

“PLANO PARA O MEU PARTO”: EXPECTATIVAS E CUIDADOS INDIVIDUALIZADOS NA PREPARAÇÃO PARA O PARTO – UM ESTUDO DESCRIPTIVO TRANSVERSAL

“My birth plan”: expectations and individualized care in childbirth preparation – a cross-sectional descriptive study

“Plan para mi Parto”: expectativas y cuidados individualizados en la preparación para el parto – un estudio descriptivo transversal

Cátia Almeida*, Clara Aires**, Alexandrina Cardoso***

RESUMO

Enquadramento: as expectativas das mulheres influenciam a sua experiência e satisfação com o parto, sendo crucial compreendê-las para proporcionar cuidados individualizados. **Objetivo:** explorar as expectativas das mulheres antes de iniciarem a preparação para o parto, entendendo o “Plano para o meu parto” como recurso para a conceção de cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. **Metodologia:** foi realizado um estudo descritivo, misto e transversal, numa amostra de mulheres grávidas que ainda não haviam iniciado a preparação para o parto. O instrumento usado para a recolha de dados foi o “Plano para o meu parto” de Cardoso et al. (2023). Foi realizada análise quantitativa do nível de importância atribuída às preferências para o parto. **Resultados:** as 43 participantes evidenciaram preferência por um parto fisiológico, com intervenções mínimas e priorização da autonomia. Entre as expectativas destacaram-se: possibilidade de ter informação contínua sobre a evolução do parto (95,3%); permitir que o bebé inicie a primeira mamada quando estiver pronto (93%); e possibilitar privacidade durante o trabalho de parto (90,7%). **Conclusão:** conhecer as expectativas garante cuidados individualizados e programas de preparação para o parto alinhados às expectativas de cada mulher para a promoção de experiências de parto positiva e desfechos materno-neonatais favoráveis.

Palavras-chave: plano de parto; preferência do paciente; educação pré-natal; enfermagem obstétrica

*MSc., Unidade Local de Saúde Gaia e Espinho, Vila Nova de Gaia, Portugal – <https://orcid.org/0009-0002-2245-3556>

**MSc., Unidade Local de Saúde Matosinhos, Matosinhos, Portugal – <https://orcid.org/0000-0001-7342-8145>

***PhD., Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto, Portugal – <https://orcid.org/0000-0002-9351-6684>

ABSTRACT

Background: women's expectations influence their experience and satisfaction with childbirth, making it essential to understand them to provide individualized care. **Objective:** to explore women's expectations before starting childbirth preparation, considering the "My Birth Plan" as a tool for designing specialized care in Nursing-Midwifery. **Methodology:** a descriptive, mixed-methods, and cross-sectional study was conducted with pregnant women who had not yet started childbirth preparation. Data collection was performed using the "My Birth Plan" by Cardoso et al. (2023). A quantitative analysis assessed the level of importance attributed to birth preferences. **Results:** among the 43 participants, there was a strong preference for a physiological birth with minimal interventions, emphasizing autonomy. Key expectations included: the possibility of having continuous information on the progress of the birth (95.3%); allowing the baby to start its first feed when it is ready (93%); and allowing privacy during labor (90.7%). **Conclusion:** understanding women's expectations ensures individualized care and the alignment of childbirth preparation programs with their preferences. This approach promotes positive birth experiences and favourable maternal-neonatal outcomes.

Keywords: birth plan; patient preference; prenatal education; obstetric nursing

RESUMEN

Marco contextual: las expectativas de las mujeres influyen en su experiencia y satisfacción con el parto, siendo esencial comprenderlas para proporcionar cuidados individualizados. **Objetivo:** explorar las expectativas de las mujeres antes de comenzar la preparación para el parto, entendiendo el “Plan para mi parto” como una herramienta para diseñar cuidados especializados en Enfermería de Salud Materna y Obstétrica. **Metodología:** se realizó un estudio descriptivo, mixto y transversal con una muestra de mujeres embarazadas que aún no habían iniciado la preparación para el parto. Los datos se recogieron utilizando el “Plan para mi parto” de Cardoso et al. (2023). Se llevó a cabo un análisis cuantitativo del nivel de importancia atribuido a las preferencias relacionadas con el parto. **Resultados:** las 43 participantes mostraron una fuerte preferencia por un parto fisiológico, con mínimas intervenciones y priorización de la autonomía. Entre las expectativas destacadas se encuentran: recibir información continua sobre la evolución del parto (95,3%); permitir que el bebé inicie la lactancia cuando esté preparado (93%); y garantizar privacidad durante el trabajo de parto (90,7%). **Conclusión:** comprender las expectativas garantiza cuidados individualizados y programas de preparación para el parto que se alineen con las preferencias de cada mujer, promoviendo experiencias de parto positivas y resultados materno-neonatales favorables.

Palabras clave: plan de parto; prioridad del paciente; educación prenatal; enfermería obstétrica

Received: 03/03/2025
Accepted: 12/06/2025



INTRODUÇÃO

Cada mulher possui necessidades e desejos únicos. A conceção de cuidados dos enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde materna e obstétrica (EEESMO) foca-se na identificação e implementação de intervenções individualizadas, com base em conhecimento especializado (Ordem dos Enfermeiros, 2021). Isso assegura cuidados de alta qualidade, eficazes e seguros. A avaliação inicial, realizada no processo de recolha de dados, é crucial para diagnosticar as necessidades da mulher (Cardoso et al., 2023; Herdman et al., 2024).

A preparação para o parto, um programa de cuidados especializados, empodera a mulher, promovendo saúde e capacitação para enfrentar o parto e alcançando melhores resultados perinatais e experiência de parto positiva (Cardoso et al., 2023, Ordem dos enfermeiros, 2022).

Expectativas de parto são a extensão em que a mulher sente que as necessidades relativas ao seu bem-estar e ao do bebé são atendidas durante o parto (Martínez-Borba et al., 2022). Estas são formadas por experiências e conhecimento prévio, influenciam a sua motivação, satisfação e o resultado do parto. Quando realistas estão associadas a experiências positivas, expectativas não atendidas podem resultar em desfechos negativos (Chang et al., 2018; Ghahremani et al., 2023, Medeiros et al., 2019).

