simkin, 1991).

Numa revisão sistemática sobre o significado atribuído pelas mulheres à assistência ao parto, Silva (2012) verificou que o parto normal é o esperado pela maioria das mulheres, sendo as principais expectativas, a possibilidade de participação ativa, o autocontrolo durante as contrações e o controlo da situação. Face ao exposto, a autora considera que é fundamental promover a autonomia da mulher durante todo o processo, com a elaboração de um plano de parto que seja respeitado pelos profissionais que a assistem e a serem informadas sobre todos os procedimentos a que são submetidas. Para sustentar este novo modelo de assistência ao parto, é necessário ter em conta as vivências das mulheres como uma das fontes principais desta visão da realidade.

A inquietude pela temática em estudo surge do contexto profissional de onze anos, enquanto Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica em unidades de Urgência Obstétrica, Medicina Materno Fetal e Sala de Partos, onde cuidamos de casais em trabalho de parto, mas essencialmente também do acompanhamento de casais, num Programa de Preparação para o Parto e Parentalidade, onde gostaríamos de contribuir mais eficazmente para o empoderamento e satisfação destes casais no seu processo de nascimento. Enquanto enfermeiras EESMO,

questionamo-nos de que forma poderemos ajudar os casais a vivenciarem com mais satisfação o momento do seu trabalho de parto e parto, e de que forma poderemos contribuir para um nascimento seguro e com os melhores indicadores de qualidade obstétricos, nomeadamente a taxa de cesarianas, onde Portugal, se encontra entre os últimos lugares da Europa, apesar das melhorias dos últimos anos. Estamos convictas que os cuidados obstétricos centrar-se-ão cada vez mais nas escolhas feitas pelos casais corretamente informados a quem são explicadas as evidências que contribuem para os melhores resultados obstétricos. Enquanto enfermeiras EESMO, consideramos ter a responsabilidade de assegurar um nascimento, não só seguro para a mãe e para o bebé, mas verdadeiramente centrado na tríade, onde as preferências dos casais para o seu parto devem ser consideradas como componente integral dos cuidados.

Neste sentido, pensamos ser importante conhecer a expectativa do casal sobre o plano de parto, sendo que esta informação poderá, potencialmente, ser usada para inovar e melhorar os cursos de preparação para o nascimento, respondendo ainda mais às expectativas e necessidades de cada um dos elementos do casal tendo em conta as diferenças de género e ajudá-los, se o desejarem, na construção do seu plano de parto.

Desenvolveu-se assim o presente estudo, intitulado “A Expectativa do casal sobre o Plano de Parto” para dar resposta à questão de investigação: qual a expectativa do casal sobre o Plano de Parto? Definiram-se os objetivos, nomeadamente, identificar os valores, significados e preocupações da mãe e do pai relativamente ao TP e P; conhecer as expectativas da mãe e do pai relativamente ao ambiente do TP e P; conhecer as estratégias potenciadoras de conforto e segurança que a mãe e o pai têm para o TP e P; conhecer o empoderamento da mãe e do pai relativamente às intervenções propostas pelos profissionais de saúde durante o TP e P; conhecer a expectativa da mãe e do pai relativamente ao primeiro contacto com o bebé; identificar o conhecimento da mãe e do pai sobre o conceito de PP; conhecer o valor atribuído pela mãe e pelo pai ao PP.

Para dar resposta a esta questão e objetivos, optou-se por uma metodologia qualitativa do tipo exploratório-descritivo, com a análise de conteúdo segundo Bardin (2013).

Pensamos que esta investigação pode também contribuir para a melhoria da comunicação entre os casais e os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros EESMO, para que os casais possam tomar decisões informadas com base na evidência, podendo

constituir-se o plano de parto uma estratégia efetiva de decisão negociada, responsável e informada.

Esta dissertação está estruturada em três grandes capítulos, sendo o primeiro relativo ao enquadramento conceptual, onde depois de uma exaustiva e criteriosa seleção bibliográfica abordamos a antropologia do nascimento, a preparação para o parto e parentalidade, o plano de parto, as evidências relacionadas com o plano de parto e a transição do casal para a parentalidade e a sua expectativa face ao plano de parto. No segundo capítulo apresentamos o percurso metodológico realizado e no terceiro capítulo descrevemos e discutimos os resultados obtidos, cruzando-os com a evidência científica, bem como com a nossa experiência clínica. Terminamos com as conclusões e reflexões finais emergentes deste estudo, bem como as implicações e contributos que decorrem do mesmo, e que possam contribuir para o desenvolvimento da enfermagem e, em particular da ESMO, tanto na prática clínica, como na formação e na investigação.

CAPÍTULO I - ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

1 - ANTROPOLOGIA DO NASCIMENTO

Abordamos neste capítulo, a história da assistência ao nascimento, como acontecimento familiar e íntimo que acontecia no domicílio, até à sua progressiva institucionalização, motivada pelas altas taxas de mortalidade materna e infantil, com o início do predomínio tecnológico e a conseqüente desvalorização da competência e confiança da mulher e família para realizar o nascimento, culminando nos movimentos pela humanização do parto e no panorama de indicadores obstétricos atuais e suas conseqüências.

1.1 - HISTÓRIA DA ASSISTÊNCIA AO NASCIMENTO

Tradicionalmente, através dos tempos e das diversas culturas, as mulheres grávidas estavam rodeadas de outras mulheres da família mais experientes que lhe ofereciam todo o apoio na transição para a maternidade. A mulher grávida era tratada de forma diferente, sendo-lhe proporcionada a melhor comida e protegida do stress e do trabalho físico mais intenso e era considerada a especialista da sua gravidez e encorajada a prestar muita atenção às mudanças do seu corpo e ao seu bebé em crescimento. Existiam rituais familiares que transmitiam suporte durante a gravidez, o parto e o período pós-parto, os quais eram considerados eventos familiares, onde a mulher era cuidada por pessoas da sua confiança e que também a conheciam bem desenvolvendo-se relações fortes com o seu feto, com a família e com os cuidadores (Lothian, 2008).

As gestantes eram assistidas durante o trabalho de parto por parteiras, no conforto dos seus lares e sob os olhos dos seus familiares. Estas mulheres parteiras eram de extrema confiança, tinham um conhecimento empírico e na maioria das vezes pertenciam às classes populares. Ainda no século XIX, as mulheres de classe mais elevada começaram a solicitar o acompanhamento da sua gravidez e do seu parto também por médicos e, na era vitoriana, inicia-se a introdução de fármacos no trabalho de parto, como o ópio (Lothian, 2006, referindo Kitzinger, 2000).

Após a segunda guerra mundial, com a preocupação das altas taxas de mortalidade materna e infantil, entendeu-se a necessidade da institucionalização do parto, passando do domicílio para o hospital, no qual a estrutura física já não permite a presença constante da família, e os cuidados prestados passaram a ser baseados em normas e rotinas que foram tornando as mulheres passivas face ao seu momento de nascimento (Bruggermann, Parpinelli & Osis, 2005). Neste contexto, segundo Kitzinger (1995) as mulheres eram deixadas nas maternidades, entregues a si próprias e aos cuidados das equipas médicas e de enfermagem num ambiente que lhes era completamente desconhecido e por vezes hostil, no decorrer de todo o trabalho de parto, passando a ser o “objeto” e não o “sujeito” do seu próprio parto.

No contexto Português manteve-se ainda uma longa tradição de partos em casa até aos anos 70 do século XX, sendo que até 1961, 80% dos partos ocorriam no domicílio, normalmente apoiados por mulheres sem formação, chamadas de curiosas. Durante este período as taxas de mortalidade perinatal eram elevadas, sendo a taxa de mortalidade perinatal reportada em 1970 de 38,9 por cada 1000 nascimentos. A partir da década de 1970, também em Portugal ocorreu a institucionalização do parto com uma queda impressionante nas taxas de mortalidade perinatal ao longo desse período, verificando-se 3,9 óbitos em cada 1000 nascimentos nos dados de 2016 (Pordata, 2017a).

Segundo Silva (2012), o parto hospitalar e as intervenções com mais tecnologia, e por isso mais invasivas, vieram afirmar o poder médico, em nome da ciência, em todo este processo. Como consequência, os acontecimentos da gravidez e do parto passaram de privados a ser publicamente discutidos, sofrendo uma forte intervenção normativa, com os profissionais de saúde, cada vez mais, os protagonistas da experiência do parto. Este processo foi transversal a todos os aspetos da vida quotidiana e, também, com a saúde das populações, tendo-se transformado a gravidez e o parto em objetos da medicina, sobrevalorizando o progresso tecnológico e a ciência em relação à natureza. Segundo Pinheiro (2016), referindo Davis-Floyd, a medicalização do parto, enquanto parte da ideologia tecnocrática hegemónica, constitui um forte conjunto de ideais que determinam o modo de pensar e fazer a assistência à maternidade, traduzindo-se no controlo social pelo qual os eventos naturais do ciclo vital e os desvios do corpo são considerados como doenças ou desordens que se situam sob a jurisdição médica. Esta crença criou nas mulheres uma desconfiança acerca das suas capacidades no processo de nascimento normal sem intervenções, tornando-se inseguras e depositando nas mãos dos profissionais

e das instituições todo o processo de maternidade, incluindo o parto, sendo hoje comum dados que referem muitas mulheres com medo do parto e com níveis elevados de ansiedade, culminando na solicitação do parto por cesariana, na convicção de que este é o meio mais seguro para ela e para o seu filho (Pinheiro, 2016, referindo Rozas, Barreira e Merino).

Também, Lothian (2008), corrobora a gravidez e o nascimento como eventos médicos e não acontecimentos de vida normais, desde o teste de gravidez para descobrir se está grávida ou não, mas que, de forma ansiosa, procura imediatamente um profissional de saúde para confirmar a sua gravidez, considerando o obstetra como perito e que por isso deve ser consultado para conhecer cada detalhe ou para saber como a gravidez está a evoluir. A autora, referindo Strong, afirma que “esperar problemas” se tornou na marca registada dos cuidados pré-natais contemporâneos, sendo que as restrições ao estilo de vida, os testes pré-natais de rotina e as preocupações exageradas prejudicam a confiança das mulheres na sua capacidade de fazer crescer os seus bebés, lançando-as num labirinto e numa escalada de medo. A gravidez tornou-se num tempo de regras e preocupações, mesmo para as mulheres saudáveis que não têm razão para “esperar problemas”.

O estudo de Bárbara Katz-Rothman nos Países Baixos em 2001, referido por Lothian (2008), apresenta aspetos interessantes sobre o potencial dano dos testes pré-natais de rotina, que só aumentam a incerteza e sobrecarregam os casais com sofrimento desnecessário. A mesma autora considera que os cuidados pré-natais contemporâneos interferem na capacidade das mulheres/casais para vivenciarem tranquilamente a sua gravidez, o que combinado com o intervencionismo durante o nascimento, pode perturbar gravemente a sua transição para a parentalidade.

1.2 - MOVIMENTO PELA HUMANIZAÇÃO DO PARTO E PROMOÇÃO DO PARTO NORMAL

Com os diferentes movimentos sociais iniciados nos anos 60 do século XX, que reclamavam a implementação dos ideais democráticos e criticavam todos os mecanismos de opressão e desigualdade, surgem de novo questões relacionadas com o valor da autonomia da mulher no parto, com a legislação da proteção da maternidade e com a divisão tradicional dos papéis sociais entre o homem e a mulher. É neste período e

contexto que se difunde a nível europeu, por exemplo, o método do parto psicoprofilático e outros movimentos de “humanização do parto”, que concebem a gravidez e o parto como fases naturais do ciclo vital humano e experiências humanas especiais e únicas para a mulher e para o seu companheiro. Assim, nos finais do século XX, o debate sobre o melhor modelo de cuidados na assistência à gravidez e ao parto emergiu, iniciando-se a promoção de programas assistenciais que diminuam as intervenções nesse momento e forneçam recursos e ferramentas para ajudar as mulheres, as suas famílias e os profissionais de saúde a alcançarem um parto o mais fisiológico possível, designadas por práticas promotoras do parto normal (Pinheiro, 2016).

A crescente consciencialização internacional do contínuo aumento do número de partos realizados por cesariana, veio fortalecer este debate. A OMS em 1985, reconheceu que não existe justificação para que as taxas de cesariana sejam superiores a 10-15% e que taxas acima deste limite não mostram benefício adicional para a mãe ou para o recém-nascido. A Declaração de Fortaleza procurou inspirar muitas ações de mudança, apelando à defesa dos direitos das mulheres, à liberdade de escolha nas posições de parto, à presença de acompanhantes, ao fim dos enemas, da tricotomia e da amniotomia, a abolição do uso por rotina da episiotomia e da indução do trabalho de parto (OMS, 1985).

Esta discussão sobre os modelos e práticas mais adequadas são diversos de acordo com a definição de parto normal que significou, durante muitos anos, um parto vaginal sem complicações, independentemente das intervenções que o precederam ou que interferiram com o processo fisiológico (Pinheiro, 2016). Contudo, Anderson (2009), tendo em conta a complexidade e a subjetividade do conceito de parto normal, propôs quatro atributos que o delimitam e caracterizam, nomeadamente ser um processo fisiológico, não intervencionado, onde se proporciona um ambiente de suporte físico, psicológico, emocional e social e onde existe empoderamento da mulher, que tem controlo, e da midwife que tem autonomia.

A OMS definiu o parto normal como o “parto que tem início espontâneo, de baixo risco no início e mantendo-se assim até ao nascimento. A criança nasce espontaneamente, em apresentação cefálica de vértice entre as 37 e as 42 semanas completas de gravidez. Depois do parto, a mãe e o bebé apresentam-se em boa condição” (WHO, 1996, p. 4).

Também o grupo de peritos responsável pelo documento “Pelo Direito ao Parto Normal. Uma visão partilhada”, adotou esta definição acrescentando que poderão ser incluídos na

classificação de Parto Normal, partos sujeitos a intervenções, com o fim de facilitar a progressão do trabalho de parto e parto vaginal, nomeadamente: rutura artificial de membranas, sempre que não realizada com o intuito de induzir o trabalho de parto, monitorização fetal contínua, controlo da dor com métodos não farmacológicos e farmacológicos, correção de distócias dinâmicas, episiotomia justificada por razões materna ou fetal, conduta ativa no 3º período do trabalho de parto, parto com complicações *minor* (hemorragia pós-parto ligeira e laceração perineal de 1º e 2º graus), administração de antibióticos para profilaxia da infeção neonatal (OE & APEO, 2012, p. 18).

São várias as iniciativas, projetos, e intervenções políticas levados a cabo em vários países e instituições, na procura dos aspetos facilitadores e dos constrangimentos para a implementação de modelos de assistência promotores do parto normal, sendo que em Portugal salientamos a criação da associação portuguesa pela humanização do parto HumPar, em 2006; o movimento Nascer Melhor, em 2009; o documento de consenso *Pelo Direito ao Parto Normal. Uma Visão Partilhada*, ratificado pela DGS, APEO e OE (OE & APEO, 2012); e a Proposta de redução do número de cesarianas através da promoção do parto normal (OE, 2013a)

1.3 - A PRESENÇA DO PAI NO NASCIMENTO

Em estudos antropológicos referidos por Kitzinger (1995) em algumas culturas a presença do pai durante o nascimento não é habitual e o seu papel varia em função dos valores culturais de uma determinada sociedade.

Nos países desenvolvidos a entrada do pai na sala de partos surge com os movimentos já referidos de proteção dos direitos das mulheres e da proteção da maternidade e da paternidade, na década de 70 do século XX (Carvalho, 2003). Em Portugal, o acompanhamento da mulher grávida durante o trabalho de parto foi consagrado na legislação apenas em 1985, e atualizado recentemente na Lei 15/2014, considerando o pai como uma presença fundamental no acompanhamento da gravidez e no momento do parto, independentemente do tipo de união com a parturiente.

Genesoni e Tallandini (2009) referem o interesse crescente em torno da figura paterna, nomeadamente a sua importância na educação e no desenvolvimento da criança, sendo

que a ligação emocional entre o pai e o filho é determinante para a transição do pai para a paternidade e para o desenvolvimento do bebê. Desta forma, o pai hoje prepara de forma muito diferente a sua paternidade acompanhando a gravidez da sua mulher, sendo uma figura presente e importante nas consultas pré-natais e nos cursos de preparação para o nascimento. A participação do homem no trabalho de parto contribui para o sucesso do nascimento, como uma referência emocional e facilitador do processo, mas também é influenciado positivamente por ele pois envolve mudanças nas concepções de gênero, nascimento e família. (Carvalho, 2003).

Delmann (2004) refere que atualmente a participação dos homens no nascimento dos seus filhos é quase universal nos países industrializados, rondando os 96% e constatou, na sua revisão de literatura sobre as experiências dos pais no nascimento, que a maioria dos homens considera o nascimento maravilhoso, mas stressante, muitas vezes não cumpre as suas expectativas e sente-se confuso relativamente ao seu papel. Daí ser pertinente ter em conta, na preparação para o parto e nas práticas hospitalares, também as necessidades dos homens, de forma a reduzir os seus níveis de angústia e melhorar a satisfação materna e paterna.

Também Genesoni e Tallandini (2009) relatam sete estudos que avaliaram a experiência do pai durante o trabalho de parto e parto, onde os pais indicaram frequentemente sentimentos de ansiedade, inutilidade e desamparo, uma vez que não esperavam que o parto fosse tão exigente, sentindo-se com frequência deslocados, vulneráveis, mal preparados e com necessidade de apoio psicológico. No mesmo sentido Martins (2006), estudou a vivência do pai na sala de partos de um hospital português e encontrou sentimentos de incapacidade, impotência, medo e angústia.

Noutro sentido, Bruggermann, Parpinelli e Osis (2005), fizeram uma revisão sistemática sobre as evidências do suporte durante o trabalho de parto e parto destacando-se nos resultados, que as figuras de suporte são favoráveis, com redução na taxa de cesarianas, nos analgésicos, na duração do trabalho de parto, na utilização de oxitocina e no aumento da satisfação materna com a experiência vivida. No entanto, a presença de um acompanhante, mesmo que escolhido pela parturiente, por si só, não pode ser considerado como sinónimo de suporte, pelo que deverão ser dadas condições e apoio para que o pai seja capaz de concretizar essa função, pelo que a sua preparação deve ser considerada tão importante como a da grávida.

1.4 - NASCIMENTO E ACTUALIDADE

Passados 30 anos da Declaração de Fortaleza, a OMS continua a demonstrar uma grande preocupação com as elevadas taxas de cesariana em todo o mundo tendo, em abril de 2015, reafirmado que taxas de cesariana superiores a 10% não estão associadas à redução de mortalidade materna e neonatal e que, como qualquer cirurgia, acarreta riscos imediatos e a longo prazo, com possíveis consequências negativas que afetam a saúde da mulher, do seu filho e das futuras gestações, mesmo muitos anos após a cirurgia (WHO, 2015). A cesariana tem indicações clínicas incontestadas, mas quando efetuada desnecessariamente está associada a riscos de saúde injustificados, pelo que a taxa de cesarianas é internacionalmente considerada um indicador de qualidade dos cuidados obstétricos. Em Portugal, a taxa de cesarianas, em 2015 foi de 32,9% sendo nos hospitais públicos de 27,8% e nos hospitais privados de 63,4%. Em 2009 a taxa de cesariana em Portugal chegou aos 36,7% (Pordata, 2017b,c,d), destacando Portugal como um dos países europeus com maior taxa de cesarianas, sendo apenas ultrapassado pela Itália e Turquia.

O Relatório Mundial de Saúde 2010 da OMS, revelou que o custo global do excesso de cesarianas é superior a 2 mil milhões de dólares anualmente, segundo uma análise a nível nacional, baseada no método WHO-CHOICE (CHOosing Interventions that are Cost Effective). Em 2008, globalmente, foram realizadas 3,18 milhões de cesarianas necessárias face a 6,20 milhões desnecessárias, sendo o custo das cesarianas “em excesso” estimado em cerca de 2,320 milhões de dólares, e o custo das cesarianas necessárias estimado em cerca de 432 milhões de dólares (WHO, 2010).

O European Perinatal Health Report (2010), publicado no âmbito do projeto Euro-Peristat, é o relatório mais detalhado sobre a saúde e os cuidados de mulheres grávidas e de crianças na Europa. Reúne dados de 29 países, incluindo todos os estados membro (exceto a Bulgária) e a Islândia, Noruega e Suíça. Portugal encontra-se abaixo ou na média europeia, na maioria dos indicadores referentes a 2010. As taxas de mortalidade fetal, neonatal e infantil são das mais baixas da Europa, tendo ainda diminuído desde 2004. No entanto, manteve-se a elevada proporção de partos por cesariana e aumentou a proporção de crianças nascidas com baixo peso e/ou prematuramente. Portugal detém a segunda maior taxa de cesarianas da Europa, a seguir à Itália. No entanto, as cesarianas não são a única forma de intervenção médica no parto, pois se olharmos para os partos

vaginais instrumentados, Portugal também está na dianteira a nível europeu, com 14,9% de partos por ventosa ou fórceps, apenas ultrapassados pela Irlanda e Espanha. Relativamente à taxa de mulheres com episiotomia no parto vaginal, Portugal apresenta uma taxa de 72,9%, apenas ultrapassado pelo Chipre, face aos 4,9% da Dinamarca.

O parto por cesariana está associado a maiores riscos de saúde comparativamente ao parto vaginal e, atento a estes factos, o Ministério da Saúde em 2013, nomeou a Comissão Nacional para a Redução da Taxa de Cesarianas, através do Despacho n.º 3482/2013, com o objetivo de criar medidas concretas para a sua redução e proceder à sua implementação e monitorização. Uma das medidas propostas pela comissão foi a norma n.º 1/2015 para o registo obrigatório das indicações dos motivos para se efetuar uma cesariana e documentos orientadores para os profissionais de saúde e para os cidadãos em geral, no sentido de promover um conhecimento mais informado sobre os riscos de uma cesariana (DGS, 2015a). A Ordem dos enfermeiros considera também, a este respeito, que a redução da taxa de cesarianas não deverá ocorrer à custa de mais intervenções que forcem o parto vaginal, aumentando o risco de cesarianas de urgência, mas através da promoção do parto normal. (OE, 2013a).

Os fatores que poderão estar relacionados com as diferentes taxas de cesarianas nos diferentes países parecem estar relacionados com as condições patológicas na saúde materna e fetal, as quais não diferem substancialmente nas diferentes regiões do mundo, mas também com fatores sociais, demográficos, culturais e económicos das mulheres grávidas, ou seja, não se relacionam somente com a decisão médica mas também com o tipo de relacionamento médico-grávida, o contexto social e o tipo de modelo assistencial (público, privado ou misto) que influenciam a prevalência desta prática. Desta forma, é necessário construir-se uma cultura em que o parto normal aconteça, desenvolver uma atitude mais promotora da segurança da mãe e do filho, da satisfação da mulher/casal, e na compreensão da relação existente entre a sensação de controlo vivenciado no parto e a satisfação com a experiência do parto, no respeito e no empoderamento das mulheres/casais, o que constitui ainda um grande desafio para os profissionais e instituições de saúde, que ainda se encontram ancorados, entre outros aspetos, nos resultados defensivos dos indicadores de mortalidade e morbidade maternos e neonatais (Pinheiro, 2016).

2 - PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE

Os Programas de Preparação para o Parto e para a Parentalidade (PPP), ou Cursos de Preparação para o Nascimento (CPN), constituem uma modalidade de intervenção a que todas as grávidas/casais devem ter acesso no decorrer da gravidez, e é um direito legalmente estabelecido (Lei n.º 142/99 de 31 de agosto), sendo a gravidez é um período de excelência para investir na preparação do casal para o parto e maternidade/paternidade, uma vez que, casais informados são casais mais seguros e confiantes, podendo vivenciar estes momentos mais intensamente e de um modo mais satisfatório, atendendo às suas expectativas pessoais (Pereira, 2016a).

Estes cursos permitem às mulheres/casais a partilha, a expressão e o esclarecimento de medos, dúvidas e angústias decorrentes desta fase das suas vidas, num ambiente de grupo e de suporte mútuo. Esta intervenção tem como objetivos desenvolver a confiança e promover competências na grávida/casal/família para a vivência da gravidez, parto e transição para a parentalidade, incentivando o desenvolvimento de capacidades interativas e precoces da relação mãe/pai/filho. Deve ser promovida a participação do pai, e/ou de outra pessoa significativa para a grávida, sendo que os homens têm necessidades psicológicas, emocionais e físicas específicas, relacionadas com a sua preparação e adaptação à paternidade, que são necessárias ter em conta (DGS, 2015b). O Plano Nacional de Saúde 2012-2016, da Direção-Geral da Saúde, refere também a existência de evidência dos benefícios para a saúde a longo prazo de intervenções como a preparação para o parto e parentalidade (DGS, 2013).

Segundo Couto (2003, p.191) o CPN corresponde a um “programa de sessões educacionais para mulheres grávidas e seus companheiros que encoraja a participação ativa no processo de parto”. Habitualmente, estes cursos são constituídos por sessões ministradas a grupos de casais, sendo que a troca de experiências possibilita a perceção do individual no coletivo, diminuindo a ansiedade através dos discursos similares. Esta possibilidade de partilha de experiências com outros futuros pais e mães são uma das mais-valias apontadas pelos pais sobre a frequência deste tipo de sessões. (Pereira, 2016a).

Os CPN assumem, assim, grande importância na experiência de parto e pós-parto, bem como no processo de construção da parentalidade dos futuros pais. O enfermeiro EESMO tem um papel importante como educador, uma vez que, segundo a International Confederation of Midwives e a Ordem dos Enfermeiros Portugueses, é ele quem tem as competências para conceber, planear, coordenar, supervisionar, implementar e avaliar programas de preparação completa para o parto e parentalidade responsável (Regulamento n.º 127/2011).

2.1 - MÉTODOS E RECOMENDAÇÕES PARA OS PROGRAMAS DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE

São vários os teóricos que desenvolveram métodos de preparação para o nascimento, tendo todos eles como objetivo principal a tomada de consciência do corpo e o domínio de técnicas de relaxamento, que permitam controlar o medo e a angústia, percebendo a dor como fazendo parte do processo fisiológico que constitui o trabalho de parto (Pereira, 2016b). Segundo a autora, os três métodos mais abordados são o método de Dick Read (ou parto natural), o método de Bradley (ou parto assistido pelo marido) e o método de Lamaze (ou psicoprofilático), sendo que todos eles pretendem aumentar os conhecimentos da mulher sobre o seu próprio corpo, sobre o que esperar durante o trabalho de parto, de forma a permitir o aumento da autoconfiança e sentido de controlo do momento do parto, o que, para a maioria das mulheres, está carregado de mitos e medos que só o tornam mais temido e penoso, sendo o círculo vicioso medo-ansiedade-dor prejudicial para a normal progressão do trabalho de parto.

Em Portugal, a maioria dos PPP adotaram uma metodologia baseada no método psicoprofilático, embora nos últimos anos, esta metodologia tenha vindo a ser questionada e surgindo outras abordagens e adaptações. Atualmente, as sessões de preparação para o nascimento não utilizam somente um único método, mas recorrem a uma complementaridade dos existentes, no sentido de permitir ao casal vivenciar este momento como único e especial.

Segundo a Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Ordem dos Enfermeiros (MCEESMO/OE), o método psicoprofilático de preparação para o parto, foi abandonado pelo próprio Lamaze Institute há mais de 20

anos, substituindo-o pela Filosofia Lamaze, baseada em seis princípios baseados na evidência, que visam capacitar a mulher/ casal com conhecimentos teóricos e práticos com o intuito de promover um nascimento seguro e saudável e uma vivência da gravidez e do nascimento mais satisfatória (OE, 2013b), nomeadamente: promover o trabalho de parto espontâneo; movimentar-se livremente durante todo o trabalho de parto; ter suporte contínuo durante o trabalho de parto; abolir as intervenções clínicas desnecessárias no trabalho de parto; abolir o parto em posição ginecológica e com puxos dirigidos; e promover o contacto e vinculação precoces através da não separação mãe-bebé (OE, 2012c).

Lothian (2009) afirma que a educação para o nascimento deve também ajudar as mulheres e seus companheiros a pensarem e a desenvolverem o seu plano de parto de forma a que o seu trabalho de parto e parto decorra da forma mais segura e saudável possível. A educação para o nascimento permite a discussão das opções, ajuda as mulheres/casais a tomar decisões com conhecimento e a comunicar mais eficazmente com os profissionais, os quais deverão ajudá-los a compreenderem os seus direitos, não apenas relativamente ao consentimento informado, mas também em relação à recusa informada.

Para além dos seis princípios defendidos pela MCEESMO/OE todos os PPP devem ter na sua estrutura, uma consulta inicial individual, especializada, realizada por um enfermeiro EESMO para avaliar as expectativas e necessidades da mulher/casal, de forma a ajustar o programa o melhor possível à sua população-alvo. A finalidade será sempre capacitar a mulher/casal para uma vivência e uma experiência de parto gratificante e responsável.

À semelhança da DGS, também a MCEESMO/OE sugere que os PPP tenham uma componente teórica e uma componente prática, para promover a aquisição de habilidades através do ensino, instrução e treino. A componente teórica deve englobar as seguintes temáticas: trabalho de parto; analgesia de parto; aleitamento materno; puerpério; cuidados ao recém-nascido; recolha de células estaminais; sexualidade na gravidez e puerpério. A componente prática deve desenvolver: exercícios para a promoção da vinculação da grávida/acompanhante/bebé durante a gravidez; técnicas de conforto durante o trabalho de parto (técnicas de relaxamento, respiração, massagem, bola de parto, hidroterapia no trabalho de parto); o papel do acompanhante na promoção do conforto da parturiente; posicionamentos durante o trabalho de parto e período expulsivo; exercícios de

tonificação do pavimento pélvico com consciencialização da sua importância e de todo o trabalho que este efetua (OE, 2012c).

A DGS também recomenda, no Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco, além do já descrito, abordar temas como as transformações físicas e psicológicas da gravidez e parentalidade, o crescimento e desenvolvimento fetal, a saúde oral, a massagem ao períneo, a prevenção de acidentes, incluindo a “alta segura”, as competências parentais e os direitos e deveres parentais (DGS, 2015b).

É sugerida uma visita à maternidade escolhida pelo casal, no sentido de este se familiarizar com o local de parto, bem como a criação de um momento de reflexão com o apoio do enfermeiro EESMO, de forma a que os casais corretamente esclarecidos, tenham a possibilidade de elaborarem o seu plano de parto, se assim o entenderem, no sentido de facilitar aos profissionais de saúde a prestação de cuidados de saúde de excelência para uma experiência de parto positivamente marcante e enriquecedora. A visita deve ser realizada por grávidas a partir das 32 semanas de gestação e deve dar-se a conhecer todo o circuito que a mulher/casal vão efetuar na admissão à maternidade, até à alta com o(s) seu(s) filho(s) (Batista & Pereira, 2016).

2.4 - EVIDÊNCIAS RELACIONADAS COM OS PROGRAMAS DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE

Na última década têm sido realizados em Portugal muitos estudos de investigação sobre a importância e os efeitos dos Programas de Preparação para o Nascimento. Num estudo realizado por Alves et al., (2007) onde se pretendeu conhecer a influência do CPN na qualidade da antecipação da experiência de parto, verificou-se que as grávidas que frequentam um CPN apresentaram um melhor planeamento e preparação para o parto, melhores expectativas quanto ao parto e melhores expectativas quanto ao suporte social, relativamente às grávidas que não frequentaram nenhum curso. Santos (2007) concluiu que a participação em programas de preparação para o nascimento diminui os níveis de ansiedade e depressão e promove o bem-estar no processo da maternidade e, à semelhança de outros estudos, concluiu também que são as mulheres primíparas e com maior grau de escolaridade as que mais frequentam estes programas.

Também no estudo de Morgado et al., (2010), as grávidas que frequentaram no mínimo 4 sessões de preparação para o nascimento, apresentaram um melhor planeamento e preparação para o parto, esperaram sentir menos dor durante o mesmo, possuem mais conhecimentos sobre todo o processo de gravidez e trabalho de parto, treinam mais métodos de respiração e relaxamento, esperam demorar menos tempo para poderem tocar no bebé e preparam o enxoval antes das grávidas que não realizaram preparação para o nascimento.

Grignaffini et al., (2000), compararam um grupo de 200 grávidas que frequentaram um programa completo de preparação para o nascimento com 100 grávidas que não o fizeram e verificaram que houve uma redução significativa da instrumentalização do parto e na realização de cesarianas. Também Mehdizadeh et al., (2005), realizaram um estudo randomizado no Irão e verificaram que os CPN estão significativamente relacionados com a redução dos partos distócicos e das cesarianas, pelo que parecem desempenhar um papel importante na saúde da mãe e do recém-nascido.

No entanto, numa revisão sistemática da *Cochrane* onde se pretendeu avaliar o efeito da educação para o nascimento na aquisição de conhecimentos, na ansiedade, na sensação de controle, na dor, no suporte no trabalho de parto, na amamentação, nas habilidades nos cuidados ao recém-nascido e no ajustamento psicológico e social, Gagnon e Sandall (2007), verificaram que os efeitos da educação para o nascimento e parentalidade, bem como as melhores abordagens educacionais, quer seja feita de forma individual ou em grupo, permanecem em grande parte desconhecidos, sendo que a maioria dos estudos analisados tinham amostras pequenas, para se poder avaliar as diferentes intervenções e os diferentes resultados. Contudo, Nolan (2009) considera a este respeito, que é impossível avaliar a eficácia de uma intervenção de educação pré-natal unicamente com base em indicadores obstétricos, uma vez que há múltiplas variáveis envolvidas durante o TP, nomeadamente a singularidade da fisiologia e psicologia da mulher, a flexibilidade dos protocolos hospitalares, ou a falta dela, os valores relacionados com o parto dos profissionais que assistem a mulher, pelo que é imprudente atribuir a causa dos resultados unicamente à educação recebida.

3 - PLANO DE PARTO

Neste capítulo, pretende-se esclarecer o conceito de Plano de Parto (PP), o seu percurso histórico, os seus propósitos, nomeadamente em contexto hospitalar, a sua forma de construção, apresentação e interpretação realizada pelas mulheres/casais e profissionais de saúde. Abordam-se também as evidências relacionadas com o PP.

3.1 - EVOLUÇÃO HISTÓRICA DO PLANO DE PARTO

As mulheres, no âmbito do seu ambiente familiar e na sua comunidade, sempre planearam o nascimento dos seus bebés, antes deste ter sido transferido para o ambiente hospitalar sendo que, com este fenómeno, a experiência do nascimento mudou rápida e dramaticamente. No hospital as mulheres passaram a dar à luz sozinhas, em ambientes desconhecidos, com o recurso a medicamentos e muitas vezes afastadas dos seus bebés. As mulheres deixaram de ter a sabedoria do parto, e os médicos e os enfermeiros, considerados os peritos, ficaram como que os guardiões do conhecimento seleccionando qual a partilhar e qual a reter, sendo que a informação preciosa, passada de geração em geração, perdeu-se (Lothian, 2006).

A mesma autora refere que Read, em Inglaterra, e Lamaze, em França, ofereceram às mulheres uma alternativa a esta realidade, o que motivou o aparecimento de um movimento no início dos anos 60 do século XX, que oferecia todas as informações para as mulheres darem à luz, novamente, de forma natural. Mulheres muito motivadas frequentavam sessões de educação para o nascimento onde aprendiam a fisiologia do parto e as estratégias para gerir a dor associada ao trabalho de parto sem recorrer à medicação. Foi neste contexto que o PP foi introduzido pelos educadores para o nascimento, como forma de ajudar as mulheres a evitar as intervenções crescentes no atendimento dos profissionais no seu nascimento.

O conceito de Plano de Parto e Nascimento foi cunhado por Sheila Kitzinger em 1980 nos Estados Unidos, tendo os países anglo-saxónicos seguido o seu exemplo, começando a usá-lo para exigir um parto o menos intervencionado possível (Cortés et al., 2015). Também Lothian (2006), afirma que os PP foram desenvolvidos na década de 1980 por

defensores do parto normal, como o propósito de contrariar a sensação de perda de protagonismo no seu processo de nascimento por parte das mulheres grávidas, inserindo-se no movimento pelos direitos das mulheres, onde o parto é visto como um acontecimento normal e fisiológico sendo que as mulheres devem ter o controlo sobre as suas gravidezes e partos, evitando todas as intervenções que não sejam necessárias.

A OMS, nos anos 1990, após a crítica internacional da visão excessivamente medicalizada da gravidez e do parto, classificou os PP como uma prática de categoria fortemente encorajada, como medida promotora de um nascimento mais seguro (WHO, 1996). Também a American College of Obstetricians and Gynecologists e a American Academy of Pediatrics, encorajam a frequência de Cursos de Preparação para o Nascimento (CPN) e a preparação do PP, considerando que este, ao ser discutido com os profissionais de saúde, servirá de veículo para a mulher/casal poder comunicar com os mesmos e aumentar a satisfação com o nascimento (Afshar, Mei & Gregory, 2016).

A utilização do PP foi rapidamente generalizada nalguns países europeus, sendo que na Grã-Bretanha em 1993 era usado em 78% das salas de parto, e em Espanha a sua implementação iniciou-se em 2007, com a iniciativa ao parto normal da Federação de Associações de Matronas de Espanha (FAME). Em Portugal, este documento começa a ser apresentado nos serviços de urgência obstétrica, mas ainda de uma forma muito reduzida, embora seja fortemente encorajada a sua realização pela OE e pela APEO (Lopes, 2016).

Este é um assunto claramente em discussão, tendo sido apresentada em julho do ano passado, a Resolução da Assembleia da República n.º 175/2017, que recomenda ao Governo medidas para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde materna e assegurar os direitos das mulheres na gravidez e no parto, onde é sugerido no ponto 5 a implementação de um PP institucional. Muito recentemente, a 11 maio de 2018, deu entrada na Assembleia da República o Projeto de Lei n.º 872/XIII (PS), designado “Regime de proteção na pré conceção, na procriação medicamente assistida, na gravidez, no parto, no nascimento e no puerpério”, onde o Plano de Parto, designado por Plano de Nascimento (PN), constitui um aspeto central. Este Projeto de Lei propõe que, no âmbito dos Cursos de Preparação para o Parto e Parentalidade, se deve proceder à preparação e apoio da grávida ou do casal para a elaboração do seu PN, preferencialmente até às 36 semanas de gestação, o qual deverá ser apresentado e discutido com a equipa da unidade de saúde, onde se prevê que o parto venha a ocorrer, envolvendo os profissionais de saúde

e a grávida/casal, pelo que os serviços de saúde que acompanham as grávidas/casais devem garantir o seu direito ao PN, exceto se os mesmos declararem expressamente que não o pretendem. Na elaboração do PN deve ser prestado apoio à grávida/casal através de um diálogo construtivo, respeitando o seu contexto cultural e pessoal, bem como os seus valores em relação ao nascimento. Neste diálogo devem-se contemplar as práticas aconselhadas na evidência científica que sejam benéficas ao normal desenrolar do processo do TP e P, e que não coloquem em risco a saúde da mãe e do bebé, assim como englobar os procedimentos para os quais a equipa de saúde considere ter condições ou experiência para realizar com segurança. O Projeto de Lei refere ainda que a DGS deve definir o conteúdo orientador do modelo de PN, através de orientações e normas técnicas, de forma a que estes se tornem elementos integrais na assistência ao nascimento.

3.2 - OBJETIVOS DO PLANO DE PARTO

Afshar, Mei e Gregory (2016) consideram que o nome “plano de parto” ou “plano de nascimento” é demasiado restritivo, e propõem "plano de preferências de nascimento" para enfatizar a natureza interativa do processo.

