

O “PLANO DO MEU PARTO” COMO PONTO DE PARTIDA PARA A  
PREPARAÇÃO PARA O PARTO.

Dissertação de mestrado

Cátia Manuela da Silva Almeida



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

O “PLANO DO MEU PARTO” COMO PONTO  
DE PARTIDA PARA A PREPARAÇÃO PARA O  
PARTO.

THE "MY BIRTH PLAN" AS A STARTING POINT  
FOR BIRTH PREPARATION.

Dissertação orientada pela Professora Doutora  
Alexandrina Cardoso e coorientada pela Mestre  
Clara Aires.

Autora: Cátia Manuela Silva Almeida

Porto, 2024



“Os **enfermeiros**...São homens e mulheres que optaram por dizer «sim» a uma vocação específica: ser bons samaritanos que se ocupam da vida e das feridas do próximo.”

Papa Francisco, 2020  
Mensagem do Papa Francisco a enfermeiros e obstetras no Dia Internacional da Enfermeira



## AGRADECIMENTOS

A elaboração da presente dissertação de mestrado corresponde ao culminar de mais um dos meus percursos académicos. Este foi preenchido por diversos momentos de aprendizagem, quer académica quer pessoal, que, sem dúvida, não teriam sido igualmente vivenciados sem a orientação e acompanhamento de um leque de pessoas fundamentais, às quais pretendo agradecer este meu caminho.

Aos meus pais, por todo o apoio incondicional, amor, dedicação, esforço e paciência ao longo destes 24 anos. Por me sempre permitirem sonhar e seguir com todas as minhas vontades.

Ao meu padrinho por todo o amparo que me dá nos dias mais difíceis e por todos os abraços que me dá nos dias mais fáceis.

A Ti. Razão pela qual iniciei este percurso e tive forças para o terminar. Por todos os exemplos que me deste. Por todos os sentimentos que hoje nutro por ti.

Ao Luís por todo o carinho, ajuda, preocupação e sorrisos. Por ter sempre tornado solarengo os dias mais cinzentos.

A toda a minha família que sempre me acompanhou.

A todos os meus amigos que sempre me apoiaram e me deram forças para continuar.

A todos os professores da ESEP por todo este bonito caminho de aprendizagem.

A todos os professores deste mestrado que, ao terem cruzado o meu caminho, tornaram-no mais enriquecedor.

À Enfermeira Clara Aires por toda a disponibilidade e apoio ao longo deste processo, que tendo sido incerto por vezes, foi uma mais-valia.

À Professora Doutora Alexandrina Cardoso que, desde o primeiro dia, me encorajou a seguir este caminho, e que, por muito que tenha sido inesperado, referiu que seria o caminho que estava guardado para mim. Por todas as palavras de encorajamento e tranquilidade nos momentos mais instáveis. E pelo sorriso característico que acalmou muitas dúvidas.

Por fim, a ELES que, ao longo da minha vida, sempre foram as estrelas no meu caminho, o guia nas minhas escolhas e a oração nos momentos de desânimo. Por toda a fé, força e alento.

Todos os que cruzaram o meu caminho sintam-se dedicados com esta dissertação, pois, de uma forma ou de outra, fizeram de mim aquilo que sou hoje, uma mulher feliz e orgulhosa do meu percurso e dedicada para o caminho que ainda falta desbravar, sempre com a vossa presença.

Muito Obrigada.



## **SIGLAS E ACRÓNIMOS**

ACNM – American College of Nurse-Midwives

ACOG – American College of Obstetricians and Gynaecologists

APDMGP – Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher

CIPE® – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CPP – Classificação Portuguesa das Profissões

EEESMO – Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

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

NANDA – North American Nursing Diagnosis Association

OMS – Organização Mundial da Saúde

PP – Plano para o Parto

PQCEESMO – Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

RCOG – Royal College of Obstetricians and Gynaecologists

SPSS® – Statistical Package for the Social Science

TP – Trabalho de Parto

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

ULSM – Unidade Local de Saúde de Matosinhos

WMA – World Medical Association

WHO – World Health Organization



## RESUMO

**Introdução:** Plano para o parto, ferramenta possibilitadora do envolvimento da grávida, proporciona controlo e satisfação no parto. Preparação para o parto, programa de saúde caracterizado por intervenções implementadas para melhorar as condições para a grávida lidar com o trabalho de parto. É realizado para melhorar os desfechos materno-fetais e ter uma experiência de parto positiva. Assim, surge a possibilidade do plano para o parto auxiliar no planeamento de cuidados da grávida, que participa no programa de preparação para o parto.

**Objetivo:** Contributo para a qualidade dos cuidados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, na preparação para o parto, tendo em conta a recolha de dados realizada através do plano para o parto. Portanto, será que a utilização do plano para o parto poderá constituir um recurso de recolha de dados relevante para a conceção de cuidados centrada nas necessidades específicas da mulher?

**Metodologia:** Estudo misto e transversal. Utiliza 2 processos para tratamento de dados: análise quantitativa e qualitativa, respetivamente, SPSS® e análise de conteúdo de Bardin. Critérios de inclusão: grávida sem início do programa de preparação para o parto; mais de 18 anos; e saber ler e escrever português. Na recolha de dados utilizou-se 2 instrumentos: questionário de caracterização sociodemográfica/obstétrica; e “O Plano do meu Parto”.

**Resultados:** 43 participantes, entre 21 e 45 anos e média de 33 anos de idade. Uma vive sozinha e as restantes vivem com o pai do/a bebé. A maioria possui ensino superior. O “Plano do meu parto” organiza-se entre 6 dimensões de expectativas. Os fatores mais relevantes para uma experiência de parto positiva foram: Ter informação da evolução do trabalho de parto e de como o bebé está a reagir; Contacto pele com pele com a mãe logo que possível após o parto; Bebé inicie a primeira mamada quando prontidão para mamar; Ter orientação na posição mais favorável para a evolução do trabalho de parto; Ser realizado o exame vaginal quando necessário ou a pedido; e Ter privacidade durante o trabalho de parto.

**Conclusão:** O "Plano para o meu parto" contribui efetivamente para a identificação das expectativas da mulher para o seu próprio parto, permite guiar a conceção e implementação dos cuidados ao longo da preparação para o parto. Para além disso, melhora a reflexão e participação nas tomadas de decisão e proporciona um planeamento de cuidados individualizado.

**Palavras-chaves:** Plano para o Parto; Preparação para o Parto; Transição; Conceção de Cuidados;



## ABSTRACT

**Introduction:** Birth plan, a tool that enables the pregnant woman to be involved and provides control and satisfaction during birth. Birth Preparation, a health programme characterized by interventions implemented to improve the conditions for the pregnant woman to cope with labour. It is carried out in order to improve maternal-fetal outcomes and have a positive birth experience. This raises the possibility of the birth plan assisting in the care planning of the pregnant woman taking part in the birth preparation program.

**Objective:** Contribution to the quality of care in Maternal and Obstetric Health Nursing, in birth preparation, taking into account the collection of data through the birth plan. Therefore, could the use of the birth plan be a relevant data collection resource for designing care centered on women's specific needs?

**Methodology:** Mixed, cross-sectional study. It uses 2 processes for data processing: quantitative and qualitative analysis, respectively, SPSS® and Bardin's content analysis. Inclusion criteria: pregnant woman who had not started the birth preparation program; over 18 years old; and could read and write Portuguese. Two instruments were used to collect data: a sociodemographic/obstetric characterization questionnaire; and "My Birth Plan".

**Results:** 43 participants, aged between 21 and 45, with an average age of 33. One lives alone and the others live with the baby's father. Most had higher education. The "My birth plan" is organized into 6 dimensions of expectations. The most relevant factors for a positive birth experience were: Having information on the progress of labor and how the baby is reacting; Skin-to-skin contact with the mother as soon as possible after delivery; Baby starts the first feed when ready to suckle; Guidance on the most favorable position for the progress of labor; Vaginal examination when necessary or on request; and Privacy during labor.

**Conclusion:** The "My Birth Plan" effectively contributes to the identification of women's expectations for their own labor and helps guide the design and implementation of care throughout the birth preparation. It also improves reflection and participation in decision-making and provides individualized care planning.

**Keywords:** Birth plan; Birth Preparation; Transition; Conception of Care;



# ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>23</b>
<b>1. O PARTO COMO EVENTO CRÍTICO DA TRANSIÇÃO PARENTAL.....</b>	<b>25</b>
1.1. Preparação para o parto: condição facilitadora da transição.....	26
1.2. Preparar-se para o parto.....	27
1.2.1. Plano para o parto.....	29
1.3. Conceção de cuidados: da identificação das necessidades, às intervenções para lhe dar resposta.....	33
1.3.1. Plano para o parto como estratégia de recolha de dados.....	34
<b>2. METODOLOGIA.....</b>	<b>37</b>
2.1. Justificação do estudo.....	37
2.2. Questões de investigação.....	38
2.3. Tipo de estudo.....	39
2.4. População e amostra.....	40
2.5. Recolha de dados.....	40
2.5.1. Instrumento de recolha de dados.....	41
2.6. Tratamento de dados.....	42
2.6.1. Operacionalização das variáveis.....	42
2.7. Considerações éticas.....	48
<b>3. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....</b>	<b>51</b>
3.1. Caracterização sociodemográfica.....	51
3.1.1. Caracterização da história obstétrica.....	53
3.2. Expectativas expressas no “Plano do meu parto”.....	55
3.3. Expectativas sobre os recursos a utilizar no parto.....	65
3.4. Dados e diagnósticos que emergiram do plano para o parto.....	70
<b>4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....</b>	<b>75</b>
<b>CONCLUSÕES.....</b>	<b>93</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIGRÁFICAS.....</b>	<b>95</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>101</b>
Anexo I - Modelo de consentimento informado.....	103
Anexo II - Questionário de variáveis sociodemográficas e obstétricas.....	105
Anexo III - “Plano do meu Parto”, segundo Cardoso et al. (2022).....	107



## ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Operacionalização das variáveis sociodemográficas.....	43
Quadro 2 - Operacionalização das variáveis obstétricas.....	43
Quadro 3 - Variáveis do plano para o parto .....	44
Quadro 4 - Fontes de informação .....	52
Quadro 5 - Profissões das participantes.....	53
Quadro 6 - Outros superpoderes para levar para o parto .....	66
Quadro 7 - Palavras encorajadoras .....	67
Quadro 8 - Elementos significativos .....	69
Quadro 9 - O que preciso para me sentir preparada .....	70
Quadro 10 - Diagnósticos de enfermagem do domínio dos significados .....	71
Quadro 11 - Diagnósticos de enfermagem do domínio do conhecimento sobre.....	72
Quadro 12 - Diagnósticos de enfermagem do domínio da capacidade sobre.....	73



## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica das participantes .....	52
Tabela 2 - Caracterização obstétrica das participantes .....	54
Tabela 3 - Caracterização da experiência de parto e significado atribuído .....	54
Tabela 4 - Expectativas relacionadas com os recursos internos - capacidades inatas .....	56
Tabela 5 - Expectativas relacionadas com o início e tipo de trabalho de parto .....	57
Tabela 6 - Expectativas relacionadas com o lidar com o trabalho de parto.....	58
Tabela 7 - Expectativas relacionadas com as estratégias para lidar com a dor de trabalho de parto.....	59
Tabela 8 - Expectativas relacionadas com os ambientes de parto.....	61
Tabela 9 - Expectativas relacionadas com as ações no pós-parto imediato .....	62
Tabela 10 - Nível de preparação percebido antes de iniciar o programa de preparação para o parto.....	62



## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Tonalidade das expectativas do "Plano do meu parto" .....	64
---	----



## INTRODUÇÃO

A gravidez e o parto correspondem a períodos de descoberta, de procura de informação, de reflexão e de escolhas. A preparação para o parto encerra em si uma procura de informação para tomada de decisões informadas. A reflexão e as escolhas realizadas durante este período vão sendo operacionalizadas num planeamento do parto. Portanto, um plano para o parto pode ser considerado uma estratégia relevante para estruturar a preparação para o parto de cada mulher. Assim, surgem os conceitos principais deste estudo.

O parto caracteriza-se por um processo abrupto, que provoca mudanças intensas na mulher num curto intervalo de tempo. Estas podem ser mudanças orgânicas/corporais como a intensificação da dor, mas também podem ser emocionais/comportamentais como a ansiedade e insegurança durante o trabalho de parto e alegria e surpresa no pós-parto imediato. O parto também é descrito pelo conjunto de processos fisiológicos completos que têm como resultado a expulsão do feto do útero da mulher, finalizando o período de gravidez. No conjunto de eventos inerentes ao parto, que tanto podem ser de rotina como inesperados, podem ocorrer condições de saúde imprevisíveis para a parturiente/puérpera e feto/recém-nascido, ou para ambos (WHO, 2017).

Devido a estas condições, o tornar-se mãe e o tornar-se pai é a transição que se destaca mais entre as restantes pois exige novas adaptações no que diz respeito às expectativas, sentimentos, comportamentos e preocupações (Cruz & Caromano, 2005).

A transição, enquanto conceito, tem vindo a sofrer várias alterações, quer nas ciências sociais quer nas próprias disciplinas da saúde. Assim, enfermagem, enquanto disciplina do conhecimento, tem assumido um papel fundamental na construção deste conceito contribuindo para a compreensão do mesmo e dos processos que lhe estão intimamente interligados (Kralik, 2006). Um desses exemplos é a Teoria das Transições, modelo conceptual deste estudo.

A preparação para o parto, enquanto serviço de saúde, pode ser definida como um programa de saúde no qual é concretizado um conjunto de intervenções, implementadas com o objetivo de melhorar as condições de saúde para lidar com o seu parto, e obter os melhores desfechos perinatais e uma experiência de parto positiva (Ordem dos enfermeiros, 2022). Esta tem como objetivo empoderar a mulher e a pessoa que ela escolheu para a acompanhar, identificando

inicialmente o nível de preparação, nomeadamente os significados, conhecimentos, capacidades e autoeficácia.

Segundo Hassanzadeh et al. (2019) as mulheres que frequentam a preparação para o parto estão mais conscientes com a dor no parto, usam menos medicamentos durante o trabalho de parto e são menos propensas a necessitar de um parto instrumentado.

Assim, o envolvimento da mulher durante este processo traduz-se numa tomada de decisão mais efetiva durante o parto e desempenha um papel importante na sua preparação física (Mohaghegh et al. 2023).

De acordo com Ahmadpour et al. (2022) o plano para o parto é uma ferramenta que possibilita este envolvimento e participação, proporcionando maior controlo e satisfação por parte da mulher no seu processo de parto.

Este planeamento do parto, realizado ao longo da gravidez, deve ser estruturado num documento escrito elaborado pela grávida com o intuito de expressar as suas preferências relativas ao parto. Com esta intervenção, a investigação tem demonstrado que o plano para o parto promove a educação, o empoderamento da mulher e a participação ativa e efetiva nos seus partos, contribuindo para uma experiência positiva (Garrett e Santos, 2021).

Atualmente, o “plano para o parto” já existe em uso nos cuidados. Todavia, como é que os enfermeiros usam e valorizam o plano para o parto? Será que o modo como é usado contribuiu para o empoderamento e preparação da mulher para o seu parto?

No sentido de conhecer melhor as respostas a estas questões, este estudo desenvolve-se almejando a obtenção de conhecimentos através da compreensão e interpretação desta realidade.

Estruturalmente o trabalho está dividido em três capítulos. O primeiro refere-se ao enquadramento teórico, no qual contemplará os conceitos-chave do estudo, bem como a exploração do estado da arte relativamente à temática. No segundo capítulo, está descrito o enquadramento metodológico com o propósito de justificar e explicar o paradigma inerente à investigação realizada e os seus processos, como a seleção dos participantes, os procedimentos, os instrumentos utilizados, as estratégias para recolha e análise de dados e as considerações éticas. Por fim, o terceiro capítulo engloba a apresentação, análise e discussão dos resultados e descobertas obtidas.

Assim, com este estudo pretende-se avançar com mais um passo no caminho da descoberta da importância da utilização do plano para o parto e inovar com conhecimento sobre a utilização do mesmo na conceção de cuidados durante a preparação para o parto.

## **1. O PARTO COMO EVENTO CRÍTICO DA TRANSIÇÃO PARENTAL**

Transição é um processo desencadeado por uma rutura no modo como a vida, ou parte dela, era entendida até ali. Existe a passagem de um estado estável para um estado instável. É um processo desencadeado por eventos críticos e mudanças individuais ou ambientais. Esta experiência inicia-se assim que a pessoa se começa a consciencializar e a antecipar as mudanças que irá sofrer (Meleis, 2010). Para que a transição ocorra é necessário que exista uma reformulação da própria identidade ao longo do tempo da mudança e adaptação (Kralik, 2006). Assim, transição para a maternidade, acontece quando a mulher passa de uma situação estável para um estado onde tem de adotar um novo papel e as mudanças a ele associadas, mudanças estas relacionadas com o assumir os cuidados a um filho de acordo com as suas expectativas e expectativas dos outros. Este processo é definido como uma transição do tipo desenvolvimental, visto que ocorre durante o desenvolvimento da vida da mulher e requer uma redefinição da mesma (Meleis, 2010). Insere se também no padrão da transição múltipla, pois a mulher vai necessitar de reformular vários aspetos da sua vida (Menezes & Lopes, 2007). Durante esta transição, a mulher, dentro de uma realidade desconhecida, vai vivenciar crises e tentar adquirir novas capacidades que a levarão a reestruturar os seus objetivos, comportamentos e responsabilidades, de forma a atingir um novo conceito de si no seu contexto social (Meleis, 2010).

A reflexão sobre este conceito, neste estudo, torna-se relevante, pois a procura de informação e a experimentação de um novo papel são estratégias que vão facilitar esta transição, como por exemplo, a preparação para o parto. De facto, à medida que a gravidez avança, o parto vai-se tornando cada vez mais real. O parto corresponde a um período curto da transição parental, mas é considerado crítico na medida em que se entrecruzam expectativas e realidades, o antes e o depois da gravidez, o confronto entre o filho imaginado e o filho real, e é o ponto charneira para a parentalidade.

O entendimento do parto na perspetiva da mulher é um tema complexo e multifacetado que envolve fatores biológicos, sociais, culturais e emocionais. A preparação e compreensão do parto por parte da mulher podem influenciar as suas escolhas, experiências e resultados do parto. De acordo com Hodnett et al. (2019), a perspetiva da mulher sobre o parto é moldada

pelas suas crenças, valores, experiências anteriores e interações com profissionais de saúde. As mulheres que se sentem informadas, envolvidas e apoiadas na tomada de decisão geralmente relatam uma experiência mais positiva e satisfatória. Para além disso, as mulheres consideram o parto como um processo natural e fisiológico, mas recebem a dor e as complicações, por isso desejam ter um parto seguro e saudável, mas também valorizam o controlo e a autonomia sobre o processo.

### **1.1. Preparação para o parto: condição facilitadora da transição**

A Teoria das Transições de Meleis proporciona linhas orientadoras para o entendimento da preparação para o parto como condição facilitadora da transição (Meleis et al., 2000).

A teoria das transições descreve a natureza das transições, as condições facilitadoras e inibidoras e os padrões de resposta que guiam as terapêuticas de enfermagem (Meleis et al., 2000). Durante os anos 60 do século passado, Afaf Meleis iniciou um processo de reflexão sobre a utilidade da teoria social das transições à realidade da Enfermagem. Meleis procurou direccionar o desenvolvimento das terapêuticas de enfermagem, para além da compreensão dos fenómenos inerentes às respostas a situações de saúde/doença. Esta evolução demonstrou que as terapêuticas de enfermagem tendem a antecipar, facilitar e melhorar as transições e, consequentemente, os resultados em saúde (Meleis et al., 2000).

A prática de enfermagem está intimamente relacionada com as transições que interferem com a saúde e, maioritariamente, são os enfermeiros que mais se envolvem e acompanham todo o processo através do planeamento, avaliação e prestação de cuidados (Harrison, 2004).

Assim, Meleis et al. (2010) referem que a principal missão dos enfermeiros é apoiar as pessoas que se encontram a vivenciar um processo de transição, com o objetivo de facilitar uma transição saudável.

## 1.2. Preparar-se para o parto

Na transição desenvolvimental vivenciada pela mulher, existem condições pessoais que podem interferir, quer positiva, quer negativamente com o desenrolar do processo. De acordo com Meleis et al. (2000), constituem exemplos: as condições pessoais; as crenças e atitudes culturais; as condições socioeconómicas; e a preparação e conhecimento. Para além destas, as condições da sociedade e da comunidade em que se insere também poderão ser facilitadoras ou inibidoras da transição (Meleis, 2010).

A preparação e conhecimento, segundo Meleis et al. (2000), facilitam a experiência de transição, pois saber o que esperar durante a mudança e quais as estratégias mais adequadas a utilizar promovem uma transição saudável. Em contrapartida, a falta destas condições pode ser um fator inibidor.

Uma preparação adequada implica tempo suficiente para que a pessoa possa assumir, gradualmente, a responsabilidade e adquirir novas competências. Um dos aspetos para que este processo ocorra de forma mais facilitadora é através da preparação e conhecimento (Meleis, 2010). Durante a gravidez, esta preparação e conhecimento podem advir da preparação para o parto. Enquanto serviço de saúde, a preparação para o parto é definida como um programa de saúde concebido e implementado pelo EEESMO, que visa desenvolver, na mulher e na pessoa significativa, significados facilitadores, conhecimentos, capacidades, autoeficácia e consciencialização da relação entre os seus recursos e a evolução do trabalho de parto, promotores de uma experiência de parto positiva (PQCEESMO, 2022).

No que concerne aos programas de preparação para o parto, estes são uma das principais fontes de informação que as mulheres procuram. A sua participação representa uma oportunidade para melhorarem o seu conhecimento, desenvolverem as suas capacidades para lidar com o trabalho de parto e dor de trabalho de parto e aumentarem a autoconfiança.

O conhecimento da mulher sobre os seus direitos e as práticas comuns realizadas no momento do parto possibilitam que esta seja a protagonista do processo. No estudo de Alvares et al. (2018), as grávidas que não recebiam nenhuma informação relacionada com o parto, não tinham conhecimento sobre os seus direitos e as práticas realizadas, o que gerou uma baixa capacidade crítica e uma atitude passiva no seu parto. Noutra perspetiva, das 100 mulheres do estudo, que realizaram preparação para o parto, 86% sentiram-se satisfeitas com o acompanhamento

recebido e 68% referiram que receberam informações pertinentes sobre o trabalho de parto, parto, pós-parto e/ou tiveram todas as suas questões esclarecidas.

A preparação para o parto ajuda as mulheres a entenderem os seus direitos, opções e a comunicarem as suas preferências durante o parto. Isso pode levar a uma redução nas intervenções médicas desnecessárias, como a cesariana e o uso de medicamentos para acelerar o trabalho de parto. No estudo desenvolvido por Simkin et al. (2020), os resultados evidenciaram que a preparação para o parto reduziu significativamente as taxas de cesariana e o uso de ocitocina sintética em mulheres com gravidez de baixo risco. Para além disso, a preparação para o parto contribui para a satisfação da mulher com a experiência do parto (Chang et al., 2018). Richard (2017) obteve como resultados do seu estudo a diminuição das cesarianas eletivas antes das 39 semanas de gestação através de atividades educativas, protocolos padronizados e alterações nas políticas de agendamento. Outro estudo que corrobora esta evidência foi realizado por Hutton e Hall (2014). Neste estudo, a preparação das mulheres, especialmente as primíparas, aumentou as taxas de parto vaginal espontâneo, reduziu as taxas de parto por cesariana e melhorou a experiência de parto. Fernandes et al. (2021) criaram no Brasil, uma intervenção de educação em saúde para promover o parto normal, o uso de práticas baseadas na evidência e reduzir cesarianas desnecessárias. Esta intervenção foi identificada pelas mulheres como uma estratégia facilitadora e descreveram uma sensação de controlo sobre os seus corpos, assim como autoeficácia para defender as suas opções.

Atualmente, as intervenções relacionadas com a preparação para o parto são todas implementadas em grupo. De acordo com o estudo de Blank et al. (2019), as participantes identificaram as intervenções em grupo um espaço que possibilita a potencialização de experiências positivas, o encarar das dificuldades percebidas e a troca e aquisição de novo conhecimento sobre as temáticas abordadas. O estudo de Quattro (2019), provou que a partilha de experiências de mãe para mãe é central para as práticas da preparação para o parto, não apenas pelas informações que fornecem, mas também pelo meio da compreensão que proporcionam. Contudo, Missler et al. (2020) referem que as atividades que combinam educação e aconselhamento podem ser efetuadas individualmente ou em grupo. Esta ideia é defendida pela Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MCEESMO), dependendo dos objetivos das intervenções (PQCEESMO, 2022).

De facto, será que a mesma informação, transmitida da mesma forma para um grupo de mulheres com expectativas, desejos, crenças e valores de natureza individual, será a estratégia

certa para uma preparação para o parto que prepare efetivamente a mulher para o parto que ela deseja? Para além disso, como foram avaliadas as necessidades individuais? Será que um novo modelo de plano para o parto poderá ser útil para a identificação dessas necessidades?

