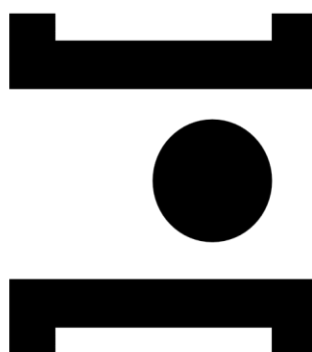


INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM

Escola Superior de Saúde de Santarém



**POLITÉCNICO
DE SANTARÉM**

MINDFULNESS NO TRABALHO DE PARTO

Relatório de Estágio

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

Sandrina Maria de Sousa Gaspar

Orientação:

Sara Elisabete Cavaco Palma

dezembro, 2023

“Aqueles que passam por nós, não vão sós, não nos deixam sós.
Deixam um pouco de si, levam um pouco de nós”.

Antoine de Saint-Exupery

AGRADECIMENTOS

À digníssima senhora Professora Sara Palma pelo apoio, orientação e disponibilidade prestada ao longo do meu percurso académico.

Aos meus pais, António Gaspar e Laura Gaspar por todo o amor, pelo incentivo e apoio incondicional. Sou-vos eternamente grata.

Ao meu companheiro Pedro Mendes por ter caminhado ao meu lado, pela paciência, compreensão, motivação, ajuda prestada e especialmente por apresentar sempre um sorriso. Por ser o meu apoio incondicional.

Aos meus irmãos, Marco, Catarina, João, Juliana por serem os meus pilares.

Aos meus sobrinhos, Rodrigo, Maria Francisca e ao mais pequenino de todos, ao Miguel, por me fazerem sentir um amor incondicional e uma felicidade enorme em ser vossa tia.

Aos meus queridos avós, Maria, Manuel e Deolinda por todo o carinho, pela motivação e pelos miminhos que vinham da aldeia até Lisboa.

Aos meus amigos de infância e do coração, Elsa, Rafael e Luís, por todo o apoio, carinho e amizade.

E a todas as pessoas e instituições que apoiaram e contribuíram na concretização deste objetivo.

Quero ainda deixar um agradecimento especial, a todas as mulheres e famílias, que me incluíram num momento tão importante das suas vidas, ao permitir a minha realização pessoal e profissional.

ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

APA - American Psychological Association

APED - Associação Portuguesa para o Estudo da Dor

APGAR - Appearance, Pulse, Grimace, Activity, Respiration

AWHONN - Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses

BP - Bloco de Partos

BSG - Boletim de Saúde da Grávida

CMESMO - Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

CTG – Cardiotocografia

DGS - Direção-Geral da Saúde

EBSCO - Elton Bryson Stephens Company Publishing

EC – Ensino Clínico

ESMO - Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

EEESMO – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

ESSSantarém - Escola Superior de Saúde de Santarém

IG - Idade Gestacional

IO - Índice Obstétrico

JBI - Joanna Briggs Institute

MeSh - Medical Subject Headings

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

RCCEE - Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

RCEEESMO - Regulamento de Competências do Enfermeiro Especialista em
Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Rh - Rhesus

RN - Recém-nascido

SMNH - Safe Motherhood and Newborn Health

SNS24 - Serviço Nacional de saúde 24

SR - Scoping Review

TP - Trabalho de Parto

UNICEF - United Nations International Children's Emergency Fund

RESUMO

O *Mindfulness* pode ser utilizado como uma medida não farmacológica de alívio da dor no trabalho de parto, ao possibilitar uma maior consciência, envolvimento pleno e discernimento no que esta a acontecer e no que foi idealizado, permitindo uma experiência de parto positiva. O Enfermeiro-Especialista-em-Enfermagem-de-Saúde-Materna-e-Obstétrica é o profissional de saúde mais habilitado para prestar cuidados de enfermagem especializados na área do parto normal, podendo utilizar medidas não farmacológicas de alívio da dor de forma autónoma. O *Mindfulness* é um método que pode ser utilizado pelo Enfermeiro-Especialista-em-Enfermagem-de-Saúde-Materna-e-Obstétrica para o alívio da dor na mulher em trabalho de parto. Com o objetivo de mapear a evidência científica sobre esta temática, procedeu-se ao desenvolvimento de uma *Scoping Review*, partindo da questão de investigação: “Qual o efeito do *Mindfulness* no alívio da dor durante no trabalho de parto?”. Verificou-se um número reduzido de estudos com enfoque nesta temática. Recomenda-se a aplicação do *Mindfulness* pela evidência dos seus benefícios no alívio da dor, na promoção do conforto e relaxamento na mulher durante o trabalho de parto. Reforçando a necessidade da publicação de mais estudos sobre esta temática para determinar de que forma os enfermeiros obstetras executam esta medida em Portugal.

Palavras chave: Enfermeiro-Especialista-em-Enfermagem-de-Saúde-Materna-e-Obstétrica; Dor; Dor no Trabalho-de-Parto; Trabalho-de-Parto; Parto.

ABSTRACT

Mindfulness can be used as a non-pharmacological pain relief measure in labour, by enabling greater awareness, full involvement and discernment in what is happening and what has been idealised, allowing for a positive birth experience. The midwife is the health professional best qualified to provide midwife care in the area of normal childbirth, and can use non-pharmacological pain relief measures autonomously. Mindfulness is a method that can be used by obstetric nurses to relieve pain in women in labour. In order to map the scientific evidence on this subject, we carried out a Scoping Review, starting with the research question: "What is the effect of Mindfulness on pain relief during labour?". There is a reduced number of studies focusing on this topic. The application of Mindfulness is recommended due to the evidence of its benefits in relieving pain and promoting comfort and relaxation in women during labor. Reinforcing the need to publish more studies on this topic to determine how obstetric nurses carry out this measure in Portugal.

Keywords: Childbirth; Labor, obstetric; Labor pain; Midwife; Mindfulness; Pain.

Índice

INTRODUÇÃO	9
1. PERCURSO DE APRENDIZAGEM	11
1.1. CARATERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE ESTÁGIO IV	11
1.2 ANÁLISE REFLEXIVA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS E COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS DURANTE O ESTÁGIO IV.....	12
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO/CONCEPTUAL	31
2.1 TRABALHO DE PARTO.....	31
2.2 O RECURSO AO <i>MINDFULNESS</i> NA GESTÃO DA DOR DO TRABALHO DE PARTO.....	32
2.3 OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM DURANTE O TRABALHO DE PARTO À LUZ DA TEORIA DO CONFORTO DE KATHERINE KOLCABA.....	34
3. METODOLOGIA	37
3.1 SCOPING REVIEW.....	37
3.2 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	40
3.3 DISCUSSÃO DE RESULTADOS.....	43
3.4. PRINCIPAIS CONCLUSÕES DA SCOPING REVIEW	46
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	47
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	49
Apêndice I: Projeto de Estágio	60
Apêndice II: Síntese de Atividades Práticas	87
Apêndice III: Formação em Serviço: “ <i>Mindfulness</i> no trabalho de parto: Uma Scoping Review”	89
Apêndice IV: “A primeira hora de vida: 9 etapas instintivas de um Recém-Nascido”	94
Apêndice V: Scoping Review (Formato Artigo)	97
Apêndice VI: Estratégia de pesquisa	116
Apêndice VII: Instrumento de extração de dados	118

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Prisma Flow Diagram	39
---	----

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1- Critérios de inclusão e exclusão do estudo.....	38
Quadro 2 - Instrumento de extração de dados	40

INTRODUÇÃO

No âmbito do 8º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (CMESMO), da Escola Superior de Saúde de Santarém (ESSSantarém), surge a elaboração do presente relatório de estágio com o objetivo de documentar de forma clara e concisa, o meu percurso de aprendizagens, ao refletir e analisar as competências desenvolvidas, os objetivos propostos, as atividades realizadas e os resultados obtidos.

Este curso tem como objetivo a obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (ESMO), ao adquirir e desenvolver competências com base nos Descritores de Dublin para o 2º ciclo de estudos, no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e nas Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO).

Este relatório pretende descrever e refletir as atividades desenvolvidas no Estágio IV – “Estágio e Relatório em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na Sala de Partos”, que decorreu durante 20 semanas, desde o dia 28 de fevereiro até dia 21 de julho de 2023, com 30 ECTS num Bloco de Partos (BP) e Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica (SUOG) de um hospital da região de Lisboa e Vale do Tejo, sob supervisão clínica de duas EEESMO.

Teve como objetivo geral: Desenvolver competências (técnicas, científicas, relacionais e ético-morais) na prestação de cuidados de enfermagem especializados à mulher/parturiente, pessoa significativa e feto/recém-nascido (RN), tendo como foco de atenção o efeito do *Mindfulness* no alívio da dor durante o trabalho de parto (TP), promovendo assim um parto mais individualizado e humanizado.

Este relatório será sujeito a uma discussão pública e tem como base o projeto individual de estágio (Apêndice I).

A elaboração deste relatório ainda permitiu aprofundar e evidenciar a importância do *Mindfulness* no alívio da dor no TP e perceber que tipo de intervenção pode ser utilizada como intervenção autónoma, não invasiva, com potencial para aliviar a dor e promover o conforto na mulher em TP.

O *Mindfulness* é definido como a consciência que surge quando aprendemos a prestar atenção plena, ao ver desenrolar o mundo em cada momento (Hughes *et al.*, 2009).

Esta prática, tem-se revelado eficaz na redução da perceção da intensidade da dor e no desgaste emocional associada a fatores sensoriais, afetivos e cognitivos (Srisopa *et*

al., 2021; O'Morain, 2022). Para Nunes *et al.* (2021) é essencial o suporte e a atenção psicológica oferecidos às mulheres com medo severo do parto. Este medo é considerado como uma emoção negativa comum nas mulheres grávidas, caracterizada por elevados níveis de stress e uma adaptação ineficiente da parte emocional, aos processos fisiológicos e psicológicos (Hofberg & Ward, 2004). A prática de *Mindfulness* evidenciou melhoria na intensidade da dor nas mulheres que recebem treino sobre a técnica previamente ao parto (Srisopa *et al.*, 2021), tornando-se uma ferramenta para lidar com os desconfortos na gravidez, no TP ou outras emoções negativas, como é o caso do medo e da ansiedade (Sacristan-Martin *et al.*, 2019).

A escolha deste tema resultou da conjugação de dois interesses pessoais, nomeadamente sobre a técnica do *Mindfulness* e sobre a aplicação do *Mindfulness* no alívio da dor no TP. Um dos autores que estudou o *Mindfulness* na saúde materna foi o antigo monge budista Andy Puddicombe. Este apontava os benefícios do *Mindfulness* em três áreas: no controlo da dor, na diminuição do risco de depressão pré-natal e aumento da disponibilidade dos pais para o bebé (Puddicombe, 2021). Sendo esta estratégia de alívio da dor ainda pouco divulgada surgiu o interesse em aprofundar este tema, com o intuito de inovar os cuidados de enfermagem especializados à parturiente e tornar o parto um momento mais individualizado e humanizado.

Como metodologia, privilegiei uma prática reflexiva, baseada na evidência e dessa forma realizei uma revisão *Scoping* de acordo com a metodologia defendida pela *Joanna Briggs Institute*® (*JBI*®), partindo da questão de revisão “Qual o efeito do *Mindfulness* no alívio da dor durante parto?”.

Norteei os cuidados promotores do *Mindfulness* no alívio da dor durante o parto, na Teoria do Conforto de Katherine Kolcaba.

Este relatório é constituído por 6 capítulos: o percurso de aprendizagem; *Mindfulness* no alívio da dor durante parto; os cuidados de enfermagem de saúde materna e obstétrica a luz da teoria do Conforto de Katherine Kolcaba; metodologia, considerações finais e referências bibliográficas.

Este relatório encontra-se redigido de acordo com as diretrizes do novo acordo ortográfico português e referenciado de acordo com as normas da *American Psychological Association* (APA) – 7ª edição.

1. PERCURSO DE APRENDIZAGEM

Este capítulo aborda as atividades desenvolvidas durante o estágio IV, nomeadamente a caracterização do contexto clínico realizado no BP e no SUOG. Neste serviço foi possível prestar cuidados à mulher inserida na família e comunidade durante o TP, de acordo com o Regulamento de Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (RCESSMO) (nº391/ 2019 de 3 maio), tal como as competências gerais do enfermeiro especialista (nº140/2019 de 6 de fevereiro).

1.1. CARATERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE ESTÁGIO IV

O estágio IV decorreu numa instituição de saúde da região de Lisboa e Vale do Tejo, num Hospital com uma parceria Público-Privada desde 2010. Este Hospital é considerado uma unidade de referência no Serviço Nacional de Saúde (SNS), ao prestar cuidados de saúde diferenciados a dois concelhos na área materno-infantil (SNS, 2023), sendo considerado hospital de nível I (Proposta Rede de Referência Hospitalar em Obstetrícia, Ginecologia e Neonatologia, 2021)

O estágio decorreu entre o dia 28 de fevereiro e o dia 21 de junho de 2023, durante 20 semanas, tendo uma carga horária de 760 horas, em que 560 horas foram afetas à prestação de cuidados, 140 horas de trabalho autónomo, 20 horas de orientação tutorial e 40 horas de seminário.

O BP e o SUOG ficam situados no piso 3 e asseguram cuidados que integram o Departamento da Mulher e da Criança.

A equipa multidisciplinar é constituída por médicos obstetras/ginecologistas, médicos anestesistas, enfermeiros de cuidados gerais, EEESMO, assistentes operacionais e uma secretaria administrativa. Esta equipa usufrui do apoio de nutricionista e de psicóloga.

Relativamente à estrutura física, o BP apresenta sete salas de parto individuais, uma sala de sujos, um recobro com capacidade para três camas, uma casa de banho e copa para os profissionais de saúde, uma copa de apoio ao BP e SUOG, uma sala para os cuidados do recém-nascido (RN), um armazém, duas salas de bloco operatório, um gabinete para a enfermeira chefe e uma sala onde se realiza a passagem de ocorrências.

O BP conta com dois EEESMO distribuídos pelas salas de parto, dois enfermeiros de cuidados gerais afetos ao bloco operatório e ao recobro e 2 assistentes operacionais. O SUOG contém uma sala destinada à triagem, dois gabinetes médicos, três salas para a realização da avaliação do bem-estar materno fetal [cardiotocografia (CTG)], uma sala de tratamento, uma casa de banho para os profissionais de saúde, uma casa de banho para as utentes e uma sala de sujos. Em relação ao rácio, no SUOG ficam dois enfermeiros, sendo que podem ficar dois EEESMO ou, um EEESMO e um enfermeiro de cuidados gerais, e uma assistente operacional.

O método de trabalho utilizado neste serviço é o método individual, em que cada enfermeiro é distribuído por postos de trabalho e presta cuidados nesse local. Os registos de enfermagem são realizados no programa informático da Philips (partograma digital) e na *Glint®*.

Em relação ao circuito da mulher, o primeiro contacto é com a administrativa, que realiza a sua inscrição sendo posteriormente realizada a triagem, utilizando a de Manchester, pela equipa de enfermagem.

Na instituição onde decorreu o ensino clínico (EC), foram realizados 2 472 partos, no ano de 2022, dos quais 770 foram cesarianas (SNS, 2022).

1.2 ANÁLISE REFLEXIVA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS E COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS DURANTE O ESTÁGIO IV

O pensamento crítico e a prática reflexiva são estratégias essenciais na construção e reconstrução do saber, no desenvolvimento pessoal, interpessoal e social (Rabiais & Amendoeira, 2013). O desenvolvimento desta prática possibilita que o estudante se torne consciente das suas ações, realizando uma retrospeção consciente dos seus atos, ao começar a controlar a sua experiência e ao compreendê-la (Santos, 2009). Assim, de forma a fortalecer as experiências e a aquisição de conhecimentos será feita uma análise crítico-reflexiva das atividades e dos cuidados prestados. A sua organização será feita com base nos objetivos propostos no Projeto de Estágio (Apêndice I), de acordo com RCCEE, nº 140/2019, de 6 de Fevereiro de 2019 (OE, 2019a) e o RCEEESMO, nº 391/2019, de 03 de Maio de 2019 (OE, 2019b) e o previsto para o segundo ciclo de estudos.

Em relação ao objetivo **“Integrar a equipa multidisciplinar do BP e do Serviço de Urgência Obstétrica”**, foram desenvolvidas todas as atividades planeadas.

A equipa multidisciplinar foi muito acolhedora, recetiva e disponível, o que facilitou o processo de integração, adaptação e aprendizagem durante o estágio. Tal como afirmou Frederico (2001), todos os estágios são iniciados com uma integração no respetivo serviço, sendo considerada a base para a adaptação e para o sucesso de cada estudante, no seu desempenho futuro e na eficácia do percurso formativo de ensino-aprendizagem, permitindo o conhecimento dos protocolos, normas existentes, estrutura física, organização do serviço e a integração na equipa multidisciplinar.

Integrar uma equipa é, por si só, um desafio. Esse desafio aumenta quando já se é uma profissional a desenvolver a atividade num BP, fazendo com que me lembrasse do meu estatuto enquanto mestranda, mostrando a minha disponibilidade e flexibilidade na integração em outras equipas.

Neste objetivo foram desenvolvidas competências do RCCEE, tais como: A1. “Desenvolver uma prática clínica profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, princípios éticos e a deontologia profissional; A2. “Garante prática de cuidados que respeite os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.”; B2. “Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua.”; B3. “Garante um ambiente terapêutico e seguro.” C1. “Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde.”; D1. “Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.” E D2. “Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.” (OE, 2019b).

Relativamente ao objetivo **“Desenvolver competências no âmbito da gestão de cuidados, recursos humanos e materiais com o intuito de garantir a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados”**, considero que no decorrer do estágio foram desenvolvidas todas as atividades planeadas. O desenvolvimento de aprendizagens neste domínio foi feito através de pesquisa bibliográfica, que permitiu momentos de reflexão no domínio da gestão e a aquisição de conhecimentos para a realidade existente, tal como o acompanhamento das atividades junto das enfermeiras cooperantes durante os turnos.

Neste contexto de estágio foi possível conhecer qual o método de trabalho implementado, a gestão dos recursos humanos nos serviços de BP e SUOG, o estilo de liderança adotado pela enfermeira coordenadora e chefe do serviço. Também foi possível observar como era realizada a gestão dos recursos materiais.

Relativamente à gestão e reposição de material, percebi de que forma era realizada tendo auxiliado na reposição e arrumação do stock.

Considero que o objetivo foi alcançado, pois colaborei no planeamento dos cuidados em cada turno, adequei as intervenções de enfermagem às mulheres e aos recursos

disponíveis, tendo por base o RCCEE, A1; A2.; B1. “Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da qualidade e participa na disseminação necessário à sua apropriação, até ao nível operacional.”, B2 e C2 “Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto

O objetivo **“Prestar cuidados especializados de enfermagem à mulher/grávida/família no serviço de urgência obstétrica e ginecológica”**. Considero que este objetivo foi atingido com sucesso.

A prestação de cuidados na urgência foi feita de forma faseada e gradual ao longo do estágio, o que me possibilitou conhecer o circuito da mulher, quais os motivos de recorrência à urgência, a avaliação do bem-estar materno fetal e identificar qual a abordagem realizada à parturiente, no alívio da dor, pela equipa multidisciplinar.

Numa fase inicial, observei de forma participativa nas triagens realizadas pelas enfermeiras cooperantes, tendo-me tornado autónoma à medida que o estágio avançava.

Na admissão realizei o acolhimento à mulher e questioneei o motivo de vinda ao serviço de urgência, aspeto que me permitiu priorizar os meus cuidados de enfermagem.

Na avaliação inicial/anamnese, recolhi dados através do boletim de saúde da grávida (BSG) e de uma entrevista. No BSG foram consultados dados referentes à vigilância da gravidez (como o local, frequência e o número de consultas realizadas); história obstétrica [idade gestacional (IG)] e índice obstétrico (IO), grupo sanguíneo, antecedentes pessoais e familiares, antecedentes cirúrgicos, intercorrências durante a gravidez atual, medicação habitual, alergias medicamentosas e alimentares, observação de exames complementares de diagnóstico (ecográficos e laboratoriais). Durante a entrevista validei as queixas da mulher, se tinha realizado algum programa de preparação para o parto e parentalidade, a construção do Plano de Parto e Nascimento. Efetuei a avaliação dos sinais vitais, avaliação física, monitorizei as alterações fisiológicas, a avaliação do bem-estar materno-fetal e o risco de complicações. Considero que a recolha desta informação me permitiu planear e adequar os cuidados respeitando a individualidade de cada mulher/casal. De acordo com a triagem realizada era atribuída uma cor que representa a gravidade e a priorização de cuidados, podendo ser classificada como emergente, muito urgente, urgente, não urgente e pouco urgente, ao determinar a prioridade clínica para observação médica (Grupo Português de Triagem, 2010).

Nos casos em que a mulher ficava internada, a equipa médica e o EEESMO procediam ao respetivo internamento e transferência para o BP ou para o serviço de medicina materno-fetal.

Durante os turnos realizados no SUOG identifiquei como principais motivos para a recorrência ao SUOG: contratilidade uterina dolorosa, hemorragias vaginais, distúrbios hipertensivos, rotura prematuras de membranas, infeções vaginais, metrorragias, abortos espontâneos e doença inflamatória pélvica (DIP).

Verifiquei que um número considerado de idas ao SUOG não eram situações urgentes, mas associadas à iliteracia das mulheres, como por exemplo a perda do rolhão mucoso e as contrações uterinas irregulares em mulheres com gravidez de termo. Esta constatação, reforça a importância de promover a literacia em saúde nestas mulheres, através da educação para a saúde, para que possam desenvolver competências cognitivas e sociais que as capacitem para a compreensão e a promoção da saúde, permitindo-lhes desmistificarem e consciencializarem-se das suas necessidades de acordo com o momento (SNS, 2016), evitando idas ao SUOG desnecessárias e a sua sobrelotação.

Embora o SUOG também seja, um local onde se promova a educação para a saúde, o momento da vigilância da gravidez e da preparação para o parto são alturas privilegiadas para o fazer. A aplicação do *Mindfulness* em conjugação com a educação para a saúde perinatal contribui para aumentar as competências da mulher, tendo impacto em todos os aspetos da promoção da saúde (Demarzo & Garcia-Campayo, 2017; Nunes *et al.*, 2022). A sua prática promove o desenvolvimento de autonomia, autoeficácia e o empoderamento por meio do treino da atenção plena, considerados como aspetos basilares no conceito moderno de promoção da saúde (Demarzo & Garcia-Campayo, 2017).

Devido aos constrangimentos a nível nacional nos SUOG e nos BP, muitas mulheres grávidas deslocavam-se ao serviço de urgência por medo. Um dos exemplos que gerava receio relacionava-se com a proximidade da data de parto, indução de TP, e o encerramento do serviço urgência do hospital de preferência. No sentido de evitar este tipo de situações, a Direção Executiva do SNS criou a operação “Nascer em segurança no SNS” de forma a “(...) salvaguardar os princípios da equidade, qualidade, prontidão, humanização e previsibilidade dos cuidados prestados no SNS.” (Direção Executiva do SNS, 2023, p.1), no funcionamento do SUOG, BP e dos serviços/unidades de neonatologia. Nestas situações, através da aplicação do *Mindfulness* e da educação para a saúde tentei tranquilizar as grávidas, ao transmitir a informação necessária de forma clara e objetiva (sinais e sintomas de alerta para recorrer ao SUOG) e ao orientá-las para onde se devem deslocar em caso de necessidade, tornando-as mais conscientes das verdadeiras necessidades e, para que se sentiam seguras e confortáveis. Para confortar, é necessário que o enfermeiro promova um ambiente favorável, acolhedor, seguro, que propicie bem-estar (Cardoso *et al.*, 2020), e que incluía a fortificação de vínculos

interpessoais entre a mulher e o enfermeiro, de forma a minimizar o sofrimento (Kolcaba, 1995; Cardoso *et al.*, 2020). Assim, proporcionava o alívio nas necessidades do momento presente da grávida (*Mindfulness*), tranquilizando-a e capacitando-a para superar as dificuldades que possam surgir devido à proximidade da data provável do parto/indução de TP e o fecho dos SUOG. As grávidas após estes cuidados, pareciam sentir-se mais seguras e referiam ser capazes de lidar com a situação no futuro.

Existiu ainda a oportunidade de prestar cuidados especializados a mulheres que vivenciaram abortos espontâneos. No entanto, uma das mulheres necessitou de realizar uma curetagem, uma vez que mantinha hemorragia vaginal e retenção de restos ovulares na cavidade uterina, sendo classificado como aborto incompleto. Nesta situação mobilizei o *Mindfulness* e a educação para a saúde de forma a tranquilizar a mente e a amenizar a dor da mulher através de cuidados humanizados, como a empatia, o respeito e providenciar toda a informação disponível sobre a situação, promovendo o conforto, no alívio, na tranquilidade e na transcendência, resultando na satisfação das necessidades nos contextos físico, ambiental, social e psicoespiritual (Kolcaba, 1995).

No SUOG, foi possível prestar cuidados a 5 mulheres com patologia do foro ginecológico que para além das intervenções autónomas já mencionadas, foram realizadas intervenções interdependentes, como a administração de terapêutica via endovenosa e intramuscular, colheita de produtos para exame anatomopatológico e para análise laboratorial (sangue e urina).

Em todos os momentos de cuidados, demonstrei respeito, dignidade e privacidade, de modo a promover um ambiente seguro e favorável ao estabelecimento de intervenções especializadas à mulher do foro obstétrico/ginecológico.

As atividades desenvolvidas permitiram a mobilização do RCCEE nas competências, A1; A2; B1; B2; B3; C1; C2, D1 e D2 (OE, 2019b). E aquisição de aptidões no RCEESMO como, 2.1 - “Promove a saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento”; 2.2 - “Diagnostica precocemente e previne complicações de saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento” e 2.3 - “Providencia cuidados à mulher e facilita a sua adaptação, durante o período pré-natal e em situação de abortamento” (OE, 2019a)

O objetivo **“Prestar cuidados especializados de enfermagem à grávida/parturiente/acompanhante tendo por base a metodologia científica do processo de enfermagem, na admissão no BP”**, foi atingido na totalidade ao longo do estágio.

No momento da admissão ao BP, foi fundamental criar uma relação de empatia ao utilizar uma linguagem simples, assertiva e objetiva. Transmitir segurança e confiança para que a mulher/acompanhante clarificassem as suas dúvidas e se sentissem seguros e confortáveis durante o internamento. Tinha o cuidado de me apresentar à mulher/casal, respeitando os princípios éticos e deontológicos exigidos e tendo em mente o respeito pelos princípios fisiológicos do TP, as expectativas de cada mulher, medos, receios e preferências para o TP.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde [OMS (2018)], os cuidados prestados à mulher na maternidade devem promover a comunicação efetiva, ao assegurar a sua dignidade, privacidade, confidencialidade, e a ausência de danos e maus-tratos, permitindo uma escolha informada e um apoio contínuo durante o TP e parto. Já Lowdermilk (2008) afirma que a comunicação no primeiro contacto do enfermeiro com a mulher pode determinar a experiência de nascimento positiva.

A minha prestação de cuidados, nesta etapa, passava por promover a privacidade, um ambiente acolhedor e o mais confortável possível, assim como, explicar a sua situação atual, quais os procedimentos a serem efetuados, promovendo uma relação de confiança. Ao demonstrar preocupação, o enfermeiro encoraja a mulher a verbalizar as suas preocupações e questões que queira esclarecer (Lowdermilk, 2008). Ao construir uma relação de confiança com a grávida e ao encara-la como uma parceira na minha prestação de cuidados, foi possível instituir um plano de cuidados individualizado, com o consentimento da mesma.

No momento da admissão realizei as manobras de Leopold a todas as grávidas, no sentido compreender a apresentação, a posição e atitude fetal. Estas manobras possibilitam a identificação do número de fetos, da apresentação, da atitude, posição fetal, o grau de descida na pélvis e da localização externa da frequência cardíaca fetal de maior intensidade (Lowdermilk, 2008). De acordo com o protocolo da instituição, onde realizei o estágio, as grávidas ficam com monitorização cardiotocografica de forma contínua para avaliação do bem-estar materno-fetal.

Tive oportunidade de admitir e prestar cuidados a grávidas com patologias associadas, nomeadamente: diabetes gestacional, hipertensão arterial induzida pela gravidez, vírus da imunodeficiência humana e vírus da hepatite B.

De forma a reduzir os medos da grávida e do acompanhante face ao internamento, realizei uma breve apresentação da equipa multidisciplinar, espaço físico, funcionamento e dinâmica do BP e qual o circuito externo do acompanhante, promovendo o conforto ao

nível dos quatro pressupostos da teoria de conforto de Kolcaba, físico, psicoespiritual, social e ambiental.

O envolvimento do acompanhante foi sempre uma das minhas preocupações, ao tentar promover e incentivar uma presença ativa do mesmo e um envolvimento pleno neste processo, reduzindo a ansiedade e o medo ao casal.

Outro aspeto que considerei, na altura da admissão da parturiente, foi os seus desejos para o TP e parto, questionando acerca das suas expectativas, vontades, experiências anteriores e da construção do plano de parto. No decorrer do estágio, verifiquei que muitas mulheres apresentaram Plano de Parto e Nascimento no momento da admissão no BP, sendo que algumas dessas mulheres faziam-se acompanhar por doulas. Outras apenas, comunicavam oralmente as suas preferências quando questionadas. Este plano era discutido entre a grávida e o EEESMO, no momento da admissão ao BP. Considero que de uma forma geral, todas as preferências e pedidos ao longo do TP, parto e nascimento foram respeitadas e atendidas por mim e restante equipa, cumprindo o Decreto de Lei nº 110/2019, de 9 de setembro. Este Decreto de Lei refere que preferência/vontade manifestada pela grávida/casal deve ser honrada, salvo em situações clínicas que o contraindiquem, preservando a segurança da mãe e do RN.

Tudo isto possibilitou a mobilização e a aquisição das competências supramencionada do RCCEE A1, A2, B1, B2, B3, C1, C2, D1, D2 (OE, 2019b). Já no RCEESMO levou a aquisição de aptidões como; 3.1 - “Promove a saúde da mulher durante o trabalho de parto e otimiza a adaptação do recém-nascido à vida extra uterina”, 3.2 - “Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e do recém-nascido”, 3.3 - “Providencia cuidados à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez e/ou com o trabalho de parto” (OE, 2019a).

No que diz respeito ao objetivo **“Prestar cuidados especializados de enfermagem à parturiente/acompanhante, tendo por base a metodologia científica do processo de enfermagem, no 1º estágio do TP”**, foi atingido ao longo do EC.

O 1º estágio do TP corresponde ao apagamento e dilatação do colo, que se inicia com contrações uterinas regulares e termina quando o colo atinge a dilatação completa (Fatia & Tinoco, 2016). Este estágio pode ser dividido em duas fases, a fase latente que corresponde ao apagamento do colo do útero e início da dilatação, entre os 0 e os 4 centímetros, e fase ativa desde os 4 centímetros de dilatação até aos 10 centímetros ou dilatação completa (Fatia & Tinoco, 2016). Em 2018, a OMS publicou recomendações num documento intitulado de “Cuidados intraparto para uma experiência de parto positiva”, em que consta que a fase latente pode ir até aos 5 centímetros de dilatação. No BP, ambas as

enfermeiras cooperantes guiavam-se pelas recomendações mais recentes, ao considerar a fase latente do TP até aos 5 centímetros de dilatação. Este aspeto foi para mim uma referência na prestação de cuidados neste estágio, permitindo refletir sobre as diferentes definições de fase latente do TP e adquirir competências de EEESMO à luz das recomendações mais atuais.

A vigilância do 1º estágio do TP é de extrema importância por ser a fase mais longa do TP. Foi neste estágio onde prestei assistência a um maior número de parturientes (89 parturientes), o que possibilitou uma variedade de experiências, tendo sido possível prestar cuidados a parturientes com diferentes patologias, nomeadamente, hipertensão induzida pela gravidez, gravidez pré-termo, diabetes gestacional, pré-eclâmpsia e perturbações psiquiátricas.

Nesta fase tentei atuar sempre no sentido de estabelecer uma relação empatia, primeiramente ao apresentar-me como enfermeira e mestrande do CMESMO, e posteriormente, ao tentar compreender quais as suas expectativas, dúvidas ou receios, facilitando a adaptação ao espaço físico e ao transmitir informação pertinente de acordo com a situação. As necessidades foram identificadas por meio da comunicação verbal e não verbal e a sua avaliação foi feita por meio de perceções objetivas (qualidade de vida) e subjetivas (pensamentos disfuncionais sobre medo e a dor do TP) da grávida e do acompanhante (Kolcaba, 1996). O recurso à empatia, escuta ativa, feedback, contribuíram para ajudar as mulheres na regulação emocional e na reestruturação dos pensamentos disfuncionais, promovendo a mudança de comportamento. Esta mudança de comportamento pode ser feita através da Teoria Cognitiva Comportamental com intervenções com base em *Mindfulness* (Nunes *et al.*, 2021).

A maioria das grávidas desconhecia esta terapia, o que me permitiu abordá-la como uma estratégia em vivenciar a relação entre a emoção, o pensamento e o comportamento, ao explicar e instruir as psicoterapias ligadas a esta terapia.

A psicoeducação permitiu que as grávidas pudessem compreender a importância do acolhimento feito pelo EEESMO. A discussão do plano de cuidados em conjunto e o seu envolvimento ativo na prestação de cuidados, diminuiu a ansiedade durante o internamento. Já no registo de pensamentos disfuncionais, no momento em que foi estabelecida uma relação empatia, pude compreender quais os medos/receios, as experiências anteriores que marcaram a grávida e que levam a pensamentos disfuncionais e desagradáveis. A maioria das grávidas referiu que a partir do momento em que ficaram internada no BP, o medo torna-se real em relação ao TP e parto. Levando a uma reação automática de não conseguir enfrentar e/ou compreender as situações que possam surgir

(p.ex. a dor do TP e situações que possam levar ao sofrimento fetal). O registo dos destes pensamentos disfuncionais e o diálogo centrado no momento presente, ajudou a torna-las mais consciência de si mesmas, na regulação intencional da atenção focada na vivência imediata. Ao conseguir regular os sentimentos, reações físicas e comportamentos, verifiquei que foi possível orienta-las para as várias experiências com maior abertura e aceitação.

Quanto à técnica de exposição, foi utilizada em grávidas que tinham tido experiências de TP e parto negativas e traumáticas. Constatei que esta grávidas faziam-se acompanhar, a maioria delas, por doulas por se sentirem mais apoiadas e por lhes transmitirem uma maior confiança e tranquilidade durante o TP e parto. É normal e comum, que uma grávida que tenha vivenciado uma situação traumática, sinta medo excessivo e procure ajuda para lidar com esse sentimento durante o TP. Neste tipo de situações, o trabalho foi em equipa, EEESMO/grávida/doula, ao tentar resolver a situação que causavam ansiedade e stress e ao mesmo tempo, tentando ajuda-las a controlar as emoções negativas e a lidar com as situações de forma diferente. O medo do período expulsivo e da episiotomia revelaram ser as principais causas de medo, stress e ansiedade. O diálogo e a mudança de direção no foco (em vez do medo, do stress e ansiedade) para momento atual (em que tudo aparentemente esta a correr bem), ao longo do TP, permitiu ultrapassar o medo do período expulsivo e da episiotomia e, assim, proporcionar uma experiência de parto positiva.

As técnicas de relaxamento estão intimamente ligadas aos transtornos de ansiedade e medo. A maioria das grávidas no 1º estágio do TP mostraram-se disponíveis para ouvir como é que esta técnica as poderia ajudar antes de avançarem para técnicas farmacológicas de alívio da dor.

O relaxamento é uma aprendizagem em que a grávida conquista o seu auto-controlo em períodos críticos, como nas situações de medo extremo, tremores, agitação psicomotora, dispneia e taquicardia. Esta técnica é potenciada pelo *Mindfulness*, na vivência do momento atual, levando ao auto-controlo, à diminuição da tensão muscular, aumentando o seu conforto no momento do parto. Ajudar a grávida na respiração pausada, a determinado ritmo permite aumentar a oxigenação do corpo e regular as sensações corporais, associada ao relaxamento muscular progressivo, à distração, à meditação guiada, revelam ser eficazes.

As grávidas neste estágio demonstraram interesse nesta prática por ajuda-las na conexão com o próprio corpo e aliviar a tensão e dor, reduzindo a ansiedade e aumentando o conforto neste período.

O conforto, à luz de Kolcaba, foi alcançado através destas terapias nas duas dimensões. Atendendo às necessidades das parturientes, foi fornecido conhecimentos teóricos e práticos que promoveram um estado de alívio, tranquilidade e transcendência nos quatro contextos, a nível físico (redução tensão e dor no corpo), ambiental (ambiente calmo, sem ruído e com uma temperatura ambiente amena propícia ao relaxamento), social (o conforto resultante da presença do acompanhante e da família, relação EEESMO-grávida) e psicoespiritual (na maior perceção de si mesma; ao ajudar a relaxar a mente; autocontrolo, autoestima e a importância do significado do momento atual) (Kolcaba, 1991).

No decorrer do estágio verifiquei que a maior parte das parturientes recorreram à analgesia loco-regional como método farmacológico de alívio da dor. Neste sentido, pude colaborar na realização de analgesia loco-regional, realizada pelo médico anestesista e posteriormente na administração da analgesia pelo cateter conforme prescrição médica e de acordo com o protocolo do serviço. A *American College of Obstetrician and Gynecologists* [ACOG (2016)] recomenda a administração de analgesia loco-regional a partir do momento que mulher manifeste o seu desejo, independentemente da fase do TP em que se encontre. Este desejo foi sempre cumprido, existindo um cuidado redobrado da minha parte em questionar, no momento da admissão, quais as estratégias de alívio da dor que conheciam e que pretendiam realizar.

Para Smith *et al.* (2018) o TP pode ser reconhecido como um verdadeiro desafio (fisiológico e psicológico) para as mulheres. Esta fase pode ser considerada como uma das mais dolorosas para a mulher, pelo que é importante avaliar a eficácia e segurança de métodos que possam proporcionar o bem-estar materno-fetal e o alívio da dor da parturiente (Marques, 2021).

Durante o 1º estágio do TP foi promovido um ambiente calmo e seguro, utilização de estratégias não farmacológicas para alívio da dor tais como: deambulação, massagem, técnicas de respiração e meditação guiada, utilização da bola de pilates, hidroterapia e musicoterapia. As posições verticalizadas e a liberdade de movimentos são estratégias não farmacológicas de alívio da dor, consideradas como vantagens para a progressão do TP (Fatia & Tinoco, 2016) e redução da primeira fase do TP (OMS, 2018). A deambulação, a bola de pilates e a hidroterapia foram as estratégias mais utilizadas pela maioria das parturientes que assisti. No BP, é prática realizar a avaliação cardiotocografia contínua, mas, a existência de aparelhos de CTG com rede sem fios permitiu, a liberdade de movimentos embora, por vezes, dificultada pela presença de seroterapia.

Para o conforto e o bem-estar da mulher é essencial a ingestão de líquidos durante o TP, devendo ser defendidos pelos EEESMO (OE, 2015a), tendo sido uma das minhas

preocupações, pelo que foram oferecidas gelatinas e chás às parturientes, de acordo com o protocolo da instituição. As grávidas que tinham frequentado o programa de preparação para o parto e nascimento deste hospital foram instruídas a trazer gomas, sumos sem polpa de fruta, líquidos claros e gelados à base de água para o internamento no BP. Esta prática é aceite pelas entidades internacionais e nacionais, resultando em ganhos na saúde para a mulher. Ao facilitar e promover a ingestão de líquidos durante este estágio, o EEESMO cumpre uma função que nenhum outro profissional de saúde o pode substituir (Silva, 2017), ao assumir “(...) o papel de seu defensor, permitindo-lhe tomar as suas próprias decisões” (OE, 2015a, p.8).

Durante o estágio, promovi a presença do acompanhante e o incentivo a uma participação ativa durante o TP. A OE (2015a), fundamenta e afirma que o acompanhante deve ser reconhecido pelo EEESMO como um parceiro e um membro na equipa para a mulher. E, de acordo com as diretrizes do Serviço Nacional de saúde 24 [SNS24 (2023)], a grávida internada no BP tem direito a ter um acompanhante, indicado por si, durante o período de tempo que ocorrer o TP.

Quanto às dificuldades sentidas, numa fase inicial do estágio, foi ao nível da identificação da dilatação do colo do útero, identificação de planos de Lee e da variedade fetal. Estas dificuldades foram sendo ultrapassadas com o decorrer da prática clínica. Em relação à prestação de cuidados neste estágio, foram prestados cuidados à parturiente tendo em consideração as expectativas das mesmas, através da elaboração de um plano de cuidados conjunto, em que fosse possível dar resposta às necessidades das mesmas.

