

AS EXPECTATIVAS DO CASAL GRÁVIDO SOBRE O TRABALHO DE PARTO

The expectant couples' expectations about childbirth

MARLENE LOPES | Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, UGI Saúde Materno- Fetal, Obstetrícia A, Portugal, Professora Adjunta convidada na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, Doutoranda em Enfermagem na Universidade Católica Portuguesa marlenelopes78@gmail.com

TERESA SILVA | Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, Professora Adjunta na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Mestre em Ciências da Educação, Doutoranda em Enfermagem na Universidade Católica Portuguesa

RESUMO: Enquadramento: A gravidez e o trabalho de parto são as etapas prévias da maternidade e da paternidade, constituindo o início da aquisição do papel parental, e a forma como é vivenciado o trabalho de parto pode influenciar esta transição. No sentido de promover experiências positivas do nascimento é fundamental assegurar cuidados centrados no casal, onde as suas expectativas e preferências para o seu trabalho de parto sejam consideradas como componente integral dos cuidados. **Objetivo:** O presente estudo, inserido numa investigação mais vasta, teve como objetivo descrever as expectativas da mãe e do pai, enquanto “casal grávido” relativamente ao seu trabalho de parto. **Metodologia:** Estudo qualitativo, do tipo exploratório-descritivo. Os participantes foram dez casais que frequentaram o Programa de Preparação para o Parto e Parentalidade de um serviço de obstetrícia de um hospital central do centro de Portugal, a técnica de colheita de dados utilizada foi a entrevista semi-estruturada e a análise dos dados realizada com o método de análise de conteúdo de Bardin e com o software NVivo10. **Resultados:** A maioria dos participantes demonstrou estar envolvido no planeamento -do seu trabalho de parto e valorizou-o como um evento normal e fisiológico. Todos os participantes salientaram a importância da presença do pai e a qualidade da relação estabelecida com os profissionais de saúde e as mães reconheceram um sentimento de responsabilidade para o sucesso do trabalho de parto. Os pais identificaram a importância do seu papel enquanto suporte emocional da mãe, embora só metade se sintam capazes de o fazer eficazmente. Todos os participantes referiram confiar nos profissionais de saúde e aceitar as intervenções propostas, embora reconheçam que, por vezes, possa existir alguma imposição de intervenções, manifestando vontade de serem envolvidos na tomada de decisão. A maioria dos participantes salienta a importância da facilitação de um espaço de intimidade familiar após o nascimento do seu filho e valoriza o contacto pele a pele e a amamentação. **Conclusão:** Este estudo pode contribuir para a reflexão e implementação de modelos de prestação de cuidados que privilegiam condutas científicas e seguras e que aumentem o poder de escolha dos casais, respondendo às suas expectativas e necessidades.

Palavras-chave: Expectativa de Saúde; empoderamento para a saúde; trabalho de parto; vínculo do casal; Enfermeiras Obstétricas.

ABSTRACT: Background: Pregnancy and labour are the previous stages of motherhood and paternity and the beginning of the acquisition of the parental role, and the way in which labour is experienced can influence this transition. In order to promote positive birth experiences, it is essential to ensure care centred on the expectant couple, where their expectations and preferences for their labour should be considered as an integral component of care. **Objective:** The present study, inserted in a larger investigation, aimed to describe the expectations of mother and father, as a “pregnant couple” regarding their labor. **Methodology:** Qualitative, exploratory-descriptive study. The participants were ten couples who attended the Childbirth Preparation Program at an obstetrics unit of a central hospital in central Portugal. The

data collection technique was the semi-structured interview and data analysis performed using the Bardin content analysis method and the NVivo10 software. **Results:** Most participants demonstrated that they were involved in the planning of their labour and valued it as a normal and physiological event. All participants mentioned the importance of the father's presence and the quality of the relationship with health professionals and the mothers recognize a sense of responsibility for the success of labour. Parents identified the importance of their role as the mother's emotional support, although only half feel able to do so effectively. All participants reported trusting health professionals and accepting the proposed interventions, although they recognize that sometimes there may be some imposition of interventions, expressing a willingness to be involved in decision making. Most participants mentioned the importance of a family intimacy after the childbirth and value immediate skin-to-skin and breastfeeding. **Conclusion:** This study can contribute to the reflection and implementation of care models that privilege scientific and safe conduct and that increase couples' choice, responding to their expectations and needs.

Keywords: Health Expectancy; empowerment for health; labour; pair bond; Nurse Midwives.

INTRODUÇÃO

O nascimento de um bebé constitui um momento fundamental da mulher e de toda a sua família, e a saúde e o bem-estar da mãe e do bebé durante o nascimento, determinam fortemente a futura saúde e bem-estar de toda a família e, conseqüentemente, de toda a sociedade (WHO, 2005). Neste sentido, é fundamental priorizar a saúde e o bem-estar centrado nas pessoas e não apenas a prevenção da morte e da morbidade, sendo que uma experiência positiva durante a gravidez significa uma transição mais eficaz para o trabalho de parto (TP) e uma maternidade mais positiva (OMS, 2016).

De acordo com a evidência científica, os cuidados obstétricos centrar-se-ão cada vez mais nas escolhas feitas pelos casais corretamente informados a quem são explicadas as evidências que contribuem para os melhores resultados obstétricos, sendo que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EESMO) tem a responsabilidade de assegurar um nascimento, não só seguro para a mãe e para o bebé, mas verdadeiramente centrado na tríade, onde as preferências dos casais para o seu TP devem ser consideradas como componente integral dos cuidados. Neste sentido, considera-se importante conhecer e descrever as expectativas do casal grávido sobre o seu TP, sendo que esta informação poderá, potencialmente, ser usada para inovar e melhorar os Programas de Preparação para o Parto, respondendo ainda mais às expectativas e necessidades de cada um dos elementos do casal, tendo em conta as diferenças de género.