### **1.2.1. Plano para o parto**

A relação entre a institucionalização do parto em ambiente hospitalar e a diminuição da taxa de mortalidade materna e neonatal facilitaram a implementação de práticas que foram retirando às mulheres o seu papel ativo no processo do parto (Pinheiro & Sardo, 2020).

Este panorama desvia as mulheres dos sentimentos que necessitam para vivenciarem o seu parto, como o controlo e a autonomia, e que as conduzem a ser protagonistas durante os seus partos (Garret & Santos, 2021).

Para contrariar esta perspetiva, as mulheres associadas aos movimentos feministas e aos defensores do parto normal daquela época, surge, em 1980, por Sheila Kitzinger, uma ideia de “plano para o parto” (Sánchez-García, 2021).

O conceito de plano para o parto foi apresentado pela primeira vez na literatura em 1986 por Campbell e Macfarlane num artigo intitulado "*Place to birth: The choices for pregnant women*". No entanto, o conceito ganhou mais destaque e popularidade após a publicação do artigo de Simkin e Keppler, em 1991, intitulado "*Planning Your Labor and Birth*". Neste artigo, as autoras apresentam o conceito de plano para o parto, definindo-o como um documento escrito que descreve as preferências da mulher para o trabalho de parto, parto e pós-parto.

Desde então, diversas organizações subscreveram este conceito. O American College of nurse-Midwives (ACNM) afirma que o plano para o parto é um documento escrito refletivo das escolhas informadas da mulher sobre os cuidados que deseja receber durante o trabalho de parto, parto e pós-parto (ACNM, 2014). O Royal College of Obstetricians and Gynecologists (RCOG) refere que o plano para o parto é um registo escrito das escolhas da mulher para o parto e os cuidados no pós-parto, que pode ser usado para informar a equipa de saúde (RCOG, 2016). O American College of Obstetricians and Gynecologist (ACOG) define plano para o parto um

documento que inclui as preferências da mulher para o parto em relação a vários temas como alívio da dor, ambiente do parto e suporte durante o trabalho de parto (ACOG, 2022).

Desde 1996, que a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda a elaboração do plano para o parto como um mecanismo de incentivo às mulheres pela procura de conhecimento qualificado, construção de expectativas e desejos em relação à experiência e protagonismo no seu parto (OMS, 2000).

De acordo com os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (PQCEESMO), o plano para o parto é definido como um planeamento elaborado pela mulher, e pela pessoa significativa, se for opção sua, do seu próprio parto, em conformidade com os seus valores, as suas crenças e os desejos de natureza individual. Reiterando que cada mulher possui dignidade e direito a autodeterminar-se (PQCEESMO, 2022).

Vários autores têm estudado os benefícios da utilização do plano para o parto. Garrett e Santos (2021) afirmam que, em cinco dos oito artigos analisados, foi perceptível que o plano para o parto aumenta o controlo das mulheres sobre o seu processo de parto, a confiança em si e a obtenção de informação. Esta ideia também está presente no estudo Sánchez-García et al. (2021) visto que referem que a autoaprendizagem, a verbalização de expectativas e o seu cumprimento, o estar envolvida, o poder decidir e manter o controlo, aspetos promovidos pelo plano para o parto, promovem a satisfação das mulheres em todo o processo.

Medeiros et al. (2019) referem que a satisfação com o parto está relacionada com o cumprimento das expectativas manifestadas no plano para o parto. Quando mais preferências são atendidas, maior a satisfação da mulher com a sua experiência de parto (Sánchez-García et al., 2021). Dois estudos realizados em países distintos dividiram os participantes em dois grupos, o de intervenção e o de controlo. Ao grupo de intervenção foram fornecidas explicações sobre um plano para o parto. De seguida, foi motivada a discussão do tema com os profissionais de saúde, que, em conjunto, definiram um documento individualizado. Este plano era incluído no boletim de saúde da mulher grávida, para que, ao entrar na sala de partos, fosse facilmente consultado pela enfermeira para prestar cuidados personalizados. Por outro lado, às mulheres que pertenciam ao grupo de controlo, para além dos cuidados de rotina, apenas lhes eram dadas as informações sobre os procedimentos obstétricos para o trabalho de parto, sem esclarecimentos pormenorizados. Os seus resultados demonstraram que a satisfação com o parto, mesmo estando presente nos dois, foi mais superior no grupo de intervenção do que no

de controlo, referindo que o plano para o parto melhora a comunicação, a preparação e o controlo sobre o parto (Kuo et al., 2010; Farahat et al., 2015).

Assim, Medeiros et al. (2019) corroboram que o plano para o parto consiste numa ferramenta importante na promoção da saúde materno-infantil visto que promove o processo da gravidez e parto, bem como uma participação ativa na tomada de decisão. Segundo este estudo, a construção do plano para o parto durante o pré-natal influencia positivamente o trabalho de parto e os desfechos materno-fetais, conduzindo à satisfação materna.

No que diz respeito aos benefícios maternos, o plano para o parto, sendo respeitado, defende a diminuição de intervenções desnecessárias face à evolução normal de um trabalho de parto espontâneo. Esta premissa foi encontrada nos resultados do estudo de Sánchez-García et al. (2021), tendo em conta que o uso de enema nas participantes que possuíam o plano para o parto foi de 6,85% em comparação com 10,4% no grupo de controlo. No grupo de intervenção, 42% das mulheres referiram a ingestão de alimentos ou líquidos como importante em comparação com as 33% das do grupo de controlo. Este achado aponta para o facto de mulheres mais informadas, conseguem valorizar as atividades que podem ser facilitadoras da evolução do trabalho de parto.

De acordo com López-Gimeno et al. (2018), as mulheres que apresentaram o plano para o parto tiveram maior probabilidade de usar métodos não farmacológicos combinados com os farmacológicos para alívio da dor, assim como ter a possibilidade do contacto pele com pele mais precoce.

No estudo de Ahmadpour et al. (2022), as participantes do grupo que fizeram o plano para o parto apresentaram um aumento da ocorrência de parto vaginal. Assim, tal como observado no estudo de Mohaghegh et al. (2023), o uso de plano para o parto originou uma redução das intervenções médicas desnecessárias, tais como a indução, a episiotomia e a duração das fases de trabalho de parto, e possibilitaram que a amamentação se iniciasse mais cedo após o parto.

No estudo de Hidalgo et al. (2021) o grupo de intervenção é composto por mulheres que apresentaram um documento de plano para o parto e o grupo de controlo é constituído pelas mulheres que não apresentaram nenhum documento e que tiveram um trabalho de parto segundo os cuidados padronizados. Em termos percentuais, os autores verificaram que 80,3% das mulheres do grupo de controlo usaram anestesia epidural em proporção às 69,7% das do grupo de intervenção. A amniotomia precoce foi praticada em 55,6% das mulheres do grupo de

controle em comparação com 34,3% no grupo do plano para o parto. O uso de ocitocina foi maior no grupo de controle (55,1%) do que no da intervenção (42,6%).

Em relação aos desfechos neonatais, Ahmadpour et al. (2022) referem, com base nas suas descobertas, que o uso de plano para o parto está associado a índices de Apgar mais elevados no primeiro minuto. Mohaghegh et al. (2023) referem que os recém-nascidos das participantes que realizaram um plano para o parto, de uma forma geral, tinham menos probabilidade de serem internados em unidades neonatais.

Hidalgo et al. (2021) reiteram esta evidência com os resultados do seu estudo, pois este demonstrou que, no grupo de intervenção (plano para o parto), 8,1% do *score* de Apgar ao primeiro minuto foi inferior a sete, em comparação com cerca de 20,6% no grupo de controle. No grupo do plano para o parto, 8,7% apresentaram pH do sangue arterial do cordão umbilical inferior a 7,20, já no grupo de controle foram 21,2%. Por fim, a reanimação neonatal avançada no grupo do plano para o parto foi 4% e no grupo de controle foi 15,9%.

De acordo com Sánchez-García et al. (2021), o contacto pele com pele logo após o parto aumenta os benefícios para o desenvolvimento da criança, possibilitando uma dinâmica de comunicação entre a mãe e o recém-nascido mais efetiva. Esta atitude facilita a pega e o início da amamentação exclusiva. Assim os resultados deste estudo evidenciaram um aumento significativo das mulheres que optaram por esta estratégia do grupo de intervenção (60,41%) quando comparado com o grupo de controle (27,4%). Em relação ao clameamento tardio do cordão, este foi observado em 78,3% das mulheres com plano para o parto, em comparação com 63,1% das que não apresentaram plano para o parto.

Assim, segundo Cardoso et al. (2018), a importância do plano para o parto assenta no princípio bioético da autonomia, tendo presente o direito à informação, a liberdade, a autodeterminação, a escolha individual e a livre vontade. Esta ferramenta assume uma relevância na promoção do empoderamento da mulher que consequentemente leva à redução de violência obstétrica e diminuição da morbimortalidade materna e infantil (Gurgel et al., 2023).

Pinheiro e Sardo (2020) define o conceito de violência obstétrica, no contexto do plano para o parto, como todas as intervenções que, por falta de evidências científicas da sua eficácia, ou então, mesmo perante esse conhecimento, se realizam de forma rotineira em situações desnecessárias que poderiam ocorrer de maneira fisiológica. Episiotomia, tricotomia, administração de enemas, indução do parto, monitorização continua, posição de litotomia e

restrição ao leito durante o período de dilatação são casos destas intervenções. Deste modo, o plano para o parto serve como meio para educação em saúde para os profissionais, mas também como um documento de caráter legal para a mulher (Gurgel et al., 2023).

Então, em concreto, o que é um plano para o parto? Um “papel” que se entrega no momento da admissão no bloco de partos ou um guia da preparação para o parto? É útil para a mulher ou para o profissional que a acompanha na preparação?

Qual o conceito de plano para o parto que contribuiu para a qualidade dos cuidados e para a satisfação da mulher com a sua experiência de parto? Será que plano para o parto pode ser entendido como mais do que um documento que se entrega no término da gravidez? Será que pode constituir uma estratégia promotora da gestão das expectativas e de promoção de literacia para uma tomada de decisão informada sobre a sua experiência (Ordem dos Enfermeiros, 2022)?

### **1.3. Conceção de cuidados: da identificação das necessidades, às intervenções para lhe dar resposta**

Conceção de cuidados é definida como um processo cognitivo que resulta na seleção de uma opção entre várias alternativas, onde o enfermeiro identifica as necessidades da pessoa em cuidados de enfermagem e prescreve intervenções indicadas no sentido de produzir ganhos em saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2002).

Este conceito está implícito no processo de enfermagem, que, por sua vez, inclui vários fatores, tais como: avaliação, diagnóstico, planeamento, estabelecimento de resultados, intervenções e reavaliação contínua. Todas estas etapas exigem conhecimento de conceitos subjacentes à disciplina da Enfermagem. A avaliação inicial, isto é, o processo diagnóstico, envolve uma recolha de dados, quer subjetivos, quer objetivos, de modo a identificar características definidoras de cada um, suportando assim, de forma precisa, o diagnóstico de enfermagem. Por sua vez, o diagnóstico de enfermagem constitui a base de seleção de intervenções para o alcance de resultados (NANDA, 2018). O planeamento dos cuidados em enfermagem é realizado

utilizando os diagnósticos para identificar os resultados pretendidos e preparar as intervenções específicas (NANDA, 2018).

De acordo com NANDA (2018), os enfermeiros, de uma forma geral e errada, passam do diagnóstico à intervenção sem analisar os resultados desejados. Contudo, estes resultados precisam de ser identificados antes de determinar as intervenções, de modo a estabelecer metas adequadas às necessidades evidenciadas.

De acordo com Mouta et al. (2017) o plano para o parto oferece às mulheres informações importantes sobre as suas escolhas, orienta a atenção prestada ao longo de todo o processo e permite ao profissional oferecer um cuidado personalizado que, por sua vez, irá estabelecer o vínculo entre eles.

Tomando como exemplo a conceção de cuidados para a preparação para o parto, e sabendo que cada mulher traz consigo diferentes necessidades, as intervenções nestes programas só podem ser prescritas e implementadas após a identificação das necessidades dos cuidados. Este processo, que vai suportar a tomada de decisão clínica centrada na interpretação dos dados, origina o diagnóstico de enfermagem. Isto é, os diagnósticos de enfermagem, respeitados estes critérios, têm como objetivo a determinação do plano de cuidados adequado à pessoa, promovendo o envolvimento dos próprios nos seus cuidados. Este plano de cuidados, baseia-se na recolha de dados, que em conjunto com as preferências individuais, vão orientar o enfermeiro na priorização de diagnósticos e intervenções de enfermagem (NANDA, 2018; Carpenito-Moyet, 2019; Doenges, Moorhouse & Murr, 2019; Wilkinson & Treas, 2019).

No estudo de Farahat et al. (2015) as mulheres que receberam cuidados de acordo com o plano para o parto previamente realizado obtiveram uma satisfação com a sua experiência de parto maior do que as que não tiveram.

Assim, esta evidência fortalece ainda mais a premissa da necessidade da existência de um plano para o parto para a realização da conceção de cuidados e uma preparação para o parto de acordo com esses objetivos.

### **1.3.1. Plano para o parto como estratégia de recolha de dados**

A recolha de dados é uma etapa central no processo de enfermagem para a tomada de decisões clínicas e a implementação de plano de cuidado individualizado (Carpenito-Moyet, 2019; Doenges, Moorhouse & Murr, 2019; Wilkinson & Treas, 2019). Esses autores explicam que a recolha de dados é uma habilidade crítica para os enfermeiros, pois permite identificar as necessidades da cliente e desenvolver planos de cuidados personalizados.

Os enfermeiros, na recolha de dados, procuram e analisam os elementos da pessoa e do meio envolvente de modo a identificar oportunidades de promoção da saúde, mas também os riscos para a prevenção de problemas potenciais (NANDA, 2018).

O pressuposto usado neste estudo é que o plano para o parto é uma ferramenta utilizada como estratégia de recolha de dados. O plano para o parto ao promover que as mulheres descrevam as suas preferências e expectativas em relação ao trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, sendo analisado em conjunto com a/o EEESMO, pode ser usado como uma estratégia de recolha de dados para os diagnósticos de enfermagem, e, por essa via, permitir uma decisão mais rigorosa sobre quais as melhores intervenções.

De acordo com Mouta et al. (2017), o plano para o parto é uma estratégia de cuidado onde a grávida dá a conhecer os seus desejos pessoais e expectativas, mas também apreende quais as suas necessidades particulares relativamente a todo o processo.

O resultado desta análise conjunta, grávida-EEESMO, fornece informações importantes sobre as necessidades sensíveis aos cuidados de enfermagem especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, nomeadamente em conhecimentos, significados, consciencialização, capacidades e autoeficácia (PQCEESMO, 2022).

Assim, o grande desafio dos profissionais de saúde é apoiar as grávidas na construção do plano para o parto com preferências realistas e flexíveis, estabelecer diálogos construtivos que permitam que as mulheres se preparem também para situações inesperadas e garantir o planeamento mais acompanhado possível (Divall et al., 2017).

Sendo assim, com esta evidência disponível e para que esta ideia seja concretizada apenas faltam estudos que investiguem essa temática. Um dos objetivos deste estudo atual é então identificar o plano para o parto como estratégia de recolha de dados para a conceção de cuidados personalizada.



## **2. METODOLOGIA**

A metodologia pressupõe em simultâneo um processo racional e um conjunto de métodos e técnicas que guiam a elaboração do processo de investigação científica (Fortin, 2009).

A fase metodológica estabelece uma linha orientadora de investigação definindo os passos: perceber o problema; estabelecer o tipo de estudo; definir a população em estudo; determinar a amostra; escolher os métodos de recolha de dados; e analisar os resultados obtidos (Fortin, 2009).

Assim, neste capítulo, serão descritos os procedimentos realizados e as justificações para as opções tomadas face ao objeto de estudo e permitindo uma melhor compreensão da investigação.

### **2.1. Justificação do estudo**

A elaboração do plano para o seu parto apoiada pelo EEESMO, preparado para tal, constitui uma forma de solidificar os conhecimentos, gerir expectativas e reconhecer o que depende de si.

Da análise da revisão da literatura e das reflexões sobre a temática em contexto académico e clínico, identificaram-se argumentos que suportam a realização deste estudo, nomeadamente:

- Não há nenhum modelo orientador de recolha de dados que permita identificar as necessidades em cuidados centradas na preparação para o parto;
- Não há estudos que apresentem o plano para o parto como estratégia de recolha de dados;
- Não se encontrou estudos que identificassem os diagnósticos e intervenções associadas;

Assim, tendo em conta esta reflexão e maiores níveis de literacia sobre o parto por parte das mulheres e um desejo crescente de envolvimento na tomada de decisão, será que a utilização

do plano para o parto poderá constituir um recurso de recolha de dados relevante para a conceção de cuidados centrada nas necessidades específicas da mulher? E que diagnósticos podem ser identificados a partir destes dados? Quais as expectativas das mulheres em relação ao seu próprio parto antes de iniciarem a preparação para o parto?

Tomando estas questões como ponto de partida, avançou-se para um estudo cuja finalidade é contribuir para a qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, no âmbito da preparação para o parto, a partir dos dados recolhidos através do “Plano do meu parto” (Cardoso et al., 2022).

## **2.2. Questões de investigação**

Segundo Fortin (2009), as questões de investigação incluem e descrevem os diferentes aspetos a serem estudados.

Na procura de resposta para as questões apresentadas, pretende-se avançar para um estudo que teste o conceito de plano para o parto, enquanto instrumento orientador da recolha de dados, para conceção de cuidados promotor do planeamento dos cuidados no âmbito da preparação para o parto a partir de um modelo concebido por Cardoso et al. (2022) – “Plano do meu parto”.

Com o estudo procura-se responder às questões:

- Quais os diagnósticos passíveis de identificar com este modelo de plano para o parto?
- Que dados contribuem para os diagnósticos identificados?
- Qual o nível de concordância com as forças intrínsecas/recursos internos que a mulher consegue identificar antes de iniciar a preparação para o parto?
- Quais os fatores considerados como importantes para a mulher para uma experiência de parto positiva?
- Qual o nível global de preparação percebido antes de iniciar o programa de preparação para o parto?

- Quais os fatores considerados como importantes para uma experiência positiva nos primeiros momentos pós-parto?
- Quais os fatores que poderão influenciar a experiência de parto na perspectiva da mulher?

### **2.3. Tipo de estudo**

Um dos paradigmas do enquadramento metodológico de um estudo passa por compreender a sua natureza (Sousa, 2018). Portanto, tendo em conta esta linha de pensamento, o trabalho de investigação atual consiste num estudo misto com carácter transversal.

Um estudo misto é caracterizado pela utilização de métodos quantitativos e qualitativos em simultâneo (Twinn, 2003).

Um estudo quantitativo caracteriza-se pela possibilidade dada ao investigador de definir as variáveis de forma operacional, recolher ordenadamente dados verificáveis juntos dos participantes e analisá-los com auxílio de técnicas estatísticas (Fortin, 2009).

Um estudo qualitativo encerra a crença de que existem várias realidades e que cada realidade é baseada nas perceções dos indivíduos, podendo alterar-se com o tempo. Assim, o investigador reúne várias ideias e cria relações entre si (Fortin, 2009).

Um estudo transversal baseia-se em analisar um ou vários grupos de indivíduos num determinado tempo e recolher informação relativa à frequência de determinada situação no momento da investigação (Fortin, 2009).

De acordo com a evidência apresentada, este estudo é considerado um estudo misto, pois alia o método quantitativo e o qualitativo para a recolha e análise de dados, e trata-se de um estudo transversal, pois irá ser realizado num momento específico do tempo, não existindo assim, um seguimento da amostra.

## **2.4. População e amostra**

Um estudo de investigação carece sempre da necessidade de especificar a população nele envolvida. Assim, a população alvo da investigação é o que se pretende estudar e que vai de encontro a critérios de inclusão estabelecidos. É um conjunto de elementos ou pessoas que partilham características em comum definidas no estudo (Fortin, 2009).

A população alvo deste estudo são grávidas referenciadas para o programa de preparação para o parto numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) da zona Norte de Portugal.

Os critérios de inclusão são: 1) estar grávida, e ainda não ter iniciado o programa de preparação para o parto; 2) ter mais do que 18 anos; e, 3) que saiba ler e escrever português.

Uma amostra define-se como uma parte do todo da população e que a representa, segundo os critérios determinados (Fortin, 2009). A amostra deste estudo será constituída por todas as mulheres, que no período de outubro de 2023 a março de 2024, que aceitem participar no estudo.

## **2.5. Recolha de dados**

Segundo Fortin (2009), a recolha de dados deve ser realizada segundo um plano previamente estabelecido. Logo, a escolha adequada do método de recolha de dados é aquela que prevê respostas aos objetivos de investigação definidos, assim como o instrumento que melhor se adapta ao estudo.

A recolha de dados decorrerá na UCC, entre outubro de 2023 e março de 2024. Esta, expressamente consentida com um documento elaborado para o efeito (Anexo I), vai ser realizada com recurso a dois instrumentos de recolha de dados: 1) um questionário centrado na caracterização sociodemográfica e obstétrica (Anexo II); e 2) o plano para o parto, “O Plano do meu Parto”, elaborado por Cardoso et al. (2022) (Anexo III). A recolha de dados é realizada em contexto do programa de preparação para o parto, sendo os dados recolhidos utilizados

cl clinicamente para identificar as necessidades de cada mulher, contribuindo diretamente para a qualidade dos cuidados prestados.

Estes instrumentos de recolha de dados vão ser enviados aos participantes através de duas formas: 1) Enviado por email como um questionário online, com link de acesso, no qual será incluída a explicação do estudo e o consentimento informado. Se anuência em participar no estudo, preenche o questionário e submete; 2) Se a grávida se dirigir pessoalmente à UCC o formulário será entregue em mão na consulta de avaliação inicial após explicação sumária do estudo e assinatura do consentimento escrito. Nesta opção, após o seu preenchimento, o conteúdo do plano para o parto será transcrito para a base de dados Excel criada para o efeito, e o plano para o parto em formato em papel será devolvido à grávida para que esta o mantenha como o seu plano para o parto que orientará a preparação para o parto na UCC.

### **2.5.1. Instrumento de recolha de dados**

Um instrumento de recolha de dados é um recurso que se recorre para conhecer os fenómenos abordados e extrair deles toda a informação necessária (Vilelas, 2017).

O “Plano do meu parto” (Cardoso et al., 2022) foi desenvolvido para caracterizar o modo como a grávida perspetiva o seu parto naquele momento e contém diferentes fatores que apelam à identificação de recursos internos. A existência destes recursos facilita o lidar com o trabalho de parto e o sentir capaz de envolver-se nas decisões. Entre eles pode-se resumir: a perceção pessoal; o que é preciso para vivenciar uma experiência positiva de parto, no que diz respeito ao tipo e início do trabalho de parto, mas também como lidar com ele; a forma como lidar com a dor do trabalho de parto e as suas estratégias; e a escolha de como quer sentir o bebé logo após o parto e outros elementos significativos.

Para caracterizar as mulheres, associou-se a este instrumento um conjunto de dados relativos a variáveis atributo. Estas variáveis vão se subdividir em dois grupos, as sociodemográficas: como a idade, o estado civil, a escolaridade, profissão e fontes de informação; e, as variáveis obstétricas: como a idade gestacional, número de gravidezes, número de filhos vivos e dados relacionados com as experiências anteriores.

## **2.6. Tratamento de dados**

Tendo em conta que o estudo é misto existem dois processos para tratamento de dados. Para a análise de dados quantitativa será usado o Statistical Package for the Social Science (SPSS®), versão 28. Para análise qualitativa será usada a análise de conteúdo proposta por Bardin (2013).

Bardin defende que *“tudo o que é dito ou escrito é suscetível de ser submetido a uma análise de conteúdo”* (2013, p.37). Sendo assim, este método, proposto pela própria, consiste num conjunto de técnicas de análise que determina a presença de determinados temas de acordo com a sua frequência e significado do estudo.

Após a escolha da análise de conteúdo para os dados qualitativos, optou-se, mais em específico, pela técnica de análise do tipo temática, pois define categorias e unidades de registo. As categorias são as classes que aglomeram um grupo de elementos e as unidades de registo são palavras e/ou temas que têm como objetivo codificar as respostas dadas (Bardin, 2013).

No que diz respeito à investigação, todos os dados recolhidos, e que ficarão em posse da investigadora, terão somente a finalidade da realização deste estudo. Toda e qualquer informação só será recolhida após consentimento expresso da grávida.

Os formulários serão numerados aleatoriamente, para que não seja possível associar as respostas à grávida. Posteriormente, os dados recolhidos, serão analisados.

### **2.6.1. Operacionalização das variáveis**

Segundo Fortin (2009), as variáveis são as unidades de base da investigação. Assim, no questionário apresentado estão presentes as variáveis deste estudo que, ao serem analisadas, vão caracterizar a população alvo.

No quadro 1 descreve-se a operacionalização das variáveis sociodemográficas da população alvo com os seus respetivos tipos e opções de resposta.