De acordo com Hodnett et al. (2007), a perspetiva da mulher sobre o parto é moldada pelas suas crenças, valores, experiências anteriores e interações com os profissionais de saúde. As mulheres que se sentem informadas, envolvidas e apoiadas na tomada de decisão relatam uma experiência mais positiva e satisfatória. Para além disso, as mulheres que seguiram

um plano de parto previamente elaborado relataram maior satisfação com a experiência de parto em comparação com aquelas que não o fizeram (Farahat et al., 2015; Ghahremani et al., 2023). O plano de parto é uma ferramenta que permite à mulher expressar as suas preferências, facilitando a comunicação com os EEESMO e promovendo a sua autonomia. Desde 1996, que a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda a elaboração do plano para o parto com benefícios materno-neonatais (OMS, 1996). Diversos autores corroboram esta informação especificando e referindo exemplos destes benefícios como maior probabilidade de parto vaginal e menos intervenções, tais como indução do trabalho de parto e episiotomia (Mohaghegh et al., 2023), Apgar mais elevado no primeiro minuto (Ahmadpour et al., 2022) e menor probabilidade de internamentos em neonatologia (Mohaghegh et al., 2023). O plano de parto tem sido definido como um documento escrito que reflete as escolhas informadas da mulher sobre os cuidados que deseja receber durante o trabalho de parto, parto e pós-parto (American College of Nurse-Midwives, 2014). Todavia, Cardoso et al. (2023) apresentam um conceito inovador de plano de parto, considerando o plano de parto como uma estratégia para o processo diagnóstico definindo-o como *“um planeamento do parto, pela mulher e pela pessoa significativa, em conformidade com as suas preferências, valores, crenças e desejos de natureza individual, podendo ser escrito ou não”* (p. 28), que guiará o planeamento dos cuidados no âmbito da preparação para o parto. Contudo, a discrepancia entre as expectativas da mulher e a realidade experienciada pode afetar negativamente a satisfação com o parto. É imperativo que os EEESMO conheçam e discutam as expectativas das mulheres, utilizando o plano de parto como ponto

de partida para conhecer as expectativas, para uma preparação para o parto individualizada e efetiva. Assim este estudo visa usar o plano para o parto, não apenas como documento de preferências, mas sim como ferramenta diagnóstica. Esta abordagem empodera a mulher, mas também contribui para a humanização dos cuidados e para a promoção de experiências de parto mais positiva (Ahmadpour et al., 2022; Ghahremani et al., 2023). Portanto, qual o conceito de plano para o parto que melhor contribui para a qualidade dos cuidados prestados e para a satisfação da mulher com a sua vivência no parto? Será que o plano de parto pode ser mais do que um simples registo de preferências para apresentar no momento do parto? Na literatura, não se encontrou estudos que apresentem o plano para o parto como estratégia de recolha de dados e ponto de partida para a implementação das intervenções de preparação para o parto individualizadas. Assim, tomando por referência

o conceito de plano de parto apresentado por Cardoso et al. (2023), será que o “Plano para o meu parto” pode constituir uma ferramenta que permite aceder às expectativas da mulher em relação ao seu próprio parto que suporte a conceção de cuidados dos EEESMO tendo em vista a implementação de cuidados individualizados no âmbito da preparação para o parto?

Assim surge o objetivo do estudo, explorar as expectativas das mulheres antes de iniciarem a preparação para o parto, entendendo o “Plano para o meu parto” como recurso para a conceção de cuidados especializados dos EEESMO.

ENQUADRAMENTO/FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

De forma a consolidar os conceitos centrais deste estudo foi elaborado um mapa conceptual (figura 1) para uma maior clareza visual e conceptual.

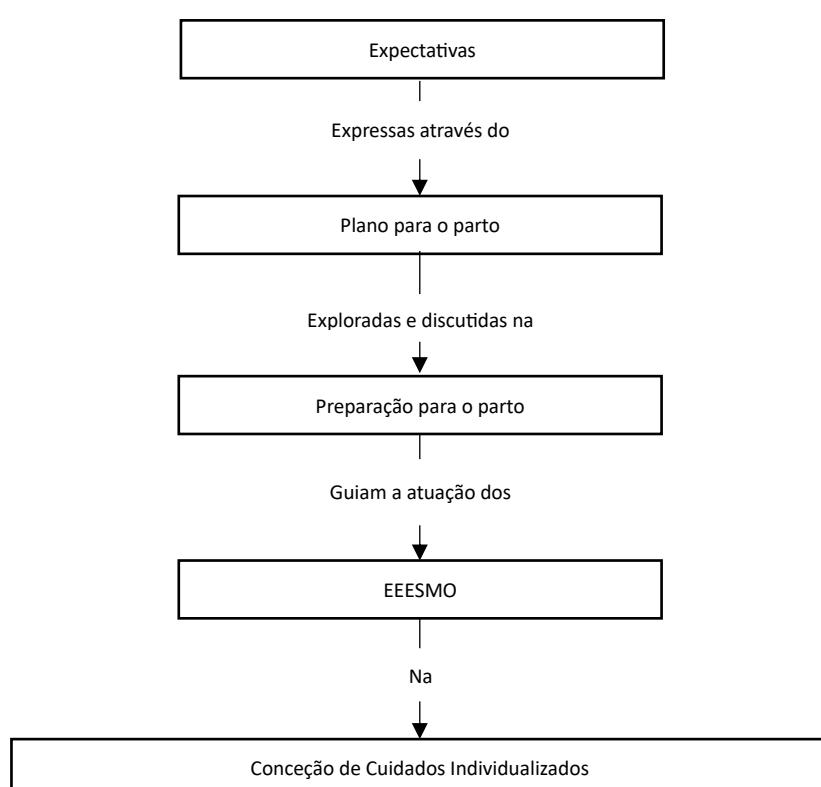


Figura 1

Mapa conceptual

Este mapa conceptual é sustentado por um vasto estado de arte como pode ser justificado pela referência de diversos autores e estudos.

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

No que diz respeito aos benefícios maternos, o plano para o parto, sendo respeitado, defende a diminuição de intervenções desnecessárias face à evolução normal de um trabalho de parto espontâneo. Esta premissa foi encontrada nos resultados do estudo de Sánchez-García et al. (2021), tendo em conta que o uso de enema nas participantes que possuíam o plano para o parto foi de 6,85% em comparação com 10,4% no grupo de controlo. No grupo de intervenção, 42% das mulheres referiram a ingestão de alimentos ou líquidos como importante em comparação com as 33% das do grupo de controlo. Este achado aponta para o facto de mulheres mais informadas, conseguem valorizar as atividades que podem ser facilitadoras da evolução do trabalho de parto. O estudo de Hidalgo et al. (2021) também corrobora este princípio tendo em conta que os autores verificaram que 80,3% das mulheres que não apresentaram nenhum plano para o parto (grupo de controlo) usaram anestesia epidural em proporção às 69,7% das mulheres que o apresentaram (grupos de intervenção). A amniotomia precoce foi praticada em 55,6% do grupo de controlo em comparação com 34,3% do grupo de intervenção. O uso de oxicocina foi maior no grupo de controlo (55,1%) do que no da intervenção (42,6%).