ENQUADRAMENTO

O TP constitui-se um momento fundamental da vida de uma mulher e a percepção da satisfação sentida, terá um efeito positivo duradouro na sua vida, assim como uma experiência não satisfatória ou traumática terá um efeito negativo. É importante que os casais grávidos se envolvam e se preparem para as dimensões físicas e emocionais do TP, planeando-as com antecedência e sem a influência das emoções do momento (Simkim, 2007). Também para Brown e Lumley (1998) é importante que a mulher pense

antecipadamente sobre o seu TP, percebendo que tipo de parto deseja e familiarizando-se com o processo antes do seu início, sendo que este processo deve ser feito em conjunto com o companheiro, de forma a esclarecer as suas necessidades e desejos atempadamente. Neste contexto, a qualidade da expectativa parece relacionar-se com a experiência de nascimento, ou seja, ter expectativas altas conduz a uma experiência mais positiva de nascimento, pois a forma como a mulher antecipa o TP determina em parte o seu bem-estar e os seus comportamentos durante o mesmo (Grenn, Coupland & Kitzinger, 1990). Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a maioria das mulheres pretende um trabalho de parto fisiológico e uma experiência de parto positiva, o que significa, dar à luz um bebé saudável, num ambiente clínica e psicologicamente seguro, com suporte físico e psicológico contínuo, fornecido por acompanhante escolhido por si e da sua confiança e por profissionais de saúde atenciosos e tecnicamente competentes, valorizando um sentimento de realização pessoal e controlo através do envolvimento na tomada de decisão, mesmo quando as intervenções clínicas são necessárias ou desejadas (WHO, 2018). Neste sentido, continua a ser de máxima relevância o apoio que os profissionais de saúde prestam às mulheres/casais quanto à projeção das suas expectativas e preferências. Ajudar a ponderar, expressar e documentar as preferências face ao TP, constitui uma forma de prestação de cuidados individualizada e de qualidade às mulheres/casais. Além disso, todas as mulheres e recém-nascidos devem estar protegidos contra intervenções e procedimentos desnecessários e não baseados na evidência científica e em práticas que não sejam respeitadoras da sua cultura, dignidade e integridade física. O consentimento informado, livre e esclarecido nestas matérias, significa não apenas a possibilidade de concretização de escolhas feitas pelas mulheres/casais, sempre que as condições de proteção da saúde o permitam, mas também o direito à informação quanto aos motivos de tomadas de decisão exigidas pelos preceitos da boa prática clínica (IFGO et al., 2015; DGS, 2020).

É fundamental que os profissionais de saúde obstétricos desenvolvam um envolvimento mais significativo com as mulheres e os casais, revelando interesse pelos seus medos, expectativas e desejos, promovam mecanismos de confiança mútua e compartilhamento de informações adequadas e precisas sobre o processo de TP, de forma a estimular a sua participação ativa e consciente no processo de tomada de decisão compartilhada obtendo cuidados mais seguros e satisfatórios (DeBaets, 2017; Akalin, 2021; Feeley, Thomson & Downe, 2020). Neste sentido, os enfermeiros EESMO devem encorajar as mulheres/casais a pensar sobre o seu TP logo desde o início da sua gravidez e a frequentarem Programas de Preparação para o Parto e Parentalidade (PPP), de forma a compreenderem e minimizarem os seus medos sobre o TP e a desenvolverem confiança na sua capacidade de ajudar os seus bebés a nascer. Para isso, é essencial aprofundar a literacia em saúde do casal relativamente ao processo de parto, de forma a que a mulher/casal defina as suas preferências e possa desenvolver expectativas positivas, realistas e flexíveis (OE, 2012).

METODOLOGIA

Dada a natureza da questão de investigação, “Quais as expectativas do casal grávido sobre o seu trabalho de parto?”, optou-se por uma metodologia qualitativa do tipo exploratório-descritivo. Os participantes foram dez casais que frequentaram um Programa de Preparação para o Parto e Parentalidade (PPP) de um serviço de obstetrícia de um hospital

AS EXPECTATIVAS
DO CASAL
GRÁVIDO SOBRE
O TRABALHO DE
PARTO

central do centro de Portugal, selecionados segundo um processo intencional, 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; não ter risco associado à gravidez; compreender e falar corretamente a língua portuguesa e estar o casal reunido para a entrevista. Realizou-se um questionário sociodemográfico a ambos os elementos do casal: idade, agregado familiar, escolaridade e estado ocupacional e dos dados obstétricos: idade gestacional e paridade.

A técnica de recolha de dados selecionada foi a entrevista semiestruturada, elaborando-se um guião (Tabela 1) com 15 questões distribuídas por 4 domínios (valores/significados atribuídos ao trabalho de parto (TP); ambiente; medidas de conforto; recetividade às intervenções durante o TP; contacto precoce com o bebé), dirigidas à mãe, ao pai e ao casal (Lopes, 2019).

<i>Tema/Domínio</i>	<i>Questões norteadoras - dirigidas à Mãe (M), ao Pai (P) e ao Casal (C)</i>
Valores/significados atribuídos ao parto	<p>1. (C) Como compreende o TP? Tem alguns valores fundamentais, objetivos ou medos relacionamos com o parto? Sabe a razão desses sentimentos?</p> <p>2. (C) Acha que o trabalho de parto é um fenómeno normal/fisiológico ou associado a muitos riscos?</p> <p>3. (C) Tem preferência pelo tipo de parto? (vaginal, CSA) Porquê?</p> <p>4. (C) Que estratégias considera que podem contribuir para o parto normal? Considera-se informada/o sobre as melhores evidências que conduzem aos melhores resultados obstétricos ou é um assunto que gostavam de discutir melhor?</p> <p>5. (C) O que é que consideram que é mesmo importante, no momento do vosso parto? para além da segurança de todo o processo?</p>
Ambiente	<p>6. (C) Se pudesse escolher, de que forma idealiza o vosso parto? Como seria o ambiente que mais lhe agradaria?</p> <p>7. (M) Quem pensa escolher para a acompanhar? O que espera dessa pessoa nos diversos momentos?</p> <p>8. (M) Sendo os sentimentos de confiança e segurança da mulher fundamentais no Trabalho de Parto/Parto, que estratégias pensa que tem e que podem ser úteis para potenciar estes sentimentos?</p> <p>9. (P) De que forma acha que pode contribuir para aumentar estes sentimentos? Como se sente enquanto elemento participativo no processo do parto? É fácil, é difícil, é estranho, qual o papel que pensa esperarem de si? A sociedade, a família, a Mãe, o seu bebé...?</p>
Medidas de conforto	<p>10. (M) Como pensa encontrar conforto entre as contrações? Que recursos acha que precisará? O que é que a consegue pôr confortável e relaxar? Considera que pode usar essa(s) estratégia(s) no seu TP?</p> <p>11. (P) De que forma pensa e/ou sabe que pode contribuir para o conforto e relaxamento da Mãe para fazer face às contrações?</p>
Recetividade às intervenções durante o TP	<p>12. (C) Há alguma intervenção específica durante o TP que gostasse de ter? (por exemplo: analgesia epidural, observações vaginais, enemas limpeza intestino, soros, não comer ou beber, CTG contínuo, episiotomia...)</p> <p>13. (C) E de evitar? Porquê?</p>
Contacto precoce com o bebé	<p>14. (C) Como idealiza o seu primeiro contato com o bebé?</p> <p>15. (C) O que gostaria de fazer ou que lhe fosse facilitado fazer nesse momento? (pele a pele, amamentação imediata, estar sempre a ver e a ouvir o bebé, o pai acompanhar todos os cuidados ao bebé, ...)</p>

Tabela 1 - Guião da entrevista (adaptado de Lopes, 2019)