**Quadro 1 - Operacionalização das variáveis sociodemográficas**

Variável	Tipo de Variável	Indicador de Resposta
Idade	Numérica	Anos
Estado Civil	Nominal	Vive sozinha Vive com o pai do/a bebé Vive sem o pai do/a bebé
		Outro – Qual   Sem categorias à priori*
Escolaridade	Nominal	Ensino primário 2º Ciclo de ensino básico 3º Ciclo do ensino básico Ensino secundário Licenciatura Mestrado Doutoramento
		Estudante
Profissão	Nominal	Outra – Qual   Sem categorias à priori*
		Outro – Qual   Sem categorias à priori*
Fonte de Informação	Nominal	Livros Online Blogs Famíliares Pessoas com experiência na área
		Profissionais de saúde – Qual   Sem categorias à priori*
		Outro – Qual   Sem categorias à priori*

Fonte: autora

\*Resposta Aberta

No quadro 2 encontram-se operacionalizadas as variáveis obstétricas, tipos de variáveis e opções de resposta.

**Quadro 2 - Operacionalização das variáveis obstétricas**

Variável	Tipo de Variável	Indicador de Resposta	
Idade gestacional	Numérica	Semanas de gravidez**	
Número de gravidezes	Numérica	0/1/2/3/4	
Filhos vivos	Número de filhos vivos	Numérica	0/1/2/3/4
	Idade gestacional que teve cada filho	Numérica	Semanas de gravidez**
	Idade atual dos filhos	Numérica	Anos
	Tipo de parto que teve cada filho	Nominal	Eutócico Cesariana Ventosa Fórceps
	Classificação das experiências de cada parto	Numérica	0 a 10***
	Preparação para o parto anterior	Nominal	Sim; Não.
	Impacto da preparação para o parto anterior na experiência de parto	Numérica	0 a 10***
Significado atribuído à gravidez atual	Numérica	0 a 10***	
Tipos de experiências mais conhecidas	Nominal	Positivas Negativas	

Fonte: autora

\*\*Para efeitos de estudo e de análise, na variável idade gestacional irão ser suprimidos os dias e contabilizadas apenas as semanas.

\*\*\*Para efeitos de estudo, as respostas numéricas destas variáveis vão ao encontro à seguinte descrição: “De 0 a 10, sendo 0 uma “experiência desagradável/a não desejar lembrar” e 10 uma experiência positivamente “memorável/inesquecível”.

Tendo em conta que na questão da classificação das experiências de cada parto e no significado atribuído se utiliza o contínuo de importância de 0 a 10, em que 0 é uma experiência desagradável/a não desejar e 10 é uma experiência positivamente memorável/inesquecível, para efeitos de análise dos resultados a amostra poderá ser dividida em três grupos: “experiência memorável”, com respostas entre os 8 e 10; “experiência moderadamente memorável” com respostas entre 4 e 7; e “experiência a esquecer” com respostas entre 0 e 3.

Tendo em conta que na questão do impacto da preparação para o parto anterior na experiência de parto se utiliza o contínuo de importância de 0 a 10, em que 0 é uma experiência desagradável/a não desejar e 10 é uma experiência positivamente memorável/inesquecível, para efeitos de análise dos resultados a amostra poderá ser dividida em três grupos: “impacto inesquecível” com respostas entre 8 e 10; “impacto moderadamente inesquecível” com respostas entre 4 e 7; e “impacto a não desejar lembrar” com respostas entre 0 e 3.

Após caracterização das grávidas com o questionário, o passo seguinte é o preenchimento do “Plano do meu parto” (Cardoso et al., 2022).

No quadro 3 descreve-se a operacionalização das variáveis em estudo do “Plano do meu parto” (Cardoso et al., 2022), assim como os seus tipos e opções de resposta.

**Quadro 3 - Variáveis do plano para o parto**

Variável		Tipo de Variável	Indicador de Resposta	
Do que eu conheço de mim	Nível de concordância com os superpoderes relacionados com o corpo	Nominal	Não sei ainda	
		Numérica	0 a 10****	
	Nível de concordância com os superpoderes relacionados com a minha mente	Nominal	Não sei ainda	
		Numérica	0 a 10****	
Conhecimento de outros superpoderes para levar para o trabalho de parto	Nominal	Sem categorias à priori*		
Conhecimento de palavras que dão força e coragem	Nominal	Sem categorias à priori*		
Experiência de parto positiva	1. Tipo e início de trabalho de parto	1.1. Nível de importância de ter um parto o mais fisiológico possível	Nominal	Não sei ainda
			Numérica	0 a 10*****
		1.2. Nível de importância de ter um parto por cesariana	Nominal	Não sei ainda
			Numérica	0 a 10*****
		1.3. Nível de importância que o parto inicie espontaneamente	Nominal	Não sei ainda
			Numérica	0 a 10*****
		1.4. Nível de importância de marcar o dia do parto	Nominal	Não sei ainda
			Numérica	0 a 10*****
		1.5. Nível de importância de ficar em casa na fase inicial do trabalho de parto	Nominal	Não sei ainda
			Numérica	0 a 10*****
		1.6. Nível de importância de ir logo que inicie o trabalho de parto para o local onde quer viver o parto	Nominal	Não sei ainda
			Numérica	0 a 10*****

		1.7. Nível de importância de ter alguém presente	Quem?	Nominal	Ninguém;		
					Nominal	Alguém.	Sem categorias à priori**
			Opções	Nominal	Não sei ainda		
				Numérica	0 a 10*****		
			Quando?	Nominal	Sempre, independentemente do tipo de parto Sempre, exceto no período expulsivo Não sei ainda		
				Numérica			
2. Lidar com trabalho de parto		2.1. Nível de importância de adotar a posição que pessoalmente seja mais confortável em qualquer momento		Nominal	Não sei ainda		
				Numérica	0 a 10*****		
		2.2. Nível de importância de manter-se ativa durante o trabalho de parto			Nominal	Não sei ainda	
					Numérica	0 a 10*****	
		2.3. Nível de importância de ter orientação na posição mais favorável para a evolução do trabalho de parto, se isso for relevante			Nominal	Não sei ainda	
					Numérica	0 a 10*****	
		2.4. Nível de importância de ter informação da evolução do trabalho de parto e de como o bebê está a lidar com as contrações uterinas, sempre que solicitado/surgirem alterações			Nominal	Não sei ainda	
					Numérica	0 a 10*****	
		2.5. Nível de importância de ser realizado o exame vaginal, com consentimento, quando estritamente necessário ou a pedido pessoal			Nominal	Não sei ainda	
					Numérica	0 a 10*****	
		2.6. Nível de importância de comer e/ou beber			Nominal	Não sei ainda	
					Numérica	0 a 10*****	
		2.7. Nível de importância de ter o parto na posição escolhida no momento			Nominal	Não sei ainda	
					Numérica	0 a 10*****	
		2.8. Nível de importância de serem implementadas medidas de proteção do períneo no período expulsivo			Nominal	Não sei ainda	
					Numérica	0 a 10*****	
		2.9. Nível de importância de não tocarmos no períneo se não for estritamente necessário no período expulsivo			Nominal	Não sei ainda	
					Numérica	0 a 10*****	
3. Lidar com dor de trabalho de parto		3.1. Nível de importância de não falarem durante a contração		Nominal	Não sei ainda		
				Numérica	0 a 10*****		
		3.2. Nível de importância de ser capaz de gerir a dor "ao seu jeito"			Nominal	Não sei ainda	
					Numérica	0 a 10*****	
		3.3. Nível de importância de usar respiração e relaxamento			Nominal	Não sei ainda	
					Numérica	0 a 10*****	
		3.4. Nível de importância de usar massagem			Nominal	Não sei ainda	
					Numérica	0 a 10*****	
		3.5. Nível de importância de usar música			Nominal	Não sei ainda	
					Numérica	0 a 10*****	
		3.6. Nível de importância de usar óleos essenciais			Nominal	Não sei ainda	
					Numérica	0 a 10*****	
		3.7. Nível de importância de acreditar que consegue fazer qualquer coisa num minuto – duração da contração			Nominal	Não sei ainda	
					Numérica	0 a 10*****	
		3.8. Nível de importância da privacidade no ambiente que a tranquiliza e que gostava de ter durante o trabalho de parto			Nominal	Não sei ainda	
					Numérica	0 a 10*****	

		3.9. Nível de importância da iluminação na sala de partos no ambiente que a tranquiliza e que gostaria de ter durante o trabalho de parto	Nominal	Não sei ainda	
			Numérica	0 a 10*****	
		3.10. Nível de importância da temperatura ambiente no ambiente que a tranquiliza e que gostaria de ter durante o trabalho de parto	Nominal	Não sei ainda	
			Numérica	0 a 10*****	
		3.11. Nível de importância de ter um cheiro agradável na sala de partos no ambiente que a tranquiliza e que gostaria de ter durante o trabalho de parto	Qual?	Nominal	Sem categorias à priori*
			Opções	Nominal	Não sei ainda
				Numérica	0 a 10*****
		3.12. Nível de importância de ter itens pessoais no ambiente que a tranquiliza e que gostaria de ter durante o trabalho de parto	Nominal	Não sei ainda	
			Numérica	0 a 10*****	
		3.13. Nível de importância de ter pontos de distração no ambiente que a tranquiliza e que gostaria de ter durante o trabalho de parto	Qual?	Nominal	Sem categorias à priori*
			Opções	Numérica	Não sei ainda
				Nominal	0 a 10*****
		3.14. Nível de importância de usar água no chuveiro no ambiente que a tranquiliza e que gostaria de ter durante o trabalho de parto	Nominal	Não sei ainda	
			Numérica	0 a 10*****	
		3.15. Nível de importância de usar imersão de água no ambiente que a tranquiliza e que gostaria de ter durante o trabalho de parto	Nominal	Não sei ainda	
			Numérica	0 a 10*****	
		3.16. Nível de importância de usar dispositivos no ambiente que a tranquiliza e que gostaria de ter durante o trabalho de parto	Nominal	Não sei ainda	
			Numérica	0 a 10*****	
		3.17. Nível de importância de ter analgesia epidural logo que possível	Nominal	Não sei ainda	
Numérica	0 a 10*****				
3.18. Nível de importância de ter analgesia epidural apenas quando solicitar	Nominal	Não sei ainda			
	Numérica	0 a 10*****			
3.19. Conhecimento de outras estratégias que gostaria de usar	Nominal	Sem categorias à priori*			
Sentir o bebé	Nível de importância de alguém segurar o bebé no momento do nascimento	Quem?	Nominal	Sem categorias à priori*	
		Opções	Numérica	0 a 10*****	
	Nível de importância de o corte do cordão ser realizado por alguém	Quem?	Nominal	Sem categorias à priori*	
		Opções	Numérica	0 a 10*****	
	Nível de importância do contacto pele com pele com a mãe logo que possível após o parto	Numérica	0 a 10****		
	Nível de importância que o bebé inicie a primeira mamada quando evidenciar prontidão para mamar	Numérica	0 a 10*****		
Conhecimento de outros elementos significativos		Nominal	Sem categorias à priori*		

Nível de preparação percebido para o parto	1º C	Opções	Numérica	0 a 10*****
		O que preciso?	Nominal	Sem categorias à priori*
Local para viver o parto		Decisão	Nominal	Já decidi Ainda não decidi
		Qual?	Nominal	Hospital Pedro Hispano (HPH) Centro Materno Infantil do Norte (CMIN) Hospital São João (HSJ) Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia (CHVNG) Privado
				Outro – Qual

Fonte: autora

\*Resposta Aberta

\*\*\*\*Para efeitos de estudo, as respostas numéricas destas variáveis vão ao encontro à seguinte descrição: “De 0 a 10, sendo 0 discordo totalmente e 10 concordo totalmente”.

\*\*\*\*\*Para efeitos de estudo, as respostas numéricas destas variáveis vão ao encontro à seguinte descrição: “De 0 a 10, sendo 0 nada importante e 10 muito importante”.

\*\*\*\*\* Para efeitos de estudo, as respostas numéricas destas variáveis vão ao encontro à seguinte descrição: “De 0 a 10, sendo 0 não se sentir preparada e 10 sentir-se totalmente preparada”.

Tendo em conta que em algumas questões das variáveis do plano para o parto se utiliza o contínuo de importância de 0 a 10, em que 0 é discordo totalmente e 10 é concordo totalmente, para efeitos de análise dos resultados, a amostra poderá ser dividida em três grupos: “concordo totalmente”, com respostas entre 8 e 10; “concordo” com respostas entre 4 e 7; e “discordo”, com respostas entre 0 e 3.

Tendo em conta que em algumas questões das variáveis do plano para o parto se utiliza um contínuo de importância de 0 a 10, em que 0 significa “não se sentir preparada” e 10 “sentir-se totalmente preparada”, para efeitos de análise dos resultados, a amostra poderá ser dividida em três grupos: “sinto-me totalmente preparada”, com respostas entre 8 e 10; “sinto-me preparada” com respostas entre 4 e 7; e “ainda não me sinto preparada”, com respostas entre 0 e 3.

Para efeitos de estudo, todas as questões com resposta aberta serão analisadas e posteriormente categorizadas.

Durante o processo de categorização das variáveis devem ser respeitados alguns princípios básicos nomeadamente a homogeneidade, a exaustividade, a exclusividade, a objetividade, a pertinência e a adequação (Bardin, 2013).

Tendo em conta que as expectativas expressas no plano para o parto face ao parto que imagina para si, recorrendo a um contínuo de importância de 0 a 10 para caracterizar o nível de importância atribuído, em que 0 é a nada importante e 10 é muito importante, as respostas foram organizadas em três categorias: “muito importante”, com respostas entre 8 e 10; “importante”, com respostas entre 4 e 7; e, “pouco/nada importante”, com respostas entre 0 e 3.

## **2.7. Considerações éticas**

Num processo de investigação, a ética está relacionada com a qualidade das técnicas utilizadas no que diz respeito ao cumprimento de obrigações profissionais, legais ou sociais para com os sujeitos do estudo (Nunes, 2005).

As questões éticas serão meticolosamente consideradas, tendo por referência os direitos da Declaração de Helsínquia (WMA, 2020). Os princípios a observar serão o consentimento informado, livre e esclarecido, a proteção pela vida privada e pelas informações pessoais e o respeito pela justiça e equidade. O consentimento é definido como a autorização dada pela pessoa para a participação num determinado estudo. É também livre e voluntário se a pessoa que manifesta a sua concordância, está na plenitude de todas as faculdades mentais naquele momento e se não foi sujeita a nenhuma forma de manipulação ou pressão (Fortin, 2009). Para cumprir estes princípios, será entregue logo à partida o modelo de consentimento informado criado para o efeito. Para a realização do estudo é enviado o pedido de autorização à Comissão de Ética para a Saúde da Unidade Local de Saúde de Matosinhos (ULSM) e só haverá recolha de dados após a autorização.

Os dados recolhidos com o “Plano do meu parto” poderão, desde logo, ser um importante contributo para identificar as necessidades em cuidados no âmbito da preparação para o parto (Cardoso et al., 2022). Acreditamos que neste ponto se observa o princípio ético de beneficência, ou seja, a mulher ao participar já usufrui do resultado da avaliação na sua preparação para o parto.

Ao longo da recolha e tratamento dos dados, assegurar-se-á o princípio do respeito pela justiça e equidade, que remete para a noção de imparcialidade e igualdade na escolha ou na aplicação dos métodos (Fortin, 2009). Este princípio será respeitado com a aleatoriedade atribuída à análise dos dados sem nunca haver desvio dos objetivos pretendidos.



### 3. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Através do processo de investigação, o investigador obtém resultados, recorrendo a métodos de recolha de dados, de classificação, de análise e interpretação de resultados. Resultados são informações que emergem da análise estatística dos dados recolhidos, junto dos participantes, com a ajuda de instrumentos de medida (Fortin, 2009).

Assim, a análise dos dados corresponde ao processo de procura e de organização sistemática dos dados recolhidos, com o objetivo de aumentar a compreensão dos temas e posteriormente a apresentação das descobertas (Bogdan & Biklen, 1994).

Este capítulo apresenta os resultados obtidos com o dispositivo de investigação levado a cabo. Fase esta, que segundo Fortin (2009), corresponde à organização e à consequente análise. Assim, a apresentação e análise dos dados consiste em expor os dados obtidos e interpretá-los à luz das questões de investigação e dos referenciais teóricos que informaram o estudo.

Sendo assim e tendo em conta as particularidades do estudo e a sua finalidade, a amostra deste estudo é de 43 mulheres.

Para uma melhor compreensão dos resultados, inicialmente procedeu-se à caracterização das participantes no estudo.

#### 3.1. Caracterização sociodemográfica

Participaram no estudo 43 mulheres, com média de idades situada nos 33 anos, num intervalo compreendido entre os 21 e os 45 anos.

Com a exceção de uma, que refere viver sozinha, todas as mulheres referem **viver com** o pai do/a bebé. A maioria das participantes possui **grau académico** de nível de ensino superior (N=31; 72,1%). A maioria das participantes referiram ter mais do que uma **fonte de informação**, tendo sido a internet a fonte de informação mais frequentemente referida pelas participantes

(N=36; 83,7%). Os profissionais de saúde foram também identificados como fonte de informação por 26 mulheres (60,5%) (Tabela 1).

**Tabela 1** - Caracterização sociodemográfica das participantes

		N (%)
Com quem vive	Vivem sozinhas	1 (2,3%)
	Vivem com o pai do/a bebé	42 (97,8%)
Habilitações académicas	3º Ciclo de ensino básico	1 (2,3%)
	Ensino Secundário	11 (25,6%)
	Licenciatura	18 (41,9%)
	Mestrado	12 (27,9%)
	Doutoramento	1 (2,3%)
Fontes de informação	Livros	22 (51,2%)
	Internet	36 (83,7%)
	Blogs	3 (7,0%)
	Familiares	14 (32,6%)
	Pessoas com experiência	15 (32,9%)
	Profissionais de saúde	26 (60,5%)
	Outras	2 (4,7%)

No que diz respeito às **fontes de informação** identificados pelas mulheres referentes a trabalho de parto e parto, a maioria das participantes referiram profissionais de saúde como fonte de informação (N=26), nomeadamente: “obstetra” (N=7), “enfermeiras” (N=6), “médico de família” (N=5), “médico obstetra” (N=1), “pediatra” (N=1) e “fisioterapeuta” (N=1). Relativamente a outras fontes de informação nomeadas, apenas duas mulheres referiram e especificaram respostas dispares uma da outra (Quadro 4).

**Quadro 4** - Fontes de informação

		Dados
Fonte de informação	Profissionais de saúde	Enfermeiras
		Obstetra
		Médico Obstetra
		Médico
		Médico de família
		Pediatra
		Fisioterapeuta
		Outra
		Amigas Mães
		Formação Profissional

No que diz respeito às **profissões** das participantes, a categorização foi realizada segundo a Classificação Portuguesa das Profissões (CPP). Das 42 participantes que responderam relativamente às profissões, a profissão mais referida foi “lojista” (N=7; 16,7%), enquadrada na categoria “Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores.” Contudo, a categoria “Especialistas das atividades intelectuais e científicas” apresenta mais diversidade de profissões respondidas pelas participantes (Quadro 5).

**Quadro 5 - Profissões das participantes**

	Designação (INE, 2011)	
Profissão	Representantes do poder legislativo e de órgãos executivos, dirigentes, diretores e gestores executivos	Gestor de Processo
		Gestora de Marketing
		Recursos Humanos
		Diretora Jurídica
	Especialistas das atividades intelectuais e científicas	Enfermeira
		Formadora
		Psicóloga
		Educadora de Infância
		Terapeuta Ocupacional
		Docente
		Professora
		Contabilista
		Técnica de Medicina Legal
		Farmacêutica
		Designer
		Programadora de Software
		Engenheira Geotérmica
	Arquiteta	
	Técnicos e profissões de nível intermédio	Técnica de Análises Clínicas
		Assistente Dentária
		Técnico Superior de Função Pública
	Pessoal administrativo	Empregada Fabril
		Rececionista
		Administrativa Contencioso
		Administrativa
	Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores	Lojista
		Operadora de Loja
Vendedora de Loja		
Comercial		
Responsável Logística		
Barista		
Atendente de Balcão		
Cozinheira num lar de Idosos		
Auxiliar de Produção		
Ajudante de Ação Educativa		
Vendedora de Automóveis		

### 3.1.1. Caracterização da história obstétrica

A idade gestacional das participantes, no momento do preenchimento do “Plano do meu parto”, variou entre as 23 e as 37 semanas, com média de 31 semanas.

A maior parte das mulheres presentes no estudo são **primigestas** (N=26; 60,5%). Das restantes, tiveram duas, três e cinco gravidezes. Os filhos têm em média cinco anos, com idades compreendidas entre um e os 12 anos. A média da idade das participantes à data do parto do seu primeiro filho foi de 34 semanas, e as idades gestacionais ao parto estavam compreendidas entre as 35 e as 40 semanas. No que se refere à experiência da gravidez atual, o **significado atribuído à gravidez** variou entre “Experiência moderadamente memorável” (N=13; 30,2%) e

“Experiência memorável” (N=27; 62,8%). Nenhuma apresenta a experiência da gravidez atual como uma “Experiência a esquecer” (Tabela 2).

**Tabela 2** - Caracterização obstétrica das participantes

		<b>N (%)</b>
N.º de gravidezes	Primigesta	26 (60,5%)
	2.ª ou mais	17 (39,5%)
N.º de filhos anteriores à gravidez atual	Um filho	9 (53,0%)
Significado atribuído à gravidez	Experiência a esquecer [0 - 3]	0
	Experiência moderadamente memorável [4 - 7]	13 (30,2%)
	Experiência memorável [8 - 10]	27 (62,8%)

Cerca de nove mulheres referiram experiência anterior de parto. O **parto** do filho anterior foi eutócico para seis mulheres e cesariana para três. Na sua maioria, as participantes do estudo classificam a **experiência de parto anterior** entre uma “experiência moderadamente memorável” (N=3; 33,3%) e “experiência memorável” (N=5; 55,6%). No que concerne à **preparação para o parto**, sete mulheres referiram ter realizado o programa de preparação para o parto, com percepção subjetiva positiva dessa experiência (Tabela 3).

**Tabela 3** - Caracterização da experiência de parto e significado atribuído

		<b>N (%)</b>
Tipo de parto (N=9)	Eutócico	6 (66,7%)
	Cesariana	3 (33,3%)
Classificação das experiências de parto	Experiência a esquecer [0 - 3]	0
	Experiência moderadamente memorável [4 - 7]	3 (33,3%)
	Experiência memorável [8 - 10]	5 (55,6%)
Preparação para o parto na experiência anterior (N=17)	Sim	7 (41,2%)
	Não	5 (29,4%)
Impacto da preparação para o parto anterior na experiência de parto (N=9)	Impacto a não desejar lembrar [0 - 3]	0
	Impacto moderadamente inesquecível [4 - 7]	3 (42,9%)
	Impacto inesquecível [8 - 10]	4 (57,1%)

Das 43 participantes do estudo, aquando do preenchimento do “Plano do meu parto”, a maioria refere conhecer mais pessoas com **experiências de parto** positiva do que negativa (N=30; 69,8%).

### 3.2. Expectativas expressas no “Plano do meu parto”

As expectativas representam a antecipação ou previsão de acontecimentos futuros, resultados ou comportamentos baseados em experiências passadas, conhecimento adquirido ou suposições. É o conjunto de crenças ou esperanças sobre o que pode ou deve acontecer em determinadas situações, muitas vezes influenciando a forma como as pessoas percebem e reagem à realidade. As expectativas podem afetar significativamente a motivação pessoal, a satisfação e até mesmo o resultado de ações e interações, pois moldam as respostas e comportamentos em função do que é considerado por cada pessoa como provável ou desejável. O “Plano do meu parto” envolve seis dimensões de expectativas:

- 1) Acreditar nas capacidades inatas do próprio corpo;
- 2) Importância atribuída ao início e tipo de trabalho de parto;
- 3) Importância atribuída à capacidade para lidar com o trabalho de parto;
- 4) Importância atribuída à capacidade para lidar com a dor de trabalho de parto;
- 5) Importância atribuída ao ambiente durante o trabalho de parto;
- 6) Importância atribuída a ações no pós-parto imediato.

Neste subcapítulo iremos abordar e apresentar os resultados do presente estudo tendo em conta as dimensões referidas anteriormente.

#### 1) Acreditar nas capacidades inatas do próprio corpo

A primeira questão colocada às mulheres no preenchimento do “Plano do meu parto” guardava relação com o nível de concordância com o facto do seu **corpo ser uma força que poderia levar para o seu parto**. A totalidade das mulheres que responderam concordam com a afirmação, sendo que se verificou que mais de 3/4 (N=34; 79,1%) “concorda totalmente”. A esta questão, quatro grávidas responderam “não sei ainda”. Esta mesma tonalidade é observada no nível de concordância relacionada com a crença de que a **mente é uma força que para levar para o seu parto** (Tabela 4). Duas grávidas responderam “não sei ainda”.