Outro aspeto que destaco, relaciona-se com a avaliação do traçado cardiotocográfico, considero que inicialmente experienciei dificuldade na sua interpretação, mas à medida que o estágio foi avançando e com a ajuda das enfermeiras cooperantes, senti que as minhas dificuldades foram dissipadas.

Considero que consegui atingir os objetivos propostos na aquisição de competências no RCCEE; A1, A2, B1, B2, B3, C1, C2, D1 e D2 (OE, 2019b). E em relação ao RCEEESMO foram consolidadas as seguintes aptidões: 3.1, 3.2, 3.3 (OE, 2019a).

O objetivo **“Prestar cuidados especializados de enfermagem parturiente/acompanhante, tendo por base a metodologia científica do processo de enfermagem, no 2º estágio do TP”**, foi atingido com sucesso, tendo realizado 50 partos eutócicos e assistir a 5 partos distócicos (Apêndice II).

O 2º estágio ou o chamado período expulsivo, inicia-se com os 10 centímetros de dilatação e termina com o nascimento/expulsão do feto (Fatia & Tinoco, 2016). Neste contexto priorizei sempre o conforto e o alívio da dor durante o TP, na parturiente, para que

o seu foco de atenção fosse nos esforços expulsivos. Na maioria das parturientes a quem prestei cuidados, foi possível a alternância de decúbitos, adoção de posições não supinas, realização de esforço expulsivos quando sentisse a necessidade fisiológica e adoção da posição mais confortável para parir. Segundo Lowdermilk (2008), a mulher pode assumir várias posições para o parto e deve ser encorajada e auxiliada no posicionamento que escolheu.

Neste estágio, verifiquei que a maioria das parturientes nesta etapa necessitavam de ser guiadas, na respiração e nos esforços expulsivos. Algumas das parturientes tinham o conhecimento do que fazer neste período, mas necessitavam de ser guiadas com uma voz de comando. Nestas situações instruí o acompanhante a respirar em conjunto com a parturiente (inspirar e expirar calmamente, evitando hiperventilar ou suprimir a respiração) e durante os esforços expulsivos instruí-os a contar até dez, para que o foco não fosse o desconforto causado pela contração, mas sim a meta de contar até dez (meditação guiada). Segundo Smith *et al.* (2018), a meditação guiada é uma técnica que utiliza a capacidade da mente para influenciar o estado físico, emocional e espiritual de uma pessoa, podendo ser utilizada a imaginação e a distração como uma ferramenta terapêutica. Durante o TP esta técnica reduziu o stress e a percepção da dor à maioria das parturientes e assim consegui verificar que quando a atenção é desviada e direcionada para outros estímulos que não a dor, o estímulo doloroso é menos intenso (Srisopa *et al.*, 2021). O recurso à meditação guiada permitiu o conforto das parturientes no período expulsivo no alívio (desvio do foco de atenção da dor para outro estímulo utilizando outros sentidos), na tranquilidade (a existência de uma voz de comando ajudou as parturientes a manterem a calma) e na transcendência (permitiu uma prestação de cuidados direcionada para as necessidades que a parturiente pretende superar) (Kolcaba, 1991).

No decorrer do período expulsivo mantive uma postura calma, ao orientar a parturiente e ao incentiva-la para os esforços expulsivos. Este momento em que a mãe e o bebé ainda são um e, portanto, a respiração é fundamental para ajudar a manter os níveis de oxigenação adequados para ambos (Lowdermilk, 2008). A prática de *Mindfulness* na compreensão do seu corpo, do útero, ajuda a perceber a necessidade em realizar puxos.

No momento da coroação realizei a manobra de *Rigten* modificada, o que permitiu a extensão da cabeça e a proteção da musculatura perineal. Após o nascimento realizei a limpeza do nariz e a boca do bebé para eliminar os fluidos do canal de parto.

O RN foi colocado em contacto pele a pele com a mãe, após validação previa dessa intenção com a parturiente, tendo sido realizada a laqueação tardia do cordão umbilical. A

OMS (2018) recomenda a realização da laqueação do cordão umbilical após o cessar da pulsação, entre um e três minutos após o nascimento, definindo-o como clampagem tardia.

Durante o estágio existiu a oportunidade de realizar 1 parto no banco, 1 parto de quatro apoios, 8 partos em posição lateral, 28 partos em posição de semi-sentada, 2 partos de cócoras e 10 partos em posição de litotomia. Todas as parturientes tiveram a possibilidade de escolha da posição de parto que se sentiam mais confortáveis. Constatei que muitas mulheres não se encontravam sensíveis a adotar outras posições para além da de litotomia mas, após uma explicação do que consistia e das vantagens, mostraram-se recetivas à sua utilização, adotando aquela/as onde se sentiam mais confortáveis.

Numa fase inicial, uma das minhas dificuldades foi a decisão da necessidade de realizar a episiotomia. Na prática foram efetuadas 3 episiotomias, com consentimento da mulher, o que corresponde a uma percentagem reduzida (6% dos partos realizados). A OMS (2018) afirma que a episiotomia não deve ser considerada como um ato rotineiro, no entanto, a não realização da mesma pode resultar em lacerações graves e por esse motivo, a sua utilização deve de ser ponderada.

Neste estágio considero que realizei de forma eficaz a identificação precoce e prevenção de complicações, ao referenciar para outros profissionais de saúde quando a situação vai para além da área de atuação do EEESMO. Nomeadamente num período expulsivo superior a uma hora, em que a equipa médica era informada.

Neste estágio apurei que as complicações mais frequentes foram: a hipertensão arterial, a diabetes gestacional e a pré-eclampsia. Verificaram-se algumas situações de desvio normal durante o TP como: alterações do bem-estar fetal, presença de mecónio no líquido amniótico, dinâmica uterina alterada, paragens na progressão do TP, demora na descida da apresentação fetal e um período expulsivo prolongado. Todas estas situações possibilitaram aprofundar conhecimentos e desenvolver capacidades técnicas e cognitivas como futura EEESMO. Adquirindo e consolidando aptidões do RCCEE, A1, A2, B1, B2, B3, C1, C2, D1 e D2 (OE, 2019b) e do RCEEESMO, tais como, 3.1, 3.2, 3.3 (OE, 2019a).

Relativamente ao objetivo **“Prestar cuidados especializados de enfermagem parturiente/acompanhante, tendo por base a metodologia científica do processo de enfermagem, no 3º estágio do TP”**, foi atingido com sucesso. O 3º estágio pode ser designado de dequitação, que decorre deste a expulsão do feto até à saída da placenta (Fatia & Tinoco, 2016).

A conduta do EEESMO durante a dequitação pode ser expectante ou ativa (FIGO *Safe Motherhood and Newborn Health (SMNH) Committee*, 2012; OE, 2015). Segundo Suárez (2016) a atitude passiva pode ser considerada uma conduta expectante,

conservadora ou fisiológica, e o seu objetivo é aguardar que a placenta seja expulsa espontaneamente com ajuda materna, sem administração de um agente uterotónico e sem clampar ou cortar o cordão umbilical até que este deixe de pulsar. Na conduta ativa, existe o uso de um agente uterotónico, clampagem, corte precoce do cordão umbilical e tração controlada do cordão umbilical após os sinais de separação placentária.

Ao respeitar o tempo fisiológico da dequitação, verifiquei a existência de sinais de separação da placenta da parede uterina (saída de sangue escuro pela vagina e o prolongamento evidente do cordão umbilical). Nesta altura, exerci uma pressão moderada na região supra púbica (manobra de *Kusther*) e uma suave tração do cordão umbilical (manobra de *Brandt-Adrews*) no eixo da vagina, solicitando a colaboração da puérpera. Na expulsão da placenta, segurava-a com as duas mãos, rodando-a no sentido do ponteiro do relógio (manobra de *Dublin*) até à sua exteriorização completa. Verifiquei a integridade da placenta, membranas fetais, a inserção do cordão umbilical e as suas características.

Nas situações em que existiu a suspeita de membranas fragmentadas foi informada a equipa médica.

Após a dequitação, realizei a verificação da formação do globo de segurança de *Pinard*, das perdas hemáticas vaginais e administrei a terapêutica ocitócica sempre que as perdas hemáticas vaginais estavam aumentadas de forma a estimular a contração do útero e prevenir a hemorragia (Lowdermilk, 2008).

Neste estágio adotei uma postura expectante, ao aguardar a expulsão da placenta de forma fisiológica. Se as perdas de sangue não forem excessivas, pode-se aguardar cerca de 45 minutos a 1 hora até à dequitação (Fatia & Tinoco, 2016; Graça, 2017). Dos 50 partos efetuados, apenas num foi realizada a dequitação com uma atitude ativa. Ao final de 50 minutos sem qualquer sinal de descolamento, e após reflexão com a enfermeira cooperante sobre o estado hemodinâmico da puérpera (monitorização contínua dos sinais vitais: tensão arterial, saturação periférica de oxigénio, frequência cardíaca, pulso radial e da temperatura corporal) e risco acrescido de hemorragia pós-parto, foram iniciados um conjunto de cuidados que incluíram a administração imediata de fluidos, de uterotómicos (ocitocina), a tração controlada do cordão umbilical e realização da massagem uterina (*FIGO Safe Motherhood and Newborn Health (SMNH) Committee*, 2012; Mascarenhas *et al*, 2020). A hemorragia pós-parto é considerada uma emergência obstétrica e uma das principais causas de morbilidade e mortalidade materna. Tradicionalmente pode ser considerada como uma perda de sangue superior a 500 mililitros após um parto vaginal (Mascarenhas *et al*, 2020). Embora seja considerada uma avaliação subjetiva, sugere-se que a perda de sangue no pós-parto seja quantificada para que se possam prestar

cuidados precocemente no tratamento da hemorragia pós-parto (Mascarenhas *et al.*, 2020; *Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses* [AWHONN (2021)]).

A atitude tomada, na situação descrita, foi profilática na prevenção hemorrágica no pós-parto (Bonomi *et al.*, 2012). A equipa médica foi informada da situação e ao final de 1 hora, ocorreu a dequitação.

Dos partos realizados, a maioria das dequitações ocorreu através do mecanismo de Schultze.

É também neste estágio, que após o nascimento, procedi à colheita de sangue do cordão umbilical para determinação do grupo de sangue do RN, em puérperas Rh negativas. Também foi realizada a colheita de sangue do cordão umbilical para gasimetria, para avaliação do pH, nas situações de suspeita de hipoxia fetal intraparto, febre intraparto, partos com extração fetal difícil e doença da tireoide materna [ACOG, 2014; Direção Geral da Saúde (DGS), 2015]. De acordo com Abreu-e-Silva & Ayres-de-Campos (2009, p.42), esta colheita “(...) é o método mais objetivo para avaliação da oxigenação do recém-nascido na altura do nascimento (...)”, permitindo aos profissionais de saúde avaliar retrospectivamente, o TP e o estado do RN após nascimento, aperfeiçoando o seu poder preditivo (Abreu-e-Silva & Ayres-de-Campos, 2009). Neste estágio foi ainda realizada uma colheita de sangue do cordão umbilical para criopreservação de células estaminais e neste caso não foi possível realizar a clampagem tardia do cordão. Esta situação foi discutida previamente com a parturiente.

O momento da reparação perineal pode provocar tensão na mulher por se encarado como doloroso. Assim sendo, com objetivo de reduzir a dor recorri à administração de anestésico local (lidocaína em *spray* e injetável), e fui estabelecendo um diálogo com a puérpera, recorrendo à técnica de distração guiada. No decorrer do estágio desenvolvi competências na realização de sutura perineal e aperfeiçoando da técnica. A dificuldade inicial sentida, na reparação perineal, foi sendo suprimida com o apoio e ajuda das EEESMO cooperantes. Dos 50 partos realizados, 15 foram períneos intactos e 35 reparações perineais: três resultantes de episiotomias e 32 lacerações, sendo que 31 foram de grau I e II, e 1 de grau III em que foi solicitado apoio por parte da equipa médica obstétrica.

Tudo isto permitiu adquirindo e consolidando aptidões do RCCEE, A1, A2, B1, B2, B3, C1, C2, D1 e D2 (OE, 2019b) e do RCEEESMO, tais como, 3.1, 3.2, 3.3 (OE, 2019a).

Quanto aos objetivos **“Prestar cuidados especializados de enfermagem à puérpera/acompanhante, tendo por base a metodologia científica do processo de enfermagem, no 4º estágio do TP”** e **“Prestar cuidados de enfermagem**

especializados ao RN inerentes à adaptação à vida extrauterina”, foram concretizados com sucesso.

Não se verificou nenhum tipo de dificuldade acrescida relativamente à prática clínica neste estágio, que corresponde ao puerpério imediato, em particular às primeiras 2 horas de pós-parto (Santos *et al.* 2020).

No sentido de dar continuidade aos cuidados prestados, sempre que possível, a avaliação puerperal e do RN, foi realizada por mim, possibilitando reavaliação da minha prestação nos estádios do TP anteriores, nomeadamente na reparação perineal, dando-me mais confiança nos cuidados prestados.

As primeiras duas horas após o nascimento, denominadas de puerpério imediato, são muito importantes para a mãe e o RN. A recuperação física do parto, para um estado não gravítico corresponde a um conjunto de alterações físicas e psíquicas com o objetivo do corpo e da mente da mulher voltarem ao estado pré gravídico, e de preparar a puérpera para a amamentação (Ferreira, 2016)

Em todos os partos realizados, foi colocado o RN em contacto pele-a-pele durante a primeira hora de vida e iniciada alimentação infantil com leite materno o mais precoce possível (OMS, 2018), onde vigiei os sinais de boa pega, a coordenação dos reflexos de sucção e deglutição e quando necessário, explicada as posições que poderiam ser adotadas para amamentar, dando ênfase na importância de utilizar uma posição confortável. Embora o hospital onde decorreu o estágio, não ser reconhecido como hospital amigos dos bebés pelo *United Nations International Children's Emergency Fund* (UNICEF), prestam cuidados de acordo com o “Projeto Maternidade com Qualidade” (OE, 2014b). sendo uma prática comum, a toda a equipa de enfermagem, sempre que o RN apresentava boa adaptação à vida extrauterina.

O conforto neste estágio está intimamente ligado à díade, através da promoção do contato pele-a-pele entre o RN e a mãe, o que leva a que as necessidades de ambos sejam satisfeitas (alívio), ajudando a mãe-bebé a ficarem mais calmos (tranquilidade) e a sentirem satisfação pelos cuidados prestados (transcendência). Na grande maioria, a mulher fica agradada por amamentar e aquecer o bebé com o seu corpo. O ambiente calmo, sem estímulos externos, com a luz artificial reduzida e uma temperatura ambiente amena proporciona a socialização do pai, permitindo a consciência interna deste momento (psicoespírito) (Kolcaba, 1991). Embora um RN, ao final do 5 minuto de vida, em contato pele a pele com a mãe, apresentasse síndrome de dificuldade respiratória (mostrava-se taquipneico, cianosado, com tiragem intercostal e gemido), ficando em incubadora aquecida, com monitorização de saturação de oxigénio e com oxigénio à face. Nesta

situação foi possível colaborar com a equipa de neonatologia e vigiar o RN. Ao final da primeira hora de vida o RN apresentava-se eupneico em ar ambiente, mantendo saturações de oxigénio superiores a 95%, pele e mucosas coradas e sem sinais de síndrome de dificuldade respiratória. Perante o exposto, foi informada a equipa de neonatologia do estado geral do RN, que após observação deram indicação para ficar sem monitorização, promover o contacto pele a pele e para iniciar a aleitação materno.

É neste momento que é feita a avaliação do índice de Aparência, Pulso, Gesticulação, Atividade e Respiração (APGAR) e a identificação do RN, através da colocação de duas pulseiras com o nome da mãe (a confirmação da identidade pela mesma) e uma eletrónica de forma a garantir a sua segurança no internamento.

Na maioria das situações, após a realização do contato pele com pele, eram prestados os cuidados imediatos ao RN, onde realizei o exame objetivo: vitalidade e choro, características da pele e mucosas e uma observação sumária do RN para despiste de malformações major (cabeça, os olhos, nariz, pavilhões auriculares, face, boca, pescoço, tórax anterior, mama, abdómen, coto umbilical, genitais, ânus, as extremidades e o dorso). Avaliei também a integridade do sistema nervoso, através da pesquisa dos reflexos (pontos cardeais, preensão palmar e plantar, reflexo tónico-cervical assimétrico, reflexo de moro, reflexo de sucção/deglutição). Era avaliado o peso do RN e administrada, via intramuscular, a vitamina K, após o consentimento dos pais.

Realizei igualmente a avaliação puerperal, supervisionando as alterações fisiológicas e despiste de complicações no período de pós-parto, tais como, hemorragia vaginal, instabilidade hemodinâmica e alterações da eliminação vesical. A avaliação obstétrica da puérpera foi realizada de forma céfalo-caudal, ao avaliar: o estado de consciência, pele e mucosas, mamas e mamilos, consistência e localização do fundo do útero, períneo, perineorrafia/episiorrafia, perdas hemáticas vaginais, eliminação urinária, membros inferiores, sinais vitais, dor. Nos casos das cesarianas era verificado o penso operatório. Realizava os cuidados perineais, avaliação dos sinais vitais e nos casos em que as puérperas apresentavam cateter epidural, e de não ser necessário a continuidade de administração analgésica, este era removido. Depois confirmar o bem-estar do RN e da mãe, ambos eram transferidos para o serviço de internamento de puerpério (Montenegro *et al.* 2014).

Neste período aproveitei para observar a interação e vinculação da díade/tríade, amamentação. É também que neste momento que se realiza educação para a saúde, nomeadamente, sobre a amamentação e cuidados perineais.

Durante o quarto estágio de TP, realizei cuidados a 55 puérperas e aos respetivos RN.

Considero que consegui atingir os objetivos propostos na aquisição de competências no RCCEE; A1, A2, B1, B2, B3, C1, C2, D1 e D2 (OE, 2019b). E em relação ao RCEEESMO foram consolidadas as seguintes aptidões: 4.1 - “Promove a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal”, 4.2 – “Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e recém-nascido durante o período pós-natal”, 4.3 - “Providencia cuidados nas situações que possam afetar negativamente a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal” OE, 2019a).

O objetivo **“Desenvolver competências científicas no âmbito da investigação em enfermagem de saúde materna e obstétrica”**, foi atingido ao longo do estágio. A realização de uma SR com o tema: “*Mindfulness* no alívio da dor no TP” permitiu um mapeamento aprofundado sobre a evidência disponível e investigar esta temática.

Saliento que durante o estágio fui realizando formação contínua, que permitiu aprofundar os conhecimentos e ser possível aplicá-los na prática de cuidados com maior prontidão.

De acordo com o meu projeto pessoal, realizei uma formação em serviço à equipa de enfermagem. A apresentação recaiu sobre as conclusões obtidas através da SR e intitulava-se: “*Mindfulness* no trabalho de parto: Uma *Scoping Review*” (Apêndice III). A sessão foi realizada dia 5 de julho, aos enfermeiros do serviço. Estiveram presentes 11 enfermeiros. A avaliação da sessão foi efetuada através do feedback, verbal dos participantes que revelaram ter sido positiva, tendo os elementos que assistiram à mesma, verbalizado a importância de fomentar estas estratégias nas mulheres em TP.

De acordo com as necessidades do serviço, foi solicitado pelas enfermeiras cooperantes a realização de um cartaz sobre a primeira hora de vida do RN: “A primeira hora de vida: 9 etapas instintivas de um Recém-nascido” (Apêndice IV), exibindo as 9 etapas instintivas de um RN, que são intercaladas entre períodos de repouso e atividade (choro, relaxamento, despertar, atividade, descanso, rastejar, familiarização, sucção e sono). Estas nove etapas representam um comportamento observável em todos os bebés após o nascimento, ao conseguirem chegar à mama e realizar a auto-pega, mamar e adormecer (Brimdy *et al*, 2020), práticas defendidas pela iniciativa dos Hospital Amigo dos Bebés (OMS, 2018).

Durante o estágio efetuei a partilha de conhecimentos com as enfermeiras cooperantes sobre evidência encontrada sobre a temática em estudo: quais os benefícios

e contributos, condições de aplicabilidade de intervenções de forma autónoma, uma vez que era um tema desconhecido para ambas.

Conclui-se que este objetivo foi atingido com sucesso, tendo sido desenvolvido durante o estágio de forma gradual e contínua, desenvolvendo competências no RCCEE, tais como, A1, B2, D1 e D2 (OE,2019b).

No que diz respeito ao objetivo **“Avaliar o desempenho na concretização do projeto elaborado, durante o estágio”**, aspeto que considero ter atingido.

Realizei uma introspeção diária, sobre a minha forma de agir perante alguns desafios encontrados e uma constante preocupação em melhorar os cuidados prestados, corrigir falhas e reforçar os aspetos positivos. Procurei junto das enfermeiras cooperantes auscultar as suas opiniões, refletir e discutir situações de cuidados, com o objetivo de aperfeiçoar gradualmente as minhas competências e autonomia enquanto futura EEESMO.

Os seminários na ESSSantarém proporcionaram momentos de partilha de experiências e reflexão, sobre a melhoria contínua da prestação de cuidados entre as mestrandas.

Nas reuniões de avaliação, intermédias e final, constituíram momentos de reflexão importantes sobre o meu desempenho, permitindo às enfermeiras cooperantes e à professora orientadora realizar uma avaliação contínua do meu desempenho em estágio. Todos estes momentos promoveram o desenvolvimento de autoconhecimento, assertividade, tomada de decisão, baseada na evidência científica, indo ao encontro do RCCEE no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais em D1 e D2 (OE, 2019b).

A elaboração do presente relatório de estágio contempla o último objetivo do projeto de aprendizagem e tem como propósito refletir as vivências deste percurso académico. A sua elaboração é o resultado de evidência científica que é considerada fulcral para o crescimento de desenvolvimento quer a nível pessoal como profissional, desenvolvendo aptidões no RCCEE, como B2 e C1 (OE, 2019b).

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO/CONCEPTUAL

Neste capítulo apresentarei uma síntese da revisão da literatura efetuada, em que mobilizo alguns conceitos como TP, dor no TP, *Mindfulness* e os cuidados de enfermagem de saúde materna e obstétrica sustentados no quadro conceptual de teoria do conforto de *Katherine Kolcaba*.

2.1 TRABALHO DE PARTO

O TP e o parto são definidos como o processo de nascimento e estes definem-se como um “conjunto de fenómenos fisiológicos que, uma vez se iniciam, conduzem à contratilidade uterina regular, à dilatação do colo uterino, à progressão do feto através do canal de parto e à sua expulsão para o exterior” (Lowdermilk, 2008; Fatia & Tinoco, 2016, p.308). Para Smith *et al.* (2021) este processo acontece devido as contrações uterinas responsáveis pela expulsão do bebé, dequitação e ocorre devido à ação da ocitocina.

O TP pode ser dividido em duas fases: a fase latente e a fase ativa (Fatia & Tinoco, 2016). A fase latente inicia-se com contrações uterinas regulares e com a dilatação do colo útero, podendo ir até aos 5cm de dilatação (OMS, 2018). Já na fase ativa são consideradas três fases distintas, o período de aceleração [dos 4 aos 6 centímetros (cm)], o período de declive máximo (eficácias da contratilidade uterina, entre os 6 aos 8cm) a fase de desaceleração ou transição (dos 8-10 cm) (Coelho *et al.*, 2018).

O TP, pode ser abordado numa perspetiva de vários estádios, sendo sugeridos e definidos 4 estádios. O primeiro estágio inicia-se com contrações uterinas regulares e termina quando o colo está em dilatação completa; o segundo começa com dilatação completa do colo até ao nascimento do feto; o terceiro resulta da expulsão da placenta e, por último, o quarto estágio caracterizado pelo período de duas horas após a expulsão da placenta, sendo considerado o período de recuperação imediata, em que o organismo da mulher se restabelece (Graça, 2017).

2.2 O RECURSO AO *MINDFULNESS* NA GESTÃO DA DOR DO TRABALHO DE PARTO

A dor tem sido definida como uma experiência desconfortável e individual, subjetiva e multidimensional, associada a fatores fisiológicos, sensoriais, afetivos, cognitivos, comportamentais e socioculturais (OE, 2008). A Associação Portuguesa para o Estudo da Dor (APED) define o conceito de dor de acordo com redefinição da *International Association for the Study of Pain* (APED), como "uma experiência sensorial e emocional desagradável associada, ou semelhante à associada, com danos reais ou potenciais nos tecidos" (APED, 2020, n.p).

A dor obstétrica é uma dor aguda, também ela subjetiva e influenciada pelas experiências, de acordo com as crenças, valores, religião, comunidade/família em que a grávida/casal está inserido (Ramos *et al.*, 2020). A dor do TP experienciada pelas grávidas resulta das contrações uterinas, dilatação do colo útero e expulsão do feto (Fatia & Tinoco, 2016).

Segundo Nunes *et al.* (2021), este é o momento da vida da mulher que pode ser reconhecido como um verdadeiro desafio fisiológico e psicológico, uma vez que a dor associada a esta fase tem sido relatada como uma das dores mais intensas que podem ser vivenciadas. O que torna fundamental a identificação de intervenções que reduzam este sentimento e controlem a dor durante o TP, sendo um direito da mulher e dever dos profissionais de saúde, nomeadamente do EEESMO (OE, 2008; Isgut *et al.*, 2017).

A gestão da dor durante o TP constitui uma prática essencial para os profissionais de saúde (Srisopa *et al.*, 2021) e deve ser um cuidado prioritário do EEESMO (OE, 2014a). O EEESMO é o profissional mais apto para prestar cuidados nesta fase de vida da mulher, por ser detentor de um leque de conhecimento sobre a fisiologia da dor durante o TP, promovendo o conforto da mulher com o alívio da dor. O recurso às medidas não farmacológicas de alívio da dor são preconizados pela OMS e estão intimamente ligadas às políticas de humanização de cuidados no parto, ao possibilitar o alívio da dor e conforto neste período (OE, 2015).

O recurso a métodos não farmacológica de alívio da dor durante o TP apresentaram evidência científica na eficácia do alívio da dor, ao favorecer uma assistência obstétrica mais humanizada e ao promover segurança e qualidade (Sartori *et al.*, 2011). Estes métodos são conhecidos pela sua simplicidade e por garantir uma participação ativa da mulher/parturiente durante todo o TP (Coelho *et al.*, 2018).

O crescente interesse na prática do *Mindfulness* nas políticas de saúde a nível mundial demonstrou ter um impacto positivo no bem-estar, na ansiedade, na dor, nas

emoções negativas e no stress (Oliveira *et al.*, 2014). A sua prática começou a ser relacionada com a área da saúde da mulher, ao implementar técnicas consideradas favoráveis ao processo fisiológico do TP, através da utilização de medidas não farmacológicas de alívio dor na gravidez e no parto, e como uma ferramenta a ser aplicada na depressão perinatal e na parentalidade consciente (Hughes *et al.*, 2013; Oliveira *et al.*, 2014). O *Mindfulness* ou a atenção plena, significa estar presente no aqui e agora, no envolvimento pleno do que está a acontecer, sem distrações, com uma mente calma e aberta (Puddicombe, 2016). Para O'Morain (2022) esta técnica pode ainda ser definida como um estado de espírito, que foca a atenção no presente, sem julgamentos e sem relacionar os pensamentos e as emoções. Tem como principal objetivo ajudar a desenvolver a autonomia, autoeficácia e o empoderamento da mulher por meio do treino da atenção plena, ao reparar todos os pensamentos, sensações ou emoções que surjam e de seguida, ao libertar-se das distrações e ao concentrar a atenção num objetivo, como por exemplo, na respiração (Demarzo & Garcia-Campayo, 2017; Isgut *et al.*, 2017). Pode ser ainda considerada como uma medida preventiva e/ ou terapêutica, tendo impacto em todos os aspetos da promoção da saúde, como na qualidade de vida e bem-estar (Demarzo & Garcia-Campayo, 2017). A sua aplicação durante a gravidez e no momento do parto evidenciou melhorias durante TP, na gestão da dor e dos desconfortos naturais da progressão do TP (Srisopa *et al.*, 2021).

O *Mindfulness* é uma terapia cognitiva cada vez mais utilizada como medida de conforto e gestão da dor, ao reduzir o stress e a ansiedade (Nunes *et al.*, 2021). Esta terapia, não pretende remover a dor, mas sim reduzi-la ou isola-la, através da relação da parturiente com as sensações de dor, que a sua vivência seja menos intensa e não desencadeie emoções negativas, permitindo lidar com momentos de pressão (Hughes *et al.* 2009; Nunes *et al.*, 2021).

O treino de *Mindfulness* demonstrou ser eficaz para o TP e parto como medida de conforto e alívio da dor, oferecendo uma abordagem holística e personalizada do treino da atenção plena, ao ajudar as mulheres grávidas nas aprendizagens de vários métodos para lidar e gerir a dor durante o TP. Esta prática pode ser vista como um momento de descoberta, em que a respiração e capacidade de observar sem julgamentos e medos, a autoconfiança e a autoeficácia, oferecem o apoio necessário para obter o conforto tão desejado durante o TP (Bonura, 2018).

Os métodos mais utilizados durante esta fase são diversos e abrangem técnicas de relaxamento como: ioga, meditação guiada, relaxamento muscular progressivo e a respiração (Smith *et al.*, 2018).

A aplicação destas técnicas por um EEESMO, num ambiente tranquilo, calmo e sem distrações, torna favorável o alívio da dor, oferecendo uma abordagem holística e personalizada à mulher, ao ajudá-la na gestão do seu TP (Bonura, 2018; OMS, 2018).

2.3 OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM DURANTE O TRABALHO DE PARTO À LUZ DA TEORIA DO CONFORTO DE KATHERINE KOLCABA

As Teorias de Enfermagem constituem a base do conhecimento científico, ao desenvolver conceitos, modelos e pressupostos, que levam à estruturação do processo de cuidados e a uma prática baseada na evidência (Cardoso, Caldas & Souza, 2019). Estas teorias permitem fortalecer o processo de cuidados e auxiliar as ações direcionadas para a pessoa, num determinado contexto, contribuindo para o restabelecimento de sua saúde. Ainda possibilitam a efetividade, comunicação e adaptação dos cuidados adequado a cada pessoa e à sua vida (Silva *et al.*, 2020).

A arte do cuidar em enfermagem permite cuidar da pessoa ao envolver as suas necessidades com sensibilidade, prontidão e solidariedade, de forma a promover o conforto e o bem-estar (Lima *et al.*, 2016).

Segundo Apóstolo (2009), o termo conforto deriva do latim da palavra “confortare”, que indica restituir as forças físicas, o vigor e a energia; ao tornar-se forte, ao refortalecer e ao revigorar. O conforto pode ser designado como “o controlo e a ausência de dor, que são muitas vezes considerados como sinónimos de conforto, enquanto que a presença e sensação de dor, descrevem, várias vezes, o sentido da palavra desconforto”. (Apóstolo, 2009, p.62). O conforto ainda pode ser considerado como um fenómeno holístico e uma necessidade humana básica (Schuiling & Sampsel, 1999). Para a enfermagem, o conforto é o resultado da satisfação (ativa, passiva ou cooperativa) das necessidades humanas básicas de alívio, tranquilidade ou transcendência, que advêm de situações de *stress* nos contextos de saúde (Kolcaba, 1995).

Neste percurso, a teoria que sustentou a prática clínica foi a Teoria do Conforto de Katherine Kolcaba, classificada como uma teoria de médio alcance (Lima *et al.*, 2016), que possibilitou a fundamentação dos cuidados de enfermagem à mulher grávida durante o TP.

A autora, define os quatro conceitos metaparadigmáticos como (Lima *et al.*, 2016):

- Enfermagem - é um processo de avaliação intencional das necessidades de conforto da parturiente, através de medidas para satisfazer essas necessidades a serem reavaliadas após a sua implementação. A avaliação pode ser objetiva ou subjetiva;

- Pessoa – é o alvo dos cuidados e pode ser a parturiente, família, instituições ou comunidades;
- Ambiente - é qualquer aspeto que envolva a parturiente, família ou meios institucionais que podem ser manipulados pelo EEESMO, para melhorar o conforto;
- Saúde – é a representação que a parturiente, grupo, família ou comunidade tem.

A teoria apresenta duas dimensões, os três estados de conforto e os quatro contextos em que o conforto pode ser experienciado (Kolcaba, 1995; Lima *et al.*, 2016). Os três estados do conforto são: o Alívio, no qual a pessoa sente que as suas necessidades foram satisfeitas; a Tranquilidade como um estado de calma ou contentamento; a Transcendência como um estado em que a pessoa que foi cuidada, é capaz de superar as suas dificuldades ou a dor. As necessidades de conforto são avaliadas em quatro contextos, o Físico, relacionado com corpo; o Psicoespiritual, alusivo à consciência interna, abrangendo a autoestima, o conceito, a sexualidade e o significado dos relacionamentos; o Ambiental, que relaciona os fatores externos da vivência humana (a luz, o som, a cor, a temperatura e quais os elementos naturais e sintéticos); o Social, nas relações interpessoais, familiares e sociais (Kolcaba, 2003). O conforto é, portanto, uma experiência/condição que advém da satisfação das necessidades de alívio, tranquilidade e transcendência, nos quatro contextos: Físico, Psicoespiritual, Social e Ambiental.

A Teoria do Conforto permitiu orientar a prática e a investigação em enfermagem, ao implicar um resultado mensurável, holístico, positivo e sensível aos resultados de enfermagem (Kolcaba, 1995). É uma teoria que tem sido aplicada nas várias áreas da enfermagem, uma das quais a obstetrícia, pela dor descrita pelas mulheres, principalmente, durante o TP.

O TP e o parto compreendem a interação fisiológica entre a mãe e o feto, que provoca dor. A dor está relacionada com a intensidade e frequência progressiva das contrações uterinas, que resultam na dilatação do colo do útero e descida fetal. Outros fatores existentes, como contração e estiramento das fibras uterinas, o relaxamento do canal de vaginal/parto, a compressão da bexiga e pressão sobre o plexo lombo-sacro, pode provocar desconforto e dor nesta fase (Mascarenhas *et al.*, 2019). Apesar da fisiologia afetar o TP, a experiência da parturiente em relação à dor pode ser influenciada por outros aspetos, nomeadamente, pelo ambiente de parto, pelas experiências anteriores, pelos aspetos psicossociais e as condições onde grávida está inserida (Mascarenhas *et al.*, 2019).

Deste modo, torna-se fundamental aprofundar a Teoria de Conforto de Kolcaba associada ao conhecimento da fisiopatologia do TP, com o propósito de prestar cuidados de enfermagem que promovam o alívio da dor e o conforto à mulher em TP, através do uso do *Mindfulness*, enquanto intervenção autónoma (OE, 2019b).

Assim, o EEESMO deve fortalecer na sua prestação de cuidados conforto à mulher em qualquer uma das fases gravídicas. A aplicação do *Mindfulness* no período pré-natal, TP e pós-parto, irá permitir prestar cuidados especializados, humanizados e centrada pessoa, originando conforto.

O conforto experimentado pela parturiente durante o TP deve ser uma prioridade dos cuidados do EEESMO, através do apoio prestado, da implementação de medidas de conforto e da criação de uma atmosfera adequada, segura e humanizada de forma a que a parturiente possa vivenciar uma experiência de parto positiva, sentindo-se respeitada, empoderada e confortável durante o seu TP.

3. METODOLOGIA

A prática baseada na evidência é considerada uma abordagem que apresenta a melhor evidência científica disponível (Schneider, Pereira & Ferraz, 2020). Para Schneider *et al.* (2020) a utilização desta prática pelos profissionais de saúde, de forma coesa, segura e sistematizada, fornece uma maior qualidade na assistência e na otimização dos recursos. Pode ser vista como obrigatória nas sociedades modernas, permitindo desafios clínicos de maior complexidade, impondo respostas de alta qualidade e segurança, dentro de um quadro significativo de restrições de recursos, envolvendo níveis de eficácia e efetividade nas intervenções (Pereira, 2021).

Neste sentido, realizou-se uma SR segundo as indicações metodológicas preconizados para uma revisão sistemática da literatura baseadas na estratégia de pesquisa da *Joanna Briggs Institute*® [(JBI®) (2020)].

3.1 SCOPING REVIEW

Tendo em conta a temática em estudo, realizamos uma SR que respondesse à questão de investigação: **“Qual o efeito do *Mindfulness* no alívio da dor durante no trabalho de parto?”**, em que (P) representa a população, (C) os conceitos e (C) o contexto, tendo como objetivo mapear a evidência científica sobre o efeito do *Mindfulness* no alívio da dor no parto.

Posteriormente foram definidos os descritores MeSh (Medical Subject Headings): *Mindfulness*; Labor, Pain; Pain; Labor, Obstetric; Childbirth, Parturition.

Nos critérios de inclusão utilizou-se a mnemónica “PCC” (População, Conceitos e Contexto), conforme o quadro 1.

Quadro 1- Critérios de inclusão e exclusão do estudo

	Critérios de Inclusão	Critérios de Exclusão
Tipos de Estudo	Todos os tipos de estudo, documentos e texto de opinião realizados em humanos. Disponíveis em texto completo	Estudos que não sejam em humanos
Participantes	<i>Pregnant Women</i>	Com outro tipo de participantes que não parturientes
Conceitos	<i>Labor, Pain; Pain; Labor, Obstetric; Childbirth, Parturition</i>	-
Contexto	Todos os locais onde ocorrem partos.	-
Data da Publicação	Entre 2018 e 2023 Utilizei este friso temporal com o intuito de obter acesso à evidência mais recente sobre a temática	-
Língua	Português, Inglês e Espanhol	Noutras línguas

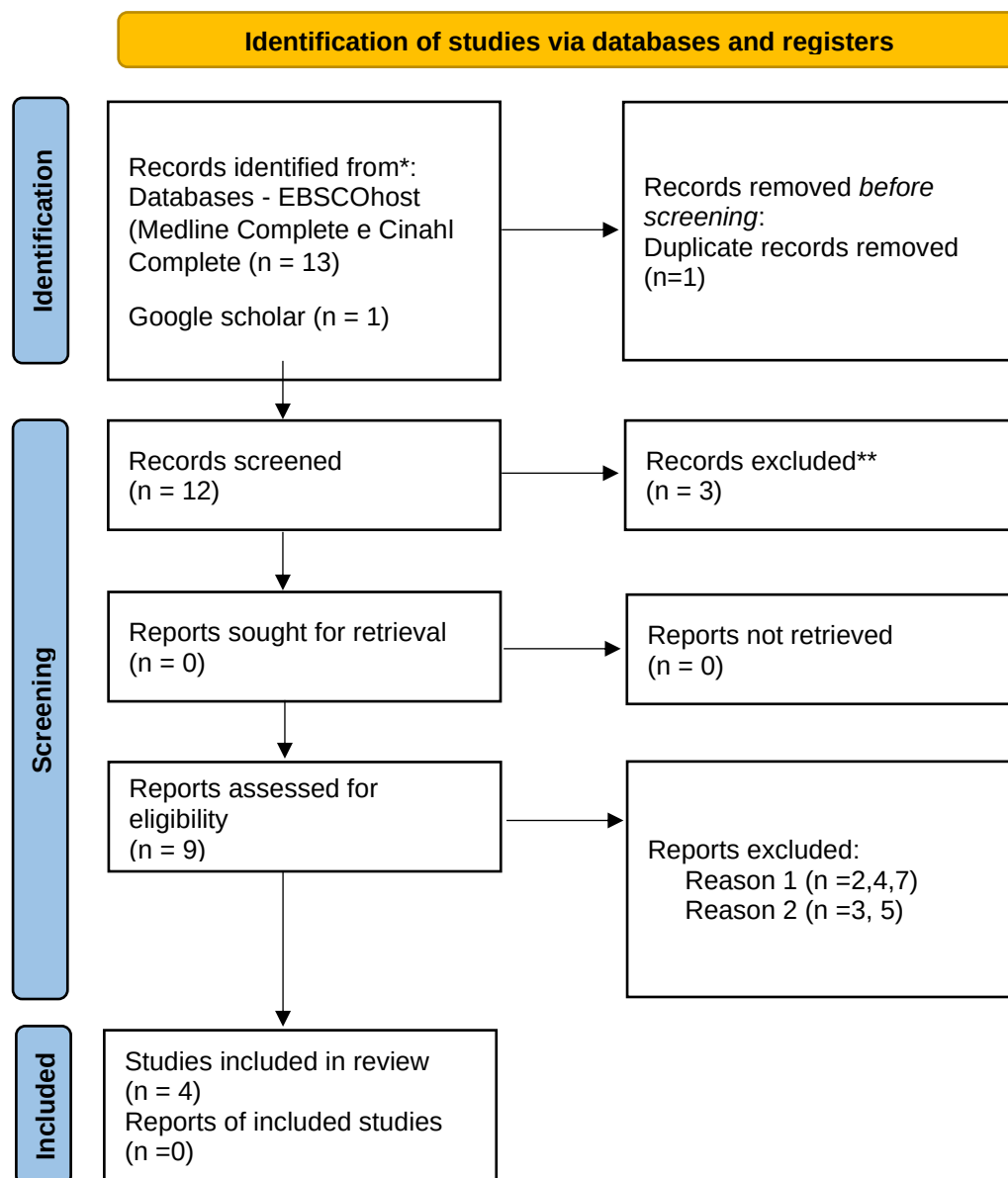
A estratégia de busca foi composta por três etapas: 1) Pesquisa inicial limitada às bases de dados MEDLINE e CINAHL completa (via *Elton Bryson Stephens Company Publishing* - EBSCO), seguida da análise das palavras dos títulos e resumos de cada artigo; 2) Segunda pesquisa usando todas as palavras-chave e termos identificados nas bases de dados incluídas; 3) Seguiu-se a análise das referências de todos os artigos encontrados para identificar estudos adicionais. Para além das duas bases de dados iniciais, incluímos o *Google Scholar*. Não foram definidos limitadores específicos em cada base de dados/plataformas por não conseguir obter resultados suficientes nas pesquisas efetuadas.

