

ARTIGO DE INVESTIGAÇÃO (ORIGINAL)

## A expectativa do casal sobre o plano de parto

*The couple's expectations for the birth plan*

*La expectativa de la pareja sobre el plan de parto*

Teresa Maria de Campos Silva<sup>1</sup>
 <https://orcid.org/0000-0002-0712-2567>
Marlene Isabel Lopes<sup>2</sup>
 <https://orcid.org/0000-0002-8120-9644>

<sup>1</sup> Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra, Portugal

<sup>2</sup> Obstetrícia A - UGI Saúde Materno-Fetal - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal

### Resumo

**Enquadramento:** O plano de parto (PP) é um processo reflexivo e de tomada de decisão do casal grávido, exposto num documento escrito, promovendo uma melhor comunicação com os profissionais de saúde e a autonomia das mulheres.

**Objetivo:** O presente estudo, inserido numa investigação mais vasta, teve como objetivo descrever a expectativa do casal sobre o PP.

**Metodologia:** Estudo qualitativo, tipo exploratório-descritivo. Os participantes foram 10 casais que frequentaram o programa de preparação para o parto de uma maternidade do centro de Portugal. O instrumento de recolha de dados foi a entrevista semiestruturada e a análise dos dados, realizada com o método de análise de conteúdo de Bardin e com o *software* NVivo10.

**Resultados:** Metade dos participantes não conheciam o conceito de PP, mas reconhecem a importância da discussão das suas preferências com um Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica para uma experiência de parto positiva.

**Conclusão:** Este estudo pode permitir a inovação e melhoria na assistência segura à mulher/casal, respondendo eficazmente às suas expectativas e necessidades.

**Palavras-chave:** plano de parto; enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica; empoderamento para a saúde; expectativa; tomada de decisão

### Abstract

**Background:** The birth plan (BP) is a reflexive and decision-making process of the expectant couple, exposed in a written document, allowing a better communication with health professionals and the women's autonomy.

**Objective:** The present study, inserted in a larger investigation, aimed to describe the couple's expectation about BP.

**Methodology:** A qualitative, exploratory-descriptive study. Participants were 10 couples who attended the Parenthood and Birth Preparation Program at a maternity in central Portugal. The data collection instrument was the semi-structured interview and data analysis performed using the Bardin content analysis method and the NVivo10 software.

**Results:** Half of the participants did not know the concept of the Birth Plan, but recognize the importance of discussing their preferences with a midwife for a positive childbirth experience.

**Conclusion:** This study allows innovation and improvement in safe care for women/ couples, in order to respond to their expectations and needs.

**Keywords:** birth plan; midwife; empowerment for health; expectation; decision making

### Resumen

**Marco contextual:** El plan de parto (PP) es un proceso reflexivo y de toma de decisiones para la pareja embarazada, establecido en un documento escrito, que promueve una mejor comunicación con los profesionales de la salud y la autonomía de la mujer.

**Objetivo:** Este estudio, incluido en una investigación más amplia, tuvo como objetivo describir las expectativas de la pareja sobre el PP.

**Metodología:** Estudio cualitativo, de tipo exploratorio-descritivo. Los participantes fueron 10 parejas que asistieron al programa de preparación al parto de un servicio de maternidad en el centro de Portugal. El instrumento de recogida de datos fue la entrevista semiestructurada y el análisis de datos se realizó con el método de análisis de contenido de Bardin y con el *software* NVivo10.

**Resultados:** La mitad de los participantes no estaban familiarizados con el concepto de PP, pero reconocieron la importancia de discutir sus preferencias con una matrona para tener una experiencia positiva en el parto.

**Conclusión:** Este estudio puede permitir innovar y mejorar la atención segura a las mujeres/parejas, al responder eficazmente a sus expectativas y necesidades.

**Palabras clave:** plan de parto; matrona; empoderamiento para la salud; expectativa; toma de decisiones

### Autor de correspondência:

Teresa Maria de Campos Silva

Email: [tmcs@esenfc.pt](mailto:tmcs@esenfc.pt)

Recebido: 28.11.19

Aceite: 26.02.20



Escola Superior de  
Enfermagem de Coimbra

FCT  
Fundação  
para a Ciência  
e a Tecnologia

Como citar este artigo: Silva, T. M., & Lopes, M. I. (2020). A expectativa do casal sobre o plano de parto. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(2), e19095. doi: 10.12707/RIV19095.



## Introdução

O plano de parto (PP) constitui uma estratégia para promover o envolvimento da mulher na preparação para e no trabalho de parto (TP) e para expressar as suas expectativas e desejos relacionados com o decurso do mesmo. É importante que seja refletido pela mulher/casal, de modo a promover a consciencialização da relação entre as decisões e escolhas e o próprio decurso do TP, de forma a construir decisões responsáveis e informadas. Neste sentido, é essencial aprofundar a literacia em saúde do casal relativamente ao processo de parto, sendo fundamental o apoio do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica (ESMO; Ordem dos Enfermeiros, Mesa do Colégio da Especialidade de Saúde Materna e Obstétrica, 2012).