**Tabela 4** – Expectativas relacionadas com os recursos internos - capacidades inatas

Nível de concordância	Discordo				Concordo				Concordo totalmente		
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Crença que o corpo é um superpoder que leva para o parto	0	0	0	0	0	2	0	2	9	3	22
Total	0				4 (20,9%)				34 (79,1%)		
Crença que a mente é um superpoder que leva para o parto	0	0	0	0	0	1	2	3	11	2	21
Total	0				6 (20,9%)				34 (79,1%)		

## 2) Importância atribuída ao início e tipo de trabalho de parto

A segunda dimensão do instrumento utilizado neste estudo centra-se nas expectativas das mulheres relacionadas com o início e tipo de trabalho de parto. Na sua maioria, as participantes do estudo classificam o nível de importância em terem um **parto o mais fisiológico possível** entre “muito importante” (N=28; 65,1%) e “importante” (N=8; 18,6%). Três grávidas responderam “não sei ainda”. A importância em ter um **parto por cesariana** variou entre “pouco/nada importante” (N=16; 37,2%), “importante” (N=12; 27,9%) e “muito importante” (N=9; 20,9%). Cinco grávidas responderam “não sei ainda”. Na sua maioria, as mulheres classificam o nível de importância com que o **parto inicie espontaneamente** como “muito importante” (N=26; 60,5%). Duas grávidas responderam “não sei ainda”. A importância em **marcarem o dia do parto** variou entre “pouco/nada importante” (N=15; 34,9%), “importante” (N=13; 30,2%) e “muito importante” (N=3; 7,0%). Apenas uma grávida respondeu “não sei ainda”. A importância expressa pelas mulheres em **ficarem em casa na fase inicial do trabalho de parto** variou entre “importante” (N=17; 39,5%), “muito importante” (N=12; 27,9%) e “pouco/nada importante” (N=9; 20,9%). Quatro grávidas responderam “não sei ainda”. A importância expressa pelas mulheres em relação ao **ir, logo que inicie o trabalho de parto, para o local onde quer viver o parto**, variou entre “muito importante” (N=18; 41,9%), “importante” (N=15; 34,9%) e “pouco/nada importante” (N=8; 18,6%). Duas grávidas responderam “não sei ainda”.

Tendo em conta a questão relacionada com o nível de importância em **ter alguém presente no parto**, verificou-se que a totalidade das mulheres considera “muito importante” (N=37; 86,0%). Nesta questão nenhuma grávida respondeu “não sei ainda”. Esta é a única questão nesta dimensão do plano para o parto que não tem nenhuma participante que considera “pouco/nada importante” (Tabela 5). A par desta questão, o “Plano do meu parto” promove a reflexão sobre a escolha da pessoa que gostaria de levar para o seu parto. A totalidade das mulheres

responderam que desejam ter alguém presente no parto durante todo o processo, independentemente do tipo de parto.

**Tabela 5 - Expectativas relacionadas com o início e tipo de trabalho de parto**

Nível de importância	Pouco/Nada importante				Importante				Muito Importante			
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Ter o parto o mais fisiológico possível	2	0	0	1	0	4	2	2	6	4	18	
Total	3 (7,0%)				8 (18,6%)				28 (65,1%)			
Ter um parto por cesariana	5	3	6	2	3	7	1	1	2	2	5	
Total	16 (37,2%)				12 (27,9%)				9 (20,9%)			
Que o parto inicie espontaneamente	3	1	0	0	1	4	2	3	4	5	17	
Total	4 (9,3%)				10 (23,3%)				26 (60,5%)			
Marcar o dia de parto	7	2	2	4	1	10	2	0	4	2	7	
Total	15 (34,9%)				13 (30,2%)				3 (7,0%)			
Ficar em casa na fase inicial do trabalho de parto	4	2	1	2	2	7	4	4	3	1	8	
Total	9 (20,9%)				17 (39,5%)				12 (27,9%)			
Ir logo que inicie o trabalho de parto para o local onde quer viver o parto	5	0	1	2	3	9	1	2	6	3	9	
Total	8 (18,6%)				15 (34,9%)				18 (41,9%)			
Ter alguém presente	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	36	
Total	0				0				37 (86,0%)			

### 3) Importância atribuída à capacidade para lidar com o trabalho de parto

A terceira dimensão do “Plano do meu parto” está interligada com as expectativas das mulheres relacionadas com lidar com o trabalho de parto. Na sua maioria, nesta dimensão, as participantes do estudo classificaram as suas respostas como “muito importante”. Tal se justifica com o nível de importância em: **adotar a posição que pessoalmente seja mais confortável em qualquer momento** (N=37; 86,0%). Apenas uma grávida respondeu “não sei ainda”; **manter-se ativa durante o trabalho de parto** (N=36; 83,7%). Três grávidas responderam “não sei ainda”; **ter orientação na posição mais favorável para a evolução do trabalho de parto** (N=39; 90,7 %). Nenhuma grávida respondeu “não sei ainda”; **ter informação da evolução do trabalho de parto e de como está o bebé está a lidar com as contrações uterinas**, sempre que solicitado/surgirem alterações (N=41; 95,3%). Apenas uma grávida respondeu “não sei ainda”; **ser realizado o exame vaginal, com consentimento, quando estritamente necessário ou a pedido pessoal** (N=39; 90,7 %) Quatro grávidas responderam “não sei ainda”; **comer e/ou beber** (N=27; 62,8 %). Quatro grávidas responderam “não sei ainda”; **ter o parto na posição escolhida no momento** (N=24; 55,9 %). Cinco grávidas responderam “não sei ainda”; **serem implementadas medidas de proteção do períneo no período expulsivo** (N=32; 74,4 %). Seis grávidas responderam “não

sei ainda” e **não tocarem no períneo se não for estritamente necessário no período expulsivo** (N=28; 65,1 %). Oito grávidas responderam “não sei ainda”.

Nesta dimensão, salienta-se que apenas duas questões do plano para o parto foram classificadas como “pouco/nada importante” por algumas participantes, nomeadamente **comer e/ou beber** (N=1; 2,3 %) e **ter o parto na posição escolhida no momento** (N=3; 7,0 %) (Tabela 6).

**Tabela 6 - Expectativas relacionadas com o lidar com o trabalho de parto**

Nível de importância	Pouco/Nada importante				Importante				Muito Importante			
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Adotar a posição que seja mais confortável	0	0	0	0	0	0	1	4	2	9	26	
<b>Total</b>	0				5 (11,7%)				37 (86,0%)			
Manter-se ativa durante o trabalho de parto	0	0	0	0	1	2	1	0	7	10	19	
<b>Total</b>	0				4 (9,3%)				36 (83,7%)			
Ter orientação na posição mais favorável para a evolução do trabalho de parto	0	0	0	0	0	1	2	1	4	6	29	
<b>Total</b>	0				4 (9,3%)				39 (90,7%)			
Ter informação da evolução do trabalho de parto e de como o bebé está a reagir	0	0	0	0	0	0	0	1	5	3	33	
<b>Total</b>	0				1 (2,3%)				41 (95,3%)			
Ser realizado o exame vaginal quando necessário ou a pedido	0	0	0	0	1	0	1	1	6	7	26	
<b>Total</b>	0				3 (7,0%)				39 (90,7%)			
Comer e/ou beber	1	0	0	0	1	3	4	3	9	4	14	
<b>Total</b>	1 (2,3%)				11 (25,6%)				27 (62,8%)			
Ter o parto na posição escolhida no momento	1	0	1	1	0	5	3	3	3	4	17	
<b>Total</b>	3 (7,0%)				11 (25,6%)				24 (55,9%)			
Medidas de proteção do períneo implementados no período expulsivo	0	0	0	0	1	0	2	0	6	2	24	
<b>Total</b>	0				3 (7,0%)				32 (74,4%)			
Não tocarem no períneo se não for necessário no período expulsivo	0	0	0	0	0	4	3	0	2	5	21	
<b>Total</b>	0				7 (16,3%)				28 (65,1%)			

#### 4) Importância atribuída à capacidade para lidar com a dor de trabalho de parto

A quarta dimensão do instrumento para a recolha de dados está relacionada com as expectativas das suas capacidades para lidar com a dor do trabalho de parto. A importância expressa pelas mulheres em **não falarem com elas durante a contração**, variou entre “importante” (N=14; 32,6%) e “muito importante” (N=8; 18,6%). Vinte grávidas responderam “não sei ainda”. Na sua maioria, as participantes do estudo classificam o nível de importância em **serem capazes de gerir a dor “ao seu jeito”** como “muito importante” (N=27; 62,8%). Seis grávidas responderam “não sei ainda”. Em relação ao nível de importância atribuída ao **uso da respiração e do relaxamento** como estratégia para lidar com a dor de trabalho de parto, a maioria considerou como “muito importante” (N=32; 74,4%). Cinco grávidas responderam “não sei ainda”. Da mesma forma, maioritariamente, as participantes do estudo classificam o nível de importância no **uso da**

**massagem** como estratégia para lidar com a dor de trabalho de parto como “muito importante” (N=30; 69,8%). Seis grávidas responderam “não sei ainda”. Tendo em conta a questão relacionada com o nível de importância em **usar música** como estratégia para lidar com a dor de trabalho de parto, verificou-se que a maioria considera “muito importante” (N=25; 58,1%). Sete grávidas responderam “não sei ainda”. A importância expressa pelas mulheres em **usar óleos essenciais** como estratégia para lidar com a dor de trabalho de parto, variou entre “muito importante” (N=13; 30,2%), “importante” (N=12; 27,9%) e “pouco/nada importante” (N=9; 20,9%). Nove grávidas responderam “não sei ainda”. A importância atribuída ao **acreditar que consegue fazer qualquer coisa num minuto – duração da contração**, variou entre “importante” (N=8; 18,6%), “muito importante” (N=6; 14,0%) e “pouco/nada importante” (N=1; 2,3%). Vinte e oito grávidas responderam “não sei ainda”. Na sua maioria, as participantes do estudo classificam o nível de importância em **ter analgesia epidural logo que possível** como “muito importante” (N=25; 58,1%). Cinco grávidas responderam “não sei ainda”. De todo o modo, a maioria das participantes considera como “muito importante” o **ter analgesia epidural apenas quando solicitado** (N=26; 60,5%) (Tabela 7). Nove grávidas responderam “não sei ainda”.

**Tabela 7** - Expectativas relacionadas com as estratégias para lidar com a dor de trabalho de parto

Nível de importância	Pouco/Nada importante				Importante				Muito Importante		
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Não falarem durante a contração	0	0	0	0	2	2	3	7	2	3	3
<b>Total</b>	0				14 (32,6%)				8 (18,6%)		
Ser capaz de gerir a dor “ao seu jeito”	1	0	0	0	1	4	0	4	6	8	13
<b>Total</b>	1 (2,3%)				9 (20,9%)				27 (62,8%)		
Usar respiração e relaxamento	1	0	0	0	1	1	0	3	5	7	20
<b>Total</b>	1 (2,3%)				5 (11,7%)				32 (74,4%)		
Usar massagem	1	0	0	0	1	2	0	3	6	6	18
<b>Total</b>	1 (2,3%)				6 (14,0%)				30 (69,8%)		
Usar música	2	0	0	0	1	4	1	3	7	4	14
<b>Total</b>	2 (4,7%)				9 (20,9%)				25 (58,1%)		
Usar óleos essenciais	5	1	2	1	1	5	5	1	5	2	6
<b>Total</b>	9 (20,9%)				12 (27,9%)				13 (30,2%)		
Acreditar que consegue fazer qualquer coisa durante a contração	1	0	0	0	2	1	3	2	3	0	3
<b>Total</b>	1 (2,3%)				8 (18,6%)				6 (14,0%)		
Ter analgesia epidural logo que possível	2	1	1	2	0	3	0	3	3	4	18
<b>Total</b>	6 (14,0%)				6 (14,0%)				25 (58,1%)		
Ter analgesia epidural apenas quando solicitado	4	2	1	0	1	0	0	0	7	5	14
<b>Total</b>	7 (16,3%)				1 (2,3%)				26 (60,5%)		

## 5) Importância atribuída ao ambiente durante o trabalho de parto

A quinta dimensão do “Plano do meu parto” guarda relação com as expectativas relacionadas com o ambiente durante o trabalho de parto, para um ambiente que a tranquiliza e que gostava de ter. Na sua maioria, as participantes do estudo classificam o nível de importância atribuído à **privacidade** que gostava de ter durante o trabalho de parto como “muito importante” (N=39; 90,7%). Nenhuma grávida respondeu “não sei ainda”. Da mesma forma, a maioria das participantes do estudo classificam o nível de importância sobre a **iluminação** na sala de partos como “muito importante” (N=30; 69,8%). Duas grávidas responderam “não sei ainda”. A maioria das participantes do estudo classificam o nível de importância atribuído à **temperatura ambiente** que gostariam de ter durante o trabalho de parto como “muito importante” (N=36; 83,7 %). Duas grávidas responderam “não sei ainda”. A importância expressa pelas mulheres em terem um **cheiro agradável** na sala de parto, variou entre “importante” (N=16; 37,2%), “muito importante” (N=11; 25,6%) e “pouco/nada importante” (N=2; 4,7%). Doze grávidas responderam “não sei ainda”. A importância expressa pelas mulheres em terem **itens pessoais** que a tranquilizam durante o trabalho de parto, variou entre “importante” (N=18; 41,9%), “muito importante” (N=15; 34,9%) e “pouco/nada importante” (N=4; 9,3%). Cinco grávidas responderam “não sei ainda”. Tendo em conta a questão relacionada com o nível de importância em ter **pontos de distração** no ambiente do parto, as participantes classificam como “muito importante” (N=18; 41,9%), “importante” (N=14; 32,6%) e “pouco/nada importante” (N=5; 11,6%). Seis grávidas responderam “não sei ainda”. Na sua maioria, as participantes do estudo classificam o nível de importância em **usar água no chuveiro** como “muito importante” (N=25; 58,1%). Dez grávidas responderam “não sei ainda”. Já a importância atribuída pelas mulheres quanto ao **uso de imersão em água**, variou entre “muito importante” (N=15; 34,9%), “importante” (N=9; 20,9%) e “pouco/nada importante” (N=7; 16,3%). Doze grávidas responderam “não sei ainda”. Por fim, maioritariamente as participantes do estudo classificam o nível de importância em **usar dispositivos** durante o trabalho de parto como “muito importante” (N=26; 60,5%) (Tabela 8). Dez grávidas responderam “não sei ainda”.

**Tabela 8 - Expectativas relacionadas com os ambientes de parto**

Nível de importância	Pouco/Nada importante				Importante				Muito Importante		
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ter privacidade durante o trabalho de parto	0	0	0	0	2	2	0	0	4	5	30
<b>Total</b>	0				4 (9,3%)				39 (90,7%)		
Ter iluminação durante o trabalho de parto	1	0	0	1	2	4	1	2	6	8	16
<b>Total</b>	2 (4,7%)				9 (20,9%)				30 (69,8%)		
Ter temperatura ambiente durante o trabalho de parto	0	0	0	0	0	3	0	2	4	8	24
<b>Total</b>	0				5 (11,6%)				36 (83,7%)		
Ter um cheiro agradável durante o trabalho de parto	1	0	1	0	2	7	2	5	4	1	6
<b>Total</b>	2 (4,7%)				16 (37,2%)				11 (25,6%)		
Ter itens pessoais durante o trabalho de parto	3	0	1	0	0	8	5	5	6	3	6
<b>Total</b>	4 (9,3%)				18 (41,9%)				15 (34,9%)		
Ter pontos de distração durante o trabalho de parto	5	0	0	0	0	6	0	8	6	2	10
<b>Total</b>	5 (11,6%)				14 (32,6%)				18 (41,9%)		
Usar água no chuveiro durante o trabalho de parto	1	0	0	1	1	4	0	1	6	8	11
<b>Total</b>	2 (4,7%)				6 (14,0%)				25 (58,1%)		
Usar imersão de água durante o trabalho de parto	4	2	0	1	2	5	1	1	2	5	8
<b>Total</b>	7 (16,3%)				9 (20,9%)				15 (34,9%)		
Usar dispositivos durante o trabalho de parto	0	0	0	0	1	3	0	2	3	5	18
<b>Total</b>	0				6 (14,0%)				26 (60,5%)		

## 6) Importância atribuída a ações no pós-parto imediato

A sexta e última dimensão do “Plano do meu parto” está relacionada com as expectativas das mulheres para o pós-parto imediato. Metade das questões desta dimensão foram percebidas pelas participantes com um grau elevado de importância. Esta afirmação justifica-se com as questões que foram classificadas maioritariamente como “muito importante” tais como: **escolherem alguém para segurar no bebé no momento do parto** (N=27; 62,8 %) e **escolherem alguém para o corte do cordão umbilical** (N=27; 62,8 %). Respetivamente quatro e cinco grávidas responderam “não sei ainda”.

As restantes questões foram classificadas como “muito importante”. Nomeadamente o **contacto pele com pele com a mãe ser logo que possível após o parto** (N=41; 95,3 %) e o **bebé iniciar a primeira mamada quando evidenciar prontidão para mamar** (N=40; 93,0 %) ” (Tabela 9). Respetivamente apenas uma e duas grávidas responderam “não sei ainda”.

**Tabela 9** - Expectativas relacionadas com as ações no pós-parto imediato

Nível de importância	Pouco/Nada importante				Importante				Muito Importante			
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Escolher quem segura no bebé no momento do nascimento	0	0	0	0	0	1	0	1	2	1	24	
Total	0				2 (4,7%)				27 (62,8%)			
Escolher quem corta o cordão umbilical	0	0	0	0	0	2	2	0	2	0	25	
Total	0				4 (9,3%)				27 (62,8%)			
Contacto pele com pele com a mãe logo que possível após o parto	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	39	
Total	0				0				41 (95,3%)			
Bebé inicie a primeira mamada quando evidenciar prontidão para mamar	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	36	
Total	0				0				40 (93,0%)			

### Nível de preparação percebido antes de iniciar o programa de preparação para o parto

Após a apresentação das dimensões do “Plano do meu parto” é relevante dar ênfase à última questão colocada neste instrumento. Esta guarda relação com o **quanto a mulher se sente preparada para todo o processo de parto** numa fase inicial, antes de usufruir da preparação para o parto e das suas intervenções.

Das 43 participantes no estudo apenas 14 responderam à questão: “Quanto me sinto preparada para o meu parto?”. As respostas divergiram-se entre três grupos, “Ainda não me sinto preparada” (N=7; 16,3%), “Sinto-me preparada” (N=6; 14%) e “Sinto-me totalmente preparada” (N=1; 2,3%) (Tabela 10). Dez grávidas responderam “não sei ainda”.

**Tabela 10** - Nível de preparação percebido antes de iniciar o programa de preparação para o parto

Nível percebido de preparação para o parto	Ainda não me sinto preparada				Sinto-me preparada				Sinto-me totalmente preparada		
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Quanto me sinto preparada para o meu parto:	3	0	1	3	3	3	0	0	0	0	1
Total	7 (16,3%)				6 (14%)				1 (2,3%)		

### Fatores que contribuem para uma experiência de parto positiva

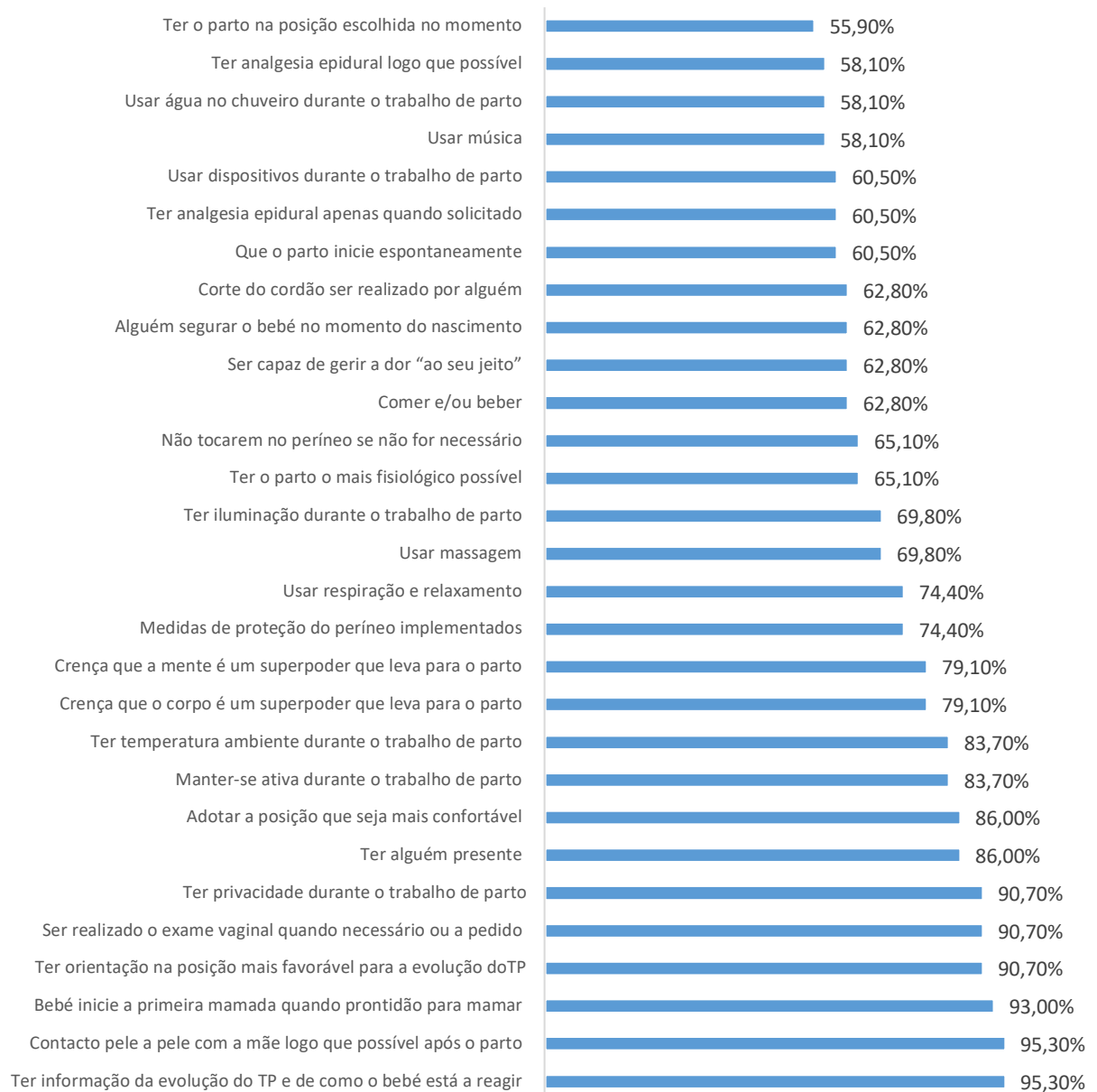
Após a análise de cada dimensão do plano de parto, torna-se relevante apresentar os resultados de uma perspetiva geral e perceber que resultados emergem.

Dos tópicos abordados no “Plano do meu parto”, foi perceptível que alguns deles obtiveram uma maior percentagem no grupo “muito importante”, ou seja, as grávidas que responderam entre

8 e 10 relativamente ao nível de importância de cada tópico do “Plano do meu parto”. Este resultado demonstra que, para efeitos de estudo, esses são os fatores considerados pela mulher como mais relevantes para uma experiência de parto positiva.

Para a análise dos fatores que reuniam mais consenso no nível de muita importância (respostas de 8 a 10) (Gráfico 1), retirando-se as respostas “não sei ainda” e as não respostas, assim como as questões do plano para o parto que foram maioritariamente consideradas como “importantes” (4 a 7) e “pouco/nada importantes” (0 a 3). De todos estes fatores, e tendo em conta a percentagem apresentada, foi possível identificar aqueles que as grávidas atribuem maior importância (respostas entre 8 a 10), tais como: Ter informação da evolução do trabalho de parto e de como o bebé está a reagir (N=41); Contacto pele a pele com a mãe logo que possível após o parto (N=41); Bebê inicie a primeira mamada quando evidenciar prontidão para mamar (N=40); Ter orientação na posição mais favorável para a evolução do trabalho de parto (N=39); Ser realizado o exame vaginal quando necessário ou a pedido (N=39); e Ter privacidade durante o trabalho de parto (N=39).

Noutra perspetiva, e embora tenham tido mais do que 50% das mulheres a considerar como importante, já não atingem os mesmos patamares de importância que os anteriores, a saber: Ter alguém presente (N=37); Adotar a posição que seja mais confortável (N=37); Manter-se ativa durante o trabalho de parto (N=36); Ter temperatura ambiente durante o trabalho de parto (N=36); Crença que o corpo é um superpoder que leva para o parto (N=34); Crença que a mente é um superpoder que leva para o parto (N=34); Medidas de proteção do períneo implementados no período expulsivo (N=32); Usar respiração e relaxamento (N=32); Usar massagem (N=30); Ter iluminação durante o trabalho de parto (N=30); Ter o parto o mais fisiológico possível (N=28); Não tocarem no períneo se não for necessário no período expulsivo (N=28); Comer e/ou beber (N=27); Ser capaz de gerir a dor “ao seu jeito” (N=27); Alguém segurar o bebé no momento do nascimento (N=27); Corte do cordão ser realizado por alguém (N=27); Que o parto inicie espontaneamente (N=26); Ter analgesia epidural apenas quando solicitado (N=26); Usar dispositivos durante o trabalho de parto (N=26); Usar música (N=25); Usar água no chuveiro durante o trabalho de parto (N=25); Ter analgesia epidural logo que possível (N=25) e Ter o parto na posição escolhida no momento (N=24).