Inicialmente foi realizada uma entrevista exploratória a um casal que reunia as condições necessárias para integrar o estudo, de forma a treinar as competências relativas à técnica da entrevista, sendo que, no geral, o guião da entrevista respondeu aos objetivos propostos. Considerou-se ter atingido o momento de saturação dos dados com a concretização de dez entrevistas, as

quais foram todas realizadas pela investigadora entre janeiro e março de 2018, num gabinete da consulta externa do hospital, de forma a assegurar as condições de conforto, acústica e resguardo de possíveis interrupções. Tiveram uma duração média de 52 minutos. Foram salvaguardados todos os princípios éticos da investigação, tendo a mesma obtido parecer favorável pela Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA:E) e autorizada pela Comissão de Ética e Conselho de Administração do hospital onde decorreu o estudo. Os casais foram primeiramente abordados pela investigadora enquanto aguardavam pelo início da sessão prática do PPP. Reunidos os critérios de inclusão, cada casal foi convidado a participar na investigação, tendo-lhe sido explicada a temática e a importância da sua participação, através de uma entrevista no final da sessão de PPP. No início da entrevista foi entregue o Consentimento Informado para a participação na investigação, que foi lido e assinado por ambos os elementos do casal e pela investigadora.

Para a análise dos dados foi utilizado o método de análise de conteúdo, segundo Bardin (2013) e o Software de Tratamento de Dados Qualitativos QRS NVivo10. Garantindo o rigor científico em todos os passos da análise e tratamento dos conteúdos, foram executados ao longo da investigação um organizado e sistemático percurso de passos, nomeadamente: contacto prolongado da investigadora com o assunto em estudo; pesquisa teórica prévia efetuada; experiência clínica enquanto enfermeira EESMO que integra o PPP, cujas temáticas são habitualmente discutidas com os casais; tomada de notas de campo e na atenção pormenorizada durante a realização das entrevistas; feedback frásico (de forma a assegurar que os participantes compreendiam as questões e respondiam ao que era esperado); audição e transcrição imediata após as entrevistas; e repetidas leituras dos mesmos conjuntos frásico dos textos resultantes. Após a transcrição em verbatim das entrevistas, codificadas com ME (mãe entrevista) e PE (pai entrevista), foi ainda solicitado aos participantes, via email, que verificassem se os relatos correspondiam de facto aos seus valores, opiniões e experiências, para se necessário atualizar com as devidas alterações, o que se sublinhe não foi necessário em nenhum dos participantes. Foi também realizada a triangulação com outra investigadora ao longo de todo o processo de análise. Salientar ainda que, durante o período em que decorreram as entrevistas, a investigadora, enquanto enfermeira EESMO, não exerceu clínica no PPP, de forma a não influenciar as respostas dos participantes (Lopes, 2019).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dez 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, quatro a licenciatura, uma o mestrado e duas o doutoramento. 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, quatro domínios: experiência de nascimento, ambiente e conforto, empoderamento nas intervenções e primeiro contato com o bebé (Figura 1).

AS EXPECTATIVAS
DO CASAL
GRÁVIDO SOBRE
O TRABALHO DE
PARTO

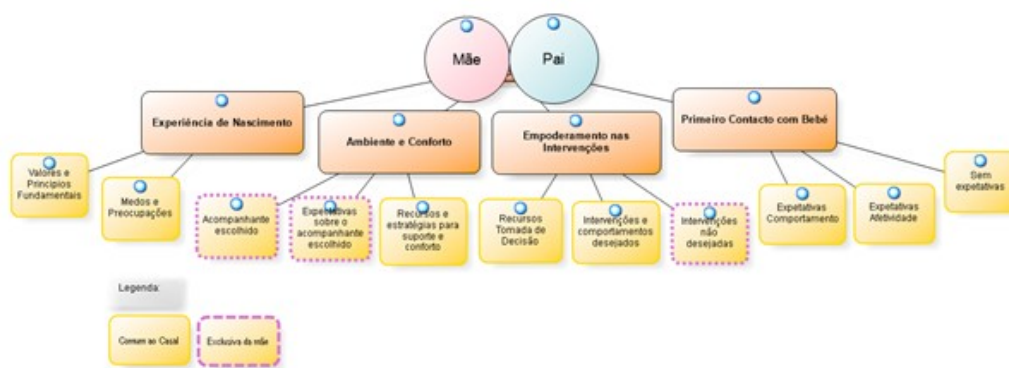


Fig. 1 – Visão esquemática dos resultados da análise do discurso da mãe e do pai

Experiência de nascimento

Na antecipação da experiência de nascimento do seu filho, os casais participantes demonstraram ter consciência de algumas preocupações relativamente ao seu TP, bem como alguns valores e experiências que consideram importantes. Assim, o medo e a preocupação relativamente à imprevisibilidade associada ao TP e à possibilidade de complicações constituíram aspetos verbalizados por metade dos participantes: “é um momento em que estão a acontecer imensas coisas ao mesmo tempo (...) cria-se sempre aquela expectativa de saber se todos os passinhos vão ser dados corretamente e se o bebé vais nascer bem, acho que essa é a grande expectativa e o sentimento, se no final corre tudo bem” (ME1). Lothian (2008) afirma que atualmente a gravidez e o TP são considerados eventos clínicos e não acontecimentos de vida normais, e “esperar problemas” constitui uma linha da assistência dos cuidados pré-natais contemporâneos, o que prejudica a confiança das mulheres na sua capacidade de fazer crescer e nascer os seus bebés, lançando-as num labirinto e numa escalada de medo, onde a gravidez se torna num tempo de regras e preocupações, mesmo para mulheres saudáveis e sem risco associado à gravidez. Devane et al., (2017) considera que a maioria dos profissionais de saúde e das mulheres/casais acreditam na possibilidade do parto normal, embora por vezes possa existir risco, pelo que faz sentido reduzi-lo, embora nesta tentativa de reduzi-lo, muitas vezes aumenta-mo-lo com intervenções que criam problemas, os quais só podem ser resolvidos com mais intervenções. Desta forma, é importante ajudar as mulheres/casais a conhecerem e controlarem os seus medos, desenvolvendo uma forte ligação com o seu bebé e a desenvolver confiança em si mesmos e no processo fisiológico do nascimento.

A preocupação relacionada com o desconhecimento e a experimentação da dor associada ao TP constituiu também um aspeto referido por cerca de metade dos participantes: “sim, penso bastante e o medo prende-se basicamente saber que não posso tirar a dor (...) porque associo muito à dor, não é, associamos muito à dor, aos gritos e àquele sofrimento” (PE9). Pedro e Oliveira (2016) afirmam que o TP tem uma natureza rítmica e individual, com momentos altos e baixos, sendo imprevisível e vivenciado de acordo com a personalidade e experiência de vida da parturiente. A era moderna e a adoção de novos estilos de vida têm simultaneamente aumentado o medo da dor e contribuído para o desaparecimento do parto normal. Além disso, a tecnologia elevada tem vindo a criar a ilusão de bem-estar e segurança permanentes, o que reduz a capacidade de adaptação às dificuldades e ter, diante delas, uma atitude mais proactiva.