A inquietude pela temática em estudo surge do contexto profissional, maternidade central, onde a investigadora desenvolve a sua atividade profissional, colaborando também no programa de preparação para o parto e parentalidade (PPP). De acordo com a evidência científica, os cuidados obstétricos centram-se cada vez mais nas escolhas seguras dos casais devidamente informados, contribuindo para melhores resultados obstétricos e neonatais. Deste modo, o PP constitui uma ferramenta para uma experiência positiva de nascimento (World Health Organization, 2018) contribuindo para o empoderamento e satisfação destes casais no processo de nascimento dos seus filhos. Neste sentido, considerou-se importante descrever a expectativa do casal sobre o PP, e, especificamente, a expectativa da mãe e do pai, sendo que esta informação poderá, potencialmente, ser usada para inovar e melhorar os PPPs, respondendo às expectativas e necessidades de cada um dos elementos do casal, tendo em conta as diferenças de género, e ajudá-los, se o desejarem, na construção do seu PP.

## Enquadramento

As mulheres, no seu ambiente familiar e comunidade, sempre planearam o nascimento dos seus filhos, antes deste ter sido transferido para o ambiente hospitalar, onde a experiência do nascimento ficou alterada. Neste contexto, os PPs foram desenvolvidos na década de 1980 por defensores do parto normal, com o propósito de contrariar a sensação de perda de protagonismo por parte das mulheres grávidas no seu parto (Lothian, 2006). Criar um PP constitui uma forma concreta de encorajar as mulheres a pensarem no que é realmente importante para elas, a clarificar os seus desejos e expectativas e a comunicar com os seus cuidadores, de forma a construir um plano realista, baseado em decisões informadas, permitindo a redescoberta e restauração do tradicional controlo da mulher sobre o ambiente do TP (Kitzinger, 1992). A construção de um PP constitui-se num componente fundamental da maioria dos PPP e desenvolve-se e evolui a partir dos esforços da mulher/casal para tomar consciência e compreender os seus valores pessoais, necessidades e preocupações relacionados com o processo de nascimento, sendo que os PPs do século XXI podem

refletir várias filosofias, variando desde o parto natural, não intervencionado até ao parto altamente tecnológico (Bailey, Crane, & Nugent, 2008). Também para Lothian (2006) elaborar um PP oferece a oportunidade à mulher/casal para determinar as suas expectativas pessoais, desenvolver a relação terapêutica com os profissionais de saúde e partilhar a tomada de decisão, componentes chave para uma experiência de nascimento satisfatória. Dada a sua natureza, por vezes imprevisível, o parto não pode ser planeado, mas as preferências relacionadas com ele podem ser pensadas e partilhadas com os profissionais de saúde (Afshar, Mei, & Gregory, 2016).

Os PPs também são alvo de alguma controvérsia, uma vez que podem suscitar preocupações que se relacionam com questões de paternalismo por parte dos profissionais de saúde, com a autonomia da mulher, com a sua capacidade de escolha, de controlo, de relações terapêuticas baseadas na confiança, e na divergência entre os cuidados baseados na evidência e a prática obstétrica preferida e rotineira, pelo que, a mulher/casal que deseja um parto que não esteja totalmente de acordo com as rotinas hospitalares ou com a prática obstétrica corrente e habitual, pode causar constrangimentos entre os profissionais de saúde (Bailey et al., 2008). Porém, segundo Afshar et al. (2016), o propósito principal de um PP é promover a comunicação, não induzir fricção entre os profissionais e as mulheres/casais, sendo que os melhores resultados que podem advir de um PP dependem da flexibilidade e do suporte dado na discussão durante a gravidez e TP. Mesmo quando as preferências das mulheres não são completamente satisfeitas, estas tendem a manter a avaliação positiva do uso do PP, uma vez que é a possibilidade de conversar abertamente sobre as várias opções do TP que tem importância e não necessariamente o PP propriamente dito, quer seja escrito ou meramente verbalizado (Yam, Grossman, Goldman, & García, 2007; Whitford et al., 2014). Hidalgo-Lopezosa, Hidalgo-Maestre, e Rodríguez-Borrego (2017) verificaram que os PPs têm um baixo grau de cumprimento, embora se constate que quanto maior o seu cumprimento, melhores os resultados maternos e neonatais. Segundo Bailey et al. (2018), no contexto dos cuidados de saúde atuais, o paradigma está a passar do paternalismo para a autonomia do cliente, considerando que estes são, em geral, mais assertivos, questionam as recomendações dadas pelos profissionais e exigem a satisfação dos seus desejos. Os mesmos autores consideram que os profissionais de saúde são cada vez mais incentivados a envolver os clientes nas decisões relacionadas com os cuidados, reconhecendo-lhes um conhecimento único da sua própria saúde. Os enfermeiros ESMO que acompanham as mulheres/casais na consulta de vigilância da gravidez ou no PPP e as ajudam a desenvolver os seus PPs, devem informar que o planeamento do parto não começa com uma lista de intervenções ou opções, mas com a aprendizagem sobre o processo normal e fisiológico do TP e sobre as práticas baseadas na evidência que promovem, protegem e suportam o parto normal. A literacia em saúde sobre o processo de parto é essencial para que as mulheres/casais possam tomar decisões verdadeiramente informadas. A comunicação deve também incidir sobre o processo