**Gráfico 1 - Tonalidade das expectativas do "Plano do meu parto"**

Os tópicos, que de uma forma unânime, foram referidos pelas mulheres como “muito importantes” e que representam expectativas altamente valorizadas pelas mulheres para o parto que imaginam, guardam relação com o pós-parto imediato, processo do trabalho de parto e a partilha de informação por parte dos profissionais durante o processo de trabalho de parto.

### 3.3. Expectativas sobre os recursos a utilizar no parto

Tendo em conta o tratamento dos dados, as questões que foram elaboradas com possibilidade de resposta aberta deram aso à necessidade de análise dos dados de natureza qualitativa, de modo a agrupá-los em categorias. Estas devem respeitar alguns critérios, tais como serem exaustivas, mutuamente exclusivas, corretamente caracterizadas, englobar o máximo de conteúdos e uma unidade de significado só pode fazer parte de uma categoria (Bardin, 2013).

#### Recursos inerentes expressos pelas grávidas

Uma das questões, diz respeito a **acreditar nos seus outros superpoderes**, identificados pelas próprias mulheres em relação a si: “Quais são os outros superpoderes/forças que as mulheres consideram levar para o parto?”. Das 43 participantes, 20 mencionaram uma série de “superpoderes” passíveis de levarem para o seu parto. Cada uma relatou mais do que um recurso. Da análise, emergiram duas categorias: os recursos internos e recursos externos. Após interpretação das respostas das participantes tornou-se pertinente subdividir as categorias a fim de obter uma melhor discussão dos dados. Para exemplificar e justificar a necessidade desta organização são descritas as unidades de registo. A categoria relativa aos recursos internos originou cinco subcategorias: “autocontrolo” relacionado com capacidade da mulher manter a calma durante todo o processo do trabalho de parto; “autoeficácia” relacionada com características que podem estar presentes para melhorar a experiência de parto vivida; “confiança nos profissionais”, ou seja, ter segurança nos profissionais que estão a acompanhar o processo; “focos no objetivo” relacionada com a necessidade de manter o pensamento direcionado para o resultado da situação; e “autodeterminação” que guarda relação com a presença do conhecimento do que poderá acontecer e o conseqüente apoio nas tomadas de decisão. A categoria relativa aos recursos externos originou três subcategorias: “o apoio da pessoa significativa: pai do bebé”, ou seja, todos os meios passíveis de fornecer suporte à mulher; “pessoa significativa” que guarda relação com a presença efetiva da pessoa escolhida pela mulher para partilhar consigo a experiência do seu parto; e “estratégias para lidar com o trabalho de parto” como por exemplo a musicoterapia, gestão do ambiente durante o trabalho de parto e a preparação física da mulher. Após análise é perceptível que os “superpoderes” mais frequentemente referidos pelas mulheres guardam relação com a categoria dos recursos

externos, nomeadamente os aspetos relacionados com o apoio da pessoa significativa, realizado pelo pai do bebé na totalidade das participantes que reponderam (Quadro 6).

**Quadro 6 - Outros superpoderes para levar para o parto**

Tema	Categoria	Subcategorias	Unidades de registo
Superpoderes – outros	Recursos internos	Autocontrolo	"Concentração e capacidade para controlar a ansiedade"
			"Estar calma, e relaxada o máximo que conseguir"
			"Manter a calma"
			"Pensamento positivo e pensar no 1º filho + ver o 2º"
		Autoeficácia	"Acreditar que sou capaz"
			"Resiliência"
			"Coragem"
		Confiança nos profissionais	"Confiar nos profissionais de saúde"
			"Confiança na equipa médica"
			"Confiança na equipa"
		Foco no objetivo	"O amor e ansiedade para conhecer a minha filha"
			"Foco em ter a minha filha comigo"
	Autodeterminação	"Saber o que vai acontecer e conversar sobre hipóteses de complicações"	
		"Apoio nas minhas/nossas escolhas"	
	Recursos externos	O apoio da pessoa significativa: pai do bebé	"Apoio do meu marido"
			"O meu acompanhante (marido)"
			"A presença do pai"
			"Acompanhante (pai da criança)"
			"O meu acompanhante, pai da bebé"
			"Apoio do pai"
			"O incentivo do pai (acompanhante)"
			"Pai presente"
			"Apoio do pai da bebé"
"Pessoa significativa"			
Estratégias para lidar com o trabalho de parto		"Música"	
		"Ambiente adequado ao que é idealizado"	
			"Preparação física"

No que se refere às **palavras encorajadoras**: "Quais são as palavras que as mulheres consideram que lhes dão força e coragem?", as mulheres identificaram diversas possibilidades, tendo a maioria referido mais do que uma resposta. Das 43 participantes, 26 mulheres responderam e relataram palavras encorajadoras que acreditam que iriam ajudar a lidar com o seu parto. Destas respostas emergiram seis categorias, cada uma com as unidades de registo respetivas que justificam a sua organização, tais como: "sentir que os outros estão atentos às suas necessidades" relacionada com a preocupação manifestada pelas pessoas que estão a acompanhar o processo; "sentir-se acompanhada" relativa às expressões que transmitem segurança, confiança e presença; "palavras de força", ou seja, exemplos de elogios e manifestações de orgulho pelo processo; "suporte na ação" relacionada com a lembrança e apoio nas técnicas apreendidas, como por exemplo a respiração; "autoeficácia: eu sou capaz" ou seja utilização de expressões que transmitam superação; "um objetivo" relacionado com a elaboração de pensamentos positivos relacionados com as experiências vividas ; e "não sei". A categoria com mais respostas por parte das participantes foi "palavras de força" (Quadro 7).

**Quadro 7 - Palavras encorajadoras**

	<b>Categoria</b>	<b>Unidades de registo</b>
Palavras encorajadoras	Sentir que os outros estão atentos às suas necessidades	"Perguntar constantemente se preciso de alguma coisa"
		"Perguntar se estou bem"
	Sentir-se acompanhada	"Estou aqui"
		"Não estás sozinha"
		"Estou aqui contigo"
		"Confio que quem escolher saiba o que me dizer"
		"Depende mais de quem as diz do que propriamente a palavra escolhida"
		"Chamadas da família"
	Palavras de força	"Força"
		"Coragem"
		"Está quase"
		"Tu consegues"/"Tu és capaz"/"Vais conseguir"/"És capaz" "Você consegue"/"Tu consegues"
		"Não desistas"
		"Continua assim"
		"Está ótimo"
		"Orgulho"
		"Bom trabalho"
		"Você é guerreira"
		"Você tá indo muito bem"
		"Amor"
		"És linda"
		Suporte na ação
	"Calma"	
	"Estás quase a conhecer a tua filha"	
	"Vai melhorar, o "fim" compensa"	
	Autoeficácia: eu sou capaz	"Conseguo suportar qualquer coisa por um minuto"
		"Eu sou capaz"
		"Eu confio"
		"Eu consigo"
	Um objetivo	"Lidar com a situação com calma"
"Vou conhecer o meu bebé brevemente e cada vez mais perto a cada contração"		
Não sei...	"Não sei, depende dos momentos e de como estiver a evoluir"	

No que diz respeito à escolha da(s) pessoa(s) para estar(em) **presentes no parto**, das 38 participantes que responderam que gostariam de ter alguém presente no seu parto, a maioria optou por escolher o "Companheiro", representando este o pai da criança, como pessoa escolhida para a acompanhar durante o trabalho de parto. Duas mulheres referiram escolher a sua própria "mãe".

### **Especificação de preferências expressas no "Plano do meu parto", relativamente ao cheiro e pontos de distração**

Uma das questões apontava para a identificação dos **cheiros** que as mulheres gostariam de ter durante o trabalho de parto. Algumas referiram mais do que um exemplo. Um total de 14 mulheres reportaram aromas considerados como relevantes para uma experiência de parto positiva. As respostas identificadas foram: "Lavanda"; "Cheiro a roupa lavada"; "Jasmim";

“Verdana Bio”; “Alfazema”; “Canela”; “Coco”; “Cítrico”; “Mar”; “Fresco”; “Bebé”; “Tudo menos cheiro de hospital”; e “Nenhum”.

No que diz respeito aos **pontos de distração** que a mulher gostaria de ter durante o trabalho de parto, seis participantes especificaram os focos que poderiam contribuir para desviar a atenção da dor de trabalho de parto, tendo algumas identificado mais do que um. As respostas incluíam elementos de distração tais como: “Música”; “Luz Natural”; “TV”; “Televisão”; “Meditação guiada”; “Imagens da natureza”; “Sons”; e “Marido”.

### **Especificação de preferências expressas no “Plano do meu parto”, relativamente à forma como a grávida quer sentir o bebé nos primeiros momentos**

No que diz respeito às pessoas identificadas para **segurar o bebé no momento do nascimento**, das 30 participantes que responderam a maioria escolheria a “própria”, outras optariam por ser o “companheiro” e outras respostas identificaram exemplos de “Profissional de Saúde”. Algumas mulheres referiram mais do que uma pessoa como opção.

No que diz respeito às pessoas identificadas para **o corte do cordão umbilical**, das 36 participantes que responderam que gostariam de escolher quem realiza o corte do cordão umbilical, a maioria optou por referir o “Companheiro – pai do filho”. Todavia, outras mulheres escolheriam ser a própria, a sua mãe, e outras o profissional de saúde. Existiram mulheres que identificaram mais do que uma pessoa.

### **Especificação de preferências expressas no “Plano do meu parto”, relativamente a outros elementos significativos para a grávida e/ou para a família**

Face à questão “Quais **elementos significativos** as mulheres consideraram relevantes para si e/ou para a sua família?” oito participantes identificaram o que para si seria significativo. A maioria das mulheres identificaram mais do que um elemento significativo. Desta identificação e análise posterior surgiram quatro categorias: “relação terapêutica” relacionada com aspetos mais relevantes para a criação de confiança e segurança nos profissionais que acompanham este processo ; “informação” ou seja, ter conhecimento da situação e do seu desenvolvimento; “tempo em família” relacionada com a preferência em proporcionar a melhor experiência possível com redução de intervenções desnecessárias durante os primeiros momentos da

transição; e “tudo corra bem” relacionada com fatores externos à prática profissional mas também na crença de que a experiência será a melhor para o par: mãe-filho. A categoria dos elementos significativos com mais unidades de registo é o “tempo em família” (Quadro 8).

**Quadro 8 - Elementos significativos**

<b>Tema</b>	<b>Categoria</b>	<b>Unidade de registo</b>
Elementos Significativos no pós-parto	Relação terapêutica	“Comunicação clara e tranquila ao longo do tempo que esteja no hospital”
		"Ter também uma boa base com enfermeiras nas 1ª horas após o parto, com boa ajuda será essencial para que tudo corra bem"
		"Tranquilidade das pessoas / profissionais à nossa volta"
	Informação	"Ao nascer só queria saber se está bem o bebé e se tudo está bem"
		"Informação sobre o que está a acontecer"
	Tempo em família	"Ter momentos a 3 (mãe/pai/bebé) com a maior frequência possível"
		"Não retirem o bebé para limpar, pesar e medir"
		"Bebé ficar com os pais o máximo de tempo possível logo após o nascimento"
		"Que respeitem a "golden hour" e o pulsar do sangue no cordão umbilical"
		"Não dar banho"
	Tudo corra bem	"A presença constante do pai durante todo o trabalho de parto e logo nas 1ª horas posteriores ao parto"
		"Que a bebé nasça saudável, que o parto corra bem tanto para mim, quanto para a bebé, que não haja nenhum dano"

### **Especificação de preferências no momento em que pensa o seu parto tendo por base o "Plano do meu parto"**

Uma outra questão apontava para os fatores identificados como necessários para se **sentir preparada para o parto**. Das participantes do estudo, oito reportaram as suas necessidades e respostas. Algumas mulheres identificaram mais do que uma necessidade. Após análise das respostas surgiram quatro categorias: “Envolvimento na gravidez e desenvolvimento fetal” relacionado com as estratégias possíveis para promover um apoio personalizado; “preparação por EEESMO” ou seja, aumento da capacidade de respostas da preparação para o parto a fim de aprofundar diversos temas relacionados; “desenvolver recursos internos para lidar com o trabalho de parto” relacionada com a promoção de conhecimento, consciencialização e capacidades de estratégias para lidar com o trabalho de parto; e “nunca vou estar 100% preparada” relacionada com a incerteza da preparação mas confiança nos seus recursos. A categoria com mais unidades de registo guarda relação com a preparação das grávidas por EEESMO (Quadro 9).

**Quadro 9 - O que preciso para me sentir preparada**

<b>Categoria</b>	<b>Unidade de registo</b>
Envolvimento na gravidez e desenvolvimento fetal	"Continuar a acompanhar o crescimento do bebé"
	"Adaptar exercícios aos meus problemas de saúde"
Preparação por EEESMO	"Mais aulas de preparação para o parto"
	"Acabar o curso de preparação para o parto e ter a casa preparada e organizada para receber o bebé"
	"Aulas de preparação para o parto mais frequentes"
	"Continuo a preferir a cesariana ao parto vaginal"
Desenvolver recursos internos para lidar com o trabalho de parto	"Melhorar as minhas técnicas de relaxamento e respiração"
	"Saber relaxar mais"
	"Mais tempo para a devida consciencialização"
	"Mais informação, confiança e já ter vivido a experiência (1.ª gravidez)"
"Nunca vou estar 100% preparada"	"Nunca vou estar 100% preparada, mas sinto que terei todas as condições para ter um "bom" parto"

### **3.4. Dados e diagnósticos que emergiram do plano para o parto**

O "Plano do meu parto" (Cardoso et al., 2022) foi utilizado no presente estudo com o objetivo de avaliar a contribuição dos resultados da sua implementação no âmbito da preparação para o parto, identificando as necessidades em cuidados. Posto isto, os dados recolhidos no plano para o parto utilizado demonstraram-se relevantes na nomeação dos diagnósticos de enfermagem e as consequentes intervenções relacionadas.

Os focos e os juízos que cada dado do plano para o parto utilizou, assim como as especificações que auxiliam a perceber o tópico e/ou dimensão utilizada irão ser descritos e apresentados nos quadros seguintes.

Para efeitos de análise, os dados irão ser organizados relativamente ao valor de importância atribuída no "Plano do meu parto". Os que são úteis para a nomeação de diagnósticos facilitadores têm nível de importância superior a cinco, os que são úteis para a nomeação de diagnósticos dificultadores têm nível de importância inferior a cinco.

No quadro 10, estão descritos os diagnósticos relacionados com o foco "Significado". Assim, de acordo com Meleis et al. (2000), os significados atribuídos a eventos precipitantes de uma mudança podem facilitar ou dificultar transições saudáveis. De acordo com os PQCEESMO (2022), significado é a relevância de alguma coisa. Assim a atribuição de um significado é uma construção a partir da interpretação que cada um faz da realidade que o envolve e experiência. No mesmo sentido, o Guia orientador de boas práticas: Preparação para o parto apresenta que

cada significado corresponde a uma representação interna que condiciona o estado emocional, ações/reações, envolvimento nos cuidados e os resultados (MCEESMO, 2023).

**Quadro 10** - Diagnósticos de enfermagem do domínio dos significados

Dados	Diagnósticos		Especificações
	Foco	Juízo	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Capacidades inatas do próprio corpo</li> </ul>	Significado atribuído ao trabalho de parto	Facilitador	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nível de concordância &gt;5 na crença de que o corpo pode ser uma força intrínseca que a grávida poderia levar para o seu parto</li> <li>Nível de concordância &gt;5 na crença de que a mente pode ser uma força intrínseca que a grávida poderia levar para o seu parto</li> </ul>
		Potencial para melhorar (Difícultador)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nível de concordância &lt;5 na crença de que o corpo pode ser uma força intrínseca que a grávida poderia levar para o seu parto</li> <li>Nível de concordância &lt;5 na crença de que a mente pode ser uma força intrínseca que a grávida poderia levar para o seu parto</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Gestão da dor durante o trabalho de parto</li> </ul>	Significado atribuído às estratégias para lidar com a dor do trabalho de parto	Facilitador	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nível de concordância &gt;5 na crença na capacidade de gerir a dor “ao seu jeito”</li> <li>Nível de importância &gt;5 relativo a acreditar que consegue fazer qualquer coisa durante a contração</li> </ul>
		Potencial para melhorar (Difícultador)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nível de importância &lt;5 relativo a ser capaz de gerir a dor “ao seu jeito”</li> <li>Nível de importância &lt;5 relativo a acreditar que consegue fazer qualquer coisa durante a contração</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Início e tipo de trabalho de parto</li> </ul>	Significado atribuído ao parto normal	Facilitador	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nível de importância &gt;5 relativo a ter o parto o mais fisiológico possível</li> <li>Nível de importância &gt;5 relativo a que o parto inicie espontaneamente</li> </ul>
		Potencial para melhorar (Difícultador)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nível de importância &gt;5 relativo a pretender ter um parto por cesariana</li> </ul>

No quadro 11, estão descritos os diagnósticos relacionados com o foco “Conhecimento”. Assim, de acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), versão 2019, Conhecimento é definido como pelo conteúdo específico de pensamento baseado na sabedoria adquirida, na informação aprendida ou competência; conhecimento e reconhecimento da informação. De acordo com os PQCEESMO (2022), e no âmbito dos processos de transição, conhecimento é entendido como uma condição facilitadora, na medida em que saber o que é esperado durante a transição e as estratégias necessárias para lidar com as mudanças e as suas consequências são determinantes para potenciar uma transição saudável. No mesmo sentido, o Guia orientador de boas práticas: Preparação para o parto refere que a ontologia de enfermagem é guiada pela ideia de que é pela linguagem que o conhecimento se representa (MCEESMO, 2023)

**Quadro 11** - Diagnósticos de enfermagem do domínio do conhecimento sobre...

Dados	Diagnósticos		Especificações
	Foco	Juízo	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Início e tipo de trabalho de parto</li> <li>Lidar com o trabalho de parto</li> <li>Preferências relacionadas com sentir o bebé nos primeiros momentos</li> </ul>	Conhecimento sobre trabalho de parto	Facilitador	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nível de importância &gt;5 em ter o parto o mais fisiológico possível</li> <li>Nível de importância &gt;5 em que o parto inicie espontaneamente</li> <li>Nível de importância &gt;5 em ter o parto por cesariana</li> <li>Nível de importância &gt;5 em marcar o dia do parto</li> <li>Nível de importância &gt;5 em ser realizado o exame vaginal quando necessário ou a pedido</li> <li>Nível de importância &gt;5 em medidas de proteção do períneo implementados no período expulsivo</li> <li>Nível de importância &gt;5 em não tocarem no períneo se não for necessário no período expulsivo</li> <li>Nível de importância &gt;5 em escolher alguém para segurar o bebé no momento do nascimento</li> <li>Nível de importância &gt;5 em escolher alguém para o corte do cordão</li> <li>Nível de importância &gt;5 em ser realizado o contacto pele com pele logo que possível após o parto</li> <li>Nível de importância &gt;5 em que o bebé inicie a primeira mamada quando evidenciar prontidão para mamar</li> </ul>
		Difícultador (Não é o momento próprio para intervir)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Não resposta às questões</li> <li>Nível de importância &lt;5 às questões</li> </ul>
		Potencial para melhorar	<ul style="list-style-type: none"> <li>Responder “não sei ainda”</li> <li>Nível de preparação percebido &lt;5</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Início e tipo de trabalho de parto</li> <li>Lidar com o trabalho de parto</li> </ul>	Conhecimento sobre estratégias para lidar com o trabalho de parto	Facilitador	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nível de importância &gt;5 em ficar em casa na fase inicial do trabalho de parto</li> <li>Nível de importância &gt;5 em ir logo que inicie o trabalho de parto para o local onde quer viver o parto</li> <li>Nível de importância &gt;5 em ter alguém presente durante o trabalho de parto</li> <li>Nível de importância &gt;5 em manter-se ativa durante o trabalho de parto</li> <li>Nível de importância &gt;5 em ter informação da evolução do trabalho de parto e de como o bebé está a reagir</li> <li>Nível de importância &gt;5 em comer e/ou beber</li> </ul>
		Difícultador (Não é o momento próprio para intervir)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Não resposta às questões</li> <li>Nível de importância &lt;5 às questões</li> </ul>
		Potencial para melhorar	<ul style="list-style-type: none"> <li>Responder “não sei ainda”</li> <li>Nível de preparação percebido &lt;5</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Lidar com a dor de trabalho de parto</li> </ul>	Conhecimento sobre estratégias para lidar com a dor do trabalho de parto	Facilitador	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nível de importância &gt;5 em ser capaz de gerir a dor “ao seu jeito”</li> <li>Nível de importância &gt;5 em não falarem durante a contração</li> </ul>
		Difícultador (Não é o momento próprio para intervir)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Não resposta às questões</li> <li>Nível de importância &lt;5 às questões</li> </ul>
		Potencial para melhorar	<ul style="list-style-type: none"> <li>Responder “não sei ainda”</li> <li>Nível de preparação percebido &lt;5</li> </ul>

No quadro 12, estão descritos os diagnósticos relacionados com o foco “Capacidade”. Este conceito pode ser considerado semelhante ao da aprendizagem de capacidades. De acordo com a CIPE® (2019), este foco foi definido como um tipo de aprendizagem com características específicas, tais como a aquisição do domínio de habilidades práticas associada a treino, prática e exercício. De acordo com os PQCEESMO (2022), capacidade é definida como um traço geral ou uma qualidade de um indivíduo relacionada com o desempenho de diversas habilidades motoras, constituindo uma componente da estrutura dessas habilidades. No mesmo sentido, o Guia orientador de boas práticas: Preparação para o parto refere que a capacidade para usar estratégias facilitadoras num determinado foco envolve desenvolver habilidades nesse mesmo tema (MCEESMO, 2023).

**Quadro 12 - Diagnósticos de enfermagem do domínio da capacidade sobre...**

Dados	Diagnósticos		Especificações
	Foco	Juízo	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Lidar com a dor de trabalho de parto</li> </ul>	Capacidade sobre estratégias para lidar com o trabalho de parto - através da técnica de posicionamento;	Facilitador	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nível de importância &gt;5 em adotar a posição que seja mais confortável</li> <li>Nível de importância &gt;5 em ter orientação na posição mais favorável para a evolução do trabalho de parto</li> <li>Nível de importância &gt;5 em ter o parto na posição escolhida no momento</li> </ul>
		Difícultador (Não é o momento próprio para intervir)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Não resposta às questões</li> <li>Nível de importância &lt;5 às questões</li> </ul>
		Potencial para melhorar	<ul style="list-style-type: none"> <li>Responder “não sei ainda”</li> <li>Nível de preparação percebido &lt;5</li> </ul>
	Capacidade sobre estratégias para lidar com a dor do trabalho de parto - através da respiração e relaxamento;	Facilitador	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nível de importância &gt;5 em usar respiração e relaxamento</li> </ul>
		Difícultador (Não é o momento próprio para intervir)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Não resposta à questão</li> <li>Nível de importância &lt;5 às questões</li> </ul>
		Potencial para melhorar	<ul style="list-style-type: none"> <li>Responder “não sei ainda”</li> <li>Nível de preparação percebido &lt;5</li> </ul>
	Capacidade sobre estratégias para lidar com a dor do trabalho de parto - através da massagem;	Facilitador	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nível de importância &gt;5 em usar massagem</li> </ul>
		Difícultador (Não é o momento próprio para intervir)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Não resposta à questão</li> <li>Nível de importância &lt;5 às questões</li> </ul>
		Potencial para melhorar	<ul style="list-style-type: none"> <li>Responder “não sei ainda”</li> <li>Nível de preparação percebido &lt;5</li> </ul>
	Capacidade sobre estratégias para lidar com a dor do trabalho de parto - através da música;	Facilitador	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nível de importância &gt;5 em usar música</li> </ul>
		Difícultador (Não é o momento próprio para intervir)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Não resposta à questão</li> <li>Nível de importância &lt;5 às questões</li> </ul>
		Potencial para melhorar	<ul style="list-style-type: none"> <li>Responder “não sei ainda”</li> <li>Nível de preparação percebido &lt;5</li> </ul>

	Capacidade sobre estratégias para lidar com a dor do trabalho de parto - através da utilização de dispositivos;	Facilitador	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nível de importância &gt;5 em utilização de dispositivos</li> </ul>
		Difícultador (Não é o momento próprio para intervir)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Não resposta à questão</li> <li>Nível de importância &lt;5 às questões</li> </ul>
		Potencial para melhorar	<ul style="list-style-type: none"> <li>Responder “não sei ainda”</li> <li>Nível de preparação percebido &lt;5</li> </ul>
	Capacidade sobre estratégias para lidar com a dor do trabalho de parto - através de pontos de distração;	Facilitador	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nível de importância &gt;5 em ter pontos de distração durante o trabalho de parto</li> </ul>
		Difícultador (Não é o momento próprio para intervir)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Não resposta à questão</li> <li>Nível de importância &lt;5 às questões</li> </ul>
		Potencial para melhorar	<ul style="list-style-type: none"> <li>Responder “não sei ainda”</li> <li>Nível de preparação percebido &lt;5</li> </ul>
	Capacidade sobre estratégias para lidar com a dor do trabalho de parto - através de utilização da água;	Facilitador	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nível de importância &gt;5 em usar água no chuveiro durante o trabalho de parto</li> <li>Nível de importância &gt;5 em usar imersão de água durante o trabalho de parto</li> </ul>
		Difícultador (Não é o momento próprio para intervir)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Não resposta às questões</li> <li>Nível de importância &lt;5 às questões</li> </ul>
		Potencial para melhorar	<ul style="list-style-type: none"> <li>Responder “não sei ainda”</li> <li>Nível de preparação percebido &lt;5</li> </ul>
Capacidade sobre estratégias para lidar com a dor do trabalho de parto - através da utilização de outras estratégias;	Facilitador	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nível de importância &gt;5 em ter um cheiro agradável durante o trabalho de parto</li> <li>Nível de importância &gt;5 em ter itens pessoais durante o trabalho de parto</li> <li>Nível de importância &gt;5 em ter privacidade durante o trabalho de parto</li> <li>Nível de importância &gt;5 em ter iluminação durante o trabalho de parto</li> <li>Nível de importância &gt;5 em temperatura ambiente durante o trabalho de parto</li> <li>Nível de importância &gt;5 em ter analgesia epidural logo que possível</li> <li>Nível de importância &gt;5 em ter analgesia epidural apenas quando solicitado</li> </ul>	
	Difícultador (Não é o momento próprio para intervir)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Não resposta às questões</li> <li>Nível de importância &lt;5 às questões</li> </ul>	
	Potencial para melhorar	<ul style="list-style-type: none"> <li>Responder “não sei ainda”</li> <li>Nível de preparação percebido &lt;5</li> </ul>	

#### **4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

Neste capítulo serão, de forma sintetizada, comparados os resultados da investigação com os estudos analisados. A confrontação com resultados de outras fontes, permite posicionar e compreender os resultados deste estudo.