No que diz respeito aos benefícios neonatais, Hidalgo et al. (2021) demonstraram que no grupo de

intervenção (plano para o parto), 8,1% do score de Apgar ao primeiro minuto foi inferior a sete, em comparação com cerca de 20,6% no grupo de controlo. No grupo do plano para o parto, 8,7% apresentaram pH do sangue arterial do cordão umbilical inferior a 7,20, já no grupo de controlo foram 21,2%. Por fim, a reanimação neonatal avançada no grupo do plano para o parto foi 4% e no grupo de controlo foi 15,9%. De acordo com Sánchez-García et al. (2021), o contacto pele com pele logo após o parto aumenta os benefícios para o desenvolvimento da criança, possibilitando uma dinâmica de comunicação entre a mãe e o recém-nascido mais efetiva. Esta atitude facilita a pega e o início da amamentação exclusiva. Assim os resultados deste estudo evidenciaram um aumento significativo das mulheres que optaram por esta estratégia do grupo de intervenção (60,41%) quando comparado com o grupo de controlo (27,4%). Em relação ao clampeamento tardio do cordão, este foi observado em 78,3% das mulheres com plano para o parto, em comparação com 63,1% das que não apresentaram plano para o parto.

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

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

METODOLOGIA

Com o objetivo de explorar as expectativas das mulheres sobre o parto antes da preparação, foi realizado um estudo quantitativo, descritivo e transversal com grávidas. A população do estudo consiste em grávidas referenciadas para o programa de preparação para o parto numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) pertencente a uma Unidade Local de Saúde (ULS) na zona Norte de Portugal. A amostragem foi intencional, com os seguintes critérios de inclusão: 1) estar grávida e ainda não ter iniciado o programa de preparação para o parto; 2) ter idade superior a 18 anos; e 3) possuir a capacidade de ler e escrever em português.

O instrumento de recolha de dados envolveu duas partes: 1) dados para caracterizar as participantes, nomeadamente idade, estado civil, escolaridade, profissão e fontes de informação; e, as variáveis obstétricas: como idade gestacional, número de gravidezes, número de filhos vivos e dados relacionados com as experiências anteriores; e 2) o "Plano para o meu parto" tal como foi concebido por Cardoso et al. (2023). O "Plano para o meu parto" é um instrumento que apoia a recolha de dados relativamente às expectativas, significados e conhecimentos das mulheres em relação ao modo como imaginam o seu parto (Cardoso et al., 2023). O documento, escrito a lápis, permite que as mulheres reflitam sobre suas expectativas, desejos e necessidades, desde o início do trabalho de parto até o pós-parto imediato. Este modelo de "Plano para o meu parto" envolve seis dimensões, para a mulher indicar o seu nível de concordância (de 0 a 10) ou a importância atribuída (de 0 a 10) aos elementos apresentados. Entre elas as expectativas relacionadas com os recursos

internos e capacidades inatas, o início e tipo de trabalho de parto, o lidar com o trabalho de parto, as estratégias para lidar com a dor de trabalho de parto, o ambiente de parto e as ações no pós-parto-imediato. A recolha de dados decorreu na UCC, entre outubro de 2023 a março de 2024. Para a análise de dados quantitativa usou-se o *Statistical Package for the Social Science* (SPSS®), versão 28. Posteriormente foi feita a agregação das respostas quanto ao nível de concordância/importância em três categorias. As questões centradas no nível de concordância, com respostas entre 0 e 10, foram agregadas em: 0-3 "Discordo"; 4-7 "Concordo"; e, 8-10 "Concordo totalmente". As questões centradas no nível de importância, com respostas entre 0 e 10, foram agregadas em: 0-3 "Pouco/Nada importante"; 4-7 "Importante"; e, 8-10 "Muito importante". Para caracterizar as expectativas das participantes antes de iniciarem a preparação para o parto, analisaram-se as respostas pontuadas como "Muito importante".

As questões éticas deste estudo foram cuidadosamente consideradas, em conformidade com os princípios estabelecidos pela Declaração de Helsínquia, garantindo a proteção dos direitos e da dignidade das participantes. Todas as participantes foram devidamente informadas sobre os objetivos, metodologia e finalidades, assim como os possíveis riscos e benefícios associados à sua participação. Apenas após o esclarecimento completo e a manifestação voluntária de concordância foi obtido o consentimento por escrito, respeitando-se o direito de recusa ou desistência a qualquer momento, sem prejuízo para as participantes. Foram adotadas medidas rigorosas para assegurar a confidencialidade e o anonimato. Os dados recolhidos foram codificados, armazenados em sistemas seguros e utilizados

exclusivamente para investigação, evitando qualquer identificação direta ou indireta das envolvidas. Todas as participantes foram tratadas de forma justa e equitativa, garantindo a não discriminação e a inclusão das elegíveis, independentemente de características pessoais, culturais ou sociais. Os dados recolhidos basearam a implementação de cuidados individualizados no âmbito da preparação para o parto. Para assegurar o cumprimento dos preceitos éticos foi pedida autorização à Comissão de Ética para a Saúde da ULS e só após a mesma o estudo foi realizado (Ref.³ 72 /CLPSI/2023).

RESULTADOS

Participaram no estudo 43 mulheres grávidas com média de idades situada nos 33 anos (21-45 anos) e com idade gestacional entre as 23 e as 37 semanas, com média de 31 semanas. A grande maioria das participantes (97,8%) vive com o pai do bebé, o que reflete uma predominância de famílias nucleares. Apenas uma mulher (2,3%) relatou viver sozinha. Os dados mostram que as participantes possuem, em geral, níveis elevados de escolaridade. A maioria tem formação superior, 41,9% licenciadas, 27,9% com mestrado e 2,3% com doutoramento. Por outro lado, apenas 2,3% completaram o 3º ciclo do ensino básico e 25,6% possuem ensino secundário. As participantes utilizam uma ampla variedade de fontes de informação para se prepararem para o parto, com destaque para a Internet e Blogs (90,7%) e os profissionais de saúde (60,5%). Livros também aparecem como uma fonte importante (51,2%), enquanto familiares (32,6%) e pessoas com experiência (32,9%) são consultados em menor grau. A maioria das participantes (60,5%) é primigestas. As restantes (39,5%) já passaram por pelo

menos uma gestação anterior. No significado atribuído à gravidez atual, nenhuma participante classificou a gravidez como uma “experiência a esquecer” (valores 0-3). Aproximadamente um terço (30,2%) avaliou a experiência como “moderadamente memorável” (valores 4-7), enquanto a maioria (62,8%) a considerou uma “experiência memorável” (valores 8-10). Entre as participantes que já tiveram gravidezes anteriores, a maioria (53,0%) tem um filho. Quanto ao tipo de parto, das nove mulheres com experiência anterior, seis mulheres tiveram parto eutóxico e três mulheres tiveram parto por cesariana. Em relação à avaliação das experiências de parto, nenhuma participante considerou a sua experiência como “a esquecer” (valores 0-3). Aproximadamente um terço (33,3%) classificou a experiência como “moderadamente memorável” (valores 4-7), enquanto a maioria (55,6%) descreveu-a como “memorável” (valores 8-10), refletindo, em geral, percepções positivas do parto. Quanto à preparação para o parto em experiências anteriores, 41,2% das mulheres participaram em programas de preparação, enquanto 29,4% relataram não ter tido qualquer preparação específica. No que diz respeito ao impacto da preparação para o parto na experiência de parto, nenhuma participante avaliou esse impacto como “a não desejar lembrar” (valores 0-3). Cerca de 42,9% classificaram o impacto como “moderadamente inesquecível” (valores 4-7), e a maioria (57,1%) descreveu-o como “inesquecível” (valores 8-10), destacando a influência positiva da preparação para o parto na vivência obstétrica. A maioria refere conhecer mais pessoas com experiências de parto positiva do que negativa (N=30; 69,8%).