de decisão da mulher/casal, incluindo o consentimento informado bem como o direito à recusa informada. No desenvolvimento do seu PP, cada mulher/casal não se deve focar nas intervenções que pretende ou não pretende, mas no que necessita efetivamente, para experienciar o seu TP da forma mais normal e segura possível, mesmo perante situações inesperadas. Segundo Afshar et al. (2016), os PPs tendem a tornar-se cada vez mais prevalentes e apoiados por organizações nacionais e internacionais e, embora não exerçam uma mudança imediata nas práticas de cuidados, podem, ao longo do tempo, contribuir para aumentar a real escolha das mulheres e, dessa forma, continuar a ser uma importante ferramenta na preparação para o parto.

## Questão de investigação

Qual a expectativa do casal sobre o PP?

## Metodologia

Estudo qualitativo do tipo exploratório-descritivo, com a análise de conteúdo segundo Bardin (2013). Os participantes selecionados foram 10 casais que frequentaram o PPP de uma maternidade central do centro de Portugal, segundo um processo intencional, amostragem não probabilística por conveniência, satisfazendo os seguintes critérios de inclusão: estar inscrito no PPP; ter assistido a pelo menos uma sessão; ter idade gestacional compreendida no 3º trimestre de gravidez; ser uma gravidez de feto único; gravidez sem risco associado; compreender e falar corretamente a língua portuguesa e estar o casal reunido para a entrevista. Todos os casais selecionados acederam participar no estudo e mantiveram-se até ao final do mesmo. A entrevista semiestruturada foi a técnica de recolha de dados selecionada, elaborando-se um guião com 20 questões distribuídas por cinco domínios: valores/significados atribuídos ao parto; ambiente; medidas de conforto; recetividade às intervenções durante o TP; contacto precoce com o bebé; conhecimento e valor atribuído ao PP, dirigidas à mãe, ao pai e ao casal (Lopes, 2019). Para o treino de competências relativas à técnica da entrevista, a investigadora procedeu à realização de uma entrevista exploratória a um casal que reunia as condições necessárias para integrar o estudo, sendo que, no geral, o guião da entrevista respondeu aos objetivos propostos. Foi atingido o momento de saturação dos dados com a concretização de 10 entrevistas, as quais foram todas realizadas pela investigadora entre janeiro e março de 2018, tiveram uma duração média de 52 minutos e foram realizadas num gabinete da consulta externa da maternidade, assegurando-se as condições de conforto, acústica e resguardo de possíveis interrupções. Foram salvaguardados os seis princípios éticos da investigação (Nunes, 2013), e obtido parecer favorável pela UICISA: E (n.º P425-05/2017) e pela Comissão de Ética e Conselho de Administração da unidade hospitalar onde decorreu o estudo (Lopes, 2019). Foi utilizado o método de análise de conteúdo, segundo Bardin (2013) e o *software* de

tratamento de dados qualitativos QRS NVivo10, para a análise dos dados. Procurou-se garantir o rigor científico ao longo de todo o processo de investigação assegurando o valor e a fiabilidade dos resultados, através do contacto prolongado da investigadora com o assunto em estudo, pela pesquisa prévia efetuada, pela experiência clínica enquanto enfermeira ESMO que integra o PPP, cujas temáticas são habitualmente discutidas com os casais, e em todo o processo de realização das entrevistas, nomeadamente na observação dos participantes durante a entrevista e respetiva tomada de notas de campo e na atenção durante a sua realização, de forma a assegurar que os participantes compreendessem as questões e respondessem ao que era esperado, da sua audição e transcrição imediatas e nas suas inúmeras leituras. Após a transcrição em *verbatim* das entrevistas, codificadas com ME (mãe entrevista) e PE (pai entrevista), foi ainda solicitado aos participantes que verificassem se os relatos correspondiam de facto aos seus valores, opiniões e experiências para proceder às devidas alterações, o que não foi necessário em nenhum dos participantes. Foi ainda realizada a triangulação, uma vez que a orientadora do estudo acompanhou todo o processo de análise. Durante o período em que decorreram as entrevistas, a investigadora, enquanto Enfermeira de Saúde Materna e Obstetrícia (ESMO), não exerceu clínica no PPP, de forma a não influenciar as respostas dos participantes (Lopes, 2019).

## Resultados e Discussão

Os 10 casais participantes apresentavam idades gestacionais entre as 34 e as 39 semanas, tendo as mães idades compreendidas entre os 31 e os 41 anos e os pais entre os 31 e os 44 anos. Oito mães eram primíparas e viviam só com o companheiro e duas mães eram múltíparas, com um parto anterior, e viviam com o companheiro e o seu primeiro filho. Relativamente às habilitações académicas três mães tinham o ensino secundário (12 anos de estudo), quatro a licenciatura (15 anos de estudo), uma o mestrado (17 anos de estudo) e duas o doutoramento (21 anos de estudo). Quatro pais tinham o ensino secundário, cinco a licenciatura e um o doutoramento. Em relação ao estado ocupacional, oito mães estavam empregadas, uma estava desempregada e uma era estudante e todos os pais estavam empregados. Da análise do discurso dos participantes emergiram, quer na mãe, quer no pai, dois domínios: o conhecimento do conceito do plano de parto e o valor atribuído ao plano de parto.