Quase metade das mães participantes manifestou ainda o receio de que os profissionais de saúde não correspondam às suas expectativas: “o que me vai irritar mesmo muito é eu ter pedido, por exemplo, se correr tudo bem, fazerem-me o contato pele a pele e eles não fizerem (...) vou sentir aquele arrancar de algo de mim e levarem para longe, acho que isso vai-me custar” (ME2), o que é corroborado pela revisão sistemática de Hodnett (2002) sobre a satisfação com a experiência de parto, onde as expectativas pessoais e a quantidade de suporte dado pelos cuidadores, constituem dois dos quatro fatores que influenciam a satisfação com o nascimento. Como valores associados ao TP todos os participantes deste estudo, mães e pais, consideram o parto como um evento normal e fisiológico, sendo que cerca de um terço dos mesmos, valoriza um parto espontâneo.

Relativamente às expectativas sobre as características do ambiente durante o TP, a quase totalidade dos participantes consideraram a presença do pai, ou seja, as mães valorizam a companhia do pai e os pais valorizam poder acompanhar a mãe, em sintonia com o referido por Delmann (2004) que afirma que atualmente a participação dos homens no nascimento dos seus filhos é quase universal nos países mais desenvolvidos, rondando os 96%. Carvalho (2003) considera que, cada vez mais, o pai prepara a sua paternidade acompanhando a gravidez da sua mulher e estando presente nas consultas pré-natais e nos PPP, sendo que a sua participação no TP, além de contribuir para o seu sucesso, faz com que este seja positivamente influenciado por ele pois envolve mudanças nas concepções de género, nascimento e família, tornando-se o homem também parte integrante do processo de nascimento, como uma referência emocional e facilitador do mesmo. Segundo Bobdas-Salonen (1998) a razão mais comum, pela qual as mulheres querem ter os companheiros com elas no TP, é desejarem compartilhar a experiência com o parceiro, uma vez que lhes proporciona o sentimento de valorização da sua relação enquanto pais.

Uma relação de qualidade entre o casal e os profissionais de saúde foi também valorizada por cerca de um terço dos participantes deste estudo: “para mim é muito importante o apoio não só dele, como dos profissionais, as palavras, eu já sou muito sensível e então já sei que nesse momento ainda vou ser mais (...) a influência que os próprios enfermeiros ou a equipa possa dizer (...) oxalá eles estejam num dia sim, porque todos temos dias sim e dias não, não quero que eles sejam perfeitos, mas oxalá que calhe num bom dia deles” (ME6). Estes resultados estão em sintonia com Waldenstrom et al., (2004) cujo estudo verificou que o suporte recebido pela mulher por parte dos profissionais de saúde durante o seu TP, nomeadamente escutar as suas preocupações, revelou ser mais efetivo para a sua satisfação do que a educação ou a analgesia recebida.

Para além da presença do pai e da qualidade da relação com os profissionais de saúde, tanto as mães como os pais valorizaram também a privacidade: “de preferência não ter lá muitos estagiários e não ter a sala muito cheia” (ME10), as mães consideraram ainda a tranquilidade: “para nós é importante termos pessoas calmas e tranquilas (...) que seja feito sem pressas e com calma” (ME4), e os pais a descontração do ambiente. Estas expectativas vão de encontro às recomendações recentes da OMS, que afirma que os cuidados obstétricos devem ser baseados no respeito pela mulher assegurando a sua dignidade, privacidade e confidencialidade, garantindo a inexistência de dano e maus-tratos e promovendo a escolha informada e o apoio contínuo durante todo o TP (WHO, 2018). No estudo de Hildingsson, Cederlofe e Widen (2011) verificou-se que a presença frequente da midwife e a inclusão do pai nas conversas e nas ações de suporte e cuidado à mãe, bem como dar

informações contínuas sobre o progresso do TP, são aspetos que contribuem fortemente para uma experiência de parto positiva para o casal.

AS EXPECTATIVAS
DO CASAL
GRÁVIDO SOBRE
O TRABALHO DE
PARTO

Um casal participante deste estudo, de forma unânime, referiu ainda ser importante para eles que o cordão umbilical do seu bebé não seja cortado imediatamente após o parto, pois têm o conhecimento de que é benéfico para o bebé, sendo que a mãe expressou também que gostaria de ser ela a cortá-lo, uma vez que o pai não o deseja fazer. Esta vontade expressa vai de encontro às recomendações da OMS (recomendação n.º 44) que refere que o clamp do cordão umbilical não deve ser realizado antes do 1º minuto após o nascimento, de forma a melhorar a saúde da mãe e do bebé (WHO, 2018).

O sentimento de responsabilidade pessoal associado ao seu TP, constituiu também um valor demonstrado pelas mães participantes deste estudo, nomeadamente ao nível do autocontrolo durante o TP, no envolvimento na tomada de decisão e na preparação física e psicológica prévias para facilitar o TP: “conseguirmos colaborar a par convosco (...) conseguirmos controlar a emoções primeiro que mais nada, para conseguirmos ajudar na libertação do bebé” (ME2); “de alguma maneira, conseguir aceitar aquelas dores... ah.. e depois que demore o tempo que demorar... desde que...oxalá que eu tenha sempre energia ou que a vá buscar” (ME6); “eu acho que nós temos que mostrar a nossa vontade também, termos uma voz ativa e dizer, ok, se for possível gostaria que fosse assim” (ME7). Para um terço das mães participantes, ter a capacidade de participar ativamente no nascimento do seu filho é um aspeto que valorizam. Estes resultados são apoiados pelo estudo de Cook e Loomis (2012) que demonstrou que a satisfação com a experiência de nascimento está fortemente relacionada com a capacidade de manter o controlo durante o TP, influenciando as lembranças positivas ou negativas.

Ambiente e Conforto

Todas as mães participantes referem escolher o pai do seu filho para seu acompanhante durante o TP, esperando que este lhe lembre as estratégias aprendidas durante o PPP, promova a sua tranquilidade e reforce positivamente as suas habilidades durante o TP: “consiga-me ajudar a lembrar se eu bloquear (...) olha, queres que peça uma bola ou vamos andar um bocadinho no corredor” (ME10); “eu gostava que ele me ajudasse a manter-me calma e que me fosse incentivando, ou me fosse acalmando nos momentos certos” (ME7); “que ele tenha paciência comigo, bem-disposto, assim otimista e a apoiar e a dar-me força” (ME6). Estes resultados são concordantes com os de Storti (2004) e Lima da Motta e Crepaldi (2005), onde as expectativas da mulher em relação ao companheiro se relacionam essencialmente com o apoio emocional.