As expectativas relacionadas com os recursos internos e capacidades inatas para o parto revelaram uma forte

crença no corpo e na mente como “superpoderes” que as ajudam a lidar com o trabalho de parto. Conforme se verifica na Tabela 1, a concordância foi expressa por 79,1% das mulheres, que indicaram os níveis mais

altos, incluindo 22 participantes que classificaram o nível máximo (10). Já 20,9% manifestaram concordância moderada e nenhuma participante discordou da afirmação.

Tabela 1

Concordância com a crença no corpo e mente como “superpoderes” para lidar com o trabalho de parto

Nível de concordância	Discordo [0-3]	Concordo [4-7]	Concordo totalmente [8-10]
Crença que o corpo é um superpoder que leva para o parto	0	4 (20,9%)	34 (79,1%)
Crença que a mente é um superpoder que leva para o parto	0	6 (20,9%)	34 (79,1%)

As expectativas relacionadas com o início e o tipo de trabalho de parto variam, refletindo diferentes níveis de importância. Conforme se verifica na Tabela 2, a maioria das participantes (65,1%) considerou muito importante ter parto o mais fisiológico possível (valores 8 a 10), enquanto 18,6% atribuíram importância moderada (valores 4-7) e apenas 7,0% classificaram como pouco ou nada importante (valores 0-3). Por outro lado, a cesariana foi vista como pouco ou nada importante por 37,2% das participantes, com apenas 20,9% atribuindo elevada importância (valores 8-10), indicando uma preferência por partos vaginais. Quanto ao início espontâneo do trabalho de parto, 60,5% das mulheres consideraram como muito importante, enquanto 23,3% atribuíram importância moderada e 9,3% avaliaram como pouco ou nada importante. Já marcar o dia do parto foi considerado pouco ou nada

importante por 34,9% das participantes, com apenas 7,0% atribuindo elevada importância. Em relação a permanecer em casa na fase inicial do trabalho de parto, 27,9% das mulheres consideraram muito importante, enquanto 39,5% atribuíram importância moderada e 20,9% pouco ou nenhuma importância. Por outro lado, ir logo para o local do parto assim que o trabalho de parto começa foi visto como muito importante por 41,9% das participantes, moderadamente importante por 34,9%, e pouco ou nada importante por 18,6%. A presença de alguém durante o parto foi unanimemente considerada muito importante, com 86,0% das participantes classificando-a nos níveis mais altos de importância (valor 10), sem nenhuma participante a considerar este aspecto como pouco ou nada importante.

Tabela 2

Importância atribuída ao início e tipo de trabalho de parto

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

As expectativas relacionadas com a capacidade para lidar com o trabalho de parto demonstram que a maioria das mulheres atribui grande importância a práticas que favorecem a autonomia e o respeito durante o parto. Conforme se verifica na Tabela 3, adotar a posição mais confortável foi considerado muito importante por 86,0% das participantes e manter-se ativa durante o trabalho de parto foi visto como muito importante por 83,7% das mulheres. A orientação na escolha da posição mais favorável para a evolução do trabalho de parto foi altamente valorizada, com 90,7% das participantes classificando-a como muito importante e 9,3% como importante. Além disso, ter informação contínua sobre a evolução do trabalho de parto e sobre como o feto está a reagir foi unanimemente considerado muito importante por 95,3% das mulheres. A realização de exames vaginais

apenas quando necessário ou a pedido também recebeu alta valorização, com 90,7% considerando muito importante e 7,0% como importante. Por outro lado, comer e/ou beber durante o trabalho de parto foi considerado muito importante por 62,8%, com 25,6% indicando importância moderada e 2,3% classificando como pouco ou nada importante. Ter o parto na posição escolhida no momento foi visto como muito importante por 55,9% das participantes, enquanto 25,6% atribuíram importância moderada e 7,0% consideraram pouco ou nada importante. As medidas de proteção do períneo durante o período expulsivo foram avaliadas como muito importantes por 74,4% das mulheres e importantes por 7,0%. Já evitar tocar no períneo sem necessidade foi considerado muito importante por 65,1% e importante por 16,3%.

Tabela 3

Importância atribuída à capacidade para lidar com o trabalho de parto

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

As expectativas relacionadas com as estratégias para lidar com a dor durante o trabalho de parto refletem uma ampla diversidade de preferências entre as participantes. Conforme se verifica na Tabela 4, a estratégia de não falarem durante a contração foi considerada importante por 32,6% das participantes e muito importante por 18,6%. Já a possibilidade de gerir

a dor “ao seu jeito” foi altamente valorizada, com 62,8% atribuindo grande importância e 20,9% avaliando como importante. Apenas 2,3% consideraram essa estratégia pouco ou nada importante. A utilização de respiração e relaxamento foi amplamente reconhecida como relevante, sendo considerada muito importante por 74,4% das

participantes e importante por 11,7%. De forma semelhante, a massagem também foi vista como uma estratégia muito importante por 69,8% e como importante 14,0% das participantes. No caso do uso de música, 58,1% das mulheres consideraram muito importante, enquanto 20,9% a consideraram importante e 4,7% pouco ou nada importante. O uso de óleos essenciais apresentou maior dispersão nas respostas: 30,2% consideraram muito importante, 27,9% avaliaram como importante, e 20,9% atribuíram

pouca ou nenhuma importância. A crença de que a mulher consegue “fazer qualquer coisa durante a contração” foi considerada muito importante por 14,0%, enquanto 18,6% atribuíram importância moderada. Já a analgesia epidural logo que possível foi avaliada como muito importante por 58,1%, com 14,0% atribuindo importância moderada. Por outro lado, a opção de ter analgesia epidural apenas quando solicitado foi considerada muito importante por 60,5% das participantes.