### Conhecimento do conceito de plano de parto

Relativamente ao conhecimento do conceito do PP, constataram-se duas categorias, conhece e desconhece, comuns ao casal. Verificou-se que cinco mães e um pai já conheciam o conceito de PP no momento da entrevista, sendo que uma mãe tomou conhecimento numa reportagem televisiva, “ouvi falar num programa que deu já há algum tempo . . . depois também já tinha lido numa revista . . . do plano e do facto das pessoas quererem . . . chamou-me a atenção porque eu não fazia ideia” (ME1;

janeiro de 2018), uma no PPP, uma no centro de saúde e duas através de uma amiga e o pai tomou conhecimento através da companheira. Cinco das mães participantes e nove pais participantes, desconheciam totalmente o conceito de PP “não, não sei, não estou a ver o que é” (PE4; fevereiro de 2018). Contrariamente, no estudo de Sardo e Pinheiro (2018) sobre as perspetivas dos portugueses sobre o PP, verificou-se que, mais de 80% dos 150 participantes, já haviam ouvido falar no PP e conheciam o seu propósito, defendendo ainda que o PP deveria ser de uso obrigatório nas maternidades portuguesas. Ficou evidente, neste estudo, a importância atribuída ao PP, o qual é reconhecido como uma estratégia facilitadora para a orientação da mulher/casal no processo de nascimento dos seus filhos, promovendo uma relação mais próxima com os profissionais de saúde e aumentando o empoderamento e a satisfação das mulheres nessa experiência, tornando-a mais positiva. Neste contexto, os participantes salientaram ainda a importância do papel vital das enfermeiras ESMO na promoção e implementação do PP, reconhecendo-o como um elemento-chave na prestação de cuidados pré-natais.

### Valor atribuído ao plano de parto

Em relação ao Valor atribuído ao PP, emergiram três categorias comuns ao casal: Recursos para a tomada de decisão, Vantagens do PP e Desvantagens do PP, quer seja na forma de discussão com um profissional de saúde numa consulta de PP, quer seja na concretização do documento propriamente dito. Os casais participantes deste estudo, quando questionados sobre a sua motivação e interesse para elaborar o seu PP, expressaram os seus recursos internos, cognitivos e afetivos, que os orientam na sua tomada de decisão. Assim, perante a possibilidade de expor aos profissionais de saúde as suas expectativas e desejos, que foram tomando consciência e referindo ao longo da entrevista, cerca de metade dos participantes, mães e pais, referiram confiar na tomada de decisão dos profissionais de saúde relativamente ao seu parto, “Eu deixo-me nas mãos dos profissionais porque eles, melhor do que ninguém, sabem . . . já têm muita experiência e sabem o que é que é melhor naquela situação” (ME5; fevereiro de 2018). Denota-se aqui uma aceitação por estes participantes da atitude paternalista dos profissionais de saúde ao deixá-los decidirem por si, pois acreditam que estes estão na posse de maior conhecimento e experiência. Além disso, do discurso de alguns participantes do estudo, verificou-se até à atribuição de um significado negativo para com os casais que apresentassem desejos aos profissionais de saúde, como se fosse algo errado e sem sentido, “desde que a pessoa não abuse, não é . . . eu não estou a ver que tipo de coisas é que as pessoas podem querer para o parto” (PE8; março de 2018), embora outros assumam que, apesar de não pretenderem realizar um PP, respeitam quem o queira fazer. Também para Divall, Spiby, Nolan, e Slade (2017) se verifica pouco consenso entre as mulheres relativamente aos benefícios da utilização do PP, sendo que o termo *plano de parto* pode não ser o mais adequado para a expressão das suas preferências. No entanto, é indiscutível que o PP continua a ser um elemento chave para a promoção do cuidado individualizado quer nos cuidados

pré-natais quer nos cuidados intraparto. Segundo Lothian (2006) o desequilíbrio de poderes entre os clientes e os profissionais de saúde é muito evidente em obstetrícia, uma vez que o modelo biomédico encoraja as mulheres e os profissionais a considerar o nascimento como um evento repleto de riscos, aceitando-se uma prática mais intervencionista para reduzir esse risco e incerteza, embora a evidência tenha demonstrado já que essa conduta não fornece os melhores cuidados, aumentando inclusive os riscos, o que não é eticamente aceitável. A este respeito, a OMS fomenta “a centralização da grávida/casal grávido na equipa clínica que lhe prestará assistência personalizada através da efetivação do paradigma da autonomia em detrimento do paradigma paternalista” (OE, 2015, p. 19). Cerca de um terço das mães participantes deste estudo assumiram também sentir dificuldade e constrangimento em expor as suas preferências aos profissionais de saúde

gostávamos que pudesse ficar com o cordão umbilical um minuto . . . perguntei na consulta à obstetra . . . não tive muita coragem de dizer que gostava que fosse um minuto, mas depois não sei se no momento do parto vais ter coragem de dizer (a olhar para o pai). (ME6; fevereiro de 2018)