Nesta pesquisa foram utilizados os seguintes descritores: *Mindfulness; Labor, Pain; Pain; Labor, Obstetric; Childbirth, Parturition*, relacionando-os posteriormente através dos operadores booleanos, “AND” e “OR”, obtendo-se a seguinte expressão de pesquisa: “*Mindfulness*” AND (“*Labor Pain*” OR “*Pain*”) AND (“*Labor, Obstetric*” OR “*Childbirth*” OR “*Parturition*”). Optei por não utilizar o termo “*Pregnant Women*”, por não ter obtido dados relevantes.

Na fase “*Identification*”, foram identificados 13 artigos, eliminado 1 artigo por se encontrar duplicado. Numa segunda etapa, no “*Screening*” procedeu-se à análise dos 12 artigos, por título e resumo, excluindo os artigos que não estavam em concordância com os critérios de inclusão. O número total de artigos selecionados nesta etapa foram 9. Os 9 artigos, foram numerados, revistos na íntegra e realizada a verificação dos critérios de inclusão. Os artigos 2º, 4º e 7º foram excluídos por não terem a metodologia bem definida

e o 3º e 5º por não se encontrarem disponíveis. Foram incluídos 4 artigos para análise (Figura 1).

Figura 1 – Prisma Flow Diagram



Fonte: Adaptado de PRISMA 2020 Flow Diagram. Page, MJ.; McKenzie, JE.; Bossuyt, PM.; Boutron, I.; Hoffmann, TC.; Mulrow, CD.; Bossutyt, P.; The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. BMJ 2021;372: n71. doi: 10.1136/bmj. n71

3.2 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Neste seguimento, abaixo encontra-se o instrumento de extração de dados (Quadro 2) preenchido após leitura integral de cada artigo, em que consta: título do artigo, autores, ano de publicação, país de origem, objetivo, metodologia e resumo do contributo para a questão de revisão.

Quadro 2 - Instrumento de extração de dados

Nome do Artigo Autores Ano País	Método Participantes Nível de Evidência	Fenómeno de interesse	Principais Conclusões
<i>“Fear of childbirth, nonurgent obstetric interventions, and newborn outcomes: A randomized controlled trial comparing Mindfulness-based childbirth and parenting with enhanced care as usual”</i> Irena K. Veringa-Skida; Esther I. Bruin, Francisca J. A. Van Steensel e Susan M. Bogels. 2021 Holanda	Estudo Randomizado controlado, que compara o parto baseado em <i>Mindfulness</i> e a o parto com cuidados padronizados. O estudo incluiu 141 mulheres grávidas de baixo risco, nulíparas, e múltiparas com idades ≥ 18 anos. As participantes foram recrutadas a partir de centros de obstetrícia em Amesterdão e Haia, Holanda. Foi utilizado um questionário “Wijma-Delivery Expectation Questionnaire –W-DEQ-A” antes de parto em 3 momentos distintos. Nível de Evidência: 1.a (New JBI Levels of Evidence)	Investigar se o parto e os cuidados parentais baseados em <i>Mindfulness</i> e os cuidados prestados habitualmente para os casais diminuem o medo do parto e as intervenções obstétricas não urgentes durante o parto levam a obter melhores resultados nos recém-nascidos.	Os autores verificaram que os cuidados com base em <i>Mindfulness</i> foram mais significativos do que aqueles com cuidados habituais, na diminuição do medo do parto, nas intervenções obstétricas e na aceitação da dor do parto. Os participantes com os cuidados com baseados em <i>Mindfulness</i> apresentaram menor probabilidade de serem submetidos a uma cesariana, de recorrerem menos vezes à analgesia epidural e verificaram-se melhores índices de apgar ao 1º minuto de vida nos recém-nascidos. A psicoeducação é reconhecida como uma intervenção não-clínica, que reduz a ansiedade, a dor crónica, o medo e a dor no parto. A meditação consciente, permite aos indivíduos observar experiências, tais como, sensações físicas, pensamentos e emoções, através de uma lente, que resulta de uma maior tolerância e aceitação, redução de reatividade. Ambas as intervenções demonstraram-se eficaz quando conjugada com o <i>Mindfulness</i>.

Nome do Artigo Autores Ano País	Método Participantes Nível de Evidência	Fenómeno de interesse	Principais Conclusões
<i>"The Role of Emotion Regulation in Pain Management Among Women From Labor to Three Months Postpartum: An Integrative Review"</i> Pornpan Srisopa; Xiaomei Cong; Beth Russell e Ruth Lucas. 2021 Tailândia	Trata-se de uma Revisão Integrativa da Literatura, que avalia a utilização das estratégias de gestão das emoções, com o <i>Mindfulness</i> e técnicas de distração. Nos 9 artigos selecionados foram verificadas melhorias significativas na diminuição da intensidade da dor durante o trabalho de parto nas mulheres que foram formadas e que praticaram durante o período pré-natal. Participaram 710 mulheres, entre os 18-40 anos, na sua maioria primíparas, sem patologia na gravidez. Nível de Evidência: 5.a (New JBI Levels of Evidence).	O objetivo desta revisão foi aprimorar a compreensão do papel das estratégias de regulação emocional e verificar quais os resultados na redução da dor das mulheres desde o trabalho de parto até 3 meses pós-parto.	Os autores verificaram que tanto o <i>Mindfulness</i> como a distração podem ser estratégias oferecidos às mulheres grávidas para o autocontrolo, gestão da dor e outros desconfortos, tais como, desconfortos psicológicos e fisiológicos durante o trabalho de parto. A estratégia de distração demonstrou ser mais eficaz quando as mulheres são formadas e treinadas antes do parto. A técnica de distração e a prática diária de <i>Mindfulness</i> ajudam a reduzir a percepção da dor em diferentes momentos.
<i>"Relaxation techniques for pain management in labour (Review)"</i> Caroline A Smith, Kate M Levett, Carmel T Collins, Mike Armour, Hannah G Dahlen, Machiko Suganuma	Meta-análise, que inclui estudos randomizado (e estudos quase randomizados), de efeito aleatório, de natureza quantitativa, que avalia os efeitos das técnicas de relaxamento baseadas em <i>Mindfulness</i>, na gestão da dor durante o trabalho de parto e no pós-parto. Os 15 estudos	Este estudo tem como objetivo compreender quais os efeitos das técnicas de relaxamento mente-corpo na gestão da dor no trabalho de parto e no bem-estar materno e neonatal,	O recurso a algumas terapias mente-corpo, como o relaxamento, ioga ou música pode ser útil para reduzir a intensidade da dor e ajudar as mulheres a sentirem mais controle e satisfação durante o trabalho de parto. As técnicas de relaxamento são um recurso para as mulheres que pretendem evitar métodos farmacológicos ou invasivos de alívio da dor no trabalho de parto. As intervenções mente-corpo ou intervenções <i>Mindfulness</i>, são diversas e podem ser fornecidas às mulheres por meio da instrução dessas técnicas durante as aulas pré-

Nome do Artigo Autores Ano País	Método Participantes Nível de Evidência	Fenómeno de interesse	Principais Conclusões
2018 Austrália	selecionados, envolveram 1731 mulheres em trabalho de parto. Nível de Evidência: 1.b (New JBI Levels of Evidence)	durante e após o trabalho de parto.	natais e em combinação com os cuidados habituais. No entanto, a utilização de outras técnicas experimentadas, neste estudo tornam difícil dizer especificamente o que pode ajudar as mulheres. Assim, seriam necessários mais estudos de pesquisa nesta área.
“Medo do parto: Uma revisão das intervenções baseadas na Terapia Cognitivo-Comportamental” Lívia R. de C. Nunes, Fernanda C. Coutinho e Veruska Andréa dos Santos. 2021 Brasil	Revisão sistemática da literatura, que utiliza o instrumento <i>Wijma Delivery Expectancy-Experience Questionnaire – W-DEQ</i> , para avaliar o medo relacionado ao parto durante a gravidez e o medo do parto. Foram selecionadas 111 participantes, das quais 52 fizeram parte do grupo de intervenção e 59 do grupo controle que não recebeu nenhum tipo de tratamento. Nível de Evidência: 3.a (New JBI Levels of Evidence)	Este estudo teve como objetivo investigar de que forma a Terapia Cognitivo-Comportamental tem sido aplicada em casos de medo do parto e avaliar a eficácia dessas intervenções.	Os autores concluíram que as técnicas terapêuticas como a reestruturação cognitiva, a exposição e o Mindfulness demonstraram ser relevantes para uma percepção menos negativa do parto e para o desenvolvimento de confiança da parturiente. Conclui-se que as intervenções em terapias cognitivo-comportamental apresentaram benefícios para o medo do parto. A prática de Mindfulness pode ajudar as mulheres na conexão com o momento presente e na maior consciência das sensações corporais. Desta forma, espera-se que esta prática ajude a enfrentar as sensações intensas durante o trabalho de parto.

Emergiram para análise 4 artigos, realizados entre 2018 e 2021, na Austrália, Brasil, Holanda e Tailândia. Não foi encontrado nenhum estudo realizado em Portugal. Os 4 artigos foram analisados e as interpretações sintetizadas de forma a determinar o conhecimento científico atual sobre o efeito do *Mindfulness* no alívio da dor no trabalho de parto. Os principais resultados podem agrupar-se em duas categorias: o alívio da dor e o conforto.

***Mindfulness* no alívio da dor durante o trabalho de parto:**

- O relaxamento;
- A meditação guiada;
- O ioga;
- A música;
- Técnicas de respiração,
- Técnicas de distração e movimento corporal.

***Mindfulness* no conforto durante trabalho de parto:**

- Experiência de sensações físicas, pensamentos e emoções, com maior tolerância e resiliência;
- Maior consciência das sensações corporais;
- Ajuda na conexão com o momento presente;
- Perceção menos negativa do TP;
- Redução da ansiedade e do medo;
- Menor recorrência à analgesia loco regional,

3.3 DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Nesta pesquisa foram encontrados artigos que abordaram o efeito do *Mindfulness* como estratégia de alívio da dor durante o TP e nascimento considerado como uma medida de conforto.

O TP pode ser reconhecido para as mulheres como um verdadeiro desafio, quer a nível psicológico como fisiológico, devido à dor associada a esta fase, que é relatada como uma das dores mais intensas que pode ser vivida (Nunes *et. al.*, 2022).

O *Mindfulness* significa estar presente, no aqui e agora, no envolvimento do que está a acontecer, sem distrações, com uma mente calma e aberta (Puddicombe, 2021), tão simples como “o regresso contínuo àquilo que se está a passar em relação a si em cada momento presente” (O'Morain, 2022). A sua prática está associada a uma menor perceção do stress, ansiedade, dor crónica e depressão (Bnoura, 2018; Almeida *et al.*, 2021), aumentando os níveis de atenção plena, resiliência e qualidade de vida (Puddicombe, 2021). Promove o desenvolvimento da autonomia, autoeficácia e o empoderamento por meio do treino da atenção plena, considerados como aspetos fundamentais no conceito moderno de promoção da saúde. A sua aplicação pode ser considerada preventiva e/ou terapêutica, tendo impacto em todos os aspetos da promoção da saúde (Demarzo &

Garcia-Campayo, 2017).

As intervenções de *Mindfulness* são diversas e abrangem técnicas de relaxamento como, o ioga, a meditação guiada, relaxamento muscular progressivo e a respiração. Estas intervenções quando colocadas em prática destacam as interações entre cérebro, a mente, o corpo e o comportamento, com a intenção de usar a mente para afetar o funcionamento físico e promover a saúde (Smith *et al.*, 2018). Ao aliviar a dor e auxiliar a parturiente nas situações de stress como, na gestão do bem-estar, nos desconfortos psicológicos e fisiológicos, aumenta-se a consciencialização neste domínio (Srisopa *et al.*, 2021). Segundo Smith *et al.* (2018), em contexto de TP, averiguou-se que as intervenções fundamentadas em *Mindfulness* estão intimamente ligadas as técnicas de relaxamentos. Estas intervenções quando utilizadas são definidas como estratégias de *coping*, ao reduzir a dor (Smith *et al.*, 2018). Isto ocorre devido à interrupção da transmissão de sinais de dor e ao limitar a capacidade de prestar atenção à dor, estimulando a libertação de endorfinas que ajudam a diminuir a dor aumentada relacionada com os pensamentos (Smith *et al.*, 2018). A OMS (2018), afirma que a implementação destas intervenções admite a inclusão de métodos menos invasivos de alívio da dor, que permitam a expressão individual da mulher e o seu direito de escolha e decisão.

O ioga compreende a coordenação entre a mente-corpo-respiração, a força, a flexibilidade e o equilíbrio, promovendo o relaxamento e a meditação, ao melhorar a eliminação das “toxinas” do corpo, permitindo a libertação dos bloqueios mentais e emocionais (Smith *et al.*, 2018). Esta técnica, de acordo com Bnoura (2018), oferece múltiplos benefícios tais como, diminuição no recurso a medicamentos, formação prática nesta área com estratégia de gestão da dor e uma aprendizagem adaptável ao ambiente do TP. Esta prática revelou classificações mais baixas de dor durante o TP, uma maior satisfação no alívio da dor durante esta fase e uma experiência de parto positiva (Smith *et al.*, 2018).

A meditação guiada utiliza a mente para influenciar o estado físico, emocional ou espiritual. Esta técnica é reconhecida como uma experiência agradável e relaxante, diminuindo a intensidade da dor ou na substituição de uma sensação desagradável (Smith *et al.*, 2018). Durante o TP, verificou-se uma redução no stress e na perceção da dor (Smith *et al.*, 2018), que resultou do aumento da consciência corporal e no desenvolvimento da compreensão das perceções e sensações subtis do corpo (Grecucci *et al.*, 2015).

O relaxamento muscular progressivo direciona para consecutivos relaxamentos dos grupos musculares do corpo, dos pés à cabeça, para alcançar o relaxamento geral do corpo (Smith *et al.*, 2018). A concentração nas sensações associadas à libertação da tensão

muscular e nas sensações de conforto, evidenciou eficácia na redução da intensidade da dor durante a fase latente do TP. Já na ativa do TP, verificou-se pontuações reduzidas de dor (Smith *et al.*, 2018), baixos níveis de ansiedade e uma maior tolerância à dor (Davim, 2007).

As técnicas de respiração podem ser caracterizadas como uma psicoprofilaxia, ao se distinguir do relaxamento muscular progressivo como uma resposta condicionada às contrações do TP (Smith *et al.*, 2018). É uma técnica segura e de simples aplicação, (Demarzo & Garcia-Campayo, 2017) que engloba uma variedade de técnicas de respiração padronizadas para melhorar a oxigenação e interferir na transmissão de sinais de dor do útero para o cérebro (Smith *et al.*, 2018). Os exercícios respiratórios possibilitam a redução da pressão exercida sobre o períneo, o que leva a uma diminuição da dor devido ao efeito neutralizador da respiração profunda (Davim, 2007). Verificou-se efeitos significativos desta técnica no segundo estágio do TP, registando-se pontuações de dor mais baixas, tornando-se um método eficaz no alívio e conforto da dor durante o TP (Marques & Delfino, 2016; Srisopa *et al.*, 2021).

Para Nunes *et al.* (2022), o suporte e a atenção psicológica oferecidas às mulheres com medo severo do parto é essencial para que seja quebrado o ciclo vicioso de medo. Este suporte e esta atenção, podem ser fornecidos através da psicoterapia, pela Terapia Cognitivo-Comportamental. Esta Psicoeducação combina técnicas cognitivas e comportamentais, com o propósito de obter recursos ou de aperfeiçoar aptidões para lidar com situações de stress no dia-à-dia (Marques, 2016). Apresenta um enorme potencial para ajudar a compreender as crenças disfuncionais do parto e em fornecer evidências, de forma a facilitar e amenizar a reestruturação cognitiva (Nunes *et al.*, 2022, Marques, 2016). Nesta terapia, o *Mindfulness* apoia a aceitação e a reavaliação da vivência interna, ao descobrir como investir na realização dos valores mais preciosos, em vez de os sacrificar, facilitando este processo terapêutico (Vandenberghe & Valadão, 2013).

A Psicoeducação quando combinada com Educação Perinatal, potencia a obtenção de conhecimento sobre a fisiologia da gravidez e do parto, ao conhecer a capacidade do próprio corpo para lidar com o TP, com base em conhecimentos científicos (Nunes *et al.*, 2022). O Plano de Parto e Nascimento é um exemplo deste tipo de educação, ao apresentar as preferências que a mulher tem de forma objetiva e de orientar os profissionais de saúde durante todo o processo (Nunes *et al.*, 2022). A OMS recomenda a sua prática desde MAS, ao garantir a qualidade nos cuidados prestados e ao assegurar uma assistência mais humanizada (Torres & Rached, 2017), refletindo-se numa maior satisfação com o TP e numa experiência de parto positiva (Nunes *et al.*, 2022).

Ao investigar dois programas, em que o primeiro avalia o parto e os cuidados parentais baseados no *Mindfulness*, apurou-se que técnicas de gestão de ansiedade e de medo, e meditações guiadas revelaram serem eficazes na redução ao recurso de analgesia loco-regional, de cesarianas desnecessárias e melhores índices de apgar ao primeiro minuto de vida nos RN (Veringa-Skiba *et al.*, 2021). Esta descoberta demonstra que o conhecimento e a autoeficácia adquirida, ajuda as parturientes a permanecerem calmas durante o TP, melhorando o seu bem-estar (Alkhunaizi *et al.*, 2023). Já o segundo programa, avalia os cuidados prestados como habituais/rotineiros, mostrando quais os fatores que causam medo e stress perinatal, sugerindo a criação de um plano de sobrevivência através da Psicoeducação - Plano de Parto e Nascimento, como forma de reduzir esses receios (Veringa-Skiba *et al.*, 2021).

Ao investigar a conjugação da Psicoeducação com a Educação Perinatal e o *Mindfulness*, averiguou-se que as mulheres reformularam a sua perceção do TP ao mudar a sua vivência no sofrimento e na progressão do mesmo, assumindo o controlo e demonstrando confiança nesta etapa (Byrne *et al.*, 2013; Nunes *et al.*, 2022). Contudo, outras mulheres admitiram que a atenção concentrada na respiração e na conversa interna positiva foi ineficaz quando a dor era insuportável (Nunes *et al.*, 2022).

3.4. PRINCIPAIS CONCLUSÕES DA SCOPING REVIEW

A análise dos 4 artigos, corroborou que o efeito do *Mindfulness* no alívio da dor no TP tem potencial para aliviar a intensidade da dor associada a fatores sensoriais, afetivos e cognitivos relacionados com a dor do TP.

Verificou-se que os cuidados baseados em *Mindfulness* foram mais significativos do que os cuidados habituais/rotineiros na diminuição do medo do parto, nas intervenções obstétricas e na aceitação da dor. Estas intervenções podem ser fornecidas às grávidas nas aulas de preparação para o parto e nas consultas de e vigilância da gravidez de baixo risco.

A prática de *Mindfulness* pode ajudar as mulheres na conexão com o momento presente e na maior consciência das sensações corporais. Os dados disponíveis indicam que as técnicas de relaxamento podem ser úteis para o controle da dor e conforto no TP.

Pela ausência de artigos encontrados em Portugal, com a presente equação de pesquisa, recomenda-se a realização de investigação que se debruce sobre esta temática (Apêndice V; VI; VII).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente relatório resulta do meu percurso de aprendizagem no 8º CMESMO, que culminou na realização do último estágio deste curso, o estágio IV e do seu relatório. A sua elaboração possibilitou a reflexão e análise crítica do meu percurso formativo na aquisição de competências de EEESMO.

O estágio IV constituiu uma aprendizagem enriquecedora na aquisição e desenvolvimento de competências científico, técnicas, relacionais e ético-morais, que contribuíram para a prestação de cuidados especializados à mulher/ parturiente, feto/RN e família. Também possibilitou refletir de forma individual, em conjunto com as enfermeiras cooperantes e com a equipa multidisciplinar, de forma a conhecer as situações e a debatelas no sentido de melhorar a prestação de cuidados com a evidencia mais atual. Saliento que a relação estabelecida com as enfermeiras cooperantes e com a equipa multidisciplinar foi crucial para o sucesso deste estágio.

No início do estágio, observei os cuidados e a mestria das enfermeiras cooperantes e, com o decorrer do tempo, fui colaborando na prestação de cuidados e gradualmente realizando cuidados de forma autónoma. Este estágio, proporcionou a minha participação num momento tão especial como o nascimento de um filho, fazendo-me refletir sobre o valor da vida humana, o privilégio de participar num momento único e especial na vida de um casal, e na responsabilidade do EEESMO.

Quanto à escolha do tema a desenvolver, resolvi explorar uma temática de interesse pessoal, trazendo-me benefícios pessoais e profissionais. A utilização crescente de intervenções com base em *Mindfulness*, a nível mundial, despertou o interesse em aprofundar conhecimentos sobre esta temática, tendo por base o alívio da dor durante o TP. Permitiu aumentar o meu leque de conhecimentos, a aquisição e o desenvolvimento de competências do EEESMO.

A realização da SR possibilitou mapear a evidencia disponível, adquirir mais conhecimentos e com isso promover a melhoria da qualidade dos cuidados prestado ao recorrer à prática baseada na evidência. Face aos resultados dos artigos analisados e ao objetivo da SR, pode afirmar-se que serão necessários mais estudos para compreender os efeitos do *Mindfulness* no alívio da dor no TP, principalmente em Portugal.

Neste âmbito, sendo o alívio da dor o meu objetivo e, por sua vez o conforto inerente a esta intervenção, a minha prestação de cuidados foi realizada à luz da teoria do Conforto

de Kolcaba. Os cuidados enfermagem foram prestados de forma individualizada e especializada na área da saúde materna e obstétrica, promovendo e assegurando o bem-estar e o conforto da mulher durante o TP.

Será importante como futura EEESMO apostar na formação continua numa perspetiva teórico-prática no âmbito desta temática, para que no futuro seja capaz de implementar e desenvolver intervenções autónomas de *Mindfulness* no alívio da dor no TP na minha prática de cuidados. Exemplos de formações que pretendo realizar são o MBSR – *Mindfulness Based Stress Reduction* e o *GentleBirth*. Este dois programas são reconhecidos a nível mundial e ajudam no *mindset* durante o TP e parto, permitindo uma gestão e implementação medidas de alívio da dor durante o TP por parte do EEESMO, que promovem o equilíbrio, uma sensação de paz e gratidão na parturiente.

A continuação desta investigação será uma mais valia para prestação de cuidados à mulher/casal atendendo aos contributos que a mesma poderá ter na gestão de cuidados e no alívio da dor e conforto da mulher na vivência do TP. Pretendo ainda publicar a SR desenvolvida durante este percurso, contribuindo para a existência de mais suporte científico nesta área e a transladação do conhecimento.

Saliento que estes dois anos letivos do CMESMO foram um verdadeiro desafio pessoal e profissional, principalmente na gestão e a organização da sobrecarga horária, no meu papel enquanto mestranda, companheira, filha, irmã, neta, tia e enfermeira.

Este relatório foi o culminar da minha experiência académica (para já) e o início de um novo desafio profissional.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu-e-Silva, J. d., & Ayres-de-Campos, D. (2009). Colheita e interpretação da gasimetria do sangue umbilical. *Acta Obstétrica e Ginecológica Portuguesa*, 3(1), 35–44. http://www.fspog.com/fotos/editor2/1_ficheiro_388.pdf
- Almeida, L., Rocha, G., & Silva, J. (2021). A importância da prática de *Mindfulness* como ferramenta para a redução dos sintomas de ansiedade e depressão no contexto da pandemia de covid-19. *Research Society and Development*, 10(15). DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i15.23559>
- Alkhunaizi, A. N., Alyousef, S. M., Alhamidi, S. A., & Almoammar, D. N. (2023). Saudi Arabian Primigravid Women's Experiences of Mindfulness to Reduce Childbirth Stress: A Qualitative Study. *SAGE Open Nursing*, 9, 1-11. <https://doi.org/10.1177/23779608231175214>
- Apóstolo, J.L.A. (2009). O conforto nas teorias de enfermagem – análise do conceito e significados teóricos. *Revista referência*, 2(9) 61-67. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388239956007>
- Associação Portuguesa Para o Estudo da Dor. (2023, novembro 25). *O que é a dor?*. <https://www.aped-dor.org/index.php/sobre-a-dor/definicoes>
- Association of Women's Health Obstetric and Neonatal Nurses. (2021). Quantification of Blood Loss: AWHONN Practice Brief Number 13. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 50(4), 503–505. <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2021.04.007>
- Bonomi, I. B. d. A., Cunha, S. M., Trigueiro, M. d. C., Lobato, A. C. d. L., & Tavares, R. P. (2012). Prevenção e manejo da hemorragia pós-parto. *Revista Médica Minas Gerais*, 22(2), 70–77. <https://pesquisa.bvsalud.org/porta1/resource/pt/biblio-910093>
- Bonura, K. B. (2018). Just Breathe: Mindfulness as Pain Management in Pregnancy. *International Journal of Childbirth Education*, 33(1), 6–9. <http://search.ebscohost.com.proxy.nw.uit.edu/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=127211603&site=eds-live>

- Brimdyr, K., Cadwell, K., Svensson, K., Takahashi, Y., Nissen, E., & Widström, A. (2020). The nine stages of skin-to-skin: practical guidelines and insights from four countries. *Maternal & Child Nutrition*, 16(4). <https://doi.org/10.1111/mcn.13042>
- Byrne, J., Hauck, Y., Fisher, C., Bayes, S., & Schutze, R. (2013). Effectiveness of a Mindfulness-Based Childbirth Education Pilot Study on Maternal Self-Efficacy and Fear of Childbirth. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 59(2), 192–197. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12075>
- Cardoso, R. B., Caldas, C. P., & Souza, P. A. d. (2019). Uso da Teoria do Conforto de Kolcaba na implementação do processo de enfermagem: Revisão Integrativa. *Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde*, 8(1), 118-128. <https://doi.org/10.18554/reas.v7i2.2758>
- Cardoso, R., Souza, P., Caldas, C., & Bitencourt, G. (2020). Diagnósticos de enfermagem em idosos hospitalizados à luz da teoria do conforto de Kolcaba. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(4), 1-8. <https://doi.org/10.12707/rv20066>
- Coelho, K. C., Rocha, I. M. d. S., & Lima, A. L. d. S. (2018). Métodos não farmacológicos para alívio da dor durante trabalho de parto. *Revista Recien - Revista Científica de Enfermagem*, 8(22), 14-21. <https://doi.org/10.24276/rrecien2358-3088.2018.8.22.14-21>
- Davim, R. (2007). *Avaliação da Efetividade de Estratégias não Farmacológica para o Alívio da Dor de Parturientes na Fase Ativa do Período de Dilatação no Trabalho de Parto* [Título de Doutor em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte]. Repositório Institucional UFRN. https://repositorio.ufrn.br/bitstream/123456789/13108/1/AvaliacaoEfetividadeEstrategias_Davim_2007.pdf
- Demarzo, M., & Garcia-Campayo, J. (2017). Mindfulness Aplicado à Saúde. In D. Augusto & R. Umpierre (Eds.), *Programa de Atualização em Medicina de Família e Comunidade* (12a ed., pp. 64–125). Artmed Panamericana. https://www.researchgate.net/publication/317225586_Mindfulness_Aplicado_a_Saude_Mindfulness_for_Health

- Direção Executiva do SNS. (2023, 13 de janeiro). *Nascer em Segurança no SNS – 1º trimestre* 2023. https://www.sns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2023/02/PR_DESNS_09_31012023.pdf
- Direção Geral da Saúde. (2015). *Circular Normativa nº 005/2015 – “Colheita de Sangue do Cordão Umbilical para Gasimetria”*. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0052015-de-19012015-pdf.aspx>
- Fatia, A., & Tinoco, L. (2016). Trabalho de Parto. In M. Nené & R. Sequeira (Eds.) *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp.308-323). Lidel.
- Ferreira, A. (2016). Fisiologia do Puerpério. In M. Nené & R. Sequeira (Eds.) *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 438-442). Lidel.
- FIGO Safe Motherhood and Newborn Health (SMNH) Committee. (2012). Prevention and treatment of postpartum hemorrhage in low-resource settings. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 117(2), 108–118. https://www.sigo.it/wp-content/uploads/2015/10/FIGO-Guidelines_Prevention-and-Treatment-of-PPH-etc1.pdf
- Frederico, M. (2011). Integração Profissional. *Revista Sinais Vitais*, 37(2001), pp.33-36.
- Graça, L.M. (2017). *Medicina Materno-Fetal* (5ª ed). Lisboa: Lidel.
- Grecucci, A., Pappaianni, E., Siugzdaite, R., Theuninck, A., & Job, R. (2015). *Mindful Emotion Regulation: Exploring the Neurocognitive Mechanisms behind Mindfulness*. *BioMed Research International*, 2015, 1–9. <https://doi.org/10.1155/2015/670724>
- Grupo Português de Triagem. (2010). *Triagem no Serviço de Urgência* (2a ed.). Grupo Português de Triagem.
- Hofberg, K., & Ward, M. R. (2004). Fear of Childbirth, Tocophobia, and Mental Health in Mothers: The Obstetric–Psychiatric Interface. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 47(3), 527–534. <https://doi.org/10.1097/01.grf.0000132527.62504.ca>

- Hughes, A., Williams, M., Bardacke, N., Duncan, L. G., Dimidjian, S., & Goodman, S. H. (2009). Mindfulness approaches to childbirth and parenting. *British Journal of Midwifery*, 17(10), 630–635. <https://doi.org/10.12968/bjom.2009.17.10.44470>
- Isgut, M., Smith, A., Reimann, E., Kucuk, O., & Ryan, J. (2017). The impact of psychological distress during pregnancy on the developing fetus: biological mechanisms and the potential benefits of Mindfulness interventions. *Journal of Perinatal Medicine*. 45(9), 999-1011. DOI: 10.1515/jpm-2016-0189
- Joanna Briggs Institute (2020). *Joanna Briggs Institute Manual for Evidence Synthesis*. Austrália. The University of Adelaide. <https://wiki.jbi.global/display/MANUAL>.
- Kolcaba, K. Y. (1991). A Taxonomic Structure for the Concept Comfort. *Image: the Journal of Nursing Scholarship*, 23(4), 237–240. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1991.tb00678.x>
- Kolcaba, K. Y. (1995). The Art of Comfort Care. *Image: the Journal of Nursing Scholarship*, 27(4), 287–289. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1995.tb00889.x>
- Kolcaba, K. Y., & Fisher, E. M. (1996). A Holistic perspective on comfort care as an advance directive. *Critical Care Nursing Quarterly*, 18(4), 66–76. <https://doi.org/10.1097/00002727-199602000-00009>
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice: A vision for holistic health care and research*. Springer Publishing Company. https://books.google.pt/books?id=nduGie_ouQkC&printsec=frontcover&hl=pt-PT&source=gbs_vpt_read#v=onepage&q&f=false
- Lei n.º 110/2019. Estabelece os princípios, direitos e deveres aplicáveis em matéria de proteção na preconceção, na procriação medicamente assistida, na gravidez, no parto, no nascimento e no puerpério, procedendo à segunda alteração à Lei n.º 15/2014, de 21 de março. Assembleia da República. Diário da República I Série., n.º172/2019, 2019-09-09 (p. 94-101). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/110-2019-124539905>
- Lima, J. V. F., Guedes, M. V. C., Silva, L. d. F. d., Freitas, M. C. d., & Fialho, A. V. d. M. (2016). Utilidade da teoria do conforto para o cuidado clínico de enfermagem à

puérpera: análise crítica. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 37(4). <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.04.65022>

Lowdermilk, D., & Perry, S. (2008). *Enfermagem na Maternidade*. Lusodidacta.

Marques, E. L. L., & Delfino, T. E. (2016). Contribuições das técnicas de respiração, relaxamento e mindfulness no manejo do estresse ocupacional. *O Portal dos Psicólogos*. <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0965.pdf>

Marques, A. R. M. (2021). *Guidelines da OMS sobre o 1º estágio do trabalho de parto e a realidade portuguesa* [Dissertação para obtenção de Grau de Mestre em Medicina, Universidade da Beira Interior]. uBiblorum. <http://hdl.handle.net/10400.6/11313>

Mascarenhas, V. H. A., Lima, T. R., Silva, F. M. D. e., Negreiros, F. d. S., Santos, J. D. M., Moura, M. Á. P., Gouveia, M. T. d. O., & Jorge, H. M. F. (2019). Evidências científicas sobre métodos não farmacológicos para alívio a dor do parto. *Acta Paulista de Enfermagem*, 32(3), 350–357. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201900048>

Mascarenhas, C., Amaral, C., Sequeira, A., & Rua, M. (2020). Hemorragia pós-parto/Atonia uterina. In A. Sequeira, O. Pousa & C. Amaral (Eds.), *Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 178-186). Lidel.

Montenegro N., Rodrigues T., Ramalho C., & Ayres de Campos, D. (2014). *Protocolos de Medicina Materno-Fetal*, 3ªed, Lisboa: Lidel.

Nunes, L., Coutinho., C., & Santos, V. (2021). Medo do parto: Uma revisão das intervenções baseadas na Terapia Cognitivo-Comportamental. *Psicologia: Teoria e Prática*, 24 (1), 1–22. [Doi.org/10.5935/1980-6906/ePTPCP14089](https://doi.org/10.5935/1980-6906/ePTPCP14089).pt

Oliveira, A. S. d., Damasceno, A. K. d. C., Moraes, J. L. d., Moreira, K. d. A. P., Teles, L. M. R., & Gomes, L. F. d. S. (2014). Technology used by companions in labor and childbirth: a descriptive study. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 13(1), 36-45. <https://doi.org/10.5935/1676-4285.20144254>

O'Morain P. (2022). *Mindfulness Essencial*. Nascente; p. 9-187.

Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Dor - Guia Orientador de Boa Prática*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/caderno-soe-dor.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2014a). *Projeto da MCEESMO-OE, Maternidade com Qualidade - Promover e aplicar medidas não farmacológicas no alívio da dor no trabalho de parto e parto*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/MaternidadeComQualidade/INDICADOR_Medidasnaofarmacologicas_ProjetoMaternidadeComQualidade.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2014b). *Projeto da MCEESMO-OE, Maternidade com Qualidade - Realizar precocemente contacto pele a pele, entre mãe e filho, dando apoio ao início da amamentação na primeira hora do pós-parto, conforme diretrizes da OMS sobre o aleitamento materno*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/MaternidadeComQualidade/INDICADOR_PeleaPeleAmamentacao_ProjetoMaternidadeComQualidade.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2015). *Livro de bolso: Enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica/parteiras*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8891/livrobolso_eesmo.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2019a). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (Regulamento nº391/2019, 2ª série-nº85). <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/11870/1356013565.pdf>

Ordem dos enfermeiros. (2019b). *Regulamento 140/2019 "Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa: Diário da República. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (s.d). *Dor em Obstetrícia*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/projectos/Documents/Projetos_MelhoriaQualidade_Cuidados_Enfermagem/HospitalNelioMendonca_Dor_Obstetricia_Madeira.pdf

- Organização Mundial da Saúde. (1994). *Preventing prolonged labour: a practical guide. The partograph*.
https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/58903/WHO_FHE_MSM_93.8.pdf?sequence=1
- Organização Mundial da Saúde. (2018). *WHO Recommendations on Intrapartum Care for a Positive Childbirth Experience*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf?sequence=1>
- Pereira, R. P. G. (2021). Eficácia clínica e prática baseada em evidências: Avaliação de atitudes, competências e práticas. In R. S. D. Molin (Ed.), *Teoria e prática de enfermagem: da atenção básica à alta complexidade* (pp. 15–35). Editora Científica Digital. <https://doi.org/10.37885/210303903>
- Portaria n.º 331/2021 Proposta Rede de Referência Hospitalar em Obstetrícia, Ginecologia e Neonatologia*. (2021). Diário da República n.º 253/2021, 2º Suplemento, Série I de 2021-12-31. <https://www.sns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2023/02/Proposta-Rede-de-Referenciacao-Hospitalar-em-Obstetricia-Ginecologia-e-Neonatologia.pdf>
- Puddicombe, A. (2021). *Gravidez e Mindfulness*. Editora Nascente.
- Rabiais, I., & Amendoeira, J. (2013). Educar em enfermagem: um processo de reflexividade na interação. *Cadernos De Saúde*, 6, 55-68.
<https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2013.2841>
- Ramos, R., Alexandre, T., Cruz, O., Torcato, L., Carteiro, D., & Dias, H. (2020). Estratégias terapêuticas não convencionais durante o trabalho de parto: Uma Scoping Review. *Revista da UIIPS – Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém*, 8(1), 310–320. <http://ojs.ipsantarem.pt/index.php/REVUIIPS>
- Regulamento n.º 391/2019* (2019a). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Diário da República n.º 85/2019, Série II de 2019/05/03. Lisboa. <https://dre.pt/application/conteudo/122216892>

- Regulamento nº 140/2019* (2019b). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República n.º 26/2019, Série II de 2019/02/06. Lisboa. <https://dre.pt/application/conteudo/119236195>
- Sacristan-Martin, O., Santed, M. A., Garcia-Campayo, J., Duncan, L. G., Bardacke, N., Fernandez-Alonso, C., Garcia-Sacristan, G., Garcia-Sacristan, D., Barcelo-Soler, A., & Montero-Marin, J. (2019). A Mindfulness and compassion-based program applied to pregnant women and their partners to decrease depression symptoms during pregnancy and postpartum: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s13063-019-3739-z>
- Santos, E. (2009). A Aprendizagem pela Reflexão em Ensino Clínico. Estudo Qualitativo na Formação Inicial em Enfermagem. *Dissertação de Doutoramento em Didática*. Universidade de Aveiro.
- Santos, M. J., Sequeira, A., Freitas, C., Prata, A. P., & Lopes, S. (2020). Vigilância no Puerpério de Baixo Risco. In A. Sequeira, O. Pousa & C. F. Amaral (Eds.), *Procedimentos de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 188–191). Lidel
- Sartori, A., Vieira, F., Almeida, N., Bezerra, A., & Martins, C. (2011). Estratégias Não Farmacológicas De Alívio À Dor Durante O Trabalho De Parto. *Revista Eletrónica trimestral de Enfermería*, 10(21), 1–9. https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v10n21/pt_revision4.pdf
- Serviço Nacional de Saúde. (2016). *Literacia em Saúde*. SNS – Portal do SNS. Serviço Nacional de Saúde. <https://www.sns.gov.pt/noticias/2016/11/15/estrategia-nacional-para-a-literacia-em-saude/>
- Serviço Nacional de Saúde. (2023, outubro 21). *Partos e Cesarianas nos Cuidados de Saúde Hospitalares*. <https://transparencia.sns.gov.pt/explore/dataset/partos-e-cesarianas/table/?flg=pt-&disjunctive.regiao&disjunctive.instituicao&sort=tempo&refine=tempo=2022>
- Serviço Nacional de Saúde. (2023, março 10). *Hospital* *****factos. https://www.*****pt/hospital/dados-factos

- Serviço Nacional de Saúde 24. (2023, 10 de maio). *Direito ao acompanhamento do utente nos serviços de saúde*. <https://www.sns24.gov.pt/guia/direitos-e-deveres-do-utente/direito-ao-acompanhamento-do-utente-dos-servicos-de-saude/#quais-sao-os-direitos-do-acompanhante>.
- Silva, L. V. G. C. d. (2017). *Ingestão de líquidos claros durante o 1º estágio do trabalho de parto: Intervenções do EESMO* [Relatório de Estágio, Escola Superior de Saúde de Lisboa]. <http://hdl.handle.net/10400.26/20985>
- Silva, R. R. d., Carlos, J. F., Ó Vieira, M. J. D., Sousa, J. G. d. S., Silva, I. C. d., Pereira, R. d. S., Silva Filho, J. A. d., & Abreu, R. M. S. X. d. (2020). As Teorias De Enfermagem De Roy E Orem Intrínsecas À Sistematização Da Assistência De Enfermagem Para Promoção Da Saúde. *Brazilian Journal of Development*, 6(7), 52049–52059. <https://doi.org/10.34117/bjdv6n7-741>
- Schneider, L. R., Pereira, R. P. G., & Ferraz, L. (2020). Prática Baseada em Evidências e a análise sociocultural na Atenção Primária. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 30(2). <https://doi.org/10.1590/s0103-73312020300232>
- Schuling, K. D., & Sampsel, C. M. (1999). Comfort in Labor and Midwifery Art. Image: the *Journal of Nursing Scholarship*, 31(1), 77–81. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1999.tb00425.x>
- Smith, C. A., Levett, K. M., Collins, C. T., Armour, M., Dahlen, H. G., & Suganuma, M. (2018). Relaxation techniques for pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd009514.pub2>.
- Srisopa, P., Cong, X., Russell, B., & Lucas, R. (2021). The Role of Emotion Regulation in Pain Management Among Women From Labor to Three Months Postpartum: An Integrative Review". *Pain Management Nursing*. 22(6), 783-790. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2021.05.011>
- The American College of Obstetricians and Gynecologists. (2014). Executive summary: Neonatal encephalopathy and neurologic outcome, second edition. *Obstetrics & Gynecology*, 123(4), 896–901. https://journals.lww.com/greenjournal/fulltext/2014/04000/executive_summary__neonatal_encephalopathy_and.38.aspx

- The American College of Obstetricians and Gynecologists. (2016). Health Literacy to Promote Quality of Care. *Committee Opinion Obstetrics & Gynecology*, 676, 1-4. <https://www.acog.org/-/media/project/acog/acogorg/clinical/files/committee-opinion/articles/2016/10/health-literacy-to-promote-quality-of-care.pdf>
- Torres, K. N., & Abi Rached, C. D. (2017). A importância da elaboração do plano de parto e seus benefícios. *International Journal of Health Management Review*, 3(2). <https://doi.org/10.21902/jhmreview.v3i2.126>
- Vandenberghe, L., & Valadão, V. C. (2013). Aceitação, validação e mindfulness na psicoterapia cognitivo-comportamental contemporânea. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 9(2), 126–135. <https://doi.org/10.5935/1808-5687.20130017>
- Veringa-Skida, I., Bruin, E., Steensel, F., & Bogels, S. (2021). Fear of childbirth, nonurgent obstetric interventions, and newborn outcomes: A randomized controlled trial comparing Mindfulness -based childbirth and parenting with enhanced care as usual. *Birth*. <https://doi.org/10.1111/birt.12571>

APÊNDICES

Apêndice I: Projeto de Estágio

Escola Superior De Saúde De Santarém

PROJETO DE ESTÁGIO IV

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Sandrina Maria de Sousa Gaspar

Orientação:

Docente Sara Palma

Enfª ***** e Enfª *****

ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

BP - Bloco de Partos

CMESMO - Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

CTG – Cardiotocografia

ESSSantarém – Escola Superior de Saúde de Santarém

ESMO - Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

EEESMO - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de saúde Materna e Obstétrica

IPSantarém – Instituto Politecnico de Santarém

OE – Ordem dos Enfermeiros

RCT- Registo Cardiotocográfico

RN - Recém-nascido

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SUOG - Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica

TP - Trabalho de parto

Índice

INTRODUÇÃO	4
1 - CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE ESTÁGIO	6
1.1 – CARATERIZAÇÃO DO SERVIÇO DE URGÊNCIA OBSTETRICA E GINECOLOGICA	6
2 – PLANO DE ATIVIDADES	7
3 – CONSIDERAÇÕES FINAIS	27
4 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	28

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Planeamento de Competências e atividades de aprendizagem	67
--	-----------

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular Estágio IV – Estágio e Relatório no Bloco de Partos (BP), inserida no 2º ano do 8º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (CMESMO) foi proposto a elaboração de um projeto de estágio.