Neste estudo participaram 43 grávidas, com média de idades de 33 anos, sendo que maioritariamente possuem ensino superior completo e vivem com o pai do/a bebé.

As participantes do presente estudo apresentaram a “Internet” como fonte de informação durante a gravidez. No estudo de Calderón (2021), que teve como objetivo aprofundar os conhecimentos das intervenções dos EEESMO que contribuem na capacitação da grávida para a tomada de decisão no parto normal, as fontes de informação foi um dado abordado a fim de perceber que nível de conhecimento os seus participantes possuíam. Assim, as fontes de informação mais referidas, contrariando o presente estudo, foram: a consulta prévia ao parto (N=13), experiências anteriores (N=17), pessoas conhecidas (N=6) e a Internet (N=3).

Os profissionais de saúde, nomeadamente o médico obstetra e as enfermeiras (N=14), também foram referidos como fonte de informação. No estudo de Alvares et al. (2018), que analisou a prática das EEESMO durante a preparação para o parto, o parto e o pós parto e o bem-estar materno resultante desta assistência e acompanhamento, 60 participantes foram acompanhadas por médicos e 36 por enfermeiras, reforçando os resultados do presente estudo em que os médicos são os profissionais predominantemente referidos.

##### **Identificação do plano para o parto para criar o plano de cuidados de preparação para o parto**

A média de idade gestacional das grávidas que participaram no estudo situa-se em torno das 31 semanas, variando entre as 23 e 37 semanas de gestação. Segundo Medeiros et al. (2019) a preparação para o parto visa orientar as grávidas sobre diferentes práticas e filosofias de cuidados que possam ser adotados ao longo do trabalho de parto. Uma estratégia que cumpre todos estes requisitos é a elaboração do plano para o parto. Este deve ser oportuno, realista e flexível. Na pesquisa realizada por López-Gimeno et al. (2018) está descrito que, idealmente, o

plano para o parto deve ser elaborado entre as 12 semanas e as 37 semanas, não antes, não depois, devido à intensidade emocional nos dois momentos e a sobrecarga de informações que ocorre tanto no início como no termo da gravidez. Assim, é passível de referir que no presente estudo os planos para o parto foram apresentados e elaborados tendo da idade gestacional recomendada. Isto permitiu que a exposição das expectativas das grávidas tenha sido realizada no momento oportuno que é a preparação para o parto. Para além disso, havendo partilha com a EEESMO das expectativas para o seu parto permite a conceção de um plano de cuidados objetivamente centrado nas necessidades individuais daquela mulher para o seu próprio parto, tal como lhe “vai fazendo sentido” e promovendo a gestão de expectativas.

Das participantes que já estiveram grávidas 41,2% já fizeram preparação para o parto e maioritariamente consideraram que esta intervenção teve um impacto inesquecível (57,1%). No estudo de Alvares et al. (2018) das 100 mulheres que realizaram preparação para o parto 86% sentiram-se satisfeitas com o acompanhamento. Reforçando os resultados obtidos, no estudo de Taheri et al. (2018) é referido que as mulheres que participaram na preparação para o parto relataram uma experiência de parto mais favorável do que as mulheres que não participaram na avaliação realizada cinco anos após o nascimento.

### **Influência das experiências de gravidez e parto anteriores no plano do parto atual**

A maioria destas participantes (55,6%) referiram uma classificação global da experiência de parto anterior como uma experiência memorável. Redshaw et al. (2019) sugerem que os dados obstétricos e as experiências anteriores podem afetar as futuras gestações bem como as decisões sobre os partos subseqüente. De acordo com Dias e Deslandes (2006) as grávidas idealizam várias expectativas relativamente ao parto a partir de expectativas anteriores. Desta forma, as informações recolhidas às grávidas, tendo em conta o seu plano para o parto e durante todo o processo de preparação para o parto, permitem perceber quais os esclarecimentos mais importantes para a grávida naquele exato momento.

Relativamente ao significado atribuído à experiência atual da gravidez, 62,8% considera uma experiência memorável. Pennell et al. (2011) mencionam que uma experiência positiva de parto implica a satisfação da mulher com os cuidados e apoio que recebe durante a gravidez, parto e pós-parto. Assim, com os resultados do presente estudo é perceptível que a maioria das

participantes considerar a experiência atual de gravidez como memorável é um fator promotor da vivência positiva do parto, objetivo este do “Plano do meu parto” (Cardoso et al., 2022).

No presente estudo, 69,8% das participantes referem conheceram mais pessoas com experiências de parto positivas do que negativas. No estudo de Mohaghegh et al. (2022) está presente que a partilha de experiências agradáveis anteriores podem fazer com que outras grávidas queiram agir no sentido de também melhorar a sua experiência e atuar no sentido a que a experiência atual seja semelhante.

### **Dados e diagnósticos de enfermagem**

O diagnóstico é resultado do raciocínio clínico e permite vários fatores, entre os quais, diferenciar dados, reconhecer os dados em falta, identificar inconsistências e fazer inferências a partir dos dados. Este processo resulta no julgamento clínico que, por sua vez, corresponde a uma interpretação ou conclusão das necessidades (NANDA, 2018).

A complexidade do trabalho de parto, que transforma o nascimento de um filho num momento crítico da transição parental, marca uma profunda mudança na vida da mulher (Stern et al., 2005). O nascimento é o evento crítico que conduz a mulher na direção da maternidade e a experiência do trabalho de parto pode afetar esta transição. Esta transição é impactada pelo conhecimento sobre como este processo se desenrola e/ou a capacidade para participar ativamente no processo.

#### **1. Significado atribuído ao trabalho de parto**

No estudo de Fernandes et al. (2021) está caracterizado que o uso de diferentes estratégias e intervenções baseadas em evidência proporciona às mulheres a percepção de autoeficácia, força e coragem. A experiência vivida é descrita pelas participantes do estudo como o ganhar controlo sobre os seus corpos. No mesmo sentido, Keedle et al. (2020), estudo realizado pela comparação entre a assistência padronizada e o acompanhamento contínuo por um médico e/ou EEESMO, afirmam que, na sua investigação, uma alta proporção de mulheres relatou que estava confiante na capacidade do seu corpo lhe proporcionar um parto eutócico após um parto por cesariana. Todas estas premissas vão ao encontro ao presente estudo tendo em conta que a maioria concordou com a afirmação de que **corpo é uma força intrínseca que a grávida poderia levar**

**para o seu parto.** Estes dados permitem nomear o diagnóstico acima referido na medida em que as mulheres possuem a crença de que elas próprias podem ajudar no processo de parto com os recursos que lhe são inatos, neste caso, o corpo.

No estudo de Mohaghegh et al. (2022), que analisou entrevistas semiestruturadas a grávidas que prepararam um plano para o parto, existe também a crença que a mente das mulheres se pode expandir a fim de lhes proporcionar o direito à tomada de decisão e ao aumento do conhecimento, aumentando assim o seu compromisso e responsabilidade perante as suas necessidades para o parto. Referem que um plano para o parto é eficaz para impulsionar e aumentar a energia do cérebro com o objetivo de alcançar resultados mais positivos no parto. Além disso, Divall et al. (2017) afirmam na sua revisão que os planos para o parto ajudam a aumentar a consciência das mulheres sobre as opções disponíveis para o seu contexto e a noção de autocontrolo perante o seu trabalho de parto. Devido ao facto de as mulheres terem em si a crença que a sua **mente pode ser uma força durante o trabalho de parto** estas estão suscetíveis a trabalhar este fator e terem uma experiência mais individualizada, ou seja, apresentam um significado facilitador do trabalho de parto.

## **2. Significado atribuído às estratégias para lidar com a dor do trabalho**

No estudo de Uçar e Golbasi (2019), que determina o efeito de um programa educacional baseado em técnicas cognitivo-comportamentais, fornecido a mulheres grávidas para lidar com o medo do parto, a preparação para o parto teve um efeito significativo nos resultados relacionados com a dor. Farahat et al. (2015) referem que o plano para o parto também teve um efeito positivo na diminuição do nível da dor, tendo em conta que avaliou o efeito do plano para o parto nas experiências de parto e nos resultados maternos e neonatais, No mesmo sentido, Mohaghegh et al. (2023) acrescentam que atualmente a maioria das mulheres prefere controlar o seu trabalho e parto, usar intervenções não farmacológicas para a dor do parto e controlar o seu parto. Hassanzadeh et al. (2019) referem que as mulheres que frequentaram a preparação para o parto são mais conscientes com a dor no parto, usam menos medicamentos durante o trabalho de parto e são menos propensas a necessitar de um parto instrumentalizado. Assim, os dados que possam demonstrar que as mulheres acreditam que são capazes de **gerir a dor ao seu “jeito”** durante o trabalho de parto e terem esta perceção antes de iniciarem a preparação para o parto, é de extrema relevância e surgem como facilitadores para a nomeação do diagnóstico.

No estudo de Mohaghegh et al. (2022) e tomando como comparação as participantes desse estudo, é referido que o plano para o parto aumentou a sua autoconfiança e diminuiu o medo do parto. No estudo de Keedle et al. (2020), a confiança foi um fator identificado como um dos quatro fatores mais importantes que afetam a forma como a mulher se sente após o parto. O presente estudo demonstra que a maioria das participantes ainda não têm conhecimento bem definido sobre esta questão. Contudo, das mulheres que responderam a esta questão a resposta mais dada foi a que considera este fator como importante. Esta premissa demonstra a importância da nomeação do diagnóstico acima referido pois o facto da mulher acreditar que **consegue fazer qualquer durante a contração** cria espaço e abertura para aumentar o conhecimento sobre o tema, proporcionando uma melhor consciencialização das suas capacidades.

### 3. Significado atribuído ao parto normal

No estudo de Mohaghegh et al. (2023), as taxas de parto vaginal foram significativamente maiores nas mulheres que planearam o seu parto em comparação com aquelas que não o fizeram (81,9% vs. 48,7%). Na mesma linha de pensamento, as mulheres com realização de plano para o parto eram mais propensas a ter um parto vaginal após um parto por cesariana. Os mesmos autores, Mohaghegh et al. (2022), referem que as mulheres que participaram no seu estudo e prepararam um plano para o parto se sentiram únicas e apresentavam a crença que a realização do plano para o parto as empoderou e incentivou a ter um parto vaginal. Dito isto, a crença de que o plano para o parto pode ajudar a mulher a ter um parto o mais fisiológico possível vai ao encontro dos resultados do presente estudo e considera-se como facilitadora para ocorrer um parto normal, tendo em conta que, para a maioria, esse é um tópico considerado como muito importante para elas. Assim, esses dados recolhidos do “Plano do meu parto” (Cardoso et al., 2022), relacionados com **ter o parto o mais fisiológico possível**, auxiliam quem recebe e analisa o plano para o parto, de modo a realizar intervenções nas mulheres de acordo com as suas necessidades e as suas preferências para o trabalho de parto.

No estudo de Hatamleh, Abujilban e Abuhammad (2019), que teve como objetivo examinar a eficácia da preparação para o parto sobre os resultados do parto entre mulheres jordanianas nulíparas, a preparação para o parto, com intervenções que aumentavam o conhecimento, teve um efeito estatisticamente significativo no início espontâneo de parto. No estudo de Hutton e Hall (2014) a preparação das mulheres, especialmente as primíparas, aumentou as taxas de

parto vaginal com início espontâneo. Tendo em conta o supracitado, que por sua vez enaltece os resultados do presente estudo, em que a maioria das participantes considera muito importante que o parto inicie de forma espontânea, justifica-se assim a relevância que os mesmos resultados têm na nomeação deste diagnóstico. Se as mulheres possuem a preferência por um **início de parto espontâneo** estão mais abertas às intervenções que podem resultar nesse fim. Este emerge como um dado facilitar à preferência por um parto normal.

O estudo de Hutton e Hall (2014) apresentou como resultados que a preparação para o parto, na vertente de fornecer conhecimento às mulheres, especialmente primigestas, reduziu as taxas de parto por cesariana. No mesmo sentido, no estudo de Farahat et al. (2015), que teve como objetivo implementar um plano para o parto e avaliar o seu efeito nas experiências de parto e nos resultados maternos e neonatais, o plano para o parto teve um efeito positivo na experiência de parto, nos resultados materno-fetais e no tipo de parto devido ao facto de ter reduzido também as taxas de cesariana. Em ambos os estudos de Vila-Candel et al. (2015) e Mei et al. (2016) está referido que um dos requisitos mais solicitados nos planos para o parto é evitar a cesariana. Estas informações, para além de concordam com o presente estudo, dando ênfase a que a maioria das participantes referiram ser um fator pouco/nada importante, demonstram que são dados passíveis de ser usados para a nomeação dos diagnósticos referidos, na medida em que estão disponíveis para aumentar o conhecimento sobre estratégias para ser possível um parto o mais fisiológico possível, assim como na questão anterior. A preferência por **um parto por cesariana**, quando presente, pode ser um dado dificultador relativa a ter um parto normal.

#### **4. Conhecimento sobre trabalho de parto**

No estudo de Mohaghegh et al. (2022) as mulheres que usaram um plano para o parto afirmaram que o perceberam como um guia ou lembrete para planear as intervenções e estratégias durante o trabalho de parto. No entanto, no estudo de Andrezzo (2016) relatam uma visão mais crítica das escolhas, controlo e empoderamento que o plano para o parto propõe. Os argumentos apresentados guardam relação com o facto destes conceitos poderem não ser cumpridos aquando da existência de desafios no decorrer do parto. No presente estudo, entre os três níveis de importância relacionados com **marcar o dia de parto**, existiram mais mulheres a referirem que a questão não era relevante. Quando isto acontece, dá possibilidade para que o planeamento de cuidados para aquela grávida seja adaptado mediante a preferência relatada.

No estudo de Almeida (2021), estudo que descreve as vivências das mulheres no decorrer do processo de trabalho de parto e tendo em conta as intervenções e cuidados prestados à mulher, é referido que as participantes do mesmo mencionaram sentimentos negativos relacionados com a prática do toque vaginal. O inquérito realizado às mulheres pela Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher, (APDMGP, 2017) reuniu algumas experiências em relação à prática do toque vaginal. Várias participantes referiram que o toque era realizado recorrentemente por pessoas diferentes, com a repetição da intervenção e por isso começou a ser uma rotina, na qual deixaram de pedir consentimento. No estudo de Downe et al. (2013) que apresenta a comparação da eficácia, aceitabilidade e consequências da realização do exame vaginal para avaliar o progresso durante o trabalho de parto a termo, algumas mulheres preferiam ser examinadas frequentemente porque tinham medo de que o trabalho de parto se prolongasse e com essa intervenção sentiam maior controlo na situação. Outras mulheres consideraram o toque vaginal necessário, mas relatavam sentimentos como dor e vergonha. As restantes mulheres descreviam o toque vaginal como desconfortável, doloroso e abusivo. Nos resultados do presente estudo, as participantes considerarem relevante que o **exame vaginal seja apenas realizado quando necessário ou a pedido**, por isso vão de encontro às evidências disponíveis e a algumas das experiências vividas por outras mulheres. Este dado demonstra que as mulheres estão em crescente adaptação no que diz respeito aos conhecimentos sobre trabalho de parto.

Santos (2020), mediante as experiências realizadas para o seu estudo, referiu que, durante a exteriorização da apresentação, o períneo era protegido com as mãos e era realizada massagem perineal. Estas intervenções eram realizadas tendo em conta as diretrizes da OMS que afirmam que esta técnica contribui para a manutenção da integridade do períneo reduzindo o risco de trauma perineal. Assim, reforçando a teoria, os resultados do presente estudo apontam para um crescente aumento do conhecimento por parte das mulheres relacionados com os fatores e intervenções do seu parto, mesmo que sejam intervenções mais técnicas dos profissionais de saúde. Esta premissa demonstra o crescente envolvimento das mulheres no seu processo de parto e a possibilidade de aumentar os seus conhecimentos, como é perceptível em particular nas **medidas de proteção do períneo implementadas no período expulsivo**.

Do mesmo ponto de vista que a questão anterior, Santos (2020), após descrição das experiências vividas aquando da realização do seu estudo, refere que no momento do coroamento era relevante avaliar as condições do períneo previamente para decidir sobre a necessidade de executar alguma intervenção mais evasiva. Mesmo neste caso, o procedimento tinha de ser

explicado à mulher e, posteriormente, o consentimento deveria de ser obtido. Os resultados do presente estudo demonstram que uma grande parte das participantes considera relevante o facto de não existirem intervenções desnecessárias durante o período expulsivo. O dado relacionado com **não tocarem no períneo se não for necessário no período expulsivo**, torna-se imprescindível para a nomeação do diagnóstico referido pois demonstra o aumento do conhecimento do seu próprio corpo por parte das mulheres e o crescente interesse pela justificação das intervenções realizadas durante o trabalho de parto.

No estudo de Almeida (2021) e tendo em conta as experiências de parto descritas pelas participantes, era incentivada a laqueação do cordão umbilical pela mãe ou pai, se esse fosse um desejo demonstrado. Nas experiências referidas, a maior parte dos pais pretenderam proceder ao corte do cordão umbilical. Esta decisão era justificada pelo facto de o corte ser sinónimo de que conseguiam fazer algo pelo seu bebé e era o primeiro momento em que se sentiam próximos do seu filho. De acordo com Nogueira e Ferreira (2012), estatisticamente, os pais que participavam no parto e no corte do cordão umbilical apresentavam maior envolvimento emocional com o recém-nascido. Estes resultados demonstram o crescente envolvimento das participantes no processo de parto e a disponibilidade em aumentar os seus conhecimentos para conseguirem concretizar a sua preferência relacionada com o **corte de o cordão ser realizado por alguém que a grávida escolher**.

No estudo de Anderson e Kilpatrick (2012) um dos elementos mais pedidos com mais frequência no plano para o parto era o facto de receber o bebé no abdómen após o nascimento. Achado este que corrobora os resultados do presente estudo, tendo em conta que foi um dos fatores mais considerados como relevantes. Assim, escolher **alguém para segurar o bebé no momento do nascimento** torna-se um dado relevante para a nomeação do diagnóstico referido visto que se demonstra ser uma preferência relevantes das participantes.

No estudo de Alvares et al. (2018) um dos pontos a que foi dado destaque relativamente à satisfação e bem estar durante a assistência ao seu parto é a influência do contacto pele com pele pois está descrito que proporciona às mulheres o seu próprio bem-estar. Nos estudos de Vila-Candel et al. (2015) e Mei et al. (2016), que apresentaram como objetivo comum a perceção de diferenças nas preferências que as grávidas, refletem no plano para o parto entre antes e depois de realizarem a preparação para o parto, um dos requisitos mais solicitados do plano para o parto é o contacto imediato com o recém nascido. Já no estudo de Suárez-Cortés et al. (2015), após a análise da diferença entre mulheres que apresentaram plano para o parto e as

que não apresentaram, determinou-se que uma das três variáveis mais influentes foram o contacto pele com pele. Estes achados reforçam os resultados do presente estudo tendo em conta que todas as mulheres consideraram o **contacto pele com pele ser realizado com a mãe logo que possível após o parto** um fator muito importante. Estes dados são relevantes para a nomeação dos diagnósticos porque confirmam que cada vez mais as mulheres demonstram interesse em cumprir com intervenções devidamente justificadas pela evidência científica.

Nos estudos de Vila-Candel et al. (2015) e Mei et al. (2016), após análise e comparação das preferências antes e após preparação para o parto, um dos requisitos mais solicitados do plano para o parto é a amamentação precoce. No estudo de Mohaghegh et al. (2023) as participantes que realizaram plano para o parto iniciaram a amamentação após o parto mais cedo. A par disso, no estudo de Tola et al. (2022) está referido que as intervenções para aumento do conhecimento foram eficazes para melhorar os resultados da preparação para o parto, especificamente o início da amamentação. Esta questão relacionada com o **bebé iniciar a primeira mamada quando evidenciar prontidão para mamar**, foi uma das mais relevantes e com as respostas mais objetivas e sem grandes dispersões. Por esse motivo estes achados são importantes para a nomeação dos diagnósticos referidos.

## 5. Conhecimento sobre estratégias para lidar com o trabalho de parto

No estudo de Mohaghegh et al. (2023) a maioria das participantes foram internadas quando estavam na fase ativa e por conseguinte estas tiveram melhor dilatação em comparação com as mulheres sem plano para o parto. As mulheres com plano para o parto tiveram um papel ativo na gestão do seu trabalho de parto com preparação e sensibilização prévias. De acordo com a evidência disponível é perceptível que as mulheres que previamente têm conhecimento e preparação sobre o trabalho de parto e lidar com o trabalho de parto conseguem gerir melhor o seu processo. Nesta afirmação entram as questões relacionadas com o **ficar em casa na fase inicial do trabalho de parto e ir logo que inicie o trabalho de parto para o local onde quer viver o parto**. Por esse motivo e pelas repostas do presente estudo terem sido dispersas é relevante o ensino desta temática.

De acordo com o estudo de Mohaghegh et al. (2022), a maioria das solicitações realizadas pelas mulheres, nos planos para o parto apresentados pelas mesmas, guardavam relação com a presença do marido como acompanhante. Estas mesmas mulheres afirmaram que o plano para

o parto as auxiliou a saber que os seus maridos poderiam estar ao seu lado durante o parto. O esclarecimento à parturiente a respeito do seu direito a escolher um acompanhante foi considerado por Gurgel et al. (2023) como uma intervenção relevante por parte dos enfermeiros. No estudo de Alvares et al. (2018), que avaliou o bem estar com a assistência ao longo de todo o processo de gestação, 93,3% das mulheres teve um acompanhante à sua escolha. A opção mais referida por 43,9% das participantes foi o companheiro/marido. No mesmo sentido dos resultados do presente estudo, 90% das participantes do estudo de Baranowska et al. (2020), uma análise descritiva das variáveis presentes na experiência de parto, tiveram acompanhante no parto. Taheri et al. (2018) referem que a sua meta-análise demonstrou que as mulheres com acompanhantes eram mais propensas a ter uma experiência de parto positiva. Por outro prisma, o estudo de Calderón (2021) foi realizado durante o tempo da pandemia, o que impossibilitou a autorização da presença da pessoa significativa durante o parto. No entanto, este impedimento foi colmatado com a possibilidade de videochamadas. Estes dados relacionados com **ter alguém presente no parto** demonstram a relevância da pessoa significativa durante o trabalho de parto. Por estas razões supracitadas, os resultados deste estudo nesta questão permitiu nomear estes diagnósticos tendo em conta que as respostas obtidas foram todas consideradas como muito importante.