Um casal às 39 semanas, sabendo claramente o que deseja para o seu parto, ainda se sente indeciso em elaborar e entregar o seu plano, “por isso é que até agora às 39 semanas ainda não decidimos se vamos entregar ou não” (ME6; fevereiro de 2018), uma vez que antecipa a possível desconsideração a que podem ser sujeitos pelos profissionais de saúde, mesmo tendo solicitações que são corroboradas pela evidência científica. Outra mãe verbaliza acreditar que não haverá problema para si, caso solicite uma maior privacidade, durante o seu parto e outra tende a desvalorizar as suas expectativas, como o contacto precoce pele a pele, caso não seja realizado. Desta forma, os participantes assumem o desequilíbrio de poderes existente entre si e os profissionais de saúde, com enfoque na atitude paternalista destes. No entanto, apesar da maioria dos participantes manifestar não desejar elaborar um documento escrito de PP, expressou interesse e valorização de uma consulta de PP, à semelhança da entrevista, uma vez que lhe permitiu tomar conhecimento de alguns aspetos, esclarecer dúvidas e conversar com o/a companheiro/a acerca do seu trabalho de parto, uma vez que sozinhos não teriam oportunidade de o fazer, sendo evidente que a conjugalidade foi promovida. Segundo Kaufman (2007), mesmo os casais que preferem seguir os conselhos da equipa de saúde sem questões, beneficiam com um momento de discussão das suas expectativas e desejos para o seu parto, uma vez que lhes dá a oportunidade de aprender mais sobre o processo e identificar e discutir as suas preocupações e desejos com a equipa de saúde, uma vez que estar bem informado aumenta a sua confiança e a sua capacidade para alcançar os seus desejos. Além disso, para ultrapassar a dificuldade dos casais em expor as suas preferências, estes devem aprender a aproximar-se da equipa de saúde com respeito e autoconfiança, o que constitui um desafio. Assim, quer as mães, quer os pais participantes consideraram existir vantagens em discutir com um profissional de saúde o seu PP, uma vez que sentem

que poderá promover a segurança e a confiança do casal, em particular da mãe, “Eu acho que deve facilitar, já é tudo tão incontrolável que é uma forma de nós conseguirmos controlar um bocadinho, ou achar que estamos a controlar um bocadinho aquilo que vai acontecer” (ME7; março de 2018), constitui uma importante fonte de informação e preparação para o casal, “quando se faz um plano de parto os pais já ficam mais consciencializados do que é que vão encontrar e como é que se vão ter que preparar para um parto que vai acontecer . . . , podem ir investigar, procurar, esse tipo de coisas” (PE6; fevereiro de 2018), promove a comunicação entre o casal e os profissionais de saúde e a autonomia e a tomada de decisão “nós explicarmos aquilo que queremos ou fazer perguntas e os médicos e os enfermeiros perguntarem-nos as nossas opiniões, acho que isso é muito importante” (ME1; janeiro de 2018). Além disso, os profissionais de saúde têm a possibilidade de prestar cuidados de saúde mais individualizados e adequados às preferências de cada casal “leva os profissionais a ter que parar um bocadinho . . . para pensar neste casal, não é mais um que está a chegar e acho que isso é a principal vantagem não só para nós, mas também para os profissionais” (ME6; fevereiro de 2018). Um terço das mães considerou ainda que pensar previamente no seu trabalho de parto lhes proporciona uma perspetiva mais positiva do mesmo, “é um momento tão único, porque não prepará-lo, dizem que é um dia que marca tanto as pessoas” (ME6; fevereiro de 2018). Estes resultados estão de acordo com os de Aragon et al. (2013), cujo estudo evidenciou que as mulheres encontram vantagens no uso de um PP, uma vez que pode funcionar como uma ferramenta de comunicação, permitindo que o companheiro da mulher, a sua família e os profissionais de saúde compreendam as expectativas e preferências da mulher para o seu parto, e tem também um cariz educacional, uma vez que se verifica a aquisição de conhecimentos através da elaboração de um PP, pois tomam consciência das suas preocupações, desejos e práticas hospitalares. Este estudo evidenciou também que as mulheres consideram que o uso de um PP lhes confere um aumento de autonomia para a tomada de decisão informada e as ajuda a promover uma perspetiva mais positiva sobre o seu parto, aumentando o seu sentimento de controlo e capacitação. Também, Whitford et al. (2014) concluíram que as mulheres consideram positiva a inclusão do PP como norma dos cuidados, uma vez que dá realce às suas preferências e estimula a sua discussão com a equipa de saúde, o que contribui para a diminuição da ansiedade da mulher/casal. Pennell, Salo-Coombs, Herring, Spielman, e Fecho (2011) verificaram também que a maioria das mulheres considerou favorável o uso do PP, independentemente das suas preferências serem todas cumpridas ou não, uma vez que melhorou a sua experiência de TP, proporcionando uma sensação de controle adicional e melhorando a comunicação com os profissionais de saúde. Este dado deve-se ao facto de que quando ocorrem mudanças ao desejado no PP, o sentimento de controlo que a mãe tem sobre essas mudanças é tão importante como a mudança em si, pelo que a comunicação e negociação contínuas, desde o momento da criação de PP pelo casal, até ao momento do

TP, são fundamentais (Cook & Loomis, 2012).