Como refere Simkin (1991), o parto é um momento fundamental da vida de uma mulher, não apenas outro dia qualquer, e a perceção da satisfação sentida no parto, terá um efeito positivo duradouro na sua vida, assim como uma experiência não satisfatória ou traumática terá um efeito negativo. Criar um PP escrito constitui uma forma concreta de encorajar as mulheres a pensarem no que é realmente importante para elas, a clarificar os seus desejos e expectativas e comunicar com os seus cuidadores, de forma a fazer um plano realista que lhe permita tomar decisões informadas, permitindo a redescoberta e restauração do tradicional controlo da mulher sobre o ambiente do nascimento (Kitzinger, 1992).

Também para Bailey, Crane e Nugent (2008), a construção de um PP constitui-se num componente fundamental da maioria dos PPP, como forma de facilitar a comunicação da filosofia e das preferências do casal aos profissionais de saúde. O plano desenvolve-se e evolui a partir dos esforços da mulher/casal para tomar consciência e compreender os seus valores pessoais, necessidades e preocupações relacionados com o processo de nascimento. As informações necessárias à construção do PP podem ser obtidas quer em

PPP, quer na literatura impressa ou online, havendo cada vez mais vários *sites* que abordam o nascimento e dão sugestões para este documento. Os mesmos autores consideram que os PP do século XXI podem refletir várias filosofias, variando entre o parto natural, não intervencionado até ao parto altamente tecnológico, nomeadamente solicitando analgesia epidural, indução do trabalho de parto ou cesariana por decisão materna.

Para Simkin (2007) é importante que os casais grávidos se prepararem para as dimensões físicas e emocionais do trabalho de parto, planeando-as com antecedência sem a influência das emoções do momento, sendo que o PP promove a comunicação prévia entre o casal, e a equipe de saúde que o acompanha durante a vigilância da gravidez e depois no momento do parto.

Os conceitos escolha e controlo podem ter significados diferentes para cada pessoa, pelo que o PP reflete essas escolhas pessoais, as quais se baseiam nas crenças relativamente ao nascimento, escolhas estas que quando respondidas contribuem para aumentar os sentimentos de controlo e satisfação com a experiência de nascimento.

Hodnett (2002), na sua revisão sistemática sobre a satisfação com a experiência de parto, concluiu que, ao contrário do que muitas mulheres pensam antes de entrar em trabalho de parto, o nível de dor que experienciam não determina por si só a sua satisfação com o nascimento, uma vez que são quatro os fatores que influenciam a satisfação com o nascimento: as expectativas pessoais, a quantidade de suporte dado pelos cuidadores, a qualidade da relação estabelecida entre a grávida/casal e o cuidador e o seu envolvimento na tomada das decisões, sendo que cada um destes fatores pode ser facilitado pelo PP. Compreende-se, assim, que o nível de dor sentido, o alívio da dor e as intervenções clínicas durante o trabalho de parto não têm uma influência tão direta e poderosa sobre a satisfação com o nascimento, como têm as atitudes e os comportamentos dos profissionais que cuidam das mulheres/casais.

Segundo Lothian (2006) elaborar um PP oferece assim a oportunidade à mulher/casal para determinar as suas expectativas pessoais, desenvolver a relação terapêutica com os profissionais de saúde e partilhar a tomada de decisão, componentes chave para uma experiência de nascimento satisfatória.

3.2.1 - Determinar as expectativas pessoais

O plano que uma mulher/casal faz para o seu parto é o reflexo da sua história pessoal, nomeadamente os seus sonhos e aspirações, os seus medos e preocupações. Brown e Lumley (1998), concluíram que as mulheres referem que fazer um PP as incentiva a pensarem no seu parto e a perceberem que tipo de parto desejam, familiarizando-se com o processo antes do seu início. Além disso, têm a oportunidade de discutir com os seus companheiros os seus pensamentos e sentimentos começando a esclarecer as suas necessidades e desejos, dando início ao desenvolvimento de uma rede de suporte que irão necessitar durante o trabalho de parto. Ter expectativas altas parece aumentar a probabilidade de uma experiência positiva de nascimento, enquanto que ter expectativas baixas tende a proporcionar nascimentos menos satisfatórios (Green, Coupland & Kitzinger, 1990).

Kaufman (2007, p. 47) realça a importância de pensar o PP como um documento em evolução que exige uma colheita de informações, reflexão e discussão sobre as crenças da mulher/casal sobre o nascimento, de forma a ajudá-lo a desenvolver um PP que atinja o objetivo para o qual se propõe. Neste sentido, a autora concebe o PP em dois componentes, nomeando-os de "plano de parto de discussão" e o "plano de parto do hospital". O primeiro consiste numa ferramenta de comunicação durante a gravidez que ajuda o casal a discutir entre si e com a equipa de saúde as suas questões, preocupações, preferências e quais as opções possíveis. Mesmo casais que preferem seguir os conselhos da equipa de saúde sem questões beneficiam com a discussão de um PP, uma vez que lhes dá a oportunidade de aprenderem mais sobre o processo de nascimento e identificarem e discutirem as suas preocupações e desejos com a equipa de saúde, uma vez que estar bem informado aumenta a sua confiança e a sua capacidade para alcançar os seus desejos. Além disso, a mesma autora considera que, neste processo de discussão os casais aprendem a aproximar-se da equipa de saúde com respeito e autoconfiança, o que constitui um desafio tendo em conta o desequilíbrio de poderes entre os casais e a equipa de saúde. Esta discussão permite também ao casal pensar sobre o seu momento de parto e perceber o que é realmente importante para si.

Depois deste momento de discussão estar terminado, é o momento de desenvolver o "plano de parto do hospital", cujo documento será apresentado à equipa de saúde que receberá o casal no momento do nascimento, sendo importante construir um documento

de uma só página com pontos resumidos, o qual deve incluir apenas o que é realmente importante, uma vez que um plano pequeno e resumido é mais fácil de ser lido, memorizado e aceite pela equipe de saúde (Kaufman, 2007).

No mesmo contexto Pérez Ramos (s.d.), refere que os PP podem ser contemplados numa dupla perspetiva: unilateral, reivindicativa, de empoderamento, numa perspetiva de género, realizada pela grávida e companheiro a partir de uma construção ideológica e cultural, que pode estar baseada tanto na evidência científica como noutras práticas não reconhecidas. Esta abordagem é assimétrica e baseia-se na desconfiança de ver satisfeitas as suas expectativas por parte da equipe de saúde. Bilateral, ferramenta de informação, comunicação, preparação, tomada de decisões, usada tanto pelo casal como pelo profissional que acompanha a sua gravidez e posteriormente o trabalho de parto. Aqui a abordagem orienta-se para a simetria entre as expectativas dos casais e a atenção da equipe de saúde, sendo o benefício mútuo.

DeBaets (2017) considera que nem sempre as mulheres/casais que elaboram PP recebem a orientação para assegurar que os seus valores se reflitam nas escolhas dos cuidados, pelo que é fundamental promover-se o modelo bilateral, de parceria de nascimento para construir confiança e facilitar a comunicação construtiva entre as duas partes, promovendo a tomada de decisão compartilhada entre a grávida/casal e os profissionais de saúde. A autora sugere uma ferramenta de discussão que inclua aspetos relacionados com os valores (Quais os valores fundamentais da mulher/casal e objetivos relativamente ao nascimento? Quais são os seus medos? O que é que é realmente importante para si no processo de nascimento?); o ambiente (que acompanhante pretende consigo durante o trabalho de parto? O que é que a faz sentir confiante e relaxada?); o conforto (que recursos tem ou precisará para o seu conforto e suporte?); procedimentos/tratamento (há algumas intervenções/terapêuticas que pretenda ou não pretenda? Porquê?); tomada de decisão (se o trabalho de parto não decorrer conforme o esperado como abordará as suas opções de intervenção?); puerpério (como pretende inicialmente interagir com o seu bebé? Quais são as suas preferências de realizar contacto pele a pele, alimentar e cuidar do bebé?).

Também Lopes (2016) enumera alguns possíveis aspetos a discutir, os quais devem ser analisados à luz dos princípios e valores de cada casal, respeitando as suas preferências e raízes culturais: elementos identificativos da mulher/companheiro; cuidador que assiste a gravidez; data provável do parto; hospital previsto para o parto; características ambientais do quarto, ruído, luz ambiente, acompanhantes significativos; procedimentos desejados e

a evitar durante o parto; tipo de avaliação do bem-estar fetal; métodos farmacológicos e não farmacológicos de alívio da dor, deambulação e posturas durante a dilatação; posturas e puxos durante o período expulsivo; episiotomia; nascimento do bebê e colaboração da mãe no nascimento; contacto pele a pele; aleitamento materno; puerpério e cuidados ao recém-nascido.

Tendo em conta todas estas questões, DeBaets (2017) considera que é importante o planeamento de uma consulta mais alargada entre as 34 e as 36 semanas de gravidez, especificamente para discutir estes aspetos acima referidos.

3.2.2 - Desenvolver relações terapêuticas com os profissionais

O PP não se destina a ser simplesmente uma lista de pedidos, mas o reflexo do envolvimento pessoal da mulher/ casal criando uma ferramenta que facilite a comunicação entre estes e os profissionais de saúde durante o seu trabalho de parto. Esta comunicação envolve um diálogo contínuo ao longo da gravidez e durante o trabalho de parto, promovendo a confiança, o respeito, a autonomia e a integridade de todos os envolvidos. O PP pode ajudar os profissionais a reconhecer a mulher/casal apreciando a sua individualidade mais rapidamente, percebendo o que é mais importante para si, o que a ajuda a sentir-se mais segura, do que tem medo, quem quer que a acompanhe durante o trabalho de parto, como deseja gerir o desconforto das contrações e que intervenções gostaria de evitar (Lothian, 2006).

Brown e Lumley (1998) são de opinião que a comunicação durante o processo de nascimento deve reconhecer os PP como documentos vivos, flexíveis que “evoluem” com a natureza imprevisível do parto, assentando por isso em negociações contínuas entre os envolvidos.

A confiança e a decisão compartilhada assumem uma importância intrínseca e fulcral nas relações terapêuticas dos contextos de saúde, influenciando positivamente os processos de cura, uma vez que os clientes, que confiam nos seus profissionais de saúde, participam e envolvem-se mais ativamente nos processos de tomada de decisão, conduzindo a uma espiral de confiança, pelo que, em obstetrícia, os PP devem assentar nesta lógica (Bailey, Crane & Nugent, 2008, referindo Entwistle). Neste sentido, os profissionais de saúde obstétricos devem promover a confiança das mulheres/casais, adotando uma atitude

confiável e respeitosa em todos os seus contactos, falando abertamente, revelando interesse pelos seus desejos, esperanças e medos na gravidez, no parto e na parentalidade, para assim potenciar os resultados da satisfação quer para a mulher/casal, quer para o profissional (DeBaets, 2017).

Os enfermeiros ESMO que realizam as consultas de vigilância da gravidez e orientam as sessões de preparação para o nascimento devem integrar a discussão do PP, como um instrumento de comunicação durante a gravidez. A disponibilidade do enfermeiro EESMO e a relação terapêutica que estabelece, devem permitir que a mulher/casal expresse as suas necessidades, para que em parceria obtenha informação e esclarecimento, de forma de poder escolher as soluções mais oportunas que respeitem as suas vivências, cultura e contextos (Lopes, 2016).

Segundo Afshar, Mei e Gregory (2016), o propósito principal de um PP é promover a comunicação, não induzir fricção entre os profissionais e as mulheres/casais, sendo que os melhores resultados que podem advir de um PP dependem da flexibilidade e do suporte dado na discussão durante a gravidez e trabalho de parto. Mesmo quando as preferências das mulheres não são completamente satisfeitas, estas tendem a manter a avaliação positiva do uso do PP, uma vez que é a possibilidade de conversar abertamente sobre as várias opções do trabalho de parto que tem importância e não necessariamente o PP em si, quer seja escrito ou meramente verbalizado (Yam et al., 2007; Whitford, 2014).

3.2.3 - Compartilhar a tomada de decisão

Dada a sua natureza, por vezes imprevisível, o nascimento não pode ser planeado, mas as preferências relacionadas com ele podem ser pensadas e partilhadas com os profissionais de saúde e o enfermeiro EESMO deve promover que todas os intervenientes são adaptáveis e flexíveis. Cook e Loomis (2012), concluíram que quando foram necessárias mudanças num plano de parto, o grau de controlo que a mulher sentiu sobre essas mesmas mudanças foi tão importante como a mudança em si, pelo que a implementação dos PP não deve apenas ter em conta o curso imprevisível da gravidez e o processo dinâmico do trabalho de parto, mas também garantir a comunicação contínua entre todos os participantes envolvidos. Desta forma, os profissionais devem ser educados e incentivados a reconhecer que a comunicação e a tomada de decisão compartilhada são

essenciais para facilitar e melhorar a experiência de nascimento das mulheres/casais (Afshar, Mei & Gregory, 2016).

Lothian (2006) considera que, num cenário ideal, as mulheres antes de tomar decisões sobre as intervenções clínicas, incluindo as intervenções de rotina, podem expor os seus desejos e expectativas, esclarecer as suas dúvidas e discutir as alternativas com os profissionais que a acompanham, para poder tomar uma decisão pessoal – consentimento informado ou recusa informada. No entanto, no cenário atual, este processo é muitas vezes quebrado por vários motivos, sendo a falta de acesso a informações completas e precisas, o mais frequente. Neste sentido, os PP são uma ferramenta valiosa para promover este processo de decisão esclarecida.

A autora considera também que alguns desejos, nomeadamente o tipo de apoio que as mulheres pretendem, de que forma encontrarão conforto entre as contrações e do que precisarão para se sentirem seguras, nada têm a ver com os cuidados clínicos, sendo preferências pessoais que deverão ser respeitadas, embora colidam frequentemente com as políticas hospitalares, como por exemplo desejar ter mais do que um acompanhante durante o trabalho de parto ou poder deambular livremente.

Também Afshar, Mei e Gregory (2016), consideram que todos os profissionais obstétricos, médicos ou enfermeiros, devem valorizar a tomada de decisão compartilhada, de forma a ajudar as mulheres/casais a usarem as melhores evidências científicas nas suas decisões, integrando-as com os seus valores e necessidades, sempre de forma flexível. Neste contexto, as autoras referem Epstein et al, que propuseram um modelo de comunicação estruturado em cinco passos orientados pelas necessidades e perspetivas do cliente, bem como do profissional de saúde, de forma a permitir uma tomada de decisão participativa: 1) compreender a experiência do cliente e as suas expectativas; 2) construir parcerias; 3) fornecer evidências, incluindo a discussão das incertezas; 4) dar recomendações atuais; 5) validar a compreensão e o acordo. Este modelo reconhece que a tomada de decisão é um processo apenas parcialmente racional, pois também inclui elementos relacionados com a confiança e os valores. As autoras acreditam que este é um modelo que pode ser utilizado em obstetrícia para orientar as discussões sobre o PP entre os profissionais e as mulheres/casais.

Para Afshar et al., (2017), no momento de consulta planeado para conversar sobre as preferências de nascimento, não se deve abordar o tema “plano de parto”, por si mesmo,

mas sempre questionar o casal acerca das suas escolhas para o nascimento. Este convite à comunicação permite estabelecer uma maior confiança, sendo o PP uma ferramenta de tomada de decisão informada, com base em práticas baseadas em evidências. Para a autora também este documento deverá ser de uma página e muito simples.

A Ordem dos Enfermeiros recomenda também que entre as 36 e as 38 semanas de gestação, na consulta de vigilância da gravidez ou no âmbito do PPP, o enfermeiro EESMO informe, encoraje e apoie o casal a elaborar o seu PP, se esse for o seu desejo. Contudo, mesmo quando a mulher/casal não apresentam PP devem ser encorajados a pronunciar-se sobre as suas preferências e a sentir que estas serão suportadas (OE, 2015). A MCEESMO/OE definiu recentemente o Padrão de Documentação & Core de Indicadores baseados no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em ESMO, onde a taxa de PP e a taxa de clientes com consulta de PP foram considerados como indicadores de resultado e de produção, respetivamente (OE, 2018).

3.3 - CONTROVÉRSIAS DO PLANO DE PARTO

Os PP constituem-se como alvo de alguma controvérsia, uma vez que podem suscitar preocupações que se relacionam com questões de paternalismo por parte dos profissionais, com a autonomia da mulher, com a sua capacidade de escolha, de controlo, de relações terapêuticas baseadas na confiança, e na divergência entre os cuidados baseados na evidência e a prática obstétrica preferida e rotineira, a qual está muito relacionada com a pressão para consultar um grande número de clientes e com o receio da denúncia e da reclamação legal pela má prática, pelo que, a mulher/casal que deseja um parto que não esteja totalmente de acordo com as rotinas hospitalares ou com a prática obstétrica corrente e habitual, e que pode ou não ser baseada na evidência, pode causar constrangimentos entre os profissionais de saúde. (Bailey, Crane & Nugent, 2008).

Além disso, segundo Afshar, Mei e Gregory (2016), apesar dos objetivos bem-intencionados na elaboração de um PP, raramente existe uma abordagem simplificada e organizada para o elaborar, em grande parte devido às fontes variadas que são usadas. A este respeito, Pennell et al., (2011), constataram que 39% dos conteúdos dos planos foram retirados da internet, nomeadamente de *websites* com informações clínicas pouco corretas, pelo que por vezes os PP podem conter informações desatualizadas, inúteis ou

defensivas, o que pode levar os casais a dedicar demasiada atenção a questões sem importância e fazer com que a equipa de saúde do hospital considere o casal como mal informado, e a não considerarem as suas solicitações, pelo que, em vez dos PP constituírem uma ferramenta de comunicação eficaz, transformam-se num obstáculo não intencional que cria tensão entre os profissionais de saúde e as mulheres/casais (Simkin, 2007). Por outro lado, em alguns PP constam, por vezes, frases pouco úteis e passíveis de ser consideradas agressivas, como por exemplo, “a menos que seja absolutamente necessário”, uma vez que a equipa de saúde estará sempre convicta que a intervenção que recomenda é sempre necessária. Também segundo Kaufman (2007), os PP têm sido alvo de crítica, uma vez que há casais que são totalmente inflexíveis e renitentes às mudanças, por vezes necessárias, no decorrer do trabalho de parto.

Simkin (2007), considera também que a receptividade dada pelos profissionais de saúde aos PP não tem sido muito entusiástica, embora, com o aumento da sua popularidade, muitos hospitais tenham criado os seus próprios PP sob a forma de *checklists*, os quais incluem apenas as opções possíveis na instituição. Desta forma, estes planos criam a ilusão de escolha e decisão, embora sejam totalmente impessoais e sem significado, uma vez que, este tipo de PP, elaborado sem existir um momento para a sua discussão, não dá a oportunidade ao casal para oferecer informações pessoais e expor eventuais problemas, preocupações ou medos, sendo que é esta a informação que é necessária para melhor personalizar os cuidados.

No estudo qualitativo de Too (1996) sobre os PP e o empoderamento das mulheres, percebeu-se que a comunicação paternalista dos profissionais de saúde não foi favorável ao desenvolvimento da confiança, nem permitiu delinear objetivos e tomar decisões, fazendo com que as mulheres/casais não se tenham sentido valorizados nem suportados, pela falta de discussão dos seus planos, constituindo a falta de comunicação uma barreira importante para o sucesso dos PP.

Segundo DeBaets (2017), o uso do PP nem sempre tem o efeito pretendido de facilitar a comunicação construtiva entre as mulheres/casais e os profissionais de saúde, otimizando o consentimento informado, uma vez que muitos profissionais se sentem hostilizados pelas mulheres que apresentam PP, podendo a desconfiança surgir de ambos os lados: por um lado as mulheres acreditam que os seus valores e escolhas não são respeitados, percebendo uma comunicação autoritária e paternalista por parte dos profissionais, e por

outro, os profissionais consideram que as mulheres que apresentam PP não são realistas e estão mal informadas, selecionando pedidos inapropriados.

As crenças dos profissionais de saúde relativamente ao nascimento, não mudam facilmente, mesmo quando muitos PP são apresentados. Lothian (2006), referindo Robinson, afirma que os planos que solicitam mais intervenções, como a indução do TP, a analgesia epidural e a cesariana eletiva não provocam necessariamente uma resposta hostil, sendo, pelo contrário, os planos que solicitam partos “imperturbados” que se tornam mais impopulares, inclusivamente por parte dos enfermeiros EESMO que, devido aos cuidados necessários com os partos medicalizados, ficam sem tempo para apoiar as mulheres em todas as medidas necessárias para promover, proteger e apoiar o parto normal. Além disso, a mesma autora referindo Kardong-Edgren, acrescenta que nem sempre as enfermeiras têm todas as competências para oferecer suporte completo no parto normal e provavelmente sentem-se mais confortáveis e mais recompensadas nos partos mais medicalizados, de onde se percebe que as enfermeiras também estão constrangidas pelas mesmas restrições hospitalares que limitam as escolhas das mulheres/casais.

Simkin (2007, p. 51), considera ser lamentável quando os profissionais desvalorizam os PP e o seu propósito, sendo que na verdade é como se dissessem “Nós não queremos saber de si, nem do que é importante para si. Será tratada como todas as outras!” Contudo, reconhece a existência de instituições que encorajam estes documentos, programando propositadamente consultas pré-natais mais longas às 36 semanas de gestação para discutir o PP do casal. Neste cenário, compreende-se a importância de usar este plano como ferramenta para a educação da mulher/casal, valorizando os seus desejos para a sua experiência de nascimento e promovendo a oportunidade de construir uma relação de confiança, evitando-se os mal-entendidos durante o trabalho de parto e aumentando a probabilidade de a mulher/casal ficar mais satisfeita(o) com a sua experiência de nascimento, pois a sua voz foi ouvida e pôde participar no processo de tomada de decisão. Neste sentido, a autora considera que não é suficiente que as informações sobre o PP sejam direcionadas apenas para a mulher/casal, uma vez que é fundamental investir-se na formação dos profissionais, quer na sua formação base, quer na formação contínua, enfatizando a importância das preferências das mulheres e a sua integração como componente integral dos cuidados. Esta é uma preocupação global e a chave para mudar a cultura em torno da decisão e participação da mulher/casal no nascimento, de forma a tornar os cuidados obstétricos mais seguros e satisfatórios.

A OMS considera que o objetivo dos cuidados obstétricos, deve focar-se em partos com a mãe e o filho saudáveis e com a menor intervenção possível, sendo que para a grande maioria das mulheres, o trabalho de parto pode evoluir desta forma. A OMS calcula que cerca de 85 a 90% das gravidezes terminam num parto sem intercorrências e sem necessidade de intervenções médico cirúrgicas (OMS, 2015). Os profissionais que acreditam nesta visão do nascimento, não interferem no processo sem uma indicação clínica clara, sendo vigilantes, mas pacientes, e encorajam as mulheres/casais a criarem ambientes pessoais em que se sintam seguros e capazes de fazer o seu trabalho de parto (Lothian, 2006, referindo Rooks). A visão oposta é que o trabalho de parto e parto são momentos de alto risco e com grandes probabilidades de eventos perigosos, o que provoca o medo das mulheres e solidifica o poder do obstetra. O profissional que “espera problemas” fará uma vigilância do trabalho de parto de forma bastante diferente. Antes que a complicação ocorra, deve-se antecipá-la colocando-se uma linha intravenosa, monitorização fetal contínua e restrições à mobilidade, à comida e à bebida, sendo que, de acordo com as recentes evidências, estas intervenções não são justificadas (Lothian, 2006).

Embora a evidência científica corrobore a primeira visão do nascimento aqui apresentada, a maioria dos profissionais de saúde e as mulheres/casais encontram-se nalgum lugar ao longo do continuum destas duas visões, acreditando na possibilidade do parto normal, embora por vezes possa existir risco, pelo que faz sentido reduzi-lo. Desta forma, sendo que o risco nunca pode ser totalmente eliminado, numa tentativa de o reduzir, muitas vezes aumentamo-lo. Por exemplo, o uso rotineiro da monitorização fetal, inicialmente destinada a reduzir o risco fetal, na realidade só aumenta o risco de cesariana e de partos instrumentados, sem qualquer benefício para o bebé (Devane et al., 2017).

A este respeito, num relatório publicado pelo Milbank Memorial Fund, *Evidence-Based Maternity care: what it is and what it can achieve*, Sakala e Corry (2008), destacaram dois aspetos importantes: existe conhecimento baseado na evidência das práticas que permitem a segurança das mães e dos seus bebés no TP, embora os cuidados padrão prestados nas instituições de saúde dos Estados Unidos, muitas vezes não reflitam este conhecimento, verificando-se um intensivismo de intervenções e onde não se promove, não se suporta e nem se protege o parto fisiológico/normal. Os cuidados padrão incluem por rotina as perfusões intravenosas, a monitorização cardiofetal contínua, a analgesia epidural, e as restrições de movimento, de comer e de beber. As mulheres dão à luz

deitadas, e sob indicações dirigidas para puxar, sendo que nenhuma destas práticas reflete o melhor conhecimento disponível. Todas estas intervenções e restrições tornam o TP mais difícil para a mulher, aumentando-lhe o stress e por isso interferindo no equilíbrio hormonal necessário ao processo do TP, resultando em complicações não desejadas, incluindo a necessidade de cesariana, sendo esta também a realidade na maioria das maternidades portuguesas, onde o PP é respeitado desde que não colida com os procedimentos de vigilância e segurança técnica impostos pelos meios hospitalares (Lopes, 2016; Sakala & Corry, 2008). Contudo, embora os profissionais das salas de partos sejam constantemente confrontados com esta dualidade, não deixa de ser importante a construção do PP, por tudo o que envolve, o qual deverá ser muito mais do que a elaboração de uma lista de opções e escolhas, devendo refletir o envolvimento pessoal que confira confiança ao casal e permitir criar um ambiente de segurança que culmine com uma experiência satisfatória (Lothian, 2000). Assim, o PP deve ser encarado como um plano de desenvolvimento pessoal com objetivos concretos e definidos e os meios bem refletidos e ponderados. A intervenção dos enfermeiros EESMO na elaboração deste plano é crucial uma vez que podem ser eles a desencadear a necessidade de criar esta ferramenta, destacando a importância que poderá ter no decorrer do processo, colocando o casal e as suas preferências no centro dos cuidados (Lopes, 2016).

Neste contexto, a OMS propôs a adoção do Índice de Bolonha, como estratégia para avaliar a qualidade da assistência ao parto, o qual é composto por cinco medidas: 1) presença de acompanhante durante o parto; 2) utilização do partograma; 3) ausência de estimulação do trabalho de parto (uso de ocitocina, pressão externa do fundo uterino e a episiotomia), cesariana de emergência ou instrumentação do parto; 4) parto em posição não ginecológica; 5) contato pele a pele da mãe com o recém-nascido (recomendado 30 minutos na primeira hora após o nascimento). Estas medidas são consideradas pela OMS como indicadores de processo imprescindíveis para uma assistência ao nascimento qualificada (Oliveira et al., 2015). Neste índice, a OMS identificou quatro práticas que promovem, suportam e protegem o parto normal (Chalmers & Porter, 2001). O Lamaze Internacional identificou outras duas práticas, sendo estas seis práticas suportadas pela investigação, incluindo as revisões sistemáticas da Cochrane e da Coalition for Improving Maternity Services (Hotelling, 2007). Todas as mulheres/casais deverão compreender que estas *Seis Práticas de Nascimento Saudáveis*, baseadas na evidência, possibilitam um parto mais saudável e seguro para si e para os seus bebés, nomeadamente:

#1: Deixar o trabalho de parto iniciar-se por si (Amis, 2014)

#2: Liberdade de movimentos durante o trabalho de parto (Ondeck, 2014)

#3: Ter alguém significativo para fornecer apoio contínuo durante o trabalho de parto (Green & Hotelling, 2014)

#4: Evitar intervenções de rotina (Lothian, 2014).

#5: Evitar dar à luz de costas e seguir a necessidade do corpo para fazer força (DiFranco & Curl, 2014).

#6: Manter a mãe e o bebê juntos (Crenshaw, 2014).

No entanto, apesar destas práticas reconhecidas, Lothian (2006) refere o relatório de Declerq et al., (2002), sobre o primeiro estudo nacional realizado nos Estados Unidos da América sobre as experiências de parto das mulheres, onde se verificou que apenas 1% das mulheres tiveram uma experiência de parto que incluía todas estas seis práticas anteriormente referidas, sendo que todos estes partos ocorreram fora de instituições hospitalares. Também neste relatório, foi evidente que as mulheres estão ainda mal informadas sobre o parto normal, sendo que mais de metade das mulheres inquiridas não concordava com a afirmação de que “o nascimento é um processo natural em que não se deve interferir a menos que seja clinicamente necessário”, e cerca de metade desconhecia os potenciais riscos relacionados com a analgesia epidural.

Como referimos, o modelo biomédico encoraja as mulheres e também as enfermeiras a considerar o nascimento como um evento repleto de riscos para a mãe e para o bebê, ficando o obstetra numa posição poderosa para reduzir este risco e incerteza. Estes profissionais alegam adotar uma prática mais intervencionista com receio do litígio por negligência. No entanto, o medo do litígio pode estar a induzir uma prática que não fornece os melhores cuidados e aumenta os riscos, o que não é eticamente aceitável. Se a mulher/casal e os profissionais de saúde têm visões opostas sobre o fenómeno do nascimento, se as rotinas hospitalares são inflexíveis e se os profissionais consideram não ter tempo para o diálogo, este torna-se totalmente inviável (Lothian, 2006).

Segundo Hotelling (2007), em 1996 a Coalition for Improving Maternity Services (CIMS) publicou um documento de consenso “The Mother-Friendly Childbirth Initiative” (iniciativa do nascimento amigo da mãe e do bebê) onde constam os dez critérios desta iniciativa, nomeadamente:

1. Acesso não restrito de acompanhante, para suporte contínuo e cuidados profissionais de enfermeiro EESMO;
2. Proporcionar informações precisas, descritivas e estatísticas sobre as práticas de nascimento;
3. Cuidados culturalmente adequados;
4. Liberdade para caminhar, mover-se e assumir posições à escolha da mãe;
5. Definição de políticas e procedimentos para a consulta e colaboração de recursos comunitários;
6. Não empregar intervenções de rotina não apoiadas por evidências científicas;
7. Fazer formação aos profissionais de saúde sobre estratégias não farmacológicas para o alívio da dor e não promover o uso de analgésicos quando não pedidos;
8. Encorajar todas as mães e famílias a tocar, segurar, amamentar e cuidar dos seus bebés;
9. Desencorajar a circuncisão não religiosa do recém-nascido;
10. Promover os 10 passos da OMS/UNICEF da Iniciativa do Hospital Amigo dos Bebés, para a amamentação bem-sucedida.

3.4 - ASPETOS MÉDICO LEGAIS DOS PLANOS DE PARTO

No contexto dos cuidados de saúde atuais, o pêndulo passou do paternalismo para a autonomia do cliente, sendo que as suas causas são multifatoriais. Os clientes são em geral mais assertivos, questionam as recomendações dadas e exigem a satisfação dos seus desejos. Face a esta realidade, os profissionais de saúde são cada vez mais incentivados a envolver os clientes nas decisões relacionadas com os cuidados, reconhecendo-lhes um conhecimento único da sua própria saúde (Bailey, Crane & Nugent, 2008, referindo Quill e Brody).

Os programas de formação de midwives/EESMO incluem a discussão sobre a importância do consentimento informado e o direito da mulher à sua autonomia e autodeterminação. No entanto, ainda na prática obstétrica atual, uma ferramenta como o PP, que permite à mulher ter uma voz ativa no processo de tomada de decisão, ainda não é usado de forma consistente (Wier, 2008).

Contudo, a OE (2015) refere que a filosofia de cuidados em Saúde Materna e Obstétrica, na sua essência, é fortemente enraizada num modelo de assistência em que o enfermeiro EESMO trabalha em parceria com a mulher/casal. Segundo Wier (2008), para que este modelo seja efetivo, os enfermeiros EESMO na sua formação contínua, devem ser desafiados a questionar e refletir sobre as suas crenças e atitudes sobre o consentimento informado e os PP, da mesma forma que são convidados a examinar e refletir as suas habilidades e conhecimentos especializados. Também a formação base deve assegurar que os princípios centrais do consentimento informado, da comunicação e do dever da imparcialidade, sejam experiências que devem ser desenvolvidas, praticadas e discutidas e não apenas teorias transmitidas em sala de aula, de forma a compreenderem a importância dessa competência na relação que estabelece com a mulher/casal.

Nos Estados Unidos da América os PP estão regulamentados, sendo comparados com os testamentos vitais, onde a criação de um PP constitui um ato de cidadania responsável que visa promover e proteger as liberdades civis garantidas aos indivíduos. Quer os PP, quer os testamentos vitais, são ambos documentos que promovem os cuidados individualizados, com vista a melhorar os resultados para os indivíduos e suas famílias (Bailey, Crane & Nugent, 2008, referindo Philepsen e Haynes). As mesmas autoras citam Whitney et al, que defendem que melhorar a escolha da mulher/casal é um tema central da ética em saúde e da lei, sendo que o consentimento informado consiste num processo legal para promover a autonomia do cliente, pelo que a tomada de decisão compartilhada é uma abordagem ética amplamente promovida. Referem ainda Richards e Rathbun e o seu livro *Medical Care Law*, onde se defende o uso do PP para reduzir conflitos, mal-entendidos e a probabilidade de litígio, melhorando assim a qualidade dos cuidados obstétricos. Segundo estes autores, o PP serve três propósitos: estrutura a discussão entre o profissional e o cliente, fornece uma estrutura para resolver inconsistências entre as expectativas do cliente e os riscos potenciais da sua gravidez e parto e serve como documentação do acordo entre o profissional e o cliente.

3.5 - IMPLICAÇÕES PARA OS ENFERMEIROS EESMO E PARA AS MULHERES/CASAIS

Os enfermeiros EESMO devem encorajar os casais a frequentarem Programas de Preparação para o Parto e ajudá-los a ganhar confiança na sua capacidade de tomada de

decisão. Devem informá-los sobre os cuidados habituais durante a gravidez e das fontes de informação mais credíveis e baseadas em evidência, de forma a que definam as suas próprias preferências para os seus cuidados. Além disso, devem discutir a importância de ter expectativas positivas, realistas e flexíveis.

Os enfermeiros EESMO que acompanham as mulheres/casais na consulta de vigilância da gravidez ou no PPP e as ajudam a desenvolver os seus PP, devem informá-las que o planeamento do parto não começa com uma lista de intervenções ou opções, mas com a aprendizagem sobre o processo normal e fisiológico do nascimento e sobre as práticas baseadas na evidência que promovem, protegem e suportam o parto normal. Este conhecimento é essencial para que as mulheres/casais possam tomar decisões verdadeiramente informadas. Os PPP devem focar-se no objetivo máximo de ajudar as mulheres/casais a compreenderem e abandonarem os seus medos sobre o trabalho de parto e a dor e a desenvolverem confiança na sua capacidade de ajudar os seus bebés a nascer. O diálogo deve também incidir sobre o processo de decisão da mulher/casal, incluindo o consentimento informado bem como o direito à recusa informada. Para tal devem ter oportunidade nestes cursos de desenvolver a comunicação, nomeadamente as habilidades de negociação, uma vez que é necessária coragem e confiança para comunicar com os profissionais de saúde que a assistirem, no sentido de se fazer ouvir e respeitar nos seus desejos.

As mulheres/casais, devem ser encorajadas a pensar sobre o nascimento logo desde o início da sua gravidez e, no sentido de atenderem às suas expectativas, devem ponderar a escolha do local, de acordo com os seus profissionais de saúde e respetivas crenças, de forma a que possam ter a experiência de nascimento que pretendem. Como referimos, as mulheres precisam desenvolver a sua confiança na sua capacidade de dar à luz, de forma a sentir a liberdade para encontrar conforto de variadas formas e a ter suporte físico e psicológico contínuo durante o trabalho de parto.

No desenvolvimento do seu PP, cada mulher/casal não se deve focar nas intervenções que pretende ou não pretende, mas no que necessita efetivamente, de forma a experienciar o seu TP da forma mais normal e segura possível, mesmo perante situações inesperadas. Assim, segundo Lothian (2006), o planeamento deve focar-se em três questões essenciais:

1. O que vou fazer para me sentir confiante e segura durante o trabalho de parto?
2. O que vou fazer para encontrar conforto perante as minhas contrações?

3. Quem me vai apoiar durante o trabalho de parto e o que é que eu precisarei dessa pessoa?

Com este foco, a mulher/casal assume a liderança e compreende de que forma pode contribuir para a sua própria experiência de TP, mesmo em instituições mais restritivas.

Os enfermeiros EESMO têm a responsabilidade de promover o parto normal e permitir que as mulheres tenham o parto de desejam, pelo que deverão manter as mulheres confiantes quando as contrações se tornam difíceis de gerir, usando palavras de incentivo, o toque, a mudança de posição, ao invés de privilegiar de imediato as medidas farmacológicas. Acompanham as mulheres a deambular para que também o feto se possa mover livremente durante a dilatação e são pacientes aguardando pela vontade da mulher puxar em vez de iniciar puxos dirigidos assim que tenha a dilatação completa e mantêm a mãe e o seu bebé, juntos pele a pele, enquanto prestam os cuidados ao bebé (Lothian, 2006). A autora considera que o julgamento clínico baseado na melhor evidência, direciona a prática dos enfermeiros EESMO, no sentido de contribuírem para a mudança das práticas hospitalares restritivas.

Até que os PP se tornem uma norma, e um componente integral dos cuidados, as mulheres devem continuar a ser incentivadas a pensar e a planear o nascimento dos seus filhos de forma a que este seja uma experiência pessoal altamente gratificante. Para isso as mulheres/casais devem compreender o que necessitam para se sentirem seguras, confortadas e apoiadas durante o seu trabalho de parto e comunicá-lo aos seus familiares e profissionais de saúde. Os enfermeiros EESMO devem valorizar o PP naquilo que pretende ser, isto é, uma tentativa de iniciar um diálogo, de forma a que a pessoa seja cuidada como pessoa individual que é.

Segundo Afshar, Mei e Gregory (2016), os PP tendem a tornar-se cada vez mais prevalentes e apoiados por organizações nacionais e internacionais, sendo que, embora possam não influenciar mudanças imediatas nas práticas de cuidados, podem, ao longo do tempo, contribuir para aumentar a real escolha das mulheres, continuando a ser uma importante ferramenta na preparação para o nascimento.

Salientamos a este respeito os resultados de uma revisão da *Cochrane*, onde o modelo de assistência por EESMO foi associado a vários benefícios para as mães e seus bebés, não tendo sido identificados quaisquer efeitos adversos. As principais vantagens relacionaram-se com a redução do uso de analgesia regional, menor número de

episiotomias e de partos instrumentados. Além disso, este modelo confere à mulher a possibilidade de sentir que controla a sua experiência de TP, ter um parto vaginal e espontâneo e iniciar de imediato o aleitamento materno. Este estudo indica que devem ser oferecidos modelos de assistência orientados por enfermeiros EESMO à maioria das mulheres, sendo que estas devem ser encorajadas a solicitar às instituições esta opção, salvaguardando as mulheres com complicações médicas ou obstétricas substanciais (Sandall et al., 2013). A este respeito também Lothian (2009), defende que as mulheres/casais deverão ter conhecimento que os cuidados prestados pelos enfermeiros EESMO estão associados a mais educação e aconselhamento pré-natal, menos admissões hospitalares, menos necessidade de medicação e mais liberdade de movimento no trabalho de parto, menos probabilidade de ter intervenções de rotina, menos complicações obstétricas e menos cesarianas.