Na verbalização destas expectativas sobre o companheiro, metade das mães participantes expressaram confiança nas suas habilidades enquanto elemento de suporte e a outra metade expressou alguma desconfiança na concretização destas habilidades: “ele então acaba por me tranquilizar nisso e, portanto, acho que sim, não tenho quem me possa valer nessa altura a não ser ele” (ME2); “se ele não atrapalhar é perfeito (risos) não, porque ele diz: ai, não sei o que é que eu vou fazer, e eu digo, olha se é para isso evitas de lá estar, se é para isso não vale a pena (risos)(...) não deve ser muito fácil de gerir e estar a tentar, gerir-me a mim e controlar-me a mim e a ansiedade dele” (ME9). A este respeito, no estudo de Lima da Motta e Crepaldi (2005), verificaram-se diferenças entre a perceção da parturiente e o tipo de apoio observado, o que evidencia que a sua satisfação com a presença do companheiro não está diretamente relacionada à qualidade do cuidado observável, mas ao que essa presença representa para ela. De facto, neste estudo, a presença do pai

durante todo o TP constitui um aspeto referido continuamente pela maioria das mães e pais participantes como estratégia promotora do suporte e conforto da mãe, especificamente ao nível da sua confiança e segurança. Também a revisão de Bruggermann, Parpinelli e Osis (2005) sobre as evidências do suporte emocional durante o TP salientou a sua importância, especificamente quando o provedor do suporte não é um profissional de saúde, reduzindo a taxa de cesarianas, o uso de analgésicos e de ocitocina e a duração do TP, e aumentando a satisfação materna com a experiência vivida. No entanto, devem ser dadas condições para que o pai seja capaz de concretizar essa função, pelo que a sua preparação deve ser considerada tão importante como a da grávida. As expectativas sociais, as normas culturais e os estereótipos tradicionais de género, podem inibir os homens de demonstrar as suas incertezas e preocupações à sua parceira, sendo que muitos pais referem uma desconexão física com a gravidez sentindo-se algo afastados do processo e, por isso, confusos e pouco envolvidos (Smyth, Spence & Murray, 2015). Por outro lado, a maioria dos homens reconhece e respeita o enorme foco nas necessidades da grávida, o que constitui uma barreira para conseguirem colocar questões e participar mais ativamente nas sessões de preparação para o parto. Estes dados apoiam os do nosso estudo, onde verificamos que metade dos pais participantes manifestaram alguma insegurança no seu papel de suporte à mãe durante o TP, admitindo ter dificuldade em confortá-la perante a dor expectada: “não consigo perceber a utilidade do pai na sala de partos para ajudar, na minha mente (...) parece que vai ser é atrapalhar, é o que eu vou fazer, atrapalhar em vez de ajudar, é o meu medo, se calhar vou estar lá para fazer asneiras ou para não fazer nada e ser um empecilho durante o trabalho de parto” (PE9). Além disso, constatou-se que a percepção que a mãe tem do pai enquanto acompanhante, está de acordo com a percepção que o pai também tem de si próprio, enquanto acompanhante, ou seja, os pais que manifestam confiança em si são aqueles, cujas companheiras exprimem confiança nas suas habilidades, e os pais que se sentem mais inseguros são aqueles, cujas companheiras manifestam alguma desconfiança na concretização do seu papel de suporte. Consideramos que é fundamental estar atento a este aspeto, de forma a intervir antecipadamente para minimizar estas dificuldades identificadas, trabalhando em conjunto com o casal, para que os dois se sintam mais confiantes e consigam fornecer suporte mútuo durante o TP. Ainda a este respeito, a maioria dos pais participantes manifestou a importância que atribuem ao seu papel de suporte da companheira, sendo para isso fundamental adotarem um comportamento que transmita confiança e segurança, sendo o sentido de humor uma estratégia considerada por quase metade dos participantes: “é tentar manter-me nesse estado, calmo e sereno e transmitir isso a ela” (PE7); “rir é o melhor remédio, sim fazer rir, é o que eu faço melhor” (PE9). Estes resultados estão em consonância com Alexandre e Martins (2009), cujos pais reconheceram a importância da sua presença, por ser muito desejada pela sua companheira, reconhecendo o seu papel como alguém capaz de oferecer apoio e segurança.

Outras estratégias promotoras de sentimentos de confiança e de segurança referidas neste estudo quer pelas mães, quer pelos pais, relacionaram-se com o sentimento de confiança nos profissionais de saúde e nos conhecimentos e habilidades que aprenderam durante o PPP: “acho que a estratégia vai ser mais até ouvir a opinião dos profissionais e tentar seguir à risca (...) confiar nos profissionais e na opinião técnica deles” (PE4); “ter assistido às aulas de preparação para o parto (...) a segurança acaba por vir por acréscimo tendo essa informação, porque a informação, neste caso, é sinónimo de segurança” (ME1). Estes resultados são também corroborados pelo estudo de Alexandre e Martins (2009), onde a frequência de um PPP proporcionou tranquilidade e segurança aos pais para a vivência do TP, através da

aprendizagem da fisiologia do mesmo e das estratégias para o promover, bem como para o autocontrole da dor associada. Bergstrom et al., (2013), concluiu que a frequência de um PPP pode ajudar os homens mais receosos a terem uma perspectiva mais positiva durante o TP.

Relativamente às estratégias para o alívio da dor em TP, a maioria dos participantes valorizou a música e a massagem: “associar esse momento a uma música, olha quando a C. nasceu a música que estava a tocar era x, acho que isso era engraçado, para os meus gostos acho que isso era uma coisa que ia fazer diferença” (ME1); “a parte da massagem, o cafoné no cabelo, que é uma massagem, ajuda bastante a relaxar e a descontrair” (ME10). No estudo randomizado desenvolvido por Chang, Wang e Chen (2002), constatou-se que a massagem é uma intervenção de enfermagem economicamente viável que pode diminuir a dor e a ansiedade durante o TP, sendo que a participação dos companheiros na massagem das parturientes pode influenciar positivamente a qualidade da sua experiência. Relativamente aos efeitos da música sobre a dor do TP e a ansiedade, os estudos randomizados de Phumdoung e Good (2003) e de Liu, Chang e Chen (2010) demonstraram que ouvir música constituiu uma estratégia não farmacológica efetiva para a parturiente, uma vez que contribui para a redução da dor e da ansiedade, nomeadamente na fase latente do TP. Face à evidência, a OMS na recomendação nº 22, refere-se às técnicas manuais como a massagem ou a aplicação de calor como medidas de alívio da dor do TP em mulheres saudáveis, sempre de acordo com as suas preferências (WHO, 2018). Quase metade das mães participantes deste estudo considerou também a hidroterapia e a liberdade de movimentos como uma estratégia para alívio da dor no TP: “para mim o banho sempre me relaxou muito, desde sempre, e aqui eu associo um bocadinho a isso, ou seja, a questão do banho, do calor para tentar relaxar ao máximo” (ME9). Estes resultados corroboram os resultados de Silva, Oliveira e Nobre (2009), onde se verificou que o nível de dor das mulheres que não usaram a imersão foi significativamente maior do que as mulheres que experimentaram, o que demonstra que o uso da hidroterapia por imersão constitui uma forma com impacto no alívio da dor durante o TP. A importância dada pelas mães participantes à liberdade de movimentos é corroborada pela revisão sistemática de Lawrence et al., (2013) sobre a mobilidade na primeira fase do TP, onde se constatou a evidência clara sobre os benefícios da deambulação e das posições verticais, nomeadamente na redução da duração do TP, do risco de cesariana e da necessidade de analgesia epidural, não estando associadas ao aumento de intervenções ou a efeitos negativos sobre o bem-estar da mãe e do bebé.