Contudo, tanto as mães como os pais participantes neste estudo reconheceram também algumas desvantagens no uso do PP, embora de forma menos expressiva, nomeadamente o sentimento de insatisfação, caso o plano não possa ser concretizado, “Acho que criar muitas expectativas é capaz de não ser positivo . . . depois se há alguma coisa que não sai exatamente como estávamos à espera, pode ser complicado” (PE5; fevereiro de 2018), a inflexibilidade e a rigidez dos casais ou dos profissionais de saúde “a única desvantagem é se o plano for cumprido ali ao milímetro, se não houver flexibilidade da mãe ou mesmo até do pai e dos profissionais . . . porque uma coisa é estarmos de fora, outra coisa é já estarmos em trabalho de parto, onde tudo muda” (ME9; março de 2018), e a possibilidade do PP poder provocar reações negativas nos profissionais de saúde “para mim a desvantagem é a desvalorização que alguns profissionais fazem dos planos de parto, porque acham que é ridículo haver . . . acaba por ser o gozo às vezes do próprio casal” (ME6; fevereiro de 2018). As mães participantes consideraram também como desvantagens o facto de o PP poder ser muito detalhado ou restritivo e ainda oferecer uma falsa sensação de controlo e confiança. Também estes resultados se encontram no estudo de Aragon et al. (2013), onde as emoções negativas, de desapontamento e insatisfação, decorrentes de um plano que não poderá ou não foi concretizado, e a inflexibilidade e rigidez, potencialmente provocadas pelos PP, e que podem comprometer os resultados, constituem as maiores desvantagens identificadas pelas mulheres. Além disso, a falsa sensação de controlo, não permitindo que a mulher se prepare para o inesperado e a possibilidade do seu uso provocar reações negativas nos profissionais de saúde foram também desvantagens apontadas. Também o estudo de Sardo e Pinheiro (2018) revelou algumas fragilidades no atendimento personalizado nas maternidades portuguesas, tendo algumas participantes referido ter sentido dificuldade em discutir e defender as suas opções relativamente ao seu TP, sentindo-se impotentes diante dos profissionais de saúde. Além disso, dos 64% das participantes que já haviam usado o PP, cerca de 10% referiu que o mesmo não foi aceite pelos profissionais de saúde que assistiram o seu TP. Contudo, no estudo de Yam et al. (2007), todas as mulheres que elaboraram o seu PP com a ajuda de um profissional de saúde da equipa, relataram a sua experiência de nascimento como muito satisfatória, apesar de em alguns casos o seu parto não ter decorrido conforme haviam desejado. Parece ficar demonstrado que é na discussão e na negociação entre o casal e a equipa de saúde, com o envolvimento do casal na tomada de decisão, que reside o mais importante e o mais benéfico e não necessariamente no plano propriamente dito, como documento escrito ou verbalizado, o que claramente convoca a implementação clínica dos PP como componente integral (e integradora) dos cuidados, de forma a promover experiências de nascimento altamente satisfatórias para os casais, e por sua vez, para todos os envolvidos nesta experiência. Ao longo do discurso dos participantes e representadas na Figura 1, visualizam-se as diferentes expectativas que a mãe/pai/casal apresenta sobre o PP.