4 - EVIDÊNCIAS RELACIONADAS COM O USO DO PLANO DE PARTO

Na literatura, a utilização dos Planos de Parto (PP) tem demonstrado uma grande variedade de resultados ao nível das intervenções e dos resultados. Neste capítulo abordam-se as perspetivas das mulheres/casais e dos profissionais de saúde sobre o PP, as evidências sobre a influência da sua utilização na satisfação com a experiência de nascimento das mulheres/casais e as evidências sobre a sua influência ao nível dos resultados obstétricos.

4.1 - PERSPETIVAS DAS MULHERES/CASAIS E DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE O PLANO DE PARTO

A investigação tem demonstrado que as mulheres que elaboram PP são geralmente mais velhas, casadas e com educação superior (Deering et al., 2006; Lopezosa, Borrego e Villanueva, 2013), de raça caucasiana, primigestas, e com a vigilância da sua gravidez realizada por enfermeiro EESMO (Pennell et al., 2011, Aragon et al., 2013). Deering et al., (2006), consideram que é razoável supor que as mulheres/casais elaboram um PP na tentativa de manter algum grau de controle face à nova situação de TP que se apresenta.

No seu estudo sobre as perspetivas das mulheres e dos profissionais de saúde sobre os PP, Aragon et al., (2013) demonstraram que tanto as mulheres como os profissionais de saúde vêem vantagens e desvantagens no uso de um PP. Em relação às vantagens, identificaram duas vantagens principais: em primeiro lugar, 53% das mulheres e 57% dos profissionais consideraram o PP como uma ferramenta de comunicação, permitindo que o companheiro da mulher, a sua família e os profissionais de saúde compreendessem as expectativas e preferências da mulher para o nascimento. Em segundo lugar, 47% das mulheres e 41% dos profissionais indicaram que o PP é útil para fins educacionais, ou seja, as mulheres relataram que o conhecimento adquirido através do processo de criação de um PP foi muito benéfico, permitindo que os profissionais considerassem as suas opções, as consciencializassem sobre as políticas hospitalares e abordassem as suas áreas de preocupação.

As vantagens adicionais citadas pelos participantes incluíram o seguinte: 18% das mulheres e 20% dos profissionais declararam que os PP aumentam a autonomia e a tomada de decisões informadas; 20% das mulheres e 4% dos profissionais declararam que os PP ajudam a promover uma perspectiva positiva sobre o nascimento; 19% das mulheres e 9% dos profissionais declararam que o uso do PP aumenta o sentimento de controle e capacitação da mulher. Nenhuma das mulheres e 4% dos profissionais indicaram que não há vantagens no uso do PP.

Em relação às desvantagens, 43% das mulheres e 47% dos profissionais relataram que a maior desvantagem de ter um PP se relaciona com as emoções negativas, nomeadamente o desapontamento ou a insatisfação, decorrentes de um plano que não poderá ser concretizado, especialmente se combinado com expectativas irrealistas. Um terço das mulheres e 26% dos profissionais indicaram que os PP podem levar à inflexibilidade e rigidez, comprometendo os resultados. Da mesma forma, 29% das mulheres e 14% dos profissionais sentiram que os PP poderão dar uma falsa sensação de controle e não permitir que a mulher se prepare para o inesperado, sendo que muitas mulheres enfatizaram a importância do PP não ser um "plano", mas um guia ou uma intenção. A este respeito, os investigadores consideram que as mulheres devem ser encorajadas a não se sentirem demasiado vinculadas aos seus planos, mas ter uma atitude flexível tendo em conta a natureza imprevisível do parto.

As desvantagens adicionais citadas pelos participantes incluíram o seguinte: 13% dos profissionais sentiram que os PP não eram úteis por serem muito detalhados ou restritivos, 6% das mulheres e profissionais declararam que os PP podem inclusivamente ser prejudiciais no atendimento da mulher, indicando que eles podem interferir com os cuidados clínicos ou aumentar o stress e a ansiedade da mãe durante o trabalho de parto, 13% das mulheres e 14% dos profissionais observaram que os PP podem provocar reações negativas nos profissionais de saúde e 11% das mulheres e 5% dos profissionais afirmaram não ver qualquer desvantagem no PP.

Também Whitford et al., (2014) concluíram que as mulheres e os profissionais de saúde consideram positiva a inclusão do PP como norma dos cuidados a prestar, apontando como benefício a oportunidade de realçar as preferências da mulher/casal, favorecendo e estimulando, dessa forma, a comunicação e a discussão, com a consequente diminuição da ansiedade. No entanto, os autores constataram que nem todas as mulheres experienciaram estes benefícios ou perceberam o propósito do PP, pois algumas não

sabiam da oportunidade de o elaborar, ou não tiveram o apoio dos profissionais para o discutir, e algumas foram ainda totalmente renitentes à sua elaboração. Pennell et al., (2011), verificaram que a maioria das mulheres considera favoravelmente o uso de um PP, independentemente das suas preferências serem todas cumpridas ou ocorram complicações.

No estudo de Yam et al., (2007), os profissionais entrevistados consideraram que os PP podem melhorar a experiência de parto, quer para as mulheres quer para os profissionais de saúde, uma vez que estes podem compreender melhor as necessidades das mulheres/casais, os quais se sentirão mais envolvidos no processo de nascimento.

Com relação aos componentes mais importantes de um PP, o controlo da dor foi o componente mais citado: 59% pelas mulheres e 42% pelos profissionais. Para além da gestão da dor, as mulheres e os profissionais apresentam opiniões ligeiramente diferentes sobre os aspetos mais importantes a incluir no PP, tendo sido identificados quatro domínios por mais de 20% das mulheres: medidas de conforto, preferências para o pós-parto, intervenções e controlo do ambiente; e três domínios por mais de 20% dos profissionais: instruções que contradizem o padrão de atendimento, crenças sobre o parto e preferências para o pós-parto. Os investigadores consideram que estas diferenças podem refletir as diferentes opiniões e prioridades sobre os fatores que podem influenciar durante o parto, ou seja, os profissionais podem sentir-se mais confortáveis com as questões clínicas em torno do parto, mas menos seguros e confiantes com as crenças e a cultura pessoal das mulheres (Aragon et al., 2013).

Deering et al., (2006) identificaram como solicitações mais frequentes caminhar durante o trabalho de parto e evitar a episiotomia e a analgesia epidural.

Vila-Candel et al., (2015) verificaram que existem diferenças nos pedidos das mulheres no PP antes e depois de frequentarem sessões de educação para o nascimento, sendo que após a frequência destas sessões as mulheres preocupam-se mais com a adoção de estratégias e comportamentos que promovem o parto normal, nomeadamente evitar a episiotomia, medidas de conforto, como a ingestão de líquidos, hidroterapia quando desejam, liberdade de movimentos, monitorização fetal intermitente, posição cómoda no período expulsivo e a realização de esforços espontâneos, o clampe tardio do cordão, o contacto pele a pele e amamentar o mais precocemente possível. Não foram encontradas diferenças em elementos relacionados com o ambiente, por exemplo, a privacidade e a

tomada de decisões, nem durante o período de dilatação como a administração de enema, de ocitocina, a tricotomia, a analgesia epidural e a amniotomia.

Atentos à cada vez maior diversidade cultural das comunidades, com o conseqüente desafio para os profissionais de saúde fornecerem cuidados mais apropriados e culturalmente específicos, Sheridan et al., (2011), desenvolveram um estudo que comparou as preferências nos PP entre as mulheres grávidas Irlandesas e Nigerianas, sendo que estas têm uma maior preferência pelo parto vaginal e sem analgesia, comparativamente às mulheres irlandesas.

Grant, Sueda e Kaneshiro (2010) desenvolveram um estudo com o objetivo de examinar as diferentes opiniões entre as mulheres/casais e os profissionais de saúde relativamente aos resultados obstétricos em mulheres que apresentam PP, tendo verificado uma grande disparidade nos seus pontos de vista, sendo que 65% dos profissionais de saúde vs. 2,4% das mulheres consideram que as mulheres com PP tendem a apresentar piores resultados obstétricos relativamente às mulheres sem PP, nomeadamente a possibilidade de maiores taxas de cesariana e corioamniotite.

4.2 - SATISFAÇÃO COM A EXPERIÊNCIA DE NASCIMENTO

Como já referimos, são várias as evidências que elucidam sobre os inúmeros fatores que influenciam positivamente a satisfação da mulher/casal com a experiência de nascimento, nomeadamente as expetativas pessoais, o suporte recebido, a relação mulher/casal-profissional de saúde e o envolvimento na tomada de decisão, sendo que o PP se constitui um documento que tem como objetivo promover todas estas variáveis.

Um estudo escandinavo demonstrou que o uso de um PP não melhorou a experiência geral do nascimento, embora a maioria das mulheres avaliasse a sua relação com o companheiro, o enfermeiro EESMO e o obstetra, como mais satisfatória. Além disso, em alguns grupos de mulheres, algumas experiências relacionadas com o medo do parto, da dor e as preocupações com o bebé foram melhoradas, o que demonstra a natureza complexa da experiência do TP (Lundgren, Berg, & Lindmark, 2003). O uso do PP por mulheres com gravidez de risco, pareceu intensificar os sentimentos negativos já existentes, face à gravidez e ao parto, aumentando a sua vulnerabilidade, pelo que a sua

utilização nestes casos deve ser cuidadosamente avaliada pelos profissionais de saúde (Berg, Lundgren, & Lindmark, 2003).

Yam et al., (2007) verificaram que todas as mulheres, que elaboraram o seu PP com a ajuda de um elemento da equipa de saúde, relataram a sua experiência de TP como muito satisfatória, apesar de em alguns casos o seu parto não ter decorrido de acordo com o que especificaram nos seus planos. Whitford et al., (2014) são de opinião que este facto se deve à importância de se ter a oportunidade de discutir e negociar as várias opções para o trabalho de parto e parto, e não necessariamente o plano escrito ou verbalizado, em si, uma vez que é a discussão que é benéfica. Pelo contrário, Sato e Umeno (2011), concluíram que o reconhecimento dos PP está relacionado com a satisfação com o parto, pelo que procurar cumprir os pedidos é uma das abordagens efetivas que aumenta o grau de satisfação com o nascimento. Também Mei et al., (2016) constataram que ter um maior número de solicitações do PP satisfeitos está positivamente associado com a satisfação geral com a experiência de nascimento, maior probabilidade de expectativas concretizadas e maior sensação de controlo. No entanto, também mostrou que ter um grande número de solicitações foi associado a uma redução de 80% de satisfação geral com a experiência de nascimento. Os investigadores consideram que não é claro se esta discrepância se deve ao facto de as mulheres terem altas expectativas ou a uma perspectiva tendenciosa ou mais conservadora dos profissionais de saúde.

Um estudo randomizado desenvolvido em Taiwan, demonstrou que as mulheres com PP apresentaram um nível elevado de experiências positivas no parto e uma maior sensação de controlo, evidenciando-se um elevado grau de mestria e participação na sua experiência de nascimento o que, para os investigadores, justifica claramente a implementação clínica dos PP (Kuo et al., 2010).

Também no estudo de Pennell et al., (2011), a maioria das mulheres concordou que o uso do PP melhorou suas experiências de nascimento, proporcionando uma sensação de controle adicional, esclareceu as suas dúvidas e melhorou a comunicação com os profissionais de saúde.

Na experiência de trabalho de parto, o tipo específico de cuidado que a mulher escolhe não é necessariamente mais importante que a sua capacidade de manter o controlo durante o TP, sendo que as lembranças positivas ou negativas estão mais relacionadas com o poder de decisão e controlo do que com as pessoas presentes na sala de parto ou algumas

intervenções que foram necessárias durante o TP. Quando ocorrem mudanças ao desejado no PP, o sentimento de controle que a mãe tem sobre essas mudanças é tão importante como a mudança em si (Cook & Loomis, 2012). Neste sentido, as investigadoras consideram que os profissionais de saúde devem suportar a mulher na sua escolha informada e na negociação ao longo da gravidez, de forma a que a mulher se sinta no centro da sua experiência de nascimento, permitindo que esta não seja apenas saudável, mas também positiva, ou seja, a implementação dos PP não deve apenas considerar o curso imprevisível da gravidez e processo dinâmico do TP, mas também garantir a contínua negociação e comunicação entre todos os participantes envolvidos.

Brown e Lumley (1998), consideram também que a comunicação durante o trabalho de parto deve reconhecer os PP como documentos flexíveis que "evoluem" com a natureza imprevisível do parto, sendo que o propósito de um PP é promover a comunicação e não induzir fricção entre os profissionais de saúde e as mulheres/casais, pelo que é fundamental garantir discussões flexíveis e favoráveis entre todos os intervenientes, maximizando o seu potencial como uma ferramenta de comunicação efetiva (Doherty, 2003). A este respeito Afshar, Mei e Gregory (2016) consideram que os profissionais de saúde devem melhorar a sua prática procurando conhecer e interessar-se pelos PP das mulheres/casais e adaptarem a sua prática clínica para que nela integrem também, com segurança, as preferências das mulheres/casais para o nascimento do(s) seu(s) filho(s).

Também Cortés et al., (2015) verificaram que a utilização do PP influenciou positivamente o TP e o tipo de parto, aumentando as dimensões de segurança, eficácia, satisfação e empoderamento das mulheres, reforçando a sua autonomia com a “eleição da posição de dilatação e parto” e a “ingestão de alimentos ou líquidos”. Um estudo com metodologia quasi experimental, demonstrou que as mulheres a quem foi dada a possibilidade de elaborarem um PP, apresentaram um nível maior de experiências positivas no parto e a diminuição do nível de dor percebido, relativamente às mulheres que não o fizeram (Farahat et al., 2015).

4.3 - INFLUÊNCIA DOS PLANOS DE PARTO NOS RESULTADOS OBSTÉTRICOS

Para além da satisfação com a experiência de nascimento, alguns estudos avaliaram outros resultados considerados importantes no nascimento e não encontraram diferenças

significativas entre as mulheres que utilizaram e as que não utilizaram PP relativamente ao medo e à percepção da dor (Brown & Lumley, 1998; Lundgren, Berg & Lindmark, 2003).

Deering et al., (2006) verificaram que 75% das mulheres com PP tiveram partos espontâneos e 19% parto por cesariana. Além disso, perceberam que as mulheres/casais muitas vezes mudam de opinião relativamente a pedidos específicos, nomeadamente a analgesia epidural e a episiotomia, o que neste caso sugere que durante o processo dinâmico do trabalho de parto as mulheres concordam com o que lhes pode ser aconselhado pelos profissionais de saúde quando consideram ser necessária determinada intervenção.

Lopezosa, Borrego e Villanueva (2013) não encontraram diferenças significativas nos resultados obstétricos em mulheres com e sem PP, embora tenham verificado um melhor resultado no pH do sangue do cordão dos bebés de mães com PP. Os autores consideram que estes resultados evidenciam que os PP não estão associados a resultados obstétricos ou neonatais negativos, pelo que o seu uso pode ser útil ao melhorar a comunicação dos desejos das mulheres relativamente ao seu parto, devendo ser promovidos pelos profissionais de saúde.

Por outro lado, são vários os estudos que evidenciam a relação entre o uso de um PP e a redução dos partos por cesariana. Hadar et al., (2012) desenvolveram um estudo retrospectivo durante um triénio num hospital em Israel e concluíram que as mulheres que apresentaram um PP, comparadas com as mulheres que não apresentaram, de acordo com a sua idade, paridade e idade gestacional, têm menos probabilidade de ter um parto por cesariana, mais probabilidade de ter lacerações perineais de primeiro e segundo grau, e mais probabilidade de ter analgesia epidural. Cortés et al., (2015) verificaram a relação positiva entre o uso de um PP e o aumento do contato pele a pele, do clampé tardio do cordão e da taxa de partos normais. Também Farahat et al., (2015) constataram que o uso do PP teve uma influência positiva no tipo de parto, reduzindo o parto por cesariana.

Afshar et al., (2017) concluíram que frequentar um programa de preparação para o parto e/ou ter um plano de parto aumenta a probabilidade de ter um parto vaginal, sendo que frequentar um PPP e ter simultaneamente um PP, não mostrou provocar um efeito aditivo no tipo de parto. Estes resultados parecem sugerir que a educação para o nascimento e o planeamento do mesmo, influenciam o tipo de parto, pelo que os programas de preparação

para o parto e os planos de parto podem constituir ferramentas para diminuir os níveis de cesarianas.

5 - A TRANSIÇÃO DO CASAL PARA A PARENTALIDADE E A SUA EXPECTATIVA SOBRE O PLANO DE PARTO

Meleis propôs que a transição constitui um dos conceitos centrais para a disciplina de enfermagem, uma vez que os enfermeiros contactam frequentemente com pessoas que estão a vivenciar uma transição, a prever uma transição ou a terminar um ato de transição. As transições constituem-se também domínio de outras disciplinas académicas, mas apenas os enfermeiros se interessam em articular as transições que são biopsicosocioculturais, não apenas para saber, mas acima de tudo, para ter conhecimento da utilidade daquilo que sabemos e, em particular, para ter formas de utilizar eficazmente o conhecimento para a melhoria das transições saudáveis das pessoas, uma vez que a enfermagem é responsável perante o público, esperando-se que satisfaça as suas necessidades (Meleis, 2010).

Tendo em conta a problemática em estudo, a Expectativa do Casal sobre o Plano de Parto, procurámos estabelecer a ligação entre a Teoria das Transições de Meleis com os resultados de investigações sobre a temática em estudo, descrevendo a natureza das transições, as condições facilitadoras e inibidoras da transição, os padrões de resposta e as intervenções terapêuticas de enfermagem.

Natureza da transição para a parentalidade

Os casais que se encontram no terceiro trimestre de gravidez e antecipam e planeiam a sua experiência de trabalho de parto, encontram-se numa transição desenvolvimental, especificamente a transição para a parentalidade, classificando-se como uma transição múltipla, pois os progenitores, que anteriormente formavam um casal, transformam-se em pais, necessitando reformular vários papéis da sua vida conjugal, familiar e social. Além disso, por vezes os enfermeiros deparam-se com casais recém-emigrados ou que se apresentam com mudanças na sua situação familiar, como a morte ou a doença de algum familiar, a entrada na escola de outro filho, o que torna o seu processo de transição com um padrão sequencial ou simultâneo e, por isso, mais complexo.

Apesar da diversidade das transições são evidentes aspetos comuns que podem ser considerados propriedades universais de transição, isto é, as transições são processos que ocorrem ao longo da vida e implicam um processo interno de mudança de identidade, de papéis, nas relações, nas capacidades e nos padrões de comportamento.

O nível de consciencialização tem influência direta no nível de envolvimento da pessoa, uma vez que envolve a perceção que a pessoa tem de si própria e manifesta-se na demonstração de conhecimento acerca das mudanças inerentes ao decurso da transição, estando relacionada com a congruência entre o conhecimento do processo, as expectativas e as respostas individuais. Desta forma, o envolvimento resulta do nível de consciência, uma vez que, uma pessoa que vive uma transição da qual não tem consciência, não conseguirá envolver-se, pois não prevê a necessidade de mobilizar recursos. A mudança e a diferença constituem outra das propriedades das transições, e implicam a alteração das rotinas habituais para integrar e desempenhar novos papéis, neste caso o parental. Se o casal não tem consciência da mudança que está ou irá viver, poderá não sentir necessidade de se envolver ou ter expectativas pouco reais face à situação.

O espaço temporal de transição para a parentalidade, não tendo um limite de tempo preciso, caracteriza-se pelo período necessário que o casal necessita para integrar os novos papéis parentais e conjugais, assumindo uma nova identidade, denominada por Meleis por Integração Fluida, ao conseguir atingir os níveis de mestria nas habilidades e nos conhecimentos.

Os eventos críticos podem ser classificados como um momento identificável que é suscetível de alterar positiva ou negativamente a transição. O momento do TP é, sem dúvida, um evento crítico importante, pelo que deve ser passível de uma intervenção de enfermagem individualizada, de forma a possibilitar o aumento da consciência do processo e a promoção do envolvimento do casal.

A participação ativa e empenhada num programa de preparação para o parto e parentalidade e o desenvolvimento e apresentação de um plano de parto, numa tentativa de expor as suas expectativas e preferências e manter algum grau de controle face à nova situação, demonstra, por parte do casal, a consciencialização e o envolvimento na sua transição para a parentalidade, sendo sinais de pro-atividade, de querer aprender, de questionar, de procurar informação e suporte.

Condições facilitadoras e inibidoras da transição para a parentalidade

Os condicionalismos da transição podem ser denominados de facilitadores ou inibidores e são classificados como pessoais ou relativos à comunidade/sociedade. Os pessoais englobam os significados, as crenças culturais e atitudes, o estatuto socioeconómico e a preparação e o conhecimento/habilidades, sendo que a ação do enfermeiro EESMO será sempre no sentido de maximizar as condições facilitadoras e minimizar as inibidoras. O processo de criação de um PP permite que o casal se prepare para o trabalho de parto e parto, adquirindo conhecimentos e desenvolvendo habilidades. No estudo de Aragon et al., (2013), as mulheres atribuíram um significado positivo ao uso de um PP ao considerarem que o mesmo favorece a comunicação entre o casal e os profissionais de saúde, a aquisição de conhecimentos e a promoção de uma perspetiva positiva sobre o nascimento. Verificaram-se, contudo, também alguns significados negativos relativamente ao uso de um PP, nomeadamente a possibilidade de insatisfação do casal, caso o plano não possa ser concretizado, ou o comprometimento dos resultados pela inflexibilidade e rigidez e, em alguns casos, inclusivamente poder aumentar o stress e a ansiedade da mulher durante o TP e provocar reações negativas nos profissionais de saúde. Relativamente ao estatuto socioeconómico a investigação tem demonstrado que as mulheres que elaboram PP são geralmente mais velhas, casadas e com educação superior (Deering et al., 2006; Lopezosa, Borrego & Villanueva, 2013).

Os condicionalismos relacionados com a comunidade/sociedade referem-se ao suporte familiar, à informação disponível e encaminhamento para fontes credíveis e recursos disponíveis com a resposta apropriada às dúvidas e necessidades do casal. Apesar de nos últimos anos existirem cada vez mais *sites* na internet a aconselhar a criação de PP e a oferecer *checklists* para auxiliar a sua elaboração, estes podem não ser fontes muito credíveis e por isso pouco consideradas pelos profissionais de saúde. Além disso, elaborar um PP sem existir um momento para a sua discussão com o profissional de saúde, de forma a que o casal possa expor eventuais problemas, preocupações ou medos, não promove a personalização dos cuidados.

Padrões de resposta na transição para a parentalidade

As pessoas em transição apresentam respostas semelhantes ao longo da mesma, o que permite identificar indicadores de processo e indicadores de resultado. O sentir-se ligado, interagir, estar situado e desenvolver confiança e coping constituem indicadores de processo, enquanto que ter o domínio de novas competências e a reformulação de identidade constituem indicadores de resultado. São vários os estudos que referem que os casais que elaboram um PP se sentem mais envolvidos e com um maior sentimento de controle e capacitação, evidenciando-se um elevado grau de mestria e participação na sua experiência de nascimento (Aragon et al., 2013; Kuo et al., 2010; Yam et al., 2007).

Meleis (2010) refere-se ao conceito de Integração Fluida, que significa ter um papel definido, ser mãe ou pai de um bebé, saber o que isso significa para si e o que fazer em relação a isso, mas também continuar a ser mãe ou pai de outro ou outros filhos, ter as suas profissões, ser esposa, marido, entre outros papéis, onde nenhum destes é dominante em relação aos restantes.

Intervenções terapêuticas de enfermagem

A satisfação da mulher/casal com a experiência de TP está relacionada com as expectativas pessoais, com o suporte recebido, com a relação entre o casal e o profissional de saúde e o seu envolvimento na tomada de decisão (Hodnett, 2002) e, sendo o PP um documento que tem como objetivo promover todas estas variáveis, é claramente uma intervenção de enfermagem que deve ser promovida, uma vez que o processo de TP se assume como um evento crítico muito importante e que pode influenciar positiva ou negativamente a transição do casal para a parentalidade. Os enfermeiros EESMO devem permitir que a mulher/casal se sinta no centro da sua experiência de nascimento suportando-o na sua escolha informada e promovendo uma negociação contínua ao longo de toda a gravidez, adaptando a sua prática clínica de forma a integrarem nela as preferências das mulheres/casais para o seu TP (Cook & Loomis, 2012; Afshar, Mei & Gregory, 2016).

6 - PERCURSO METODOLÓGICO

A investigação científica é uma atividade humana que visa contribuir para um corpo de conhecimento coerente por via da adoção sistemática de um método e, embora não se possa descrever um único método científico, existem duas exigências metodológicas que nos ajudam a distinguir a investigação de outras atividades, designadamente, a investigação deve ser conduzida de forma a permitir a confrontação com a realidade, e as conclusões a que se chegou, bem como os passos do raciocínio necessários para a elas chegar, devem ser transparentes e passíveis de serem criticados (Bortoloti, 2013).

A investigação em Enfermagem enquanto investigação científica, destina-se a desenvolver e expandir o conhecimento sobre as áreas de importância para os enfermeiros, sendo que a maioria dos fenómenos de enfermagem, constituem experiências subjetivas, relacionadas com a qualidade de vida e o bem-estar (Polit, Beck & Hungler, 2004). Assim, é fundamental compreender o ser humano como auto consciente, com sentido de liberdade, angústia existencial e sofrimento, considerando os significados atribuídos pelos sujeitos e respeitando a sua autonomia, nomeadamente nos comportamentos que se relacionam com a saúde. Esta perspetiva é concordante com as conceções de enfermagem mais recentes, em que a saúde é entendida como um valor e uma experiência vivida, segundo a perspetiva de cada um, pelo que se preconiza uma relação de parceria na prestação de cuidados. A ciência de enfermagem orienta-se assim para a apreensão das vivências dos outros, nas suas circunstâncias particulares e na interação com os prestadores de cuidados, onde os métodos qualitativos, de caráter interpretativista e indutivo, se afiguram como os mais adequados para colocar em evidência os fenómenos de enfermagem e a relevância dos cuidados (Gameiro, 2003; Lopes, 1999).

Também, segundo Meleis (2010), a enfermagem enquanto ciência humana, foca-se nas experiências de vida das pessoas e nos seus significados, nas questões de saúde e doença e nos significados que têm nas suas vidas, sendo o objetivo do desenvolvimento do conhecimento compreender as necessidades das pessoas relativamente aos cuidados de enfermagem para aprender a cuidar melhor delas. Meleis, considera também que cada vez

mais os clientes dos cuidados de enfermagem se encontram em contextos multidimensionais e dinâmicos que estão em constante mudança, tendo acesso a mais informação dirigindo-se ao sistema de saúde, ou com conhecimento dos seus direitos relativamente à informação, aos cuidados e à participação na tomada de decisões, ou, se não chegam com tais expectativas, a intervenção de cuidados poderá incluir oportunidades para aumentar o conhecimento. Em ambas as situações, as teorias do futuro terão de ser desenvolvidas para refletir os pressupostos em mudança relativamente aos clientes e aos seus níveis de desenvolvimento e consciência, e terão também de fornecer algumas estratégias através das quais se poderá aumentar o conhecimento dentro dos sistemas de valores e crenças destes clientes.

Daqui, sintonizados com Fortin (2009) reconhecemos a fase metodológica da investigação com um carácter concreto, comportando a escolha do desenho apropriado ao problema de investigação, o recrutamento dos participantes e a utilização de instrumentos de medida fiéis e válidos, de forma a assegurar a credibilidade dos resultados. Definido já o objeto de estudo, a Expectativa do Casal sobre o Plano de Parto, apresentamos e justificamos de seguida a metodologia selecionada para a investigação empírica tentando fundamentar continuamente a nossa trajetória de recolha e análise de dados, sem esquecer as considerações éticas e os critérios de validação, subjacentes a uma investigação qualitativa.

6.1 - OPÇÃO METODOLÓGICA

Pretendendo-se estudar a Expectativa do Casal sobre o Plano de Parto e, sendo o objetivo principal deste estudo descrever essa expectativa, optou-se por uma metodologia qualitativa do tipo exploratório-descritivo, com a análise de conteúdo segundo Bardin (2013).

A investigação qualitativa integra o paradigma naturalista que está associado a uma conceção holística do ser humano, onde se acredita que existem várias realidades, sendo que cada uma delas é baseada nas perceções dos indivíduos (Fortin, 2009). Este tipo de investigação visa a compreensão do significado do fenómeno em estudo, recolhendo a perspetiva única dos indivíduos, sendo para isso necessária a proximidade e a interação, o contacto face a face, a empatia e a valorização do empoderamento dos participantes, de

forma a obter uma ideia aprofundada daquilo que os participantes pensam, sentem e experienciam dos acontecimentos em estudo (Ribeiro, 2008; Stiles, 1993).

A Expetativa do Casal sobre o Plano de Parto, constitui-se um conceito de complexa definição, devido à subjetividade de quem o vivencia e de quem o investiga, sendo que a expetativa do casal estará com certeza influenciada ou condicionada pelas crenças, cultura, valores e experiências pessoais de cada mãe e de cada pai. Por outro lado, esta é ainda uma temática pouco estudada, concretamente em Portugal, pelo que considerámos adequada a abordagem qualitativa para a concretização dos objetivos que nos propomos nesta investigação.

6.2 - CONTEXTO DO ESTUDO/PROBLEMA DE INVESTIGAÇÃO

Na pesquisa efetuada observou-se alguma escassez de trabalhos de investigação no contexto da preparação e planeamento da experiência de nascimento pelo casal e, concretamente, que privilegiem ambas as vertentes, materna e paterna. Da revisão destes trabalhos verificou-se a necessidade de uma descrição mais aprofundada e conseqüente clarificação da forma como o casal vivencia o seu último trimestre de gravidez e se envolve na preparação do seu TP, de forma a perceber as suas necessidades para melhor adequar as intervenções de enfermagem. Foi neste contexto que nos propusemos a realizar este trabalho e se definiu a questão de investigação: Qual a Expetativa do Casal sobre o Plano de Parto?

Tendo presente a questão de investigação, procurou-se com este estudo atingir os seguintes objetivos:

- Identificar os valores, significados e preocupações da mãe e do pai relativamente ao TP e P;
- Conhecer as expetativas da mãe e do pai relativamente ao ambiente do TP e P;
- Conhecer as estratégias potenciadoras de conforto e segurança que a mãe e o pai têm para o TP e P;
- Conhecer o empoderamento da mãe e do pai relativamente às intervenções propostas pelos profissionais de saúde durante o TP e P;
- Conhecer a expetativa da mãe e do pai relativamente ao primeiro contacto com o bebé;
- Identificar o conhecimento da mãe e do pai sobre o conceito de PP;

- Conhecer o valor atribuído pela mãe e pelo pai ao PP.

Com o conhecimento obtido com o presente estudo pretendemos contribuir para que os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros EESMO que orientam Programas de Preparação para o Parto e Parentalidade (PPP), disponham de conhecimentos científicos capazes de suportar as suas práticas, com o objetivo de promover o envolvimento e a preparação dos casais do seu TP, com intervenções mais individualizadas às suas expectativas, para assim potenciar a sua transição para a parentalidade com mais saúde e bem-estar.

6.3 - PARTICIPANTES

Para uma melhor compreensão do fenómeno em estudo, é essencial conhecer os participantes e as suas vivências no contexto onde ocorre, isto é, o local onde os indivíduos experimentam o fenómeno. Assim, consideraram-se casais na última metade do terceiro trimestre da gravidez (com 34 semanas ou mais de gestação), a frequentarem um PPP. Optou-se por esta idade gestacional, uma vez que corresponde ao momento em que o casal começa a pensar mais efetivamente no TP, havendo autores que referem a importância de uma consulta às 34-36 semanas de gestação, especificamente para conversar sobre os valores e as preferências do casal, relativamente ao seu TP (DeBaets, 2017; OE, 2015) e casais a frequentarem um PPP, pois considera-se que este constitui um contexto clínico privilegiado, cuja finalidade consiste em promover a preparação e empoderamento do casal para o TP.

Os casais selecionados foram designados por participantes, termo que espelha o envolvimento ativo e pertinente de cada um, permitindo uma melhor compreensão das suas experiências (Streubert & Carpenter, 2013), e tiveram que satisfazer os seguintes critérios de inclusão: estar inscrito no PPP; ter assistido a, pelo menos, uma sessão; ter idade gestacional compreendida no 3º trimestre de gravidez; ser uma gravidez de feto único; não ter risco associado à gravidez; ter preenchido o consentimento informado para participar no estudo; compreender e falar corretamente a língua portuguesa e estar o casal reunido para a entrevista.

Os participantes incluídos nesta investigação resultam de um processo de seleção intencional, amostragem não probabilística por conveniência, uma vez que o critério de

seleção se baseou no seu conhecimento específico sobre o fenómeno em estudo, com a finalidade de partilhar esse conhecimento e dar exemplos sobre ele, bem como os demais critérios de inclusão, tendo sido selecionados pela facilidade de acesso e pelo facto de possuírem aptidão para descrever as suas expectativas (Polit, Beck & Hungler, 2004; Streubert & Carpenter, 2013). A seleção foi realizada no local da realização do PPP, sendo o casal abordado antes de iniciar a sessão prática do mesmo, considerando-se desta forma trazer menos transtorno à vida pessoal do casal. Após abordado o casal, reunidos os critérios de inclusão, explicado sumariamente os objetivos do estudo e recebida a sua concordância para participar no mesmo, foi combinada a realização da entrevista logo após a sessão. Neste contacto inicial, o critério de inclusão, estar o casal reunido, foi o mais difícil de concretizar, pelo que várias mães não puderam ser selecionadas por esse motivo.

6.3.1 - Caracterização dos casais participantes

Resultante da saturação da informação obtida a partir das entrevistas, a amostra intencional ficou constituída por dez (10) casais participantes. Em termos da sua caracterização observou-se que os dez casais participantes apresentam idades gestacionais entre as 34 e as 39 semanas (Fig. 1), tendo as mães idades compreendidas entre os 31 e os 41 anos e os pais entre os 31 e os 44 anos.

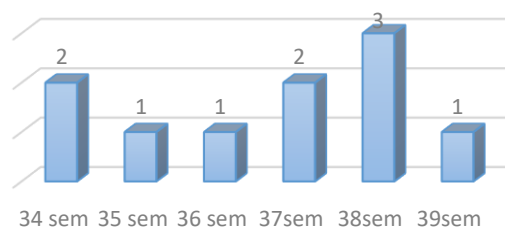


Figura 1 - Idade gestacional das participantes

Oito casais são casados e dois vivem em união de facto e oito mães são primíparas e vivem só com o companheiro e duas mães são múltíparas, com um parto anterior, e vivem com o companheiro e o seu primeiro filho (Fig. 2).



Figura 2 - Paridade e agregado familiar das participantes

Relativamente às habilitações académicas três mães têm o ensino secundário, quatro a licenciatura, uma o mestrado e duas o doutoramento. Quatro pais têm o ensino secundário, cinco a licenciatura e um o doutoramento (Fig. 3).

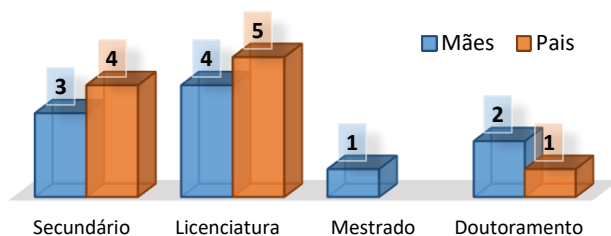


Figura 3 - Habilitações académicas dos participantes

Em relação ao estado ocupacional, oito mães estão empregadas, uma está desempregada e uma é estudante e todos os pais estão empregados (Fig.4).

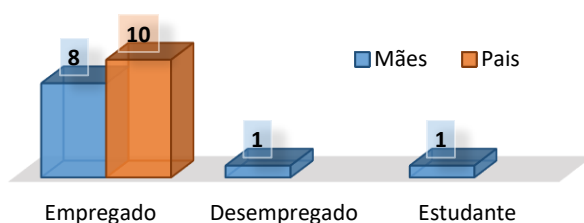


Figura 4 - Estado ocupacional dos participantes

6.4 - PROCESSO DE RECOLHA DE DADOS

Tendo em conta os objetivos da investigação, a entrevista semiestruturada foi o instrumento de recolha de dados selecionado, uma vez que constitui uma excelente fonte de dados pois permite entrar no mundo da outra pessoa, onde o investigador, através do desenvolvimento de uma relação empática e mostrando um interesse profundo pela sua história, ajuda os participantes a descreverem as suas experiências vividas, fazendo uso da reflexão, da clarificação, do pedido de exemplos e descrições, seguindo o seu raciocínio, mas sem liderar a conversa (Fortin, 2009; Loureiro, 2006; Streubert & Carpenter, 2013). A este respeito foi interessante a empatia desenvolvida entre os casais e a investigadora, havendo por parte de alguns casais a iniciativa *a posteriori* de contactar a investigadora por *email* para dar o feedback da sua experiência e mostrar orgulhosamente fotografias dos seus bebés.

Após a seleção do método de recolha de dados, procedemos à elaboração de um guião de entrevista (Apêndice I), onde constam os assuntos a explorar que contemplam o conjunto de questões com as quais pretendemos compreender a expectativa destes casais relativamente ao PP, num momento em que vivenciam as últimas semanas de gravidez e antecipam a sua experiência de TP.

A construção do guião da entrevista resultou da experiência clínica da investigadora enquanto enfermeira EESMO que acompanha os casais num PPP e também suportado por alguns artigos de Lothian e de DeBaets (Lothian, 2006; DeBaets, 2017), sendo que procurámos realizar um guião de entrevista com questões suficientemente amplas onde as eventuais crenças e preconceitos da investigadora, não transparecessem e influenciassem o estudo. A entrevista é constituída por dois blocos de questões: um para a caracterização sociodemográfica e obstétrica dos participantes e um outro, constituído por vinte questões, agrupadas em seis domínios principais: valores/significados atribuídos ao parto; ambiente; medidas de conforto; recetividade às intervenções durante o trabalho de parto; contacto precoce com o bebé; conhecimento e valor atribuído ao plano de parto. Destas vinte questões, quinze foram dirigidas ao casal, três foram dirigidas à mãe e duas ao pai, sendo que, de um modo geral, o casal foi muito participativo em todas as questões, inclusive nas que não lhe eram à partida dirigidas. Na elaboração do guião foi também considerada a ordem como se colocaram as questões, procurando-se numa primeira fase conhecer o processo de pensamento e envolvimento dos casais no seu processo de TP para depois poder compreender o seu conhecimento e valor atribuído ao PP. A professora orientadora da investigação procedeu à validação do guião da entrevista, relativamente à objetividade da linguagem, à compreensão das questões e à sua coerência face ao objetivo traçado. Com o mesmo propósito e também para o treino de competências relativas à técnica da entrevista, procedeu-se à realização de uma entrevista exploratória a um casal que reunia as condições necessárias para integrar o estudo. No geral, o guião da entrevista respondeu aos objetivos propostos.

Durante a condução da entrevista procurámos ter sempre o cuidado de nos dirigirmos aos participantes pelos seus nomes próprios, colocando as questões para o casal indefinidamente, quando a questão se destinava ao casal, ou diretamente para um dos participantes, sendo que por vezes houve necessidade de questionar diretamente um dos participantes sempre que não tomava a iniciativa, após a resposta inicial do companheiro.

Foram realizadas pela investigadora 10 entrevistas entre janeiro e março de 2018. A duração das entrevistas variou entre os 33 e os 69 minutos, sendo a média de 52 minutos. Sendo a investigadora também enfermeira que integra o grupo responsável pelo programa de preparação para o parto e parentalidade e, que por isso, contacta com os casais, houve a preocupação de estar ausente do referido programa durante o período em que decorreram as entrevistas ou, nessa impossibilidade, selecionar casais com os quais não contactou diretamente nas sessões práticas, no sentido de não confundir os papéis de profissional e investigadora e, assim, não influenciar as respostas dos participantes.