Empoderamento nas intervenções

Os participantes deste estudo identificaram alguns recursos cognitivos e afetivos que os ajudam na tomada de decisão relativamente às intervenções durante a assistência ao seu TP, sendo que a grande maioria dos participantes afirma confiar e aceitar as intervenções que venham a ser propostas pelos profissionais de saúde: “acho que devemos estar entregues a um sítio, a uma instituição onde agente possa estar, se surgir algum problema que estejam as pessoas certas, no momento certo, que auxiliem tanto a mãe como o filho” (PE10). No entanto, verifica-se alguma ambivalência em mais de metade das mães participantes que referem confiar nos profissionais de saúde, mas sentem que existe, por vezes, a imposição de intervenções por parte dos mesmos: “há aquela ideia que depois não há tanto tempo para estar à espera, da parte também dos profissionais, já é um processo tão demorado que se calhar não há tanta disponibilidade para estar ali não sei quanto tempo à espera que as coisas se deem naturalmente” (ME7). Estes resultados estão de acordo com Bailey, Crane e Nugent (2008) que consideram que a atitude

paternalista por parte dos profissionais de saúde interfere com a autonomia da mulher e a sua capacidade de escolha e de controlo e com as relações terapêuticas baseadas na confiança. Três mães participantes consideraram também o desejo de ser envolvidas na tomada de decisão e a proteção da sua intimidade pelos profissionais de saúde: “deve ser assim, penso eu, ser informada de tudo aquilo que se vai passar e ter opções (...) aí se calhar cabe-me a mim mostrar a minha vontade” (ME7); “acho que nos coloca numa situação assim de alguma vulnerabilidade, sinceramente, e pronto e estarmos sempre com os toques e com as observações e essas coisas é uma das coisas que me vai destabilizar um bocadinho” (ME1). Estas preocupações manifestadas estão de acordo com as recomendações da OMS, cujos cuidados obstétricos devem ser baseados no respeito, assegurando a dignidade, a privacidade e a confidencialidade da mulher/casal, garantindo a inexistência de dano e maus-tratos e promovendo a escolha informada e o apoio contínuo durante todo o TP (WHO, 2018) e também corroboradas por Hodnett (2002), onde a promoção do envolvimento da mulher/casal na tomada de decisão relacionadas com o seu TP, constituiu um dos quatro fatores que influenciam positivamente a sua satisfação com o mesmo.

No que se refere às expectativas relacionadas com intervenções durante a assistência ao TP, as mães participantes tiveram uma maior expressividade nos seus desejos, o que nos leva a inferir que talvez se deva ao facto de ser algo que lhe diz mais intrinsecamente respeito, sendo que apenas um dos pais participantes expressou a sua opinião sobre esta questão. Assim, cinco mães participantes verbalizam desejar a analgesia epidural, enquanto que três assumem que decidirão no momento do TP. A possibilidade de hidratação oral e a liberdade de movimentos durante o TP foram comportamentos desejados por cerca de um terço das mães e um dos pais, o que está de acordo com as recomendações n.º 24 e n.º 25 da OMS para uma experiência positiva de nascimento, ou seja, para as parturientes de baixo risco é recomendada a ingestão de líquidos e comida, bem como o encorajamento para a mobilidade com posições verticais durante o TP (WHO, 2018). As mães participantes expressaram-se também relativamente às intervenções não desejadas, nomeadamente a episiotomia, a instrumentação do parto e a indução do TP: “eu estou mesmo contra é a indução, porque depois já de lá vem a cascata” (ME6). Esta mãe que expressou não querer que o seu parto seja induzido, tem claramente a noção de que quando o TP é induzido cria com frequência a necessidade de mais intervenções clínicas, nomeadamente a necessidade de perfusões, registo cardiotocográfico contínuo, obrigando à restrição de movimentos, o que contribui para uma menor sensação de controlo e satisfação durante o TP e maior dificuldade em autocontrolar a dor, comprometendo desta forma a possibilidade de parto vaginal espontâneo, que é o seu desejo. Estes resultados estão de acordo com os resultados de Deering et al., (2006), onde a vontade de caminhar durante o TP e evitar a episiotomia e a analgesia epidural constituíram os pedidos mais frequentes das mulheres que elaboraram um plano de parto. Além disso, também estes resultados, bem como outros já anteriormente referidos, são corroborados pelos resultados de Vila-Candel et al., (2015) que verificaram diferenças nos planos de parto das mulheres antes e depois de frequentarem um PPP, valorizando a adoção de estratégias e comportamentos promotores do parto normal, nomeadamente a liberdade de movimentos e a monitorização fetal intermitente, a ingestão de líquidos, as medidas de conforto como a água quente, a posição cómoda no período expulsivo e a realização de esforços espontâneos e evitar a episiotomia.