O estágio será desenvolvido num Hospital na região de Lisboa e Vale do Tejo, no Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica (SUOG) e no Bloco de partos (BP). O estágio irá decorrer no período de 28 de fevereiro de 2023 a 21 de junho de 2023 (20 semanas), tendo uma carga horária de 760 horas (560 horas foram afetas à prestação de cuidados, 140 horas de trabalho autónomo, 20 horas de orientação tutorial e 40 horas de seminário), sob a orientação da Professora Sara Palma e Cooperação de duas Enfermeiras Especialistas de Saúde Materna e Obstetrícia: uma com o Curso de Pós-licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (ESMO) e uma mestre na mesma área de especialização.

A elaboração do presente projeto possibilita desenvolver aprendizagens, estratégias e/ou atividades necessárias para o desenvolvimento de competências, tendo por base o Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista, nº 140/2019 de 6 de fevereiro e o Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica n.º 391/2019 de 3 de maio, bem como o Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (ESMO) de 26 de janeiro de 2018.

Este projeto tem como objetivo dar a conhecer o método de organização e desenvolvimento do estágio para atingir as competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de saúde Materna e Obstétrica (EEESMO), à parturiente e Recém-nascido (RN) em situação de saúde e doença. Deste modo, irei elaborar um quadro (quadro nº 1) para uma melhor compreensão, com a seguinte estrutura: objetivos específicos, atividades para desenvolver os mesmos, competências, intervenientes, bem como o momento no qual se pretende desenvolver todos os aspetos para atingir as competências do EEESMO. A consecução dos objetivos está definida em 3 momentos diferentes, nomeadamente: 5ª, 12ª e 20ª semanas de estágio.

Os objetivos definidos para esta unidade curricular são: prestar cuidados especializados de enfermagem à parturiente e RN em situação de saúde e doença; e integrar a equipa de saúde prestadora de cuidados à parturiente e RN em situação de saúde e doença.

De forma a adquirir os objetivos definidos anteriormente, será necessário desenvolver e demonstrar as seguintes competências:

- Integrar as competências comuns e específicas reguladas pela ordem dos enfermeiros (OE);
- Refletir e apoiar a prática clínica especializada em saúde materna e obstétrica com base em evidência;
- Avaliar, debater e divulgar os resultados;
- Desenvolver o autoconhecimento, a assertividade e uma prática profissional e ética;
- Basear a prática clínica especializada em padrões sólidos de conhecimento,
- Gerir os cuidados, apropriar a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, otimizando a qualidade dos cuidados prestados.

O presente projeto não é estanque, podendo sofrer alterações pertinentes e adequadas às necessidades e experiências ao longo do desenvolvimento do estágio e aquisição das respetivas competências. Encontra-se dividido em três partes, na primeira podemos encontrar a caracterização do local de estágio, na segunda o plano de atividades traçado para a sua consecução e por último algumas considerações finais.

1 - CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE ESTÁGIO

O estágio será desenvolvido no Hospital com parceria Público-Privada no SUOG e no BP. Este Hospital considerado nível I na Rede de Referência Hospitalar em Obstetrícia, Ginecologia e Neonatologia, que abrange 2 concelhos [Serviço Nacional de Saúde (SNS), 2023]. Em 2022 o número total de partos deste mesmo hospital foi de 2 472 partos, de acordo com os dados do Serviço Nacional de Saúde (SNS, 2023).

1.1 - CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO DE URGÊNCIA OBSTETRICA E GINECOLOGICA

O SUOG funciona 24 horas por dia, com uma equipa médica constituída por especialistas de Obstetrícia e Ginecologia, Anestesiologia, Neonatologia e respetivas equipas de enfermagem constituídas por EEESMO e Enfermeiras de Cuidados Gerais de forma garantir os melhores cuidados de saúde direcionados à mulher e grávidas, que recorrem a este serviço de urgência. Destacando-se as patologias obstétricas e ginecológicas: Hemorragia genitais; Gravidez ectópica; Dores pélvicas; Patologia mamária, Infecções ginecológicas e Patologia tumoral dor órgãos genitais (SNS, 2023).

O SUOG é constituído por 1 sala de triagem, 1 sala de tratamento, 2 gabinetes médicos, 1 sala com 3 cardiotocógrafos (CTG), com um rácio de dois Enfermeiros (2 EEESMO ou 1 EESMO e 1 Enfermeiro de Cuidados Gerais) em todos os turnos [turno da manhã (8.00-16:30), tarde (16:00-23:30) e noite (23:00-8:30)] na triagem e um auxiliar de ação médica afeta a este sector em todos os turnos. No BP existem 7 quartos de partos; 1 recobro com 3 camas; 1 sala de coordenação; 1 copa; 1 sala de sujos; 2 balneários para profissionais de saúde; 1 sala de cuidados ao recém-nascido (RN) e 2 salas de bloco operatório. Quantos aos rácios, na bloco de partos 2 EEESMO e 2 Enfermeiros de Cuidados Gerais no recobro e bloco operatório e 2 auxiliares de ação médica em todos os turnos.

2 - PLANO DE ATIVIDADES

Neste capítulo encontram-se descritas as competências a desenvolver, os objetivos específicos e a planificação das atividades previstas com a respetiva calendarização, assim como os intervenientes no processo de aprendizagem.

Quadro 3 - Planeamento de Competências e atividades de aprendizagem

Objetivos específicos	Atividades a desenvolver	Competências	Recursos	Calendarização
a) Integrar a equipa multidisciplinar do serviço de Bloco de Partos e Urgência Obstétrica e Ginecológica do Hospital.	-Receção pela Enfermeira Chefe e pela Cooperante; - Realização de uma visita ao serviço e apresentação aos elementos que compõe a equipa multidisciplinar; - Apresentação da distribuição e organização do serviço: estrutura física, metodologia de trabalho, horário da enfermeira cooperante e respetiva distribuição; - Consulta de protocolos e normas existentes no serviço; - Tomada de conhecimento sobre projetos desenvolvidos na área da ESMO; - Tomada de conhecimento do funcionamento do bloco de partos e do SUOG; - Demonstração de cooperação e assertividade na relação com a equipa multidisciplinar;	Competências comuns do enfermeiro especialista: A1; A2; B2; B3; C1; C2; D1; D2 (Regulamento N° 140/2019)	Recursos humanos: Mestranda Enfermeira Cooperante Equipa Multidisciplinar Recursos materiais: Consulta de normas e protocolos Informação científica	1ª e 2ª semana estágio, de 28 fevereiro a de fevereiro 10 de março.

	- Observação das atividades desenvolvidas resultantes da prestação de cuidados, bem como do papel EEESMO no respetivo serviço; -Conhecimento do circuito da mulher/grávida/parturiente, admitida no BP e SUOG; - Conhecimento da articulação entre do BP e o SUOG com os restantes serviços do Hospital; - Conhecimento do circuito da grávida/ parturiente/RN, desde a admissão até à transferência; - Estabelecimento e desenvolvimento de uma relação de empatia, organização, atenta e disponível; - Conhecimento sobre os projetos implementados; - Identificação e conhecimento do programa informático de cada unidade; - Realização de registos de enfermagem resultantes da prestação de cuidados no sistema informático- <i>Glint®</i>		Suporte teórico fornecido nas aulas	
b) Desenvolver competências no âmbito da gestão de cuidados, recursos humanos e materiais com o intuito de garantir a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados	- Conhecimento da metodologia de trabalho da equipa multidisciplinar implementada no serviço; - Observação das atividades desenvolvidas pelo Enfermeiro Chefe e/ou Responsável de Turno dos serviços, na gestão de recursos humanos, materiais e na gestão dos espaços físicos dos serviços; -Planeamento e priorização de atividades, de forma a gerir o tempo e recursos existentes de forma eficiente e eficaz;	Competências comuns do enfermeiro especialista: A1, A2, B1, B2 e C2	Recursos humanos: Mestranda Enfermeira Cooperante Equipa Multidisciplinar	Ao longo das várias semanas de estágio.

	- Prestação de cuidados de enfermagem especializados respeitando as normas de qualidade definidas e implementadas, de forma a gerir os recursos materiais e humanos; - Colaboração na seleção, requisição de materiais e equipamentos, considerando o nível de materiais e rentabilização dos mesmos; - Participação na distribuição e organização dos recursos humanos; - Promoção do exercício profissional de acordo com a ética e deontologia profissional; - Envolvimento da família/ acompanhantes no sentido de assegurar a satisfação das necessidades culturais e espirituais; - Aplicação dos princípios de segurança da administração de substâncias terapêuticas; - Delegação e supervisão de tarefas.	(Regulamento N° 140/2019)	Recursos materiais: Suporte teórico fornecido nas aulas	
c) Prestar cuidados especializados de enfermagem à mulher/grávida/família no serviço de urgência obstétrica e ginecológica;	- Realização da admissão da mulher/grávida no SUOG; - Realização da avaliação inicial: • Identificação do motivo de recorrência à urgência, • Elaboração da história clínica e obstétrica. - Avaliação física e psicológica da mulher/grávida;	Competências comuns do enfermeiro especialista: A1, A2, B1, B2, B3, C1, C2, D1, D2 (Regulamento	Recursos humanos: Mestranda Enfermeira Cooperante Equipa Multidisciplinar	Ao longo das várias semanas de estágio.

	- Promoção pelo respeito dos valores culturais, costumes, as crenças espirituais e as práticas específicas da mulher/grávida/família; - Identificação das necessidades de cuidados de enfermagem especializados da mulher/grávida; - Estabelecimento e desenvolvimento de uma relação de empatia e de ajuda; - Avaliação do bem-estar materno-fetal, quando aplicável; - Colaboração com o médico obstetra na realização de exames ginecológicos ou obstétricos, de acordo com a situação; - Realização de educação para a saúde de acordo com a situação, de forma a promover o empoderamento da mulher/grávida face à sua situação; - Encaminhamento da mulher/grávida de acordo com a especificidade da situação; - Realização de registos de enfermagem na <i>Glint®</i>.	Nº 140/2019) Competências específicas do ESMO: 2.1, 2.2, 2.3 (Regulamento Nº 391/2019)	Recursos materiais: Consulta de normas e protocolos Material e equipamento clínico Suporte teórico fornecido nas aulas	
d) Prestar cuidados especializados de enfermagem à grávida/parturiente/a acompanhante tendo por base a metodologia científica do processo de	- Acolhimento da grávida/parturiente/accompanhante respeitando a sua individualidade de vida; - Utilização de uma linguagem objetiva e coerente no sentido de promover a envolvimento e participação da grávida/parturiente/accompanhante em todo o processo; - Apresentação da EEESMO que a acolhe e restantes elementos da equipa multidisciplinar;	Competências comuns do enfermeiro especialista: A1, A2, B1, B2, B3, C1, C2, D1,	Recursos humanos: Mestranda Enfermeira Cooperante	Ao longo das várias semanas de estágio.

enfermagem, na Admissão no BP.	- Apresentação do espaço físico, funcionamento do bloco de partos e circuito externo do acompanhante; - Esclarecimento sobre a dinâmica do serviço de forma a reduzir a ansiedade da parturiente e acompanhante face ao internamento; - Demonstração de respeito pela individualidade étnica, cultural e pelas preferências da grávida/parturiente; - Utilização de linguagem adequada ao nível sociocultural da grávida/parturiente/acompanhante; - Planeamento de estratégias de intervenção em conjunto com a grávida/ parturiente/ acompanhante, incentivando a sua participação ativa em todo o processo; - Proporcionar conforto e privacidade à parturiente, procedendo ao esclarecimento dos procedimentos e o porquê dos mesmos; - Realização da avaliação inicial: • Perceção e respeito pelas expectativas da parturiente/acompanhante relacionadas com o trabalho de parto, nomeadamente a existência de plano de parto (verbal ou impresso); • Colheita de dados através do Boletim de saúde da grávida; • Colheita de dados através da entrevista. - Avaliação do bem-estar fetal através do registo Cardiotocografia (CTG); - Avaliação e observação obstétrica através do toque vaginal, tendo em conta a situação:	D2 Competências específicas do ESMO: 3.1, 3.2, 3.3	Equipa Multidisciplinar Recursos materiais: Consulta de normas e protocolos Suporte teórico fornecido nas aulas	
---------------------------------------	--	---	--	--

	• Identificação de alterações vulvares e perineais; • Avaliação das características do colo uterino; • Verificação da integridade das membranas, se rutura proceder à avaliação das características do líquido amniótico; • Determinação da posição e variedade da apresentação fetal, assim como da descida da apresentação, se possível - Esclarecimento da parturiente e acompanhante sobre os diferentes tipos de analgesia existentes na instituição e quais as medidas não farmacológicas que pode optar; - Informação da grávida/parturiente/acompanhante sobre a possibilidade de ingestão de líquidos e gelatinas que pode ingerir de acordo com o estágio de TP em que se encontra; - Observação do relacionamento do casal e incentivar a presença permanente do acompanhante de forma a minimizar a ansiedade e o medo; - Envolvimento e integração do acompanhante na equipa saúde, incentivo à sua participação ativa neste processo; - Realização de registo de enfermagem sobre todos os acontecimentos, interações, avaliações e decisões tomadas por todos os intervenientes – Philips (partograma digital) e <i>Glint®</i>.			
e) Prestar cuidados especializados de enfermagem à parturiente/acompanhante, tendo por base a metodologia	- Identificação das diferentes fases do 1º estágio do TP; - Proporcionar ambiente calmo, acolhedor e seguro;	Competências comuns do	Recursos humanos: Mestranda	Ao longo das várias semanas de estágio.

científica do processo de enfermagem, no 1º estágio do TP (trabalho de parto)	- Vigilância do progresso do TP promovendo o bem-estar materno-fetal; - Incentivo à participação ativa da parturiente e do acompanhante no TP; - Caracterização da contratilidade uterina através do registo Cardiotocográfico (RCT); - Realização do exame vaginal, observando as características do colo uterino atendendo à consistência, posição, apagamento e dilatação; - Identificação do grau de descida da apresentação segundo os planos de Lee (conforme o partograma informático do SUOG); - Identificação da posição e variedade da apresentação; - Observação da integridade das membranas aquando o toque vaginal; - Esclarecimento à parturiente/ acompanhante que a rotura de membranas poderá ocorrer espontaneamente durante o trabalho de parto; - Informação e esclarecimento sobre os procedimentos inerentes à rotura artificial de membranas, minimizando a ansiedade/medo, permitindo a colaboração materna; - Realização de amniotomia, se necessário; - Vigilância das características do líquido amniótico e reação da frequência cardíaca fetal na central de CTGs; - Reconhecimento precoce de complicações inerentes a este estágio;	enfermeiro especialista: A1, A2, B1, B2, B3, C1, C2, D1, D2 Competências específicas do ESMO: 3.1, 3.2, 3.3	Enfermeira Cooperante Equipa Multidisciplinar Recursos materiais: Consulta de normas e protocolos Suporte teórico fornecido nas aulas	
---	--	---	--	--

	- Utilização de uma linguagem clara e objetiva, envolvendo a parturiente e o acompanhante nas tomadas de decisão; - Identificação de conhecimentos que a parturiente possui relativamente a todo o processo do TP; - Esclarecimento de todos os procedimentos e evolução do TP; - Esclarecimento sobre a importância da eliminação vesical; - Identificação dos sinais eminentes de instalação do 2.º estágio do TP; - Prestação de cuidados especializados na vigilância e avaliação do TP de forma calma, consciente e autónoma; - Identificação dos conhecimentos que a parturiente adquiriu durante a gravidez relativos a todo o processo de trabalho de parto; - Observação do estado emocional e comportamento da parturiente, identificando qual a sua perceção perante a dor; - Incentivo à utilização de técnicas de respiração e relaxamento de forma a manter o controlo durante as contrações; - Execução de cuidados interdependentes relacionados com terapêutica habitualmente administrada durante o trabalho de parto;			
--	---	--	--	--

	- Observação do relacionamento do casal/ acompanhante, incentivando a presença deste de forma a minimizar a ansiedade e o medo; - Esclarecimento da parturiente e do acompanhante sobre a evolução do TP e os procedimentos a realizar em cada uma das fases; - Colaboração na colocação na analgesia loco-regional e administração de terapêutica conforme protocolo do serviço ou prescrição médica por parte da equipa da anestesia; - Identificação da ação dos fármacos utilizados, bem como os efeitos secundários mais comuns; - Interpretação da resposta materno-fetal, através da interpretação do CTG na central de Enfermagem e comportamento da parturiente; - Reconhecimento precoce de complicações associados à terapêutica administrada, - Avaliação da eficácia da administração da terapêutica. - Realização de registos de enfermagem especializados de todos os procedimentos efetuados (na <i>Glint®</i> e no programa informático da Philips - partograma digital).			
f) Prestar cuidados especializados de enfermagem parturiente/acompanhante, tendo por base a metodologia	- Verificação da funcionalidade do equipamento necessário para o parto e para os cuidados imediatos ao RN;	Competências comuns do enfermeiro especialista:	Recursos humanos: Mestranda	Ao longo das várias semanas de estágio.

científica do processo de enfermagem, no 2º estágio do TP;	- Preparação prévia do material necessário para os cuidados imediatos ao recém-nascido; - Avaliação contínua da progressão do TP e do bem-estar materno-fetal face à eminência do período expulsivo; - Posicionamento da parturiente, tendo em consideração a sua preferência e condições disponíveis no serviço; - Desinfecção e abertura da trouxa, campo de parto e sutura (posteriormente e se necessário) colocando o material por ordem de utilização; - Observação da eficácia da contratilidade uterina; - Confirmação das condições da bacia, posição, variedade e grau de descida da apresentação; - Identificação da condição para esforços expulsivos; - Incentivo verbal à parturiente para realizar os esforços expulsivos, apelando ao apoio e participação do acompanhante; - Pedido de cooperação do obstetra caso se verifique alguma complicação; - Execução de episiotomia médio lateral, quando necessário; - Execução de manobras de proteção do períneo prevenindo lacerações; - Execução de manobras de extração fetal; - Realização de pesquisa de circulares cervicais;	A1, A2, B1, B2, B3, C1, C2, D1, D2 Competências específicas do ESMO: 3.1, 3.2, 3.3	Enfermeira Cooperante Equipa Multidisciplinar Recursos materiais: Consulta de normas e protocolos Luvas esterilizadas; Gel lubrificante; Mesa de apoio; Material para higiene/cuidados perineais; Trouxa de parto; Caixa de ferros estilizados para o parto (material cirúrgico para o parto)	
--	---	--	---	--

	- Determinação da hora de nascimento; - Prestação de cuidados imediatos ao RN: • Colocação do RN envolvido num pano aquecido, no abdómen/tórax materno,, promovendo o contacto pele a pele; • Laqueação tardia, provisória e definitiva, do cordão umbilical, incentivando a pessoa significativa a executar o corte do mesmo; • Execução de colheita de sangue do cordão para tipagem, para Kit de células estaminais ou gasimetria, conforme a necessidade e a situação; • Determinação do índice de apgar ao 1º minuto; - Identificação de desvios do padrão normal de evolução do TP, referenciando as situações que estão para além da área de atuação; - Participação em partos distócicos (fórceps e ventosa, cesarinas); - Observação e avaliação do estado emocional e comportamento da puérpera perante a experiência do nascimento e quando confrontada com o bebé real; - Elaboração de registos de enfermagem específicos, claros e concisos sobre todas as intervenções realizadas, utilizando linguagem especializada - <i>Glint®</i> e no partograma digital da Phillips.		e para suturar o períneo); Compressas esterilizadas; Bata esterilizada; Touca; Proteção para sapatos; Ocitocina; Soro fisiológico; Clampe umbilical; Lençol ou campos aquecidos para secar o RN; Duas seringas de gasimetria para colheita de sangue do cordão para pH;	
--	--	--	---	--

			Duas seringas de 5 mililitros e agulhas endovenosas (para colheita de sangue do cordão para grupo); Tubos para colheita de sangue do cordão (parturiente Rh negativas, grupo de sangue 0 ou desconhecido), Suporte teórico fornecido nas aulas	
g) Prestar cuidados especializados de enfermagem parturiente/acompanhante, tendo por base a metodologia científica do processo de enfermagem, no 3º estágio do TP;	-Esclarecimento da parturiente sobre os procedimentos inerentes a esta fase, incentivando à sua colaboração; - Identificação dos sinais de dequitação da placenta e qual o tipo de mecanismo de dequitação presente; - Realização da tração controlada do cordão e massagem uterina; - Execução de movimentos circulares das membranas, durante a exteriorização da placenta, usando o seu próprio peso;	Competências comuns do enfermeiro especialista: A1, A2, B1, B2, B3, C1, C2, D1, D2	Recursos humanos: Mestranda Enfermeira Cooperante Equipa Multidisciplinar	Ao longo das várias semanas de estágio.

	- Observação rigorosa da placenta, membranas e cordão umbilical para despistar complicações; – Avaliação do Globo de segurança de Pinard; - Administração de terapêutica uterotônica conforme protocolo do serviço ou prescrição médica; - Detecção precoce de complicações inerentes a este estágio; - Observação das reações do casal após o nascimento do bebê; -Revisão do canal de parto, avaliando a integridade dos tecidos e necessidade de sutura; - Classificação do tipo de laceração; - Criação de condições técnicas para proceder à reconstrução do períneo; - Identificação dos tecidos a suturar através da inspeção do canal de parto; - Execução autónoma de episiorrafias; - Remoção do tamponamento; - Realização de revisão da vulva e períneo, pesquisa de hemorragia e integridade da ampola retal (quando necessário); - Realização de expressão uterina; - Reavaliação do globo de segurança de Pinard;	Competências específicas do ESMO: 3.1, 3.2, 3.3	Recursos materiais: Consulta de normas e protocolos Suporte teórico fornecido nas aulas	
--	--	--	--	--

	- Detecção precoce de complicações; - Execução de cuidados perineais: promoção da higiene e conforto através da mudança de roupa e posicionamento adequado; - Promoção do processo de vinculação precoce e amamentação, respeitando a vontade da puérpera; - Elaboração de registos de enfermagem específicos, claros e concisos acerca de todas as intervenções realizadas, utilizando linguagem especializada.			
h) Prestar cuidados especializados de enfermagem à puérpera/acompanhante, tendo por base a metodologia científica do processo de enfermagem, no 4º estágio do TP	- Esclarecimento da parturiente sobre os procedimentos inerentes a esta fase, incentivando à sua colaboração; - Manutenção de ambiente calmo e seguro; Satisfação das necessidades da parturiente, promovendo o conforto da mesma; - Administração de analgesia, caso seja necessário; Avaliação puerperal: • Avaliação de sinais vitais de acordo com protocolo da instituição; • Avaliação estado de consciência; • Avaliação das características da mama; • Avaliação do globo de segurança de Pinard; • Avaliação lóquios/ perdas sanguíneas; • Realização de cuidados perineais; • Avaliação do bloqueio motor - Promoção do processo de vinculação;	Competências comuns do enfermeiro especialista: A1, A2, B1, B2, B3, C1, C2, D1, D2 Competências específicas do ESMO: 4.1, 4.2, 4.3	Recursos humanos: Mestranda Enfermeira Cooperante Equipa Multidisciplinar Recursos materiais: Consulta de normas e protocolos Suporte teórico fornecido nas aulas	Ao longo das várias semanas de estágio.

	- Observação da relação da díade/tríade, promovendo a sua privacidade; - Esclarecimento sobre a importância do contacto pele a pele e do toque, como forma de promover a vinculação segura; - Informar e esclarecimento os pais sobre as competências do RN; - Promover o envolvimento afetivo de outros filhos do casal; - Promoção da amamentação; - Apoio durante a mamada, promovendo a confiança da parturiente; - Esclarecimento e informar sobre as vantagens do aleitamento materno; - Observação da mamada e comportamento materno durante a mesma; - Confirmação das condições necessárias para a transferência para o puerpério; - Realização dos procedimentos de transferência para a unidade de internamento; - Elaboração de registos de enfermagem específicos, claros e concisos sobre todas as intervenções realizadas, respostas da díade/tríade, utilizando linguagem especializada.			
--	--	--	--	--

i) Prestar cuidados de enfermagem especializados ao RN inerentes à adaptação à vida extrauterina	- Verificação de todo o material necessário para a prestação de cuidados imediatos ao RN; - Assegurar a presença do neonatologista em todos os partos distócicos momento do nascimento do RN; - Colaboração na ressuscitação cardio-respiratória do RN, caso necessário; - Observação da hora exata do nascimento; - Receção do RN em panos esterilizados e aquecidos; - Prestação de cuidados imediatos sob fonte de calor, caso não seja possível o contacto pele a pele; - Avaliação do Índice de Apgar; - Despiste de malformações aparentes externas; - Administração de terapêutica profilática (Vitamina K); - Observação física inicial, neurológica e comportamental do RN, verificando a adaptação à vida extrauterina; - Avaliação de dados antropométricos; - Verificação da presença de micção e dejeção; - Minimização fatores alteração do bem-estar do RN; - Promoção do processo de vinculação precoce através do contacto com os pais – o contacto pele a pele;	Competências comuns do enfermeiro especialista: A1, A2, B1, B2, B3, C1, C2, D1, D2 Competências específicas do ESMO: 4.1, 4.2, 4.3	Recursos humanos: Mestranda Enfermeira Cooperante Equipa Multidisciplinar Recursos materiais: Consulta de normas e protocolos Suporte teórico fornecido nas aulas	Ao longo das várias semanas de estágio.
---	--	--	--	--

	- Observação da mamada, reflexo de sucção e deglutição; - Elaboração de registos específicos, claros e concisos sobre todas as intervenções realizadas no suporte informático Philips (partograma digital) e <i>Glint®</i>			
J) Desenvolver competências científicas no âmbito da investigação em enfermagem de saúde materna e obstétrica.	- Desenvolvimento do estudo de uma situação/problema de enfermagem de saúde materna e obstetrícia, de acordo com a necessidade e a realidade do respetivo ensino clínico, assim como as motivações pessoais; - Pesquisa bibliográfica sobre a temática de modo a conhecer o estado da arte acerca da mesma; - Realização de uma Scoping Review sobre o tema <i>Mindfulness</i> no trabalho de parto; - Realização de uma sessão de formação aos profissionais de saúde sobre a temática em estudo; - Elaboração do relatório de estágio; - Apresentação do relatório em discussão pública.	Competências comuns do enfermeiro especialista: A1, B2, D1, D2	Recursos Humanos: - Enfermeira cooperante - Mestranda - Professora Orientadora	Ao longo das várias semanas de estágio -
j) Avaliar o desempenho na concretização do projeto elaborado, durante o estágio.	- Realização de reuniões de avaliação; discussão e reflexão de situações vivenciadas no contexto de estágio e, definição de estratégias de melhoria de desempenho com a Enfermeira Cooperante e com a Professora Orientadora, sempre que seja pertinente; - Prestação de cuidados especializados com base na evidência e fundamentação científica, adequando sempre as necessidades do grupo-alvo;	Competências comuns do enfermeiro especialista: B2, C1, D1, D2	Recursos Humanos: - Enfermeira cooperante - Mestranda - Professora Orientadora	Ao longo das várias semanas de estágio (dias de avaliação a definir).

	- Reflexão da minha prestação de cuidados enquanto futura EEESMO, utilizando o pensamento crítico e assim identificar aspetos a melhorar; - Recebimento de um <i>feedback</i> contínuo da Enfermeira Cooperante sobre a minha prestação de cuidados e quais os aspetos a melhorar; - Apresentação e discussão do projeto individual de estágio na escola; - Ida à escola para partilha de atividades /experiências desenvolvidas no estágio – ponto da situação do desenvolvimento do estágio; - Execução da autoavaliação; - Elaboração do relatório final do estágio, - Realização de atividades na escola.			
--	---	--	--	--

3 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização do presente Projeto possibilitou delinear e sistematizar as competências e os objetivos a atingir durante o estágio IV.

Considero ainda, que a realização deste projeto é essencial para o meu desenvolvimento pessoal e profissional ao longo das 20 semanas de ensino clínico, sendo que, este documento serve de guia orientador para alcançar os objetivos de aprendizagem, através da realização das atividades definidas.

Para atingir os objetivos do projeto de estágio IV, foi necessário consultar e refletir sobre as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, bem como as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstétrica, em consonância com os programas da DGS, conseguindo planejar as atividades a desenvolver.

Pretendo cumprir com as atividades planeadas, lembrando e reforçando que as mesmas poderão padecer alterações consoante os momentos de aprendizagem e as necessidades dos serviços do estágio IV.

4 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Serviço Nacional de Saúde. (2023, março 10). Hospital
*****factos

Regulamento nº 391/2019. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Diário da República n.º 85/2019, Série II de 2019/05/03. Lisboa.

Regulamento nº 140/2019. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República n.º 26/2019, Série II de 2019/02/06. Lisboa.

Apêndice II: Síntese de Atividades Práticas

Síntese de Registo de Atividades Práticas/Registration of Practice Activities

	Nº
Aconselhamento à família e promoção da saúde/Family Counseling and health promotion	100
Vigilância e prestação de cuidados à grávida/Supervision and care to the pregnant women:	
• Exames pré-natais/Prenatal Examinations (100)	286
Vigilância e prestação de cuidados à parturiente/Supervision and care to the women in labor:	
• Partos eutócicos/Eutocic deliveries (40)	50
• Participação ativa em partos pélvicos/Active participation in breech deliveries	0
• Participação ativa em partos gemelares/Active participation in multiples births	0
• Participação ativa noutros partos/Active participation in other type of births	5
• Episiotomia/Episiotomy	3
• Episiorrafia, perineorrafia/Episiorrhaphy, perineorrhaphy	35
Vigilância e prestação de cuidados à mulher em situação de risco/Supervision and care to the woman at the risk	
• Gravidez/Pregnancy (40)	139
• Trabalho de parto/Labor	60
• Puerpério/Puerperium	15
Vigilância e cuidados à puérpera saudável/Supervision and care to the women in the postnatal period (100)	115
Vigilância e prestação de cuidados ao RN saudável/Supervision and care to the healthy new-born (100)	121
Vigilância e prestação de cuidados ao RN que necessita de cuidados especiais/Supervision and care to the new-born in need of special care	39
Vigilância e cuidados à mulher no âmbito da saúde sexual e patologia ginecológica/Supervision and care for women in the field of sexual health and gynecological pathology	30
Prática simulada/Simulated practice:	
• Prática de manobras de Leopold/Leopold's maneuver practice	X
• Prática de partos eutócicos/Practice of eutocic births	X
• Prática de partos pélvicos/Practice of breech births	X
• Prática de distocias de ombros/Shoulder dystocia practice	X
• Prática de episiorrafia, perineorrafia/Practice on episiorrhaphy, perineorrhaphy	X

Santarém, 24/12/2023

Estudante/Student

Sandra Maria de Sousa Lopes

Professor/Teacher

Sara Palma

Assinado por: Maria da Conceição Fernandes
Santiago
Num. de identificação: 08560601

Coordenador do curso/The course coordinator

Apêndice III: Formação em Serviço: “*Mindfulness* no trabalho de parto: Uma Scoping Review”



1

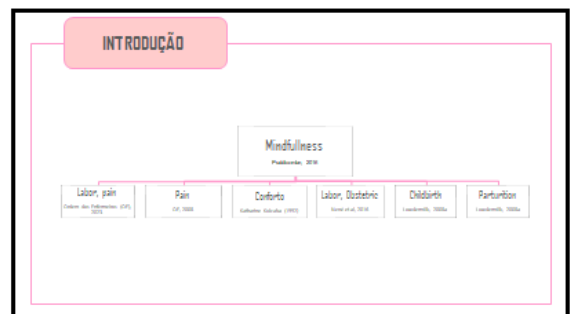


2

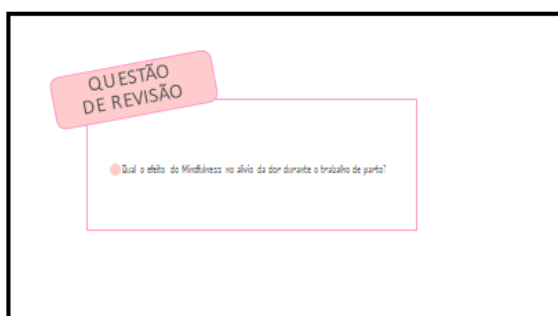
Local: Montevideo, Sandrina Gaspar
Tema: Mindfulness no trabalho de parto: Uma scoping Review

ETAPA	CONTEÚDO	MÉTODOS	RECURSOS	ORÇÃO	TEMPO
1. Identificação	Identificação de fontes de dados	Revisão de literatura	Disponível	Disponível	1 semana
2. Seleção	Seleção de fontes de dados	Revisão de literatura	Disponível	Disponível	1 semana
3. Análise	Análise dos dados	Revisão de literatura	Disponível	Disponível	1 semana
4. Síntese	Síntese dos resultados	Revisão de literatura	Disponível	Disponível	1 semana

3



4



5



6

OBJECTIVO

• Mapear a evidência científica sobre o efeito da Mindfulness no trabalho de parto.

7

MÉTODO

Google Scholar

EBSCOhost

Medline Complete

CINAHL complete

Expressão de Pesquisa:

"Mindfulness" AND ("Labor pain" OR "Pain") AND ("Labor, obstetric" OR "Childbirth" OR "Parturition").

Fontes de pesquisa	Plataforma	Base de dados
Método	EBSCOhost	Google Scholar
Características gerais do texto	• Texto completo • Texto completo em PDF	• Resumo • Texto completo

8

MÉTODO

Artigos incluídos

1. "Fear of childbirth, nonurgent obstetric interventions, and newborn outcomes: A randomized controlled trial comparing mindfulness based childbirth and parenting with enhanced care as usual"
2. The Role of Emotion Regulation in Pain Management Among Women From Labor to Three Months Postpartum: An Integrative Review
3. "Relaxation techniques for pain management in labour"
4. "Modo do parto: Uma revisão das intervenções baseadas na 'Terapia Cognitivo Comportamental'"

9

Discussão dos Resultados

Artigo 1

Programa ECAU

O programa de cuidados prestado como habitualmente (ECAU) foi criado para reduzir o medo do parto (PDC), permitindo-se que os futuros pais possam manter o medo, o stress no período perinatal, incluindo a preparação sobre o modo através de um plano de sobrevivência.

Este programa foi constituído por:

- 1 sessão individual de 90 minutos por cada casal.
- Sessões de sessões foram distribuídas em período de 10 semanas e ministradas por parteras experientes.

A primeira sessão foi baseada no modelo biopsicossocial e a segunda sessão abordou a criação de um Plano de Parto segundo a Organização Parteras Holandesa (IOOV).

Programa MBOP

O programa de cuidados baseado em Mindfulness no parto e na parentalidade (MBOP) foi adaptado para mulheres grávidas com PDC, centrado-se nas técnicas de gestão de gestão de ansiedade e medo, e meditações guiadas.

Este programa foi constituído por:

- 5 sessões de meditação 1 hora.
- Ministradas por enfermeiras parteras experientes e certificadas em MBOP.

Estas sessões incluem:

- A prática de meditação baseada em Mindfulness e exercícios sobre ansiedade psicológica, no período perinatal, para mulheres, recém-nascidos e a família.

10

Discussão dos Resultados

Artigo 1

Em conclusão:

- Neste estudo verificou-se uma eficácia do MBOP na redução das intervenções obstétricas não urgentes no trabalho de parto.
- O uso mediado de análise loco-regional após MBOP, em comparação com ECAU, não foi significativo nesta análise e esta constatação é incerta.
- Verificaram-se melhores scores no índice de Bugar ao 1 mês de vida dos recém-nascidos das mães que participaram no MBOP, o que podem resultar de um menor stress à análise loco-regional no trabalho de parto em MBOP (16%) em comparação com as participantes da ECAU (55%).

11

Discussão dos Resultados

Artigo 2

A gestão da dor durante o trabalho de parto e no pós-parto constitui uma prática essencial tanto para os profissionais de saúde como para as grávidas.

As estratégias de Mindfulness e de distração demonstraram potencial para aliviar a intensidade da dor associada a fatores sensoriais, afetivos e cognitivos.

Em relação aos resultados no domínio da dor, a Mindfulness tem um efeito positivo na gestão do bem-estar das mulheres, nos desconfortos psicológicos e fisiológicos, aumentando a conscientização sobre o corpo.

As estratégias baseadas em Mindfulness, nomeadamente a técnica de respiração e observação corporal permitiu que as mulheres melhorassem a sua consciência e a intenção de se concentrarem no momento presente. E assim, ajudar a lidar com o stress, a ansiedade e o desconforto físico, a manter a calma e a aliviar a dor durante as contrações uterinas.