Como referimos, os casais foram primeiramente abordados enquanto aguardavam pelo início da sessão prática do PPP. Reunidos os critérios de inclusão, cada casal foi convidado a participar na investigação tendo sido explicado sumariamente pela investigadora o tema da mesma e a importância da sua participação, questionando sempre o casal acerca da sua disponibilidade para ser entrevistado, após a realização da sessão prática, de forma a causar-lhe o mínimo transtorno pessoal e familiar. De forma a minimizar o tempo despendido, foi sugerido pela investigadora a realização da entrevista num dos gabinetes da consulta externa da maternidade, cujos casais aceitaram na globalidade, referindo ser um local já conhecido. Foi selecionado o gabinete de enfermagem 2, visto ser o que apresenta melhores condições de conforto e acústica e resguardado de possíveis interrupções. Note-se que as entrevistas foram todas realizadas aos sábados, dia em que a consulta externa não apresenta movimento de utentes. Foi uma preocupação constante assegurar as condições para que o casal se sentisse confortável e confiante no local selecionado, uma vez que o ambiente em que uma entrevista é realizada pode influenciar o seu conteúdo, na medida em que este se sentirá mais à vontade para revelar a informação que se procura (Britten, 2005).

No final da sessão prática do PPP a investigadora, conforme combinado, aguardava já pelo casal, encaminhando-o para o local da entrevista que se encontrava previamente preparado. No início da entrevista formalizámos o pedido de colaboração dos casais, através da entrega do documento formal do Consentimento Informado (Apêndice II) e sua leitura pelos casais, o qual foi assinado conjuntamente pela investigadora, pela grávida e pelo seu companheiro. Depois de colhidos os dados sociodemográficos e obstétricos do casal, iniciámos a entrevista, gravada com gravador áudio. Durante a entrevista não houve a preocupação com a duração da mesma, uma vez que pretendemos promover a total liberdade e espontaneidade dos participantes de forma a desenvolver

uma atmosfera facilitadora entre a investigadora e os participantes. Consideramos que o facto de estar o casal reunido foi uma mais valia, sentindo-se ambos muito mais à vontade pois, apesar da investigadora estar presente, criou-se na maioria dos casos, um ambiente de cumplicidade entre o casal onde se verificou uma conversa interessada entre ambos, muitos olhares entre si, sentido de humor, rindo-se um com o outro, mas também momentos muito emotivos, inclusive com lágrimas.

Durante o decurso da entrevista houve necessidade de colocar outras questões que não faziam parte do guião, com o objetivo de clarificar ideias ou sentimentos, por vezes repetir parcialmente as respostas ou reformular as questões, no sentido de aprofundar a resposta do participante. Na maioria das entrevistas foi evidente o crescente interesse e valorização dos participantes pela temática discutida, sendo que a maioria dos participantes foi fazendo questões para esclarecimento de dúvidas, que iam surgindo a partir do diálogo estabelecido. Este aspeto gerou alguma surpresa inicial na condução da entrevista, sendo que se optou por responder à questão de imediato, no caso de se tratar de uma resposta muito simples, ou se combinou esclarecer todas as dúvidas no final da entrevista, o que foi sempre cumprido. A entrevista ficou concluída quando os participantes expressaram que não tinham mais nada a acrescentar ao que haviam relatado. Ainda no decorrer da mesma, a investigadora foi tomando pequenas notas de campo de expressões ou emoções dos participantes, de forma a salvaguardar que ficassem bem explícitas na transcrição da entrevista.

O processo de análise dos dados iniciou-se logo após a sua recolha e foi decorrendo sempre em simultâneo, aspeto fundamental para determinar o momento de saturação dos dados, aquele momento em que os dados deixam de trazer aspetos novos à investigação, o que considerámos ter atingido com a concretização de 10 entrevistas.

Após a realização de cada entrevista houve sempre a preocupação em iniciar a sua transcrição em *verbatim* no mesmo dia em que a entrevista ocorreu, de forma a promover a memória de pormenores importantes, nomeadamente o registo de observações sobre a comunicação não verbal e assim preservar ao máximo o conteúdo da narrativa gerada e poder realizar uma análise o mais fiável e objetiva possível. A transcrição das entrevistas foi integralmente realizada pela investigadora e procedeu-se com o registo integral dos conteúdos expressos, incluindo tempos de pausa, expressão de sentimentos e olhares entre o casal. Nenhuma expressão dos participantes foi alterada ou corrigida no momento da transcrição pela investigadora. O facto de a entrevista ser dirigida ao casal constituiu um

aspecto dificultador da audição e transcrição, uma vez que por vezes o casal falou em simultâneo e se interrompeu mutuamente, embora este aspeto tenha sido minimizado pela proximidade do momento da entrevista e da sua transcrição. Obteve-se um total de 76 páginas de discurso produzido pelos participantes, num total de cerca de 42000 palavras.

Após cada transcrição foi realizada a sua leitura em simultâneo com a audição da gravação áudio, de forma a confrontar o que havia sido dito com o que foi transcrito. Verificou-se a necessidade de colocar inúmeros sinais de pontuação de forma a perceber corretamente os conteúdos referidos. Visto ser uma entrevista conjunta ao casal, de forma a facilitar a leitura e compreensão da resposta de cada um dos participantes optámos por colocar na transcrição as respostas da grávida com letra rosa e as do seu companheiro com letra azul.

Após esta fase, foi enviado por *email* à grávida a transcrição da sua entrevista em documento *word*, solicitando-lhe que validasse com o seu companheiro o conteúdo transcrito. Tivemos a preocupação de realizar este procedimento o mais próximo possível do momento da entrevista, até porque alguns casais apresentavam gravidezes de termo, e este pedido poder coincidir com o nascimento do bebé, o que poderia constituir um transtorno para o casal. Nove casais validaram o conteúdo transcrito e um não respondeu ao email.

6.5 - CONSIDERAÇÕES FORMAIS E ÉTICAS

A investigação deve ser conduzida no respeito dos direitos da pessoa, sendo que a ética deve ser garantida em todas as etapas da mesma, enquanto preocupação com a qualidade ética dos procedimentos e com o respeito pelos princípios estabelecidos. Entre os requisitos a considerar na avaliação ética de uma investigação incluem-se a relevância do estudo, a validade científica, a seleção da população, a relação risco-benefício, a revisão ética independente e a garantia de respeito dos direitos dos participantes em todas as fases do estudo. De acordo com as Diretrizes Éticas para a Investigação em Enfermagem emanadas pelo International Council of Nurses (ICN), seis princípios éticos devem guiar uma investigação: Beneficência, fazer o bem para o participante e para a sociedade; avaliação da maleficência, não causar dano, avaliando os riscos possíveis e previsíveis; fidelidade, estabelecendo confiança entre o investigador e o participante; justiça,

procedendo com equidade e não prestando apoio diferenciado a um grupo em detrimento de outro; veracidade, informando os participantes de todos os riscos e benefícios; confidencialidade, salvaguardando toda a informação de carácter pessoal reunida durante o estudo (Nunes, 2013).

Para garantir e salvaguardar estes princípios éticos foi pedida a apreciação do projeto na Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde – Enfermagem (UICISA-E) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC) que deu o parecer favorável n.º P425-05/2017 para a realização do estudo. Foi também solicitada a autorização à Comissão de Ética e ao Conselho de Administração da unidade hospitalar onde decorreu o estudo, o qual deu também o parecer favorável a 4 de janeiro de 2018. Não são apresentados em anexo os documentos referidos para garantir o anonimato dos participantes do estudo.

Em todo o processo de investigação procurou-se salvaguardar os direitos fundamentais dos participantes no estudo, nomeadamente o direito à informação completa sobre o mesmo, à autodeterminação, à intimidade, ao anonimato e à confidencialidade e à proteção contra o desconforto e o prejuízo. Desta forma foi lido e assinado o Consentimento Informado por todos os participantes, onde foram fornecidas previamente todas as informações sobre o contexto do estudo, os seus objetivos e o método de recolha de dados através de uma linguagem clara, de forma a permitir-lhes decidir a sua participação ou não, de forma livre e voluntária. Foi também explicada a possibilidade de interromper a sua colaboração em qualquer fase da entrevista, e da possibilidade de esclarecimento de dúvidas pela investigadora. Durante o decorrer das entrevistas procurámos respeitar sempre a extensão da informação partilhada pelos participantes, protegemos a sua identidade através da codificação das entrevistas no presente relatório e a confidencialidade de toda a informação por eles partilhada. Todo o material áudio utilizado nas gravações foi destruído após a transcrição e codificação das entrevistas.

6.6 - ANÁLISE DOS DADOS

A finalidade da análise dos dados é organizar, fornecer estrutura e extrair significado dos dados obtidos. O controle dos dados na investigação qualitativa é de natureza tipicamente reducionista uma vez que converte grandes massas de dados em segmentos menores e

mais controláveis, sendo uma análise construcionista envolvendo o agrupamento dos segmentos num padrão conceptual significativo (Polit, Beck & Hungler, 2004).

A análise de dados na investigação qualitativa começa quando a colheita de dados se inicia, uma vez que os investigadores procedem à realização das entrevistas mantendo e revendo constantemente os registos para perceber a importância de realizar outras questões ou descrever os seus dados, pelo que este ciclo de questionamento e verificação é um aspeto importante na colheita e análise de dados (Streubert & Carpenter, 2013).

Existem diversas abordagens para a análise de dados qualitativos, tendo-se nesta investigação utilizado o método de análise de conteúdo, segundo Bardin (2013). Segundo a autora, a análise de conteúdo consiste num conjunto de técnicas de análise de comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, sendo a inferência a intenção final do processo e organiza-se em três momentos cronológicos: a pré-análise; a exploração do material; e o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação. A pré-análise é a fase da organização propriamente dita e corresponde a um período de intuições com o objetivo de operacionalizar e sistematizar as ideias iniciais de forma a conduzir a um esquema preciso para o desenvolvimento das operações seguintes. A exploração do material consiste numa fase longa e fastidiosa constituída por operações de codificação, decomposição ou enumeração, em função de regras previamente formuladas. A codificação corresponde a uma transformação dos dados em bruto do texto, através do recorte, agregação e enumeração, de forma a obter uma representação do conteúdo. A maioria dos processos de análise organiza-se em redor da técnica de análise por categorias, a qual funciona por operações de desmembramento do texto em unidades, segundo reagrupamentos analógicos, ou seja, consiste numa operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e depois reagrupados segundo critérios previamente definidos. As categorias reúnem um conjunto de elementos, unidades de registo, sob um título genérico, agrupados de acordo com as características comuns desses elementos. A inferência, deduzir de maneira lógica, é o procedimento intermédio, que vem permitir a passagem explícita e controlada da primeira fase, a descrição, que consiste na enumeração das características do texto, resumida após tratamento, para a última, a interpretação, onde se concede significação a essas características. O tratamento dos resultados obtidos e a sua interpretação permite tratar os dados em bruto de forma a que estes possam ser significativos e válidos, podendo ser utilizadas operações estatísticas simples ou mais

complexas para obter quadros de resultados, diagramas, figuras e modelos que condensem e deem relevo às informações obtidas pela análise.

No decorrer do processo de categorização, procurou-se respeitar cinco princípios básicos, indicados por Bardin (2013) face às unidades de significação, nomeadamente: a homogeneidade, em que uma categoria tem que conter em si apenas um registo e uma dimensão da análise; a exaustividade, que contempla uma análise profunda e pormenorizada; a exclusividade, na qual cada unidade de significação só pode pertencer a uma categoria; a objetividade, que presume que as diferentes partes de um mesmo material, ao qual se aplica a mesma grelha, devem ser codificadas da mesma maneira mesmo quando submetidas a várias análises; a pertinência e a adequação, as quais subentendem que as unidades de significação devem estar adaptadas ao conteúdo e aos objetivos do estudo.

Na presente investigação o sistema de categorias obtido resultou da classificação analógica e progressiva dos elementos e o seu título concetual foi somente definido no final da operação. Foi utilizado o Software de Tratamento de Dados Qualitativos QRS NVivo 10 para a análise dos dados.

6.7 - CRITÉRIOS DE VALIDAÇÃO DA INVESTIGAÇÃO

A investigadora procurou garantir o rigor científico da investigação assegurando o valor e a fiabilidade dos resultados, os quais pretendem representar rigorosamente as experiências dos participantes. Os conceitos de credibilidade, confiança, confirmabilidade e transferibilidade, definidos por Guba e Lincoln (1985), referidos por Streubert e Carpenter (2013), descrevem técnicas operacionais que contribuem para a garantia do rigor na investigação qualitativa.

A credibilidade inclui atividades que aumentam a possibilidade de produzir resultados credíveis, ou seja, pretende-se garantir que os dados apresentados pelo investigador correspondem com precisão, à descrição dos participantes (Streubert & Carpenter, 2013; Loureiro, 2006). A este respeito, podemos afirmar que a investigadora estabeleceu de facto um contacto prolongado com o assunto em estudo, através da pesquisa prévia efetuada, da sua experiência clínica enquanto enfermeira EESMO que integra o PPP, cujas temáticas são habitualmente discutidas com os casais, e em todo o processo de realização das entrevistas, da tomada de notas de campo, da atenção durante a realização

da mesma, de forma a assegurar que os participantes compreendiam as questões e respondiam ao que era esperado, da sua audição e transcrição imediatas e nas suas muitas leituras. Outra forma de promover a credibilidade, foi após a transcrição em *verbatim* das entrevistas, solicitar aos participantes que verificassem se os relatos correspondiam de facto aos seus valores, opiniões e experiências e caso necessário proceder às devidas alterações. Foi ainda realizada a triangulação, uma vez que a professora orientadora acompanhou todo o processo de análise.

A confiança de um estudo de investigação é atingida quando os investigadores determinam a credibilidade dos resultados, uma vez que não pode existir confiança sem credibilidade. A confirmabilidade assegura que os resultados de um estudo são efetivamente o produto do foco da investigação, e não uma interpretação arbitrária e enviesada do investigador. Este critério pode ser facilitado por um processo de auditoria de forma a que outro investigador possa seguir o mesmo percurso, confirmando os processos de evidência e pensamento que conduzem às conclusões (Loureiro, 2006; Streubert & Carpenter, 2013). A professora orientadora fez o acompanhamento de todo o processo, verificando as entrevistas em áudio, as transcrições em *verbatim*, as notas de campo e o processo de codificação preliminar até à estrutura final dos resultados, assegurando a confiança e a confirmabilidade do estudo.

Por último, a transferibilidade refere-se à probabilidade de os resultados do estudo terem significado para outros contextos semelhantes. Apesar da transferibilidade dos resultados não poder ser especificada pelo investigador, este fornece informações que poderão ser usadas pelo leitor do estudo, o qual poderá então verificar se os resultados se aplicam a uma nova situação, ou seja, a determinação da transferibilidade é dos potenciais utilizadores dos resultados e não do investigador. No entanto, a sintonia e concordância da maioria das categorias e subcategorias identificadas neste estudo com evidências de outros estudos já publicados, permitem compreender a transferibilidade dos resultados desses estudos para o nosso estudo e vice-versa. Além disso, neste estudo a riqueza das descrições constitui uma estratégia valiosa para aumentar a transferibilidade as quais são adequadas ao tema descrito e utilizam linguagem do participante, transmitindo ao leitor a base para entender a forma como os dados foram interpretados e apresentados pelo investigador. Apresentamos também uma representação esquemática dos resultados com uma organização estrutural dos elementos essenciais de forma a facilitar a sua compreensão (Loureiro, 2006; Streubert & Carpenter, 2013).

CAPÍTULO III – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

7 - APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo procedemos à apresentação dos resultados conforme foram interpretados e organizados em domínios, categorias e subcategorias de nível um, dois e três. Descrevemos os resultados, com os excertos do discurso dos participantes, referindo-se a mãe (M) e o pai (P), seguidos do respetivo número da entrevista. Apresentamos também, as figuras dos diagramas realizados e que condensam e dão relevo aos resultados obtidos pela análise, de forma a mapear o discurso apresentado.

Da análise do discurso dos participantes emergiram, quer na mãe, quer no pai, dois domínios principais: o Envolvimento/Planeamento do Nascimento e a Tomada de Decisão sobre o Plano de Parto.

O envolvimento significa a participação ativa em determinado projeto ou a ligação afetiva a algo, e o planeamento a determinação dos objetivos e dos meios para os atingir (Dicionário Infopédia da Língua Portuguesa, 2018). Assim, o primeiro domínio representa a forma como a mãe e o pai encaram o momento de nascimento, tomando consciência dos seus valores pessoais, necessidades e preocupações relacionadas com o processo, ou seja, clarifica o que é realmente importante para eles, quais os seus desejos e expetativas.

Do discurso dos casais dentro do domínio Envolvimento/Planeamento do Nascimento emergiram quatro categorias: Experiência de Nascimento, Ambiente e Conforto, Empoderamento nas Intervenções e Primeiro Contacto com o Bebê.

Na categoria Experiência de Nascimento sobressaíram duas subcategorias de nível um, comuns ao casal: Medos e Preocupações e Valores e Princípios Fundamentais.

Na categoria Ambiente e Conforto sobressaíram três subcategorias de nível um, sendo duas delas exclusivas da mãe: Acompanhante Escolhido para o momento do TP e Expectativas sobre o Acompanhante Escolhido e uma, comum ao casal: Recursos e Estratégias para Suporte e Conforto durante o TP.

Na categoria Empoderamento nas Intervenções sobressaíram três subcategorias de nível um: a primeira representa os Recursos Cognitivos e Afetivos que os participantes demonstram para a sua tomada de decisão relativamente à assistência prestada pelos profissionais de saúde durante o TP. A segunda e terceira subcategorias de nível um emergentes, de forma mais expressiva pelas mães, representam as Intervenções e Comportamentos manifestamente Desejados e Não Desejados pelos participantes durante o seu TP, sendo esta última exclusiva das mães.

Na categoria Primeiro Contacto com o Bebê sobressaíram três subcategorias de nível um comuns ao casal e relacionadas com as Expectativas manifestadas no domínio do Comportamento e no domínio da Afetividade, imediatamente após o nascimento e, ainda, Sem Expectativas.

Do domínio Tomada de Decisão sobre o Plano de Parto emergiram duas categorias comuns ao casal e que representam o Conhecimento sobre o Conceito de PP e o Valor Atribuído ao mesmo. Da categoria, Conhecimento sobre o Conceito de PP, emergiram as subcategorias de nível um, Conhece e Desconhece, ambas comuns ao casal. Da categoria, Valor Atribuído ao PP, emergiram três subcategorias de nível um, também comuns ao casal: Recursos para a Tomada de Decisão, Vantagens do PP e Desvantagens do PP.

Estes resultados gerais apresentam-se esquematizados na figura 5 para uma mais fácil compreensão.

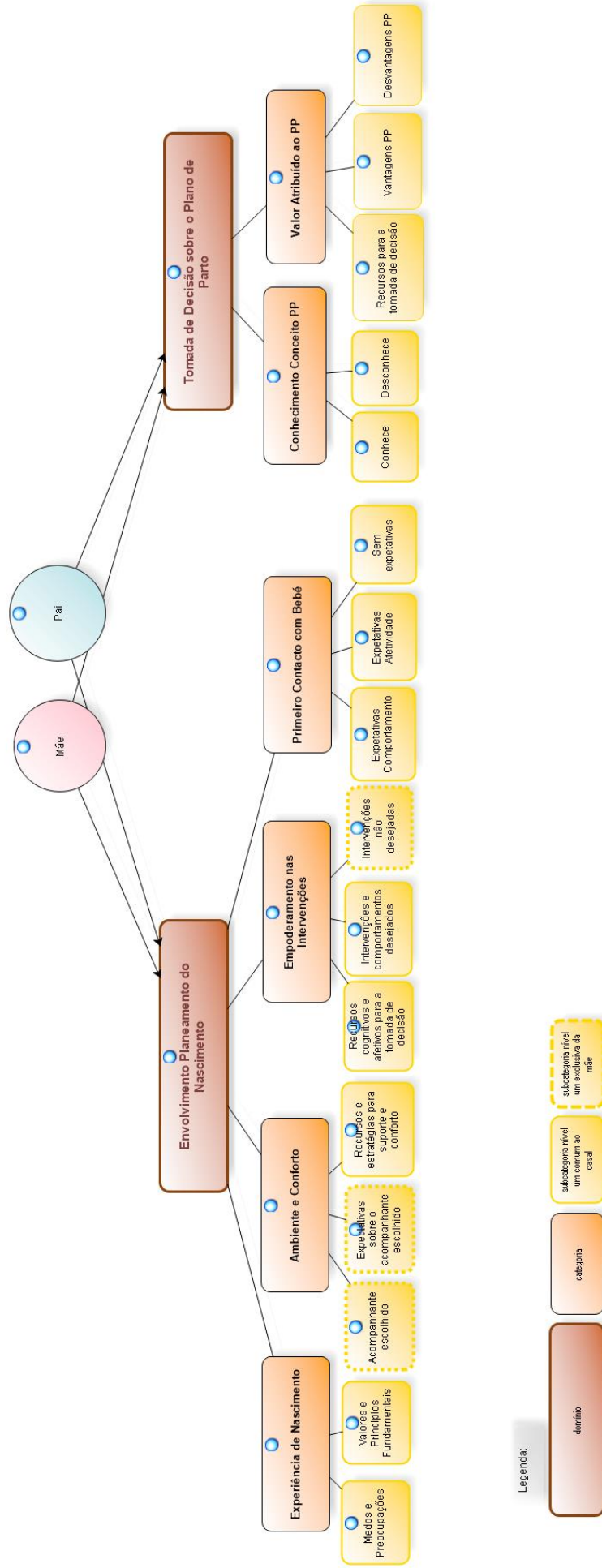


Figura 5 - Visão esquemática geral dos resultados: em termos de domínios, categorias e subcategorias de nível um

7.1 - ENVOLVIMENTO/PLANEAMENTO DO NASCIMENTO

Como referimos, do Envolvimento/Planeamento do Nascimento emergiram quatro categorias: Experiência de Nascimento, Ambiente e Conforto, Empoderamento nas Intervenções e Primeiro Contacto com o Bebê. Apresentamos de seguida, com mais pormenor, os resultados relativos a cada categoria emergente deste domínio.

7.1.1 - Experiência de Nascimento

Da análise do discurso dos participantes na categoria Experiência de Nascimento sobressaíram duas subcategorias de nível um, comuns ao casal: Medos e Preocupações e Valores e Princípios Fundamentais, como anteriormente referido (Fig. 6).

Relativamente aos Medos e Preocupações sentidas, quer a mãe, quer o pai apontam a Imprevisibilidade associada ao parto, e as eventuais Complicações que possam surgir, sendo este aspeto referido por 5 mães (E1,E4,E5,E9,E10) e 5 pais (E1,E2,E4,E8,E10).

“é um momento em que estão a acontecer imensas coisas ao mesmo tempo, não é... fisiologicamente e cria-se sempre aquela expectativa de saber se todos os passinhos vão ser dados corretamente e se o bebé vais nascer bem, acho que essa é a grande expectativa e o sentimento... se no final corre tudo bem... Se não há um cordão umbilical que vem e que faz mal ao bebé ...se no final não há uma placenta que fica agarrada e que não saia (risos...) esse tipo de coisas que podem acontecer...” (ME1).

“tem-se sempre receio de alguma coisa que possa acontecer, não é, que não se controla...” (PE1).

A existência de Dor associada e o não conhecimento da sua intensidade também é referida por 5 mães (E1,E4,E8,E9,E10) e 4 pais (E4,E7,E9,E10).

“é só a preocupação não é, de ser algo desconhecido (risos) a primeira vez, a preocupação de não saber a intensidade da dor, que vou sentir, não é” (ME4)

“sim penso bastante e o medo prende-se basicamente saber que não posso tirar a dor (...) porque associo muito à dor, não é, associamos muito à dor, aos gritos e àquele sofrimento...” (PE9).

O receio de que os Profissionais de Saúde possam Não Corresponder às suas Expectativas, é uma preocupação referida por 4 mães (E2,E4,E6,E10).

“o que é que me vai irritar mesmo muito é eu ter pedido por exemplo se correr tudo bem fazerem-me o contato pele a pele e eles não fizerem, acho que vou ficar a pensar, vou... vou sentir aquele arrancar de algo de mim e levarem para longe, acho que isso vai-me custar e vai-me custar muito se mo fizerem (risos emocionados)” (ME2).

“queremos o parto o mais natural possível e temos alguns medos que isso não seja possível dado o parto intervencionista como é hoje em dia, claro que vem ajudar, claro que é preciso, mas o receio é mais isso, a aceitação dos profissionais e o apoio que eles podem dar ao parto” (ME6).

Relativamente aos Valores e Princípios Fundamentais, verificaram-se referências que enquadrámos em quatro subcategorias de nível dois, sendo três delas comuns ao casal: Trabalho de Parto, Ambiente e Recém-Nascido. Das respostas das mães emergiu também a subcategoria de Sentimento de Responsabilidade Pessoal, no processo de nascimento.

Na subcategoria de nível dois, Trabalho de Parto, verificamos que todos os casais participantes, tanto as mães como os pais, consideram e valorizam o trabalho de parto como um Evento Normal e Fisiológico.

“dizem que é melhor para o bebé e para a mãe, para a relação que é estabelecida entre o bebé e a mãe, pronto é isso que eu oiço e que as pessoas têm cada vez mais essa consciência, que é mais benéfico para todos, acho eu... (...) agora, podendo escolher, vamos pela via natural e depois logo vemos como é que corre... (risos)” (ME8).
“É normal, não, acho que é normal... o trabalho de parto é uma coisa natural, acho que sim... (...) faz parte da vida, as pessoas nasceram com esse dom, é um dom... há que usar (risos, a apontar para a mãe)” (PE8).

Verificamos que, a este respeito, 3 casais participantes, mãe e pai, estão de acordo ao desejarem ter um Parto Não Instrumentado (E6,E7,E10).

“o parto o mais natural possível” (ME6), “o parto o mais natural possível” (pai disse em simultâneo com a mãe) (PE6).
“é assim eu gostava que fosse natural (pai) e eu também... e sem (mãe) fórceps, ventosas... (pai) exatamente...” (MPE10).

Por outro lado, verificamos também que apesar de todos os participantes valorizarem o parto normal, 4 mães (E3,E5,E8,E9) e 3 pais (E1,E5,E9), afirmam ser Indiferentes ao Tipo de Parto.

“É-me indiferente (encolhe os ombros), não, não... sei que o vaginal é o mais adequado, é o melhor, mas é o que tiver que ser...” (ME3).
“pois, eu relativamente a esse ponto não tenho assim opinião... (risos), de facto a minha esposa é que vai passar a parte mais difícil, não é” (PE5).

A vontade de um trabalho de parto Rápido foi referida por 4 mães (E1,E5,E8,E9) e 5 pais participantes (E5, E6,E7,E8,E9).

“eu gostava que fosse rápido, pela expectativa e por querer ver a C. e por querer despachar-me o mais depressa possível... (...) preferia que fosse vaginal, vaginal, mas rápido... se calhar é um bocadinho incompatível (risos) temos noção que o vaginal é melhor, claro...” (ME1).
“rápido, rápido... (...) é que eu lido mal com a ansiedade” (PE9).

Finalmente, 2 pais participantes referiram ser importante que as mães suas companheiras possam passar pela experiência de TP Sem Dor (E3,E7), assim como para uma mãe que já havia passado pela experiência de um trabalho de parto anterior (E5).

“ela que não tivesse dor nenhuma” (PE7)

“um bocadinho mais curto e com analgesia total... porque eu no primeiro tive uma parte que estava analgesiada e a outra não, portanto eu senti tudo de um lado e nada do outro, foi assim uma situação um bocadinho esquisita, mas pronto passou-se bem, mas agora se pudesse ser...” (ME5).

Relativamente ao Ambiente observaram-se cinco subcategorias de nível três, sendo três comuns ao casal (Presença do Pai, a Qualidade da Relação estabelecida com os profissionais de saúde e a Privacidade) e as outras duas, uma exclusiva da mãe (Ambiente Tranquilo) e a outra exclusiva do pai (Ambiente Descontraído).

A Presença do Pai é valorizada em todo o processo do TP por 8 mães (E1,E2,E4,E5,E6,E7,E8,E10) e 8 pais (E1,E2,E4,E5,E6,E7,E8,E9).

“se ele lá estivesse já é bom, a presença física já é bom... quanto mais, não sei, em vez de segurar a cadeira, apertou-lhe a mão (risos) (...) havendo a possibilidade dele agora estar bastante melhor e assistir, já será bom, pelo menos faz companhia” (ME8).

“lá está, como dizem o casal está grávido... e é verdade, porque o pai acompanha nestas sessões e tem também o conhecimento do que é que se vai passar e tal... acho que é importante e fundamental prestar o apoio...” (PE7).

A Qualidade da Relação estabelecida durante o TP com os profissionais de saúde foi um aspeto valorizado por 2 mães (E4,E6) e 3 pais (E4,E5,E8). Salientamos que este foi um aspeto muito valorizado pela mãe (ME6), havendo varias referências ao longo da sua entrevista.

“para mim é muito importante o apoio não só dele, como dos profissionais, as palavras, eu já sou muito sensível e então já sei que nesse momento ainda vou ser mais... (...) a mulher até pode chegar muito calma... a influência que os próprios enfermeiros ou a equipa possa dizer, que depois pode influenciar e atrasar as coisas (...) a epidural sempre deixei para o momento porque eu não sei como é que vai ser a minha tolerância à dor e isso, também já ouvi comentários “olha vem para aqui a dizer que não quer epidural mas depois não aguenta como as outras todas” e isso também são coisas tristes de ouvir, espero que não aconteça, espero que se eu precisar que seja feita... espero que sim, porque são dores que eu nunca tive... (...) a minha confiança com os profissionais, oxalá eles estejam num dia sim, porque todos temos dias sim e dias não, não quero que eles sejam perfeitos, mas oxalá que calhe num bom dia deles... e eu gosto muito de rir e se eles tiverem bom sentido de humor isso também vai ajudar” (ME6.)

“Nós ainda estamos a ponderar, embora já com menos probabilidade, de ter o parto no privado... nós estamos dispostos a pagar alguns milhares de euros para garantir que não somos tratados, que não nos acontece esses dez por cento de probabilidade de sermos maltratados... desde ser desagradável, porque não está a dar de mamar como deve ser ao bebé, como é que é possível, esse tipo de situação, ser mais brusco... verbalmente, sim, sim (...) no privado nós achamos, com toda a certeza, que isso jamais vai acontecer pela necessidade de ter lá os pacientes e tratá-los bem, para eles darem boas informações, aqui não há tanta essa necessidade e isso pode não acontecer com todos os profissionais” (PE4).

Um ambiente em que se assegure a Privacidade do casal foi valorizado por 3 mães (E5,E7,E10) e 1 pai (E4):

“de preferência não ter lá muitos estagiários e não ter a sala muito cheia... eu mesmo quando estou noutras situações de dor ou assim, gosto que as pessoas estejam ao pé de mim, mas se me sentir afrontada, sinto-me ali um bocado... destabilizo com falta de ar...” (ME10).

“...não tem a ver só com o que é que relaxa, mas da entrada e saída da sala de partos, depois imagino que entrava qualquer pessoa que nós não conhecemos, aquelas 3 ou 4 pessoas que imagino que vão estar envolvidas naquilo, o abrir a porta escancarada para um lado, depois passa muita gente, também é muito desagradável isso...” (PE4).

Para além da Privacidade, a Tranquilidade foi também valorizada por 5 mães participantes (E4,E6,E7,E8,E10). Por sua vez, 2 pais participantes valorizaram um ambiente Descontraído (E5,E10):

“para nós é importante termos pessoas calmas e tranquilas e, às vezes, não é fácil também para quem está, como nós, não é, para mim essa parte é muito importante (...) realmente é só tranquilidade e que seja feito sem pressas e com calma...” (ME4).

“eu devo dizer que o facto de existir um ambiente descontraído na sala de parto, dentro de toda a responsabilidade inerente, obviamente, aquilo não é uma festa nem pode ser encarada como tal, acaba por ajudar toda a gente, não é” (PE5).

Relativamente à subcategoria de nível dois, Recém-Nascido, das respostas dos participantes emergiram três subcategorias de nível três que demonstram a valorização de alguns aspetos relacionados com o recém-nascido. Assim, 5 pais reforçaram a importância de que no final do processo de nascimento, tanto a mãe como o bebé se apresentem Saudáveis (E1,E3,E6,E7,E10):

“é correr tudo bem... é vê-lo cá fora, ouvi-lo chorar (risos) e que esteja tudo bem com ele e com a mãe, da minha parte...” (PE3).

Para um dos casais participantes (MPE6) não cortar o cordão umbilical imediatamente após o nascimento, ou seja, o Clampe Tardio do Cordão, constitui também um aspeto muito valorizado:

“uma coisa que gostávamos era que pudesse ficar com o cordão umbilical um minuto (...) porque já nem fazemos a criopreservação no privado de células estaminais porque para isso também tinha que ser logo cortado e nós gostávamos... porque sabemos que é importante para a criança receber o máximo de sangue, então é uma coisa que, oxalá, não seja logo cortado... (...) lá está o cordão umbilical... ver se podemos pedir... (pai) o máximo de tempo possível, não é” (MPE6)

Para a mãe (ME6) ser-lhe ainda dada a Possibilidade de Cortar o Cordão Umbilical do seu bebé e ter a colaboração dos profissionais de saúde para o Decalque da Imagem da Placenta, constitui também um aspeto que valoriza na experiência de nascimento (E6):

“à partida ele não quer cortar, portanto, eu se tiver energia vou querer cortar, se conseguir é uma coisa que imagino fazer... também gostava de fazer outra coisa com a placenta, fazer um quadro, fazer um desenho, não sei se já viu isso... a marca também gostava de fazer, por acaso já tenho a folha na mala do parto, agora se vai ser permitido ou não, naquela correria, na azáfama, não sei... pronto, isto estávamos a falar do imaginário, não é...” (ME6).

O Sentimento de Responsabilidade Pessoal no processo de nascimento, constituiu uma subcategoria de nível dois que emergiu, como referimos, exclusivamente dos relatos das mães participantes. Este sentimento assenta na responsabilidade no Autocontrolo durante o trabalho de parto (E2,E4,E6,E7,E8,E10), no Envolvimento na Tomada de Decisão (E6,E7,E10) e na Preparação Física e Psicológica prévia (E6).

“consequirmos colaborar a par convosco, sei lá... sim, controlar, sim sem dúvida, conseguirmos controlar a emoções primeiro que mais nada para conseguirmos ajudar na libertação do bebé, e acho que essa parte vai ser muito complicada...” (ME2). “...de alguma maneira, conseguir aceitar aquelas dores... ah.. e depois que demore o tempo que demorar... desde que...oxalá que eu tenha sempre energia ou que a vá buscar...” (ME6).

“eu acho que nós temos que mostrar a nossa vontade também... termos uma voz ativa e dizer, ok, se for possível gostaria que fosse assim...” (ME7).

“neste momento temos todas as condições, acho que o bebé já está em posterior, de cabeça para baixo (...) fiz muito desporto até agora, toda a gravidez fiz para preparar o corpo, portanto acho que a nível de preparação, uma gravidez mesmo muito calma, acho que melhor não podia ter feito...” (ME6).

Constatamos ainda, a este respeito, a importância atribuída por 3 mães participantes (E2,E6,E8) à sua capacidade de Participação Ativa no Nascimento do seu filho.

“acho que toda a gente sonha com um parto normal e não como uma cesariana e, portanto, esse é o meu medo número um, é não conseguir fazer um parto normal, não ter aquela força, aquela vontade, não conseguir expulsá-lo, de resto...eh pá se todas as outras conseguem eu também vou conseguir (risos) (...) Sim, eu pelo menos... eu vou fazer todos os possíveis para ajudar a nascer...” (ME2).

Por último, uma das mães participantes (ME3) não tem expectativas definidas relativamente à experiência de nascimento, nomeadamente valores ou princípios relacionados com a mesma:

“não penso muito nisso... é verdade, não penso muito nisso (...) portanto não estou assim... não penso muito no assunto... penso, mas não penso muito e não, não crio assim grandes expectativas sobre o momento, é o que tiver que ser” (ME3).

De seguida, iremos ilustrar na figura 6 os resultados relativos à análise do discurso da mãe e do pai, relativos à categoria Experiência de Nascimento.

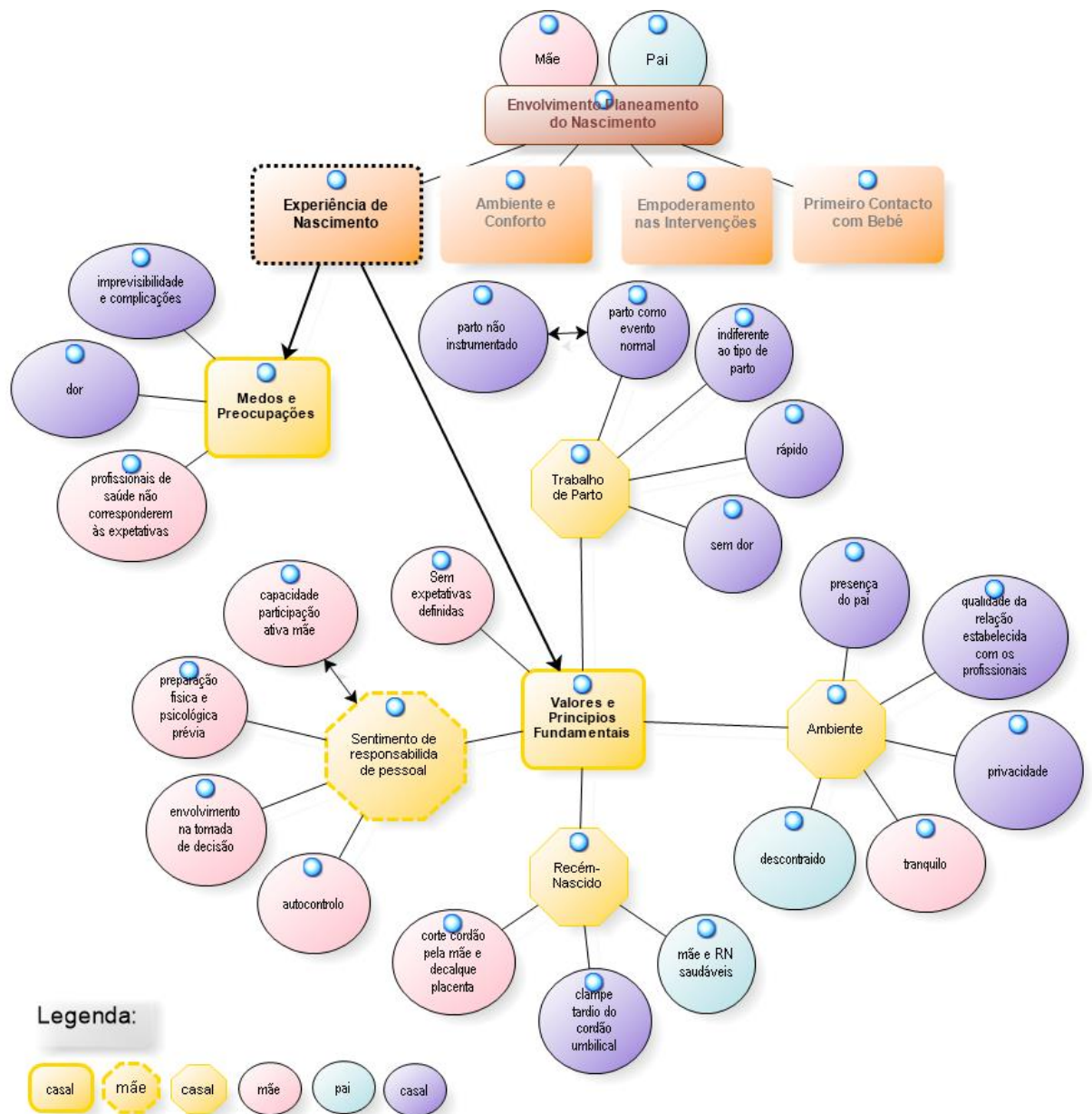


Figura 6 - Visão esquemática dos resultados da análise do discurso da mãe e do pai relativos à Experiência de Nascimento

7.1.2 - Ambiente e Conforto

Ainda no domínio Envolvimento/Planeamento do Nascimento, avançamos para a segunda categoria emergente, Ambiente e Conforto de onde sobressaíram três subcategorias de nível um, sendo duas delas exclusivas da mãe, Acompanhante Escolhido para o TP e Expectativas sobre o Acompanhante Escolhido. A terceira subcategoria, Recursos e Estratégias para o Suporte e Conforto da mãe, é comum ao casal e distribui-

se em três subcategorias de nível dois: estratégias promotoras da Confiança e Segurança, estratégias para o Alívio da Dor em TP e Percepção do Pai sobre Si, sendo esta última subcategoria exclusiva do pai e que representa a percepção que o pai tem de si mesmo, enquanto elemento de suporte da mãe durante o TP (Fig. 7).