Tabela 4

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

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

As expectativas relacionadas com os ambientes de parto demonstram uma forte valorização de elementos que proporcionam conforto, privacidade e personalização durante o trabalho de parto. Conforme se verifica na Tabela 5, a privacidade foi unanimemente considerada importante, com 90,7% das participantes classificando-a como muito importante. Já ter controlo sobre a iluminação durante o trabalho de parto foi vista como muito importante por 69,8% das mulheres e importante por 20,9%, enquanto apenas 4,7% atribuíram pouca ou nenhuma importância. A temperatura ambiente também foi amplamente valorizada, sendo considerada muito importante por 83,7% e importante por 11,6% das participantes. Em contraste, ter um cheiro agradável teve maior

variabilidade: 25,6% das mulheres consideraram muito importante, 37,2% avaliaram como importante, e 4,7% classificaram como pouco ou nada importante. Quanto aos itens pessoais durante o trabalho de parto, 34,9% das mulheres atribuíram muita importância, enquanto 41,9% os consideraram importantes e 9,3% pouco ou nada importantes. Os pontos de distração presentes na sala de partos foram considerados muito importantes por 41,9%, enquanto 32,6% atribuíram importância moderada e 11,6% indicaram pouca importância. O uso de água no chuveiro foi valorizado, com 58,1% das participantes considerando-o muito importante e 14,0% classificando-o como importante. Em relação à imersão em água, 34,9% atribuíram muita importância, enquanto 20,9% consideraram importante e 16,3%

avaliaram como pouco ou nada importante. Por fim, o uso de dispositivos durante o trabalho de parto (bolas de parto/barras de apoio) foi amplamente reconhecido

como útil, com 60,5% considerando muito importante e 14,0% importante. Nenhuma participante classificou este item como pouco ou nada importante.

Tabela 5

Importância atribuída ao ambiente durante o trabalho de parto

Nível de concordância	Pouco importante [0-3]	Importante [4-7]	Muito importante [8-10]
Ter privacidade durante o trabalho de parto	0	4 (9,3%)	39 (90,7%)
Iluminação durante o trabalho de parto	2 (4,7%)	9 (20,9%)	30 (69,8%)
Temperatura ambiente durante o trabalho de parto	0	5 (11,6%)	36 (83,7%)
Ter um cheiro agradável durante o trabalho de parto	2 (4,7%)	16 (37,2%)	11 (25,6%)
Ter itens pessoais durante o trabalho de parto	4 (9,3%)	18 (41,9%)	15 (34,9%)
Ter pontos de distração durante o trabalho de parto	5 (11,6%)	14 (32,6%)	18 (41,9%)
Usar água no chuveiro durante o trabalho de parto	2 (4,7%)	6 (14,0%)	25 (58,1%)
Usar imersão de água durante o trabalho de parto	7 (16,3%)	9 (20,9%)	15 (34,9%)
Usar dispositivos durante o trabalho de parto	0	6 (14,0%)	26 (60,5%)

As expectativas das participantes em relação às ações no pós-parto imediato revelam uma valorização significativa de práticas que promovem o vínculo entre a mãe e o bebé, bem como a sua participação ativa nos momentos iniciais após o nascimento. Conforme se verifica na Tabela 6, a escolha de quem segura o bebé no momento do nascimento foi considerada muito importante por 62,8% das participantes, enquanto 4,7% atribuíram importância moderada. Nenhuma mulher classificou este item como pouco ou nada importante, indicando um forte desejo de controlo

neste momento. Similarmente, a possibilidade de escolher quem corta o cordão umbilical também foi altamente valorizada, com 62,8% das participantes atribuindo grande importância. O contacto pele com pele com a mãe após o parto foi unanimemente considerado como muito importante por 95,3% das mulheres. Permitir que o bebé inicie a primeira mamada quando evidenciar prontidão foi igualmente reconhecido como muito importante por 93,0% das participantes.

Tabela 6

Importância atribuída às ações no pós-parto imediato

Nível de concordância	Pouco importante [0-3]	Importante [4-7]	Muito importante [8-10]
Escolher quem segura no bebé no momento do nascimento	0	2 (4,7%)	27 (62,8%)
Escolher quem corta o cordão umbilical	0	4 (9,3%)	27 (62,8%)
Contacto pele com pele com a mãe logo que possível após o parto	0	0	41 (95,3%)
Bebé inicie a primeira mamada quando evidenciar prontidão para mamar	0	0	40 (93,0%)

No que diz respeito às expectativas das mulheres em relação ao trabalho de parto e ao pós-parto imediato, os dados analisados mostram que as mulheres têm expectativas bem definidas e priorizam elementos

específicos para garantir uma experiência de parto positiva e respeitosa. Para identificar as expectativas consideradas mais importantes pelas participantes, considerou-se os elementos pontuados entre 8-10

(Tabela 7). As expectativas mais valorizadas, consideradas muito importantes por mais de 90% das participantes, incluem a informação contínua sobre a evolução do trabalho de parto e a resposta do feto ao trabalho de parto (95,3%), o contacto pele com pele com a mãe logo após o parto (95,3%) e permitir que o bebé inicie a primeira mamada quando estiver pronto (93,0%). Além disso, a privacidade durante o trabalho de parto (90,7%) e a realização de exames vaginais apenas quando necessário ou solicitado (90,7%) também foram amplamente reconhecidas como importantes para uma experiência de parto positiva. Parâmetros relacionados ao conforto e à autonomia também tiveram grande valorização. Adotar uma posição confortável (86,0%), manter-se ativa durante o trabalho de parto (83,7%) e garantir uma temperatura ambiente adequada (83,7%) destacam-se como fatores importantes para promover o bem-estar físico e

emocional das parturientes. Uso de técnicas de relaxamento, respiração e massagem (74,4%), e medidas de proteção do períneo durante o período expulsivo (74,4%), foram também valorizados. Os itens moderadamente valorizados, ter o parto o mais fisiológico possível (65,1%), não tocar no períneo se não for necessário (65,1%) e comer e/ou beber durante o trabalho de parto (62,8%), refletem a importância de práticas respeitosas e de suporte ao processo. Usar música (58,1%) e usar água no chuveiro (58,1%) também foram considerados relevantes para proporcionar conforto, mas com menor unanimidade entre as participantes. Os itens com menor consenso na importância, embora ainda valorizados, incluem ter o parto na posição escolhida no momento (55,9%) e usar dispositivos durante o trabalho de parto (60,5%). Esses resultados refletem uma maior variabilidade nas preferências individuais.

Tabela 7

Expectativas consideradas mais importantes pelas mulheres (valores 8-10)

% de participantes que valorizaram 8-10	Expectativas mais valorizadas para uma experiência de parto positiva
>90%	Ter informação da evolução do trabalho de parto e de como o bebé está a reagir (95,3%) Contacto pele com pele com a mãe logo que possível após o parto (95,3%) Bebé inicie a primeira mamada quando evidenciar prontidão (93,0%) Ter privacidade durante o trabalho de parto (90,7%) Ter orientação na posição mais favorável para a evolução do trabalho de parto (90,7%) Realização de exame vaginal apenas quando necessário ou a pedido (90,7%)
80-89%	Adotar a posição que seja mais confortável (86,0%) Ter alguém presente (86,0%) Manter-se ativa durante o trabalho de parto (83,7%) Temperatura ambiente durante o trabalho de parto (83,7%)
70-79%	Crença que o corpo é um superpoder que leva para o parto (79,1%) Crença que a mente é um superpoder que leva para o parto (79,1%) Medidas de proteção do períneo implementadas (74,4%) Usar respiração e relaxamento (74,4%)
60-69%	Usar massagem (69,8%) Controlo sobre a iluminação durante o trabalho de parto (69,8%) Ter o parto o mais fisiológico possível (65,1%) Não tocarem no períneo se não for necessário (65,1%) Comer e/ou beber (62,8%) Ser capaz de gerir a dor “ao seu jeito” (62,8%) Alguém segurar o bebé no momento do nascimento (62,8%) O corte do cordão umbilical ser realizado por alguém escolhido (62,8%) Ter analgesia epidural apenas quando solicitado (60,5%) Que o parto inicie espontaneamente (60,5%) Usar dispositivos durante o trabalho de parto (60,5%)