12

Discussão dos Resultados

Artigo 2

Os resultados evidenciam que as experiências de dor durante a gravidez e o parto são fatores determinantes para a intensidade da dor quando as mulheres recebem formação e treino sobre esta técnica previamente ao parto.

Para a minimização da dor é fundamental a atenção quando a mulher é observada e incentivada para outros estímulos que não a dor, e os mesmos oferecem outros contextos, verifica-se que o estímulo doloroso é mais intenso.

As técnicas de mindfulness também possibilitam ajudar as mulheres a manter a calma e a aliviar a dor durante as contrações laborais, segundo a declaração de uma mulher: "a atenção plena proporcionou uma sensação de calma e de estivo controlado, mesmo quando tudo à minha volta parecia fora do controle".

Conclusão

A conjugação da educação pré-natal com técnicas de mindfulness ajudou as mulheres a fortalecerem sua percepção do trabalho de parto e a mudar sua vivência no mesmo. Contudo, outros fatores poderiam que a atenção centrada no respiração e numa conversa interna positiva foi eficaz quando a dor foi considerada de insuportável.

Revista Integrativa, vol. 20(2)

Discussão dos Resultados

Artigo 3

→ A dor relacionada ao trabalho de parto tem sido relacionada como uma das dores mais intensas que pode ser vivenciada.

→ O trabalho de parto pode ser reconhecido como um desafio fisiológico e psicológico para as mulheres. A medicação do trabalho de parto avança e o parto fica mais iminente, um conjunto de emoções como, o medo e apreensão, podem ser combinados com excitação e felicidade.

As intervenções mente-corpo são diversas e abrangem técnicas de relaxamento como, meditação, visualização e respiração. Essas técnicas são utilizadas durante o trabalho de parto e podem ser empregadas em qualquer etapa e não apenas pré-natal.

A meditação guiada durante o trabalho de parto tem sido relatada e stress na percepção de dor.

Em conclusão:

O mindfulness ajuda a lidar com a dor e o medo relacionado com o trabalho de parto através de atividades intrínsecas e experientiais, durante a fase pré-natal, de instrução didática.

BRUNO, LAMBERT, CACCELO, FERNANDES, OLIVEIRA, TROPENHA, 2020



```
graph TD; A[Discussão dos Resultados] --> B[Artigo 4]; B --> C["O Tópico Cognitivo-Comportamental (TCC) investiga o tratamento do medo do parto. É considerada uma psicoterapia baseada num modelo cognitivo, constituída por várias técnicas, como a duração de tempo limitada."]; B --> D["A Educação Perinatal é evidência uma grande importância para que a mulher obtenha o conhecimento da fisiologia da gravidez e do parto, conhecendo a capacidade do próprio corpo para lidar com o trabalho de parto, com base em conhecimentos científicos."];
```

Discussão dos Resultados

Artigo 4

O Tópico Cognitivo-Comportamental (TCC) investiga o tratamento do medo do parto. É considerada uma psicoterapia baseada num modelo cognitivo, constituída por várias técnicas, como a duração de tempo limitada.

A Educação Perinatal é evidência uma grande importância para que a mulher obtenha o conhecimento da fisiologia da gravidez e do parto, conhecendo a capacidade do próprio corpo para lidar com o trabalho de parto, com base em conhecimentos científicos.

Mestrado, 2016 - UFRN

Discussão dos Resultados

Artigo 4

O **Plano de Parto e Nascimento** consiste na preferência que a mulher inscricionada, de forma objetiva e assertiva, sobre o que espera do atendimento que irá receber.

Este plano pode ser elaborado para realizar depois de receber informações sobre a gestação e o parto.

Neste plano é descrito quais expectativas, dentro de espectros de uma boa prática e suas condições normais, que melhor contemplam as desejos, as expectativas, os valores e as necessidades da mulher.

Este documento tem como objetivo orientar os profissionais de saúde durante todo o processo de nascimento.

A grávida tem a percepção que está no controle de si mesma, do seu próprio corpo e das ações dos profissionais de saúde sobre seu corpo.

Verificou-se uma maior satisfação com o parto, sendo considerada uma experiência positiva.

Considerações Finais

Os vários artigos consideram que estratégias baseadas no mindfulness demonstram potencial para aliviar a intensidade de dor associada a fatores sensoriais, afetivos e cognitivos relacionados com a dor do trabalho de parto e parto.

A Geração Perinatal para a mulher demonstrou ter uma grande importância na obtenção do conhecimento sobre a fisiologia da gravidez e do parto, aumentando a capacidade do próprio corpo em lidar com o trabalho de parto e parto com base em evidências científicas.

Plano de Parto e Nascimento

A integração de estratégias baseadas no mindfulness no trabalho de parto são potencializadas pela educação pré-natal, psicoterapia e psicoterapia, que levam a uma maior conscientização e preparação do cérebro, da mente e do corpo a proporcionar uma experiência positiva durante o trabalho de parto e parto.

[illegible]

Plano de Sessão

FORMADOR: Mestranda Sandrina Gaspar. OBJECTIVO GERAL: Mostrar o mapeamento realizado sobre a evidência científica relativa ao efeito do <i>Mindfulness</i> no trabalho de parto. Número de profissionais (formandos por categoria profissional): Previsão de 12 enfermeiros do SUOG e BP do Hospital *****.	SESSÃO: “<i>Mindfulness</i> no trabalho de parto: Uma Scoping Review”. DATA E HORA: 05/07/2023; 16:30 TEMPO PREVISTO: 30 minutos
--	--

ETAPAS	CONTEÚDOS	METODOLOGIA	RECURSOS	ORADOR	TEMPO
INTRODUÇÃO	- Apresentação do tema do “ <i>Mindfulness</i> no trabalho de parto: Uma Scoping Review” e objetivos.	Descritiva Método expositivo	Diapositivos 1-3	Mestranda Sandrina Gaspar	5 minutos
DESENVOLVIMENTO	- Introdução - Questão de Revisão - Método - Discussão dos Resultados	Descritiva Método expositivo	Diapositivos 4-16	Mestranda Sandrina Gaspar	15 minutos
CONCLUSÃO	- Considerações finais sobre o tema.	Descritiva Método expositivo	Diapositivo 17	Mestranda Sandrina Gaspar	5 minutos
DISCUSSÃO	- Discussão e esclarecimento de dúvidas entre a equipa enfermagem e a mestranda.	Descritiva Método interativo	Diapositivo 19	Mestranda Sandrina Gaspar e formados	3 minutos
AVALIAÇÃO	- Avaliação da sessão realizada.	Descritiva Método interativo	19	Mestranda Sandrina Gaspar e formados	2 minutos

Apêndice IV: “A primeira hora de vida: 9 etapas instintivas de um Recém-Nascido”

Plano de sessão

FORMADOR: Mestranda Sandrina Gaspar. OBJECTIVO GERAL: Debater com os profissionais de saúde acerca das 9 etapas instintivas do RN na primeira hora de vida Número de profissionais (formandos por categoria profissional): Previsão de 12 enfermeiros do SUOG e BP do Hospital *****.	SESSÃO: “A primeira hora de vida: 9 Etapas instintivas de um Recém-Nascido” DATA E HORA: 05/07/2023; 17:00 TEMPO PREVISTO: 15 minutos
--	---

ETAPAS	CONTEÚDOS	METODOLOGIA	RECURSOS	ORADOR	TEMPO
INTRODUÇÃO	- Apresentação do tema “A primeira hora de vida: 9 etapas instintivas de um Recém-nascido” e objetivos.	Descritiva Método expositivo	Cartaz	Mestranda Sandrina Gaspar	2 minutos
DESENVOLVIMENTO	- 9 etapas instintivas de um Recém-nascido - <i>Golden hour</i> , - Benefícios do contato pele a pele para o bebé	Descritiva Método expositivo	Cartaz	Mestranda Sandrina Gaspar	5 minutos
CONCLUSÃO	- Considerações finais sobre o tema.	Descritiva Método expositivo	Cartaz	Mestranda Sandrina Gaspar	3 minutos
DISCUSSÃO	- Discussão e esclarecimento de dúvidas entre a equipa enfermagem e a mestranda.	Descritiva Método interativo	Cartaz	Mestranda Sandrina Gaspar e formandos	2 minutos
AVALIAÇÃO	- Avaliação da sessão realizada.	Descritiva Método interativo	Cartaz	Mestranda Sandrina Gaspar e formandos	3 minutos



A primeira hora de vida :

9 Etapas instintivas de um Recém-Nascido

1: CHORO

O choro acontece imediatamente após o parto, no momento em que os pulmões do bebê expandem pela primeira vez.

2: RELAXAMENTO

O relaxamento acontece quando o recém-nascido não movimenta a boca e as mãos ficam relaxadas. Esta fase começa quando termina o choro do bebê. Ocorre durante o contato pele-a-pele com a mãe, protegido com um pano quente e seco.

3: DESPERTAR

O recém-nascido exibe pequenos impulsos de movimento com a cabeça, com os ombros, pode abrir os olhos e movimentar a boca. Acontece mais ou menos aos 3 minutos após o nascimento.

4: ATIVIDADE

O recém-nascido começa a fazer movimentos crescentes da boca, tornando-se mais óbvio o reflexo de procura, e por sua vez, a sucção. Geralmente acontece cerca de 8 minutos após o nascimento.

5: DESCANSO

O bebê pode ter períodos de descanso entre os períodos de atividade ao longo da primeira hora de vida.

6: RASTEJAR

O bebê aproxima-se da mama, por curtos períodos de atividade que resultam no alcançar da mama e do mamilo. Esta etapa começa por volta dos 35 minutos de vida.

7: FAMILIARIZAÇÃO

O recém-nascido fica familiarizado com a mãe, tenta alcançar o mamilo, toca e massaja a mama. Esta fase ocorre aos 45 minutos após o nascimento e pode durar cerca de 20 minutos ou mais.

8: SUCÇÃO

O recém-nascido alcança o mamilo, adapta-se e suga. Esta experiência precoce de aprender a mamar começa por volta da primeira hora de vida.

9: SONO

O bebê e, por vezes a mãe, caem num sono restabelecedor. Os bebês normalmente adormecem por volta de 1:30 hora a 2 horas após o nascimento.

GOLDEN HOUR

BENEFÍCIOS DO CONTATO PELE-A-PELE PARA O BEBÊ:

- Ficam mais quentes;
- Ficam mais calmos e confortáveis;
- Podem ouvir o coração da mãe;
- A frequência cardíaca e respiratória normalizam;
- Promove a vinculação precoce,
- Melhora a produção de leite materno (coloostro).

Este momento é muito especial para si e para o seu bebé!

Elaborado pela Mestranda Sandrina Gaspar, da Escola Superior de Saúde de Santarém, orientada pela EESMO

Referência bibliográfica:

• Brimdy, K., Cadwell, K., Svensson, K., Takahashi, Y., Nissen, E., & Widström, A. M. (2020). The nine stages of skin-to-skin: practical guidelines and insights from four countries. *Matern Child & Nutrition*, 16(4), 1-8. <https://doi.org/10.1111/mcn.13042>

Apêndice V: Scoping Review (Formato Artigo)

Mindfulness no trabalho de parto: Uma Scoping Review

Mindfulness in Labor: A Scoping Review

Mindfulness en el trabajo de parto: Una Scoping Review

Gaspar, Sandrina

Estudantes do 8º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Escola Superior de Saúde de Santarém. ORCID:

Dias, Hélia

PhD, MSc, RN, Professora Coordenadora na Escola Superior de Saúde de Santarém. Membro Integrado no Centro de Investigação e Qualidade de Vida (CIEQV), Portugal. ORCID:

Palma, Sara

MSc, RN, Professora Adjunta na Escola Superior de Saúde de Santarém. Membro Integrado no Centro de Investigação e Qualidade de Vida (CIEQV). Membro Colaborador no Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem (CIDNUR), Portugal. ORCID: 0000-0002- 4640-6458.

Resumo: O *Mindfulness* pode ser utilizado como uma medida não farmacológica de alívio da dor no trabalho de parto e proporcionar uma experiência de parto positiva. O enfermeiro obstetra é o profissional de saúde mais habilitado para prestar cuidados no parto normal, podendo utilizar medidas não farmacológicas de alívio da dor de forma autónoma. O *Mindfulness* é uma das medidas que pode ser utilizada na mulher em trabalho de parto. **Objetivo:** Mapear a evidência científica sobre o efeito do *Mindfulness* no alívio da dor durante o trabalho de parto. **Método:** Desenvolvida uma *Scoping Review*, como base na metodologia do *Joanna Briggs Institute*, na plataforma EBSCOhost (Medline Complete e Cinal Complete) e Google scholar. Dois revisores independentes realizaram a análise da relevância dos artigos, a extração e síntese dos dados. **Resultado:** Emergiram 4 artigos, publicados entre 2018 e 2021, que referem que o *Mindfulness* apresenta benefícios no alívio da dor, promoção do conforto e relaxamento na mulher durante o trabalho de parto. **Conclusão:** Recomenda-se a disseminação da utilização do *Mindfulness* pelos seus benefícios. Reforça-se a necessidade da realização de mais estudos sobre esta temática para determinar de que forma os enfermeiros obstetras implementam esta medida, em Portugal.

Palavras chave: Dor do Parto; Enfermeiro obstetra; *Mindfulness*; Trabalho de parto.

Abstract: *Mindfulness* can be used as a non-pharmacological pain relief measure in labor and provide a positive delivery experience. The obstetrician nurse is the most qualified health professional to provide care in normal childbirth, being able to use non-pharmacological pain relief measures autonomously. Mindfulness is one of the measures that can be used in women in labor. **Objective:** To map the scientific evidence on the effect of Mindfulness on pain relief during labor. **Method:** A Scoping Review was developed, based on the methodology of the Joanna Briggs Institute, on the EBSCOhost platform (Medline Complete and Cinal Complete) and Google Scholar. Two independent reviewers carried out the analysis of the relevance of the articles, the extraction and synthesis of the data. **Result:** 4 articles emerged, published between 2018 and 2021, which state that Mindfulness has benefits in relieving pain, promoting comfort and relaxation in women during labor. **Conclusion:** It is recommended to disseminate

the use of Mindfulness for its benefits. It reinforces the need for further studies on this topic to determine how obstetric nurses implement this measure in Portugal.

Keywords: Labor pain; Nurse midwives; Mindfulness; Labor, obstetric.

Resumen: La atención plena se puede utilizar como una medida de alivio del dolor no farmacológica en el trabajo de parto y proporcionar una experiencia de parto positiva. El enfermero obstetra es el profesional de la salud más capacitado para brindar atención en el parto normal, pudiendo utilizar de manera autónomas medidas no farmacológicas para el alivio del dolor. El *Mindfulness* es una de las medidas que se pueden utilizar en mujeres en trabajo de parto. **Objetivo:** Mapear la evidencia científica sobre el efecto del *Mindfulness* en el alivio del dolor durante el parto. **Método:** Se elaboró un Scoping Review, basado en la metodología del Instituto Joanna Briggs, en la plataforma EBSCOhost (Medline Complete y Cinal Complete) y Google Scholar. Dos revisores independientes realizaron el análisis de relevancia de los artículos, la extracción y síntesis de los datos. **Resultado:** surgieron 4 artículos, publicados entre 2018 y 2021, que afirman que el *Mindfulness* tiene beneficios en el alivio del dolor, promoviendo el confort y la relajación en la mujer durante el trabajo de parto. **Conclusión:** Se recomienda difundir el uso de *Mindfulness* por sus beneficios. Refuerza la necesidad de más estudios sobre este tema para determinar cómo las enfermeras obstétricas implementan esta medida en Portugal.

Palabras clave: Dolor de parto; Enfermera obstetrica; *Mindfulness*; Trabajo de parto.

INTRODUÇÃO

A gravidez é um período de grande vulnerabilidade da grávida/parturiente onde ocorrem modificações fisiológicas e alterações emocionais, que levam a desenvolver um certo grau de ansiedade. Verifica-se um quadro de maior ansiedade na mulher quando existe a possibilidade de haverem complicações durante a gravidez, parto e pós-parto (1).

O parto está associado a um risco de morbimortalidade materna que pode conduzir a sentimentos de medo do parto, relacionados com os conhecimentos e com as experiências de vida de cada mulher. Muitas mulheres apresentam elevados níveis de medo do trabalho de parto (TP)/parto, considerando-o ameaçador aumentado a probabilidade de uma experiência de nascimento negativa com repercussões para futuros TP/parto (2). São múltiplos os fatores associados ao medo do parto, como a cultural, a desinformação, os mídia, os relatos negativos de outras mulheres, o medo da dor e o modelo de assistência obstétrica praticado (2).

A gravidez, o TP e parto são considerados processos complexos e de elevada importância para a mulher/casal (3).

O TP pode ser reconhecido como um desafio fisiológico e psicológico para as mulheres, sendo a dor associada a esta fase considerada uma das mais intensas a ser vivenciada (2). Durante este processo ocorrem várias modificações no corpo da mulher, que conduzem à dilatação do colo do útero e à expulsão do bebê. Inicia-se com as contrações uterinas que, com o tempo, tornam-se mais frequentes e dolorosas. Estas contrações são responsáveis pela expulsão do bebê, pela dequitação e ocorrem, principalmente, devido à ação da ocitocina (4). O TP e o parto são definidos como o processo de nascimento e estes definem-se como um “conjunto de fenômenos fisiológicos que, uma vez iniciados, conduzem à contratilidade uterina regular, à dilatação do colo uterino, à progressão do feto através do canal de parto e à sua expulsão para o exterior”, constituído por quatro estádios, cada um com duração e mecanismos específicos, que variam de mulher para mulher (5, 6).

O parto normal define-se como aquele cujo início é espontâneo e de baixo risco, mantendo-se assim até ao nascimento (7). A criança nasce espontaneamente, em apresentação cefálica (de vértice), entre 37 e as 42 semanas de gravidez (6).

A dor associada ao TP e parto é reconhecida como um fenómeno físico, individual, psicossomático e subjetivo, sendo influenciada por fatores socioculturais, mas quando se torna intensa e persistente pode provocar respostas neuro-endócrinas, metabólicas e inflamatórias prejudiciais ao bem-estar materno-fetal (8).

A gestão da dor durante o TP e no pós-parto, constitui uma prática essencial tanto para os profissionais de saúde como para as grávidas (9).

De acordo com o projeto “Maternidade com qualidade”, o alívio da dor durante o TP

contribui para o bem-estar físico e emocional da parturiente, e deve ser um dos cuidados prioritários do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica [EEESMO, (10)]. Assim, uma experiência positiva significa ajudar a mulher a lidar com a dor inerente ao processo de dilatação do colo do útero, aliviar ou eliminar as dores provenientes de tensões, medos e stress, ambientes inadequados, algumas manobras clínicas e a presença de pessoas indesejadas (10). Neste campo, as intervenções prioritárias do EESMO, passam por ajudar as mulheres a lidar com a dor do TP, podendo ser utilizados medidas de conforto e métodos não farmacológicos. Estas orientações devem de ser iniciadas durante as aulas de preparação para o parto, para que a grávida fique familiarizada com os métodos disponíveis (8).

O alívio da dor promove o conforto materno, controla o stress e diminui os medos na mulher. Existem várias alternativas disponíveis para a gestão da dor, são eles os métodos não farmacológicos e os métodos farmacológicos (8).

Promover conforto consiste na satisfação das necessidades e/ ou desejos em três domínios, no corpo, na mente e no espírito, traduzindo-se em sentimentos como o alívio, a tranquilidade, a segurança, o bem-estar, a esperança e a expectativa. Desta forma, o conforto é considerado como um estado de ser e um estado de espírito, de perceção individual, de género e multidimensional (3).

A saúde materna tem um papel essencial durante a gravidez, tornando-se importante conhecer as experiências das mulheres, os fatores que influenciaram as suas vivências e identificar intervenções pré-natais que possam reduzir o sofrimento materno (11, 3).

Uma das intervenções a ser utilizadas é o *Mindfulness*, por estarem associadas a uma menor perceção do stress, ansiedade e depressão (12) aumentando os níveis de atenção plena, resiliência e qualidade de vida.

O *Mindfulness* ou a atenção plena, significa estar presente no aqui e agora, no envolvimento pleno do que esta a acontecer, sem distrações, com uma mente calma e aberta. Trata-se de estar simplesmente presente, a observar a vida a desenrolar-se com uma sensação de tranquilidade, sem estar preso ao passado, ou ser refém do futuro (13). Consiste em focar a atenção no presente, sem julgamentos e sem relacionar os pensamentos e as emoções, procurando ajudar a reparar, de forma plena, todos os pensamentos, sensações ou emoções que surjam para que a pessoa possa libertar-se das distrações e concentrar a atenção num objetivo, como por exemplo a respiração (11).

O *Mindfulness* pode ser utilizado como uma medida não farmacológica de alívio da dor durante o TP, ao possibilitar uma maior consciência, envolvimento pleno e discernimento no que está a acontecer e no que foi idealizado, permitindo uma experiência positiva durante o e parto no alívio TP da dor (9, 4).

Deste modo, as intervenções que promovem o conforto durante o TP, capacitam a

mulher para uma atitude mais ativa no nascimento. Uma mulher que experiência um estado de conforto, sem dor e sem medo, está mais apta e disponível para ter comportamentos facilitadores no seu trabalho de parto, uma vez que sente as necessidades básicas satisfeitas, conseguindo centrar-se, de uma forma mais equilibrada, em todo o processo de nascimento (3).

Tendo por base o exposto, o objetivo desta *Scoping Review* visa: mapear a evidência sobre o efeito do *Mindfulness* no alívio da dor durante o trabalho parto.

MÉTODO

Realizou-se uma *Scoping Review* (SR) segundo as indicações preconizados pelo *Joanna Briggs Institute*, que respondesse   questão de investigação: **Qual o efeito do *Mindfulness* no alívio da dor durante o trabalho de parto?**

A pesquisa, a análise da relevância dos estudos e a extração e síntese dos dados foi realizada por dois revisores independentes. Não foi necessário recorrer a um terceiro por não existir discordância entre os revisores.

Nos critérios de inclusão utilizou-se a mnem nica “PCC” (População, Conceitos e Contexto). Esta SR, incluiu estudos que se focaram: *Pregnant Women* como população; *childbirth*; *comfort*, *labor pain*, *labor*, *obstetric*, *Mindfulness*, *parturition* como conceitos e todos os locais onde ocorreu o parto, como contexto. Numa primeira pesquisa não colocamos friso temporal, mas pelo elevado número de artigos optamos por considerar todos os tipos de estudos, documentos e texto de opinião entre 1 de janeiro de 2018 a 21 de abril de 2023. Foram ainda definidos como critérios de inclusão: resumo disponível e texto completo em português, inglês e espanhol.

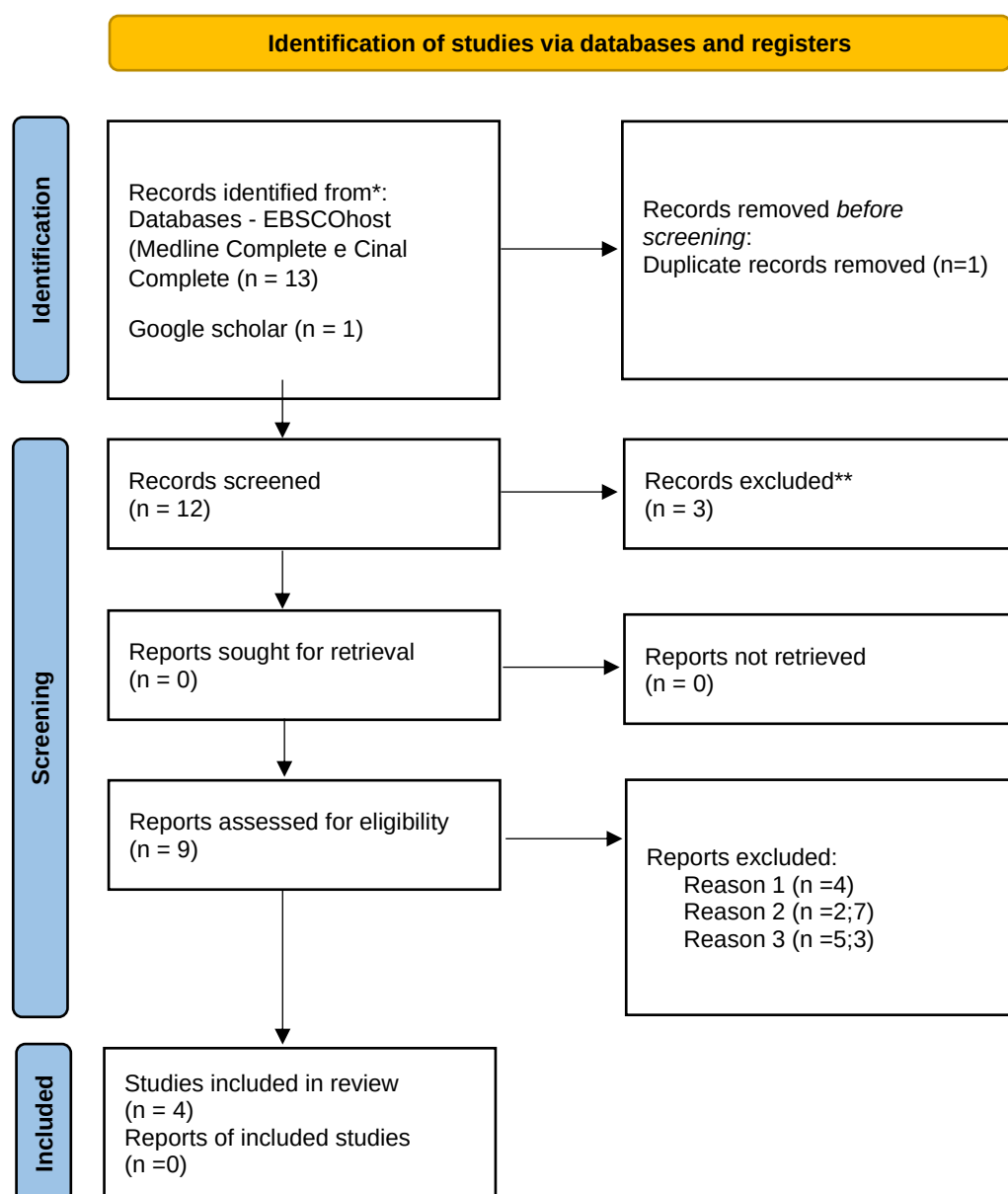
A estratégia de busca foi composta por três etapas: 1) Pesquisa inicial limitada às bases de dados MEDLINE e CINAHL completa (via EBSCO), seguida da análise das palavras dos títulos e resumos de cada artigo; 2) Segunda pesquisa usando todas as palavras-chave e termos identificados nas bases de dados incluídas; 3) Seguiu-se a análise das referências de todos os artigos encontrados para identificar estudos adicionais. Para além das duas bases de dados iniciais, incluímos o *Google Scholar*.

Nesta pesquisa foram utilizados os seguintes descritores: *Mindfulness*; Labor, Pain; Pain; Labor, Obstetric; Childbirth, Parturition, relacionando-os posteriormente através dos operadores booleanos, “AND” e “OR”, obtendo-se a seguinte expressão de pesquisa: “*Mindfulness*” AND (“*Labor Pain*” OR “*Pain*”) AND (“*Labor, Obstetric*” OR “*Childbirth*” OR “*Parturition*”).

Na fase “*Identification*”, foram identificados 13 artigos, eliminado 1 artigo por se encontrar duplicado. Numa segunda etapa, no “*Screening*” procedeu-se   análise dos 12

artigos, por título e resumo, excluindo os artigos que não estavam em concordância com os critérios de inclusão. O número total de artigos selecionados nesta etapa foram 9. Os 9 artigos, foram numerados, revistos na íntegra e realizada a verificação dos critérios de inclusão. Os artigos 2º, 4ª e 7º foram excluídos por não terem a metodologia bem definida e o 3º e 5º por não se encontrarem disponíveis. Foram incluídos 4 artigos para análise (Figura 1).

Figura 1 - Diagrama da pesquisa desenvolvida



Fonte - Adaptado de The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. Page, MJ.; McKenzie, JE.; Bossuyt, PM.; Boutron, I.; Hoffmann, TC.; Mulrow, CD.; Bossutyt, P.; The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. BMJ 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71

RESULTADOS:

Emergiram quatro artigos para análise, um holandês, um australiano, um tailandês e um brasileiro, realizados entre 2018 e 2021. Um estudo randomizado controlado, uma meta-análise, uma revisão sistemática da literatura e uma revisão integrativa da literatura (Quadro 1).

Quadro 1 - Instrumento de extração de dados

Nome do Artigo Autores Ano País	Método Participantes Nível de Evidência	Fenômeno de interesse	Principais Conclusões
<i>"Fear of childbirth, nonurgent obstetric interventions, and newborn outcomes: A randomized controlled trial comparing Mindfulness-based childbirth and parenting with enhanced care as usual"</i> Irena K. Veringa-Skida; Esther I. Bruin, Francisca J. A. Van Steensel e Susan M. Bogels. 2021 Holanda	Estudo Randomizado controlado, que compara o parto baseado em <i>Mindfulness</i> e a o parto com cuidados padronizados. O estudo incluiu 141 mulheres grávidas de baixo risco, nulíparas, e múltiparas com idades ≥18 anos. As participantes foram recrutadas a partir de centros de obstetrícia em Amesterdão e Haia, Holanda. Foi utilizado um questionário "Wijma-Delivery Expectation Questionnaire –W-DEQ-A" antes de parto em 3 momentos distintos. Nível de Evidência: 1.a (New JBI Levels of Evidence)	Investigar se o parto e os cuidados parentais baseados em <i>Mindfulness</i> e os cuidados prestados habitualmente para os casais diminuem o medo do parto e as intervenções obstétricas não urgentes durante o parto levam a obter melhores resultados nos recém-nascidos.	Os autores verificaram que os cuidados com base em <i>Mindfulness</i> foram mais significativos do que aqueles com cuidados habituais, na diminuição do medo do parto, nas intervenções obstétricas e na aceitação da dor do parto. Os participantes com os cuidados com baseados em <i>Mindfulness</i> apresentaram menor probabilidade de serem submetidos a uma cesariana, de recorrerem menos vezes à analgesia epidural e verificaram-se melhores índices de apgar ao 1º minuto de vida nos recém-nascidos. A psicoeducação é reconhecida como uma intervenção não-clínica, que reduz a ansiedade, a dor crônica, o medo e a dor no parto. A meditação consciente, permite aos indivíduos observar experiências, tais como, sensações físicas, pensamentos e emoções, através de uma lente, que resulta de uma maior tolerância e aceitação, redução de reatividade. Ambas as intervenções demonstraram-se eficaz quando conjugada com o <i>Mindfulness</i>.
<i>"The Role of Emotion Regulation in Pain Management Among Women From Labor to Three Months Postpartum: An Integrative Review"</i> Pornpan Srisopa; Xiaomei Cong; Beth Russell e Ruth Lucas.	Trata-se de uma Revisão Integrativa da Literatura, que avalia a utilização das estratégias de gestão das emoções, com o <i>Mindfulness</i> e técnicas de distração. Nos 9 artigos selecionados foram verificadas melhorias significativas na diminuição da intensidade da dor durante o trabalho de parto nas mulheres que foram formadas e	O objetivo desta revisão foi aprimorar a compreensão do papel das estratégias de regulação emocional e verificar quais os resultados na redução da dor das mulheres desde o trabalho de parto até 3 meses pós-	Os autores verificaram que tanto o <i>Mindfulness</i> como a distração podem ser estratégias oferecidos às mulheres grávidas para o auto controlo, gestão da dor e outros desconfortos, tais como, desconfortos psicológicos e fisiológicos durante o trabalho de parto. A estratégia de distração demonstrou ser mais eficaz quando as mulheres são formadas e treinadas antes do parto. A técnica de distração e a pratica diária de <i>Mindfulness</i> ajudam a reduzir a percepção da dor em diferentes momentos.

Nome do Artigo Autores Ano País	Método Participantes Nível de Evidência	Fenômeno de interesse	Principais Conclusões
2021 Tailândia	que praticaram durante o período pré-natal. Participaram 710 mulheres, entre os 18-40 anos, na sua maioria primíparas, sem patologia na gravidez. Nível de Evidência: 5.a (New JBI Levels of Evidence).	parto.	
<i>"Relaxation techniques for pain management in labour (Review)"</i> Caroline A Smith, Kate M Levett, Carmel T Collins, Mike Armour, Hannah G Dahlen, Machiko Suganuma 2018 Austrália	Meta-análise, que inclui estudos randomizado (e estudos quase randomizados), de efeito aleatório, de natureza quantitativa, que avalia os efeitos das técnicas de relaxamento baseadas em <i>Mindfulness</i> , na gestão da dor durante o trabalho de parto e no pós-parto. Os 15 estudos selecionados, envolveram 1731 mulheres em trabalho de parto. Nível de Evidência: 1.b (New JBI Levels of Evidence)	Este estudo tem como objetivo compreender quais os efeitos das técnicas de relaxamento mente-corpo na gestão da dor no trabalho de parto e no bem-estar materno e neonatal, durante e após o trabalho de parto.	O recurso a algumas terapias mente-corpo, como o relaxamento, ioga ou música pode ser útil para reduzir a intensidade da dor e ajudar as mulheres a sentirem mais controle e satisfação durante o trabalho de parto. As técnicas de relaxamento são um recurso para as mulheres que pretendem evitar métodos farmacológicos ou invasivos de alívio da dor no trabalho de parto. As intervenções mente-corpo ou intervenções <i>Mindfulness</i> , são diversas e podem ser fornecidas às mulheres por meio da instrução dessas técnicas durante as aulas pré-natais e em combinação com os cuidados habituais. No entanto, a utilização de outras técnicas experimentadas, neste estudo tornam difícil dizer especificamente o que pode ajudar as mulheres. Assim, seriam necessários mais estudos de pesquisa nesta área.
<i>"Medo do parto: Uma revisão das intervenções baseadas na Terapia Cognitivo-Comportamental"</i>	Revisão sistemática da literatura, que utiliza o instrumento <i>Wijma Delivery Expectancy-Experience Questionnaire – W-DEQ</i> , para avaliar o medo relacionado ao	Este estudo teve como objetivo investigar de que forma a Terapia Cognitivo-Comportamental tem sido	Os autores concluíram que as técnicas terapêuticas como a reestruturação cognitiva, a exposição e o <i>Mindfulness</i> demonstraram ser relevantes para uma percepção menos negativa do parto e para o desenvolvimento de confiança da parturiente. Conclui-se que as intervenções em terapias

Nome do Artigo Autores Ano País	Método Participantes Nível de Evidência	Fenômeno de interesse	Principais Conclusões
Lívia R. de C. Nunes, Fernanda C. Coutinho e Veruska Andréa dos Santos. 2021 Brasil	parto durante a gravidez e o medo do parto. Foram selecionadas 111 participantes, das quais 52 fizeram parte do grupo de intervenção e 59 do grupo controle que não recebeu nenhum tipo de tratamento. Nível de Evidência: 3.a (New JBI Levels of Evidence)	aplicada em casos de medo do parto e avaliar a eficácia dessas intervenções.	cognitivo-comportamental apresentaram benefícios para o medo do parto. A prática de <i>Mindfulness</i> pode ajudar as mulheres na conexão com o momento presente e na maior consciência das sensações corporais. Desta forma, espera-se que esta prática ajude a enfrentar as sensações intensas durante o trabalho de parto.

Os 4 artigos foram analisados e as interpretações sintetizadas de forma a determinar o conhecimento científico atual sobre o efeito do *Mindfulness* no alívio da dor no trabalho de parto. Os principais resultados podem agrupar-se em duas categorias: o alívio da dor e o conforto.

As estratégias identificadas de alívio da dor durante o TP:

- O relaxamento;
- A meditação guiada;
- O ioga;
- A música;
- Técnicas de respiração,
- Técnicas de distração e movimento corporal.

Os resultados identificados de conforto durante o TP:

- Experimentar sensações físicas, pensamentos e emoções, com maior tolerância e resiliência;
- Maior consciência das sensações corporais;
- Ajudar na conexão com o momento presente;
- Percepção menos negativa do TP;

- Redução da ansiedade e do medo;
- Menor probabilidade de cesariana desnecessárias;
- Menor recorrência à analgesia loco regional,
- Melhores índices de apgar ao 1º minuto de vida nos recém-nascidos.

Verificou-se que os cuidados no baseados em *Mindfulness* foram mais significativos do que os cuidados habituais/ rotineiros na diminuição do medo do parto, das intervenções obstétricas e na aceitação da dor. Estas intervenções podem ser fornecidas às grávidas nas aulas de preparação para o parto e nas consultas de seguimento e vigilância da gravidez de baixo risco.

A prática de *Mindfulness* pode ajudar as mulheres na conexão com o momento presente e na maior consciência das sensações corporais. Desta forma, espera-se que esta prática ajude a enfrentar as sensações intensas, nomeadamente, de dor durante o TP e promover conforto.

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O objetivo desta SR foi identificar o efeito do *Mindfulness* no alívio da dor durante o TP. Nesta pesquisa foram encontrados alguns artigos que abordaram especificamente o *Mindfulness* como estratégia de alívio da dor durante o TP, parto e nascimento ainda que possa ser considerada, por diversos autores, como uma medida de conforto.

O TP pode ser reconhecido para as mulheres como um verdadeiro desafio, quer a nível psicológico como fisiológico, devido a dor associada a esta fase, que é relatada como uma das dores mais intensas que pode ser vivida (2). O que torna fundamental a identificação de intervenções que reduzam este sofrimento (11).

O *Mindfulness* significa estar presente, no aqui e agora, no envolvimento do que está a acontecer, sem distrações, com uma mente calma e aberta (13), tão simples como “ o regresso contínuo àquilo que se está a passar em relação a si em cada momento presente”(14). A sua prática é secular e não religiosa, está associadas a uma menor perceção do stress, ansiedade, dor crônica e depressão (12, 16), aumentando os níveis de atenção plena, resiliência e qualidade de vida (13). Promove o desenvolvimento da autonomia, autoeficácia e o empoderamento por meio do treino da atenção plena, considerados como aspetos fundamentais no conceito moderno de promoção da saúde. A sua aplicação pode ser considerada preventiva e/ou terapêutica, tendo impacto em todos os aspetos da promoção da saúde (17).

As intervenções de *Mindfulness* são diversas e abrangem técnicas de relaxamento

como, o ioga, a meditação guiada, relaxamento muscular progressivo e a respiração. Estas intervenções quando colocadas em prática destacam as interações entre cérebro, a mente, o corpo e o comportamento, com a intenção de usar a mente para afetar o funcionamento físico e promover a saúde (4). Ao aliviar a dor e auxiliar a parturiente nas situações de stress como, na gestão do bem-estar, nos desconfortos psicológicos e fisiológicos, aumenta-se a consciencialização neste domínio (9).

Em contexto de TP, averiguou-se que as intervenções fundamentadas em *Mindfulness* estão intimamente ligadas as técnicas de relaxamentos (4). Estas intervenções quando utilizadas são definidas como estratégias de *coping*, ao reduzir a dor (4). Isto ocorre devido à interrupção da transmissão de sinais de dor e ao limitar a capacidade de prestar atenção à dor, estimulando a libertação de endorfinas que ajudam a diminuir a dor aumentada relacionada com os pensamentos (4). A implementação destas intervenções admite a inclusão de métodos menos invasivos de alívio da dor, que permitam a expressão individual da mulher e o seu direito de escolha e decisão (18).

O ioga compreendem a coordenação entre a mente-corpo-respiração, a força, a flexibilidade e o equilíbrio, promovendo o relaxamento e a meditação, ao melhorar a eliminação das “toxinas” do corpo, permitindo a libertação dos bloqueios mentais e emocionais (4). Esta técnica oferece múltiplos benefícios tais como, diminuição no recurso a medicamentos, formação prática nesta área com estratégia de gestão da dor e uma aprendizagem adaptável ao ambiente do TP (16). Esta prática revelou classificações mais baixas de dor durante o TP, uma maior satisfação no alívio da dor durante esta fase e uma experiência de parto positiva (4).

A meditação guiada utiliza a mente para influenciar o estado físico, emocional ou espiritualmente. Esta técnica é reconhecida como uma experiência agradável e relaxante, diminuindo a intensidade da dor ou na substituição de uma sensação desagradável (4). Durante o TP, verificou-se uma redução no stress e na perceção da dor (4), que resultou do aumento da consciência corporal e no desenvolvimento da compreensão das perceções e sensações subtis do corpo (19).