Relativamente à subcategoria de nível um, Acompanhante Escolhido, todas as mães participantes referiram considerar o Pai do seu Bebê como o melhor acompanhante para si durante o TP. Uma das mães (E3) referiu também a presença da Avó Paterna do seu bebê que, sendo profissional de saúde aposentada, irá constituir uma ajuda no processo *“ela vai estar presente, ela vai estar presente (pai) pois já esteve na nossa sobrinha e dá algum conforto...” (MPE3)*.

Em relação à subcategoria de nível um, Expectativas sobre o Acompanhante Escolhido, emergiram quatro subcategorias de nível dois. Constatámos que as mães participantes desejam que o pai, enquanto acompanhante, lhe Relembre Estratégias Aprendidas no programa de preparação para o parto (PPP), Promova a sua Tranquilidade e Reforce Positivamente as suas Habilidades de autoeficácia durante o TP. Assim, 5 mães (E1,E2,E5,E7,E10) valorizaram a ajuda do pai para as ajudar a Recordar as Estratégias Aprendidas no PPP para melhor gerir o desconforto do TP, nomeadamente a respiração adequada durante a contração. Contribuir para a Tranquilidade da mãe durante o TP foi um aspeto valorizado por 4 mães participantes (E3,E4,E6,E7) e também Reforçar Positivamente as Habilidades da mãe no sentido de promover a sua autoeficácia no TP, referido por 3 mães (E6,E7,E9).

“consiga-me ajudar a lembrar se eu bloquear, um bocado a partes das respirações ou que me lembre... olha, queres que peça uma bola ou vamos andar um bocadinho no corredor, pronto que me ajude a lembrar, porque eu, se calhar com dores, há coisas que eu posso não me lembrar...” (ME10).

“eu gostava que ele me ajudasse a manter-me calma e que me fosse incentivando, ou me fosse acalmando nos momentos certos...” (ME7)

“que ele tenha paciência comigo (risos) bem-disposto, assim otimista e a apoiar e a dar-me força, mesmo que eu esteja a dizer que a culpa é dele e essas coisas (ri às gargalhadas), segundo dizem que às vezes as mulheres dizem cada coisa na dor... portanto, espero que ele tenha paciência para isso e me apoie e diga que eu consigo” (ME6).

Na expressão destas expectativas sobre o pai, emergiu a quarta subcategoria de nível dois, Percepção da Mãe sobre o Pai, onde constatámos que 5 mães participantes (E1,E2,E5,E6,E8) verbalizaram uma Confiança Expressa nas Habilidades dos seus companheiros, e as outras 5 (E3,E4,E7,E9,E10) manifestaram alguma Desconfiança na

capacidade do pai Concretizar estas Habilidades esperadas, enquanto elemento de suporte ativo da mãe durante o TP.

“...ele então acaba por me tranquilizar nisso e, portanto, acho que sim, não tenho quem me possa valer nessa altura a não ser ele, porque ele já consegue perceber onde é que eu estou aflita, conhece os meus pontos fracos... e acho que me vai ajudar nisto (risos) (...) ele conhece-me...” (ME2)

“se ele não atrapalhar é perfeito... (risos) não, porque... porque ele diz: ai, não sei o que é que eu vou fazer, e eu digo, olha se é para isso evitas de lá estar, se é para isso não vale a pena (risos)... pois, acho que é mesmo a questão de ele gerir as expectativas dele, para também me ajudar a gerir as minhas, não é... isto não deve ser muito fácil de gerir e estar a tentar... gerir-me a mim e controlar-me a mim e a ansiedade dele... (risos) não, não dá... ele que esteja sereno, calminho...” (ME9).

Relativamente à subcategoria de nível um, Recursos e Estratégias para Suporte e Conforto da mãe durante o TP, emergiram três subcategorias de nível dois: Confiança e Segurança, estratégias para Alívio da Dor em TP e Perceção do Pai sobre Si.

Na subcategoria de nível dois, Confiança e Segurança, emergiram quatro subcategorias de nível três, três comuns ao casal e uma exclusiva do pai. A Presença do Pai durante o TP, isto é, a mãe desejar a companhia do pai, e o pai desejar poder acompanhar a mãe, constituiu um recurso importante e referido por 8 mães (E1,E2,E4,E5,E6,E7,E8,E10) e 7 pais (E2,E3,E4,E5,E8,E9,E10).

“conhecendo-me a mim própria, a estratégia que eu vou adotar na altura é tentar olhar para ele e tentar-me acalmar, porque eu sou muito choramingas e assim que eu começo (risos) a entrar em stress (risos e a limpar lágrimas) dá-me para chorar e, portanto, eu tenho que agarrar algo que realmente confio e olhar para me conseguir tranquilizar... e ele, ele vai ter que lá estar (risos)” (ME2).

“eu acho que é muito importante, sinceramente, imagino-me no lugar dela, ter lá alguém ao lado que está sempre ali e que possa ajudar, é claro que faz toda a diferença, não é, pelo menos alguém naquela sala que ela conhece, mas ela é que dirá...” (PE5).

O facto dos casais participantes sentirem que Confiam nos Profissionais de Saúde que os vão assistir no momento do seu TP constituiu também uma estratégia importante para promover a sua confiança, tendo sido apontado por 5 mães (E1,E5,E6,E9,E10) e 8 pais (E1,E3,E4,E5,E7,E8,E9,E10).

“é assim, chega o momento, nós temos mesmo que confiar que as pessoas que ali estão vão fazer tudo para que as coisas corram bem, portanto não adianta criar muitas expectativas à volta disso, eu disse-lhe no início que estava com um bocado mais medo deste parto, estou, mas depois na altura vou ter que confiar, e deixar-me levar (risos)” (ME5).

“acho que a estratégia vai ser mais até ouvir a opinião dos profissionais e tentar seguir à risca, dentro do que é possível no meio daquelas dores, tentar seguir à risca, é mais isso, é confiar nos profissionais e na opinião técnica deles” (PE4).

Os Conhecimentos e as Habilidades aprendidas no PPP foram também considerados como promotores da confiança e da segurança durante o TP por 5 mães (E1,E7,E8,E9,E10) e 8 pais (E1,E2,E4,E6,E7,E8,E9,E10), tendo estes ainda acrescentado que sentem a responsabilidade de os relembrar à mãe durante o TP.

“Ah... Eu acho que é um bocadinho ter assistido às aulas de preparação para o parto e ter bastante informação, porque se eu chegasse cá e não soubesse mesmo como é que é, acho que aí ia desesperar e perder completamente o controlo (...) com a informação prévia é melhor e, tendo isso em conta, a segurança acaba por vir por acréscimo tendo essa informação, porque a informação, neste caso, é sinónimo de segurança...” (ME1).

“o melhor que posso fazer é recordar o que aprendemos nas aulas, ser ali um farol de memória para ela, atenção quando era assim, a respiração e tal... é isso que eu imagino que eu possa conseguir fazer” (PE4).

Relativamente à subcategoria de nível três exclusiva do pai, esta relaciona-se com a importância que 9 pais (E1,E2,E3,E4,E5,E6,E7,E9,E10) atribuíram ao seu Comportamento, no sentido que este Transmita Confiança à mãe *“é tentar manter-me nesse estado, calmo e sereno e transmitir isso a ela” (PE7)*. Relacionada com esta subcategoria, destacou-se ainda uma subcategoria de nível quatro, Sentido de Humor, o qual foi referido como uma estratégia a adotar por 4 pais (E4,E6,E7,E9): *“rir é o melhor remédio, sim fazer rir... é o que eu faço melhor (risos)” (PE9)*.

Relativamente à subcategoria de nível dois, Estratégias para o Alívio da Dor em TP, emergiram oito subcategorias de nível três: três comuns ao casal, quatro exclusivas da mãe e uma exclusiva do pai.

A Música, a Massagem e a Concentração no Bebê, constituíram as três subcategorias comuns ao casal. A existência de Música foi valorizada por 8 mães (E1,E3,E4,E5,E6,E7,E9,E10) e 3 pais (E1,E6,E10).

“como eu gosto muito de música acho que era importante conseguir ouvir música (...) isso é uma coisa que ia ajudar bastante, porque eu não consigo estar num sítio sem música, associar esse momento a uma música... olha quando a C. nasceu a música que estava a tocar era x, acho que isso era engraçado... e para os meus gostos acho que isso era uma coisa que ia fazer diferença, sinceramente...” (ME1).

“também já temos a música escolhida, (risos da mãe) já está feita, está feita, está pronta... que é para criar o ambiente, agora é esperar pelos próximos dias...” (PE6).

O recurso a usufruir de uma Massagem foi referido por 5 mães (E2,E6,E7,E8,E10), assim como 5 pais (E2,E4,E6,E7,E10) também consideraram realizar a massagem às suas companheiras, com o objetivo de promover o seu conforto.

“a parte da massagem, o cafoné no cabelo, que é uma massagem, ajuda bastante a relaxar e a descontrair...” (ME10).

“estratégia em si... não sei... se ela na altura não se sentir afrontada, fazer uma massagem ou tentar ali estar com ela e ajudá-la...” (PE10).

A Concentração no Bebê que vai nascer foi também considerada uma estratégia para aliviar a dor do TP por 2 mães (E8,E9) e por 2 pais (E4,E9). Além disso, Concentrar-se na Respiração lenta e tranquila durante o período de contração, constitui também uma estratégia para 5 mães (E1,E2,E5,E7,E10).

“não sei onde é que eu vou buscar isso, porque confiança não é o meu forte, mas não sei, não faço ideia, não faço ideia, mas talvez na criança que vem aí, que vai nascer... e pensar que é mais um serzinho que vem ali e pensar na vontade que tenho de conhecer e de agarrar e de ver, talvez aí, penso que sim, será isso... (risos)” (ME8).

“se ela está ainda aflita com a dor que passou e com medo da próxima, tentar descontraí-la, falar de outras coisas, desviar a atenção para o que vem aí, que o bebé está quase a nascer que nós quisemos muito, etc. acho que é mais por aí” (PE4).

“eu acho que vai ter mesmo que ver com o controlo da respiração e tentar abstrair-me que estou com dor e que vem aí uma contração, tentar transportar-me para outro mundo” (ME5).

A Liberdade de Movimentos, a Hidroterapia, o “Estar Sossegada” e a Aromoterapia, constituíram as quatro subcategorias de nível três exclusivas das mães participantes. A possibilidade de Liberdade de Movimentos durante o TP, foi apontada por 4 mães (E2,E7,E9,E10), a Hidroterapia também por 4 mães (E6,E7,E9,E10), o “Estar Sossegada” por 3 mães (E3,E4,E8) e a Aromoterapia por 1 mãe (E6).

“talvez o caminhar e sair do sítio, não posso estar muito fechada, eu acho, acho que isso não ajuda” (ME2).

“para mim o banho sempre me relaxou muito, desde sempre... e aqui eu associo um bocadinho a isso, ou seja, a questão do banho, do calor para tentar relaxar ao máximo” (ME9).

“o conforto é só esta quietinha, eu acho... para quando vier a outra estar preparada para a receber” (ME8).

“os óleos essenciais ajudam (...) ando a ver também alguns produtos naturais que possam ajudar a tolerar melhor as dores, a homeopatia e os tais óleos essenciais” (ME6).

Por último, a subcategoria de nível três exclusiva do pai, relaciona-se com a não identificação, por este, de estratégias para o alívio da dor em TP, aspeto referido por 2 pais (E1, E3): *“neste momento não sei o que é hei-de dizer, o que é vou fazer depois... há-de ser depois consoante a situação” (PE1).*

Relativamente à subcategoria de nível dois, Perceção do Pai sobre Si, dos relatos dos pais participantes acerca dos recursos e estratégias para promover o suporte e o conforto da mãe, emergiram duas subcategorias de nível três exclusivas dos pais e que se relacionam com a perspetiva que eles têm de si próprios nesta dimensão. Assim, verificámos que 4 pais (E1,E2,E5,E6) apresentam um Sentimento de Confiança em si mesmos e 4 pais

(E4,E7,E9,E10) um Sentimento de Insegurança nas suas capacidades de suporte da mãe em TP. De salientar que os pais que manifestam confiança em si mesmos são também os mesmos, cujas companheiras manifestam confiança expressa nas suas habilidades e os pais que se sentem mais inseguros também são os mesmos, cujas companheiras manifestam alguma desconfiança na concretização do seu papel de suporte.

“é pá sei lá... olhar para ela (olha para a mãe), segurar-lhe na mão, ela vai apertar com força, eu já sei, (risos) eh pá não sei, não sei... acho que vai ser a coisa mais natural que eu possa imaginar...quando eu lá estiver eu hei-de saber o que é que eu hei-de fazer...” (PE2).

“o medo prende-se basicamente com saber que não posso tirar a dor (...) e como eu posso ajudar, não vejo assim grande utilidade, utilidade quer dizer, deixe ver se eu lhe consigo explicar, não consigo perceber a utilidade do pai na sala de partos para ajudar, na minha mente (...) parece que vai ser é atrapalhar, é o que eu vou fazer, atrapalhar em vez de ajudar... é o meu medo, se calhar vou estar lá para fazer asneiras ou para não fazer nada e ser um empecilho durante o trabalho de parto... (risos)” (PE9).

Os resultados descritos anteriormente referentes à categoria Ambiente e Conforto do domínio Envolvimento/Planeamento do Nascimento encontram-se esquematizados na figura 7.

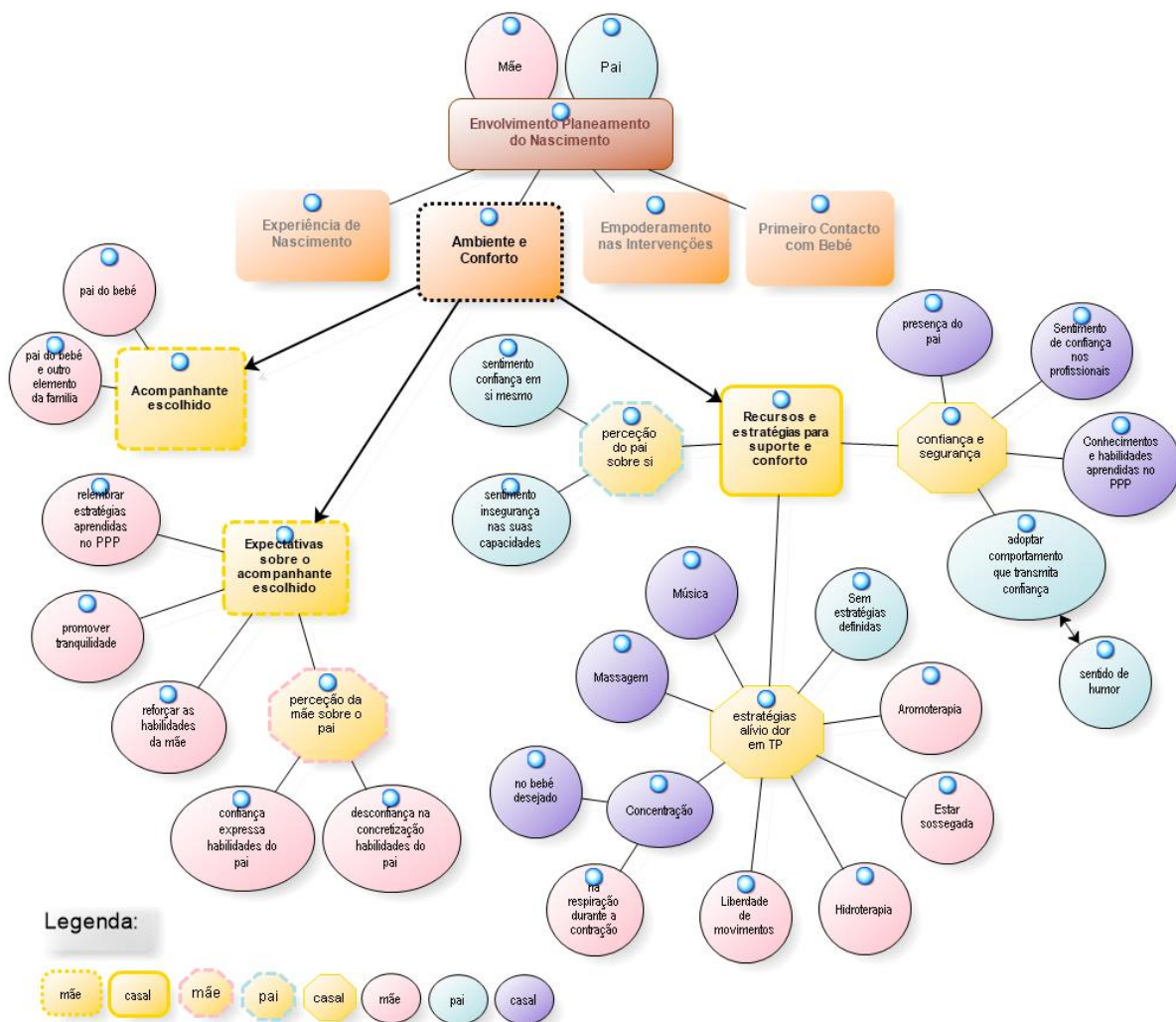


Figura 7 - Visão esquemática dos resultados da análise do discurso mãe e do pai relativos ao Ambiente e Conforto

7.1.3 - Empoderamento nas Intervenções

A terceira categoria emergente do domínio Envolvimento/Planeamento do Nascimento, relaciona-se com o Empoderamento nas Intervenções, tendo emergido três subcategorias de nível um: Recursos Cognitivos e Afetivos para a Tomada de Decisão, Intervenções e Comportamentos Desejados e Intervenções Não Desejadas, sendo esta última exclusiva da mãe (Fig. 8).

Assim, constatámos que, tanto as mães como os pais, revelaram mobilizar recursos cognitivos e afetivos para a tomada de decisão em relação à assistência ao seu TP, de onde emergiram quatro subcategorias de nível dois, duas comuns ao casal e duas

exclusivas da mãe. Neste sentido, todas as mães e 7 pais (E1,E3,E4,E6,E7,E8,E10) referiram que Confiam e Aceitam as Intervenções Propostas pelos profissionais de saúde.

“(hesita)... nós temos confiança nos profissionais de saúde que nos vão aparecer, não é, entre aspas, e sabemos que confiamos neles e que vão fazer todos os possíveis para a coisa ser o mais fácil e não vão estar a despachar serviço e fazer as coisas de uma forma mais rotineira... não sei...” (ME7).

“na minha opinião, mas isto é a minha opinião, acho que devemos estar entregues a um sítio, a uma instituição onde agente possa estar, se surgir algum problema que estejam as pessoas certas, no momento certo, que auxiliem tanto a mãe como o filho, de parto natural, mas tem que haver monitorizações, eu acho que tem que haver essas coisas todas, é o que tiver que ser, se for totalmente natural, ok, tudo bem, se tiver que ser com alguma intervenção, se tivermos que estar a ser monitorizados, se o bebé tiver que ser monitorizado, ok, tudo bem, tem que ser, é e mais nada, o que é importante é o final, que esteja tudo bem, tudo correto, tudo como deve de ser, nascer saudável, com saúde” (PE10).

No entanto, apesar deste sentimento de confiança e aceitação, 3 mães (E6,E7,E9) e 1 pai (E6) consideram que, por vezes, as Intervenções são Impostas pelos profissionais de saúde.

“eu acho que depois se calhar, não sei, posso estar muito errada, mas há aquela ideia que depois não há tanto tempo para estar à espera... da parte também dos profissionais... já é um processo tão demorado que se calhar não há tanta disponibilidade para estar ali não sei quanto tempo à espera que as coisas se deem naturalmente... talvez” (ME7).

“chegamos à conclusão que hoje em dia há muito a imposição por parte dos enfermeiros ou dos médicos, ou isso, do método a tomar ou ir logo para a cesariana ou ir logo para a epidural e não respeitando o ritmo natural das coisas ou como é que deve ser, porque se há mães que não toleram a dor e pedem logo epidural, se calhar há outras que se calhar gostavam de ter a escolha de se calhar não levar logo essa decisão ou dar-lhe mais outra oportunidade, ou fazer um bocado mais esforço ou...pronto, e sempre fomos dessa opinião de tentar ter o parto o mais natural possível, sem a imposição dos profissionais”(PE6).

Três mães (E2,E6,E7) manifestaram o Desejo de Envolvimento na Tomada de Decisão no processo de nascimento do seu bebé, e 2 mães (E1,E8) a Proteção da sua Intimidade, pelos profissionais de saúde.

“...pronto, porque é aquele profissional ou apeteceu-lhe... não é apeteceu-lhe, mas achou que devia ser assim... pois eu gostava e não sei...deve ser assim, penso eu, ser informada de tudo aquilo que se vai passar e ter opções... provavelmente, se calhar, não vai haver tanto essa opção, não vou poder opinar (...) pois aí se calhar cabe-me a mim mostrar a minha vontade e mostrar essa... (...) se calhar é uma questão que temos também que ser nós a mostrar essa vontade porque os profissionais estão habituados a fazer daquela forma, têm aquela rotina, fazem isto mil vezes, não é, e têm aquela rotina e se essa rotina não é quebrada ou a pessoa não mostra vontade que seja doutra forma, se calhar o profissional também não vai fazer...” (ME7).

“acho que nos coloca numa situação assim de alguma vulnerabilidade, sinceramente... e pronto e estarmos sempre com os toques e com as observações e essas coisas é uma das coisas que me vai destabilizar um bocadinho, mas pronto (...) acho que é uma das partes desagradáveis, acho que ainda é um bocadinho pior do que propriamente o trabalho de parto em si, essa invasão entre aspas da privacidade...” (ME1).

Ainda relativamente à categoria Empoderamento nas Intervenções tanto as mães como os pais, embora em maior número pelas mães, expressaram Desejar determinadas Intervenções e Comportamentos, subcategoria de nível um de onde emergem três subcategorias de nível dois, designadamente, o desejo de Analgesia Epidural, expresso por 5 mães (E1,E2,E4,E7,E8), a possibilidade de Hidratação Oral por 3 mães (E5,E6,E9) e 1 pai (E6) e a Liberdade de Movimentos por 2 mães (E6,E9) e 1 pai (E6).

“uma das coisas que eu quero mesmo é levar epidural porque se ela existe é para alguma coisa e acho que não há fundamento eu estar a sofrer, existindo uma coisa que nos possa ajudar” (ME2).

“acho que vai ser mais a questão da sede, a necessidade de hidratar porque o soro acaba por, nunca é a sensação de hidratar, não tem nada a ver... acho que é mais o hidratar do que propriamente o comer” (ME9).

“eu acho que poder comer gelatina é ideal, acho que é ótimo, acho que inibir uma pessoa de comer é cruel, é cruel porque para ir buscar energia, agora com gelatina e tal parece-me super ideal” (PE6).

“porque nós sabemos que quanto mais caminhar, mais mobilidade tivermos, a questão também acaba por ser acelerada” (ME9).

“mesmo para a mãe é importante que ela se possa mexer, esticar as pernas, mexer para um lado, mexer para o outro, andar a passear, ir à janela (...) no fim de contas o importante é que a mãe esteja relaxada, não é, esteja pouco tensa, se estiver sempre na mesma posição para além de ficar com os membros presos (...) 12h seguidas ali, sem saíres do mesmo sítio, não dá, uma pessoa não se pode sujeitar a isso...” (PE6).

No que respeita a Intervenções Não Desejadas, subcategoria de nível um, apenas as mães se manifestaram, emergindo três subcategorias de nível dois, sendo que 3 mães (E1,E6,E7) expressaram não desejar a Episiotomia, 3 mães (E6,E7,E10) a Instrumentação do Parto e 1 mãe (E6) a Indução do TP.

“a nível da episiotomia que é muito frequente em Portugal e não tanto como lá fora... e é uma coisa que a mim... gostava de evitar” (ME6).

“pensar que podem ter que usar ferros ou ventosa (...) é uma instrumentação... faz-me confusão, realmente... é esse um bocado o meu medo... que eu tenho um bocado de receio... que em vez das coisas poderem correr normalmente e bem, por uma decisão tomada... uma situação...” (ME7).

“pelo menos, eu estou mesmo contra é a indução, porque depois já de lá vem a cascata que não...” (ME6).

A Decisão sobre a Analgesia Epidural ser Tomada no Momento do TP foi um aspeto referido por 3 mães (E6,E9,E10) e 1 pai (E6), pelo que considerámos esta subcategoria na interceção das duas subcategorias de nível um, referidas anteriormente, uma vez que não se trata de uma intervenção desejada, nem não desejada.

“a questão da epidural a mim... faz algum sentido e não faz, por isso é que eu digo sim e não, porque eu não sei como é que é a questão da dor, ou seja, não sei como é que eu reajo à dor (...) ou seja, não coloco de parte a questão da epidural, não, porque não faz

sentido, mas não é uma coisa que eu diga... ah, sim à partida sim (...) também gostava... também de ter um bocadinho a noção da dor, porque não conheço a dor” (ME9).

“quando estamos a fazer um plano para um parto nós estamos a dizer ao profissional o que é que agente quer, e é a tal coisa, se a mãe está a dizer que quer um parto o mais natural possível, mas no futuro não imagina se vai aguentar ou não e depois na altura é que pede epidural, ou seja, se estamos a fazer um plano de parto devíamos ter a opção de dizer que sim, que não, ou que decidimos na altura... decidimos no momento... claro que nós não vamos saber se ela vai aguentar ou não...” (PE6).

Os resultados descritos referentes à categoria Empoderamento nas Intervenções do domínio Envolvimento/Planeamento do Nascimento encontram-se esquematizados na figura 8.

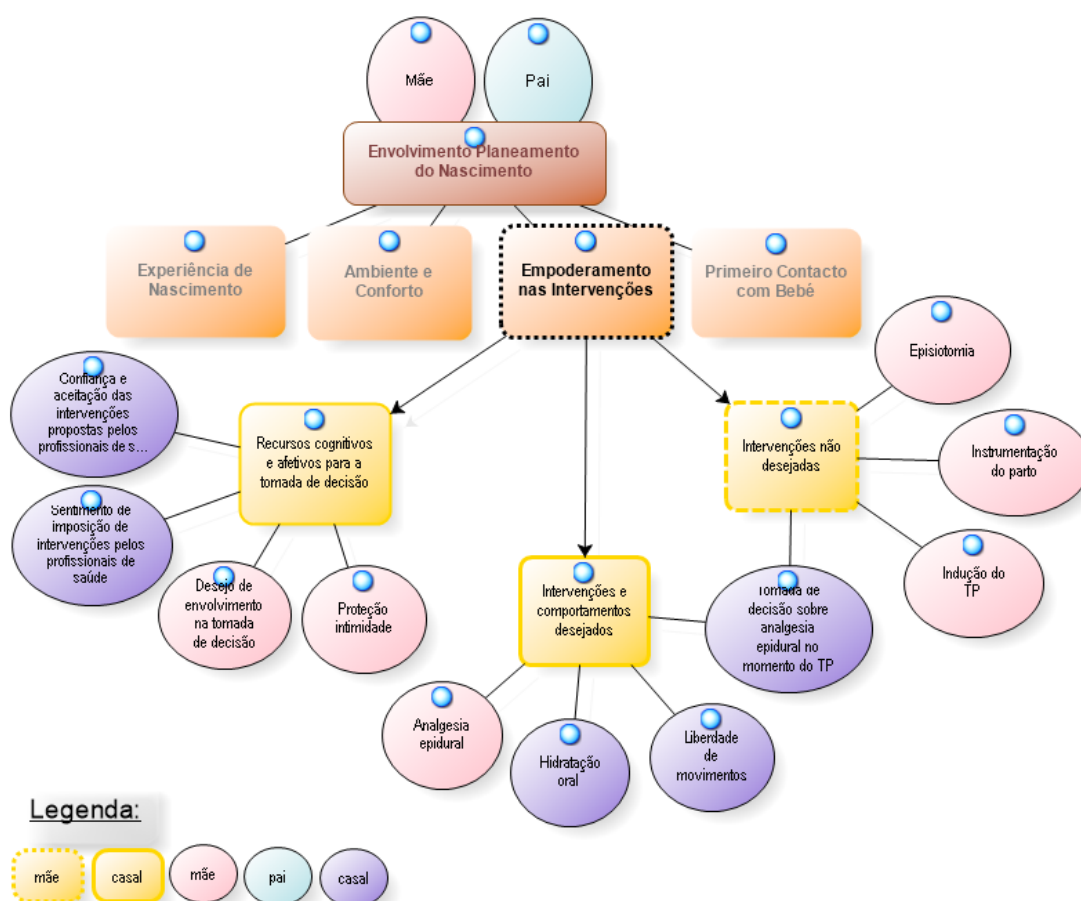


Figura 8 - Visão esquemática dos resultados da análise do discurso da mãe e do pai relativos ao Empoderamento nas Intervenções

7.1.4 - Primeiro Contacto com o Bebé

Por fim, a quarta categoria emergente do domínio Envolvimento/Planeamento do Nascimento relaciona-se com as expetativas da mãe e do pai sobre o Primeiro Contacto com o Bebé. Dos relatos dos participantes sobressaíram três subcategorias de nível um, comuns ao casal: Expetativas relacionadas com o Comportamento e relacionadas com a Afetividade e, ainda, Sem Expetativas (Fig. 9).

Ao nível do Comportamento emergem três subcategorias de nível dois: a valorização do Contacto Pele a Pele imediato com o bebé foi comum ao casal, manifestada por 7 mães (E1,E2,E4,E5,E6,E9,E10) e 4 pais (E3,E6,E7,E9). Destes 4 pais referidos, 3 enfatizaram ainda a ideia de que o contacto pele a pele Fortalece a Relação Mãe-Filho (E3,E6,E9).

“(risos)... ah... gostava que ela viesse logo para o meu colo (abraçou-se a si mesma...) mesmo que venha suja não há problema (risos) e gostava que ela estivesse a chorar e com aqueles sinaizinhos vitais todos corretos e com cabelinho” (ME1).

“ouvimos nas aulas do cuidado ao RN, eu fiquei com uma imagem de marca que esperamos ser possível, que é a pele com pele, acho aquele momento é o momento que eu anseio, vá sem pensar muito nisso, mas... é aquela imagem... o choro, acho que vai ser mágico” (PE3).

“se estiver por exemplo encostada à mãe e reconhece logo a voz, e esteve 9 meses a ouvir a voz, aquele alento, acho que cria logo aquela ligação e vai reconhecer a mãe, nesse caso, acho que vai tornar a adaptação ao mundo exterior muito mais próximo mais acolhedor, porque para o bebé é um mundo completamente novo” (PE6).

Por outro lado, 2 mães expressaram Não Pretender realizar Contacto Pele a Pele imediato com o seu bebé (E7,E8).

“não sei, eu acho que na altura não vou estar... acho que me vou sentir desconfortável de estar despida... acho que me vou sentir desconfortável... (...) não sei, não sei... acho que deve ser tão desconfortável... mas se calhar tenho benefícios e se calhar até lá ainda me vou habituar à ideia... (olhos vermelhos, claramente emocionada) eu acho que também tem a ver com a parte da amamentação... a mim também me faz ainda confusão apesar de eu já, ok, decidi, vou experimentar... mas é uma coisa que, não sei... (risos, lágrimas nos olhos) (...) eu não sou contra... mas não me vejo nessa...” (ME7).

Amamentar o bebé na primeira hora de vida constituiu também um desejo expresso por 5 mães (E1,E2,E5,E6,E10): *“ah... gostava de conseguir dar logo mama, não sei se vou conseguir ou não, acho que sim...” (ME1).*

Relativamente às expetativas sobre o primeiro contacto com o bebé, ao nível da Afetividade, emergiram 2 subcategorias de nível dois, também comuns ao casal: Facilitação de um Espaço de Intimidade Familiar e o Bebé sempre Acompanhado pelo Pai. O facto do primeiro contacto com o bebé ser considerado um momento emotivo e, por isso, a expetativa de Facilitação de um Espaço de Intimidade Familiar pelos

profissionais de saúde foi apontada por 4 mães (E1,E2,E8,E10) e 7 pais (E2,E3,E4,E6,E7,E8,E10).

“no fim dela nascer se calhar um bocadinho podia ser só nós, nem que seja só um minutinho ou dois, se calhar era bom, era um momento só nosso, só da família” (ME8).

“tão pequenina e a partir de agora sou eu que vou ter que tomar conta dela e isso é uma coisa realmente um pouco chocante até na fase inicial certamente, mas é ansiedade e satisfação, é o que me ocorre, não é, e gostava de pegá-la, de estarmos juntos, até gostava que alguém nos tirasse uma fotografia, depois dela estar ali limpinha, os três” (PE4).

A possibilidade de o Bebê estar sempre Acompanhado pelo Pai, enquanto é cuidado pelos profissionais de saúde, constituiu também um aspeto importante referido por 4 mães (E1,E2,E6,E7) e 3 pais (E3,E6,E10).

“quero ver se o pai o pode acompanhar, já que eu não posso lá estar, se não eu saía da cama e ia lá... (risos) eu queria ver tudo, porque acho que é daqueles momentos, quando ele nasce nós não vamos querer tirar mais o olhar dele, pelo menos eu assim acho e, portanto, já que eu não posso lá estar, o pai que esteja...” (ME2).

“eu acho que depois é importante estar lá o pai para reconhecer a voz... sim, até porque eu falo muito com ela” (PE6).

Relativamente à subcategoria de nível um, Sem Expetativas, 2 mães (E3,E7) e 3 pais (E1,E8,E9) verbalizaram não ter expetativas definidas relativamente ao primeiro contacto com o bebé.

“(hesita) não sei, é muito estranho... não sei mesmo como é que vai ser...” (ME7).

“eu tenho muita dificuldade em imaginar... não, não consigo...” (PE9).

Os resultados descritos referentes à categoria Primeiro Contacto com o Bebê do domínio Envolvimento/Planeamento do Nascimento encontram-se esquematizados na figura 9.

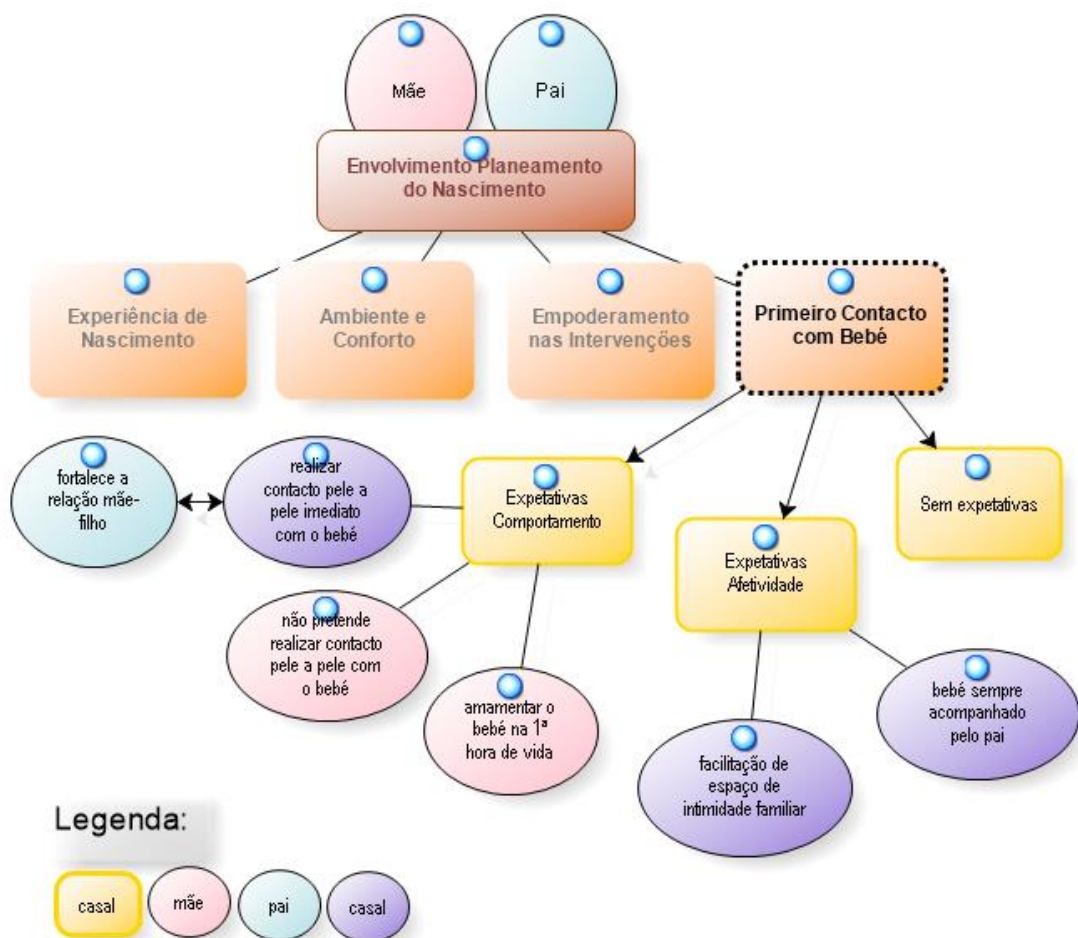


Figura 9 - Visão esquemática dos resultados da análise do discurso da mãe e do pai relativos ao Primeiro Contacto com o Bebê

7.2 - TOMADA DE DECISÃO SOBRE O PLANO DE PARTO

Avançamos para o segundo domínio emergente, Tomada de Decisão sobre o Plano de Parto, de onde sobressaíram duas categorias: Conhecimento do Conceito de PP e Valor Atribuído ao PP (Fig. 10).

7.2.1 - Conhecimento do conceito de Plano de Parto

Relativamente à categoria, Conhecimento do Conceito do PP, constatámos duas subcategorias de nível um, Conhece e Desconhece, comuns ao casal, em que da

subcategoria Conhece, emergem quatro subcategorias de nível dois, três exclusivas da mãe e uma do pai.

Assim, 5 mães (E1,E5,E6,E7,E9) e 1 pai (E6) já conheciam o conceito de PP no momento da entrevista, sendo que 1 mãe (ME1) referiu ter tomado conhecimento da existência do PP numa reportagem televisiva e numa revista, uma no CPN (ME5), uma no Centro de Saúde (ME7) e duas através de uma amiga (ME6, ME9). O pai tomou conhecimento através da mãe.