Primeiro contacto com o Bebé

Segundo Simkim (1992) o primeiro contacto com o bebé é das memórias do TP que mais perduram a longo-prazo. Realizar o contacto pele a pele com o bebé e amamentá-lo o mais precocemente possível, bem como proceder ao clampé tardio do cordão umbilical, constituíram os pedidos mais frequentes das mulheres (Vila-Candel et al., 2015), resultados corroborados pelos participantes deste estudo, embora de forma mais representativa pelas mães, que manifestaram desejar realizar o contacto pele a pele imediato com o seu bebé, reconhecendo as vantagens dessa prática: “gostava que ela viesse logo para o meu colo (abraçou-se a si mesma) mesmo que venha suja não há problema” (ME1); “esperamos ser possível, que é a pele com pele, aquele momento é o momento que eu anseio, é aquela imagem, o choro, acho que vai ser mágico” (PE3). A evidência científica tem demonstrado que os recém-nascidos saudáveis, quando colocados em contacto pele a pele com a sua mãe, adaptam-se mais facilmente à vida extrauterina, uma vez que se mantêm mais quentes, choram menos, têm níveis inferiores de hormonas de stress, níveis de glicémia mais estáveis e maior probabilidade de serem amamentados. Por outro lado, estar exposto à flora bacteriana da pele da mãe protege o bebé, e as mulheres que seguram nos seus bebés pele com pele, após o nascimento, cuidam deles com mais confiança, reconhecendo melhor as suas necessidades (Crenshaw, 2014). Face à múltipla evidência a OMS, na recomendação n.º 48, afirma que os recém-nascidos sem complicações devem ser mantidos em contacto pele a pele com as suas mães durante a primeira hora após o nascimento, de forma a prevenir a hipotermia e a promover a amamentação (WHO, 2018). Contudo, duas mães expressaram não pretender realizar o contacto imediato pele a pele com o seu bebé, sendo que uma das mães, visivelmente emocionada, manifestou o seu sentimento ambivalente, ao reconhecer os benefícios e a expectativa do pai e dos profissionais de saúde, mas antecipando que é algo que lhe provocará grande desconforto: “não sei, acho que deve ser tão desconfortável, mas se calhar tenho benefícios e se calhar até lá ainda me vou habituar à ideia (olhos vermelhos, claramente emocionada) eu acho que também tem a ver com a parte da amamentação, a mim também me faz ainda confusão apesar de eu já, ok, decidi, vou experimentar, mas é uma coisa que, não sei” (ME7). Apesar da evidência recomendar o contacto pele a pele, e da maioria das mães o desejar fazer, este é um aspeto a que os enfermeiros EESMO devem estar atentos quando procuram identificar as expectativas e necessidades do casal, tendo uma atitude que revele sensibilidade, cuidado e respeito pelos desejos das mulheres/casais. Metade das mães participantes expressaram também o desejo de amamentar o seu bebé, na primeira hora de vida, prática amplamente recomendada pela OMS, que recomenda que todos os recém-nascidos, incluindo os de baixo peso e que têm capacidade para mamar, sejam colocados no peito da mãe o mais precocemente possível após o parto, desde que estejam clinicamente estáveis e a mãe se sinta preparada (WHO, 2018).

Além disso, tanto as mães como os pais participantes, antecipam o nascimento do seu filho como um momento muito emotivo, expressando o desejo de que os profissionais de saúde reconheçam este aspeto, proporcionando e facilitando um espaço de intimidade familiar para o casal e o seu filho recém-nascido e permitindo que o bebé esteja sempre acompanhado pelo pai nos cuidados que lhe sejam necessários prestar: “no fim dela nascer, se calhar um bocadinho podia ser só nós, nem que seja só um minutinho ou dois, se calhar era bom, era um momento só nosso, só da família” (ME8). No estudo de Alexandre e Martins (2009) identificaram-se manifestações dos pais que refletem o aumento do vínculo familiar relacionado com a vivência do processo de nascimento, despertando neles sentimentos de valorização das suas companheiras e também de reconhecimento pelo seu papel de acompanhante e suporte durante o TP, ou

seja, percebe-se uma aproximação familiar devido à vivência do processo de nascimento, sendo que quanto mais o pai se envolve durante o nascimento do seu bebê, mais forte será o seu apego ao mesmo e a sua participação no seu crescimento.

Relativamente às limitações do estudo, inerentes a outros estudos qualitativos descritivos, relacionam-se com o facto de ter sido utilizada a seleção intencional dos participantes, o que se reconhece na dificuldade da generalização dos resultados. No entanto, este processo de seleção deveu-se ao interesse para a melhoria das práticas clínicas no contexto profissional da investigadora e à facilidade de acesso aos participantes, tendo estes emergido dos casais disponíveis no PPP à data da investigação.

CONCLUSÕES

O estudo permitiu perceber que os casais participantes demonstraram estar envolvidos no seu TP, identificando as suas expectativas. Assim, todos consideram o TP como um evento normal e fisiológico, embora potencialmente imprevisível. É valorizada, quer pelas mães, quer pelos pais participantes, a presença do pai durante todo o TP, assim como a qualidade da relação estabelecida com os profissionais de saúde. A quase totalidade dos participantes antecipa que confia e aceitará as intervenções propostas pelos profissionais de saúde, contudo, um terço das mães manifesta vontade de ser envolvida na tomada de decisão. O desejo manifestado pelos casais da facilitação de um espaço de intimidade familiar e do acompanhamento contínuo do bebê pelo pai, reforçam a ideia de que o nascimento de um filho é um acontecimento de vida familiar e não meramente um evento clínico, que deve ser respeitado pelos profissionais de saúde.

A realização de entrevistas individualmente com cada casal, permitiu tomar consciência de aspetos da sua individualidade e conjugalidade, impossíveis de perceber quando se desenvolve apenas intervenções em grupo, como é o caso do PPP. Apesar das intervenções em grupo terem como mais valia terapêutica a possibilidade de partilha de experiências entre os casais participantes, é também fundamental conhecer as necessidades e expectativas individuais de cada mulher/casal, e clarificar as consequências e/ou benefícios de cada decisão relativa ao decurso do TP. Acredita-se que estes resultados possam servir como ponto de partida para outros estudos e com outros tipos de metodologia, que enfatizam a visão do TP como um processo natural da vida dos casais, inserido na transição para uma parentalidade envolvida, significativa e responsável.