O relaxamento muscular progressivo direciona para consecutivos relaxamentos dos grupos musculares do corpo, dos pés à cabeça, para alcançar o relaxamento geral do corpo (4). A concentração nas sensações associadas à libertação da tensão muscular e nas sensações de conforto, evidenciou eficácia na redução da intensidade da dor durante a fase latente do TP. Já na ativa do TP, verificou-se pontuações reduzidas de dor (4), baixos níveis de ansiedade e uma maior tolerância à dor (20).

As técnicas de respiração podem ser caracterizadas como uma psicoprofilaxia, ao se distinguir do relaxamento muscular progressivo como uma resposta condicionada às contrações do TP (4). É uma técnica segura e de simples aplicação, (17) e engloba uma

variedade de técnicas de respiração padronizadas para melhorar a oxigenação e interferir na transmissão de sinais de dor do útero para o cérebro (4). Os exercícios respiratórios possibilitam a redução da pressão exercida sobre o períneo, o que leva a uma diminuição da dor devido ao efeito neutralizador da respiração profunda (20). Verificou-se efeitos significativos desta técnica no segundo estágio do TP, registrando-se pontuações de dor mais baixas, tornando-se um método eficaz no alívio e conforto da dor durante o TP (9, 21).

O suporte e a atenção psicológica oferecidos às mulheres com medo severo do parto é essencial para que seja quebrado o ciclo vicioso de medo (2). Este suporte e esta atenção, podem ser fornecidos através da psicoterapia, pela Terapia Cognitivo-Comportamental. Esta Psicoeducação combina técnicas cognitivas e comportamentais, com o propósito de obter recursos ou de aperfeiçoar aptidões para lidar com situações de stress no dia-à-dia (22). Apresenta um enorme potencial para ajudar a compreender as crenças disfuncionais do parto e em fornecer evidências, de forma a facilitar e amenizar a reestruturação cognitiva (2, 22). Nesta terapia, o *Mindfulness* apoia a aceitação e a reavaliação da vivência interna, ao descobrir como investir na realização dos valores mais preciosos, em vez de os sacrificar, facilitando este processo terapêutico (23).

A Psicoeducação quando combinada com Educação Perinatal, potencia a obtenção de conhecimento sobre a fisiologia da gravidez e do parto, ao conhecer a capacidade do próprio corpo para lidar com o TP, com base em conhecimento científicos (2). O Plano de Parto e Nascimento é um exemplo deste tipo de educação, ao apresentar as preferências que a mulher tem de forma objetiva e de orientar os profissionais de saúde durante todo o processo (2). A Organização Mundial da Saúde recomenda a sua prática desde 1994, ao garantir a qualidade nos cuidados prestados e ao assegurar uma assistência mais humanizada (24), refletindo-se numa maior satisfação com TP e numa experiência de parto positiva (2).

Ao investigar dois programas, em que o primeiro avalia o parto e os cuidados parentais baseados no *Mindfulness*, apurou-se que técnicas de gestão de ansiedade e de medo, e meditações guiadas que revelaram ser eficazes na redução ao recurso de analgesia loco-regional, de cesarianas desnecessárias e melhores índices de apgar ao primeiro minuto de vida nos RN (15). Esta descoberta demonstra que o conhecimento e a autoeficácia adquirida, ajuda as parturientes a permanecerem calmas durante o TP, melhorando o seu bem-estar (26). Já o segundo programa, que avalia os cuidados prestados como habitual/rotineiros, foi possível compreender quais os fatores que causam o medo e o stress perinatal e, ultrapassar este medo e stress ao criar um plano de sobrevivência através da Psicoeducação - Plano de Parto e Nascimento, de acordo com as Real Organização das Parteias Holandesas (15).

Ao investigar a conjugação da Psicoeducação com a Educação Perinatal e o *Mindfulness*, averiguou-se que as mulheres reformularam a sua perceção do TP ao mudar a

sua vivência no sofrimento e na progressão do mesmo, assumindo o controle e demonstrando confiança nesta etapa (2, 26). Contudo, outras mulheres admitiram que a atenção concentrada na respiração e na conversa interna positiva foi ineficaz quando a dor era insuportável (2).

Em suma, a análise dos 4 artigos, corroborou que o efeito do *Mindfulness* no alívio da dor no TP demonstrou ter potencial para aliviar a intensidade da dor associada a fatores sensoriais, afetivos e cognitivos relacionados com a dor do TP.

Os dados disponíveis indicam que as técnicas de relaxamento podem ser úteis para o controle da dor e conforto no TP e não há evidências de danos. No entanto, existem evidências diminutas quanto à prática clínica (4).

A Educação Perinatal demonstrou ter uma importância relevante na aquisição de conhecimento sobre a fisiologia da gravidez, TP e parto, conhecendo a capacidade do próprio corpo em lidar com o TP com base em evidências científicas.

Ao analisar os vários artigos, averiguou-se que estratégias de alívio da dor baseadas no *Mindfulness* no TP são potenciadas pela educação pré-natal e por psicoterapias que levam a uma maior consciencialização e preparação do cérebro, da mente e do corpo a promover uma experiência positiva durante o TP e parto.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente SR possibilitou investigar a evidência científica sobre o efeito do *Mindfulness* no alívio da dor no TP.

Atendendo aos resultados dos artigos analisados, pode afirmar-se que existe uma carência de evidência relacionada com esta temática sendo por isso necessários mais estudos para suporte científico. Verificou-se que as vantagens do *Mindfulness* recaem no alívio da dor e conforto durante o TP.

Será importante o EESMO receber formação numa perspetiva teórico-prática no âmbito desta temática, para que no futuro seja capaz de implementar e desenvolver intervenções autónomas de *Mindfulness* no alívio da dor no TP.

FINANCIAMENTO

Não aplicável.

CONFLITOS DE INTERESSE

Nada a declarar.

REFERÊNCIAS

1. Ferreira CL. *Mindfulness* e gravidez: uma revisão integrativa dos efeitos da prática de *Mindfulness* no processo de vínculo mãe/bebê na gestação [Especialidade em *Mindfulness* na Internet]. São Paulo: UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO; 2020. 36 p. Disponível em: [https://repositorio.unifesp.br/bitstream/handle/11600/58916/CRISTIANE%20\(1\).pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.unifesp.br/bitstream/handle/11600/58916/CRISTIANE%20(1).pdf?sequence=1&isAllowed=y)
2. Nunes LR, Coutinho FC, Santos VA. Medo do parto: Uma revisão das intervenções baseadas na Terapia Cognitivo-Comportamental. *Psicol Teor Prat* [Internet]. 2022; 24(1). Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1980-6906/eptpcp14089.pt>
3. Marques MA. Experiência de Conforto das Parturientes: Intervenções do Enfermeiro Obstetra [Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia na Internet]. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa; 2018. 77 p. Disponível em: [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/27955/1/Relatório%20de%20Estágio%20-%20Marta%20\(3\),%20nº7423.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/27955/1/Relatório%20de%20Estágio%20-%20Marta%20(3),%20nº7423.pdf)
4. Smith CA, Levett KM, Collins CT, Armour M, Dahlen HG, Suganuma M. Relaxation techniques for pain management in labour. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 28 mar 2018 [citado 30 set 2023]. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/14651858.cd009514.pub2>
5. Lowdermilk DL, Perry SE. *Enfermagem na Maternidade*. 7a ed. Lusodidacta; 2008. 1066 p.
6. Fatia A, Tinoco L. Trabalho de Parto. In: Néné M, Sequeira C, editores. *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. [local desconhecido]: Lidel; 2016. p. 308-320.
7. Organização Mundial da Saúde. *Care in Normal Birth: A Practical Guide*. Birth [Internet]. Jun 1997; 24(2):121-3. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1523-536x.1997.tb00352.x>
8. Aveiro C, Velosa T. A Dor em Obstetrícia [Internet]. [S.d]. Localizado em: A Dor em Obstetrícia, Madeira; SASERAM - Projetos Melhoria Qualidade Cuidados Enfermagem. Disponível

em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/projectos/Documents/Projetos_Melhoria_Qualidade_Cuidados_Enfermagem/HospitalNelioMendonca_Dor_Obstetricia_Madeira.pdf~

9. Srisopa P, Cong X, Russell B, Lucas R. The Role of Emotion Regulation in Pain Management Among Women From Labor to Three Months Postpartum: An Integrative Review. *Pain Manag Nurs* [Internet]. Jun 2021 [citado 30 set 2023]. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2021.05.011>
10. Ordem dos Enfermeiros. Projeto Maternidade com Qualidade [Internet]. 1 fev 2013. Localizado em: Alívio da dor / medidas não farmacológicas no trabalho de parto e parto. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-paginas-antigas/projeto-maternidade-com-qualidade/>
11. Isgut M, (4) AK, Reimann ES, Kucuk O, Ryan J. The impact of psychological distress during pregnancy on the developing fetus: biological mechanisms and the potential benefits of *Mindfulness* interventions. *J Perinat Med* [Internet]. 20 dez 2017 [citado 30 set 2023];45(9). Disponível em: <https://doi.org/10.1515/jpm-2016-0189>
12. Almeida LS, Rocha GS, Silva JC. A importância da prática de *Mindfulness* como ferramenta para a redução dos sintomas de ansiedade e depressão no contexto da pandemia de covid-19. *Res Soc Dev* [Internet]. 3 dez 2021 [citado 30 set 2023];10(15):e545101523559. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i15.23559>
13. Puddicombe A. Gravidez e *Mindfulness*. Editora Nascente; 2021. 224 p.
14. O'Morain P. *Mindfulness* Essencial. [local desconhecido]: Nascente; 2022. 192 p.
15. Veringa-Skiba IK, Bruin EI, Steensel FJ, Bögels SM. Fear of childbirth, nonurgent obstetric interventions, and newborn outcomes: A randomized controlled trial comparing *Mindfulness*-based childbirth and parenting with enhanced care as usual. *Birth* [Internet]. 11 jul 2021 [citado 30 set 2023]. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/birt.12571>
16. Bnoura KB. Just Breathe: Mindfulness as Pain Management in Pregnancy. *Int J Childbirth Educ*. 2018;33(1):6-9.
17. Demarzo M, Garcia-Campayo J. Programa de Atualização em Medicina de Família e Comunidade [Internet]. 12a ed. Vol. 1. [local desconhecido]: Artmed

- Panamericana; 2017. Mindfulness Aplicado à Saúde; p. 64-125. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/317225586_Mindfulness_Aplicado_a_Saude_Mindfulness_for_Health.
18. (WHO) WH. WHO Recommendations on Intrapartum Care for a Positive Childbirth Experience. [local desconhecido]: World Health Organization; 2018.
 19. Grecucci A, Pappaiani E, Siugzdaite R, Theuninck A, Job R. Mindful Emotion Regulation: Exploring the Neurocognitive Mechanisms behind Mindfulness. *BioMed Res Int* [Internet]. 2015 [citado 6 nov 2023];2015:1-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1155/2015/670724>
 20. Davim RM. Avaliação da Efetividade de Estratégias não Farmacológica para o Alívio da Dor de Parturientes na Fase Ativa do Período de Dilatação no Trabalho de Parto [Título de Doutor em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde na Internet]. [local desconhecido]: Universidade Federal do Rio Grande do Norte - Centro de Ciências da Saúde; 2007. 100 p. Disponível em: https://repositorio.ufrn.br/bitstream/123456789/13108/1/AvaliacaoEfetividadeEstrategias_Davim_2007.pdf
 21. Elcinara Estevão Soares, Pinto FM, Batista JD, Madureira MU, Santos KA. A Importância E Benefícios Dos Exercícios Respiratórios No Parto. *Rev Cient Saude Cent Univ Belo Horiz* [Internet]. 2022;4-10. Disponível em: <https://repositorio.animaeducacao.com.br/bitstream/ANIMA/27438/1/TCC%20FINAL%20Elcinara,%20Fernanda%20e%20Jéssica.pdf>
 22. Marques EL, Delfino TE. O Portal dos Psicólogos [Internet]. [local desconhecido: editor desconhecido]; 2016. Contribuições Das Técnicas De Respiração, Relaxamento E Mindfulness No Manejo Do Estresse Ocupacional. Disponível em: <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0965.pdf>
 23. Vandenberghe L, Valadão VC. Aceitação, validação e mindfulness na psicoterapia cognitivo-comportamental contemporânea. *Rev Bras Ter Cogn* [Internet]. 2013;9(2):126-35. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1808-5687.20130017>
 24. Torres KN, Abi Rached CD. A importância da elaboração do plano de parto e seus benefícios. *Int J Health Manag Rev* [Internet]. 28 maio 2017 [citado 6 nov 2023];3(2). Disponível em: <https://doi.org/10.21902/jhmreview.v3i2.126>

25. Alkhunaizi AN, Alyousef SM, Alhamidi SA, Almoammar DN. Saudi Arabian Primigravid Women's Experiences of Mindfulness to Reduce Childbirth Stress: A Qualitative Study. SAGE Open Nurs [Internet]. Jan 2023 [citado 6 nov 2023];9:237796082311752. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/23779608231175214>
26. Byrne J, Hauck Y, Fisher C, Bayes S, Schutze R. Effectiveness of a Mindfulness-Based Childbirth Education Pilot Study on Maternal Self-Efficacy and Fear of Childbirth. J Midwifery Amp Womens Health [Internet]. 10 dez 2013 [citado 6 nov 2023];59(2):192-7. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jmwh.12075>

Apêndice VI: Estratégia de pesquisa

Search	Query	Records retrieved
	"Mindfulness" AND ("Labor pain" OR "Pain") AND ("Labor, obstetric" OR "Childbirth" OR "Parturition")	
#1	Mindfulness	14, 553
#2	Labor pain	1,222
#3	Pain	386, 239
#4	Labor, obstetric	3, 849
#5	Childbirth	25, 135
#6	Parturition	13, 081
#7	Labor pain AND Pain	1, 222
#8	Labor, obstetric OR Childbirth OR Parturition	32, 572
#9	#1 AND #7 AND #8	12
		21/04/2023 18:06

Apêndice VII: Instrumento de extração de dados

Appendix III: Data extraction instrument Título da Revisão: <i>Mindfulness</i> no trabalho de parto: Uma Scoping Review Questão: Qual o efeito do <i>Mindfulness</i> no alívio da dor durante no trabalho de parto? Crítérios de Inclusão (PCC): População: Grávidas de 1 janeiro 2018 até 21 abril 2023 Conceito: <i>Mindfulness</i>; Labor Pain; Pain; Conforto; Labor, Obstetric; Childbirth, Parturition Contexto: Comunidade Artigo: "Fear of childbirth, nonurgent obstetric interventions, and newborn outcomes: A randomized controlled trial comparing <i>Mindfulness</i>-based childbirth and parenting with enhanced care as usual" Autor/es: Irena K. Veringa-Skida; Esther I. Bruin; Francisca J. A. Van Steensel & Susan M. Bogels. ➤ Ano da Publicação: 2021 ➤ País de origem: Holanda ➤ Objetivos: Investigar se o parto e os cuidados parentais baseados em <i>Mindfulness</i> (MBCP) ou os cuidados prestados habitualmente (ECAU) para os casais, diminuem o medo do parto (FOC), as intervenções obstétricas não urgentes durante o parto e levam a obter melhores resultados nos Recém-nascidos (RN). ➤ Metodologia/métodos: O estudo realizado e presente neste artigo consiste num estudo quantitativo randomizado, de aspeto aleatório controlado em bloco, associado a duas vertentes, investigar se o parto baseado na atenção plena, nos cuidados parentais (MBCP) e cuidados melhorados habitualmente (ECAU) diminuem o medo para o casal e melhoram as intervenções obstétricas não urgentes durante o parto e no recém-nascido. Este estudo envolveu um rastreio com um questionário Wijma-Delivery Expectation Questionnaire (W-DEQ-A) antes de parto (T0) em 3 momentos distintos de avaliação: 1: 1-2 semanas pré-intervenção (T1= 16-26 semanas); 2: pós intervenção (T2 = 26-36 semanas de gravidez) e 3: dados médicos dos relatórios de parto (T3 = 2-4 semanas de pós-parto). O recrutamento pelos prestadores de cuidados do grupo alvo decorreu entre abril 2014 e julho de 2017. Neste estudo foram incluídas mulheres grávidas de baixo risco, nulíparas e múltiparas, com idades compreendidas entre os 18 anos, sem restrições e com um parto não medicado (sem qualquer intervenção obstétrica) tendo uma experiência intensa em relação ao medo e dor no parto. Os participantes foram recrutados a partir e centro de obstetrícia em Amesterdão, Haia e Holanda. Foram definidos critérios de exclusão, como falta de vontade de ser direcionada (dominada) associadas a problemas psicológicos graves, participação noutro estudo, ou treino de Hipno-nascimento no ano anterior. Não foram considerados como critérios de exclusão as grávidas que sejam medicadas com antidepressivos, com intervenções psicológicas em curso, ou que tenham recurso a educação pré-natal. Ambas as intervenções em estudo foram apresentadas às pessoas que encaminharam as grávidas, sendo que o primeiro autor verificou e elegibilidade dos participantes selecionados no T0. Um assistente independente comunicou via e-mail as condições para T1. O ensaio aleatório controlado em bloco (RCT) contém duas vertentes: investigar se o MBCP e os ECAU reduzem a dor, o medo do parto e o plano de parto esta associada a melhores resultados no parto. O primeiro autor verificou a elegibilidade de forma aleatória e os participantes selecionados no T0. Im assisntente independente enviou por correio eletrónico as pré-condições em T1. Deste modo, a atribuição de códigos criados pela Microsoft Excel (Microsoft Corportion,
--

Redmond, WA, EUA) foi feita por ordem de entrada dos questionários. Os códigos começaram por MBCP, alternando entre 6 participantes, dependendo da velocidade de recrutamento, seguidos pela ECAU.

Ainda que a forma aleatória seja típica no RCT, priorizou-se a idade gestacional em constante aumento no recrutamento mínimo do grupo, num período de 2 semanas, entre a avaliação T1 e o início de MBCP e ECAU. Neste sentido, foram recolhidas as preferências dos participantes entre as duas vertentes.

O processo de atribuição foi ocultado aos referenciadores e aos avaliadores independentes. Assim, quando atribuídas as preferências, estas já não podem ser eliminadas.

A recolha dos dados foi efetuada via online, utilizando o Software Qualtrics (Qualtrics, Provo, UT, EUA).

A intervenção experimental compreendia o programa MBCP, baseado num grupo de casais, publicado como “*Mindfulness Birthing*” (Nascimento Consciente). Este programa foi adaptado para mulheres grávidas com FOC, concentrando-se nas técnicas de gestão de ansiedade e medo, edições guiadas.

As nove sessões semanais tiveram como duração 3 horas, foram feitas por parteiras experientes e certificadas em MBCP. As sessões incluem a prática de meditação de atenção plena, por exemplo, a partilha de experiências de meditação para melhorar a prática de meditação. Também foram feitos ensinamentos sobre processos psicobiológicos no período perinatal para mulheres, recém-nascidos e a família.

A meditação consciente tem como objetivo mediar e não julgar a qualidade da atenção das experiências atuais. Esta qualidade permite aos indivíduos observar experiências, tais como, sensações físicas, pensamentos e emoções, através de uma lente, que resulta de uma maior tolerância e aceitação, redução de reatividade.

Foi feito um pedido às participantes, que se comprometessem a praticar meditação em casa durante 30 minutos por dia.

Os ECAU foram feitos através de duas sessões individuais de 90 minutos para o casal. Ambas as sessões foram distribuídas por um período de 10 semanas e foram entregues a parteiras formadas.

A ECAU foi criada para reduzir a FOC, percebendo-se quais os fatores que causam e mantêm o medo, o stress no período perinatal, incluindo a pisco educação sobre o medo através de um plano de sobrevivência.

A primeira sessão foi baseada no modelo biopsicossocial e a segunda sessão consistiu na criação de um Plano de Parto da Real Organização Holandesa das Parteiras (KNOV).

O conteúdo original de cada vertente é descrito ao pormenor no protocolo do presente estudo.

Os principais resultados foram: FOC; distúrbios de ansiedade do trabalho de parto, dores de parto (catastrofização e aceitação) e preferências nas intervenções obstétricas não urgentes no parto.

A FOC foi medida ao utilizar o item 33 W-DEQ-A que analisa o medo geral, avaliação negativa, solidão, falta de autoeficácia, falta de antecipação positiva e preocupações com a criança.

As pontuações mais elevadas indicam o aumento da FOC: elevada W-DEQ-A >66, grave W-DEQ-A > 85 e fóbica W-DEQ-A > 100.

Foi avaliado o distúrbio laboral de ansiedade pela subscrição de 10 itens Perinatal Anxiety Disorder-Labor.

A catastrofização e a aceitação da dor do parto foram avaliadas com o questionário de 12 itens e o questionário de 20 itens na Aceitação da Dor Laboral.

As preferências das mulheres grávidas nas intervenções obstétricas não urgentes foram avaliadas utilizado 7 itens “Willingness to Accept Obstetric Interventions”, as pontuações > 28 indicam preferências por intervenções obstétricas não urgentes, tais como EA e CB.

A escala de Cenário de Catástrofe Perinatal foi excluída da análise devido as poucas respostas.

O cálculo do tamanho da amostra foi feito através do cálculo da potência que mostraram que o tamanho medio do MBCP em comparação ao ECAU, pelo menos 128 participantes foram obrigados a atingir o máximo de 80% para ser considerado significativo (5% alfa e correlação a 0,5).

O controlo de qualidade foi feito através das sessões MBCP gravadas e supervisionadas pela SB. As sessões de ECAU foram gravadas em áudio, e o plano de Nascimento foi documentado. A aceitabilidade do tratamento no MBCP foi avaliada pelo registo da assistência à sessão e minutos passados a praticar exercícios de meditação. Em ambos os grupos, a frequência de cursos educativos pré-natais adicionais foi registada.

Análise estatísticas.

A análise primária foi realizada com a intenção de tratar (ITT) e através da escala Little's Missing Completely a Random (MCAR) identificar os dados em falta.

A análise de modelo linear hierárquico (HLM) para resultados contínuos; análise pré-tratamento e pós-tratamento (nível 1) cruzadas em indivíduos (nível 2).

Os parâmetros fixos introduzidos em T2 (tempo 2; pós-intervenção em com pré-intervenção), condição (MBCP em comparação com ECAU, um efeito principal) e interação (condição T2, uma diferença entre efeitos) como preditores.

T2 é um preditor significativo, indicando o efeito principal do tempo, ou seja, a pontuação alterada entre pré e pós-intervenção. A condição como um preditor significativo indicou o efeito principal da condição, ou seja, uma diferença significativa nas pontuações entre MBCP e ECAU, sendo estes, considerados um tema de interação significativa entre a diferenças entre as variáveis.

Assim, todas os resultados medidos foram padronizados, as estimativas dos parâmetros podiam ser interpretadas de acordo com o seu tamanho, Cohen d: 0,2= pequeno, 0,5 = moderado, e 0,8 = grande. Por sua vez, as análises qui-quadradas com teste exato de Fisher foram utilizadas para os resultados binários. Foram examinados os riscos, risco relativo (RR) e redução do risco relativo (RRR) com um intervalo de confiança de 95% (IC).

O número necessário para tratar com o IC de 95% foi calculado com o software estatístico MedCalc (MedCalc Software Ltd, Ostende, Bélgica). Foram utilizados teste t independentes para obtenção dos resultados contínuos que foram avaliados apenas para intervenção (resultados dos recém-nascidos).

Todas as análises foram efetuadas por protocolos com as mesmas regras de estatísticas, que por sua vez, todas as análises foram realizadas por duas faces, alfa – nível 0,005, utilizado SPSS, versão 24, IBM Corp., Armonk, NY, EUA.

Nesta etapa, foram efetuados múltiplos testes com condutas, tendo sido aplicada a correção de Holm-Bonferroni aos valores de P, obtendo resultados primários e secundários para evitar erros.

Os valores padronizados > (-) 3,29 foram considerados aberrantes.

De acordo com as análises HML, não foram identificados valores aberrantes. Os resultados aberrantes do parto não foram removidos, dois aberrantes para Apgar baixo ao 1 minuto, quatro aberrantes para Apgar baixo ao 5 minuto, e 2 aberrante para idade gestacional. Os valores de deformidade e curtose estavam dentro dos limites de -1,96 e 1,96, exceto para os valores de Apgar de 1 a 5 minutos e idade gestacional.

Por último, foram efetuados teste não paramétricos sobre estas variáveis, verificando resultados semelhantes.

Quanto aos participantes, foram atribuídos aleatoriamente 141 mulheres grávidas ao MBCP (n=75) ou à ECAU (n= 66).

Para que o número de participantes que receberam uma dose mínima de intervenção fossem iguais, foram recrutados participantes adicionais ao MBCP. As pontuações W-DEQ-A em T0 foram semelhantes entre as condições (P=0.45), bem como as características de base, sendo que não foram encontradas diferenças entre os participantes que o fizeram (n=113) e os que não completaram (n=28) as medições T2 (P> 0,10) e os dados em falta no T2 foram aleatórios (teste MCAR $\chi^2 = 12,70$, df = 13, P=0.47).

Não foi encontrado qualquer enviesamento de informação por não existir diferença nas populações médias em T1 para participantes que estavam localizados à sua condição preferida (n=63) ou não preferida (n=50) e P>0,50 (n=28) não reportaram preferências. Três quartos da amostra tiveram problemas psicológicos anteriores e um quarto foi tratado com medicamentos durante um ano ou mais.

Controlo de qualidade

A adesão ao MBCP, segundo ITT, foi estimada pelo número de sessões comparecidas (média $6,8 \pm 2,85$; 87% compareceram de quatro a nove sessões, 21% compareceram

a todas as nove sessões) e o tempo gasto em teorias formais de meditação durante a semana (média $85,05 \pm 58,96$ minutos).

Nenhuma diferença considerável foi analisada nas pontuações do W-DEQ-A em T1 entre os participantes que receberam uma dose mínima de intervenção ($98,81 \pm 22,10$) e aqueles que não receberam ($89,92 \pm 23,20$; $t(139) = -0,83$, $P = 0,83$).

A adesão ao ECAU também foi estimada pelo número de consultas realizadas (98% compareceram a pelo menos uma das duas sessões). No grupo ECAU, claramente mais ($P < 0,001$) as grávidas que acompanharam o curso educacional pré-natal (41%; $n = 27$) do que no MBCP (9%, $n = 7$).

Além disso, ter a consciência da atenção plena foi avaliada ao usar o Five Facet *Mindfulness* Questionnaire (FFMQ) em ambas as condições.

As análises do HLM mostraram que a consciência da atenção plena aumentou apenas no MBCP ($T2 = (-)0,17$; condição = 0,03; $T2^*$ condição = 0,77; $SE = 0,17$, $P < 0,001$).

Principais resultados

Os resultados de HLM do resultado primário em função do tempo ($T2$ versus $T1$), intervenções (condição MBCP versus ECAU) e a interação entre o tempo e a intervenção (condição em $T2$).

As pontuações médias do medo do parto, avaliado em W-DEQ-A, diminuí após MBCP e ECAU, em que a última variável revelou um efeito significativo.

Em ambos os grupos, cerca de 85% dos parceiros participam ($P=0,94$), no entanto, a diminuição significativa foi verificada em MBCO.

Para que fosse possível estudar o efeito clínico desta descoberta, as pontuações totais W-DEQ-A foram dicotomizadas de normal e elevadas (> 66), sendo que o risco de pontuação elevada em $T2$ foi 36% menor após MBCP em comparação com ECAU (RR 0,64, 95% CI [0,45-0,91], $P = 0,01$; RRR 36%, IC 95% [9%-55%]).

O MBCP necessita de ser apresentado a cinco mulheres grávidas para reduzir o FOC a um nível dito de normal numa mulher grávida (NNT 4,5, 95% CI [2,5-20,3]). O transtorno de ansiedade laboral (avaliado pelo DSM-5 PAD-L) não mudou entre pré e pós-avaliação, nem houve diferença significativa entre as condições.

O MBCP carece de ser aplicado a cinco mulheres grávidas para reduzir o FOC a um nível dito de normal numa mulher grávida (NNT 4,5, 95% CI [2,5-20,3]). O transtorno de ansiedade laboral (avaliado pelo DSM-5 PAD-L) não mudou entre a pré e pós-avaliação, nem houve uma diferença significativa entre as condições.

A dor intensa do parto intensa (avaliada por CLP) diminuiu significativamente após MBCP e ECAU; no entanto, os participantes que receberam MBCP mostraram significativa diminuição do que aqueles que receberam ECAU.

A aceitação da dor do parto (avaliada pelo LPAQ) aumentou significativamente após MBCP e ECAU, no entanto, verificou-se um aumento significativamente para MBCP do que para ECAU.

A eleição por intervenções obstétricas não urgentes, avaliada pela escala WAOI, não mudou no ECAU, mas diminuiu significativamente no MBCP.

Para investigar o efeito clínico, os participantes do MBCP eram 40% menos aptos a preferir intervenções obstétricas não urgentes do que participantes ECAU (RR 0,60, 95% CI [0,41-0,88], $P = 0,04$; RRR 40%, 95% CI [12%-59%]). Em $T1$, 35% ($n = 26/74$) de MBCP e 28% ($n = 18/65$) de ECAU selecionaram CB como modo de parto ($P = 0,30$). Em $T2$, 14% ($n = 8/57$) do MBCP e 53% ($n = 20/53$) dos participantes da ECAU preferiram o CB como modo de parto ($P < 0,001$).

O MBCP carece de ser aplicado a sete grávidas para modificar a preferência numa grávida (NNT 7, IC 95% [3,7-77,1]). Produtos idênticos aos das análises ITT foram encontrados nas análises PP. Achados significativos em investigação em ambas as análises permaneceram após P .

Resultados secundários

As participantes do MBCP possuíam 36% menos probabilidade de passar por EA (RR 0,64, 95% CI [0,43-0,96], $P = 0,03$) e 51% menos probabilidade de passar por CB (RR 0,49, 95% CI [0,36-0,67], $P = 0,01$). No entanto, as mesmas participantes, detiveram duas vezes mais oportunidades de ter um parto não medicado em relação ao ECAU (RR 2,00, IC 95% [1,23-3,20], $P = 0,002$).

O MBCP carece de ser aplicado a cinco mulheres grávidas para evitar um EA no

trabalho de parto (NNT 5,0, 95% CI [2,7-39,5]), a nove mulheres para evitar que uma mulher seja submetida a CB (NNT 9,0, 95% CI [5,2-36,8]), e para quatro mulheres para resultar num parto não medicado (NNT 4,4, IC 95% [2,7-12,9]).

O índice de Apgar ao 1 minuto de vida no recém-nascidos foi maior no MBCP do que no ECAU (DM -0,39, IC 95% [-0,74 a -0,03], P = 0,03), mas nenhuma diferença foi observada no Apgar aos 5 minutos de vida do recém-nascido (P = 0,28). A análise após a harmonia dos valores de P, MBCP e ECAU ainda diferiam significativamente nas variáveis de resultado “submeteu-se a CB” e “parto não medicado”, no entanto, o mesmo não se verificou em “EA em trabalho de parto” e “pontuação APGAR ao 1 minuto de vida”.

Resultados idênticos aos das análises ITT foram descobertos nas análises PP. Verificou-se nas análises de PP, que todos os resultados de nascimento, incluindo “EA usado no trabalho de parto”, mantiveram-se significativos após o ajuste do valor- P; no entanto, o “score de Apgar de 1 minuto de vida” não foi mais significativo.

➤ **Fontes de pesquisa utilizadas:**

O estudo foi desenvolvido pelo Instituto de Investigação para o Desenvolvimento e Educação da Criança (Research Priority Area Yield), Universidade de Amesterdão, Países Baixos e pela UvA-mind, Centro Académico da Universidade de Amesterdão, Países Baixos.

➤ **Interpretação desenvolvida:**

A Organização Mundial da Saúde (OMS) apelou à reintrodução de intervenções não urgentes durante o parto para melhorar os cuidados de saúde das mães e dos recém-nascidos, ao reduzir os custos dos cuidados na saúde (Veringa-Skida, Bruin, Francisca, Steensel & Bogels, 2021).

As intervenções obstétricas não urgentes comuns, como a analgesia epidural (EA) e a utilização da cesariana desnecessária (CB), estão associadas ao medo do parto e ao medo (FOC) e a um medo da dor trabalho de parto e parto (Veringa-Skida *et al.*, 2021). De acordo com os mesmos autores, a psicoeducação é reconhecida como uma intervenção não-clínica, baseada na atenção plena (MBI), sendo denominada de psicoeducação, reduzindo a ansiedade e a dor crónica, e por sua vez, o medo e a dor no parto.

O medo e a dor no parto são considerados fatores de risco associado a um evento traumático. No entanto, os mesmo autores afirmam que a realização de um plano de parto e a utilização de psiceducação reduzem os sintomas, como a ansiedade e a dor crónica, bem como a utilização de EA e CB (Veringa-Skida *et al.*, 2021).

Assim, os mesmos autores, investigaram se o parto e os cuidados parentais (MBCP) ou os cuidados prestados habitualmente (ECAU) para os casais diminuíram o medo do parto (FOC) e as intervenções obstétricas não urgentes durante o parto levam a obter melhores resultados nos Recém-nascidos (RN). Os participantes foram atribuídos de forma aleatória, com um grupo alvo de 141 mulheres grávidas, distribuídas 75 delas ao grupo MBCP e 66 ao grupo ECAU.

Segundo Veringa-Skida *et al.* (2021), a intervenção experimental compreendia o programa MBCP, que foi adaptado para mulheres grávidas com FOC, centrando nas técnicas de gestão de ansiedade e medo, edições guiadas. Era constituído por nove sessões semanais tiveram como duração 3 horas, tendo sido feitas por enfermeiras parteiras experientes e certificadas em MBCP. Estas sessões incluem a prática de meditação de atenção plena, por exemplo, a partilha de experiências de meditação para melhorar a prática de meditação. Também foram feitos ensinamentos sobre processos psicobiológicos no período perinatal para mulheres, recém-nascidos e a família (Veringa-Skida, 2021).

A meditação consciente, para Veringa-Skida *et al.* (2021), tem como objetivo mediar e não julgar a qualidade da atenção das experiências atuais. Esta qualidade permite aos indivíduos observar experiências, tais como, sensações físicas, pensamentos e emoções, através de uma lente, que resulta de uma maior tolerância e aceitação, redução de reatividade (Veringa-Skida *et al.*, 2021).

Foi feito um pedido às participantes, que se comprometessem a praticar meditação em casa durante 30 minutos por dia.

Já o programa ECAU foi feito através de duas sessões individuais de 90 minutos para o casal. Ambas as sessões foram distribuídas por um período de 10 semanas e foram entregues a parteiras formadas (Veringa-Skida *et al.*, 2021).

Segundo Veringa-Skida *et al.* (2021), a ECAU foi criada para reduzir a FOC, percebendo-se quais os fatores que causam e mantêm o medo, o stress no período perinatal, incluindo a psicoeducação sobre o medo através de um plano de sobrevivência. A primeira sessão foi baseada no modelo biopsicossocial e a segunda sessão consistiu na criação de um Plano de Parto da Real Organização Holandesa das Parteiras (KNOV).

O conteúdo original de cada vertente é descrito ao pormenor no protocolo do presente estudo.

Os principais resultados para Veringa-Skida *et al.* (2021) foram: FOC; distúrbios de ansiedade do trabalho de parto, dores de parto (catastrofização e aceitação) e preferências nas intervenções obstétricas não urgentes no parto.

A FOC foi medida ao utilizar o item 33 W-DEQ-A que analisa o medo geral, avaliação negativa, solidão, falta de autoeficácia, falta de antecipação positiva e preocupações com a criança (Veringa-Skida *et al.*, 2021). As pontuações mais elevadas indicam o aumento da FOC: elevada W-DEQ-A >66, grave W-DEQ-A > 85 e fóbica W-DEQ-A > 100.

Após a análise, conclui-se que as pontuações médias do medo do parto na pré-avaliação (W-DEQ-A = 98) mostraram níveis quase fóbicos e, em ambos os grupos existiu uma diminuição substancial da FOC (Veringa-Skida *et al.*, 2021).

No entanto, os participantes em MBCP, segundo Veringa-Skida *et al.* (2021), foram 40% menos aptos em obter altas pontuações FOC na medição da pós-avaliação dicotomizada (W-DEQ-A $\geq$ 66) do que nos participantes ECAU, que demonstraram um resultado maior para MBCP.

Uma investigação semelhante foi realizada em relação ao MBCP foi analisada por Veringa-Skida *et al.* (2021) e demonstrou a existência de uma dor de parte catastrófica, estando associado à aceitação da dor do parto e nas preferências por intervenções obstétricas não urgentes durante o parto.

No entanto, nenhuma desigualdade entre as várias condições foi encontrada na nova escala desenvolvida. Esta escala avalia o transtorno da ansiedade laboral, o que não pode ser explicado com assertividade, visto que 36% desses dados foram perdidos devido a erros técnicos. Esta mesma escala ainda não foi validada (Veringa-Skida *et al.*, 2021).

Assim, na investigação em FOC, foi verificado a redução da mesma em MBCP, o que corrobora a evidências científica das várias condições em estudo por Veringa-Skida *et al.* (2021).

Antes desta investigação, Veringa-Skida *et al.* (2021), verificaram que não existia o ECR com rigor adequado na avaliação a intervenção baseada em *Mindfulness* ou MBCP em FOC (W-DEQ-A $\geq$ 66) nos resultados do parto. Um RCT bem sustentado demonstrou que o MBCP é mais eficaz na diminuição do stresse percebido ($P = 0,038$, $d = 0,30$) e no risco de depressão perinatal ($P = 0,004$, $d = 0,42$) em comparação com um curso de parto Lamaze. Além disso, os efeitos do MBCP parecem ser comparáveis aos efeitos das intervenções educacionais que reduzem o alto FOC (W-DEQ-A $\geq$ 66; respetivamente, MD -0,41 e SMD -0,46) (Veringa-Skida *et al.*, 2021).

Por fim, apenas um RCT, segundo Veringa-Skida *et al.* (2021), avaliou o efeito de uma intervenção não clínica na redução da CB. Verificou-se que a preparação para o parto (em comparação com os cuidados de maternidade de rotina) reduziu o número de CB. No entanto, este ECR foi de baixa qualidade conforme avaliação realizada pela Cochrane e, portanto, é necessária cautela na interpretação destes resultados.

No presente estudo, Veringa-Skida *et al.* (2021). Verificou-se uma eficácia promotora do MBCP na redução de intervenções obstétricas não urgentes no trabalho de parto (EA em quase 40%; sCB 50%). Após o ajuste do valor P para múltiplos testes, o uso reduzido de EA após MBCP, em comparação com ECAU, não foi significativo na análise ITT; deste modo, esta constatação é um tanto incerta.

Investigou-se o baixo uso de sCB em MBCP (1,4%), que é particularmente aliciante, dada à alta percentagem (35%) de participantes deste grupo, que anteriormente declararam preferência por CB (Veringa-Skida *et al.*, 2021).

De acordo com Veringa-Skida *et al.* (2021), constatou-se melhores scores de Apgar ao 1 minuto de vida dos recém-nascidos de mães que participam no MBCP, o que pode resultar de um menor uso de EA intraparto em MBCP (39%) em comparação com os participantes da ECAU (59%).

No entanto, os resultados são incertos, para Veringa-Skida *et al.* (2021) devido ao ajuste do valor- P, sendo que não era mais significativo. Por sua vez, os scores de Apgar em recém-nascidos 5 minutos após o nascimento não diferiram entre os dois grupos. Assim, após esta investigação, verificou-se que seria necessária uma pesquisa com mais amostras para conseguir obter conclusões definitivas sobre os resultados para recém-nascidos (Veringa-Skida *et al.*, 2021).

Em conclusão, Veringa-Skida *et al.* (2021) apurou que os resultados são relativamente reduzidos e o MBCP, poderá ser uma intervenção promissora para melhorar grave no FOC e reduzir intervenções obstétricas não urgentes, como CB (e EA), podendo basicamente aumentar a frequência de partos não farmacológicos.

A taxa relativamente baixa de CB neste estudo pode ser elucidada pela estrutura do sistema de saúde obstétrico holandês, que se baseia na ideia de que a gravidez e o parto são processos naturais que ocorrem sob os cuidados das parteiras. Este sistema de cuidados é projetado para minimizar intervenções médicas desnecessárias de qualquer tipo (Veringa-Skida *et al.*, 2021).

Um estudo nacional holandês, analisado pelos mesmo autores concluiu que: “em comparação com o parto vaginal, a mortalidade materna após cesariana foi três vezes maior após a exclusão de mortes que não tiveram associação com cirurgia”. Apesar de a CB, ser uma intervenção obstétrica segura, manter a taxa de CS o mais reduzida possível deve ser um benefício de todas as mulheres grávidas.