No estudo de Fernandes et al. (2021) realizado para explorar as experiências de parto das mulheres, 57,7% das participantes utilizaram a liberdade de mobilidade durante o trabalho de parto e referiram como fator relevante. Comparando com os resultados do presente estudo, é perceptível que uma maior percentagem de mulheres consideraram relevante o facto de **manter-se ativa**. Este dado pode se dever ao facto do aumento do conhecimento por parte das mesmas das intervenções que são possíveis realizar neste momento durante o trabalho de parto, mas também pela disponibilidade das mulheres em adotar intervenções diferentes e inovadores a fim de terem a experiência mais positiva possível. Esta afirmação abre espaço para a nomeação dos diagnósticos referidos.

No estudo de Baranowska et al. (2020), tendo em conta a análise das experiências de parto e satisfação com a assistência, as informações dadas às mulheres sobre as questões de saúde foram classificadas significativamente como relevantes. A importância mais referida guardava relação com a mulher sentir-se informada sobre a saúde, alimentação do bebé e o processo da amamentação. Assim, concluiu-se que, receber informações foi um dos fatores mais importantes, tanto de uma experiência positiva como de um alto nível de satisfação. Esta

premissa também esteve presente no estudo de Mukamurigo et al. (2017) que, indo mais longe, referiram a falta de informação como um obstáculo para ter uma experiência de parto positiva. Tendo em conta que no presente estudo os resultados foram bastantes objetivos e concretos devido ao facto da maioria ter considerado a questão de **ter informação da evolução do trabalho de parto e de como o bebé está a reagir** como muito importante, é perceptível que estes diagnósticos se tornam mais completos com a presença destes dados.

Nos estudos de Vila-Candel et al. (2015) e Mei et al. (2016) um dos requisitos mais solicitados do plano para o parto foi a permissão da ingestão de líquidos. No mesmo sentido, no estudo de Sánchez-García et al. (2021), que tentaram compreender a perceção e a satisfação das mulheres que apresentaram plano para o parto, 42% das mulheres referiram a ingestão de alimentos ou líquidos como importante. Estes achados relacionados com a questão de **comer e/ou beber** corroboram os resultados do presente estudo e reforçam a relevância da nomeação dos diagnósticos referidos pois demonstram que as mulheres mais informadas conseguem valorizar as atividades que podem realizar e que podem ser facilitadoras para a evolução do seu trabalho de parto.

## **6. Conhecimento sobre estratégias para lidar com a dor do trabalho de parto**

Balaskas (2017) afirma que as mulheres devem entrar em contacto com o seu interior e concentrar-se na respiração, aquando do trabalho de parto, o máximo de tempo que conseguirem. Este processo, tendo em conta o limiar da dor e a sua personalidade, para algumas mulheres é incompatível com a comunicação quando as contrações começam a ficar mais intensas. Assim, o mesmo autor refere que, se a mulher tiver necessidade de emitir sons aquando das contrações uterinas se tornam mais fortes, esta deve ser incentivada a fazê-lo, juntamente com a respiração. Devido à individualidade do tema, a maioria das participantes respondeu que ainda não sabe se posicionar na questão relacionada com **não falarem durante a contração**. A preparação para o parto, com a nomeação dos diagnósticos referidos, demonstra-se importante na medida em que poderá aumentar o conhecimento pessoal e assim, originar uma posição mais objetiva.

## 7. Capacidade sobre estratégias para lidar com o trabalho de parto - através da técnica de posicionamento

Fernandes et al. (2021), que tiveram como objetivo compreender o uso de uma intervenção de educação em saúde para promover o parto normal, 57,2% das participantes do estudo mencionaram a escolha da posição durante o parto. Nos estudos de Vila-Candel et al. (2015) e Mei et al. (2016) um dos requisitos mais solicitados do plano para o parto é a opção de escolher a posição mais confortável para o período expulsivo. No estudo de Suárez-Cortés et al. (2015) a eleição da posição de dilatação e parto foi referida por 48,1% das participantes, sendo eleita como uma das três variáveis mais influentes, após a análise da diferença entre mulheres que apresentaram plano para o parto e as que não apresentaram. No presente estudo, a questão relacionada com **adotar a posição que seja mais confortável** demonstrou-se ser relevante ganhando a maioria da relevância das participantes. Por esse motivo torna-se importante referir aquando da nomeação dos diagnósticos.

O estudo de Blank et al. (2019), realizado a fim de conhecer as informações recebidas pelas mulheres na preparação para o parto e em relação ao trabalho de parto e parto, descreve que é indispensável que as mulheres recebam informações relacionados com o trabalho de parto e parto a fim de verem cumprido o direito de escolha das diversas intervenções e opção da melhor posição durante o período expulsivo para que tenham conforto e segurança. No presente estudo a maioria das participantes considera relevante ter a opção de **ter orientação na posição mais favorável para a evolução do trabalho de parto** durante o seu trabalho de parto, e para isso necessitam de conhecimento para tomarem a melhor opção. Com esta premissa elenca-se os diagnósticos referidos.

No estudo de Fernandes et al. (2021) está descrito que frequentemente as mulheres que não usaram um plano para o parto não tinham escolha da posição no parto. Estes dados são importantes para demonstram a importância que o plano para o parto tem, não só para aumentar o conhecimento e adequar as intervenções da preparação para o parto, mas também para descrever as preferências da mulher e dar-lhes a possibilidade de ter voz ativa durante o trabalho de parto como a opção de **ter o parto na posição escolhida no momento**. Assim os diagnósticos são mais facilmente justificados.

#### **8. Capacidade sobre estratégias para lidar com a dor do trabalho de parto - através da respiração e relaxamento**

O estudo de Chen et al. (2018), que avaliou a eficácia e segurança de intervenções destinadas a reduzir cesarianas desnecessárias, o conhecimento fornecido sobre relaxamento e as aulas de preparação para o parto registaram reduções significativas nas taxas de cesariana. Calderón (2021) refere que, no seu estudo, foi discutido com as participantes métodos não farmacológicos de alívio da dor na medida em que estes podem ser considerados como intervenções que o EEESMO pode realizar a fim de capacitar as grávidas a ter um parto normal. As técnicas de respiração e relaxamento eram utilizadas por 35 mulheres. No estudo de Taheri et al. (2018), três dos sete estudos indicam que o relaxamento durante o trabalho de parto é eficaz para melhorar a experiência de parto. Assim sendo, estes resultados igualam os achados do presente estudo tendo em conta que várias mulheres referiram ser importante para elas poderem **usar a respiração e relaxamento** no seu processo. Para os disgnósticos nomeados, estes dados são relevantes na medida em que direciona as intervenções necessárias.

#### **9. Capacidade sobre estratégias para lidar com a dor do trabalho de parto - através da massagem**

Calderón (2021) refere que no seu estudo foi discutido com as participantes métodos não farmacológicos de alívio da dor. As massagens foram utilizadas por 60 mulheres. De acordo com Santos (2020), massagens foram realizadas pelas enfermeiras e/ou instruídas aos companheiros nas experiências e vivências que acompanhou ao longo da realização do seu estudo, a fim de promover o relaxamento e alívio da dor. No presente estudo, esta questão foi referida como relevante pelas participantes, da mesma forma como nos estudos acima descritos. Assim sendo, demonstra o interesse que as mulheres possuem em melhorar e **usar massagem** durante o seu trabalho de parto.

#### **10. Capacidade sobre estratégias para lidar com a dor do trabalho de parto - através da música**

Calderón (2021) refere que no seu estudo foi discutido com as participantes métodos não farmacológicos de alívio da dor. A musicoterapia foi utilizada por 28 mulheres. No estudo de

Taheri et al. (2018) a satisfação das participantes que receberam musicoterapia durante o trabalho de parto foi significativamente maior comparando com aquelas que não utilizaram essa estratégia. Tendo em conta a evidência disponível e os resultados do presente estudo, é perceptível que **usar música durante o trabalho de parto** é uma estratégia relevante para as mulheres e que por esse motivo está presente a curiosidade e a disponibilidade para aprender.

#### **11. Capacidade sobre estratégias para lidar com a dor do trabalho de parto - através da utilização de dispositivos**

No estudo de Calderón (2021) a bola de pilates foi referida como um dispositivo utilizado para alívio da dor mesmo aquando da existência de analgesia epidural. A utilização de dispositivos durante o trabalho de parto tem como objetivos a promoção do relaxamento, através da liberdade de movimentos, e a progressão do trabalho de parto. No presente estudo as respostas relacionadas com a **utilização de dispositivos** foram dispersas demonstrando a necessidade de intervenção para aumentar o conhecimento sobre este tipo de estratégias.

#### **12. Capacidade sobre estratégias para lidar com a dor do trabalho de parto - através de pontos de distração**

Santos (2020) referiu que, na experiência vivida aquando da realização do seu estudo, os casais levavam para o momento do parto a sua própria seleção musical a fim de ouvirem através de auscultadores, distanciando-se e abstraindo-se da situação. Embora as respostas do presente estudo tenham sido dispersas no que diz respeito ao nível de importância de **ter pontos de distração durante o trabalho de parto**, a evidência demonstra-nos que ter a capacidade de distração em determinados momentos mais críticos facilita o processo de trabalho de parto. Nesse sentido é de extrema relevância dotar as grávidas desse conhecimento a fim de tomarem a decisão mais adequada para elas.

#### **13. Capacidade sobre estratégias para lidar com a dor do trabalho de parto - através de utilização da água**

Calderón (2021) refere que no seu estudo foi discutido com as participantes métodos não farmacológicos de alívio da dor. No grupo das 35 mulheres que referiram técnicas de respiração

e relaxamento, estava incluída utilização de duche. O estudo de Santos (2020) descreve que a hidroterapia, ou seja o uso da água durante o trabalho de parto, está associada a uma redução significativa da preceção da dor pela parturiente, tendo em conta as experiências relatadas no seu estudo. Por outro lado, a meta-análise realizado por Taheri et al. (2018) descreveu dois estudos que envolveram a imersão no banho durante o parto e nestes não foi encontrada diferença significativa entre a experiências do parto nos grupos de intervenção e de controle. O presente estudo demonstra que, **usar água no chuveiro durante o trabalho de parto e usar imersão de água durante o trabalho de parto** são estratégias que originam curiosidade entre as participantes tornando-se relevante para personalizar as intervenções durante a preparação para o parto.

#### **14. Capacidade sobre estratégias para lidar com a dor do trabalho de parto - através da utilização de outras estratégias**

O estudo de Baranowska et al. (2020) descreve que as participantes que tiveram a garantia de intimidade e privacidade na sala de parto consideraram-nos como fatores predominantes nas suas experiências de parto. De igual forma, Quattro (2018), que explora como as experiências de parto anterior contribuem para a construção do conhecimento sobre o parto na preparação para o parto, reforça a noção de que as parturientes geralmente procuram privacidade. McCormack et al. (2015), que fornece uma visão geral sobre a prática centrada nas pessoas nos sistemas de saúde internacionalmente, acrescenta que a privacidade é um fator que durante o trabalho de parto facilita o cuidado centrado na individualidade de cada mulher, predominando o respeito e o direito de cada pessoa. No presente estudo a **privacidade** foi um dos fatores mais reconhecidas como relevantes o que demonstra que cada vez mais as mulheres sabem o que pretendem para o seu parto. Como possuem as suas preferências bem definidas também apresentam disponibilidade para aprender mais sobre o assunto de modo a assegurar as suas necessidades.

Todas as questões que guardavam relação com o **ambiente**, tais como iluminação, cheiros, itens pessoais e temperatura durante o trabalho de parto, foram respondidas, na sua maioria, com um elevado nível de importância. Os resultados do estudo de Baranowska et al. (2020) demonstram que a maternidade e o ambiente da sala de parto impactam a satisfação e as experiências das mulheres. A pesquisa de Kennedy et al.(2018) traz para a análise a premissa de que o ambiente é um elemento essencial na formação da cultura do parto, tendo impacto na

qualidade e na experiência da mulher. De acordo com Waldenström, Rudman, e Hildingsson (2006) o espaço em que ocorre o nascimento molda a experiência e o comportamento da mulher. Após a comparação entre a teoria e os resultados do presente estudo torna-se pertinente referir que as mulheres têm noção das suas preferências para o seu trabalho de parto e isso auxilia a preparação para o parto e nomeação dos diagnósticos.

No estudo de Taheri et al. (2018), em que se iniciou precocemente a analgesia epidural a pedido da mulher, está descrito que os resultados para o alívio da dor durante o trabalho de parto não foram impactantes na satisfação precoce e tardia. Após esta evidência e os resultados obtidos no presente estudo pode-se referir que existe a possibilidade de intervenção nas mulheres de modo a desmistificar o tema relacionada com **ter analgesia epidural logo que possível** e aumentar o conhecimento respetivo. Por essa razão, a nomeação deste diagnóstico é de extrema importância para a preparação das intervenções na preparação para o parto.

No estudo de Mei et al. (2016) um dos pedidos mais populares no plano para o parto guardava relação com o desejo de não receber epidural (73,4%). Nos estudos de Pennell et al. (2011) e Hadar et al. (2012) as mulheres com planos para o parto são mais propensas a rejeitar a analgesia epidural. Estes estudos dão resposta ao tópico relacionado com **ter analgesia epidural apenas quando solicitado**. Após análise das duas questões relacionadas com a analgesia epidural é perceptível que as percentagens foram muito semelhantes. Por esse motivo é relevante avaliar individualmente as crenças e significados de cada participante durante a preparação para o parto a fim de aumentar o conhecimento neste tema.

### **Identificação de forças intrínsecas/recursos internos antes da preparação para o parto**

Após recolha dos resultados e a conseqüente análise das dimensões do “Plano do meu parto” foi possível quantificar o nível de concordância com as forças intrínsecas/recursos internos que a mulher consegue identificar antes de iniciar a preparação para o parto. Estas forças intrínsecas descrevem-se como: 1) A crença de que o corpo pode ser uma força que as mulheres levam para o seu parto; e 2) A crença de que a mente pode ser uma força que as mulheres levam para o seu parto.

O facto de as mulheres conseguirem identificar recursos inatos ao seu corpo/mente antes de iniciarem a preparação para o parto ou usufruírem de qualquer intervenção que molde o seu conhecimento demonstra que, numa fase inicial, as mulheres já referem exemplos e acham

relevantes esses pontos. Esta premissa dá consistência à ultimateção de um plano de parto para o planeamento da conceção de cuidados de cada mulher.

### **Fatores que contribuem para uma experiência de parto positiva**

Uma experiência de parto resulta da utilização do plano de parto como ferramenta que influencia positivamente a satisfação da mulher. Nesta ferramenta existem diversas questões e dimensões que devem ser respondidas tendo em conta que são essas que vão apresentar as preferências das mulheres. Assim sendo, a experiência deve ir ao encontro das crenças e expectativas prévias da mulher. Esta premissa permite à mulher uma maior participação durante a tomada da decisão e um sentimento de realização e controlo pessoal através do momento do parto (WHO, 2018).

Após análise das respostas, foi perceptível que existem questões do “Plano do meu parto” que apresentam uma maior percentagem de posicionamento no grupo “muito importante”. Os temas que geraram mais unanimidade foram: intervenções relacionadas com o pós parto imediato; ter orientação durante o processo de trabalho de parto; e haver partilha de informação com os profissionais de saúde. Assim, é possível nomearmos um top 3 segundo as percentagens referidas:

1. Contacto pele com pele / Ter informação da evolução do trabalho de parto e de como o bebé está a reagir (95,30%);
2. Iniciar a primeira mamada aquando de prontidão para mamar (93%);
3. Ter orientação na posição mais favorável para evolução do trabalho de parto / Ser realizado exame vaginal quando necessário ou a pedido / Ter privacidade. (90,70%).

O que as mulheres menos valorizaram aquando do preenchimento do “Plano do meu parto” guardava relação com o facto de ter o parto na posição escolhida no momento (55,90%), ter analgesia epidural logo que possível (58,10%), usar água no chuveiro durante o trabalho de parto (58,10%) e usar música (58,10%).

Em suma, é perceptível que os valores mais valorizados pelas mulheres no presente estudo guardavam relação com aspetos que não são diretamente relacionadas com a sua responsabilidade ou de que depende apenas delas. Este dado, é relevante para o estudo, em específico para a nomeação dos diagnósticos, pois dá conhecimento aos profissionais de saúde

quais os temas que devem ser abordados mais profundos, caso haja disponibilidade para aprender.

### **Percepção da preparação para lidar com o seu parto antes de iniciar o programa de preparação para o parto**

Após análise das respostas a uma das questões finais do “Plano do meu parto” é perceptível analisar como era a perspetiva da mulher antes de iniciar o programa de preparação para o parto. Este aspeto é relevante, não só para efeitos de comparação das perspetivas das participantes realizadas pelos profissionais que acompanham as mulheres desde a primeira consulta de recolha e dados até à consulta de termo, mas também para planear intervenções que tenham como objetivo melhorar esta percepção.

De acordo com Alvares et al. (2018), a fase da preparação para o parto é um momento oportuno para o desenvolvimento de práticas educativas em saúde, tendo em conta que se proporciona o empoderamento da mulher, mais em específico a capacidade de tomada de decisão.

No presente estudo, as respostas das mulheres dividiram-se bastante entre os três grupos. Contudo a maioria responde: “Ainda não me sinto preparada” ( N=7; 16,3%).

Este achado surge como dado de extrema relevância para a EEESMO que a acompanha pois passa a imagem de que, embora possa ter realizado ou não pesquisa e/ou apresente experiências de parto de pessoas significativas, as mulheres que responderam desta forma guardam em si a percepção própria de não preparação para o parto numa fase inicial. Este dado, sendo recolhido o mais precocemente possível, possibilidade, logo no início da implementação das intervenções do programa de preparação para o parto, que o plano de cuidados seja adaptado às necessidades reais da mulher.

Em suma, tendo em conta a reflexão dos resultados obtidos e a comparação com a literacia existente é possível afirmar o contributo do presente estudo para aumentar o conhecimento sobre a utilização do plano para o parto no âmbito da preparação para o parto.

## **CONCLUSÕES**

Para o progressivo aumento das experiências de parto positivas é necessário melhorar o paradigma atual dos cuidados obstétricos, priorizando a preparação para o parto. Para isso a investigação sobre o tema é fundamental para alicerçar a prática clínica.

Cada vez mais as mulheres procuram aumentar o seu conhecimento e têm mais possibilidades à sua disposição para o fazer. São cada vez mais letradas e interessadas pelo tema priorizando-se como protagonistas do momento em que vivenciam o parto. Estas reflexões tornam-se mais relevantes para a necessidade da existência do plano para o parto utilizado na preparação para o parto. Todas as informações sobre o processo de trabalho de parto necessitam ser abordadas ao longo da preparação para o parto aquando dos contactos com os profissionais de saúde para que as mulheres adquiram e fortifiquem o seu conhecimento e aumentem as suas capacidades. Só assim se tornam cientes do seu papel durante o parto e também do papel da equipa que a irá acompanhar. É relevante passar a mensagem que a mulher tem o direito à tomada de decisão informada das intervenções e cuidados disponíveis e existentes, salvaguardando que em situações excecionais estas possam não ser cumpridas. Aquando desta situação o consentimento e a informação estarão sempre presente de modo a não atraiçoar nenhuma expectativa criada.

Assim, com este estudo, pode-se acrescentar ao conhecimento atual as conclusões relacionadas com a importância que o plano para o parto tem como instrumento para recolha de dados e planeamento do plano de cuidados para a preparação para o parto individualizado. Nesse sentido, o contributo da enfermagem de saúde materna e obstétrica está presente na criação deste elo da relação clínica estabelecida entre a grávida e a EEESMO.

### **Limitações do estudo**

No presente estudo surgiram algumas dificuldades que se tornam relevantes referir para uma melhor compreender todo o processo de investigação. O principal fator limitativo é o temporal associado à elaboração deste estudo. Associado a este aspeto é passível referir também como limitação a baixa representatividade das participantes e a possibilidade de generalização tendo

em conta o tipo de local que se realizou a recolha de dados. Tendo em conta que a gravidez e o trabalho de parto podem ser, para algumas participantes, períodos mais emotivos podem existir respostas condicionadas de certa forma.

### **Implicações para a prática**

Este estudo pode ser uma mais-valia para realçar a relevância do plano para o parto como um recurso de recolha dados relevantes para a conceção de cuidados centra nas necessidades específicas da mulher. Esta hipótese foi largamente justificada tanto com os resultados do estudo como com a possibilidade que o plano para o parto forneceu para a nomeação de diagnósticos. Estes diagnósticos após elencados permitem orientar as intervenções do EEESMO o longo da preparação para o parto com vista a ter mais ganhos em saúde e uma maior satisfação com todo o processo que é a gravidez, trabalho de parto e parto, enquanto elementos-chave da transição para a maternidade.

### **Nota final**

Trazendo uma visão global ao estudo, e tendo em conta todos os objetivos estabelecidos previamente, é possível afirmar que se conseguiu atingir os mesmos, tendo dado resposta a todas as questões de investigação tanto com os resultados obtidos como com a revisão e comparação com a evidência disponível. Na perspetiva do investigador, foi possível adquirir conhecimentos relativos ao plano para o parto, preparação para o parto e conceitos relacionados, destreza na elaboração de trabalhos de investigação e capacidades inerentes ao mesmo.

Em suma, este trabalho de investigação permitiu inovar e demonstrar a relevância e uma nova perspetiva do tema que é o plano para o parto para enfermagem. Dada a relevância deste tema e os resultados inovadores obtidos, o objetivo após a conclusão do mesmo, é a apresentação e partilha dos resultados na comunidade científica, abrindo caminho para os futuros estudos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ahmadpour, P., Moosavi, S., Mohammad-Alizadeh-Charandabi, S., Jahanfar, S., & Mirghafourvand, M. (2022). Effect of implementing a birth plan on maternal and neonatal outcomes: a randomized controlled trial. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22(1), 1-14.
- Almeida, M. (2021). O toque vaginal como um procedimento impulsivo e o seu significado para as parturientes (Doctoral dissertation).
- Alvares, A. S., Corrêa, Á. C. D. P., Nakagawa, J. T. T., Teixeira, R. C., Nicolini, A. B., & Medeiros, R. M. K. (2018). Humanized practices of obstetric nurses: contributions in maternal welfare. *Revista brasileira de enfermagem*, 71, 2620-2627.
- American College of Nurse-Midwives (2014). Writin a Birth Plan. *Jornal of Midwifery & Womens' Health*. Volume 59, No 2. ACNM
- American College of Obstetricians and Gynaecologists (2022). Sample Birth Plan. Last updated: August 2022. ACOG.
- Anderson, C. J., & Kilpatrick, C. (2012). Supporting patients' birth plans: theories, strategies & implications for nurses. *Nursing for Women's Health*, 16(3), 210-218.
- Andrezzo, H. F. D. A. (2016). O desafio do direito à autonomia: uma experiência de Plano de Parto no SUS (Doctoral dissertation, Universidade de São Paulo).
- Associação portuguesa pelos Direitos da Mulher (2017). Experiências de Parto em Portugal. Inquérito às mulheres sobre as suas experiências de parto. APDMGP.
- Balaskas, J. (2017) Parto Ativo: Guia Prático Para o Parto Natural. 1a ed. 4 Estações Editora.
- Bardin, L. (2013). Análise de conteúdo (L. Reto, & A. Pinheiro, Trads., 5ª edição). Lisboa: Edições, 70
- Baranowska, B., Kajdy, A., Pawlicka, P., Pokropek, E., Rabijewski, M., Sys, D., & Pokropek, A. (2020). What are the critical elements of satisfaction and experience in labor and childbirth—a cross-sectional study. *International journal of environmental research and public health*, 17(24), 9295.
- Blank, E. B., Soares, M. C., Cecagno, S., Ribeiro, J. P., Oliveira, S. G., & FERREIRA, B. (2019). Práticas educativas para (re) significar o parto e o nascimento no olhar de puérperas. *Salusvita*, Bauru, 38(3), 581-595.
- Bogdan, R., & Biklen, S. (1994). *Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto editora.
- Calderón, D. T. D. (2021). Capacitação da grávida para a tomada de decisão no parto normal (Doctoral dissertation).
- Cardoso, A., Ramos, F., Aires, C., Cerejeira, I. (2022). Plano de Meu Parto. *Ordem dos Enfermeiros*. Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. MCEESMO.
- Cardoso A, Aires C, Machado S, Silva C, Grilo AR (2023). Guia orientador de boas práticas: Preparação para o parto. Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, mandato 2020-2023. *Ordem dos Enfermeiros*. MCEESMO.
- Carpentito-Moyet, L. J. (2019). *Nursing Diagnosis: Application to Clinical Practice*. Wolters Kluwer.