“ouvi falar num programa que deu já há algum tempo e que por acaso repetiram agora na televisão que era sobre... eu não sei como é que se chama... (...) depois também já tinha lido numa revista, mas aí é que falavam mais dessa, pronto... do plano e o facto das pessoas quererem... chamou-me a atenção porque eu não fazia ideia” (ME1).

“e a mim foi ela que me falou” (PE6).

A maioria dos participantes Desconhece, totalmente, o conceito de PP, como referiram expressamente 5 mães (E2,E3,E4,E8,E10) e 7 pais (E2,E3,E4,E7,E8,E9,E10) *“é uma coisa que nós desconhecemos mesmo” (ME2)*, *“não, não sei, não estou a ver o que é” (PE4)*.

7.2.2 - Valor atribuído ao Plano de Parto

Relativamente ao Valor Atribuído ao PP, emergiram 3 subcategorias de nível um, comuns ao casal: Recursos Cognitivos e Afetivos para a Tomada de Decisão, Vantagens do PP e Desvantagens do PP, quer seja na forma de discussão com um profissional de saúde numa consulta de PP, quer seja na concretização do documento propriamente dito.

Relativamente à subcategoria de nível um, Recursos Cognitivos e Afetivos para a Tomada de Decisão, emergem três subcategorias de nível dois: tanto as mães como os pais participantes expressam Confiar na Tomada de Decisão dos Profissionais de Saúde relativamente à assistência ao TP, aspeto expresso por 4 mães (E2,E5,E8,E10) e 5 pais (E3,E5,E6,E8,E10).

“eu acho que ir para a sala de partos sem nenhuma expectativa concreta eu acho que acaba por ser positivo, porque imagine que eu andei durante toda a gravidez a dizer “ai não, tem que ser a minha obstetra, a minha obstetra” e depois não era, eu acho que ia ser muito complicado ou então a questão da episiotomia, há pessoas que pura e simplesmente não querem, eu, lá está, eu deixo-me nas mãos dos profissionais porque eles melhor do que ninguém, sabem, já têm muita experiência e sabem o que é que é melhor naquela situação” (ME5).

“eu como não entendo o ramo se calhar não me acho com capacidade de dizer seja o que for, acho que não... é como as pessoas entenderem que é, eu por mim está bem, acho que confio nas pessoas dessa forma... não tenho essa maneira de estar...” (PE8).

Três mães (E3,E5,E8) e 1 pai (E4) consideram que o PP é um conceito que Não se Enquadra nas Necessidades do Casal.

“da minha parte acho que não, sinceramente, até porque eu não estou só a ser seguida aqui na maternidade, mas estou a ser seguida no privado, portanto acabamos sempre por falar com outras pessoas, ou seja, não vejo grande necessidade, sinceramente de um contato mais pessoal com alguém que nos fale sobre estas questões” (ME3).

“eu acho que há, se calhar, casais ou mulheres, talvez até mais mulheres que idealizam de facto muita coisa no parto (...) nós não temos essa ambição dessa forma, tipicamente e não temos esse tipo de abordagem quase obsessivo, que tem que ser assim, depois há-de haver uma altura em que tenho que fazer isto... não, deixamos as coisas correr ao sabor das escolhas, por isso não há assim, no nosso caso particular, não vejo essa necessidade, agora quem tiver essa ansiedade de fazer tudo daquela forma, aí sim é importante ter essa confiança de que os vão ajudar a perseguir este plano que eu quero que aconteça, não é, no nosso caso não temos muito esse foco...” (PE4).

E 3 mães (E4,E5,E6) assumem também sentir Dificuldade em Expor as suas Preferências aos profissionais de saúde.

“uma coisa que gostávamos era que pudesse ficar com o cordão umbilical um minuto (...) perguntei na consulta à obstetra e ela disse que é meio minuto que fica, normalmente não é mais e também não tive muita coragem de dizer que gostava que fosse um minuto, mas depois não sei se no momento do parto vais ter coragem de dizer (a olhar para o pai) porque já nem fazemos a criopreservação no privado de células estaminais, porque isso também tinha que ser logo cortado e nós gostávamos... porque sabemos que é importante para a criança receber o máximo de sangue, então é uma coisa que, oxalá, não seja logo cortado... (...) ah, o plano de parto, pois é... sim, só que estou indecisa se devemos entregar ainda ou não, o papel escrito, estou a pensar em escrever, aliás já enviei um email a perguntar se valia a pena ou se aqui não prestam muita atenção...” (ME6).

Relativamente à subcategoria de nível um, Vantagens do PP, emergiram seis subcategorias de nível dois, cinco comuns ao casal e uma exclusiva da mãe, ou seja, grande parte dos casais participantes reconheceu vantagens na existência de um momento específico para poderem conversar com os profissionais de saúde as suas dúvidas e preferências e no desenvolvimento de um documento propriamente dito, quer para o casal quer para os profissionais de saúde. Assim, 8 mães (E1,E2,E4,E6,E7,E8,E9,E10) e 3 pais (E2,E4,E6) consideram que o PP Promove a Segurança e Confiança da mulher/casal.

“eu acho que sim, eu acho que deve facilitar, já é tudo tão incontrollável que é uma forma de nós conseguirmos controlar um bocadinho, ou achar que estamos a controlar um bocadinho aquilo que vai acontecer... acho que é a forma do ser humano achar que está a controlar uma coisa que é no fundo incontrollável e que não tem grande... lá está, é saber o que é que vai acontecer, o que é que posso esperar...” (ME7).

“acho que ajuda a balizar as expetativas não é, se como achamos que vai ser, tem ou não a confirmação por parte dos profissionais que cá estão, queremos fazer desta forma, estar junto ao bebé e isso é ou não é uma prática comum e, no fundo é menos novidade,

numa altura em que é tudo novidade... é menos uma novidade que temos, é mais uma segurança que nos dá, e isso é importante ...” (PE4).

O PP constitui uma importante Fonte de Informação e Preparação para o casal, segundo referiram 7 mães (E1,E2,E4,E6,E8,E9,E10) e 5 pais (E2,E4,E6,E7,E9).

“e até mesmo para o casal, porque há coisas que agente acaba por não conversar em casa porque desconhece... e estando com alguém profissional que nos possa ajudar e esclarecer estas dúvidas acabamos por saber melhor do que é que estamos a falar... (...) tentamos descontrair-nos e pensar nas soluções para os problemas que poderão vir a acontecer e portanto, sim é bom pensar” (ME2).

“quando se faz um plano de parto os pais já ficam mais consciencializados do que é que vão encontrar e como é que se vão ter que preparar para um parto que vai acontecer, acho que é uma boa forma de contemplar tudo o que vai haver e os métodos disponíveis, podem ir investigar, procurar, esse tipo de coisas” (PE6).

Além disso, a Promoção da Comunicação entre o casal e os profissionais de saúde foi outro aspeto apontado por 5 mães (E1,E6,E8,E9,E10) e 5 pais (E1,E2,E4,E6,E10).

“acho que nós explicarmos, haver comunicação, acho que a comunicação é muito importante, nós explicarmos aquilo que queremos ou fazer perguntas e os médicos e os enfermeiros perguntarem-nos as nossas opiniões, acho que isso é muito importante... não só ser uma exposição... olha agora vou fazer isto, e nós ok, vai fazer isto e porquê? É importante explicar sempre vou fazer isto, por isto e por isto, e porque é preciso, decorre desta maneira e demora tanto tempo e a consequência é x, acho que é importante isso” (ME1).

“o tempo da aula em si acaba por não permitir que estejamos ali muito tempo a fazer este tipo de questões, porque depois há muitas coisas que nós temos dúvidas, há outras que desconhecemos por completo e por isso é que nem fazemos perguntas e acho que às vezes situações destas em que haja um acompanhamento mais exclusivo com os casais, sejam melhores, porque acaba por permitir que vocês identifiquem aquilo em que nós temos mais dúvidas e que não temos e, se calhar naquilo que nós não temos tantas dúvidas é porque desconhecemos o que é que se vai passar ou o que é que é normal fazer” (PE2).

O PP contribui também para a Promoção da Autonomia e a tomada de decisão pelo casal, segundo referiram 4 mães (E1,E6,E7,E10) e 1 pai (E6).

“se as coisas não estão a correr conforme o planeado (...) eu acho que não, se soubesse as alternativas (risos) se soubesse, lá está, o plano era este, mas em caso de não poder ocorrer, pode ser assim, mas lá está que eu conheça as opções...” (ME7).

“acho que há pais que confiam plenamente nos profissionais e sabem que vão fazer o melhor em conformidade, mas nós também somos de opinião que a nossa opinião, no fundo transparece o que é que nós queremos e o que é que é melhor, por exemplo, para ela (...) eu acho que obviamente apesar de refletir o desejo dos pais e poder mudar com o tempo, é claro que é como os profissionais dizem, depois depende como é que corre o parto e os pais têm a opção de mudar isso, mas os pais devem ser levados sempre em conta...” (PE6).

Para além de todas estas vantagens para o casal, o PP contribui ainda para a Promoção de uma Perspetiva Positiva do Nascimento, tendo sido valorizado por 3 mães (E1,E4,E6).

“sim é um momento tão único, porque não prepará-lo, dizem que é um dia que marca tanto as pessoas...” (ME6).

Na perspectiva dos casais participantes, os profissionais de saúde também têm ganhos com o uso do PP ao poderem, através dele, prestar Cuidados de Saúde Mais Individualizados e adequados às preferências de cada casal, aspeto referido por 3 mães (E1,E6,E10) e 5 pais (E1,E2,E3,E6,E10).

“olhe já sabem, corra como correr já sabem a nossa perspectiva, porque realmente há casais que podem não querer mesmo saber, mas só o facto deste casal até quer saber, vamos tentar e isso acho que é a principal vantagem e se calhar também leva os profissionais a ter que parar um bocadinho... temos que parar para pensar neste casal, não é mais um que está a chegar e acho que isso é a principal vantagem não só para nós, mas também para os profissionais” (ME6).

“um bom profissional ou um profissional que gosta daquilo que faz, para além de estar a fazer o seu trabalho, acho que também quer ajudar a tornar o parto o melhor possível e, como tal vai tentar respeitar os desejos dos pais e, como tal fazer um planeamento do parto adequado e com antecipação em que os pais ponderam e decidem em conjunto o que é que é melhor, ou o que é que acham que é melhor na altura do parto, acho que também proporciona aos técnicos, ou à equipa técnica que façam melhor o seu trabalho, porque sabem quais é que são os desejos dos pais e já vão agir em conformidade” (PE6).

Contudo, tanto as mães como os pais participantes reconheceram também algumas Desvantagens no PP, subcategoria de nível um, de onde emergem cinco subcategorias de nível dois, três comuns ao casal e duas exclusivas da mãe.

Assim, 3 mães (E3,E5,E7) e 2 pais (E3,E5) consideram a Insatisfação que o casal pode sentir, caso o seu plano não possa ser concretizado.

“isso vai mais ou menos de encontro àquilo que nós falamos das expectativas ou... se depois acontece alguma coisa que foge um bocadinho ao plano pode ser ali um motivo de stress que se calhar se não tivéssemos nenhum plano, portanto eu vejo isso como uma desvantagem, mas claro as pessoas são, cada um tem a sua opinião e temos que respeitar, mas no meu caso, ou no nosso caso, eu acho que um plano de parto não iria fazer sentido” (ME5).

“eu também acho que sim, acho que criar muitas expectativas é capaz de não ser positivo... ah... e, portanto, é estar lá, é esperar que a coisa corra bem, é tentar ajudar e acho que temos um papel importante também a ajudar que a coisa corra bem não é, e depois é esperar, também concordo com a Ana, acho que ter muitas expectativas, depois se há alguma coisa que não sai exatamente como estávamos à espera, pode ser complicado...” (PE5)

Duas mães (E7,E9) e 1 pai (E6) apontam a Inflexibilidade e Rigidez dos casais, ou dos profissionais de saúde, uma desvantagem associada ao PP.

“a única desvantagem é se o plano for mesmo cumprido ali ao milímetro, se não houver flexibilidade da mãe ou mesmo até do pai e dos profissionais, não tu decidiste assim, porque tu querias assim e querias assim... não, porque uma coisa é estarmos de fora, outra coisa é já estarmos em trabalho de parto, onde tudo muda, não termos controlo do nosso corpo, não é, porque não conseguimos controlar isso, acho que é a única desvantagem é se for mesmo cumprido, tu disseste que era assim e agora tem que ser...” (ME9).

“desvantagens só se os profissionais de saúde chegarem a um ponto que o pai ou a mãe já não queiram uma coisa que tenham escolhido e os profissionais disserem que tiver que ser ou não pode ser, eu acho que se é um plano de probabilidades, não é, de escolherem o que é que preferem, deverá ser dada a opção de mudar o que decidiram porque é na altura... a desvantagem é somente se depois os profissionais disserem “não, vocês disseram que era isto e tem que ser isto” eu acho que a única desvantagem seria mesmo que o profissional de saúde assumisse que levava o que estava escrito à letra” (PE6).

O facto de o PP ser muito Detalhado ou Restritivo, pode constituir também uma desvantagem para 2 mães (E8,E10) e uma mãe (E3) considera que o PP oferece ao casal uma Falsa Sensação de Controlo e Confiança.

“não podemos levar assim uma listagem, eles estão lá é para nos atenderem não é para estarem a ler um testamento, não é... acho que sim, tipo uns pontos, assim uma coisa resumida” (ME10).

“mas (...) aquilo que nós gostaríamos que acontecesse ou que fosse feito pode não se concretizar, não é? (...) lá está, é um plano, mas pode nunca se concretizar o que nós idealizaríamos, não é” (ME3).

Ainda, um casal (E6) partilha a opinião, ao considerar como desvantagem a possibilidade do uso de um PP poder Provocar Reações Negativas nos Profissionais de Saúde.

“para mim a desvantagem é a desvalorização que alguns profissionais fazem dos planos de parto, porque acham que é ridículo haver porque não tem nada a ver com preferências, já vi argumentos, tem a ver com a forma como o parto está a decorrer, o que é possível faz-se o que não é possível não se faz e às vezes isso é uma perspectiva um bocado limitante e a desvantagem acaba por ser o gozo às vezes do próprio casal, por isso é que até agora às 39 semanas ainda não decidimos se vamos entregar ou não” (ME6).

“não é levado muito a sério, porque chega a um ponto em que o profissional de saúde diz não, eu é que sei entre aspas, porque como é uma coisa de preferências não quer dizer que é o que vá acontecer, não é, porque reflete só o desejo dos pais, mas eu acho que obviamente apesar de refletir o desejo dos pais e poder mudar com o tempo é claro que é como os profissionais dizem, depois depende como é que corre o parto e os pais têm a opção de mudar isso, mas os pais devem ser levados sempre em conta” (PE6).

Por fim, a subcategoria de nível dois, Sem Desvantagens, fica na interseção das duas subcategorias de nível um, vantagens do PP e desvantagens do PP, sendo que 3 mães (E1,E2,E4) e 2 pais (E2,E4) consideram que o PP não tem desvantagens associadas.

“desvantagens acho que não... acho que é só vantagens...” (ME1).

“não estou a ver qual é a desvantagem de ter um plano de parto... no limite, um casal pode ser indiferente a um plano de parto, agora desvantagem não vejo nenhuma” (PE4).

Os resultados descritos referentes ao domínio da Tomada de Decisão sobre o Plano de Parto e respetivas categorias e subcategorias, encontram-se esquematizados na figura 10, finalizando-se a apresentação e descrição da totalidade dos resultados.

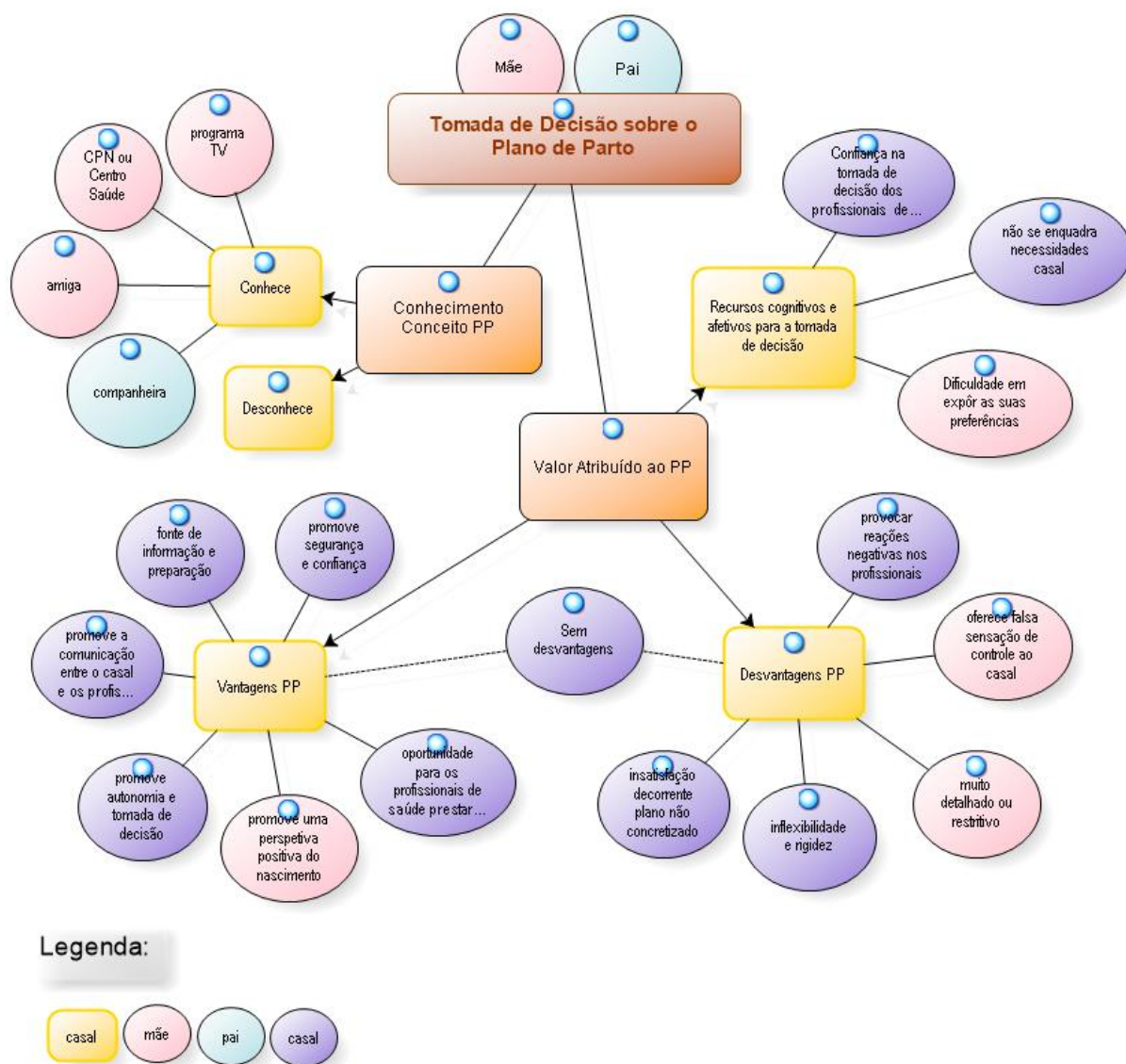


Figura 10 - Visão esquemática dos resultados da análise do discurso da mãe e do pai relativos à Tomada de Decisão sobre o Plano de Parto

8 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo procedemos à discussão dos resultados obtidos, cruzando-os com as evidências publicadas, e procurando evidenciá-los e discuti-los de um modo integrador, reforçando os conhecimentos e domínios que incidem sobre as áreas de intervenção do enfermeiro EESMO.

8.1 - ENVOLVIMENTO/PLANEAMENTO DO NASCIMENTO

Neste domínio debatemos as categorias, Experiência de Nascimento, Ambiente e Conforto, Empoderamento nas Intervenções e Primeiro Contato com o Bebê.

Da análise dos resultados pode constatar-se que todos os casais, embora uns de uma forma mais marcada do que outros, na última metade do terceiro trimestre se encontram envolvidos na sua experiência de nascimento, sendo que alguns demonstram efetivamente algum planeamento já desenvolvido, tomando consciência e compreendendo os seus valores pessoais, necessidade e preocupações relacionadas com o seu TP.

Para Simkim (2007) é importante que os casais grávidos se envolvam e se preparem para as dimensões físicas e emocionais do TP, planeando-as com antecedência e sem a influência das emoções do momento. Também para Brown e Lumley (1998) é importante que a mulher pense antecipadamente sobre o momento do seu TP, percebendo que tipo de parto deseja e familiarizando-se com o processo antes do seu início, sendo que este processo deve ser feito em conjunto com o companheiro, de forma a esclarecer as suas necessidades e desejos atempadamente. Neste contexto, a qualidade da expectativa parece relacionar-se com a experiência de nascimento, ou seja, ter expectativas altas conduz a uma experiência mais positiva de nascimento, pois a forma como a mulher antecipa o parto determina em parte o seu bem-estar e os seus comportamentos durante o mesmo (Grenn, Coupland & Kitzinger, 1990).

- *Experiência de nascimento*

Na antecipação da sua experiência de nascimento os casais demonstraram ter consciência de algumas preocupações relativamente ao seu TP bem como alguns valores e experiências que consideram importantes poder vivenciar.

Assim, o medo e a preocupação relativamente à imprevisibilidade associada ao TP e à possibilidade de complicações constituíram aspetos verbalizados por metade dos participantes. Lothian (2008) afirma que atualmente a gravidez e o parto são considerados eventos médicos e não acontecimentos de vida normais, sendo que “esperar problemas” constitui uma linha da assistência dos cuidados pré-natais contemporâneos, o que prejudica a confiança das mulheres na sua capacidade de fazer crescer e nascer os seus bebés, lançando-as num labirinto e numa escalada de medo, onde a gravidez se torna num tempo regras e preocupações, mesmo para mulheres saudáveis e sem risco associado à sua gravidez. Devane et al., (2017) considera que a maioria dos profissionais de saúde e das mulheres/casais acreditam na possibilidade do parto normal, embora por vezes possa existir risco, pelo que faz sentido reduzi-lo, sendo que nesta tentativa de o reduzir, muitas vezes aumentamo-lo com intervenções que criam problemas, os quais só podem ser resolvidos com mais intervenções. Desta forma, é importante ajudar as mulheres/casais a conhecerem e controlarem os seus medos, desenvolvendo uma forte ligação com o seu bebé e a desenvolver confiança em si mesmos e no processo fisiológico do nascimento.

A preocupação relacionada com o desconhecimento e a experimentação da dor associada ao TP constituiu também um aspeto referido por cerca de metade dos participantes deste estudo.

Pedro e Oliveira (2016) afirmam que o TP tem uma natureza rítmica e individual, com momentos altos e baixos, sendo imprevisível e vivenciado de acordo com a personalidade e experiência de vida da parturiente. A dor do TP é caracteristicamente intermitente e os sentimentos associados à dor no TP podem ser bastante complexos e incluem sensações, sentimentos e respostas de comportamentos em torno da perceção da dor, antes, durante e depois de a experimentar. A era moderna e a adoção de novos estilos de vida têm simultaneamente aumentado o medo da dor e contribuído para o desaparecimento do parto normal. Além disso, a tecnologia elevada tem vindo a criar a ilusão de bem-estar e segurança permanentes, o que reduz a capacidade de adaptação às dificuldades e ter, diante delas, uma atitude mais proactiva.

Para além da imprevisibilidade e da dor associadas ao TP, quase metade das mães participantes deste estudo manifesta ainda o receio de que os profissionais de saúde não correspondam às suas expectativas, o que é corroborado pela revisão sistemática de Hodnett (2002) sobre a satisfação com a experiência de parto, onde as expectativas pessoais e a quantidade de suporte dado pelos cuidadores constituem dois dos quatro fatores que influenciam a satisfação com o nascimento, ou seja, o nível de dor sentido, o seu alívio ou as intervenções clínicas necessárias durante o TP, não têm uma influência tão direta e poderosa sobre a satisfação com o nascimento, como têm as atitudes e os comportamentos dos profissionais que cuidam das mulheres/casais, promovendo a confiança, o respeito e a autonomia dos mesmos.

Como valores associados ao TP todos os participantes deste estudo, mães e pais, consideram o parto como um evento normal e fisiológico, sendo que cerca de um terço dos mesmos, deseja um parto espontâneo, não instrumentado. Também Silva (2012), na sua revisão sistemática sobre o significado atribuído pelas mulheres à assistência ao parto, verificou que o parto normal é o esperado pela maioria das mulheres.

Contudo, cerca de um terço dos participantes, mãe e pais, referem não ter preferência pelo tipo de parto, o que parece estar associado a poucas ou nenhuma expectativas sobre o mesmo, ou à crença de que não têm a possibilidade de poder influenciar o tipo de parto ou, ainda, uma forma de se defenderem emocionalmente, caso não seja possível o parto normal.

Relativamente às expectativas sobre as características do ambiente durante a experiência de nascimento, quase a totalidade dos participantes deste estudo, mães e pais, consideraram a presença do pai, ou seja, as mães valorizam a companhia do pai e os pais valorizam poder acompanhar a mãe, em sintonia com o referido por Delmann (2004) que afirma que atualmente a participação dos homens no nascimento dos seus filhos é quase universal nos países mais desenvolvidos, rodando os 96%. Com o aumento da participação dos homens na vigilância e educação pré-natal a sua participação no TP também aumentou consideravelmente nas últimas décadas, primeiro nos países mais desenvolvidos, mas cada vez mais também, nos países em desenvolvimento, sendo que a sua maioria está presente, pois é essa a sua vontade pessoal (WHO, 2007).

Carvalho (2003) considera que o pai hoje prepara a sua paternidade acompanhando a gravidez da sua mulher e estando presente nas consultas pré-natais e nos programas de

preparação para o parto e parentalidade. A autora acrescenta que a participação do homem no TP, além de contribuir para o seu sucesso, faz com que este seja positivamente influenciado por ele pois envolve mudanças nas concepções de género, nascimento e família, tornando-se o homem também parte integrante do processo de nascimento, como uma referência emocional e facilitador do mesmo.

Segundo Bobdas-Salonen (1998) a razão mais comum, pela qual as mulheres querem ter os companheiros com elas no TP, é desejarem compartilhar a experiência com o parceiro, uma vez que lhes proporciona o sentimento de valorização da sua relação enquanto pais.

Ainda em relação à expectativa sobre o ambiente durante o TP, uma relação de qualidade entre o casal e os profissionais de saúde foi também valorizada por cerca de um terço dos participantes deste estudo. Voltamos a referenciar Hodnett (2002) e a sua revisão sobre a satisfação com a experiência de parto que verificou que a qualidade da relação estabelecida entre a grávida/casal e os profissionais de saúde, que os assistem durante o TP, constitui um fator que influencia na sua satisfação com a experiência de nascimento. No estudo de Dias e Deslandes (2006), sobre as expectativas das grávidas no final da gravidez sobre a assistência ao seu parto, conclui-se que estas desejam ser atendidas por uma equipa de profissionais de saúde atenciosa e competente que cuide da sua saúde e do seu bebé.

Também no estudo de Waldenstrom et al., (2004) verificou-se que o suporte recebido pela mulher durante o seu TP, nomeadamente escutar as suas preocupações, revelou ser mais efetivo para a sua satisfação com o parto do que a educação para o parto recebida ou a analgesia. Stadlmayr et al., (2006) constataram que as mulheres com uma experiência negativa global do seu parto, associada a uma relação com os profissionais percebida como de baixa qualidade, apresentam alto risco de manter uma memória negativa da sua experiência de parto. Também Costa et al., (2007) concluíram que a qualidade da experiência emocional do parto e dos cuidados proporcionados pelos profissionais de saúde, mais do que o tipo de parto, influenciam o ajustamento materno após o parto.

Para além da presença do pai e da qualidade da relação com os profissionais de saúde, tanto as mães como os pais deste estudo valorizaram também a privacidade, as mães consideraram ainda a tranquilidade e os pais a descontração do ambiente, durante o seu TP, de forma a sentirem-se tranquilos e confiantes. Estas expectativas vão de encontro às recomendações recentes da OMS, que afirma que os cuidados obstétricos devem ser

baseados no respeito pela mulher assegurando a sua dignidade, privacidade e confidencialidade, garantindo a inexistência de dano e maus-tratos e promovendo a escolha informada e o apoio contínuo durante todo o TP. A maioria das mulheres pretende um trabalho de parto e nascimento fisiológicos e uma experiência de parto positiva, o que inclui dar à luz um bebé saudável, num ambiente clínica e psicologicamente seguro, com suporte físico e psicológico contínuo, fornecido por acompanhante escolhido por si e da sua confiança e por profissionais de saúde atenciosos e tecnicamente competentes, valorizando um sentimento de realização pessoal e controlo através do envolvimento na tomada de decisão, mesmo quando as intervenções clínicas são necessárias ou desejadas (WHO, 2018).

No estudo de Hildingsson, Cederlofe e Widen (2011) verificou-se que a presença frequente da *midwife* e a inclusão do pai nas conversas e nas ações de suporte e cuidado à mãe, bem como dar informações contínuas sobre o progresso do TP, são aspetos que contribuem fortemente para uma experiência de parto positiva para os pais.

Um casal participante deste estudo, de forma unânime, referiu ser para eles importante que o cordão umbilical do seu bebé não seja cortado imediatamente após o parto, pois têm o conhecimento de que é benéfico para ele, sendo que a mãe expressou também que gostaria de ser ela a cortá-lo, uma vez que o pai não o deseja fazer. Esta vontade expressa vai de encontro às recomendações da OMS (recomendação n.º 44) que refere que o clampe do cordão umbilical não deve ser realizado antes do 1º minuto após o nascimento, de forma a melhorar a saúde da mãe e do bebé e os resultados ponderais (WHO, 2018). Além disso, também a OE (2015) refere que o corte do cordão umbilical deverá ser realizado por quem a mãe desejar e quando parar de pulsar, permitindo aumentar o volume de sangue recebido pelo bebé.

O sentimento de responsabilidade pessoal associado ao seu parto, constituiu também um valor demonstrado pelas mães participantes deste estudo, nomeadamente ao nível do autocontrolo durante o TP, no envolvimento na tomada de decisão e na preparação física e psicológica prévia para facilitar o TP, sendo que, para um terço das mães participantes ter a capacidade de participar ativamente no nascimento do seu filho é um aspeto que valorizam. Estes resultados são apoiados pela revisão de Silva (2012) que verificou que a possibilidade de participação ativa no TP e P, o autocontrolo durante as contrações e o controlo da situação, constituem as principais expectativas das mulheres relativamente à assistência ao seu parto. O estudo de Cook e Loomis (2012) demonstrou que a satisfação

com a experiência de nascimento está fortemente relacionada com a capacidade de manter o controlo durante o TP, sendo que as lembranças positivas ou negativas estão mais relacionadas com o poder de decisão e controlo, ou seja, quando ocorrem mudanças ao desejado o sentimento de controlo e envolvimento da mãe sobre essas mudanças é tão importante como a mudança em si.

Simkim (1992) estudou as memórias de longo prazo da experiência do primeiro parto de mulheres, cerca de 20 anos após esta ter acontecido, e constatou que, anos mais tarde, as memórias das mulheres são ainda precisas e profundamente sentidas, nomeadamente sobre o início do seu TP, das ações e das palavras dos profissionais que as assistiram, do nascimento e do primeiro contacto que tiveram com o seu bebé. Constatou também que as mulheres com maiores classificações de satisfação a longo prazo, consideram ter realizado algo importante, que se sentiram no controlo e que a sua experiência de TP contribuiu para a sua autoconfiança e autoestima, de onde se conclui que esta constitui claramente um momento fundamental na vida de uma mulher, cuja perceção da satisfação tem um efeito duradouro na sua vida (Simkim, 1991).

Nestas categorias identificadas e descritas anteriormente conseguimos concretizar os objetivos, identificar os valores e preocupações da mãe e do pai relativamente ao TP e P e conhecer as expectativas da mãe e do pai, relativamente ao ambiente do TP e P, embora claramente se compreenda que o conteúdo destas categorias se estenda a outros objetivos.

- ***Ambiente e Conforto***

Os casais participantes deste estudo demonstraram também o envolvimento e planeamento do seu TP através da escolha do acompanhante para o TP por parte da mãe e a verbalização das suas expectativas sobre o acompanhante escolhido. Demonstraram também os recursos e as estratégias que consideram ter ou desenvolver para a promoção dos seus sentimentos de segurança e confiança, assim como para o alívio da dor do TP. Com estas medidas pretendem criar um ambiente segurizante e promover o seu conforto durante o TP.

A OE, no regulamento das competências específicas do enfermeiro EESMO, refere que durante a assistência ao TP o mesmo deve garantir um ambiente seguro durante o TP e P (Regulamento n. °127/2011).

Quando falamos de conforto durante o TP não devemos considerar apenas o alívio da dor, uma vez que a condição essencial para que ocorra conforto é proporcionar um ambiente favorável onde a pessoa seja cuidada e sinta que está a ser cuidada, sendo-lhe oferecida atenção e respeito favorecendo o alívio, a segurança e o bem-estar. Como vimos, o alívio da dor não implica necessariamente uma experiência de parto mais satisfatória, uma vez que algumas mulheres referem não temer apenas a dor no parto, mas também os cuidados que receberão por parte dos profissionais de saúde, quando associados a uma assistência impessoal e distante (Oliveira, 2013).

Neste contexto, é importante referir a teoria de conforto de Kolcaba, a qual define as necessidades de cuidados de saúde como as necessidades de conforto, entendendo-se conforto como um estado imediato de fortalecimento das necessidades humanas através do alívio, tranquilidade e transcendência em quatro diferentes contextos de experiência: física, psicoespiritual, sociocultural e ambiental (Kolcaba, 2003). O ambiente é definido como qualquer aspeto que pode ser manipulado pelo enfermeiro ou pelos entes queridos para melhorar o seu conforto.

Todas as mães participantes do estudo referem escolher o pai para seu acompanhante durante o TP o que é concordante com o estudo de Dellman (2004), que já referimos, onde a participação do pai no nascimento dos seus filhos é quase universal nos países mais desenvolvidos. A escolha do pai como acompanhante para o TP pela parturiente, no estudo de Storti (2004) está relacionada com o fortalecimento dos laços familiares e com a afirmação da paternidade, na medida em que o “novo pai” que surge é um homem que procura preparar-se emocionalmente para assumir tanto quanto a mulher, um papel ativo também no momento do nascimento do seu filho. Uma companhia escolhida pela parturiente, para todas as mulheres durante o seu TP e P constitui também a recomendação n.º 3 da OMS (WHO, 2018).

No nosso estudo, as expectativas das mães participantes sobre o pai, como acompanhante escolhido, estão relacionadas com o desejo que este lhe lembre as estratégias aprendidas durante o programa de preparação para o parto, como forma de promover o seu autocontrolo, nomeadamente a respiração, e promover a sua tranquilidade e reforçar positivamente as suas habilidades durante o TP. Estes resultados sintonizam com os de Storti (2004) onde as expectativas da mulher em relação ao acompanhante/pai se relacionam essencialmente com o apoio emocional. Também em Lima da Motta e Crepaldi (2005) se constatou que a parturiente considera a presença de seu companheiro

uma importante referência emocional e que o apoio emocional fornecido por ele é influenciado pela sua disponibilidade e pelos seus conhecimentos acerca do TP.

Na verbalização das expectativas sobre o pai, enquanto acompanhante da mãe durante o TP, metade das mães participantes do nosso estudo expressaram confiança nas habilidades do pai enquanto elemento de suporte e a outra metade expressou alguma desconfiança na concretização destas habilidades por parte dos seus companheiros. No estudo de Lima da Motta e Crepaldi (2005) cujo objetivo foi caracterizar o apoio emocional oferecido pelo companheiro à mulher em trabalho de parto, através da observação durante o TP e P e de entrevistas semiestruturadas no pós-parto, verificaram-se diferenças entre a percepção da parturiente e o tipo de apoio observado. Houve casos em que o acompanhante era, de fato, ativo, oferecendo apoio emocional e físico, e outros casos em que o acompanhante era uma referência passiva, sendo que, em ambos, o depoimento da parturiente exaltava a necessidade de participação do acompanhante, o que evidencia que a sua satisfação com a participação do acompanhante não está diretamente relacionada à qualidade do cuidado observável, mas ao que essa presença representa para ela.

De facto, a presença do pai durante todo o TP e P constitui um aspeto referido pela maioria das mães e pais participantes deste estudo como estratégia para o suporte e conforto da mãe, especificamente ao nível da confiança e segurança. Estes resultados estão também de acordo com o estudo de Storti (2004) cuja visão do casal sobre a participação do pai no TP está diretamente ligada ao sentimento de segurança e tranquilidade. Na perspetiva do pai, o estudo de Espírito Santo e Bonilha, (2000) constatou que o homem tem o desejo de estar presente em todos os momentos que envolvem o nascimento do seu filho, querendo tornar-se pai ao mesmo tempo que a sua companheira se torna mãe, participando ativamente em toda a gravidez e no trabalho de parto, ajudando-a a dar à luz o filho que é dos dois.

A revisão sistemática de Bruggermann, Parpinelli e Osis (2005) sobre as evidências do suporte durante o TP e P revelou a importância do mesmo, especificamente quando o provedor do suporte não é um profissional de saúde, podendo reduzir a taxa de cesarianas, o uso de analgésicos e de ocitocina, e a duração do TP e também aumentando a satisfação materna com a experiência vivida, pelo que a presença paterna constante, apoiando a companheira de forma contínua, traz benefícios e recordações positivas. No entanto, devem ser dadas condições para que o pai seja capaz de concretizar essa função, pelo que

a sua preparação deve ser considerada tão importante como a da grávida. A este respeito, a revisão sistemática de Smyth, Spence e Murray (2015), para explorar as opiniões e atitudes dos homens sobre os programas de preparação para o parto e a sua eficácia na sua preparação para o papel de suporte durante o TP, demonstrou que as expectativas sociais, as normas culturais e os estereótipos tradicionais de género, podem inibir os homens de demonstrar as suas incertezas e preocupações à sua parceira, sendo que muitos pais referem uma desconexão física com a gravidez sentindo-se algo afastados do processo e, por isso, confusos e pouco envolvidos. Por outro lado, a maioria dos homens reconhece e respeita o enorme foco nas necessidades da grávida, o que constitui uma barreira para conseguirem ser capazes de colocar questões e participar mais ativamente nas sessões de preparação para o parto.

Estes dados apoiam os do nosso estudo, onde verificamos que quase metade dos pais participantes manifestaram alguma insegurança no seu papel de suporte à mãe durante o TP, admitindo ter dificuldade em confortá-la perante a dor expectada.

O estudo de Chapman (1991) revelou que os homens, enquanto acompanhantes das suas mulheres durante o TP, adotam um papel mais passivo, de testemunha ou, pelo contrário, um papel mais ativo, como que treinador ou companheiro da equipa de saúde, sendo que os homens mais ativos durante o TP, têm mais probabilidade de considerar a experiência de nascimento mais positiva, como um esforço conjunto do casal. No entanto, tem-se reconhecido, à semelhança dos resultados do nosso estudo, que o papel ativo de treinador durante o TP, pode ser muito stressante para o homem que, frequentemente, tem dúvidas da sua real capacidade para essa tarefa, uma vez que, por vezes, se sente muito preocupado, essencialmente com a vida e a saúde do seu filho (WHO, 2007).

Um dos resultados interessantes do nosso estudo foi constatar que a perceção que a mãe tem do pai enquanto acompanhante, está de acordo com a perceção que o pai também tem de si próprio, enquanto acompanhante, ou seja, os pais que manifestam confiança em si mesmos são também os mesmos, cujas companheiras manifestam confiança expressa nas suas habilidades e os pais que se sentem mais inseguros também são os mesmos, cujas companheiras manifestam algum desconfiança na concretização do seu papel de suporte.