Veringa-Skida *et al.*, (2021) destacou ainda OMS relativamente à necessidade de intervenções não clínicas para reduzir CB desnecessária, apoiar o parto não medicado, como por exemplo, adequar as informações e o suporte sobre FOC, no alívio da dor e nas vantagens e desvantagens das intervenções médicas no parto.

Na presente, foi possível verificar que o MBCP conseguiria contribuir e atingir os objetivos deste estudo.

➤ **Nível de Evidência alcançado (se aplicável):**

Segundo JBI, o nível de evidência deste artigo é 1.a – Trata-se de um artigo de natureza quantitativo, randomizado, de aspeto aleatório controlado em bloco, associado a duas condições: MBCP (*Mindfulness-based childbirth and parenting*) e enhanced care as usual (ECAU). O estudo envolveu rastreio com o Questionário Wijma- Delivery Expectation Questionnaire (W-DEQ-A) antes da alocação (T0) e em três momentos de avaliação: (1) 1 a 2 semanas antes da intervenção, (2) após a intervenção e (3) dados médicos de relatórios de parto. O recrutamento ocorreu entre abril de 2014 e julho de 2017.

- **Participantes**

O estudo incluiu mulheres grávidas de baixo risco, nulíparas, e multíparas com idades ≥18 anos sem restrição a priori de ter um parto não medicado e com experiência de elevada FOC.

Os participantes foram recrutados a partir de centros de obstetrícia em Amesterdão e Haia, Holanda.

Critérios de exclusão: recusaram ser alocados aleatoriamente em um grupo de intervenção ou controlo; problemas psicológicos graves atuais; participação noutro MBP; ou treino de hipno-nascimento no ano passado.

141 mulheres grávidas no programa, MBCP com n = 75 e ECAU com n = 66

- **Randomização e “masking”**

Ambas as condições de intervenção, *Mindfulness-based childbirth and parenting* (MBCP) e enhanced care as usual (ECAU), foram apresentadas aos profissionais de saúde envolvidos e às mulheres grávidas.

O processo de alocação dos participantes foi realizado de forma independente, com o primeiro autor a averiguar a elegibilidade para a aleatorização e a selecionar os participantes no momento T0. Um assistente independente comunicou a atribuição aos participantes e enviou os links por e-mail para as medidas pré-intervenção no momento T1. A atribuição foi realizada com base na ordem de entrada, utilizando blocos de códigos criados no Microsoft Excel. A escolha da atribuição antecipada foi baseada em considerações práticas, como a idade gestacional crescente, a velocidade de recrutamento e a adesão a um período de tempo definido entre a avaliação T1 e o início das intervenções. Além disso, as preferências dos participantes para MBCP ou ECAU

foram colhidas e o processo de atribuição foi ocultado dos profissionais de saúde e do avaliador independente. A coleta de dados foi realizada online, utilizando o software Qualtrics.

- **Intervenção experimental**

A intervenção experimental consistiu no programa de MBCP presencial e em grupo para casais grávidos, publicado como “*Mindfulness Birthing*”. O programa foi adaptado para mulheres grávidas com FOC, com foco em técnicas de gestão da ansiedade e do medo, meditações guiadas e en-quiry. As nove sessões semanais tinham duração de três horas cada e eram prestadas por parteiras experientes certificadas em MBCP. As sessões incluíam prática de meditação *Mindfulness*, en-quiry e ensinamentos sobre processos psicobiológicos no período perinatal para mulheres, recém-nascidos e a família.

Os participantes foram solicitados a dedicar 30 minutos por dia às práticas de meditação em casa.

- **Enhanced care as usual**

O ECAU consistiu em duas sessões individuais de 90 minutos para o casal grávido. Ambas as sessões foram espalhadas ao longo de um período de dez semanas (como o MBCP) e foram conduzidas por parteiras treinadas. O ECAU foi projetado para reduzir o medo do parto, fornecendo insights sobre os fatores que causam e mantêm o medo e o estresse no período perinatal, incluindo psicoeducação sobre o medo e elaboração de um plano de enfrentamento. A primeira sessão foi baseada no modelo biopsicossocial, e a segunda sessão consistiu em escrever o Plano de Parto da Organização Real das Parteiras Holandesas (KNOV).

- **Outcomes primários**

Os outcomes primários incluíram o FOC, transtorno de ansiedade durante o trabalho de parto, dor do trabalho de parto (catastrofização e aceitação) e preferências por intervenções obstétricas não urgentes. O medo do parto foi avaliado usando o questionário W-DEQ-A de 33 itens. O transtorno de ansiedade durante o trabalho de parto foi avaliado por meio da subescala do DSM-5 Perinatal Anxiety Disorder-Labor (DSM-5 PAD-L). A dor do trabalho de parto foi avaliada usando os questionários Catastrophizing Labor Pain (CLP) e Pain Acceptance Questionnaire (LPAQ). As preferências por intervenções obstétricas foram avaliadas com o questionário Willingness to Accept Obstetric Interventions (WAOI). A escala Perinatal Disaster Scenario Scale (PDSS) foi excluída da análise devido a baixa participação.

- **Análise estatística usada**

Na análise deste estudo, foram adotadas abordagens estatísticas variadas.

A análise foi realizada por intention-to-treat (ITT) e foram identificados dados em falta utilizando o Little's Missing Completely at Random (MCAR).

Utilizou-se a análise de modelo hierarchical linear model (HLM) para os desfechos contínuos, considerando avaliações pré e pós-intervenção.

Além disso, foi aplicado o teste t independente para comparar os grupos MBCP e ECAU em desfechos contínuos avaliados apenas após a intervenção, como os resultados neonatais.

Análises de qui-quadrado com teste exato de Fisher foram realizadas para desfechos binários.

Foi examinado o risco relativo (RR) e a redução relativa de risco (RRR) com um intervalo de confiança (IC) de 95%.

O Number needed to treat (NNT) com um IC de 95% foi calculado utilizando o software estatístico MedCalc.

Todas as análises foram realizadas bilateralmente, com nível de significância α de 0,05, utilizando o SPSS.

Foi aplicada uma correção de Holm-Bonferroni para controlar erros do tipo I.

Os resultados foram padronizados e interpretados como tamanho de efeito (d de Cohen). Além disso, foram considerados outliers e realizados testes não paramétricos quando necessário.

➤ **Contributo para a questão de revisão:**

A Organização Mundial da Saúde (OMS) apelou à reintrodução de intervenções não urgentes durante o parto para melhorar os cuidados de saúde das mães e dos recém-nascidos, ao reduzir os custos dos cuidados na saúde (Veringa-Skida *et al.*, 2021).

As intervenções obstétricas não urgentes comuns, como a analgesia epidural (EA) e a utilização da desnecessária da cesariana (CB), estão associadas ao medo do parto e ao medo (FOC) e a um medo da dor.

De acordo Veringa-Skida *et al.* (2021), a psicoeducação é reconhecida como uma intervenção não-clínica, baseada na atenção plena (MBI), que reduz a ansiedade e a dor crónica, e por sua vez, o medo e a dor no parto.

O medo e a dor no trabalho de parto e parto são considerados fatores de risco associado a um evento traumático. No entanto, os mesmo autores afirmam que a realização de um plano de parto e a utilização de psicoeducação reduzem os sintomas, como a ansiedade e a dor crónica, bem como a utilização de EA e CB.

A intervenção experimental compreendia no programa MBCP foi adaptado para mulheres grávidas com FOC, e Veringa-Skida *et al.* (2021) centraram-se nas técnicas de gestão de ansiedade, medo e meditações guiadas. As sessões foram constituídas por nove sessões semanais e tiveram como duração 3 horas, tendo sido feitas por enfermeiras parteiras experientes e certificadas em MBCP. Estas sessões incluem a prática de meditação baseada em *Mindfulness*, por exemplo, a partilha de experiências e de meditação, para melhorar a sua prática no futuro. Também foram feitos ensinamentos sobre processos psicobiológicos no período perinatal para mulheres, recém-nascidos e a família (Veringa-Skida *et al.*, 2021).

A meditação consciente, para Veringa-Skida *et al.* (2021), tem como objetivo mediar e não julgar a qualidade da atenção das experiências atuais. Esta qualidade permite aos indivíduos observar experiências, tais como, sensações físicas, pensamentos e emoções, através de uma lente, que resulta de uma maior tolerância e aceitação, redução de reatividade (Veringa-Skida *et al.*, 2021).

Foi feito um pedido aos participantes, que se comprometessem a praticar meditação em casa durante 30 minutos por dia.

O programa ECAU foi feito através de duas sessões individuais de 90 minutos para o casal. Ambas as sessões foram distribuídas por um período de 10 semanas e foram entregues a parteiras formadas (Veringa-Skida *et al.*, 2021).

A ECAU foi criada para reduzir a FOC, percebendo-se quais os fatores que causam e mantêm o medo, o stress no período perinatal, incluindo a psicoeducação sobre o medo através de um plano de sobrevivência (Veringa-Skida *et al.*, 2021).

A primeira sessão foi baseada no modelo biopsicossocial e a segunda sessão consistiu na criação de um Plano de Parto da Real Organização Holandesa das Parteiras (KNOV).

O conteúdo original de cada vertente é descrito ao pormenor no protocolo do presente estudo.

Os principais resultados verificados por Veringa-Skida *et al.* (2021) foram: FOC; distúrbios de ansiedade do trabalho de parto, dores de parto (catastrofização e aceitação) e preferências nas intervenções obstétricas não urgentes no parto.

Falta a escala

A FOC foi medida ao utilizar o item 33 W-DEQ-A, que analisa o medo geral, avaliação negativa, solidão, falta de autoeficácia, falta de antecipação positiva e preocupações com a criança (Veringa-Skida *et al.*, 2021).

No presente estudo, Veringa-Skida *et al.* (2021) verificaram uma eficácia promotora do MBCP na redução de intervenções obstétricas não urgentes no trabalho de parto (EA em quase 40%; CB 50%). Após o ajuste do valor P para múltiplos testes, o uso reduzido de EA após MBCP, em comparação com ECAU, não foi significativo na análise ITT; deste modo, esta constatação é um tanto incerta.

Os mesmo autores supracitados investigaram o baixo uso de CB em MBCP (1,4%), que é particularmente aliciente, dada à alta percentagem (35%) de participantes deste grupo, que anteriormente declararam preferência por CB.

Uma outra constatação verificada por Veringa-Skida *et al.* 2021, foram melhores resultados nos scores dos apgar ao 1 minuto de vida dos recém-nascidos de mães que participam no MBCP, o que podem resultar num menor uso de EA intraparto em MBCP (39%) em comparação com os participantes da ECAU (59%).

No entanto, os resultados são incertos, devido ao ajuste do valor- P, sendo que não era mais significativo. Por sua vez, os scores de apgar em recém-nascidos 5 minutos após o nascimento não diferiram entre os dois grupos. Assim, após esta investigação, verificou-se que seria necessária uma pesquisa com mais amostras para conseguir obter conclusões definitivas sobre os resultados para recém-nascidos. Em conclusão, para Veringa-Skida <i>et al.</i> (2021) os resultados são relativamente baixos em MBCP, o que poderá ser uma intervenção promissora para melhorar o FOC e reduzir intervenções obstétricas não urgentes, como CB e EA. E assim, aumentar o número de partos não farmacológicos. O uso de intervenções obstétricas não urgentes durante o parto e o respetivo aumento do FOC são preocupações a nível mundial (Veringa-Skida <i>et al.</i>, 2021). O que foi possível de verificar nas intervenções baseadas no treino do <i>Mindfulness</i>, em mulheres grávidas e companheiros que sofrem de elevado FOC, é eficaz na diminuição da FOC e de intervenções obstétricas consideradas de não urgentes, como CB, aumentando substancialmente os partos não medicados (Veringa-Skida <i>et al.</i>, 2021). Nestas sessões de MBCP, adaptado para mulheres grávidas e companheiros com elevado FOC, evidenciam ser uma intervenção plausível e eficiente para cuidados obstétricos. Este estudo beneficiava de uma análise mais ampla e aprofundada, o que levaria a uma atenção redobrada na formulação das políticas de saúde (Veringa-Skida <i>et al.</i>, 2021).
Artigo: “The Role of Emotion Regulation in Pain Management Among Women From Labor to Three Months Postpartum: An Integrative Review”
➤ Autor/es: Pornpan Srisopa; Xiaomei Cong, Beth Russell e Ruth Lucas.
Artigo: “The Role of Emotion Regulation in Pain Management Among Women From Labor to Three Months Postpartum: An Integrative Review”
Autor/es: Pornpan Srisopa; Xiaomei Cong, Beth Russell e Ruth Lucas.
Ano da Publicação: 2021
País de origem: Tailândia
Objetivos: Melhorar a compreensão do papel das estratégias de regulação emocional na redução da dor das mulheres desde o trabalho de parto até aos 3 meses de pós-parto.
Metodologia/métodos: Foi realizada uma revisão integrativa da literatura segundo Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses nas bases de dados CINAHL, PsycINFO, PubMed, Scopus, Google Scholar e ProQuest. Os autores da investigação não publicada foram contactados individualmente para obter autorização da avaliação dos respetivos artigos. Os critérios utilizados para pesquisa foram três: revisão por pares, texto integral e língua inglesa. Foram utilizadas como palavras chave, “regular emoções”, “autorregulação”, “<i>Mindfulness</i>”, “reenquadramento cognitivo”, “distração”, “dor do pós-parto”, “dor do nascimento” e “dor do parto”. O objetivo desta revisão centra-se no papel das estratégias de regulação das emoções e dar gestão da dor desde o trabalho de parto e até três meses após o parto Assim, os critérios de seleção desta revisão integrativa foram: (1) Abordar o papel das estratégias de regulação da emoção e o seu efeito no resultados na dor do pós-parto; (2) Descrever a experiência das mulheres que utilizam estratégias de regulação de emoções na gestão da dor no pós-parto, (3) Medir o resultados associado à dor entre o parto e os 3 meses após o parto. Deste modo, foram excluídos estudos que não investigavam os resultados da dor, os que eram protocolos e revisões da literatura. Nesta investigação, ao início foram incluídos 51 estudos das bases de dados e não foram encontrados estudos não publicados. Seguidamente, foram removidos os artigos duplicados, selecionados títulos e resumos para elegibilidade. Dos 51 estudos, 25 deles foram revistos na integra, sendo que 16 estudos foram excluídos: 10 estudos foram excluídos porque o tema não se centrava na regulação da emoções e na dor do pós-parto, 1 estudo foi excluído porque ser um protocolo de <i>Mindfulness</i> e, 5 estudos foram

excluídos porque eram revisões da literatura por . Assim, foram selecionados um total de 9 estudos.

A qualidade desta investigação foi avaliada na força e na qualidade dos estudos individuais pelo Johns Hopkins Nursing Evidence Appraisal Tools for Research Evidence. Deste modo, a força da evidência foi classificada em 3 níveis: Nível I – estudo experimental e uma meta-análise de ensaios controlados de forma aleatória; Nível II – estudos quase-experimentais e, por último, nível III – estudos não experimentais ou qualitativos. A qualidade da evidência foi classificada de acordo com a lista de verificação e posteriormente, dividida em 3 níveis: A – alta qualidade, que inclui metodologia rigorosa, tamanho da amostra suficiente, conclusões definitivas, resultados consistentes e gerais, recomendações consistentes baseadas numa revisão exaustiva da literatura; B- Boa qualidade, inclui tamanho de amostra suficiente, conclusões razoáveis definitivas, resultados e recomendações consistentes baseadas numa revisão razoavelmente exaustiva ; e C – Baixa qualidade ou falhas importantes, inclui tamanho da amostra insuficiente, pouca evidência com resultados não consistentes e uma revisão da literatura difícil de retirar conclusões.

Os resultados para a amostra desta revisão integrativa foi composta por 9 estudos que foram analisados em vários países: 3 na Austrália; 2 nos Estados Unidos da América, 2 no Irão e 1 na Tailândia e na Índia. Os estudos incluíam várias concepções metodológicas, sendo que 6 desses estudos utilizaram ensaios aleatórios; 3 estudos usaram métodos qualitativos; 1 estudo utilizou uma abordagem fenomenológica e 2 estudos usaram método descritivo. Todos participantes foram entrevistados durante os 3 meses após o parto. E, todos os estudos qualitativos descreveram estratégias com rigor, envolvimento prolongado, descrição detalhada e com número adequado de temas. Uma amostra no total de nove publicações englobou 710 mulheres, dessas mulheres, 651 foram recrutadas para participar no estudo quantitativo com intervenções realizadas no segundo e terceiro mês do pós-parto. A maioria das participantes eram primíparas, com um único parto, com idade entre 18-40 anos, sem doenças graves ou complicações de alto risco na gravidez e com parto vaginal planeado.

A inclusão dos estudos individuais da literatura evidenciou a existência de 2 grupos que foram classificados pelas estratégias de regulação emocional segundo a intervenção: (1) o efeito da estratégia baseada em *Mindfulness* e (2) estratégias de distração da dor durante o trabalho de parto e pós-parto.

Efeito a estratégia baseada no *Mindfulness* na dor do parto e no pós-parto.

Sete dos nove estudos abordam estratégias de gestão da dor baseadas em *Mindfulness*. Além disso, 4 estudos usaram métodos experimentais que integram o *Mindfulness* como medida cognitiva de educar as mulheres na gestão da dor, durante o trabalho de parto e no período do pós-parto, em mulheres sem experiência prévia na meditação ou yoga. As mulheres que participaram neste estudo foram treinadas por especialistas, que forneceram materiais, tais como, livros, folhetos, áudios como forma de guia, para a prática diária em casa. Três estudos usaram o método qualitativo, da quais, 2 estudos descrevem a experiência das mulheres.

Este estudo investigou a experiência das mulheres durante as intervenções baseadas em *Mindfulness* e avaliou os efeitos alcançados após a conclusão global desta investigação.

Por último, um estudo investigou a experiência das mulheres com dor do trabalho de parto, o seu estado de espírito, compreendendo os seus sentimentos, pensamentos e reações comportamentais à dor.

A componente *Mindfulness* utilizado na gestão da dor

Num total de 6 estudos, foram observados as características e os componentes das intervenções baseadas no *Mindfulness*. Desses 6 estudos, 1 estudo integrou o *Mindfulness* como reenquadramento cognitivo para a intervenção “Mind in Labor” (MIL). A MIL é um programa intensivo de 18 horas com o objetivo de educar as mulheres sobre a dor durante o trabalho de parto. Este programa preparou as mulheres sobre como separar a dor sensorial dos componentes afetivos e cognitivos para ajudá-las a reformular seus pensamentos e reduzir o medo do parto. As mulheres também foram treinadas para se tornarem mais cientes de seus sentimentos, pensamentos e respostas à dor física intensa, sensações através de exames corporais, dos movimentos

conscientes, do ioga e da meditação.

O estudo realizado por Fisher *et al.* (2012) centrou-se no parto baseado no *Mindfulness* associado a um programa de educação de 8 sessões consecutivas. A intervenção baseou-se no desenvolvimento do conhecimento das mulheres sobre a dor e nas suas capacidades de praticar meditação para desenvolver a consciencialização de si própria e aceitar as sensações, os pensamentos e os sentimentos sem fazer juízos de valor.

Por fim, quatro dos estudos no domínio do yoga e programas baseados em *Mindfulness*, focaram-se em atividades educacionais com o objetivo de ensinar o conceito de yoga e mudanças físicas durante a gravidez e o trabalho de parto. As atividades educacionais foram acompanhadas pela prática de um profundo relaxamento e meditação, bem como o treino da força física e da flexibilidade. Os programas são compostos por 6 a 8 sessões, entre a 26^a-30^a semana até a 37^a-39^a semana de gravidez.

Instrumentos utilizados para medir a dor e a regulação da emoção

Relativamente a quatro estudos experimentais, os instrumentos de análise da dor consistiram num autorrelato da dor e numa avaliação dos comportamentos de cada participante. Destes, três estudos utilizaram a Escala Visual Analógica (VAS), a Escala Numérica da Intensidade da Dor durante as fases do trabalho de parto e da dilatação cervical.

Dois estudos também usaram a Escala de Observação Comportamental da Dor (PBOS), que consistia em cinco comportamentos: vocalização, movimento corporal, controlo da respiração, expressão facial e comunicação. A PBOS aplica uma escala de Likert de 3 pontos, em que as pontuações mais baixas indicam uma maior dor, com boa fiabilidade no teste-retest.

No entanto, apenas um estudo investigou o grau da consciência corporal e do *Mindfulness*. A Avaliação Multidimensional da Consciência Interoceptiva foi utilizada para avaliar a consciencialização corporal antes e depois da intervenção. O Questionário das Cinco Facetas do *Mindfulness* foi usado para analisar o nível de *Mindfulness* no dia-a-dia nas fases pré e pós-intervenção e 6 semanas posteriores ao parto.

Em quatro estudos experimentais, observou-se uma variação da eficácia das intervenções nos resultados da dor durante o trabalho de parto e no início do pós-parto. Depois da intervenção da MIL, as mulheres deste grupo obtiveram pontuações mais altas para uma perceção retrospectiva e utilizaram não farmacológicas para dor no trabalho de parto, em grupo de controlo, mas os resultados não foram significativos.

As mulheres que participaram do programa da MIL, também relataram melhorias significativas na consciência corporal, mas não relataram nenhuma mudança significativa ao nível da disposição para o *Mindfulness* nas 6 semanas seguintes à intervenção e no período do pós-parto.

Sobre o programa de yoga baseado em *Mindfulness*, observou-se em dois estudos resultados com pontuações significativamente mais baixas na intensidade da dor ao longo dos três estádios do trabalho de parto, ou seja, 3-4 cm de dilatação cervical, 2 horas após o primeiro e 2 horas após o segundo. Em contrapartida, um outro estudo verificou uma discrepância significativa na dor unicamente aos 3-4 cm de dilatação cervical. Por outro lado, as mulheres do grupo de intervenção obtiveram pontuações PBOS mais elevadas, o que demonstra uma maior tolerância à dor, uma menor necessidade de analgésicos durante o trabalho de parto e um maior nível de conforto no pós-parto.

De acordo com três estudos qualitativos, para algumas mulheres, saber estar presente num estado baseado no *Mindfulness* e aceitar a sua experiência interior, permitiu vivenciar experiências positivas durante o trabalho de parto.

As estratégias baseadas em *Mindfulness*, nomeadamente a técnica de respiração e movimentação corporal permitiu que as mulheres melhorassem a sua consciência e a intenção de se concentrarem no momento presente. Assim, ajudá-las a lidar com o stress, a ansiedade e o desconforto físico. As técnicas de *Mindfulness* também permitiram ajudar as mulheres a manter a calma e a aliviar a dor durante as contrações uterinas. Segundo a declaração de uma mulher, “a atenção plena proporcionou-me uma sensação de calma e de estar no controlo, mesmo quando tudo à minha volta estivesse fora do controlo”.

Mais ainda, a conjugação da educação pré-natal com técnicas de *Mindfulness* ajudou

as mulheres a reformularem sua percepção do trabalho de parto e a mudar sua vivência no sofrimento na progressão do trabalho de parto. Contudo, outras mulheres admitiram que a atenção concentrada na respiração e na conversa interna positiva foi ineficaz quando a dor estava insuportável.

Efeitos da estratégia de distração na dor do parto e pós-parto

Entre nove estudos, dois deles investigaram o papel das técnicas de distração na gestão da dor durante o trabalho de parto. Os conceitos de distração são abordados apenas por um investigador, como um esforço para controlar as emoções, desviando sua atenção da percepção de agitação, do medo e do desconforto para os outros sentidos. O programa consistiu em quatro sessões de aconselhamento. As sessões consistiram na descrição da técnica de distração, na explicação de como a distração influencia a dor, quais as várias estratégias de distração para para controlar a dor, como por exemplo, ver filmes, contar números ou gotas de água e resolver puzzles. As mulheres eram obrigadas a praticar os exercícios em casa e de registar o tempo dedicado a cada técnica utilizada.

Em contrapartida, foi averiguado os efeitos da utilização da música ou de videojogos como técnica de distração, nos resultados da dor no primeiro pedido de administração de medicação analgésica depois de iniciar a indução do parto. As participantes do grupo de intervenção receberam um iPod que continha uma aplicação para uma aplicação para desviarem a sua atenção da dor na sala de partos.

Resultados da estratégia de distração na dor

Em contraste com Dixon et al. (2019) que analisou a eficácia da técnica de distração sem formação, Amiri et al. (2019) treinou mulheres durante o período pré-natal e avaliaram os resultados da dor com a EVA. As descobertas demonstraram que a técnica reduziu de forma significativa a intensidade da dor durante a fase ativa do trabalho de parto. Dixon et al. (2019) mensurou a intensidade da dor pela VAS na primeiro pedido de medicação para dor no início do trabalho de parto indução. Neste estudo não foi encontrada diferença significativa nos valores da dor em comparação entre o grupo com iPod e o grupo sem iPod.

➤ **Fontes de pesquisa utilizadas:**

Revisão da integrativa da literatura segundo Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses nas bases de dados CINAHL, PsycINFO, PubMed, Scopus e ProQuest dissertation 1990-2019.

Sociedade Americana de Enfermagem para Controlo da dor.

➤ **Interpretação desenvolvida:**

Na última década, mais de 3,7 milhões de partos ocorreram todos os anos nos Estados Unidos, um em cada três deles por cesariana (Srisopa, Cong, Russell, Lucas, 2021).

A dor é uma das principais preocupações e constitui uma experiência inevitável resultante do trabalho de parto e parto, das intervenções causadas pelos procedimentos, podendo causar danos nos tecidos durante o parto (Srisopa et al., 2021).

A dor do parto, com uma duração de tempo específica, é vista como um exemplo de uma dor intensa, podendo também estar relacionada com outras dores agudas, nomeadamente, no período do pós-parto, no trauma dos tecidos resultante do parto (Srisopa et al., 2021). Efetivamente, segundo Srisopa et al. (2021), as grávidas revelaram um aumento dos limiares de dor e uma diminuição da sensibilidade à dor no final da gravidez, porém a alteração na sensibilidade à dor é ainda insuficiente no sentido de as proteger dos profundos efeitos profundos do trabalho de parto e da dor pós-parto.

O impacto das dores que persistem depois do parto, que perturbam o dia-a-dia, de acordo com Srisopa et al. (2021), resultam em alterações das atividades de vida diárias, das relações interpessoais, nos relacionamentos interpessoais, na depressão pós-parto, na diminuição do vínculo mãe-filho, bem como na diminuição do bem-estar materno.

Neste momento, a eficácia das medidas de controlo da dor durante o trabalho de parto e pós-parto tem como objetivo o controlo da dor sensorial em vez de aumentar a capacidade da mulher de modular a sua dor (Srisopa et al., 2021).

A dor, segundo a Associação Internacional para o Estudo da Dor, é uma experiência sensorial e emocional desagradável, habitualmente pode ser provocada por uma lesão efetiva ou potencial dos tecidos (Srisopa *et al.*, 2021).

A dor durante o trabalho de parto e o pós-parto, de acordo com Srisopa *et al.* (2021) são influenciadas por fatores convergentes, tais como as vivências anteriores de dor da mulher, aspetos culturais, o estado emocional, influência cognitiva, o sistema imunitário e a gestão do stress sistemas de regulação do stress.

Os autores supracitados afirmam que existem múltiplos estímulos associados à dor estão ligados e influenciam as várias áreas do cérebro.

A neuromatriz body-self é definida pela genética e pelas influências sensorial do ser humano, por meio de três estruturas paralelas: a avaliação cognitiva, a discriminação sensorial e a parte afetivo-motivacional (Srisopa *et al.*, 2021). O conjunto destas estruturas regula a percepção da dor, que é uma experiência única e multidimensional, que regulam a percepção da dor, sendo esta uma experiência única e multidimensional, já que as mulheres interpretam diferentes tipos de dor e reagem à dor de forma distinta (Srisopa *et al.*, 2021).

De acordo com os estudos efetuados no domínio da gestão da dor, foram integradas intervenções pré-natais sobre mecanismos de coping e estratégias de gestão do stress, com vista a melhorar a capacidade das mulheres na gestão da dor (Srisopa *et al.*, 2021). Contudo, as intervenções pré-natais não explicam processos que regulam as emoções associadas à gestão da dor.

Os mecanismos de gestão do stress e os mecanismos de coping, enfatizam os processos regulam as situações de stress; ao contrário, da regulação das emoções, que é o processo extrínseco e intrínseco responsável pela monitorização, pela avaliação e modificação das reações emocionais para alcançar os seus objetivos (Srisopa *et al.*, 2021).

No entanto, Srisopa *et al.* (2021) afirmam que as estratégias de controlo das emoções centravam-se no desenvolvimento de capacidades para gerir as emoções e reagir positivamente a diversos estímulos, tanto nas situações de stress, como nas situações não stressantes. Isto significa que a capacidade de gerir as emoções e de responder de forma positiva aos estímulos é essencial para conseguir um comportamento dirigido ao objetivo (Srisopa *et al.*, 2021).

Deste modo, a gestão das emoções para Srisopa *et al.* (2021) constitui uma estratégia de gestão de proteção na qual estão incluídas técnicas como o *Mindfulness*, a distração, o reenquadramento cognitivo, etc (...). Estas estratégias são direcionadas para reduzir os desconfortos psicológicos prolongados, nomeadamente, a depressão, o stress e ansiedade desde o trabalho de parto até ao período pós-parto. Apesar disto, sabe-se pouco sobre os possíveis efeitos da gestão das emoções na dor desde o trabalho de parto até 3 meses pós-parto (Srisopa *et al.*, 2021).

Numa pesquisa prévia da literatura, Srisopa *et al.* (2021) verificaram a existência de estudos significativos sobre a utilização de técnicas de gestão da dor nas mulheres em trabalho de parto. A maior parte dos estudos aplicou intervenções no período pré-natal e avaliou os resultados associados à dor durante o trabalho de parto e num curto período do pós-parto. Deste modo, com o objetivo compreender bem os efeitos da gestão das emoções na dor das mulheres, foi utilizado o método de revisão integrativa de Whittemore e Knafl (2005) para sintetizar os resultados de cada estudo e responder à questão da revisão: Que evidência existe relativamente à eficácia das estratégias de regulação emocional na redução da dor (i.e., desde o período de trabalho de parto até aos 3 meses pós-parto)?.

A revisão integrativa, para Srisopa *et al.* (2021), demonstrou que foram utilizadas duas estratégias para de controlo das emoções, como o *Mindfulness* e a distração, no sentido de aumentar a capacidade das mulheres para lidar com a dor no pós-parto. Esta análise demonstra que o *Mindfulness* tem a capacidade para desenvolver o sentido interno de si próprio e ajudar as mulheres a perceberem a sua dor no momento, conduzindo a uma maior capacidade para gerir a dor e o desconforto fisiológico.

Segundo os autores supracitados, o tempo de duração da meditação baseada no *Mindfulness* influencia a percepção das mulheres quanto à intensidade da dor. De facto, uma breve meditação baseada nesta técnica influenciou a intensidade da dor, mas reduziu de forma significativa o desconforto psicológico, nomeadamente a ansiedade. Em comparação, as sessões de treino frequente, sessões de preparação contribuíram,

significativamente, no controlo da intensidade da dor pelas mulheres (Srisopa *et al.*, 2021).

O *Mindfulness*, segundo Srisopa *et al.* (2021) distingue-se de outras estratégias de controlo da dor porque requer que as mulheres ignorem a dor, ou que reavaliem as alterações cognitivas em relação à sua percepção e expectativas de dor. Deste modo, esta técnica permite uma atenção consciente dos aspetos sensoriais da dor, que contribui para o aumento das respetivas representações neurais. A abordagem sensorial é isenta de juízos de valor e diminui a exacerbação da intensidade emocional, ao modificar a avaliação dos estímulos afetivos, o que resulta na diminuição da sua intensidade, da sensação de dor desagradável e da antecipação da ansiedade associada à dor (Srisopa *et al.*, 2021).

Em relação aos resultados no domínio da dor, Srisopa *et al.* (2021) verificaram o um efeito positivo na gestão do bem-estar das mulheres, nos desconfortos psicológicos e fisiológicos, aumentando a consciencialização neste domínio.

Este facto não é muito surpreendente, uma vez que, segundo os autores acima mencionados, o facto de estar presente no momento e de se abrirem aos sentimentos e aos pensamentos sem julgamento podem promover uma maior clareza dos próprios valores e comportamentos, o que aumenta a capacidade de se empenhar em ações que visam atingir os seus objetivos.

Por outro lado, os resultados evidenciam que as estratégias de distração apresentaram uma melhora significativa nos resultados da intensidade da dor quando as mulheres receberem formação e treino sobre a técnica previamente ao parto (Srisopa *et al.*, 2021). Para o mecanismo de distração, Srisopa *et al.* (2021) afirmam que é fundamental a atenção. Quando a atenção é desviada e direcionada para outros estímulos que não a dor que não a dor e se forem utilizados outros sentidos, verifica-se que o estímulo doloroso é menos intenso.

No entanto, os autores supracitados não encontraram o efeito da distração na dor durante o trabalho de parto.

É exequível, que os esforços que as mulheres façam para desviar a sua atenção para outros estímulos fossem considerados inadequados e insuficientes, e que fosse necessária mais formação e prática (Srisopa *et al.*, 2021). Esta técnica seria uma prática de carácter adaptativo, no controlo da dor, se esta estratégia for associada a uma atitude da aceitação face à dor, em vez da sua total prevenção (Srisopa *et al.*, 2021).

De acordo com Srisopa *et al.* (2021), alguns aspetos culturais têm influência na percepção da dor e no processo de gestão das emoções. As culturas influenciam a forma como os indivíduos pensam, sentem e se comportam de acordo com os valores e expectativas sociais da sua cultura.

O processo de gestão das emoções é impulsionado por motivos afetivos, nas relações e pela cultura e pode ser visto de forma adaptativa quando é possível alcançar os objetivos numa dada situação e é coerente no seu contexto cultural (Srisopa *et al.*, 2021). Portanto, é importante ter consciência dos aspetos culturais das mulheres na sua elaboração, treino e avaliação de estratégias de *Mindfulness* e de distração para o controlo da dor (Srisopa *et al.*, 2021).

Srisopa *et al.* (2021) afirmam que limitações neste investigação são suscetíveis de influenciar a capacidade de retirar conclusões concretas relativamente à eficácia e à fiabilidade da controlo emocional na gestão da dor, sobretudo no que respeita aos estudos experimentais.

Por outro lado, também não foram mencionados os fatores que influenciaram o trabalho de parto e o pós-parto, nomeadamente os diferentes tipos de parto, as vivências da dor e o utilização dos medicamentos que podem interferir nos relatos sobre a intensidade da dor e nos resultados obtidos (Srisopa *et al.*, 2021).

- Por fim, a maior parte dos estudos não referiam a auto-prática diária das mulheres, o que constituiu um facto importante relacionado com o aumento da auto-eficácia quando as mulheres utilizam técnicas de *Mindfulness* e de distração durante uma experiência dolorosa. Deste modo, a conclusão a que assistimos pode ser generalizável e utilizada com cautela.

➤ **Nível de Evidência alcançado (se aplicável):**

Segundo JBI, o nível de evidência deste artigo é 5.a – Revisão integrativa da literatura de natureza qualitativa.

O objetivo desta revisão foi aprimorar a compreensão do papel das estratégias de

regulação emocional e seus resultados na redução da dor das mulheres desde o trabalho de parto até 3 meses pós-parto

Estratégia de pesquisa:

Foi realizada uma revisão integrativa da literatura seguindo as diretrizes propostas por Whittemore e Knafl (2005) e os critérios de relato preferenciais para revisões sistemáticas e metanálises - PRISMA. A busca abrangeu o período de 1990 a 2019 e incluiu estudos publicados e não publicados, utilizando bases de dados como CINAHL, PsycINFO, PubMed, Scopus, Google Scholar e ProQuest.

Os critérios utilizados para limitar a busca foram: estudos revisados por pares, texto completo e revistas em língua inglesa.

Critérios de inclusão e exclusão

1) abordem o papel das estratégias de regulação emocional e seu efeito nos resultados relacionados à dor pós-parto, 2) descrevam a experiência das mulheres no uso das estratégias de regulação emocional para lidar com a dor pós-parto e 3) medição os resultados da dor entre o trabalho de parto e 3 meses pós-parto. Estudos que não investigaram os resultados da dor ou que eram protocolos ou revisões de literatura foram excluídos.

Processo de seleção:

- Inicialmente, foram incluídos 51 estudos das bases de dados neste processo. Após a remoção de duplicados e examinar os títulos e resumos para elegibilidade, 25 estudos foram analisados na íntegra. Dezasseis estudos foram excluídos devido à falta de foco na regulação emocional e dor após o parto (n = 10), serem protocolos de *Mindfulness* (n = 1) ou revisões de literatura (n = 5). Nove estudos foram retidos na amostra final.

➤ **Contributo para a questão de revisão:**

Segundo Srisopa *et al.* (2021), a gestão da dor durante o trabalho de parto e no pós-parto, constitui uma prática essencial tanto para os profissionais de saúde como para as grávidas.

O processo de intervenção baseado no *Mindfulness* tem potencial de aliviar a dor e também pode ser considerado como uma proteção face a situações de stress (Srisopa *et al.*, 2021).

Em relação aos resultados no domínio da dor, o *Mindfulness* tem um efeito positivo na gestão do bem-estar das mulheres, nos desconfortos psicológicos e fisiológicos, aumentando a consciencialização neste domínio (Srisopa *et al.*, 2021).

Para Srisopa *et al.* (2021), a capacidade de gerir as emoções será estabelecida como um método alternativo de gestão da dor e, facultada a todas as mulheres grávidas, como um método holístico de auto-gestão da dor, em complemento com a terapia farmacológica.

Os autores supracitados verificaram que as estratégias baseadas em *Mindfulness* e de distração têm potencial para aliviar a intensidade da dor associada a fatores sensoriais, afetivos e cognitivos relacionados com a dor.

O *Mindfulness*, segundo Srisopa *et al.* (2021) pode proporcionar uma grande variedade de resultados ao abordar aspetos fisiológicos, psicológicos e de bem-estar social.

As estratégias baseadas em *Mindfulness*, nomeadamente a técnica de respiração e movimentação corporal permitiu que as mulheres melhorassem a sua consciência e a intenção de se concentrarem no momento presente (Srisopa *et al.*, 2021). Assim, ajudá-las a lidar com o stress, a ansiedade e o desconforto físico, permitiu ajudar as mulheres a manter a calma e a aliviar a dor durante as contrações uterinas (Srisopa *et al.*, 2021). Mais ainda, Srisopa *et al.* (2021) investigaram que a conjugação da educação pré-natal com técnicas de *Mindfulness* ajudou as mulheres a reformularem sua percepção do trabalho de parto e a mudar sua vivência no sofrimento na progressão do trabalho de parto. Contudo, outras mulheres admitiram que a atenção concentrada na respiração e na conversa interna positiva foi ineficaz quando a dor estava insuportável (Srisopa *et al.*, 2021).

Já as estratégias de distração, para Srisopa *et al.* (2021), apresentaram uma melhoria significativa nos resultados da intensidade da dor quando as mulheres receberam formação e treino sobre a técnica previamente ao parto. Para esta técnica é fundamental

a atenção. Quando a atenção é desviada e direcionada para outros estímulos que não a dor que não a dor e se forem utilizados outros sentidos, verifica-se que o estímulo doloroso é menos intenso (Srisopa *et al.*, 2021).

Srisopa *et al.* (2021), graças aos resultados obtidos, as recomendações são para as enfermeiras parteiras e aos profissionais de saúde para incluírem a estratégia de *Mindfulness* e outras estratégias de regulação das emoções nas intervenções pré-natais, tendo como objetivo reformular os pensamentos, atenuar os sentimentos negativos e promover comportamentos adaptativos face à dor durante o parto.

As formações, para os autores supracitados, com maior duração e a sua prática diária, seriam disponibilizadas e supervisionadas de forma a aumentar os efeitos da experiência e a autoeficácia para a gestão da dor durante o trabalho de parto. É notório, que o foco das intervenções baseadas em *Mindfulness* incidiu na redução da dor durante o trabalho de parto. Para Srisopa *et al.*, (2021), as lesões nos tecidos resultantes do parto poderão provocar dores contínuas pós-parto, pelo que as intervenções devem ser retomadas e manter-se em curso depois do parto, para que as mulheres consigam controlar a sua dor e os outros desconfortos.

Nesta investigação, Srisopa *et al.* (2021) utilizaram a Escala Visual Analógica (VAS), a Escala Numérica da Intensidade da Dor durante as fases do trabalho de parto e da dilatação cervical.

Também utilizaram a Escala de Observação Comportamental da Dor (PBOS), que consistia em cinco comportamentos: vocalização, movimento corporal, controlo da respiração, expressão facial e comunicação.