50-59%	Usar música (58,1%) Ter analgesia epidural logo que possível (58,1%) Usar água no chuveiro durante o trabalho de parto (58,1%) Ter o parto na posição escolhida no momento (55,9%)
--------	---

A análise dos dados da tabela 8, que apresenta os itens menos valorizados pelas mulheres, revela que determinadas práticas e escolhas relacionadas ao parto foram consideradas de menor importância pela maioria das participantes. Nesta fase da gravidez, uma parcela significativa das mulheres (34,9%) não atribuiu grande importância a escolher previamente a data do parto, o que sugere uma maior aceitação de que o início do trabalho de parto ocorra espontaneamente,

alinhado a uma abordagem mais fisiológica. Embora o empoderamento seja importante, “acreditar que consegue fazer qualquer coisa durante a contração” (18,6%) parece não ter sido prioritário, possivelmente indicando que as mulheres necessitam promover a autoeficácia. A prática de usar a imersão de água durante o trabalho de parto foi pouco valorizada, indicando que a imersão talvez não seja uma estratégia relevante para a maioria das mulheres.

Tabela 8

Expectativas consideradas menos importantes pelas mulheres (valores 0-3)

% de participantes que valorizaram 0-3	Expectativas menos valorizadas para uma experiência de parto positiva
30-40%	Marcar o dia do parto (34,9%) Não falarem durante a contração (32,6%)
20-30%	Usar óleos essenciais (20,9%)
10-20%	Acreditar que consegue fazer qualquer coisa durante a contração (18,6%) Usar imersão de água durante o trabalho de parto” (16,3%)

DISCUSSÃO

O estudo mostra que as mulheres têm expectativas claras sobre o trabalho de parto e pós-parto, priorizando autonomia, conforto, privacidade e respeito pelas suas escolhas. Esses resultados confirmam a importância de cuidados humanizados e centrados na pessoa para uma experiência de parto positiva, conforme está descrito na literatura existente (World Health Organization [WHO], 2018).

O plano de parto é uma ferramenta fundamental para empoderar as mulheres e promover uma tomada de decisão informada, sendo flexível e adaptável às suas necessidades. Por isso, não deve ser um documento rígido, mas sim um ponto de partida para a análise entre a grávida e o EEEESMO, assegurando que as preferências individuais sejam consideradas e que a

preparação se alinhe com a visão que a mulher tem para o parto, ajustando de forma flexível e dinâmica a gestão das expectativas (American College of Nurse-Midwives, 2014; Cardoso et al., 2023). Estudos como o de Ahmadpour et al. (2022) demonstram que a utilização do plano de parto, aliada a uma preparação adequada, aumenta a satisfação e reduz intervenções desnecessárias, sem comprometer a segurança clínica. Além disso, mulheres com plano de parto relataram menor necessidade de intervenções médicas, como analgesia epidural e cesariana, e níveis mais elevados de satisfação com a experiência de parto. Em termos neonatais, os indicadores de saúde, como o índice de Apgar, não mostraram diferenças significativas entre os grupos, sugerindo que a implementação do plano de parto não compromete a segurança clínica.

Os resultados deste estudo revelam que, antes de iniciarem a preparação para o parto, as mulheres demonstram expectativas claras e variadas em relação ao processo de parto, refletidas no “Plano para o meu parto”. As principais expectativas estão centradas em: autonomia e protagonismo; conforto físico e emocional; e, cuidados individualizados.

No que diz respeito a autonomia e protagonismo existem vários fatores. A possibilidade de gestão da dor “ao seu jeito” e o respeito pelas suas escolhas, como realização de exames vaginais apenas quando necessário ou solicitado, foram amplamente valorizadas. As participantes também destacaram o desejo de serem orientadas na posição mais favorável para o trabalho de parto e de escolher a posição de parto no momento, reforçando a importância da participação ativa e consciente da mulher. Estas expectativas requerem que a grávida tenha conhecimento suficiente para tomar decisões informadas durante o trabalho de parto. Práticas como a informação contínua sobre a evolução do trabalho de parto e o bem-estar do bebé, o contacto pele com pele logo após o parto e a primeira mamada conforme a prontidão do bebé foram valorizadas por mais de 90% das participantes. Por exemplo, ter informação da evolução do trabalho de parto e como o feto está a reagir, implica estar preparada para receber e processar informações durante o trabalho de parto. Acresce ainda que, uma experiência positiva de parto está intimamente ligada à comunicação eficaz entre as mulheres e os profissionais de saúde. A comunicação contínua e respeitosa é um dos pilares para garantir que as preferências das mulheres sejam consideradas durante o trabalho de parto (WHO, 2018). Além disso, as participantes expressaram um desejo de maior controlo sobre aspectos específicos do parto, como

adotar a posição mais confortável, manter-se ativa durante o trabalho de parto e ter privacidade. Por exemplo, ter o parto na posição escolhida no momento, implica compreender as diferentes opções de posição para o parto e tê-las experienciado antes. Para concretizar expectativas, a grávida precisa adquirir conhecimentos e habilidades e ajustar significados durante a preparação para o parto. Manter-se ativa no trabalho de parto requer preparação física e mental para adotar posições que favoreçam o progresso do parto, assim como utilizar técnicas de respiração, relaxamento, massagem e dispositivos para facilitar o processo. Isso exige treino prévio para usar esses recursos de maneira eficaz. A promoção da autoeficácia também se pode desenvolver ao longo da preparação para o parto, pois acreditar que consegue gerir a dor “ao seu jeito” exige autoconfiança e a prática de estratégias de autogestão da dor adaptadas às suas necessidades e preferências. A evidência tem destacado a importância da preparação para o parto na promoção do empoderamento das mulheres e experiência de parto mais positiva e menos intervencionista, e na melhoria dos desfechos obstétricos. Hassanzadeh et al. (2019), que investigaram os benefícios da preparação para o parto, observaram que as mulheres que participaram na preparação para o parto apresentaram menos ansiedade, maior confiança para lidar com o trabalho de parto e menor necessidade de intervenções médicas, como epidural e cesariana. O estudo quase-experimental de Chang et al. (2018) investigou o impacto da preparação para o parto, incluindo técnicas de respiração, relaxamento, posições e estratégias para lidar com a dor, na autoeficácia das mulheres primíparas e nos desfechos obstétricos. As participantes com preparação para o parto

apresentaram maior confiança no parto, o que levou a uma menor necessidade de intervenções médicas, como analgesia epidural e cesariana, e maior satisfação com o parto.