Consideramos que é fundamental estar atento a este aspeto, de forma a intervir antecipadamente para minimizar estas dificuldades identificadas, trabalhando em

conjunto com o casal, para que os dois se sintam mais confiantes e consigam fornecer suporte mútuo durante o seu TP.

Neste processo é necessário considerar que, assim como a grávida, também o futuro pai passa por um processo de adaptação e reajuste emocionais, para vivenciar a paternidade, sendo que os processos psicossociais vivenciados pela mulher durante a gravidez são também identificados no companheiro, embora nele, marcados pela dinâmica psíquica masculina e pelo papel social que ele cumprirá nesse momento (Lima da Motta e Crepaldi, 2005).

Nos estudos de Delmann (2004), Martins (2006) e Genesoni e Tallandini (2009) a maioria dos homens experimentaram sentimentos de ansiedade, inutilidade e desamparo, durante a vivência do TP das suas mulheres, sendo que a percepção da dor por ela sentida lhe causou um grande impacto, sentindo-se confusos relativamente ao seu papel.

É importante compreender que, embora o pai ocupe um lugar de referência familiar e emocional para a parturiente, ele também está emocionalmente envolvido no processo, sendo que a participação do homem no nascimento do seu filho é um direito, que ele exerce se assim o desejar, não devendo ser encarada como uma tarefa obrigatória. O pai deve ser incluído no processo e orientado a participar de forma ativa no trabalho de parto, considerando-se as suas possibilidades e seus conhecimentos (Lima da Motta & Crepaldi, 2005).

No estudo de Chandler e Field (1997) compararam-se as expectativas pré-natais da experiência de nascimento dos pais com as suas percepções após o nascimento e verificou-se que estes esperavam ser tratados como casal em trabalho de parto, tendo sido, na sua maioria, relegados para um papel de apoio. Inicialmente sentiam-se confiantes na sua capacidade de dar suporte às suas companheiras, mas descobriram durante o processo que o TP era mais difícil do que haviam previsto, pelo que referiram sentir medo, embora o procurassem esconder das companheiras, sendo que o foco da sua preocupação passou da mãe para o bebê, no momento do nascimento. Além disso, todos os pais foram de opinião que partilhar a experiência de TP e P com as suas companheiras, lhes proporcionou um maior respeito por elas.

Os enfermeiros EESMO devem, pois, estar sensíveis a estas questões, procurando avaliar corretamente as necessidades e dificuldades dos pais, envolvê-los no planeamento do TP

e P e apoiá-los no seu papel de suporte, particularmente quando as suas companheiras sentem dor.

A maioria dos pais participantes no nosso estudo manifestou a sua consciencialização da importância que atribuem ao seu papel de suporte, sendo para isso fundamental adotarem um comportamento que transmita confiança e segurança à sua companheira, onde o uso do sentido de humor foi considerada uma estratégia por quase metade dos participantes. Estes resultados estão em consonância com os resultados do estudo de Alexandre e Martins (2009) cujos pais reconheceram a importância da sua presença, por ser muito desejada pela sua companheira, reconhecendo o seu papel de acompanhante durante o TP e P, não somente como espectador, mas como alguém capaz de oferecer apoio e segurança à sua mulher, uma vez que se assumem, neste momento vulnerável para o casal, como um ponto de referência e segurança para a parturiente.

Outras estratégias referidas neste estudo quer pelas mães, quer pelos pais, enquanto promotoras de sentimentos de confiança e de segurança relacionaram-se com o sentimento de confiança nos profissionais de saúde e na instituição de saúde e também nos conhecimentos e habilidades que aprenderam durante o programa de preparação para o parto e parentalidade (PPP).

Estes resultados são também corroborados pelo estudo de Alexandre e Martins (2009), onde a frequência de um PPP proporcionou tranquilidade e segurança aos pais para a vivência do TP, através da aprendizagem da fisiologia do mesmo e das estratégias para o promover, bem como para o alívio da dor associada. Bergstrom et al., (2013), concluiu também que a frequência de um PPP pode ajudar os homens mais receosos a terem uma perspetiva mais positiva durante o parto e Santos (2007) verificou que a participação em PPP diminuiu os níveis de ansiedade e depressão das mulheres e promoveu o seu bem-estar no processo de transição para a maternidade.

No nosso estudo, relativamente às estratégias referidas pelos participantes para alívio da dor em TP a maioria valorizou a música e a massagem.

No estudo randomizado desenvolvido por Chang, Wang e Chen (2002) constatou-se que a massagem é uma intervenção de enfermagem economicamente viável que pode diminuir a dor e a ansiedade durante o TP, sendo que a participação dos companheiros na massagem das parturientes pode influenciar positivamente a qualidade da sua experiência de nascimento.

Também no estudo randomizado de Kimber et al., (2008) se verificou que o uso da massagem não influenciou o uso de analgesia farmacológica ou o tipo de parto e também não produziu uma diferença estatisticamente significativa nos níveis de dor percebidos, embora estes sejam mais baixos do que nas parturientes do grupo de controle, mas revelou uma tendência para uma visão mais positiva em relação ao parto e um maior sentimento de controle.

Relativamente aos efeitos da música sobre a dor do TP e a ansiedade os estudos randomizados de Phumdoung e Good (2003) e de Liu, Chang e Chen (2010) demonstraram que ouvir música constituiu uma estratégia não farmacológica efetiva para a parturiente, uma vez que contribuiu para a redução da dor e da ansiedade, nomeadamente na fase latente do TP. No estudo de Taghinejad, Delpisheh e Suhrabi (2010), que comparou o uso da massagem e da música no alívio da intensidade da dor no TP, constatou-se que as parturientes que experimentaram a massagem apresentaram níveis de dor mais baixos quando comparadas com as que experimentaram a música, sedimentando a evidência de que a massagem é um método efetivo de alívio da dor do TP, seguro e acessível, pelo que deveria ser clinicamente implementado.

No estudo de Field et al., (1997) as parturientes que experienciaram massagem durante o seu TP revelaram uma diminuição de humor deprimido, ansiedade e dor, mostraram menos agitação e uma atitude mais positiva. Além disso, apresentaram trabalhos de parto mais curtos, uma permanência no hospital menor e menos incidência de depressão pós-parto.

Face à evidência a OMS, na recomendação nº 22, refere-se às técnicas manuais como a massagem ou a aplicação de calor como medidas de alívio da dor do TP em mulheres saudáveis, sempre de acordo com as suas preferências (WHO, 2018).

Quase metade das mães participantes deste estudo considerou também a hidroterapia e a liberdade de movimentos como uma estratégia para alívio da dor no TP. Estes resultados corroboram os resultados de Aird et al., (1997) que demonstraram que as parturientes que usaram a hidroterapia por imersão durante o TP apresentaram uma redução significativa da taxa de partos instrumentados, um segundo estadio do TP mais curto, menos pedidos de analgesia e uma menor incidência de lesão perineal. Também no estudo randomizado de Silva, Oliveira e Nobre (2009), cujo objetivo pretendia avaliar o efeito da hidroterapia por imersão na intensidade da dor no primeiro estadio do TP, se verificou que o nível de

dor das mulheres que não usaram a imersão foi significativamente maior do que as mulheres que experimentaram a imersão, o que demonstra que o uso da hidroterapia por imersão constitui uma forma com impacto no alívio da dor das mulheres durante o TP.

A importância dada pelas mães participantes do nosso estudo à liberdade de movimentos é corroborada pela revisão sistemática de Lawrence et al., (2013) sobre a mobilidade na primeira fase do TP, onde se constatou a evidência clara sobre os benefícios da deambulação e das posições verticais, nomeadamente na redução da duração do TP, do risco de cesariana e da necessidade de analgesia epidural, não estando associadas ao aumento de intervenções ou a efeitos negativos sobre o bem-estar da mãe e do bebê. Face a estes resultados, os autores recomendam que todas as mulheres com TP de baixo risco, sejam informadas dos benefícios das posições verticais e encorajadas e assistidas a assumirem quaisquer posições que escolherem.

Relativamente ao uso da bola de parto há evidência do seu efeito positivo na redução do nível de dor durante o TP (Gallo et al, 2014) e a implementação clínica de um programa de exercícios com a bola de parto, durante as últimas 6 a 8 semanas de gravidez e durante o TP mostrou ser uma ferramenta efetiva para promover o sentimento de autoeficácia da parturiente e reduzir o nível de dor durante o TP (Gau et al., 2011). Neste último estudo, as mulheres que participaram no programa, apresentaram um primeiro estágio do TP mais curto, menos solicitações para analgesia epidural e menos partos por cesariana.

Nestas categorias identificadas e descritas anteriormente conseguimos concretizar o objetivo, conhecer as estratégias potenciadoras de conforto e segurança que a mãe e o pai têm para o TP e P, embora se denote que tenham ido para além do inicialmente objetivado.

- ***Empoderamento nas intervenções***

O empoderamento é um conceito emergente que se encontra presente em todas as ciências humanas e está relacionado com o processo de capacitação da pessoa para decidir sobre aspetos que lhe dizem respeito, em todos os âmbitos da sua vida. Segundo Pereira (2010) o empoderamento é um processo com orientação pró-ativa, transformando as pessoas em elementos ativos e com capacidade de escolha e decisão e com poder sobre a sua situação. Com base na autora referida, podemos afirmar que o empoderamento em saúde e, especificamente neste contexto, constitui um processo fundamental para a vivência saudável e com elevados níveis de satisfação com a experiência do trabalho de parto e

parto, através da identificação e mobilização de recursos afetivos e cognitivos, que conduzem a uma atitude mais pró-ativa de intervenção e tomada de decisão em relação à sua situação. Assim, os participantes do estudo, mães e pais, identificaram alguns recursos cognitivos e afetivos que os ajudam na tomada de decisão relativamente às intervenções durante a assistência ao seu TP, sendo que a grande maioria dos participantes afirma confiar e aceitar as intervenções que venham a ser propostas pelos profissionais de saúde. No entanto, verifica-se alguma ambivalência em mais de metade das mães participantes que referem confiar nos profissionais de saúde, pois também sentem que existe por vezes a imposição de intervenções por parte dos mesmos. Estes resultados estão de acordo com Bailey, Crane e Nugent (2008) que consideram que a atitude paternalista por parte dos profissionais de saúde interfere com a autonomia da mulher e a sua capacidade de escolha e de controlo e com as relações terapêuticas baseadas na confiança. Já no estudo de Too (1996) se percebeu que a comunicação paternalista dos profissionais de saúde não foi favorável ao desenvolvimento da confiança, nem permitiu estabelecer objetivos e tomar decisões, o que fez com que as mulheres/casais não se tenham sentido valorizados nem suportados.

Cerca de um terço das mães participantes deste estudo considerou o desejo de ser envolvida na tomada de decisão e a proteção da sua intimidade pelos profissionais de saúde, o que vai totalmente de encontro às recomendações da OMS que afirma que os cuidados obstétricos devem ser baseados no respeito, assegurando a dignidade, a privacidade e a confidencialidade da mulher/casal, garantindo a inexistência de dano e maus-tratos e promovendo a escolha informada e o apoio contínuo durante todo o TP e parto (WHO, 2018). A promoção do envolvimento da mulher/casal na tomada de decisões relacionadas com o seu parto, constituiu um dos quatro fatores que influenciam positivamente a sua satisfação com o mesmo (Hodnett, 2002).

No que se refere às intervenções durante à assistência ao TP, as mães participantes deste estudo tiveram uma maior expressividade nos seus desejos, o que nos leva a inferir que talvez se deva ao facto de ser algo que lhe diz mais intrinsecamente respeito, sendo que apenas um dos pais participantes expressou a sua opinião sobre esta questão. Assim, cinco mães participantes verbalizam desejar a analgesia epidural, enquanto que três assumem que decidirão no momento do TP, caso não consigam autocontrolar a dor. A possibilidade de hidratação oral e a liberdade de movimentos durante o TP foram comportamentos expressamente desejados por cerca de um terço das mães e um dos pais, como referimos,

o que está de acordo com as recomendações n.º 24 e n.º 25 da OMS para uma experiência positiva de nascimento, ou seja, para as parturientes de baixo risco é recomendado a ingestão de líquidos e comida, bem como o encorajamento para a mobilidade com posições verticais durante o TP (WHO, 2018). Também a Sociedade Americana de Anestesiologistas (ASA) e o Colégio Americano de Obstetrícia e Ginecologia (ACOG) recomendam que sejam oferecidos líquidos aquosos e claros às mulheres de baixo risco durante o TP, bem como o Cochrane Pregnancy and Childbirth Group, que recomenda também a ingestão de líquidos e alimentos facilmente digeríveis (Lothian, 2014).

As mães participantes deste estudo expressaram-se ainda relativamente às intervenções não desejadas, nomeadamente a episiotomia e a instrumentação do parto, bem como a indução do TP. A mãe que expressou não querer que o seu parto seja induzido, tem claramente a noção de que quando o TP é induzido cria com frequência a necessidade de mais intervenções clínicas, nomeadamente a necessidade de perfusões, registo cardiotocográfico contínuo, obrigando à restrição de movimentos, o que contribui para uma menor sensação de controlo e satisfação durante o TP e maior dificuldade em autocontrolar a dor, comprometendo desta forma a possibilidade de parto vaginal espontâneo, que é o seu desejo. A este respeito, a OMS refere que cerca de 85 a 90% das gravidezes têm o potencial para terminar num parto sem intercorrências e sem necessidade de intervenções médico cirúrgicas (OMS, 2015), embora, segundo o European Perinatal Health Report (2010), a prevalência de taxas de cesariana seja de cerca de 36% em Portugal, 15% de partos instrumentados e de 73% de episiotomias em partos vaginais.

Os nossos resultados relativos às intervenções e comportamentos desejados ou não desejados pelos casais, estão de acordo com os resultados de Deering et al., (2006), onde a vontade de caminhar durante o TP e evitar a episiotomia e a analgesia epidural constituíram os pedidos mais frequentes das mulheres que elaboraram um PP.

Além disso, também estes resultados, bem como outros já anteriormente referidos, são corroborados pelos resultados de Vila-Candel et al., (2015) que verificaram diferenças nos planos de parto das mulheres antes e depois de frequentarem sessões de preparação para o parto, valorizando a adoção de estratégias e comportamentos promotores do parto normal, nomeadamente a liberdade de movimentos e a monitorização fetal intermitente, a ingestão de líquidos, as medidas de conforto como o banho, a posição cómoda no período expulsivo e a realização de esforços espontâneos e evitar a episiotomia.

As categorias e subcategorias identificadas e descritas anteriormente permitem-nos responder diretamente ao objetivo, conhecer o empoderamento da mãe e do pai relativamente às intervenções propostas pelos profissionais de saúde durante o TP e P.

- ***Primeiro contacto com o Bebê***

Segundo Simkim (1992) o primeiro contacto com o bebê é das memórias do TP que mais perduram a longo-prazo. Relativamente às expectativas relacionadas com o primeiro contacto com o bebê, realizar o contacto pele a pele com o bebê e amamentá-lo o mais precocemente possível, bem como proceder ao clampé tardio do seu cordão umbilical, constituíram os pedidos mais frequentes das mulheres (Vila-Candel et al., 2015)

Os participantes do nosso estudo, quer as mães, quer os pais, embora de forma mais representativa pelas mães, manifestaram também desejar realizar o contacto pele a pele imediato com o seu bebê, reconhecendo as vantagens dessa prática para o bem-estar do mesmo, além de a maioria afirmar que sentirá imediatamente após o parto essa necessidade física e emocional pela proximidade com o seu bebê. As evidências demonstram que os recém-nascidos saudáveis, quando colocados em contacto pele a pele com a sua mãe, adaptam-se mais facilmente à vida extrauterina, uma vez que se mantêm mais quentes, choram menos, têm níveis inferiores de hormonas de stress, níveis de glicémia mais estáveis e maior probabilidade de serem amamentados. Por outro lado, estar exposto à flora bacteriana da pele da mãe protege o bebê de doenças e também as mulheres que seguram nos seus bebês pele com pele, após o nascimento, cuidam deles com mais confiança e reconhecem melhor as suas necessidades (Crenshaw, 2014). Face à múltipla evidência a OMS na sua recomendação n.º 48 afirma que os recém-nascidos sem complicações devem ser mantidos em contacto pele a pele com as suas mães durante a primeira hora após o nascimento de forma a prevenir a hipotermia e a promover a amamentação (WHO, 2018).

A este respeito, no nosso estudo três dos quatro pais participantes que expressaram o desejo de contacto pele a pele do bebê com a mãe imediatamente após o nascimento, reforçaram a importância deste contacto, uma vez que fortalece a relação mãe-filho.

Contudo, duas mães expressaram não pretender realizar o contacto imediato pele a pele com o seu bebê, sendo que uma das mães, visivelmente emocionada, manifestou o seu sentimento ambivalente, ao reconhecer os benefícios e a expectativa do pai e dos

profissionais de saúde, mas antecipando que é algo que lhe provocará grande desconforto. Apesar das evidências recomendarem o contacto pele a pele, e da maioria das mães o desejarem fazer, este é um aspeto a que os enfermeiros EESMO devem estar atentos quando procuram identificar as expectativas e necessidades do casal, tendo uma atitude que revele sensibilidade, cuidado e respeito pelos desejos das mulheres/casais.

Metade das mães participantes expressaram também o desejo de amamentar o seu bebé, na primeira hora de vida, prática amplamente recomendada pela OMS, que recomenda que todos os recém-nascidos, incluindo os de baixo peso e que têm capacidade para mamar, sejam colocados no peito da mãe o mais precocemente possível após o parto, desde que estejam clinicamente estáveis e a mãe se sinta preparada (WHO, 2018).

Tanto as mães, como os pais participantes deste estudo antecipam o nascimento do seu filho como um momento muito emotivo, expressando o desejo de que os profissionais de saúde reconheçam este aspeto, proporcionando e facilitando um espaço de intimidade familiar para o casal e o seu filho recém-nascido e permitindo que o bebé esteja sempre acompanhado pelo pai nos cuidados que lhe sejam necessários prestar.

No estudo de Alexandre e Martins (2009) identificaram-se manifestações dos pais que refletem o aumento do vínculo familiar relacionado com a vivência do processo de nascimento, despertando neles sentimentos de valorização das suas companheiras e também de reconhecimento pelo seu papel de acompanhante e suporte durante o TP, ou seja, percebe-se uma aproximação familiar devido à vivência do processo de nascimento, sendo que quanto mais o pai se envolve durante o nascimento do seu bebé, mais forte será o seu apego ao mesmo e a sua participação no seu crescimento.

Nestas categorias identificadas e descritas anteriormente conseguimos concretizar o objetivo, conhecer a expectativa da mãe e do pai relativamente ao primeiro contacto com o bebé.

8.2 - TOMADA DE DECISÃO SOBRE O PLANO DE PARTO

Neste domínio debatemos as categorias Conhecimento do Conceito de PP e Valor Atribuído ao PP, as quais representam os recursos manifestados pelos participantes neste estudo para a sua tomada de decisão em relação ao Plano de Parto.

- **Conhecimento do Conceito de Plano de Parto**

Relativamente ao conhecimento expresso pelos participantes sobre o conceito de Plano de Parto, surpreendeu-nos que metade das mães participantes e quase a totalidade dos pais participantes o desconhecem, até porque todos os participantes tinham idades gestacionais superiores a 34 semanas e encontravam-se a frequentar um programa de preparação para o parto e parentalidade, o que nos leva a inferir que este aspeto não será abordado de forma sistemática no referido programa.

As categorias e subcategorias identificadas e descritas permitem-nos responder ao objetivo, identificar o conhecimento da mãe e do pai sobre o conceito de PP.

- **Valor Atribuído ao Plano de Parto**

Os casais participantes deste estudo, quando questionados sobre a sua motivação e interesse para elaborar o seu plano de parto expressaram os seus recursos internos, cognitivos e afetivos, que os orientam na sua tomada de decisão. Assim, perante a possibilidade de expor aos profissionais de saúde as suas expectativas e desejos, que foram tomando consciência e referindo ao longo da entrevista, cerca de metade dos participantes, mães e pais, referiram confiar na tomada de decisão dos profissionais de saúde relativamente ao seu parto, acreditando que irão fazer o que será melhor para a mãe e para o bebé, sendo que três mães e um pai chegam a afirmar que é uma opção que não se enquadra nas suas necessidades e na sua maneira de estar. Denota-se aqui claramente uma aceitação por estes participantes da atitude paternalista dos profissionais de saúde ao deixá-los decidirem por si, pois acreditam que estes estão na posse de maior conhecimento e experiência. Além disso, do discurso de alguns participantes do estudo verificou-se até a atribuição de um significado negativo para com os casais que apresentam desejos aos profissionais de saúde, como se fosse algo errado e sem sentido, embora outros assumam que, apesar de não pretenderem realizar um PP, respeitam quem o queira fazer.

Segundo Lothian (2006) o desequilíbrio de poderes entre os clientes e os profissionais de saúde é muito evidente em obstetrícia, uma vez que o modelo biomédico encoraja as mulheres e os profissionais a considerar o nascimento como um evento repleto de riscos, aceitando-se uma prática mais intervencionista para reduzir esse risco e incerteza, embora a evidência tenha demonstrado já que essa conduta não fornece os melhores cuidados

aumentando inclusive os riscos, o que não é eticamente aceitável. A este respeito, a OMS fomenta a centralização da grávida/casal grávido na equipa clínica que lhe prestará assistência personalizada através da efetivação do paradigma da autonomia em detrimento do paradigma paternalista (OE, 2015).

Cerca de um terço das mães participantes deste estudo assumiram sentir dificuldade e constrangimento em expor as suas preferências aos profissionais de saúde, sendo que um casal às 39 semanas, sabendo claramente o que deseja para o seu parto, ainda se sente indeciso em elaborar e entregar o seu plano, uma vez que antecipa o possível gozo a que podem ser sujeitos pelos profissionais de saúde, mesmo tendo solicitações que são corroboradas pela evidência científica. Outra mãe verbaliza de forma hesitante e trémula acreditar que não haverá problema para si, caso solicite uma maior privacidade, durante o seu parto e outra tende a desvalorizar as suas expectativas, como o contacto precoce pele a pele, caso não seja realizado. Desta forma, os participantes assumem o desequilíbrio de poderes existente entre si e os profissionais de saúde, com enfoque na atitude paternalista destes.

No entanto, apesar da maioria dos participantes manifestar não desejar elaborar um documento escrito de PP, expressou interesse e valorização de uma consulta de plano de parto, à semelhança da entrevista, uma vez que lhe permitiu tomar conhecimento de alguns aspetos, esclarecer dúvidas e conversar com o companheiro acerca do seu TP, uma vez que sozinhos não teriam oportunidade de o fazer, sendo evidente que a conjugalidade foi promovida.

Segundo Kaufman (2007), mesmo os casais que preferem seguir os conselhos da equipa de saúde sem questões, beneficiam com um momento de discussão das suas expectativas e desejos para o seu parto, uma vez que lhes dá a oportunidade de aprenderem mais sobre o processo de nascimento e identificarem e discutirem as suas preocupações e desejos com a equipa de saúde, uma vez que estar bem informado aumenta a sua confiança e a sua capacidade para alcançar os seus desejos. Além disso, para ultrapassar a dificuldade dos casais em expor as suas preferências, estes devem aprender a aproximar-se da equipa de saúde com respeito e autoconfiança, o que constitui claramente um desafio.

A grande maioria dos casais participantes deste estudo reconheceu vantagens na discussão com os profissionais de saúde sobre as suas preferências para o seu TP e/ou na elaboração do um PP, sendo que tanto as mães, como os pais consideram que poderá

promover a segurança e a confiança do casal, em particular da mãe, constitui uma fonte de informação e preparação para o parto, promove a comunicação entre o casal e os profissionais de saúde, promove a autonomia e a tomada de decisão pelo casal. Na opinião dos casais participantes, os profissionais também têm vantagens ao reconhecer o plano de parto do casal, pois compreenderão melhor as suas necessidades e poderão prestar cuidados de saúde mais individualizados e adequados à preferência de cada casal. Cerca de um terço das mães considerou também que planejar o seu parto lhe permite desenvolver uma perspetiva mais positiva do mesmo.

Estes resultados estão de acordo com os resultados de Aragon et al., (2013), cujo estudo evidenciou que as mulheres encontram vantagens no uso de um PP, uma vez que pode funcionar como uma ferramenta de comunicação, permitindo que o companheiro da mulher, a sua família e os profissionais de saúde compreendam as expectativas e preferências da mulher para o seu parto, e tem também um cariz educacional, uma vez que se verifica a aquisição de conhecimentos através da elaboração de um PP, pois tomam consciência das suas preocupações, desejos e práticas hospitalares. Este estudo evidenciou também que as mulheres consideram que o uso de um PP lhes confere um aumento de autonomia para a tomada de decisão informada e as ajuda a promover uma perspetiva mais positiva sobre o seu parto, aumentando o seu sentimento de controlo e capacitação.

Também Whitford et al., (2014) concluíram que as mulheres consideram positiva a inclusão do PP como norma dos cuidados, uma vez que dá realce às suas preferências e estimula a sua discussão com a equipa de saúde, o que contribui para a diminuição da ansiedade da mulher/casal. Pennell et al., (2011) verificaram também que a maioria das mulheres considerou favoravelmente o uso do PP, independentemente das suas preferências serem todas cumpridas ou não, uma vez que melhorou a sua experiência de nascimento, proporcionando uma sensação de controlo adicional e melhorando a comunicação com os profissionais de saúde. Este dado deve-se ao facto de que quando ocorrem mudanças ao desejado no PP, o sentimento de controlo que a mãe tem sobre essas mudanças é tão importante como a mudança em si, pelo que a comunicação e negociação contínuas, desde o momento da criação de PP pelo casal, até ao momento do TP e P, são fundamentais (Cook & Loomis, 2012).

Os casais participantes deste estudo identificaram também algumas desvantagens no uso do PP, embora de forma menos expressiva relativamente às vantagens. Assim, tanto as

mães como os pais consideraram que a não concretização dos pedidos do PP pode ser um fator de insatisfação e o uso do PP pode conduzir a alguma inflexibilidade e rigidez, quer por parte dos casais, quer dos profissionais. O casal que revelou durante a entrevista um maior planeamento do seu parto reconheceu também que o uso de um PP pode provocar reações negativas nos profissionais de saúde, nomeadamente o gozo e a hostilização do casal. O facto do PP ser muito detalhado ou restritivo e oferecer uma falsa sensação de controlo ao casal, pois pode não ser concretizável, constituíram ainda mais duas desvantagens identificadas pelas mães.

Também estes resultados se encontram no estudo de Aragon et al., (2013), onde as emoções negativas, de desapontamento e insatisfação, decorrentes de um plano que não poderá ou não foi concretizado, e a inflexibilidade e rigidez, potencialmente provocadas pelos PP, e que podem comprometer os resultados, constituem as maiores desvantagens identificadas pelas mulheres. Além disso, a falsa sensação de controle, não permitindo que a mulher se prepare para o inesperado e a possibilidade do seu uso provocar reações negativas nos profissionais de saúde foram também desvantagens apontadas.

No estudo de Yam et al., (2007) todas as mulheres, que elaboraram o seu PP com a ajuda de um profissional de saúde da equipa, relataram a sua experiência de nascimento como muito satisfatória, apesar de em alguns casos o seu parto não ter decorrido conforme haviam desejado. Parece ficar demonstrado que é na discussão e na negociação entre o casal e a equipa de saúde com o envolvimento do casal na tomada de decisão que reside o mais importante e o mais benéfico e não necessariamente no plano propriamente dito, como documento escrito ou verbalizado, o que claramente convoca a implementação clínica dos planos de parto como componente integral (e integradora) dos cuidados, de forma a promover experiências de nascimento altamente satisfatórias para os casais, e por sua vez, para todos os envolvidos nesta experiência.

Nas categorias e subcategorias identificadas e descritas anteriormente conseguimos atingir o objetivo, conhecer o valor atribuído pela mãe e pelo pai ao PP, embora se verifique que o conteúdo destas, também se estenda a outros objetivos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo sobre a Expectativa do Casal sobre o Plano de Parto, surgiu da vontade de querer contribuir mais eficazmente, enquanto enfermeira EESMO, para o empoderamento e satisfação dos casais na experiência positiva do nascimento dos seus filhos, e nessa perspectiva o Plano de Parto constitui claramente uma estratégia promotora desse envolvimento, preparação e satisfação.

Neste sentido, perspectivámos conhecer e descrever a expectativa do casal sobre o Plano de Parto, selecionando casais para o nosso estudo, que se encontravam a frequentar um Programa de Preparação para o Parto e Parentalidade, e se encontravam na última metade do 3º trimestre de gravidez. Estes demonstraram, embora uns de uma forma mais evidente do que outros, estar envolvidos no seu TP e P, identificando os seus medos, preocupações, valores e princípios que consideram fundamentais, nomeadamente a valorização de todos os participantes do parto como um evento normal e fisiológico, embora assumindo também a imprevisibilidade e as possíveis complicações para a mãe e para o bebé. A presença do pai durante todo o processo foi uma premissa bem presente, bem como a importância do papel da equipa de saúde referida pelos casais participantes, nomeadamente a qualidade da relação que estabelecem com eles, acrescentando-se para as mães que estes profissionais estejam disponíveis para a concretização das suas expectativas. O sentimento de responsabilidade pessoal durante todo o processo de TP e P foi um aspeto referido pelas mães, ainda que por uma minoria, o que revela o envolvimento destas.

No entanto, também uma minoria dos participantes demonstrou quase nenhum tipo de planeamento ou expectativa, talvez para se protegerem da imprevisibilidade que associam ao parto, ou das suas crenças e perspectiva dos cuidados de saúde paternalistas, o que consideramos que é importante respeitar, embora procurando sempre informar e empoderar para que o casal se consciencialize da relação entre as suas decisões e escolhas e o decurso do trabalho de parto e o tipo de parto, promovendo assim decisões responsáveis e informadas.

Relativamente ao envolvimento e planeamento relacionado com o ambiente e conforto durante o TP e P, confirmámos a ideia de que o pai é o acompanhante preferido pela mãe

e foi muito interessante perceber que durante as entrevistas as mães participantes tiveram oportunidade de pensar efetivamente no que desejam do companheiro durante o TP e P e, essencialmente de lho expressar, reconhecendo que ainda não tinha surgido a oportunidade de conversarem os dois sobre o momento do TP e do nascimento do seu bebé. Consideramos que este foi um aspeto muito interessante da entrevista, que praticamente simulou uma consulta de plano de parto, pois colocou os casais perante cenários imaginados que, por sua vez, lhes provocou dúvidas que quiseram ver respondidas. Por outro lado, os pais participantes confirmaram a sua confiança em si mesmos perante a sua companheira ou reconheceram as suas dificuldades em poder contribuir para a confiança, segurança e conforto da companheira, até porque quase a totalidade dos pais reconheceu que o seu comportamento durante o TP e P irá contribuir bastante para a confiança ou receio da companheira. Este é claramente um aspeto que o enfermeiro EESMO deve identificar precocemente, validando essas dificuldades, mas também ajudando a identificar estratégias possíveis de adotar pelo pai para melhor gerir as suas próprias dificuldades bem como o desconforto da mãe durante o TP, procurando-se com esta abordagem, promover a confiança mútua, bem como a pró-atividade do casal.

A confiança na equipa de saúde e na instituição, bem como os conhecimentos e habilidades aprendidos no programa de preparação para o parto e parentalidade, constituíram aspetos importantes para a promoção da confiança do casal durante o nascimento do seu filho, sendo que os casais revelaram conhecer e ter interesse em usar estratégias de alívio da dor de TP, suportadas pela evidência científica, nomeadamente a massagem, a liberdade de movimentos e a hidroterapia.

Sobre as possíveis intervenções que os profissionais de saúde podem realizar ou sugerir que sejam realizadas, praticamente a totalidade dos participantes afirma que confia e aceitará as intervenções propostas, por acreditar que serão necessárias e seguras. Contudo alguns participantes, em especial as mães, referem também paralelamente que consideram que muitas vezes estas intervenções são impostas pelos profissionais de saúde, muitas delas pouco contributivas para o parto normal, pelo que o envolvimento nesta tomada de decisão é uma expectativa manifestada. Denota-se daqui, em pormenor, o domínio do paradigma paternalista nos cuidados de saúde obstétricos, embora se denote também a tentativa da afirmação da autonomia da mulher/casal. A este respeito, alguns casais demonstraram estar bem informados, tendo conhecimento e desejando para si a adoção de medidas promotoras do parto normal e da saúde do seu bebé, nomeadamente a não

indução do TP, a possibilidade de liberdade de movimentos com a realização da monitorização fetal intermitente, a possibilidade de hidratação oral durante o TP e o clampe tardio do cordão umbilical. Embora cinco das participantes manifeste já desejar a analgesia epidural durante o seu TP, outras três referem que só irão pedi-la caso sintam que não conseguem autocontrolar a dor do seu TP, aspeto que deve ser conhecido, respeitado e suportado pelos enfermeiros EESMO, reforçando as habilidades da mãe e encorajando e apoiando o uso das medidas não farmacológicas por parte da mãe e do pai.

Relativamente ao envolvimento demonstrado relativamente às expectativas com o primeiro contacto com o seu bebé, a maioria dos participantes, embora mais expressivamente pelas mães, manifestaram desejo de realizar o contacto imediato pele a pele com o seu bebé e amamentá-lo. Contudo, percebemos também com a realização das entrevistas que, apesar de ser uma medida recomendada e com claros benefícios para a mãe e bebé, suportados pela evidência, é um assunto delicado e que à semelhança da amamentação, começa a parecer existir pressão pelos profissionais de saúde, sendo que uma das mães, mostrando-se bem informada acerca de todo o processo fisiológico do TP, e desejando-o para si, antecipava sentir-se muito desconfortável com o contacto pele a pele imediato com o seu bebé, sentindo-se despida e exposta, mostrando-se bastante emocionada. Daqui constatamos mais uma vez a experiência complexa que é o nascimento de um filho, pelo que é importante estar atento aos desejos dos envolvidos, informando das melhores práticas e valorizando o consentimento informado e o respeito pela opção da mulher/casal. O desejo manifestado pelos casais da facilitação de um espaço de intimidade familiar e do acompanhamento contínuo do bebé pelo pai, reforçam a ideia de que o nascimento de um filho é um acontecimento de vida familiar e não meramente um evento clínico, pelo que se deve promover essa mesma intimidade familiar através da privacidade e da identificação e facilitação dos desejos expressos pelo casal para este momento único das suas vidas.

Apesar de todo o interesse pela temática demonstrado pelos casais durante a entrevista, surpreendeu-nos que apenas metade das mães conhecesse o conceito de PP, e também que apenas duas o tenham conhecido através de profissionais de saúde. Este é um dado que nos leva a inferir que a informação e a promoção do PP ainda não parecem ser utilizadas de forma efetiva nas consultas de vigilância da gravidez nem nos PPP e, conseqüentemente, nem na promoção do envolvimento das mulheres/casais na preparação para e no TP, de forma a que construam decisões responsáveis e informadas.

No entanto, quando informados do conceito de PP e do propósito de uma consulta de PP, a maioria dos participantes reconheceu inúmeras vantagens, nomeadamente a promoção da confiança da mulher/casal, fonte de informação e preparação do casal para o TP e P, promoção da comunicação entre o casal e a equipa de saúde, promoção da autonomia do casal para a tomada de decisão, promoção de uma perspectiva positiva do nascimento e permitir aos profissionais de saúde conhecer melhor as expectativas do casal, prestando assim cuidados mais individualizados.

Contudo, os participantes reconheceram também algumas desvantagens, embora de forma menos expressiva, nomeadamente a insatisfação para a mulher/casal que poderá provocar um PP não concretizado, a inflexibilidade e rigidez das mulheres/casais ou dos profissionais de saúde quando há um PP, o facto de poder ser muito detalhado ou restritivo ou de oferecer à mulher/casal uma falsa sensação de controle e provocar reações negativas nos profissionais de saúde que podem desvalorizar os pedidos da mulher/casal considerando-os desadequados, irrealistas e mal informados.

Ainda a este respeito, enfatizamos a dificuldade que algumas mães expressaram em expor os seus desejos e expectativas relativamente a alguns aspetos relacionados com o seu TP e P, sentindo-se sem coragem ou temendo alguma hostilização por parte dos profissionais de saúde, denotando-se mais uma vez a discórdia entre a prática obstétrica paternalista e rotineira e os cuidados baseados na evidência.

A realização destas entrevistas individualmente com cada casal, permitiu-nos tomar consciência de aspetos da sua individualidade e conjugalidade impossíveis de perceber quando se desenvolve apenas intervenções em grupo, como é o caso do PPP, que tenho oportunidade de realizar na minha prática profissional. Apesar das intervenções em grupo terem como mais valia terapêutica a possibilidade de partilha de experiências entre os casais participantes, não podemos fazer formação em massa sem atender às necessidades individuais de cada casal, o que só é possível associando uma estratégia mais individual como é a consulta de plano de parto de forma a conhecer as preferências da mulher/casal e clarificar as consequências e/ou benefícios de cada decisão relativa ao decurso do TP.

Por outro lado, a participação dos casais nesta entrevista fê-los também tomar consciência de certas questões que iam sendo colocadas, pelo que foi uma constante em quase todos os casais ir questionado a investigadora sobre essas mesmas dúvidas que lhe surgiam à medida que a entrevista decorria. De forma a não comprometer os resultados a

investigadora prosseguia a entrevista tomando nota das questões para serem respondidas no final, uma vez que por questões éticas, não poderia deixar os casais sem resposta. Assim, no final da entrevista, já com o gravador desligado a investigadora respondeu a todas as questões colocadas, ajudando os casais a consciencializar-se que as suas escolhas e opções podem ter influência no decurso do TP e inclusive no tipo de parto.

Do conjunto de descrições e compreensões alcançadas com este estudo, referimo-nos agora às suas implicações para a prática de cuidados de enfermagem ESMO, destacando os seguintes aspetos:

- Dar conhecimento do estudo aos profissionais de saúde da instituição onde decorreu o mesmo e, em particular aos enfermeiros EESMO, refletindo sobre a viabilidade e operacionalização para implementar uma consulta de PP e sobre estratégias de empoderamento dos casais para afirmação da sua autonomia, conseguindo expor as suas preferências aos profissionais de saúde com autoconfiança.
- Implementação de uma consulta de PP no âmbito do PPP e encorajamento do casal a realizar esta consulta.
- Realizar formação em serviço à equipa multidisciplinar, especificamente aos enfermeiros EESMO, para desenvolver competências técnicas, comunicacionais e relacionais para a promoção, implementação e validação dos PP apresentados pelos casais.
- Investir ao nível da formação avançada e contínua dos profissionais, em particular dos enfermeiros EESMO, enfatizando e refletindo sobre os princípios centrais do consentimento informado, da comunicação e do dever da imparcialidade, capacitando o casal para a negociação e empoderamento.
- Reconhecer e iniciar práticas recomendadas, baseadas na evidência e que identificam a instituição de saúde como “amiga da mãe” (Ten Steps of the Mother-Friendly Childbirth Initiative).
- Estudar a perspetiva dos profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros EESMO, numa tentativa de compreender as suas dificuldades para implementar esta estratégia do PP, reconhecida pela evidência.

Quanto às limitações do estudo identificamos a amostra constituída por casais só da região centro de Portugal e a sua homogeneidade nos dados sociodemográficos recolhidos.

Contudo, estamos convictas que estes resultados possam servir como ponto de partida para outros estudos e com outros tipos de metodologia, que enfatizam a visão do TP e P como um processo natural da vida dos casais inserido na transição para uma parentalidade envolvida, significativa e responsável. Também gostaríamos de realçar a oportunidade de aprendizagem que o estudo de natureza qualitativa desenvolvida nesta dissertação nos proporcionou.