Relativamente às implicações do estudo para a prática de cuidados de enfermagem ESMO, salienta-se a importância de promover um espaço de diálogo que permita a identificação e discussão das expectativas dos casais relativamente ao seu TP, como uma consulta de plano de parto. No domínio da formação, é essencial valorizar e desenvolver continuamente as habilidades de comunicação terapêutica, de forma a que os enfermeiros promovam um ambiente seguro e flexível que permita aos casais expor as suas dúvidas, preocupações e preferências pessoais. Em relação à investigação, considera-se importante estudar a perspetiva e a valorização dos enfermeiros ESMO acerca das expectativas dos casais relativamente ao seu TP, identificando barreiras e estratégias para implementar intervenções eficazes na assistência pré-natal, nomeadamente no âmbito de programas de preparação para o parto e parentalidade, que contribuam para uma experiência de parto mais positiva para ambos os elementos do casal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AS EXPECTATIVAS
DO CASAL
- GRÁVIDO SOBRE
O TRABALHO DE
PARTO
- Akalin, A. (2021). Nulliparous Women's Birth Perceptions and Experiences for Mode of Birth Preference: A Qualitative Descriptive Study. *International Journal of Caring Sciences*. 14(2), 1000-1009
- Alexandre, A. Martins, M. (2009). A vivência do pai em relação ao trabalho de parto e parto. *Cogitare Enfermagem*. 14(2), 324-31.
- Bailey, J. M., Crane, P., Nugent, C. E. (2008). Childbirth education and birth plans. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 35(3), 497. doi:10.1016/j.ogc.2008.04.005
- Bardin, Laurence (2013). *Análise de Conteúdo*. Lisboa, Edições 70, Lda. ISBN: 978-972-44-1506-2.
- Bergström, M., Rudman, A., Waldenström, U., Kieler, H. (2013). Fear of childbirth in expectant fathers, subsequent childbirth experience and impact of antenatal education: subanalysis of results from a randomized controlled trial. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 92(8), 967-973. doi:10.1111/aogs.12147
- Bobdas-Salonen, T. (1998). How women experience the presence of their partners at the birth of their babies. *Qualitative Health Research*, 8,784-800.
- Brown, S. Lumley, J. (1998). Communication and decision-making in labour: Do birth plans make a difference? *Health Expectations*, 1, 106-116.
- Bruggermann, O., Parpinelli, M., Osis, M. (2005). Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão da literatura. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 5(21), 1316-1327.
- Carvalho, M. (2003). Participação dos pais no nascimento em maternidade pública: Dificuldades institucionais e motivações dos casais. *Cad. Saúde Pública* 19(2), 389- 398. Recuperado de <http://www.scielosp.org/> ISSN 0102-311X.
- Chang, M., Wang, S., Chen, C. (2002). Effects of massage on pain and anxiety during labour: a randomized controlled trial in Taiwan. *Journal of Advanced Nursing*, 38(1), 68-73.
- Cook, K., Loomis, C. (2012). The impact of choice and control on women's childbirth experiences. *The Journal of Perinatal Education*, 21(3).
- Crenshaw, J. T. (2014). Healthy Birth Practice #6: Keep Mother and Baby Together- It's Best for Mother, Baby, and Breastfeeding. *The Journal of Perinatal Education*, 23(4), 211-217. doi:10.1891/1058-1243.23.4.211
- DeBaets, A. (2017) From birth plan to birth partnership: enhancing communication in childbirth. *American journal of Obstetrics e Gynecology*. 31-34.
- Deering, H., Heller, J., McGaha, K., Heaton, J., Satin, A., (2006). Patients Presenting with Birth Plans in a Military Tertiary Care Hospital: A Descriptive Study of Plans and Outcomes. *Military Medicine*, 171(8), 778-780.
- Dellman, T. (2004). The best moment of my life: A literature review of fathers' experience of childbirth. *Australian Midwifery Journal*. 17(3), 20-26.
- Devane D., Lalor J.G., Daly S., McGuire W., Cuthbert A., Smith V. (2017). Cardiotocography versus intermittent auscultation of fetal heart on admission to labour ward for assessment of fetal wellbeing. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. (26)1, CD005122. doi:

10.1002/14651858.CD005122.pub5

Direção-Geral da Saúde (2020). Cursos de Preparação para o Parto e Parentalidade – CPPP, Cursos de Recuperação Pós-Parto – CRPP – Orientações. Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. Lisboa

AS EXPECTATIVAS
DO CASAL
GRÁVIDO SOBRE
O TRABALHO DE
PARTO

Feeley, Thomson, Downe, (2020). Understanding how midwives employed by the National Health Service facilitate women's alternative birthing choices: Findings from a feminist pragmatist study. 1–24. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0242508>

Green, J., Coupland, V., Kitzinger, J. (1990). Expectations, experiences and psychological outcomes of childbirth: a prospective study of 825 women. *Birth*, 17, 15-24.

Hildingsson I, Cederlöf L, Widén S (2011). Fathers' birth experience in relation to midwifery care. *Women Birth*. 24(3), 129-36. doi: 10.1016/j.wombi.2010.12.003.

Hodnett, E. (2002). Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: A systematic review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 186, 160-172.

IFGO, ICM, WRA, IPA, WHO (2015). Mother-baby friendly birthing facilities. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 128:95-99, 2015

Lawrence, A., Lewis, L., Hofmeyr, G. J., Styles, C. (2013). Maternal positions and mobility during first stage labour. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10, CD003934. doi:10.1002/14651858.CD003934.pub4

Lima da Motta, C., Crepaldi, M. (2005). O pai no parto e apoio emocional: a perspetiva da parturiente. *Paidéia*, 15(30), 105-118

Liu, Y., Chang, M., Chen, C. (2010). Effects of music therapy on labour pain and anxiety in Taiwanese first-time mothers. *Journal of Clinical Nursing*, 19(7-8), 1065-1072. doi:10.1111/j.1365-2702.2009.03028.x

Lopes, Marlene I. (2019). *A Expetativa do casal sobre o Plano de Parto*. Tese de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Orientadora: Mestre Teresa Campos Silva, 22 fevereiro, Coimbra. Disponível em: <http://web.esenfc.pt/?url=J09yShAZ>

Lothian, J. (2008). The Journey of Becoming a Mother. *The Journal of Perinatal Education*. 17 (4), 43-47.

Ordem dos Enfermeiros. (2012). Mesa do Colégio da Especialidade de Saúde Materna e Obstétrica. Parecer n.º 7/2012. *Plano de Parto*. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.

Organização Mundial da Saúde. (2016). *Recomendações da OMS sobre cuidados pré-natais para uma experiência positiva na gravidez*. WHO/RHR/16.12

Pedro, L., Oliveira, S. (2016). A Dor no Trabalho de Parto. In M. Nené, R. Marques, M.A. Batista (coord.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp 411-415). Lisboa, Portugal: Lidel.

Phumdoung, S., Good, M. (2003). Music reduces sensation and distress of labor pain. *Pain Management Nursing: Official Journal of the American Society of Pain Management Nurses*, 4(2), 54-61

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

- Simkin, P. (1992). Just another day in a woman's life? Part II: Nature and consistency of women's long-term memories of their first birth experiences. *Birth* (Berkeley, Calif.), 19(2), 64-81.
- Simkin, P. (2007). Birth Plans: After 25 years, women still want to be heard. *Birth*, 34(1), 49-51
- Smyth, S., Spence, D., & Murray, K. (2015). Does antenatal education prepare fathers for their role as birth partners and for parenthood? *British Journal of Midwifery*, 23(5), 336-342.
- Storti, J. (2004). *O papel do acompanhante no trabalho de parto e parto: expectativas e vivencias do casal* (Dissertação de Mestrado). Escola de enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- Vila-Candel R, Mateu-Ciscar C, Bellvis-Vázquez E, Planells-López E, Requena-Marín M, Gómez-Sánchez M. (2015). Influencia del programa de educación maternal en el cambio de preferencias del plan de parto en gestantes del Departamento de Salud de la Ribera. *Matronas Profesión*. 16(1), 11-19.
- Waldenstrom, U., Hildingsson, I., Rubertsson, C., Radestad, I. (2004). A negative birth experience: prevalence and risk factors in a national sample. *Birth*. 31 (1), 17-27.
- World Health Organization (2005). *World health report 2005: Make every mother and child count*. Geneva, Suíça: Autor.
- World Health Organization (2018). *WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience*. ISBN 978-92-4-155021-5

AS EXPECTATIVAS
DO CASAL
GRÁVIDO SOBRE
O TRABALHO DE
PARTO