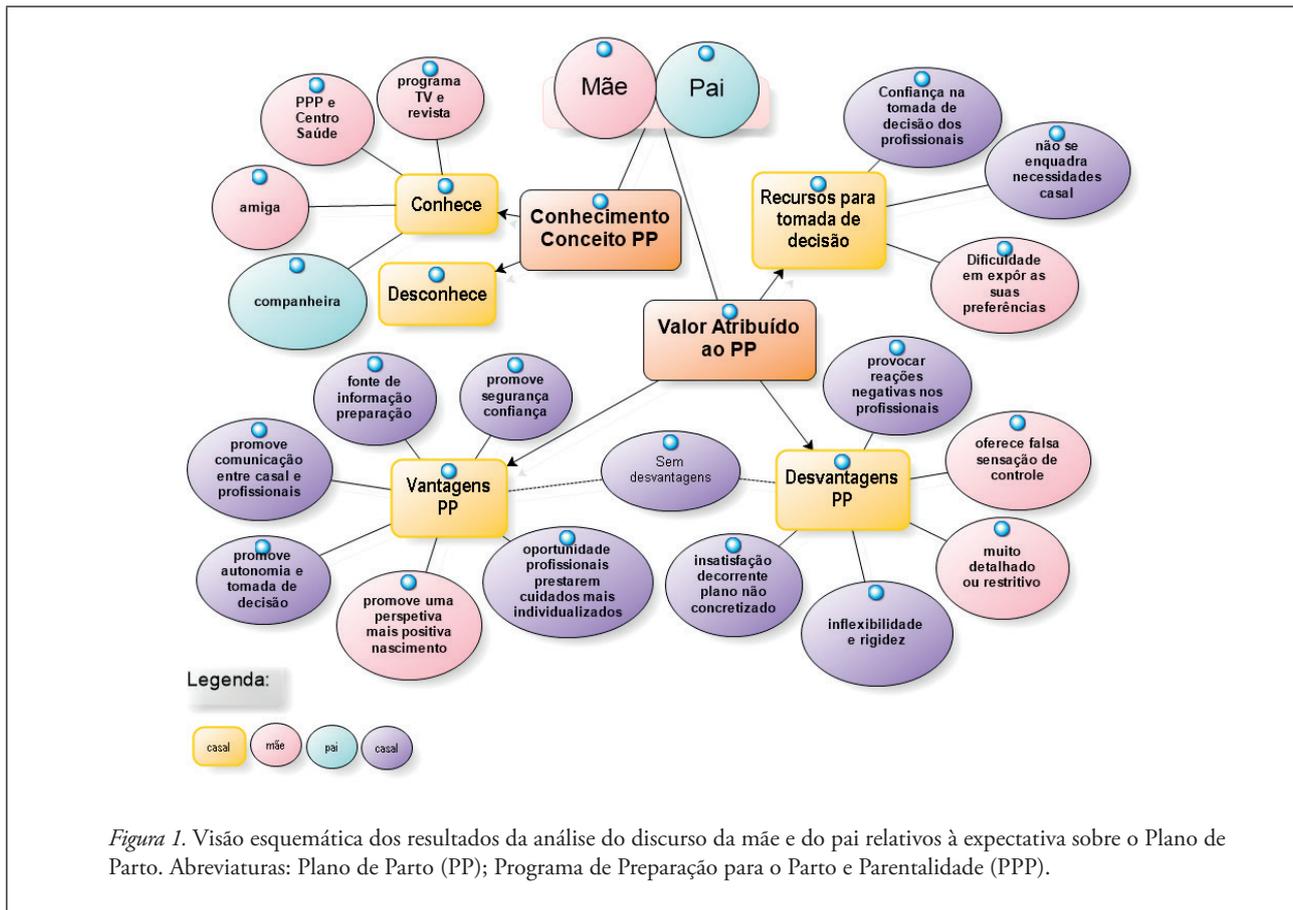


Figura 1. Visão esquemática dos resultados da análise do discurso da mãe e do pai relativos à expectativa sobre o Plano de Parto. Abreviaturas: Plano de Parto (PP); Programa de Preparação para o Parto e Parentalidade (PPP).

Perante os resultados referidos, constata-se que os casais participantes deste estudo demonstraram estar envolvidos no seu TP, as mães participantes tiveram oportunidade de pensar efetivamente no que desejam do companheiro durante o TP, de lho expressar, reconhecendo que ainda não tinha surgido a oportunidade de conversarem os dois sobre o momento do nascimento do seu bebé. Considera-se que este foi um aspeto muito interessante da entrevista, pois colocou os casais perante cenários imaginados que, por sua vez, lhes provocou dúvidas que quiseram ver respondidas. Constatou-se o domínio do paradigma paternalista nos cuidados de saúde obstétricos, embora se denote também a tentativa da afirmação da autonomia da mulher/casal. Apesar de todo o interesse pela temática demonstrado pelos casais durante a entrevista, apenas metade das mães conhecia o conceito de PP, o que nos leva a inferir que a informação e a promoção do PP ainda não parecem ser realizadas de forma contínua nas consultas de vigilância da gravidez nem no PPP. A realização destas entrevistas individuais com cada casal, permitiu tomar consciência de aspetos da sua individualidade e conjugalidade, impossíveis de perceber quando se desenvolvem apenas intervenções em grupo, como é o caso do PPP. Apesar das intervenções em grupo terem como mais-valia terapêutica a possibilidade de partilha de experiências entre os casais participantes, não se pode fazer formação em massa sem atender às necessidades individuais de cada casal, o que só é possível associando uma estratégia mais individual como é a consulta de PP, de forma a conhecer as preferências da mulher/casal e

clarificar as consequências e/ou benefícios de cada decisão relativa ao decurso do TP.

As limitações deste estudo, inerentes a outros estudos qualitativos descritivos, acontecem pelo facto de ter sido utilizada a seleção intencional dos participantes, casais só da região centro de Portugal, o que se reconhece na dificuldade da generalização dos resultados. Contudo, este processo de seleção deveu-se à facilidade de acesso aos participantes e interesse para a melhoria das práticas clínicas no contexto profissional da investigadora, tendo estes emergido dos casais disponíveis no PPP à data da investigação.

## Conclusão

O estudo permitiu identificar que nem todos os casais participantes conheciam o conceito de PP, no entanto, na verbalização das suas expectativas sobre o PP, apesar de a maioria manifestar não desejar elaborar um documento escrito, expressou interesse e valorização por uma consulta de PP. Relativamente às implicações do estudo para a prática de cuidados de enfermagem ESMO, salienta-se a importância da implementação de uma consulta de PP, sendo que os resultados remetem para a importância da discussão entre os enfermeiros ESMO, nos diversos contextos de trabalho, sobre o treino de competências da técnica de entrevista de modo a obter informação necessária e promover a literacia acerca do processo de parto, capacitando o casal para a negociação e empo-

deramento. No domínio da investigação consideramos importante estudar a perspetiva dos enfermeiros ESMO sobre o PP, de modo a compreender as suas dificuldades na promoção e validação desta estratégia e reproduzir este estudo com casais de outras regiões e de diferentes tipos de famílias da sociedade atual. As recentes políticas de saúde em Portugal, têm vindo a mostrar vontade de apoiar um ambiente menos medicalizado e intervencionista para o parto e a universalizar os PP, para isso é fundamental que os enfermeiros ESMO reconheçam as vantagens desta estratégia e encorajem e apoiem os casais a desenvolvê-la, de forma a promover uma experiência de parto mais positiva.