Recentemente, em maio de 2018, deu entrada na Assembleia da República o Projeto de Lei n.º 872/XIII, do grupo parlamentar do Partido Socialista, que regulamenta o Regime de proteção na pré conceção, na procriação medicamente assistida, na gravidez, no parto, no nascimento e no puerpério, e onde consta que, no âmbito dos Cursos de Preparação para o Parto e Parentalidade, se deve proceder à preparação e apoio da grávida ou do casal para a elaboração do Plano de Nascimento (PN), preferencialmente até às 36 semanas de gestação. Assim, na mesma perspetiva que o nosso estudo, a Expectativa do Casal sobre o Plano de Parto, as políticas de saúde em Portugal, têm vindo recentemente a mostrar vontade de apoiar um ambiente menos medicalizado e intervencionista para o parto e a universalizar os PP, cabendo agora também aos profissionais de saúde e, especificamente, os enfermeiros EESMO reconhecerem as vantagens desta estratégia e encorajarem e apoiarem os casais a desenvolvê-la, de forma a promover uma experiência de parto positiva.

Concretizamos ao longo da descrição dos resultados obtidos e sua discussão, incluindo o cruzamento com as evidências, a resposta à questão de investigação e objetivos de investigação, dado que conhecemos e compreendemos agora muito melhor a expectativa dos casais, e de cada uma das mães e pais, sobre o PP, nomeadamente os seus principais valores, preocupações e expectativas para o seu parto, bem como os recursos que referem ter para melhor o gerir. Estamos convictas que as entrevistas personalizadas com uma enfermeira EESMO, constituíram um método de recolha de dados eficaz que superou as expectativas, concretizando relatos riquíssimos dos participantes, além de quase ter simulado uma consulta de PP, com uma avaliação claramente positiva pelos casais.

Por fim, considero que foi uma experiência de trabalho de investigação que me ajuda a continuar a crescer na personalização dos cuidados e intervenções de enfermagem ESMO, com um uso baseado na evidência e com sensibilidade cultural a todos os envolvidos na complexidade deste processo fisiológico de trabalho de parto e parto.

BIBLIOGRAFIA

- Afshar, Y., Mei, J., Gregory, K. (2016). Birth Plans: Birth Preferences or Labor Manifesto. *Gynecology & Obstetrics Case Report*, 2(1),12. Recuperado de <http://gynecology-obstetrics.imedpub.com/>
- Afshar, Y., Wang, E. T., Mei, J., Esakoff, T. F., Pisarska, M. D., & Gregory, K. D. (2017). Childbirth Education Class and Birth Plans are Associated with a Vaginal Delivery. *Birth* (Berkeley, Calif.), 44(1), 29-34. doi:10.1111/birt.12263
- Aird, I. A., Luckas, M. J., Buckett, W. M., & Bousfield, P. (1997). Effects of intrapartum hydrotherapy on labour related parameters. *The Australian & New Zealand Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 37(2), 137-142.
- Alexandre, A.M.C., Martins, M. (2009). A vivência do pai em relação ao trabalho de parto e parto. *Cogitare Enfermagem*. 14(2), 324-31.
- Alves, C., Mota, D., Mendes, I., Lopes, M. (2007). A Antecipação da Experiência do Parto: Importância de uma Preparação Sistematizada. *Livro de Atas do II Congresso Família, Saúde e Doença: Modelos*. Universidade do Minho, Braga, Atas [CD-ROM].
- Amis, D. (2014). Healthy birth practice #1: let labor begin on its own. *The Journal of Perinatal Education*, 23(4), 178-187. doi:10.1891/1058-1243.23.4.178
- Anderson, G. (2009). A concept analysis of “normal birth”. *The Royal College of Midwives. Midwives magazine, Evidence Based Midwifery*. 5(11)
- Aragon, M., Chhoa, E., Dayan, R., Kluftinger, A., Lohn, Z., & Buhler, K. (2013). Perspectives of expectant women and health care providers on birth plans. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*. 35(11), 979-985. doi:10.1016/S1701-2163(15)30785-4
- Bailey, J. M., Crane, P., & Nugent, C. E. (2008). Childbirth education and birth plans. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 35(3), 497. doi:10.1016/j.ogc.2008.04.005
- Bardin, Laurence (2013). *Análise de Conteúdo*. Lisboa, Edições 70, Lda. ISBN: 978-972-44-1506-2.
- Barlow, J., & Coren, E. (2004). Parent-training programmes for improving maternal psychosocial health. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1, CD002020.

- Batista, M.A., Pereira, S.C., (2016). Importância da visita à maternidade. In M. Nené, R. Marques, M.A. Batista (coord.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 152-157). Lisboa, Portugal: Lidel.
- Berg, M., Lundgren, I., & Lindmark, G. (2003). Childbirth experience in women at high risk: Is it improved by use of a birth plan? *The Journal of Perinatal Education*, 12(2).
- Bergström, M., Rudman, A., Waldenström, U., & Kieler, H. (2013). Fear of childbirth in expectant fathers, subsequent childbirth experience and impact of antenatal education: subanalysis of results from a randomized controlled trial. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 92(8), 967-973. doi:10.1111/aogs.12147
- Bobdas-Salonen, T. (1998). How women experience the presence of their partners at the birth of their babies. *Qualitative Health Research*, 8,784-800.
- Bortoloti, L. (2013). *Introdução à filosofia da ciência*. Lisboa. Gradiva.
- Britten, N. (2005). Entrevistas qualitativas na pesquisa em atenção à saúde. In Pope, C., Mays, N. *Pesquisa qualitativa na atenção à saúde*. (pp. 21-29). Porto Alegre. Artmed. ISBN: 85-363-0455-3
- Brown, S. Lumley, J. (1998). Communication and decision-making in labour: Do birth plans make a difference? *Health Expectations*, 1, 106-116.
- Bruggermann, O., Parpinelli, M., Osis, M. (2005). Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão da literatura. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 5(21), 1316-1327.
- Carvalho, M. (2003). Participação dos pais no nascimento em maternidade pública: Dificuldades institucionais e motivações dos casais. *Cad. Saúde Pública* 19(2), 389- 398. Recuperado de <http://www.scielo.org/> ISSN 0102-311X.
- Chalmers, B., & Porter, R. (2001). Assessing effective care in normal labor: the Bologna score. *Birth* (Berkeley, Calif.), 28(2), 79-83.
- Chandler, S., & Field, P. A. (1997). Becoming a father. First-time fathers' experience of labor and delivery. *Journal of Nurse-Midwifery*, 42(1), 17-24.
- Chang, M., Wang, S., & Chen, C. (2002). Effects of massage on pain and anxiety during labour: a randomized controlled trial in Taiwan. *Journal of Advanced Nursing*, 38(1), 68-73.
- Chapman, L. (1991). Searching: expectant fathers' experiences during labour and birth. *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*, 4, 21-29.

- Cook, K., & Loomis, C. (2012). The impact of choice and control on women's childbirth experiences. *The Journal of Perinatal Education*, 21(3).
- Cortés, M., Barranco, D., Jordana, M., Roche, M. (2015). Uso e influência dos planos de parto e nascimento no processo de parto humanizado. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(3), 520-6. doi: 10.1590/0104-1169.0067.2583
- Costa, R., Pacheco A., Figueiredo B. (2007). Prevalência e preditores de sintomatologia depressiva após o parto. *Rev. Psiq. Clín*, 34 (4); 157-165.
- Couto, G. (2003). *Preparação para o parto: representações mentais de um grupo de grávidas de uma área urbana e de uma rural*. Lusociência, Loures.
- Crenshaw, J. T. (2014). Healthy Birth Practice #6: Keep Mother and Baby Together- It's Best for Mother, Baby, and Breastfeeding. *The Journal of Perinatal Education*, 23(4), 211-217. doi:10.1891/1058-1243.23.4.211
- DeBaets, A. (2017) From birth plan to birth partnership: enhancing communication in childbirth. *American journal of Obstetrics e Gynecology*. 31-34.
- Deering, H., Heller, J., McGaha, K., Heaton, J., Satin, A., (2006). Patients Presenting with Birth Plans in a Military Tertiary Care Hospital: A Descriptive Study of Plans and Outcomes. *Military Medicine*, 171(8), 778-780.
- Dellman, T. (2004). The best moment of my life: A literature review of fathers' experience of childbirth. *Australian Midwifery Journal*. 17(3), 20-26. Recuperado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1448827204800142>.
- Despacho n.º 3482/2013, de 25 de fevereiro. Criação da Comissão Nacional para a Redução da taxa de Cesarianas. *Diário da República*. 2ª Série, Ministério da Saúde, n.º 45 de 5 de março 2013: 8174, Lisboa, Portugal.
- Devane D., Lalor J.G., Daly S., McGuire W., Cuthbert A., Smith V. (2017) Cardiotocography versus intermittent auscultation of fetal heart on admission to labour ward for assessment of fetal wellbeing. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. (26)1, CD005122. doi: 10.1002/14651858.CD005122.pub5
- Dias, M., Deslandes, S. (2006). Expectativas sobre a assistência ao parto de mulheres usuárias de uma maternidade pública do Rio de Janeiro, Brasil: os desafios de uma política pública de humanização da assistência. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 22(12), 2647-2655.
- Dicionário infopédia da Língua Portuguesa (2018). Porto: Porto Editora, 2003-2018. Recuperado de <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/envolvimento>

- DiFranco, J., & Curl, M. (2014). Healthy Birth Practice #5: Avoid Giving Birth on Your Back and Follow Your Body's Urge to Push. *The Journal of Perinatal Education*, 23(4), 207-210. doi:10.1891/1058-1243.23.4.207
- DiMatteo, M., Morton, S., Lepper, H., Damush, T., Carney, M., Pearson, M., & Kahn, K. L. (1996). Caesarean childbirth and psychosocial outcomes: A meta-analysis. *Health Psychology*, 15 (4), 303-324
- Direção-Geral da Saúde (2013). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*. Lisboa, Portugal: Autor
- Direção-Geral da Saúde. (2015a). *Os riscos acrescidos da cesariana. Norma e orientações sobre aspetos técnicos relacionados com a cesariana*. Textos para os profissionais. Norma n.º 001/2015 de 19/01/2015. Lisboa, Portugal: Autor
- Direção-Geral da Saúde. (2015b). *Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco*. Lisboa, Portugal: Autor
- Doherty, M. (2003). 2000 ICEA Virginia Larsen Research Grant winner: Birth plan decision-making: patterns of interaction. *International Journal of Childbirth Education*, 18(2), 27-33.
- Espirito Santo & Bonilha (2000). Expectativas, sentimentos e vivências do pai durante o parto e nascimento de seu filho. *Rev. Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre. 21(2), 87-109.
- European Perinatal Health Report (2010). *Health and Care of Pregnant Women and Babies in Europe in 2010*. Recuperado de <http://www.europeristat.com>
- Farahat, A., Mohamed, H., Elkader, S., El-Nemer, A. (2015). Effect of implementing a birth plan on womens' childbirth experiences and maternal & neonatal outcomes. *Journal of Education and Practice*, 6 (6).
- Field, T., Hernandez-Reif, M., Taylor, S., Quintino, O., & Burman, I. (1997). Labor pain is reduced by massage therapy. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 18(4), 286-291.
- Fortin, M.F., (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Lusodidacta. Loures. ISBN: 978-989-8075-18-5
- Gagnon, A., Sandall J. (2007). Individual or group antenatal education for childbirth or parenthood, or both. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3. Art. No.: CD002869. DOI: 10.1002/14651858.CD002869.pub2.
- Gallo, R., Santana, L., Marcolin, A., Quintana, S. (2014). A bola suíça no alívio da dor de primigestas na fase ativa do trabalho de parto. *Rev Dor*. São Paulo. 15(4), 253-5. doi:10.5935/1806-0013.20140054.

- Gameiro, M. (2003). A enfermagem ciência e arte... e a investigação. *Revista Referência*, 10, 5-15.
- Gau, M., Chang, C., Tian, S., & Lin, K. (2011). Effects of birth ball exercise on pain and self-efficacy during childbirth: a randomised controlled trial in Taiwan. *Midwifery*, 27(6), 293-300. doi:10.1016/j.midw.2011.02.004
- Genesoni, L., Tallandini, M. (2009). Men's psychological transition to fatherhood: analysis of the literature, 1989–2008. *Birth*. 36(4), 305-317.
- Gibbons L., Belizán J., Lauer J., Betrán A., Merialdi M. & Althabe F. (2010). The Global Numbers and Costs of Additionally Needed and Unnecessary Caesarean Sections Performed per Year: Overuse as a Barrier to Universal Coverage. *World Health Report. Background Paper*, 30.
- Grant, R., Sueda, A., & Kaneshiro, B. (2010). Expert opinion vs. patient perception of obstetrical outcomes in labouring women with birth plans. *The Journal of Reproductive Medicine*, 55(12), 31-35.
- Green, J., & Hotelling, B. (2014). Healthy birth practice #3: bring a loved one, friend, or doula for continuous support. *The Journal of Perinatal Education*, 23(4), 194-197. doi:10.1891/1058-1243.23.4.194
- Green, J., Coupland, V., Kitzinger, J. (1990). Expectations, experiences and psychological outcomes of childbirth: a prospective study of 825 women. *Birth*, 17, 15-24.
- Grignaffini, A., Soncini, E., Riccò, R., & Vadora, E. (2000). Childbirth preparation courses: obstetrical and neonatal evaluation. *Acta Bio-Medica de L'ateneo Parmense: Organo della Società di Medicina e Scienze Naturali di Parma*, 71, 1701-707
- Hadar, E., Raban, O., Gal, B., Yogev, Y., & Melamed, N. (2012). Obstetrical outcome in women with self-prepared birth plan. *Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 25(10), 2055-2057. doi:10.3109/14767058.2012.678438
- Hildingsson II, Cederlöf L, Widén S (2011). Fathers' birth experience in relation to midwifery care. *Women Birth*. 24(3), 129-36. doi: 10.1016/j.wombi.2010.12.003.
- Hodnett, E. (2002). Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: A systematic review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 186, 160-172.
- Hollins Martin, C. J., & Robb, Y. (2013). Women's views about the importance of education in preparation for childbirth. *Nurse Education in Practice*, 13(6), 512-518. doi:10.1016/j.nepr.2013.02.013

- Hotelling B., Gordon H. (2014). *How to Become Mother-Friendly Policies & Procedures for Hospitals, Birth Centers, and Home Birth Services*. ISBN 139780826129765
- Hotelling, B. (2007). The Coalition for Improving Maternity Services: Evidence Basis for the Ten Steps of Mother-Friendly Care. *Journal of Perinatal Education*, 16(2), 38-43, doi: 10.1624/105812407X197744
- Kaufman, T. (2007). Evolution of the birth plan. *The Journal of Perinatal Education*, 16(3), 47-52. doi:10.1624/105812407X217985
- Kimber, L., McNabb, M., Mc Court, C., Haines, A., Brocklehurst, P. (2008). Massage or music for pain relief in labour: a pilot randomised placebo controlled trial. *European Journal of Pain*. 12, 961-969. doi: 10.1016/j.ejpain.2008.01.004.
- Kitzinger, S. (1992). Sheila Kitzinger's letter from England: Birth Plans. *Birth*, 19, 36-37.
- Kitzinger, S. (1995). *A experiência do parto*. Lisboa: Instituto Piaget. ISBN 9789728245252
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort Theory and Practice - A Vision for Holistic Health Care and Research*. Springer Publishing Company. New York
- Kuo, S., Lin, K., Hsu, C., Yang, C., Chang, M., Tsao, C., & Lin, L. (2010). Evaluation of the effects of a birth plan on Taiwanese women's childbirth experiences, control and expectations fulfilment: a randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 47(7), 806-814. doi:10.1016/j.ijnurstu.2009.11.012
- Lawrence, A., Lewis, L., Hofmeyr, G. J., & Styles, C. (2013). Maternal positions and mobility during first stage labour. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10, CD003934. doi:10.1002/14651858.CD003934.pub4
- Lei n.º 142/99 de 31 de agosto. *Diário da República n.º 203/1999 - I Série-A*
- Lei n.º 15/2014 de 21 de março. *Diário da República n.º 57/2014 – I Série*.
- Lima da Motta, C., & Crepaldi, M. (2005). O pai no parto e apoio emocional: a perspectiva da parturiente. *A Perspectiva da Parturiente. Paidéia*, 15(30), 105-118
- Liu, Y., Chang, M., & Chen, C. (2010). Effects of music therapy on labour pain and anxiety in Taiwanese first-time mothers. *Journal of Clinical Nursing*, 19(7-8), 1065-1072. doi:10.1111/j.1365-2702.2009.03028.x
- Lopes, M. (2016). Plano de Parto. In M. Nené, R. Marques, M.A. Batista (coord.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp 152-157). Lisboa, Portugal: Lidel
- Lopes, M.J., (1999). *Conceções de enfermagem e desenvolvimento sócio-moral: alguns dados e implicações*. Lisboa. Associação Portuguesa de Enfermeiros.

- Lopezosa, P., Borrego, M.A., Villanueva, M.C. (2013). Are birth plans associated with improved maternal or neonatal outcomes? *The American Journal of Maternal Child Nursing*. 38(3),150-6.
- Lothian, J. (2000). The birth plan revisited. *The Journal of Perinatal Education*, 9(2), viii-xi.
- Lothian, J. (2006). Birth plans: the good, the bad, and the future. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing: JOGNN*, 35(2), 295-303
- Lothian, J. (2008). The Journey of Becoming a Mother. *The Journal of Perinatal Education*. 17 (4), 43-47.
- Lothian, J. (2009). Safe, healthy birth: what every pregnant women needs to know. *The Journal of Perinatal Education*, 18(3), 48-54.
- Lothian, J. (2014). Healthy birth practice #4: avoid interventions unless they are medically necessary. *The Journal of Perinatal Education*, 23(4), 198-206. doi:10.1891/1058-1243.23.4.198
- Loureiro, L. (2006). Adequação e Rigor na Investigação Fenomenológica em Enfermagem – Crítica, Estratégias e Possibilidades. *Referência*. II série, n.º 2
- Lundgren, I., Berg, M., & Lindmark, G. (2003). Is the childbirth experience improved by a birth plan? *Journal of Midwifery & Women's Health*, 48(5), 322-328.
- Marcelino, C., Torres, J., Amador, S., Serrão, I., Sales, A., Santos, M. A., ... Riso, R. (2018). Projeto de Lei 872/XIII. Regime de proteção na pré concepção, na procriação medicamente assistida, na gravidez, no parto, no nascimento e no puerpério. Recuperado de <http://www.parlamento.pt/ActividadeParlamentar/Paginas/DetalleIniciativa.aspx?BID=42609>
- Martins, A. (2006). A vivência do pai na sala de partos: perspectiva do acompanhante. *Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras*. 7, 43-46.
- Mehdizadeh, A., Roosta, F., Chaichian, S., & Alaghebandan, R. (2005). Evaluation of the impact of birth preparation courses on the health of the mother and the newborn. *American Journal of Perinatology*, 22(1), 7-9.
- Mei, J., Afshar, Y., Gregory, K., Kilpatrick, S., & Esakoff, T. (2016). Birth Plans: What Matters for Birth Experience Satisfaction. *Birth* (Berkeley, Calif.), 43(2), 144-150. doi:10.1111/birt.12226.
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory. Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company.

- Ministerio de Sanidad y Política Social (2010). *Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal*. Espanha: Autor.
- Monteiro, R. (2005). *O que dizem as mães: mulheres trabalhadoras e suas experiências*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Morgado, C., Pacheco, C., Belém, C., Nogueira, M. (2010). Efeito da variável preparação para o parto na antecipação do parto pela grávida: estudo comparativo. *Revista Referência*. II Série, 12, 17-27.
- Movimento nascer melhor. (2009). *Os 10 princípios de Viana*. Recuperado de <http://parirempaz.blogs.sapo.pt/movimento-nascer-melhor-365443>
- Nolan, M. L. (2009). Information giving and education in pregnancy: a review of qualitative studies. *The Journal of Perinatal Education*, 18(4), 21-30. doi:10.1624/105812409X474681
- Nunes, L. (2013). Considerações éticas a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem. Departamento de Enfermagem. Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde.
- Oliveira, C. S. (2013). Conforto e Bem-Estar enquanto conceitos em uso em Enfermagem. *Pensar Enfermagem*, 17(2), 2º semestre
- Oliveira, F., Leal, G., Wolff, G., & Gonçalves, L. (2015). The use of Bologna Score to assess normal labour care in maternities. *Revista Gaucha de Enfermagem*, 36, 177-184. doi:10.1590/1983-1447.2015.esp.56940
- Ondeck, M. (2014). Healthy birth practice #2: walk, move around, and change positions throughout labour. *The Journal of Perinatal Education*, 23(4), 188-193. doi:10.1891/1058-1243.23.4.188
- Ordem dos Enfermeiros & Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras. (2012). *Pelo Direito ao Parto Normal. Uma Visão Partilhada*. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2012a). Mesa do Colégio da Especialidade de Saúde Materna e Obstétrica. *Parecer n.º 7/2012. Plano de Parto*. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2012b). Mesa do Colégio da Especialidade de Saúde Materna e Obstétrica. *Parecer n.º 11/2012. Número mínimo de sessões de Preparação para o Parto*. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.

- Ordem dos Enfermeiros. (2012c). Mesa do Colégio da Especialidade de Saúde Materna e Obstétrica. *Recomendação n.º 2/2012. Recomendações para a Preparação para o Nascimento*. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2013a). *15 propostas para melhorar a eficiência no sistema nacional de saúde. Contributos da ordem dos enfermeiros*. Lisboa, Portugal: Autor.
- Ordem dos Enfermeiros. (2013b). Mesa do Colégio da Especialidade de Saúde Materna e Obstétrica. *Recomendação n.º 38/2013. Relatório da Equipa Regional de Apoio e acompanhamento – ERA sobre os programas de saúde abrangidos pelas UCC da ARSLVT, nomeadamente o curso de Preparação para o Parto e Parentalidade/Proposta e Sugestão*. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2014). Mesa do Colégio da Especialidade de Saúde Materna e Obstétrica. *Recomendação n.º 1/2014. Recomendações para os Cursos de recuperação Pós-Parto*. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Livro de Bolso. Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica/parteiros*. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2016). Mesa do Colégio da Especialidade de Saúde Materna e Obstétrica. *Parecer n.º 04/2016. Sessão e tempos de duração dos cursos de preparação para o nascimento e curso de recuperação pós-parto*. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Assembleia do Colégio da Especialidade de Saúde Materna e Obstétrica. *Padrão de Documentação & Core de Indicadores baseados no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.
- Organização Mundial da Saúde. (2016). *Recomendações da OMS sobre cuidados pré-natais para uma experiência positiva na gravidez*. WHO/RHR/16.12
- Organização Mundial de Saúde (2015). Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas. WHO/RHR/15.02
- Organización Mundial de la Salud. (1985). Recomendaciones de la OMS sobre el nacimiento: Declaración de Fortaleza. Tecnologia apropiada para el parto. *Lancet*, 2, 436-7
- Pedro, L., Oliveira, S. (2016). A Dor no Trabalho de Parto. In M. Nené, R. Marques, M.A. Batista (coord.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp 411-415). Lisboa, Portugal: Lidel.
- Pennell, A., Salo-Coombs, V., Herring, A., Spielman, F., & Fecho, K. (2011). Anaesthesia and analgesia-related preferences and outcomes of women who have birth plans. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 56(4), 376-381. doi:10.1111/j.1542-2011.2011.00032.x

- Pereira, M. (2010). *A importância atribuída pelos Enfermeiros ao empowerment dos doentes na relação terapêutica enfermeiro-doente*. Lisboa. Dissertação de Mestrado de Comunicação em Saúde. Lisboa. Recuperado de <http://repositorioaberto.univab.pt/bitstream/10400.2/1666/1/MonicaPereira04MAI2010.pdf>
- Pereira, M. (2016a). Preparação para o Nascimento e Parentalidade. In M. Nené, R. Marques, M.A. Batista (coord.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp 152-157). Lisboa, Portugal: Lidel.
- Pereira, M. (2016b). Métodos de Preparação para o Nascimento e Parentalidade. In M. Nené, R. Marques, M.A. Batista (coord.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp 158-162). Lisboa, Portugal: Lidel.
- Pérez Ramos, J.F. (s.d.). Revisión bibliográfica Planes de Parto y Nacimiento. Recuperado de https://www.sergas.es/Docs/EnPortada/Eventos/ponencias_xorperiVI/5.pdf
- Phumdoung, S., & Good, M. (2003). Music reduces sensation and distress of labor pain. *Pain Management Nursing: Official Journal of the American Society of Pain Management Nurses*, 4(2), 54-61
- Pinheiro, A. (2016). Promoção do Parto Normal. In M. Nené, R. Marques, M.A. Batista (coord.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp 158-162). Lisboa, Portugal: Lidel.
- Polit, D.F., Beck, C.T., Hungler, B.P. (2004). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. Artmed. 5ª edição. Porto-Alegre.
- Pordata (2017a). Taxa de mortalidade perinatal e neonatal. Recuperado de <https://www.pordata.pt/Portugal/Taxa+de+mortalidade+perinatal+e+neonatal-529>
- Pordata (2017b). Cesarianas nos hospitais. Recuperado de [https://www.pordata.pt/Portugal/Cesarianas+nos+hospitais+\(percentagem\)-1985](https://www.pordata.pt/Portugal/Cesarianas+nos+hospitais+(percentagem)-1985)
- Pordata (2017c). Partos nos hospitais oficiais: total e por tipo. Recuperado de <https://www.pordata.pt/Portugal/Partos+nos+hospitais+oficiais+total+e+por+tipo-1514-67744>
- Pordata (2017d). Partos nos hospitais privados: total e por tipo. Recuperado de <https://www.pordata.pt/Portugal/Partos+nos+hospitais+privados+total+e+por+tipo-1561>
- Pordata (2017e). Partos nos hospitais: total e por tipo. Recuperado de <https://www.pordata.pt/Portugal/Partos+nos+hospitais+total+e+por+tipo-1509>
- Regulamento n.º 127/2011 de 18 de fevereiro. *Diário da República n.º 3 - 2ª Série*.

Resolução da Assembleia da República n.º 175/2017 de 2 de agosto. *Diário da República n.º 148 - 1ª Série*

Sakala, C., & Corry, M. (2008). *Evidence-based maternity care: what it is and what it can achieve*. New York: Milbank Memorial Fund. Recuperado de <http://www.nationalpartnership.org/research-library/maternal-health/evidence-based-maternity-care.pdf>

Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. (2013) Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 8. Art. No.: CD004667. DOI: 10.1002/14651858.CD004667.pub3

Santos, M. (2007). *Preparação para o Parto – Promoção do Bem-Estar da Parturiente através da preparação para o parto*. (Dissertação de Mestrado). Departamento de Psicologia da Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade do Algarve.

Sato, S., & Umeno, Y. (2011). The relationship between the recognition of postpartum mothers' birth plan and the degree of satisfaction with delivery. *Journal of Japan Academy of Midwifery*, 25(1), 27-35.

Sheridan, C., Oyeye, I.Y., Sullivan, K., Greene, R., Higgins, J. (2011). Comparing birth plan preferences among Irish and Nigerian women. *British Journal of Midwifery* 19(3),172-177 doi: 10.12968/bjom.2011.19.3.172

Silva, F., Oliveira, S., & Nobre, M. (2009). A randomised controlled trial evaluating the effect of immersion bath on labour pain. *Midwifery*, 25(3), 286-294

Silva, T. (2012). Assistência ao parto: significados para as mulheres. *Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras*, 12, 29-33

Simkin, P. (1991). Just another day in a woman's life? Women's long-term perceptions of their first birth experience: Part I. *Birth*, 18, 203-210

Simkin, P. (1992). Just another day in a woman's life? Part II: Nature and consistency of women's long-term memories of their first birth experiences. *Birth* (Berkeley, Calif.), 19(2), 64-81.

Simkin, P. (2007). Birth Plans: After 25 years, women still want to be heard. *Birth*, 34(1), 49-51

Smyth, S., Spence, D., & Murray, K. (2015). Does antenatal education prepare fathers for their role as birth partners and for parenthood? *British Journal of Midwifery*, 23(5), 336-342.

Stadlmayr, W., Amsler, F., Lemola, S., Stein, S., Alt, M., Burgin, D., ... Bitzer, J. (2006). Memory of childbirth in the second year: the long-term effect of a negative birth experience and its modulation by the perceived intranatal relationship with caregivers. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 27(4), 211-24.

- Stiles, W. (1993). Quality Control - Qualitative Research. *Clinical Psychology Review*, 13, 593-618.
- Storti, J. (2004). *O papel do acompanhante no trabalho de parto e parto: expectativas e vivências do casal* (Dissertação de Mestrado). Escola de enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- Streubert, H.J., & Carpenter, D.R. (2013). *Investigação Qualitativa em Enfermagem. Avançando o Imperativo Humanista*. Lusodidacta, 5ª edição, Loures, ISBN: 978-989-8075-34-5
- Supporting Healthy and Normal Physiologic Childbirth: A Consensus Statement by ACNM, MANA, and NACPM. (2013). *The Journal of Perinatal Education*, 22(1), 14-18. doi:10.1891/1058-1243.22.1.14.
- Taghinejad, H., Delpisheh, A., & Suhrabi, Z. (2010). Comparison between massage and music therapies to relieve the severity of labor pain. *Women's Health* (London, England), 6(3), 377-381. doi:10.2217/whe.10.15
- Too, S. (1996). Do birth plans empower women? A study of their views. *Nursing Standard*, 10, 33-37.
- Vila-Candel R, Mateu-Ciscar C, Bellvis-Vázquez E, Planells-López E, Requena-Marín M, Gómez-Sánchez M. (2015). Influencia del programa de educación maternal en el cambio de preferencias del plan de parto en gestantes del Departamento de Salud de la Ribera. *Matronas Profesión*. 16(1), 11-19.
- Villar J., Valladares E., Wojdyla D., Zavaleta, N., Carroli, G., Velazco, A., ... Acosta, A. (2006) Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO survey on maternal and perinatal health in Latin America. *Lancet*, 367, 1819-29.
- Waldenstrom, U., Hildingsson, I., Rubertsson, C., Radestad, I. (2004). A negative birth experience: prevalence and risk factors in a national sample. *Birth*. 31(1), 17-27.
- Whitford, H., Entwistle, V., Teijlingen, E., Aitchison, P., Davidson, T., Humphrey, T., & Tucker, J. (2014). Use of a Birth Plan within Woman-held Maternity Records: A Qualitative Study with Women and Staff in Northeast Scotland. *Birth: Issues in Perinatal Care*, 41(3), 283-289. doi:10.1111/birt.12109.
- Wier, J. (2008). Informed consent and the birth plan. *The practising midwife*. 11(7), 17-18.
- World Health Organization (1996). *Care in Normal Labour: A Practical Guide*. Geneva. WHO/FRH/MSM/96.24.
- World Health Organization (2005). *World health report 2005: Make every mother and child count*. Geneva, Suíça: Autor.

- World Health Organization (2007). *Fatherhood and health outcomes in Europe*. Recuperado de <http://www.euro.who.int/data/assets/pdfbyte/0017/69011/E91129.pdf>
- World Health Organization (2010). *Relatório Mundial da Saúde. O Financiamento da Cobertura Universal*. Recuperado de <http://www.who.int/eportuguese/publications/WHR2010.pdf>
- World Health Organization (2015). *Sexual and reproductive health. WHO statement on caesarean section rates. Executive summary*. WHO/RHR/15.02: 1-8
- World Health Organization (2018). *WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience*. ISBN 978-92-4-155021-5
- Yam, E., Grossman, A., Goldman, L., & García, S. (2007). Introducing birth plans in Mexico: an exploratory study in a hospital serving low-income Mexicans, *Birth*, 34(1), 42-48

APÊNDICES

APÊNDICE I

GUIÃO DA ENTREVISTA

GUIÃO DA ENTREVISTA

ELEMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO

DA MÃE ♀	DO PAI ♂
<p>1. Dados Biográficos:</p> <p>1º Nome: _____</p> <p>Idade mãe: _____ (anos)</p> <p>Contacto: _____</p> <p>Estado civil:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Solteira<input type="radio"/> Casada<input type="radio"/> Divorciada/Separada/Viúva<input type="radio"/> Regime de Coabitação <p>Agregado familiar:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Só com o companheiro<input type="radio"/> Com companheiro e familiares<input type="radio"/> Sem o companheiro <p>Escolaridade:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Secundário (até ao 12º ano)<input type="radio"/> Bacharelato<input type="radio"/> Licenciatura<input type="radio"/> Mestrado<input type="radio"/> Doutoramento<input type="radio"/> Outro _____ <p>Estado Ocupacional:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Estudante<input type="radio"/> Doméstica<input type="radio"/> Desempregada<input type="radio"/> Empregada <p>2. História Obstétrica:</p> <p>Idade gestacional: _____ (semanas)</p> <p>Paridade:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Primípara<input type="radio"/> Multípara	<p>1. Dados Biográficos:</p> <p>1º Nome: _____</p> <p>Idade pai: _____ (anos)</p> <p>Contacto: _____</p> <p>Estado civil:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Solteiro<input type="radio"/> Casado<input type="radio"/> Divorciado/Separado/Viúvo<input type="radio"/> Regime de Coabitação <p>Agregado familiar:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Só com a companheira<input type="radio"/> Com companheira e familiares<input type="radio"/> Sem a companheira <p>Escolaridade:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Secundário (até ao 12º ano)<input type="radio"/> Bacharelato<input type="radio"/> Licenciatura<input type="radio"/> Mestrado<input type="radio"/> Doutoramento<input type="radio"/> Outro _____ <p>Estado Ocupacional:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Estudante<input type="radio"/> Doméstico<input type="radio"/> Desempregado<input type="radio"/> Empregado

Dia da entrevista ___/___/_____ Local da entrevista _____

Início da entrevista _____ Fim da entrevista _____

(Dirigir-me aos entrevistados pelo seu nome próprio)

Tema/Domínio	Questões norteadoras (dirigidas à Mãe e ao Pai)
Valores/significados atribuídos ao parto	<ol style="list-style-type: none">1. Como compreende o TP? Tem alguns valores fundamentais, objetivos ou medos relacionamos com o parto? Sabe a razão desses sentimentos?2. Acha que o trabalho de parto é um fenómeno normal/fisiológico ou associado a muitos riscos?3. Tem preferência pelo tipo de parto? (vaginal, CSA) Porquê?4. Que estratégias considera que podem contribuir para o parto normal? Considera-se informada/o sobre as melhores evidências que conduzem aos melhores resultados obstétricos ou é um assunto que gostavam de discutir melhor?5. O que é que consideram que é mesmo importante, no momento do vosso parto? para além da segurança de todo o processo?
Ambiente	<ol style="list-style-type: none">6. Se pudesse escolher, de que forma idealiza o vosso parto? Como seria o ambiente que mais lhe agradaria?7. Quem pensa escolher para a acompanhar? O que espera dessa pessoa nos diversos momentos?8. Mãe, sendo os sentimentos de confiança e segurança da mulher fundamentais no Trabalho de Parto/Parto, que estratégias pensa que tem e que podem ser úteis para potenciar estes sentimentos?9. Pai de que forma acha que pode contribuir para aumentar estes sentimentos? Como se sente enquanto elemento participativo no processo do parto? É fácil, é difícil, é estranho, qual o papel que pensa esperarem de si? A sociedade, a família, a Mãe, o seu bebé...?
Medidas de conforto	<ol style="list-style-type: none">10. Mãe como pensa encontrar conforto entre as contrações? Que recursos acha que precisará? O que é que consegue pôr confortável e relaxar? Considera que pode usar essa(s) estratégia(s) no seu TP?11. Pai de que forma pensa e/ou sabe que pode contribuir para o conforto e relaxamento da Mãe para fazer face às contrações?
Recetividade às intervenções durante o Trabalho de Parto	<ol style="list-style-type: none">12. Há alguma intervenção específica durante o Trabalho de Parto que gostasse de ter? (por exemplo: analgesia epidural, observações vaginais, enemas limpeza intestino, soros, não comer ou beber, CTG contínuo, episiotomia...)13. E de evitar? Porquê?
Contacto precoce com o bebé	<ol style="list-style-type: none">14. Como idealiza o seu primeiro contato com o bebé?15. O que gostaria de fazer ou que lhe fosse facilitado fazer nesse momento? (pele a pele, amamentação imediata, estar sempre a ver e a ouvir o bebé, o pai acompanhar todos os cuidados ao bebé, ...)

<p>Conhecimento e valor atribuído ao Plano de Preferências para o Nascimento</p>	<p>16. Considera que pensar antecipadamente e expor a sua expectativa aos profissionais de saúde relativamente ao vosso parto, pode influenciá-lo? Em que aspetos?</p> <p>17. Se fossem convidados para um momento de reunião individual com o enfermeiro EESMO para discutir especificamente as vossas preferências de parto e a sua exequibilidade, o que gostariam de conversar?</p> <p>18. Quais seriam as ideias/vontades que considera serem mais importantes transmitir aos profissionais que vos vão acompanhar no Trabalho de Parto, para que estes possam promover a vossa satisfação e realização com o parto?</p> <p>19. O que pensa ser um plano de parto, ou melhor, um plano de preferências para o nascimento? Já ouviu falar? Onde e por quem?</p> <p>20. Na sua opinião quais são as vantagens de pensar um plano de preferências para o nascimento? E desvantagens?</p>
--	--

Muito obrigada pela vossa contribuição

APENDICE II

CONSENTIMENTO INFORMATO

CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO

O meu nome é Marlene Isabel Lopes, sou Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e trabalho na Maternidade Dr. Daniel de Matos.

Encontro-me a frequentar o VII Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Neste âmbito, pretendo desenvolver um estudo que descreva e identifique a expectativa do casal sobre o Plano de Preferências para o Nascimento, pelo que gostaria de solicitar a vossa colaboração para a realização da presente entrevista.

Gostaria de agradecer o vosso contributo e participação que são fundamentais não só para a elaboração do presente estudo, mas também para a promoção da capacitação e do empoderamento dos casais durante o trabalho de parto/parto, aspeto promotor de pais, crianças e famílias saudáveis e estruturadas. Os benefícios obtidos relacionam-se com o melhor conhecimento da expectativa dos casais com a sua experiência de parto e a possibilidade da melhoria da qualidade dos cuidados.

Saliento o carácter anónimo e voluntário da Vossa participação, sublinhando que os dados obtidos da Vossa entrevista são confidenciais e não serão utilizados para outro fim que não seja o estudo em causa, solicitando o vosso consentimento.

CONTACTOS

Marlene Isabel Lopes

E-mail: marlenelopes78@gmail.com

TLM: 966 471 879

Nós, abaixo-assinado, declaramos que aceitamos participar no estudo: “A expectativa do casal sobre o Plano de Preferências para o Nascimento” tendo como referência a informação que nos foi fornecida e clarificada através deste documento:

- * O uso da informação que partilhamos é apenas para este estudo e não será facultada a outras pessoas que não estejam diretamente implicadas;
- * Os dados serão recolhidos através de entrevista gravada para a qual autorizamos a utilização de gravador, sendo o material posteriormente destruído;
- * Após a colheita de dados teremos o direito a ler a entrevista transcrita podendo retificar alguma declaração;
- * A decisão de participação no estudo é voluntária, ficando deste modo salvaguardado o nosso direito a recusa em qualquer momento, ao longo do processo de investigação;
- * A nossa privacidade e anonimato serão salvaguardados ao longo do estudo;
- * Em caso de dúvida e/ou necessidade de informação adicional, poderemos contactar a autora do trabalho cuja identificação e contacto nos foi fornecido.

Data ____/____/____

Assinatura dos Entrevistados

Assinatura do Entrevistador