No estudo atual parte significativa das mulheres atribuíram baixa importância à marcação do dia do parto. Esta ideia inicial é frequentemente alterada aquando do fim da gravidez. De facto, as induções do trabalho de parto em gravidez de baixo risco estão a crescer e há evidências que tem nutrido essa ideia (Dong et al., 2022; Middleton et al., 2020; Muller et al., 2023). Embora a indução possa trazer benefícios clínicos em situações específicas e de risco, sem aumentar significativamente o risco de intervenções como cesarianas ou complicações neonatais, os partos espontâneos em gravidezes de baixo risco são considerados a melhor prática. Assim, é fundamental alinhar as intervenções com as expectativas e valores individuais das grávidas para garantir uma experiência de parto positiva e bem-informada (Middleton et al., 2020).

O conforto físico e emocional durante o trabalho de parto é uma das categorias mais valorizadas pelas mulheres, refletindo a necessidade de práticas que promovam bem-estar e reduzam o stress inerente ao trabalho de parto. A criação de um ambiente confortável foi considerada essencial, com destaque para a temperatura ambiente adequada (83,7%) e iluminação ajustável (69,8%), já que contribuem para um ambiente acolhedor, que promove o relaxamento e facilita a concentração da mulher no trabalho de parto. A privacidade durante o trabalho de parto (90,7%) também surge como uma prioridade, destacando a importância de um ambiente respeitoso e acolhedor para as mulheres. Kazemi et al. (2023) investigaram os fatores ambientais que afetam a experiência de parto

em unidades de trabalho de parto, parto, recuperação e pós-parto. Os resultados destacaram a importância de fatores como privacidade, temperatura adequada, iluminação, silêncio, limpeza e disponibilidade de equipamentos apropriados para garantir conforto e segurança. Além disso, a realização de exames vaginais apenas quando necessário ou solicitado (90,7%) reflete a preocupação em reduzir intervenções invasivas e respeitar a integridade corporal das mulheres. Esses achados reforçam a importância de práticas centradas na mulher, que priorizam a autonomia e o respeito pelas decisões individuais. Estudos recentes questionam a prática rotineira de exames vaginais. Moncrieff et al. (2022) investigaram a eficácia dos exames vaginais de rotina em comparação com outros métodos para avaliar a progressão do trabalho de parto e os impactos nos desfechos maternos e neonatais. Os resultados indicaram que não há evidências claras de que os exames vaginais de rotina sejam superiores a outras abordagens em termos de segurança e desfechos positivos para as mulheres e os bebês. Embora amplamente utilizados como padrão para monitorar o trabalho de parto, o estudo destacou que a aplicação sistemática dos exames vaginais pode causar desconforto, aumentar a ansiedade e, em alguns casos, levar a intervenções desnecessárias, como cesarianas. Métodos alternativos como a observação de sinais externos (Rhombus de Michaelis, linha púrpura, alterações no comportamento da mulher, descida do foco, desacelerações precoces e evolução do padrão das contrações uterinas), embora menos utilizados, mostraram potencial para serem igualmente eficazes e mais aceitáveis para as mulheres (Moncrieff et al., 2022).

O suporte emocional e vínculo demonstrou ser muito relevante. As participantes valorizaram práticas que

promovem o vínculo mãe-bebé, como o contacto pele com pele (95,3%), e a presença de apoio emocional, com 86,0% das mulheres expressando o desejo de ter alguém significativo presente durante o trabalho de parto. A revisão sistemática e meta-análise de Hodnett et al. (2007) investigou o impacto do suporte contínuo durante o trabalho de parto nos desfechos maternos e neonatais. Os resultados mostraram que o suporte contínuo durante o trabalho de parto está associado a vários benefícios significativos. As mulheres que receberam esse suporte apresentaram maiores taxas de partos espontâneos, menor necessidade de intervenções médicas, como cesarianas, analgesia epidural e episiotomias, e relataram maior satisfação com a experiência de parto. Além disso, foi observado menor tempo de duração do trabalho de parto e redução nos relatos de dor intensa. Em termos neonatais, o suporte contínuo também se associou a melhores resultados, incluindo maior probabilidade de índices de Apgar elevados nos recém-nascidos. Assim, compreender e alinhar as expectativas da mulher através de uma preparação para o parto adequada, mediada pelo “Plano para o meu parto”, é essencial para assegurar experiências de parto satisfatórias e desfechos maternos e neonatais positivos.

CONCLUSÃO

O plano para o parto tem potencial de ser uma estratégia promotora da gestão das expectativas, ao permitir que as mulheres expressem desejos, compreendam os limites clínicos e participem ativamente nas decisões sobre os cuidados de saúde. Além disso, pode fomentar a literacia em saúde, ao proporcionar informações essenciais para a tomada de decisão informada, promovendo uma experiência de

parto respeitosa e alinhada com as próprias expectativas. No entanto, a implementação eficaz exige um entendimento claro do conceito e da aplicabilidade, bem como um compromisso do EEESMO em integrar esta prática centrada na Mulher. Com este estudo conclui-se que as expectativas das mulheres valorizam um parto fisiológico e respeitoso, refletindo-se na apreciação de práticas como a liberdade para escolher posições confortáveis e manter-se ativa durante o trabalho de parto. Destaca-se a importância atribuída pelas mulheres à sua autonomia e protagonismo, apreciando serem informadas e envolvidas na tomada de decisão ao longo do trabalho de parto. A possibilidade de gerir a dor ao seu modo e a preferência pela presença de alguém significativo sublinham a relevância da autonomia na experiência de parto. O conforto físico e emocional surge como prioridade, já que as mulheres atribuíram importância a um ambiente acolhedor e confortável, com privacidade, controlo da temperatura e iluminação adequadas. As expectativas relacionadas com o contacto pele com pele e a amamentação precoce mostram que as mulheres valorizam práticas que reforcem o vínculo com o recém-nascido. As expectativas expressas no estudo destacam a importância dos programas de preparação para o parto que capacitem as mulheres para gerir o trabalho de parto, aumentem a autoconfiança e alinhem as expectativas com os possíveis cenários de parto.