- Cerejeira, I., Cardoso, A., Portugal, J. (2022). Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde materna e obstétrica. Ordem dos Enfermeiros. Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. MCEESMO.
- Chang, M.Y., Wang, S.Y., Chen, C.H., & Liu, C.Y. (2018). Effects of childbirth preparation classes on childbirth self-efficacy and childbirth outcomes. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 47(4), 456-465.
- Chen, I., Opiyo, N., Tavender, E., Mortazhejri, S., Rader, T., Petkovic, J., ... & Betran, A. P. (2018). Non-clinical interventions for reducing unnecessary caesarean section. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (9).
- Cruz, C. M. V., & Caromano, F. A. (2005). Características das técnicas de massagem para bebês. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 16(1), 47-53.
- Dias, M. A. B., & Deslandes, S. F. (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. *Cadernos de Saúde Pública*, 22, 2647-2655.
- Divall, B., Spiby, H., Nolan, M., & Slade, P. (2017). Plans, preferences or going with the flow: An online exploration of women's views and experiences of birth plans. *Midwifery*, 54, 29-34.
- Doenges, M. E., Moorhouse, M. F., & Murr, A. C. (2019). *Nurse's Pocket Guide: Diagnoses, Prioritized Interventions and Rationales*. FA Davis.
- Downe, S., Gyte, G. M., Dahlen, H. G., & Singata, M. (2013). Routine vaginal examinations for assessing progress of labour to improve outcomes for women and babies at term. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (7).
- Farahat, A. H., Mohamed, H. E. S., Elkader, S. A., & 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), 24-31.
- Fortin, M. F., Côté, J., & Fillion, F. (2009). Fundamentos e etapas do processo de investigação.
- Garrett, A. R., & Santos, M. A. F. (2021). A influência do PP na satisfação da mulher com o seu TP e parto: uma scoping review. *Revista da Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras*, 21(1), 71-84.
- Gurgel, L. F., Felix, N. A. R., Oliveira, G. D. S. C., de Oliveira, K. K. D., de Lima, M. V. C., Rodrigues, P. S., & de Lima, T. J. A. (2023). Plano de Parto: Conhecer para empoderar. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, 9(7), 961-976.
- Hadar, E., Raban, O., Gal, B., Yogev, Y., & Melamed, N. (2012). Obstetrical outcome in women with self-prepared birth plan. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 25(10), 2055-2057.
- Harrison, M. B. (2004). Transitions, continuity, and nursing practice. *Canadian Journal of Nursing Research Archive*, 3-6.
- Hassanzadeh, R., Abbas-Alizadeh, F., Meedy, S., Mohammad-Alizadeh-Charandabi, S., & Mirghafourvand, M. (2019). Assessment of childbirth preparation classes: a parallel convergent mixed study. *Reproductive health*, 16(1), 1-7.
- Hatamleh, R., Abujilban, S., & Abuhammad, S. (2019). The effects of a childbirth preparation course on birth outcomes among nulliparous Jordanian women. *Midwifery*, 72, 23-29.
- Herdman TH, Kamitsuru S. (2018). Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: definições e classificados 2018-2020. 11ª Edição. PORTO ALEGRE: ARTMED. NANDA.
- Hidalgo-Lopezosa, P., Cubero-Luna, A. M., Jiménez-Ruz, A., Hidalgo-Maestre, M., Rodríguez-Borrego,

- M. A., & López-Soto, P. J. (2021). Association between Birth Plan Use and maternal and neonatal outcomes in Southern Spain: a case-control study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(2), 456.
- Hodnett, E. D., Gates, S., Hofmeyr, G. J., & Sakala, C. (2019). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (7).
- Hutton, E. K., & Hall, W. (2014). Psychoeducation for pregnant women with fear of childbirth increases rates of spontaneous vaginal delivery, reduces caesarean rates, and improves delivery experience. *Evidence-based nursing*, 17(4), 105-105.
- Instituto Nacional de Estatística (2011). *Classificação Portuguesa das Profissões 2010*. Lisboa: INE
- Keedle, H., Peters, L., Schmied, V., Burns, E., Keedle, W., & Dahlen, H. G. (2020). Women's experiences of planning a vaginal birth after caesarean in different models of maternity care in Australia. *BMC pregnancy and childbirth*, 20, 1-15.
- Kennedy, H. P., Cheyney, M., Dahlen, H. G., Downe, S., Foureur, M. J., Homer, C. S., ... & Renfrew, M. J. (2018). Asking different questions: A call to action for research to improve the quality of care for every woman, every child. *Birth*, 45(3), 222-231.
- Kralik, D, Visentin, K., & Van Loon, A. (2006) Transition: A literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 55(3), pp.320-329
- Kuo, S. C., Lin, K. C., Hsu, C. H., Yang, C. C., Chang, M. Y., Tsao, C. M., & Lin, L. C. (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.
- López-Gimeno, E., Falguera-Puig, G., Montero-Pons, L., García-Martín, I. M., Borràs-Reverter, A., & Seguranyes Guillot, G. (2018). Actividad educativa sobre el plan de nacimiento en el control prenatal: factores relacionados. *Matronas Profesión*, 2018, vol. 19, num. 4, p. 117-124.
- Fernandes, L.M.M., Lansky, S., Reis Passos, H., T. Bozlak, C., & A. Shaw, B. (2021). Brazilian women's use of evidence-based practices in childbirth after participating in the Senses of Birth intervention: A mixed-methods study. *Plos one*, 16(4), e0248740.
- McCormack, B., Borg, M., Cardiff, S., Dewing, J., Jacobs, G., Janes, N., ... & Wilson, V. (2015). Person-centredness-the 'state' of the art.
- Medeiros, R. M. K., Figueiredo, G., Correa, Á. C. D. P., & Barbieri, M. (2019). Repercussões da utilização do plano de parto no processo de parturição. *Revista Gaúcha de enfermagem*, 40, e20180233.
- Mei, J. Y., Afshar, Y., Gregory, K. D., Kilpatrick, S. J., & Esakoff, T. F. (2016). Birth plans: what matters for birth experience satisfaction. *Birth*, 43(2), 144-150.
- Menezes, C. C., & Lopes, R. D. C. S. (2007). Relação conjugal na transição para a parentalidade: gestação até dezoito meses do bebê. *Psico-USF*, 12, 83-93.
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Messias, D. K. H., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advances in nursing science*, 23(1), 12-28.
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: Middle range and situation specific theories in nursing research and practice*. Springer publishing company.
- Meleis, A., Frenk, J., Chen, L., Bhutta, A., Cohen, J., Crisp, N., Evans, T., Fineberg, H., Garcia, P., Ke, Y., Kelley, P., Kistnasamy, B., Naylor, D., Pablos-Mendez, A., Reddy, S., Scrimshaw, S., Sepulveda, J., Serwadda, D., Zurayk, H., (2010). Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The lancet*, 376(9756), 1923-1958.
- Missler, M., van Straten, A., Denissen, J., Donker, T., & Beijers, R. (2020). Effectiveness of a psycho-

- educational intervention for expecting parents to prevent postpartum parenting stress, depression, and anxiety: a randomized controlled trial. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20(1), 1-18.
- Mohaghegh, Z., Javadnoori, M., Najafian, M., Montazeri, S., Abedi, P., Leyli, E. K., & Bakhtiari, S. (2022). Implementation of birth plans integrated into childbirth preparation classes for vaginal birth: a qualitative study of women, their husbands, and clinicians' perspectives in Iran. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22(1), 969.
- Mohaghegh, Z., Javadnoori, M., Najafian, M., Abedi, P., Kazemnejad Leyli, E., Montazeri, S., & Bakhtiari, S. (2023). Effect of birth plans integrated into childbirth preparation classes on maternal and neonatal outcomes of Iranian women: A randomized controlled trial. *Frontiers in Global Women's Health*, 4, 1120335.
- Mouta, R. J. O., de Almeida Silva, T. M., de Melo, P. T. S., de Souza Lopes, N., & dos Anjos Moreira, V. (2017). Plano de parto como estratégia de empoderamento feminino. *Revista Baiana de Enfermagem*31, (4).
- Mukamurigo, J. U., Berg, M., Ntaganira, J., Nyirazinyoye, L., & Dencker, A. (2017). Associations between perceptions of care and women's childbirth experience: a population-based cross-sectional study in Rwanda. *BMC pregnancy and childbirth*, 17, 1-7.
- Nogueira, J. R. D. F., & Ferreira, M. (2012). O envolvimento do pai na gravidez/parto e a ligação emocional com o bebê. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(8), 57-66.
- Nunes, L. (2005). *Ética na Investigação em Enfermagem. Fundamentos e horizontes*. Loures: Lusociência.
- Ordem dos Enfermeiros (2022). Pronúncia da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica N.º 21/2022. Clarificação de conceitos relevantes no âmbito da Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.
- Organização Mundial da Saúde (2000). *Assistência ao parto normal: um guia prático*. Genebra. OMS.
- Pennell, A., Salo-Coombs, V., Herring, A., Spielman, F., & Fecho, K. (2011). Anesthesia and analgesia-related preferences and outcomes of women who have birth plans. *Journal of midwifery & women's health*, 56(4), 376-381.
- Pinheiro, A., & Sardo, D. (2020). Plan de nacimiento: una mirada de los profesionales de la salud en Portugal. *Revista ROL de Enfermería*, 43(1), 24-31.
- Redshaw, M., Martin, C. R., Savage-McGlynn, E., & Harrison, S. (2019). Women's experiences of maternity care in England: preliminary development of a standard measure. *BMC pregnancy and childbirth*, 19, 1-13.
- Richard, J. M. (2017). *Cesarean rate reduction interventions in the United States* (Doctoral dissertation, University of Pittsburgh).
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (2016). *Providing quality care for women - A framework for Maternity service standards*. RCOG.
- Sánchez-García, M. J., Martínez-Rojo, F., Galdo-Castiñeiras, J. A., Echevarría-Pérez, P., & Morales-Moreno, I. (2021). Social perceptions and bioethical implications of birth plans: A qualitative study. *Clinical Ethics*, 16(3), 196-204.
- Santos, V. M. (2020). *O Impacto do plano de parto na tomada de decisão da mulher para a satisfação no parto* (Doctoral dissertation).
- Simkin, P., Bolding, A., Greulich, B., & Haskett, M. (2020). The impact of childbirth education on obstetric interventions and maternal satisfaction. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 65(2), 191-199.

- Sousa, C. A. (2018). O enfermeiro de saúde materna e obstétrica no puerpério: Da necessidade de cuidados às intervenções de enfermagem (Doctoral dissertation).
- Stern, D., et al. (2005). Nascimento de uma mãe: a experiência da maternidade. 2a Edição. Porto: Ambar. ISBN 972430945-2.
- Suárez-Cortés, M., Armero-Barranco, D., Canteras-Jordana, M., & Martínez-Roche, M. E. (2015). Uso e influencia de los planes de parto y nacimiento en el proceso de parto humanizado. *Revista latino-americana de enfermagem*, 23, 520-526.
- Taheri, M., Takian, A., Taghizadeh, Z., Jafari, N., & Sarafraz, N. (2018). Creating a positive perception of childbirth experience: systematic review and meta-analysis of prenatal and intrapartum interventions. *Reproductive health*, 15, 1-13.
- Tola, Y. O., Akingbade, O., Akinwaare, M. O., Adesuyi, E. O., Arowosegbe, T. M., Ndikom, C. M., ... & Alexis, O. (2022). Psychoeducation for psychological issues and birth preparedness in low-and middle-income countries: a systematic review. *AJOG global reports*, 2(3), 100072.
- Twinn S. (2003). Status of mixed methods research in nursing. In: Tashakkori A, Teddlie C, editors. *Handbook of mixed methods in social & behavioral research*. Thousand Oaks: Sage Publications, p.541-56.
- Uçar, T., & Golbasi, Z. (2019). Effect of an educational program based on cognitive behavioral techniques on fear of childbirth and the birth process. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 40(2), 146-155.
- 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 Prof*, 16(1), 28-36.
- Vilelas, J. (2017). *Investigação: O processo de construção do conhecimento (2ª edição)*. Lisboa: Edições Sílabo Vaz, A (2018) (Doctoral dissertation, *Dissertação em Ciências Jurídico-Forenses: O Regulamento Geral de Proteção de Dados: Desafios e Impactos*, Faculdade de direito da Universidade de Coimbra).
- Quattro, L. (2019). Co-producing childbirth knowledge: a qualitative study of birth stories in antenatal sessions. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19, 1-11.
- Waldenström, U., Rudman, A., & Hildingsson, I. (2006). Intrapartum and postpartum care in Sweden: women's opinions and risk factors for not being satisfied. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 85(5), 551-560.
- Wilkinson, J. M., & Treas, L. S. (2019). *Fundamentals of Nursing*. FA Davis.
- World Health Organization. (2017). *Guia de Implementação da Lista de Verificação da OMS para Partos Seguros: melhorar a qualidade dos partos realizados em unidades de saúde para as mães e os recém-nascidos [Internet]*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. (2018). *WHO recommendations on intrapartum care for a positive childbirth experience*. World Health Organization. WHO.
- World Medical Association (2020). *Declaração de Helsinki. 52.ª Assembleia Geral da Associação Médica Mundial, Edinburgo, Escócia, outubro 2000*. WMA.



## **ANEXOS**



## Anexo I - Modelo de consentimento informado

### CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO: O “Plano do meu parto” como ponto de partida para a preparação para o parto

*Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.*

Cátia Almeida, estudante do curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Escola Superior de Enfermagem do Porto, encontra-se a desenvolver um estudo sobre o plano de parto e a sua relevância para o planeamento de cuidados de enfermagem no âmbito da preparação para o parto, sob a orientação da equipa de investigação: Professora Doutora Alexandrina Cardoso e Mestre Clara Aires.

O estudo tem como finalidade promover a qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde materna e obstétrica, através da identificação das expectativas, forças e desejos da grávida em relação ao seu próprio parto.

Neste sentido, solicitamos a sua participação neste estudo, através do preenchimento de um **questionário** com dados sociodemográficos e obstétricos e o “**Plano do meu parto**”. Espero que aceite dedicar algum tempo a pensar no que seria importante para si no seu parto.

Agradecemos a sua colaboração ao aceitar participar no estudo.  
O presente estudo mereceu o parecer favorável da Comissão de Ética da ULSM.

Não se prevêem danos físicos ou emocionais potenciais e não terá qualquer custo para si. O tempo previsto para o preenchimento é de aproximadamente 10 minutos.

A sua participação é voluntária e só deve aceitá-la depois de devidamente esclarecida, podendo para isso colocar quaisquer questões. Poderá desistir a qualquer momento, sem qualquer prejuízo na assistência prestada pelos profissionais de saúde, em qualquer momento e/ou serviço de saúde a que recorrer.

Os dados obtidos são anónimos e confidenciais.

Se tiver qualquer dúvida sobre o estudo poderá contactar-me através do email:  
[catia.ms.almeida@outlook.pt](mailto:catia.ms.almeida@outlook.pt)

Agradecemos a sua colaboração.  
Cátia Almeida

Aceito participar, pelo que assino: \_\_\_\_\_



## Anexo II – Questionário de variáveis sociodemográficas e obstétricas

### Dados sociodemográficos

1. **Idade:** \_\_\_\_\_
2. **Estado Civil:** Vive Sozinha  Vive com o pai do/a bebé  Vive sem o pai do/a bebé   
Outro  Qual? \_\_\_\_\_
1. **Escolaridade:**  
Ensino primário  2º Ciclo do Ensino Básico  3º Ciclo do Ensino Básico   
Ensino Secundário  Licenciatura  Mestrado  Doutoramento
2. **Profissão:**  
Estudante  Outro  Qual? \_\_\_\_\_
3. **Fonte de Informação:**

Habitualmente, procura informação sobre a gravidez e parto em:

- Livros  Online  Blogs  Familiares  Pessoas com experiência na área   
Profissionais de Saúde  Qual? \_\_\_\_\_  
Outro  Qual? \_\_\_\_\_

### Dados Obstétricos

1. **Idade Gestacional atual:** \_\_\_\_s + \_\_\_\_d
2. **Nº de gravidezes:** \_\_\_\_\_
3. **Nº de filhos vivos:** \_\_\_\_\_
  - a. **Com que idade gestacional teve cada filho?**  
Filho 1: \_\_\_\_s + \_\_\_\_d Filho 2: \_\_\_\_s + \_\_\_\_d Filho 3: \_\_\_\_s + \_\_\_\_d Filho 4: \_\_\_\_s + \_\_\_\_d
  - b. **Que idade tem/têm agora os filhos?**  
Filho 1: \_\_\_\_s + \_\_\_\_d Filho 2: \_\_\_\_s + \_\_\_\_d Filho 3: \_\_\_\_s + \_\_\_\_d Filho 4: \_\_\_\_s + \_\_\_\_d
  - c. **Tipo de parto de cada filho?**  
Filho 1: \_\_\_\_s + \_\_\_\_d Filho 2: \_\_\_\_s + \_\_\_\_d Filho 3: \_\_\_\_s + \_\_\_\_d Filho 4: \_\_\_\_s + \_\_\_\_d
  - d. De 0 a 10, sendo 0 uma experiência desagradável/a não desejar lembrar e 10 uma experiência positivamente memorável/inesquecível, como classifica globalmente as experiências de cada parto?  
Filho 1: \_\_\_\_\_ Filho 2: \_\_\_\_\_ Filho 3: \_\_\_\_\_ Filho 4: \_\_\_\_\_
  - e. **Fez preparação para o parto nas gravidezes anteriores?**  
Não  Sim   
Se **sim**, De 0 a 10, sendo 0 uma experiência desagradável/a não desejar lembrar e 10 uma experiência positivamente memorável/inesquecível, qual o impacto dessa preparação na experiência de parto?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
4. De 0 a 10, sendo 0 uma experiência desagradável/a não desejar lembrar e 10 uma experiência positivamente memorável/inesquecível, como está a ser para si a experiência de estar grávida atualmente? \_\_\_\_\_
5. **Conhece mais pessoas com experiências de parto positivas ou negativas?**  
Positivas  Negativas  --MUITO OBRIGADA



## Anexo III - “Plano do meu Parto”, segundo Cardoso et al. (2022)

### PLANO DO MEU PARTO

Do que conheço de mim:	Concordo totalmente	Discordo totalmente	
Os meus músculos, as minhas articulações, o meu útero, os meus movimentos, as minhas posições corporais, a minha respiração, todo o meu corpo, ...são superpoderes/forças que levo para o meu TP.	10--9--8--7--6--5--4--3--2--1--0		<input type="radio"/> Não sei ainda
A minha mente, a minha capacidade de lidar com situações desafiadoras são superpoderes/forças que levo para o meu TP.	10--9--8--7--6--5--4--3--2--1--0		<input type="radio"/> Não sei ainda
Outros superpoderes/forças posso levar para o meu TP:			
As palavras que me dão força e coragem são:			
Para viver uma experiência de parto positiva seria, para mim:	Muito importante	Nada importante	
1) Quanto ao tipo e início do TP			
Ter um parto o mais fisiológico possível	10--9--8--7--6--5--4--3--2--1--0		<input type="radio"/> Não sei ainda
Ter um parto por cesariana	10--9--8--7--6--5--4--3--2--1--0		<input type="radio"/> Não sei ainda
Que o parto inicie espontaneamente	10--9--8--7--6--5--4--3--2--1--0		<input type="radio"/> Não sei ainda
Marcar o dia do parto	10--9--8--7--6--5--4--3--2--1--0		<input type="radio"/> Não sei ainda
Ficar em casa na fase inicial do TP	10--9--8--7--6--5--4--3--2--1--0		<input type="radio"/> Não sei ainda
Ir logo que inicie o TP para o local onde quero viver parto	10--9--8--7--6--5--4--3--2--1--0		<input type="radio"/> Não sei ainda
Ter comigo _____ [Não ter ninguém comigo <input type="radio"/>	10--9--8--7--6--5--4--3--2--1--0		<input type="radio"/> Não sei ainda
Quando gostaria de ter comigo: <input type="radio"/> sempre, independentemente do tipo de parto <input type="radio"/> sempre, exceto no período expulsivo			<input type="radio"/> Não sei ainda
2) Quanto ao lidar com o TP:			
Adotar a posição que para mim seja mais confortável (em qualquer momento)	10--9--8--7--6--5--4--3--2--1--0		<input type="radio"/> Não sei ainda
Manter-me ativa durante o TP (andar, dançar, etc.)	10--9--8--7--6--5--4--3--2--1--0		<input type="radio"/> Não sei ainda
Que me orientem na posição mais favorável para a evolução do TP se isso for relevante	10--9--8--7--6--5--4--3--2--1--0		<input type="radio"/> Não sei ainda
Que me informem da evolução do TP e de como o bebé está a lidar com as contrações uterinas sempre que eu solicitar/surgirem alterações	10--9--8--7--6--5--4--3--2--1--0		<input type="radio"/> Não sei ainda
Que realizem exame vaginal (com o meu consentimento) quando estritamente necessário ou a meu pedido	10--9--8--7--6--5--4--3--2--1--0		<input type="radio"/> Não sei ainda
Comer e/ou beber	10--9--8--7--6--5--4--3--2--1--0		<input type="radio"/> Não sei ainda
Ter o parto na posição que eu escolher no momento	10--9--8--7--6--5--4--3--2--1--0		<input type="radio"/> Não sei ainda
Que sejam implementadas medidas de proteção do períneo (expulsivo)	10--9--8--7--6--5--4--3--2--1--0		<input type="radio"/> Não sei ainda
Não tocarem no períneo se não for estritamente necessário (expulsivo)	10--9--8--7--6--5--4--3--2--1--0		<input type="radio"/> Não sei ainda
3) Quanto ao lidar com a dor de TP			
Não falarem comigo durante a contração	10--9--8--7--6--5--4--3--2--1--0		<input type="radio"/> Não sei ainda
Ser capaz de:			
• Gerir a dor “ao meu jeito”	10--9--8--7--6--5--4--3--2--1--0		<input type="radio"/> Não sei ainda
• Usar respiração e relaxamento	10--9--8--7--6--5--4--3--2--1--0		<input type="radio"/> Não sei ainda
• Usar massagem	10--9--8--7--6--5--4--3--2--1--0		<input type="radio"/> Não sei ainda
• Usar música	10--9--8--7--6--5--4--3--2--1--0		<input type="radio"/> Não sei ainda
• Usar óleos essenciais (massagem, aroma, ...)	10--9--8--7--6--5--4--3--2--1--0		<input type="radio"/> Não sei ainda
Acredito que consigo fazer qualquer coisa em 1 minuto (duração da contração uterina)	10--9--8--7--6--5--4--3--2--1--0		<input type="radio"/> Não sei ainda

O ambiente que me tranquiliza e que gostaria de ter durante o meu TP:		
• Privacidade (número de pessoas, ruídos)	10--9--8--7--6--5--4--3--2--1--0	<input type="radio"/> Não sei ainda
• Iluminação na sala de partos	10--9--8--7--6--5--4--3--2--1--0	<input type="radio"/> Não sei ainda
• Temperatura ambiente (aquecido/fresco)	10--9--8--7--6--5--4--3--2--1--0	<input type="radio"/> Não sei ainda
• Ter um cheiro agradável na sala de partos. Do que me conheço, o aroma que me tranquiliza é _____	10--9--8--7--6--5--4--3--2--1--0	<input type="radio"/> Não sei ainda
• Itens pessoais (que me dão conforto e força)	10--9--8--7--6--5--4--3--2--1--0	<input type="radio"/> Não sei ainda
• Pontos de distração (imagens da natureza, luz natural, frases poderosas, sons, música, televisão, etc.) _____	10--9--8--7--6--5--4--3--2--1--0	<input type="radio"/> Não sei ainda
• Usar água no chuveiro	10--9--8--7--6--5--4--3--2--1--0	<input type="radio"/> Não sei ainda
• Usar imersão em água	10--9--8--7--6--5--4--3--2--1--0	<input type="radio"/> Não sei ainda
• Usar dispositivos (bola de parto, bola "amendoim", etc.)	10--9--8--7--6--5--4--3--2--1--0	<input type="radio"/> Não sei ainda
Ter analgesia epidural logo que possível	10--9--8--7--6--5--4--3--2--1--0	<input type="radio"/> Não sei ainda
Ter analgesia epidural apenas quando eu solicitar	10--9--8--7--6--5--4--3--2--1--0	<input type="radio"/> Não sei ainda
Outras estratégias que gostava de usar:		
Como quero sentir o meu bebé nos primeiros momentos:		
• Fosse _____ a segurar o bebé no momento do nascimento	10--9--8--7--6--5--4--3--2--1--0	<input type="radio"/> Não sei ainda
• O cordão fosse cortado por: _____	10--9--8--7--6--5--4--3--2--1--0	<input type="radio"/> Não sei ainda
• Fazer contacto pele com pele comigo logo que possível após o parto	10--9--8--7--6--5--4--3--2--1--0	<input type="radio"/> Não sei ainda
• Que o bebé inicie a primeira mamada quando evidenciar prontidão para mamar (assegurar os 9 estádios do contacto pele com pele)	10--9--8--7--6--5--4--3--2--1--0	<input type="radio"/> Não sei ainda
Outros elementos significativos para mim e/ou para a minha família:		
Quanto me sinto preparada para o meu parto:		
Primeira consulta (____/____/____)	10--9--8--7--6--5--4--3--2--1--0	<input type="radio"/> Não sei ainda
Consulta (meio do programa) (____/____/____)	10--9--8--7--6--5--4--3--2--1--0	<input type="radio"/> Não sei ainda
Última consulta (____/____/____)	10--9--8--7--6--5--4--3--2--1--0	<input type="radio"/> Não sei ainda
Para me sentir preparada precisaria ainda de:		

Onde gostava de viver o meu parto? \_\_\_\_\_ (ainda não decidi )