### Contribuição de autores:

Conceptualização: Lopes, M. I., Silva, M. T

Tratamento de dados: Lopes, M. I., Silva, M. T.

Metodologia: Lopes, M. I., Silva, M. T

Redação - preparação do rascunho original: Lopes, M. I.

Redação - revisão e edição: Lopes, M. I., Silva, M. T.

### Referências bibliográficas

- Afshar, Y., Mei, J., & Gregory, K. (2016). Birth plans: Birth preferences or labor manifesto. *Gynecology & Obstetrics Case Reports*, 2(1), 12. Recuperado de : <https://gynecology-obstetrics.imedpub.com/birth-plans-birth-preferences-or-labor-manifesto.php?aid=8656>
- Aragon, M., Chhoa, E., Dayan, R., Kluftinger, A., Lohn, Z., & Buhler, K. (2013). Perspectives of expectant women and health care providers on birth plans. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 35(11), 979-985. doi:10.1016/S1701-2163(15)30785-4
- Bailey, J. M., Crane, P., & Nugent, C. E. (2008). Childbirth education and birth plans. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 35(3), 497-509. doi:10.1016/j.ogc.2008.04.005
- Bardin, L. (2013). *Análise de conteúdo*. Lisboa, Portugal: Edições 70.
- Cook, K., & Loomis, C. (2012). The impact of choice and control on women's childbirth experiences. *The Journal of Perinatal Education*, 21(3), 158-168. doi:10.1891/1058-1243.21.3.158
- 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. doi:10.1016/j.midw.2017.07.020
- Hidalgo-Lopezosa, P., Hidalgo-Maestre, M., & Rodríguez-Borrego, M. A. (2017). Birth plan compliance and its relation to maternal and neonatal outcomes. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 25, e2953. doi:10.1590/1518-8345.2007.2953
- Kaufman, T. (2007). Evolution of the birth plan. *The Journal of Perinatal Education*, 16(3), 47-52. doi:10.1624/105812407X217985
- Kitzinger, S. (1992). Sheila Kitzinger's letter from England: Birth plans. *Birth*, 19(1), 36-37. doi:10.1111/j.1523-536x.1992.tb00373.x
- Lopes, M. I. (2019). *A expectativa do casal sobre o plano de parto* (Dissertação de mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal. Recuperado de <http://web.esenfc.pt/?url=J09yShAZ>
- Lothian, J. (2006). Birth plans: The good, the bad, and the future. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing: JOGNN*, 35(2), 295-303. doi:10.1111/j.1552-6909.2006.00042.x
- Nunes, L. (2013). Considerações éticas a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem. Departamento de Enfermagem. Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde. Recuperado de <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/45471/1/consid%20eticas%20na%20investig%20academica%20em%20enfermagem.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros, Mesa do Colégio da Especialidade de Saúde Materna e Obstétrica. (2012). *Parecer n.º 7/2012: Plano de parto*. Lisboa, Portugal: Autor. Recuperado de [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/MCEESMO\\_Parecer\\_7\\_2012\\_Plano\\_de\\_parto.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/MCEESMO_Parecer_7_2012_Plano_de_parto.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Livro de bolso: Enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica/parteiros*. Lisboa, Portugal: Autor. Recuperado de [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8891/livrobolso\\_eesmo.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8891/livrobolso_eesmo.pdf)
- Pennell, A., Salo-Coombs, V., Herring, A., Spielman, F., & Fecho, K. (2011). Anaesthesia and analgesia-related preferences and outcomes of women who have birth plans. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 56(4), 376-381. doi:10.1111/j.1542-2011.2011.00032.x
- Sardo, D., & Pinheiro, A. (2018). Birth plan: Portuguese women's perceptions. *The European Proceedings of Social & Behavioural Sciences*, 102-112. doi:10.15405/epsbs.2018.11.11
- Whitford, H., Entwistle, V., Teijlingen, E., Aitchison, P., Davidson, T., Humphrey, T., & Tucker, J. (2014). Use of a birth plan within woman-held maternity records: A qualitative study with women and staff in Northeast Scotland. *Birth*, 41(3), 283-289. doi:10.1111/birt.12109
- World Health Organization. (2018). *WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience*. Recuperado de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf;jsessionid=3403B5A4778758180F5ACE8A1393ABA1?sequence=1>
- Yam, E., Grossman, A., Goldman, L., & García, S. (2007). Introducing birth plans in Mexico: An exploratory study in a hospital serving low-income Mexicans. *Birth*, 34(1), 42-48. doi:10.1111/j.1523-536X.2006.00124.x