O estudo apresentou as seguintes limitações: curto intervalo de tempo, baixa representatividade das participantes, possibilidade de generalização tendo em conta o local da recolha de dados e condicionamento de resposta dado o período emotivo estudo. Estes fatores reforçam a necessidade de replicação deste estudo noutras contextos, como aplicação longitudinal

ou comparação com grupos controlo. Em suma, surge a recomendação direta dos achados deste estudo para a prática clínica: a adoção sistemática do “Plano para o meu parto” como ferramenta de recolha de dados e planeamento de cuidados na preparação para o parto. Isto irá permitir orientar as intervenções do EESMO no seu exercício profissional valorizando a sua prática.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram não existir conflitos de interesse no decorrer da elaboração deste artigo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ahmadpour, P., Moosavi, S., Mohammad-Alizadeh-Charandabi, S., Jahanfar, S., & Mirghafourvand, M. (2022). Effect of implementing a birth plan on maternal and neonatal outcomes: a randomized controlled trial. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-022-05199-5>
- American College of Nurse-Midwives. (2014). Writing a birth plan. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 59(2). <https://doi.org/10.1111/jmwh.12192>
- Cardoso, A., Aires, C., Machado, S., Silva, C., & Grilo, A. R. (2023). *Guia orientador de boas práticas: preparação para o parto*. Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MCEESMO), mandato 2020–2023. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/32821/gobp_promopreparacaoparto_v4_fl.pdf
- Chang, M. Y., Wang, S. Y., Chen, C. H., & Liu, C. Y. (2018). Effects of childbirth preparation classes on childbirth self-efficacy and childbirth outcomes. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 47(4). [https://www.jognn.org/issue/S0884-2175\(17\)X0006-3](https://www.jognn.org/issue/S0884-2175(17)X0006-3)
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.07.020>
- Dong, S., Bapoo, S., Shukla, M., Abbasi, N., Horn, D., & D'Souza, R. (2022). Induction of labour in low-risk pregnancies before 40 weeks of gestation: a systematic review and meta-analysis of randomized trials. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 79. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2021.12.007>
- Farahat, A. H., Mohamed, H. E. S., Elkader, S. A., & El-Nemer, A. (2015). Effect of implementing a birth plan on women's childbirth experiences and maternal & neonatal outcomes. *Journal of Education and Practice*, 6(6). <https://files.eric.ed.gov/fulltext/EJ1083654.pdf>
- Ghahremani, T., Bailey, K., Whittington, J., Phillips, A. M., Spracher, B. N., Thomas, S., & Magann, E. F. (2023). Birth plans: definitions, content, effects, and best practices. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 228(5). <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2022.12.011>
- Hassanzadeh, R., Abbas-Alizadeh, F., Meedya, S., Mohammad-Alizadeh-Charandabi, S., & Mirghafourvand, M. (2019). Assessment of childbirth preparation classes: a parallel convergent mixed study. *Reproductive Health*, 16. <https://doi.org/10.1186/s12978-019-0826-2>
- Herdman, T. H., Kamitsuru, S., & Takao Lopes, C. (Eds.). (2024). *NANDA International nursing diagnoses: definitions and classification 2024-2026* (13th ed.). Thieme Medical Publishers. <https://doi.org/10.1055/b000000928>
- Hidalgo-Lopezosa, P., Cubero-Luna, A. M., Jiménez-Ruz, A., Hidalgo-Maestre, M., Rodríguez-Borrego, M. A., & López-Soto, P. J. (2021). Association between Birth Plan use and maternal and neonatal outcomes in Southern Spain: a case-control study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(2). <https://doi.org/10.3390/ijerph18020456>
- Hodnett, E. D., Gates, S., Hofmeyr, G. J., & Sakala, C. (2007). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17636733/>
- Kazemi, A., Beigi, M., & Najafabadi, H. E. (2023). Environmental factors influencing women's childbirth experiences in labor-delivery-recovery-postpartum unit: a qualitative cross-sectional study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 23(1). <https://doi.org/10.186/s12884-023-05488-7>
- López-Gimeno, E., Falguera-Puig, G., Montero-Pons, L., García-Martín, I. M., Borràs-Reverter, A., & Seguranyes Guillot, G. (2018). Actividad educativa sobre el plan de nacimiento en el control prenatal: factores relacionados. *Matronas Profesión*, 19(4). <https://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/177221/1/690122.pdf>

- Martínez-Borba, V., Suso-Ribera, C., Catalá, P., Marín, D., & Peñacoba-Puente, C. (2022). Psychometric properties of the childbirth expectation questionnaire in a sample of Spanish pregnant women. *Clínica y Salud*, 33(1). <https://doi.org/10.5093/clysa2021a10>
- Medeiros, R. M. K., Figueiredo, G., Corrêa, Á. C. P., & Barbieri, M. (2019). Repercussions of using the birth plan in the parturition process. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 40. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180233>
- Middleton, P., Shepherd, E., Morris, J., Crowther, C. A., & Gomersall, J. C. (2020). Induction of labour at or beyond 37 weeks' gestation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2020(7). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004945.pub5>
- Mouta, R. J. O., Silva, T. M. A., Melo, P. T. S., Lopes, N. S., & Moreira, V. A. (2017). Plano de parto como estratégia de empoderamento feminino. *Revista Baiana de Enfermagem*, 31(4). <https://doi.org/10.18471/rbe.v31i4.20275>
- Mohaghegh, Z., Javadnoori, M., Najafian, M., Abedi, P., Kazemnejad Leyli, E., Montazeri, S., & Bakhtiari, S. (2023). Effect of birth plans integrated into childbirth preparation classes on maternal and neonatal outcomes of Iranian women: a randomized controlled trial. *Frontiers in Global Women's Health*, 4. <https://doi.org/10.3389/fgwh.2023.1120335>
- Moncrieff, G., Gyte, G. M. L., Dahlen, H. G., Thomson, G., Singata-Madliki, M., Clegg, A., & Downe, S. (2022). Routine vaginal examinations compared to other methods for assessing progress of labour to improve outcomes for women and babies at term. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2022(3). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010088.pub3>
- Muller, P., Karia, A. M., Webster, K., Carroll, F., Dunn, G., Frémeaux, A., & Gurol-Urganci, I. (2023). Induction of labour at 39 weeks and adverse outcomes in low-risk pregnancies according to ethnicity, socioeconomic deprivation, and parity: a national cohort study in England. *PLOS Medicine*, 20(7). <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1004259>
- Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde materna e obstétrica (PQCEESMO)*. https://www.ordermenfermeiros.pt/media/23179/ponto-3_padrões-qualidade-dos-cuidados-eesmo.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2022). *Pronúncia da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica N.º 21/2022. Clarificação de conceitos relevantes no âmbito da Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. https://www.ordermenfermeiros.pt/media/25861/pronuncia-mceesmo_21-2022_conceitos-prepara%C3%A7%C3%A3o-para-o-parto_31032022.pdf
- Organização Mundial da Saúde. (1996). *Assistência ao parto normal: um guia prático*. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/maternidade_segura_assistencia_parto_normal_guia_pratico.pdf
- Sánchez-García, M. J., Martínez-Rojo, F., Galdo-Castiñeiras, J. A., Echevarría-Pérez, P., & Morales-Moreno, I. (2021). Social perceptions and bioethical implications of birth plans: a qualitative study. *Clinical Ethics*, 16(3). <https://doi.org/10.1177/1477750920971798>
- World Health Organization. (2018). *WHO recommendations on intrapartum care for a positive childbirth experience*. <https://www.who.int/publications/item/9789241550215>