No entanto, apenas uma investigou o grau da consciência corporal e do *Mindfulness*, a escala da Avaliação Multidimensional da Consciência Interoceptiva, que foi utilizada para avaliar a consciencialização corporal antes e depois da intervenção.

Os autores supracitados também recorreram ao Questionário das Cinco Facetas do *Mindfulness*, que foi utilizada para analisar o nível de *Mindfulness* no dia-a-dia, nas fases pré e pós-intervenção e 6 semanas posteriores ao parto.

Neste investigação, verificou-se que a EVA é amplamente utilizada na medição dos resultados da dor, por ser uma instrumento de fácil compreensão dos participantes e tem uma fiabilidade adequada. No entanto, esta escala não permite medir a construção multidimensional da dor.

Esta questão foi considerada de problemática para Srisopa *et al.*, (2021), dado que o método das intervenções baseadas em *Mindfulness* permite atenuar significativamente a dor através de diversas vias de comunicação cerebrais na intensidade da dor intensa. Desta forma, para avaliar os resultados em relação à dor seria necessária a existência de ferramentas que permitam medir as diferentes dimensões da dor, permitindo uma interpretação da dor de uma forma confidencial e abrangente (Srisopa *et al.*, 2021).

Srisopa *et al.*, (2021) recomendam numa investigação futura, utilizar intervenções inovadoras baseadas na combinação de diversas técnicas de gestão das emoções com o objetivo de melhorar a eficácia da eficácia do controlo da dor em cada uma das fases do trabalho de parto e pós-parto. Também é necessário investigar os efeitos do tratamento depois do parto.

Adicionalmente, este estudo evidencia uma grande lacuna de conhecimentos que precisa de ser aprofundada, nomeadamente no que diz respeito ao processo de gestão da emoção na relação entre o estado emocional e a dor durante o trabalho de parto e no pós-parto. Também é importante definir um enquadramento teórico que explique qual a influência da regulação emocional sobre a perceção da dor no parto e no pós-parto, tendo por base uma abordagem biopsicossocial sistemática (Srisopa *et al.*, 2021).

Artigo: “Relaxation techniques for pain management in labour (Review)”

➤ **Autor/es:** Smith CA, Levett KM, Collins CT, Armour M, Dahlen HG, Suganuma M

Ano da Publicação: 2018

País de origem: Austrália

Objetivos: Compreender quais os efeitos das técnicas de relaxamento mente-corpo na gestão da dor no trabalho de parto e no bem-estar materno e neonatal, durante e após o trabalho de parto.

➤ **Metodologia/métodos:**

Trata-se de estudo experimental, randomizado controlado (RCTs), que inclui cluster- e quasi-RCTs de natureza quantitativa. Os estudos cruzados foram excluídos.

Este estudo tem como objetivo analisar os efeitos das técnicas de relaxamento mente-corpo para a gestão da dor no trabalho de parto materno e bem-estar neonatal durante e após o trabalho de parto.

As participantes neste estudo são mulheres em trabalho de parto, o que incluiu mulheres em grupos de alto risco, por exemplo, trabalho de parto prematuro ou após indução do trabalho de parto. Foi realizada uma análise ao subgrupo para investigar as possíveis diferenças no efeito das intervenções nesses grupos.

Esta revisão resulta de uma série de revisões realizadas pela Cochrane sobre a gestão da dor no trabalho de parto e foram incluídas as seguintes técnicas de relaxamento mente-corpo: métodos de relaxamento, ioga, música, analgesia de áudio e *Mindfulness*. Comparações de qualquer tipo de técnica de relaxamento mente-corpo com qualquer outra (ioga, música, áudio), bem como qualquer tipo de técnica de relaxamento comparada com: placebo/sem tratamento; 2. hipnose; 3. biofeedback; 4. injeção intracutânea ou subcutânea de água estéril, 6. aromaterapia. A intervenção pode incluir uma única técnica ou uma combinação de técnicas de relaxamento mente-corpo que se combinam entre elas para produzir uma intervenção ativa.

Tipos de medidas de resultados

Os efeitos das intervenções primários que são os comuns a todas as revisões são os seguintes: Intensidade da dor (conforme definido pelos pesquisadores). Análise da dor pela fase do trabalho de parto (se relatada); Satisfação com o alívio da dor (conforme definido pelos avaliadores); Senso de controle no trabalho de parto (conforme definido pelos experimentadores), Satisfação com a experiência do parto (conforme definido pelos avaliadores).

Em relação à segurança das intervenções, existem 8 intervenções a ter em conta: Efeito (negativo) na interação mãe/bebê; Amamentação (em pontos de tempo especificados); Parto vaginal assistido; Cesariana; Efeitos colaterais (para mãe e bebê; revisão específica); Admissão em berçário de cuidados especiais ou terapia intensiva neonatal (conforme definido pelos participantes do estudo); Índice de Apgar baixo (menos de 7 em cinco minutos); Resultados infantis insatisfatórios no acompanhamento de longo prazo (conforme definido pelos pesquisadores). Por fim, foram analisados outros resultados, como o custo (conforme definido pelos avaliadores).

Os investigadores apresentaram resultados secundários, na vertente materna, quanto ao uso de fármacos analgésicos; na duração do trabalho de parto; parto vaginal espontâneo; na necessidade de potencialização com a hormona ocitocina; trauma perineal (determinado pela episiotomia e incidência de laceração de segundo ou terceiro grau); perda de sangue materna (hemorragia pós-parto definida como maior que 500 mL), e a ansiedade.

A metodologia desta revisão é baseada num modelo utilizado pela Cochrane Pregnancy and Childbirth. A pesquisa foi realizada na Cochrane Pregnancy and Childbirth's Trials Register, por um especialista em informações a 9 de maio de 2017.

O Register é uma base de dados que contém mais de 24.000 relatórios de estudos analisados na área de gravidez e parto. A pesquisa foi realizada no Registo de Ensaio de Gravidez e Parto, e inclui as estratégias de pesquisa detalhadas na CENTRAL, MEDLINE, Embase e CINAHL; a lista de periódicos pesquisas e canais de conferências; e uma lista de periódicas revisadas por meio do serviço de conscientização atual.

Os resultados da pesquisa foram analisados por duas pessoas, os textos completos de todos os relatórios de ensaios significativos identificados pelo método de pesquisa descritas anteriormente. Assim, cada relatório recebe um número que corresponde a um tópico (ou tópicos) específico de revisão sobre Gravidez e Parto, sendo adicionado ao Registo. O Especialista na Informação de pesquisa de cada revisão no Registo utilizou o número do tópico em vez de palavras-chave. Isto resulta num conjunto de pesquisa mais específico que foi totalmente contabilizado nas seções de revisão pertinentes.

A seleção dos resultados da pesquisa foram analisados por dois revisores, que avaliaram todos os estudos identificados na pesquisa. Deste modo, qualquer discórdia foi discutida, ou, se necessário, foi consultado um terceiro revisor.

A extração e gestão de dados seguiu o formulário de extração dados já definido pelos investigadores.

Para estudos elegíveis, pelo menos dois revisores extraíram os dados ao usar o formulário acordado.

As discrepâncias foram resolvidas com a discussão dos dados ou, se necessário, consultamos o terceiro autor da revisão. Os dados foram inseridos no software Review Manager 5 (RevMan 5, RevMan 2014) onde foi verificada sua precisão.

A avaliação do risco de viés nos estudos incluídos foi feita pelos dois revisores que avaliaram, independentemente do risco de viés, cada estudo utilizando os critérios descritos no Manual Cochrane para Revisões Sistemáticas de Intervenções (Higgins 2011a). Qualquer discórdia foi resolvida pela discussão do conteúdo ou através de um terceiro revisor.

O método de alocação de sequência aleatória, onde foi possível verificação o viés na seleção em detalhe, permitiu uma avaliação de grupos comparáveis.

Assim, em 1, para cada estudo incluído, foi avaliado o método como sendo: Baixo risco de viés (qualquer processo verdadeiramente aleatório, como por exemplo, tabela de números aleatórios; gerador de números aleatórios de computador); Alto risco de viés (qualquer processo não aleatório, como por exemplo, data ímpar ou mesmo de nascimento; número de registro hospitalar ou clínico), e Risco claro de viés.

Em 2, a ocultação de alocação foi verificada para cada estudo incluído, descrevendo o método utilizado para ocultar a alocação de intervenções antes da atribuição da avaliação da intervenção de alocação que poderia ter sido prevista antes ou durante o recrutamento, ou alterada após a atribuição.

Na fase 3.1, a ablepsia dos participantes e dos investigadores, verificou o possível viés no desempenho para cada estudo que foi incluído, descrevendo os métodos utilizados, para ablegar os participantes e a equipe de investigadores, sobre qual seria a intervenção que cada participante recebeu. A investigação realizada demonstrou que tinham um baixo risco de viés se fossem sem saber o que iria acontecer, ou se julgassem que a falta de visão sobre o estudo provavelmente não afetaria os resultados. A avaliação sobre a falta de visão, levou a uma análise, de forma separada para os diferentes resultados ou classes de resultados. Assim, foram avaliados os métodos como: Risco de viés baixo, alto ou pouco claro para os participantes, e Risco baixo, alto ou pouco claro de viés para o pessoal.

Na fase 3.2, a ablepsia em relação à avaliação dos resultados (verificação de possível viés de detecção), para cada estudo incluído, os investigadores descreveram os métodos usados para cegar os avaliadores nos resultados a partir do conhecimento de qual intervenção o participante recebeu. Avaliamos a perda de visão separadamente para os diferentes resultados ou classes de resultados.

A avaliação dos resultados cegos pode ser caracterizada através dos métodos utilizados na avaliação de resultados como um risco de viés baixo, alto ou pouco claro.

Na etapa 4, quanto à verificação de um possível viés nos resultados dos dados incompletos, para cada estudo incluído e para cada resultado ou classe de resultados, os autores descreveram a integridade dos dados, incluindo os atritos e exclusões na análise.

Os atritos e exclusões foram relatados e os números incluídos na análise em cada estágio, (em comparação com o número total de participantes randomizados), razões para atrito ou exclusão quando relatados e se os dados ausentes foram equilibrados entre os grupos ou estavam relacionados aos resultados.

A avaliação dos métodos foi assinalada como, baixo risco de viés (como por exemplo, nos dados de resultados ausentes; nos dados de resultados ausentes equilibrados entre os grupos); alto risco de viés (como por exemplo, números ou razões devido à falta de dados não equilibrados entre os grupos; análise 'conforme tratado' com desvio substancial na intervenção recebida daquela atribuída na randomização); e risco claro de viés.

Na etapa 5, a verificação do viés foi investigado por um Relato seletivo, em cada estudo incluído, podendo ser considerado de baixo risco de viés (onde ficou claro que todos os resultados pré-especificados do estudo e todos os resultados esperados de interesse

para a revisão foram relatados); alto risco de viés (onde nem todos os resultados pré-especificados do estudo foram relatados; um ou mais resultados primários relatados não foram pré-especificados; resultados de interesse foram relatados de forma incompleta e, portanto, não puderam ser usados; estudo falhou em incluir resultados de um resultado chave que esperávamos que eles teriam relatado); e risco claro de viés.

De forma a avaliar os estudos quanto ao alto risco do viés, os critérios foram de acordo com o manual da Cochrane.

Na 6 etapa, para cada estudo 1 e 5, foram descritas as preocupações sobre o possível viés para cada estudo incluído.

No 7 passo, foi avaliado o risco geral de viés, onde foi feita a explicação sobre os riscos dos estudos e acordo com os critérios do Manual da Cochrane para as revisões Sistemáticas de Intervenções (Higgins 2011).

No futuro, os autores afirmam que é importante avaliar e analisar o impacto dos resultados do viés através de uma Análise sensível.

A avaliação da qualidade da evidência foi avaliada ao utilizar uma abordagem GRADE. Através desta abordagem foi avaliada a qualidade da evidência em alguns pontos: Efeitos das intervenções (na intensidade da dor, satisfação com alívio da dor, Senso de controle no trabalho de parto, satisfação na experiência do parto), Segurança da intervenção (Amamentação, parto vaginal assistido e cesariana).

A evidência foi realizada por meio de 3 comparações, relaxamento, ioga e música.

A abordagem GRADE utiliza 5 considerações, limitações do estudo, consistência do efeito, imprecisão, carácter indireto e o viés da publicação.

A evidência científica pode ser classificada de alta qualidade para um nível de limitações graves, dependendo das avaliações do risco do viés, evidência indireta, numa fragilidade elevada, imprecisão das estimativas selecionadas ou num possível viés na publicação.

Quanto ao efeito do tratamento de dados dicotômicos, foram apresentados resultados com um risco resumido com intervalos de confiança de 95%.

Os dados contínuos analisam a diferença média dos resultados avaliados da mesma maneira entre os ensaios. A diferença média padronizada combinou os ensaios que mediram o mesmo resultado, mas usaram métodos diferentes.

A unidade de questão da análise inclui e descreve características de vários estudos, um estudo tinha quatro grupos, um outro estudo tinha quatro grupos e, um estudo tinha cinco grupos. Para todos estes estudos foram selecionados grupos de intervenções relevantes. Assim, foram criados três grupos, um grupo de intervenção (massagem e relaxamento), um grupo placebo (música e relaxamento) e um grupo de controle (cuidados habituais).

Cada investigador agregou os grupos de acordo com os vários métodos.

Quanto aos ensaios clínicos randomizados em cluster, foram incluídos individualmente com os estudos randomizados. Em futuras atualizações da revisão, o tamanho da amostra vai ser ajustado de acordo com os métodos descritos no Manual Cochrane para Revisões sistemáticas da revisão ao utilizar o coeficiente de correlação intracluster derivado de um ensaio semelhante ou de um estudo feito para uma população semelhante. Ao utilizar o coeficiente de correlação intracluster de outras fontes, será descrito a forma da sensibilização da análise para investigar o efeito da variação deste coeficiente.

Os autores consideram razoável combinar os resultados se existir reduzida heterogeneidade entre os desenhos do estudo e a interação entre o efeito e a escolha da unidade randomizada, sendo desta forma considerada improvável.

Os estudos cruzados não são os mais adequados para desenhos de estudos que analisam as intervenções no trabalho de parto, sendo desta forma excluídos.

Os dados considerados perdidos nos estudos incluídos obtiveram um grande nível de atrito. Desta forma, em futuras atualizações, caso sejam incluídos mais estudos, será investigada o seu impacto na sua análise de sensibilidade quanto ao alto nível de dados ausentes.

Para todos os resultados, foram realizadas análises, com o objetivo de tratar, ou seja, de incluir todos os participantes randomizados para cada grupo nas análises. O denominador para cada resultado, em cada ensaio, foi através de número aleatório, expeto os participantes cujos resultados eram conhecidos como ausentes.

A avaliação da heterogeneidade estatística foi realizada através da meta análise ao

utilizar o Tau^2 , I^2 (Higgins 2003) e estatísticas Chi^2 (Deeks 2011). Os autores consideram que a heterogeneidade substancial acontece se I^2 for maior que 30% e Tau^2 for maior que zero ou se houver um valor de P baixo (menos de 0,10) no teste de Chi^2 para heterogeneidade. Ao identificar a heterogeneidade substancial, acima de 30%, considera-se suficiente, e foi planejado explorar a análise através de subgrupo pré-específicos.

A avaliação do viés, caso existam futuras atualizações, em 10 ou mais estudos na metanálise, será investigado os relatórios (como viés de publicação) recorrendo a gráficos de funil. A avaliação deve ser visual e assimetria do gráfico de funil, caso seja assimetria, será feita uma análise exploratória (Esterno 2011).

Síntese de dados

A realizamos desta análise estatística foi feita pelo software RevMan 5 (RevMan 2014), através de uma meta-análise com efeito fixo de forma a conjugar dados razoáveis dos estudos que estavam estimados com o mesmo efeito de tratamento subjacente: isto é, onde os estudos estavam a ser analisados na mesma intervenção, nas populações e métodos dos estudos que foram considerados satisfatoriamente semelhantes.

Assim, caso existisse heterogeneidade clínica suficiente para analisar os efeitos implícitos no tratamento que diferissem entre os estudos, ou, se heterogeneidade estatística substancial fosse detetada, recorreriam a uma meta-análise dos efeitos aleatórios para originar um resumo geral do efeito médio no tratamento entre os estudos, se fosse considerado clinicamente significativo.

O resumo dos efeitos aleatórios foi estudado através de um intervalo médio de possíveis efeitos no tratamento e foram debatidas as implicações clínicas dos efeitos no tratamento que diferem entre os estudos. Se o efeito médio no tratamento não fosse clinicamente significativo, os estudos não seriam combinados. Caso fosse utilizado a análises dos efeitos aleatórios, os autores expuseram os resultados como o efeito médio no tratamento com ICs de 95% e as estimativas de Tau^2 e I^2 .

A análise do subgrupo e investigação da sua heterogeneidade, consiste na apresentação dos dados sobre a duração do trabalho de parto ou dor durante as três fases diferentes do trabalho de parto, os dados foram agrupados para que os resultados, de acordo com a fase do trabalho de parto (latente; ativo; transição).

No futuro, se existir mais dados disponíveis, os investigadores planearam a heterogeneidade substancial ao utilizar as análises dos subgrupos e considerarem se um resumo geral é significativo e, se for, recorrem a uma análise de efeitos aleatórios.

A realização das análises do subgrupo para resultados primários são: 1 – Trabalho de parto espontâneo versus trabalho de parto induzido; 2- Primíparas versus múltiparas; 3 – Nascimento de termo versus prematuro e, 4 – O suporte contínuo no trabalho de parto versus sem apoio/suporte contínuo.

Este subgrupo foi avaliado de acordo com as suas diferenças através de testes de interação disponíveis no RevMan 5 (RevMan 2014). Também foram relatados os resultados das análises de subgrupo através da estatística Chi^2 e o valor P, e o valor I^2 do teste de interação.

A análise sensível explorou o efeito do risco de viés para cada comparação feita, restringindo a análise aos ensaios classificados como "baixo risco de viés" para linhagem de sequência aleatória e ocultação de alocação.

Nesta revisão, existiam poucos estudos comparados (com limitações de projeto), isto contribuiu para os dados, não tendo sido realizada uma análise adicional.

No futuro, caso seja realizada uma atualização, por meio de dados suficientes, a realização da análise de sensibilidade irá limitar as análises aos resultados primários.

Assim, neste contexto, foram avaliados 67 relatórios em estudos para esta atualização, incluindo os dois estudos que aguardam classificação na versão anterior da revisão.

A revisão original incluiu um conjunto de terapias complementares (de acordo com Smith, 2006) E a atualização da revisão em 2011 (Smith 2011) incluiu ensaios de terapias que envolveram técnicas de relaxamento.

O Design do estudo consistiu em dezenove ensaios, além do design paralelo, numa tentativa de utilizar um design fatorial. Dezesseis estudos tinham dois grupos, um estudo tinha três grupos (Kimber 2008), um estudo tinha quatro grupos, e um estudo tinha cinco grupos.

O tamanho da amostra variou entre 25 a 1087.

Local do estudo, datas e fontes das mulheres:

Quatro estudos foram realizados no Irã (Bagharpoosh, 2006; Bahadoran, 2010; Dizavandi, 2012; Hosseini, 2013). Dois estudos foram realizados cada um no Brasil (Almeida, 2005; Boaviagem, 2017), na Itália (Dolcetta, 1979; Gatelli, 2000), na Tailândia (Chuntharapat, 2008; Phumdoung, 2007), no Peru (Simavli, 2014; Yildirim, 2004), no Reino Unido (Kimber, 2008; Moore, 1965) e nos EUA (Duncan, 2017; Durham, 1986). Um foi realizado estudo na Noruega (Gedde-Dahl, 2012), na Suécia (Bergstrom, 2009) e em Taiwan (Liu, 2010).

Apenas oito estudos referiram as suas datas de estudo: Almeida, 2005 entre 2000 e 2001, Bagharpoosh de 2006 em 2002, Bahadoran, 2010 em 2010, Bergstrom, 2009 em 2006-2007, Chuntharapat, 2008 de 2005 a 2006, Kimber, 2008 de 2004 a 2006, Simavli, 2014 de 2011 a 2012, e Yildirim, 2004 em 2000.

Onze estudos recrutaram mulheres durante o período pré-natal (Almeida, 2005; Bahadoran, 2010; Bergstrom, 2009; Chuntharapat, 2008; Dolcetta, 1979; Duncan, 2017; Durham, 1986; Gatelli, 2000; Gedde-Dahl, 2012; Kimber, 2008; Simavli, 2014) e sete estudos recrutaram mulheres em de trabalho de parto (Bagharpoosh, 2006; Boaviagem, 2017; Hosseini, 2013; Liu, 2010; Moore, 1965; Phumdoung, 2007; Yildirim, 2004), e um estudo não descreveu o local de recrutamento (Dizavandi, 2012).

Quanto aos participantes, os Doze estudos incluíram apenas mulheres primíparas, um deles incluiu mulheres primíparas e múltíparas (Bahadoran, 2010) e os sete estudos restantes (Dizavandi, 2012; Dolcetta, 1979; Durham, 1986; Gedde-Dahl, 2012; Kimber, 2008; Moore, 1965) não especificou a paridade.

Tipos de intervenções

As diferentes intervenções foram agrupadas de acordo com os métodos, o relaxamento, o yoga, a música, a áudio analgesia e o *Mindfulness*.

Assim, dez tentativas utilizaram a técnica de relaxamento, em que consistia no relaxamento dos músculos corporais e no uso da respiração profunda e relaxamento como tentativa de relaxamento em um estudo (Boaviagem, 2017). O relaxamento, a música e imaginação como uma tentativa de relaxamento e música em uma tentativa (Kimber, 2008), alongamento, relaxamento, massagem e respiração (Bahadoran, 2010). Por seguintes, dois dos estudos recorreram ao relaxamento muscular progressivo (Bagharpoosh, 2006; Yildirim, 2004). Três estudos utilizaram a psicoprofilaxia (Bergstrom, 2009; Dolcetta, 1979; Gatelli, 2000), dois estudos utilizaram o ioga. O estudo do ioga realizado por Chuntharapat, 2008 compreendia posturas, respiração, vocalização e educação, e Phumdoung, 2007 composto por posturas de yoga. Um estudo utilizou a analgesia por áudio (Moore, 1965) e seis tentativas usar a música (Dizavandi, 2012; Durham, 1986; Gedde-Dahl, 2012; Hosseini, 2013; Liu, 2010; Simavli, 2014). Um estudo utilizou a massagem e relaxamento, ou, a música e relaxamento (Kimber, 2008) e um outro estudo utilizou o *Mindfulness* (Duncan, 2017). As intervenções são descritas com mais detalhes nas características dos estudos incluídos. Os grupos de controle variaram, 13 ensaios usaram cuidados habituais, três ensaios usaram psicoprofilaxia, um estudo usou educação, um estudo usou uma dose diferente de analgesia de áudio, e um estudo usou diferentes formas de controle postural. Os detalhes do grupo de comparação usando cuidados habituais foram frequentemente subnotificados.

Medidas dos resultados

Doze estudos relataram dados sobre dor (Almeida, 2005; Bagharpoosh, 2006; Bergstrom, 2009; Boaviagem, 2017; Chuntharapat, 2008; Dolcetta, 1979; Gedde-Dahl, 2012; Kimber, 2008; Liu, 2010; Phumdoung, 2007; Simavli, 2014; Yildirim, 2004). Três estudos relataram o uso de analgesia farmacológica (Bergstrom, 2009; Durham, 1986; Kimber, 2008). Resultados maternos (senso de controle, satisfação) foram relatados em oito ensaios (Bergstrom, 2009; Boaviagem, 2017; Chuntharapat, 2008; Duncan, 2017; Gatelli, 2000; Kimber, 2008; Moore, 1965; Yildirim, 2004). Nenhum resultado clínico foi relatado em dois ensaios (Bagharpoosh, 2006; Dolcetta, 1979). Consulte os detalhes de todos os resultados relatados no características dos estudos incluídos.

Financiamento e conflitos de interesse

O investigador Bergstrom 2009 foi financiado pelo Conselho de Pesquisa Sueco e pelo Instituto Karolinska.

Todos os autores deste estudo declaram sua independência.

Boaviagem 2017, foi financiado com bolsa da Fundação de Ciência e Tecnologia do Estado de Pernambuco (FACEPE), Chuntharapat, 2008 pela Faculdade de Pós-Graduação da Universidade Prince of Songkla, Tailândia, Duncan, 2017 foi financiado por uma doação do Fundo de Saúde Mount Zion, administrado pela Universidade da Califórnia, e dois autores foram apoiados pelos Institutos Nacionais de Saúde/Centro Nacional de Saúde Complementar e Integrativa dos EUA por meio de prêmios de desenvolvimento de carreira.

O apoio financeiro em Gedde-Dahl, 2012 foi fornecido pelas instituições empregadoras dos investigadores (hospitais universitários na Noruega). Kimber, 2008 através de uma bolsa de medicina complementar do Oxfordshire Health Services Research Committee (OHSRC), Liu, 2010 pelo National Science Council, Taipei, Taiwan, e Phumdoung, 2007 através de uma concessão da Universidade Prince of Songkla. Nenhum outro estudo relatou fontes de financiamento.

Os autores não relataram conflitos de interesse e os restantes estudos não mencionaram conflitos de interesse.

No total foram excluídos 45 estudos (ver Características de estudos excluídos do artigo). Nove estudos não atenderam aos critérios de elegibilidade para a população do estudo, e, a intervenção não foi elegível em 22 estudos.

➤ **Fontes de pesquisa utilizadas:**

Cochrane Pregnancy and Childbirth's Trials Register (9 de maio de 2017), o Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL) (Biblioteca Cochrane, Edição 52017), MEDLINE (1966 a 24 de maio de 2017), CINAHL (1980 a 24 de maio de 2017).

Como parte do processo editorial de pré-publicação, esta revisão foi comentada por dois pares (um editor e um parecerista externos à equipe editorial), um membro do painel internacional de consumidores de Gravidez e Parto e o Consultor Estatístico do Grupo.

- Este projeto foi apoiado pelo National Institute for Health Research, através do financiamento da Cochrane Infrastructure para a Cochrane Pregnancy and Childbirth. Os pontos de vista e opiniões aqui expressos são dos autores da revisão e não refletem necessariamente os do Programa de Revisões Sistemáticas, NIHR, NHS ou do Departamento de Saúde.

➤ **Interpretação desenvolvida:**

O trabalho de parto pode ser reconhecido como um desafio fisiológico e psicológico para as mulheres. À medida que o trabalho de parto avança e o parto fica mais iminente, surgem muitas emoções como; o medo e apreensão, podem ser combinados com excitação e felicidade.

A dor relacionada ao trabalho de parto tem sido relatada como uma das dores mais intensas que pode ser vivenciada (Smith; Levett; Collins; Armour; Dahlen & Sukanuma, 2018).

De acordo com Smith *et al.* (2018), o trabalho de parto engloba três estádios, a dilatação do colo do útero, o nascimento do bebê e a expulsão da placenta. A fase latente é considerada como a parte inicial do trabalho de parto, onde existem contrações irregulares e pouca dilatação cervical. A fase ativa do primeiro estágio do trabalho de parto consiste em contrações regulares, com uma intensidade e frequência crescentes acompanhadas por dilatação cervical mais significativa de pelo menos 4 cm a 6 cm. Esta transição pode ser observável ou não, em qualquer lugar entre 7 cm a 8 cm e dilatação total.

Segundo os autores supracitados, o segundo estágio do trabalho de parto começa com a dilatação cervical completa, ou seja, 10 cm, até o nascimento do bebê. E o terceiro estágio do trabalho de parto corresponde à expulsão da placenta (Smith *et al.*, 2018).

Existem múltiplas filosofias de controlo da dor, que são estratégias para ajudar a quebrar o ciclo medo-tensão-dor, como descreveu (Smith *et al.*, 2018). Os mesmos autores, são defensor do "parto natural", afirmam que o medo e a ansiedade produzem tensão muscular, que resultam de uma percepção aumentada da dor. A teoria da neuro matriz da dor compreende a influência de múltiplos fatores, como as memórias das experiências passadas.

Durante o trabalho de parto, a teoria da dor incorpora elementos da teoria do controle portão, mas também experiências passadas, fatores culturais, estado emocional, informações cognitivas, regulação do stresse e sistemas imunológicos, assim como informações sensoriais imediatas (Smith *et al.*, 2018).

Segundo (Smith *et al.* (2018), afirma que a eficácia e satisfação da dor necessita de ser individualizada para cada mulher, podendo ser influenciado por dois paradigmas, trabalhar com a dor ou aliviar a dor. No entanto, o paradigma de trabalhar com a dor inclui a crença de que há benefícios, a longo prazo, na promoção do parto normal e que a dor desempenha um papel importante neste processo.

Embora esta abordagem do trabalho de parto com dor, apoie e encoraje às mulheres, Smith *et al.*, 2018, defende o uso de intervenções como, a imersão em água, posições confortáveis e técnicas de autoajuda, permitiram que as mulheres controlem melhor a dor do parto.

O paradigma do alívio da dor é caracterizado pela crença de que nenhuma mulher precisa de dor intensa durante o trabalho de parto, ao receberem uma variedade de medidas farmacológico da o alívio da dor (Smith *et al.*, 2018).

Na área da Medicina Complementar foi definido como medicina complementar as "práticas e ideias que estão fora do domínio da medicina convencional em vários países", que são definidas como "prevenir ou tratar doenças, ou promover saúde e bem-estar" (Manheimer, 2008, citado por Smith *et al.*, 2018). Esta definição é considerada ampla, porque as terapias consideradas como práticas complementares de um país ou de uma cultura podem ser convencionais noutro país (Smith *et al.*, 2018).

Para Smith *et al.* (2018), muitas terapias e a sua prática estão inseridas no âmbito da área da Medicina Complementar. Estas terapias incluem tratamentos que as pessoas podem auto administrar (como por exemplo, botânicos, suplementos nutricionais, alimentos saudáveis, meditação, terapia magnética), tratamentos que os profissionais administram (por exemplo, acupuntura, massagem, reflexologia, quiropraxia e manipulações osteopáticas) e tratamentos que as pessoas podem administrar sob supervisão periódica de um provedor (por exemplo, ioga, biofeedback, Tai Chi, homeopatia, técnica de Alexander, Ayurveda).

O uso de terapias complementares e alternativas (MC) tornou-se popular em todo o mundo. As mulheres são as maiores utilizadoras das CM. Muitas mulheres querem evitar métodos farmacológicos ou invasivos de alívio da dor no trabalho de parto e estas terapias pode contribuir para a controle da dor através de métodos complementares de controle da dor (Smith *et al.*, 2018).

Segundo Smith *et al.* (2018), o uso de terapias complementares mais utilizadas estão associadas à gestão da dor no trabalho de parto, podendo ser caraterizadas como intervenções relacionadas com a mente-corpo (como por exemplo, ioga, hipnose, terapias de relaxamento), medicina alternativas (como por exemplo, homeopatia, medicina tradicional chinesa), métodos de cura manual (por exemplo, massagem, reflexologia), tratamentos farmacológicos e biológicos, como as aplicações bio eletromagnéticas (por exemplo, ímãs) e medicamentos fitoterápicos.

As intervenções mente-corpo são diversas e abrangem técnicas de relaxamento, meditação, visualização e respiração, que são utilizadas para o trabalho de parto e podem ser fornecidas às mulheres por meio do ensino dessas técnicas durante as aulas pré-natais (Smith *et al.*, 2018).

Smith *et al.* (2018), reconheceram que o loga, a meditação e hipnose podem não ser tão acessíveis para as mulheres, no entanto, verificaram que em conjunto, estas técnicas, podem ter um efeito calmante e proporcionar uma distração da dor e da tensão. Estas práticas destacam as interações entre cérebro, a mente, o corpo e comportamento, com a intenção de usar a mente para afetar o funcionamento físico e promover a saúde.

De acordo com Smith *et al.* (2018), as técnicas de relaxamento visam originar uma resposta de relaxamento natural do corpo, caracterizada pela respiração mais lenta, pressão arterial mais baixa e uma sensação de bem-estar. Estas técnicas são geralmente consideradas seguras para pessoas saudáveis, embora tenha existido alguns relatos de experiências negativas, como o aumento da ansiedade.

Deste modo, em contexto de trabalho de parto, os autores supracitados, apuraram que as técnicas de relaxamento são utilizadas como estratégias de coping para reduzir a dor, devido à interrupção da transmissão de sinais de dor, ao limitar a capacidade de

prestar atenção à dor, estimulando a libertação de endorfinas, ou, ao ajudar a diminuir a dor aumentada relacionada com os pensamentos.

Estudos realizados através da ressonância magnética (MRI), ao analisarem as imagens, estas demonstraram caminhos diferentes e distintos no cérebro, como este recebe estímulos da dor e como a dor é compreendida (Smith *et al.*, 2018). No yoga, não se consegue compreender totalmente quais as mudanças que ocorrem no corporal. Visto que as posturas físicas são apenas um componente, e geralmente são realizadas por uma respiração profunda (Smith *et al.*, 2018).

Neste artigo, os autores analisaram as seguintes técnicas de relaxamento, meditação guiada, relaxamento progressivo muscular, técnicas de respiração, ioga e meditação.

Para Smith *et al.* (2018), a meditação guiada é uma técnica que utiliza a própria capacidade da mente para influenciar o estado físico de uma pessoa, a parte emocional ou espiritualmente, podendo ser utilizada a imaginação como uma ferramenta terapêutica. Esta técnica é aprendida, como uma experiência agradável e relaxante, que é usada para diminuir a intensidade da dor ou substituir uma sensação desagradável.

Assim, o principal objetivo desta técnica é relembrar um estado diferente, onde uma pessoa pode estimular e utilizar funções e produtos corporais significativos que geralmente não estão disponíveis para nós. Os mesmos autores supracitados averiguaram que a meditação guiada durante o trabalho de parto e parto visam influenciar o trabalho de parto, ao reduzir o stress e, assim, reduzir a percepção da dor.

Já o relaxamento progressivo muscular, segundo Smith *et al.* (2018), foi concebido para orientar as pessoas através de sucessivos relaxamentos dos grupos musculares do corpo, dos pés à cabeça, para alcançar o relaxamento geral do corpo. Deste modo, as mulheres são instruídas a concentrarem-se nas sensações associadas à gestão da tensão muscular e sensações de conforto. A imaginação envolve as mulheres na compreensão dos seus corpos e identificar áreas de dor, ao imaginar a substituição da dor por sensações reconfortantes, como calor ou frio. Este processo é fácil de aprender e de ensinar, seguro, não é ameaçador e é considerado não competitivo.

As técnicas de respiração, de acordo com Smith *et al.* (2018), são caracterizadas como psicoprofilaxia, que distinguem o relaxamento como uma resposta condicionada às contrações do trabalho de parto, juntamente com uma variedade de técnicas de respiração padronizadas para melhorar a oxigenação e interferir na transmissão de sinais de dor do útero para o cérebro. As técnicas de respiração têm sido associadas à percepção da dor por meio da diminuição da atividade simpática e da regulação emocional. Os mesmos autores afirmam que o cérebro através do nervo vago altera a percepção da dor e a regulação emocional por meio de alterações nos neurotransmissores na região límbica.

Por fim, o Yoga, segundo Smith *et al.* (2018), é uma prática mente-corpo, e os vários estilos de yoga podem ser praticados para fins de saúde, combinando posturas físicas, técnicas de respiração e meditação ou relaxamento. Uma forma de praticar yoga inclui o método Hatha yoga. Este método inclui a consciência da respiração e a concentração para remover as preocupações externas, alcançar o foco e tornar-se sensível aos sentimentos internos. Ainda promove o relaxamento e a meditação para melhorar a eliminação das 'toxinas' do corpo e permitir a liberação de bloqueios mentais e emocionais. As posturas corporais associadas ao yoga abordam a coordenação entre a mente-corpo-respiração, força, flexibilidade e equilíbrio.

Em conclusão, Smith *et al.* (2018), verificaram que as mulheres estão interessadas em utilizar métodos complementares de cuidados para ajudar no controle da dor durante o trabalho de parto.

Através de vários ensaios clínicos os autores confirmaram o efeito das técnicas de relaxamento na dor do trabalho de parto. No entanto, permanece incerto se as evidências existentes são rigorosas o suficiente para chegar a uma conclusão definitiva. Os resultados da pesquisa, analisaram dezanove estudos, que incluíram 2.519 mulheres nesta revisão e surgiu como evidências mais atualizadas o benefício das técnicas de relaxamento em relação aos resultados primários de redução da intensidade da dor e aumento da satisfação.

Smith *et al.* (2018) apuraram que as técnicas de relaxamento reduziam a intensidade de dor durante a fase latente, enquanto a evidência de scores de dor mais baixos na fase ativa do trabalho de parto não foi clara. A formação sobre relaxamento indicou uma maior satisfação no alívio da dor. Os efeitos do relaxamento no modo de parto não eram

claros (evidência de qualidade muito baixa). Já o ioga foi associado a pontuações mais baixas de dor, maior satisfação com o alívio da dor e satisfação com a experiência do parto. Os ensaios avaliaram a utilização de música. O que se verificou scores de dor mais baixos durante a fase latente, mas não existiu nenhuma evidência forte sobre o efeito nos diferentes entre os grupos para a fase ativa (evidência de qualidade muito baixa) e nenhuma evidência clara sobre o efeito da ansiedade nas fases latente e ativa. No entanto, apurou-se que a ansiedade era reduzida na fase de transição (evidência de qualidade muito baixa). Experiências sobre a analgesia por áudio não verificaram fortes evidências de que os efeitos fossem diferentes entre os grupos nos resultados primários da intensidade da dor, satisfação com o alívio da dor e cesariana. Para o único teste de <i>Mindfulness</i>, existiu um aumento na sensação de controle por parte das mulheres. No entanto, nos cuidados com base nesta técnica, neste momento, não existe um número reduzido de ensaios para comparação, o que limita o poder da revisão para averiguar diferenças significativas entre grupos e análises. Assim, existem apenas alguns ensaios, principalmente com amostras pequenas, de intervenções relacionadas com a técnicas de relaxamento, ioga, música, <i>Mindfulness</i> e analgesia de áudio que avaliam o papel destas terapias no controle da dor durante o trabalho de parto (Smith <i>et al.</i>, 2018). Nestes ensaios foram recrutadas mulheres nulíparas e multíparas, tanto no segundo quanto no terceiro trimestre de gravidez, com as intervenções ministradas no ambiente pré-natal e no ambiente de trabalho de parto. Em alguns ensaios foram recrutadas mulheres durante o trabalho de parto e estas foram instruíram sobre as técnicas de relaxamento durante nesse período, o que pode resultar numa prática mais eficaz de técnicas de relaxamento, e por sua vez, exigir um tempo significativo para praticar e dominar a técnica (Smith <i>et al.</i>, 2018). Os estudos foram conduzidos em diferentes países, o que pode refletir no uso de determinadas modalidades ou técnicas como parte da sua cultura. Os dados disponíveis indicam que as técnicas de relaxamento podem ser úteis para o controle da dor no trabalho de parto e não há evidências de danos. No entanto, existem evidências diminutas quanto à prática clínica (Smith <i>et al.</i>, 2018). ➤ De um forma geral, os autores verificaram que existiam dados insuficientes para demonstrar que as técnicas de relaxamento evidenciem ser um benefício complementar quando usadas em combinação com os cuidados habituais, ou, que se verifique mais eficácia do que os cuidados habituais. Devido ao risco desconhecido de viés na maioria dos ensaios.	➤ <u>Nível de Evidência alcançado (se aplicável):</u> Segundo JBI, o nível de evidência deste artigo é 1.b – Meta análise (revisão), de ensaios clínicos randomizados (ECRs), incluindo ensaios cluster e ensaios quasi-randomizados e em grupo, de natureza quantitativa. Esta revisão examinou as evidências atualmente disponíveis sobre o uso de terapias de relaxamento para o controle da dor no trabalho de parto. Esta é uma atualização de uma revisão publicada pela primeira vez em 2011. Teve como objetivo examinar os efeitos de técnicas de relaxamento da mente-corpo para a gestão da dor no parto e para o bem-estar neonatal durante e depois do parto. Estudos incluídos: Ensaio clínicos randomizados (ECRs), incluindo ensaios em cluster e ensaios quasi-ECRs. Ensaio crossover foram excluídos. Tipos de participantes: Mulheres em trabalho de parto. Isso incluirá mulheres em grupos de alto risco, como trabalho de parto prematuro ou após indução do trabalho de parto. Será realizada uma análise de subgrupos para buscar possíveis diferenças nos efeitos das intervenções nesses grupos No total, 15 estudos envolvendo 1731 mulheres contribuíram para a meta-análise. Seleção dos estudos: Dois revisores avaliaram independentemente a inclusão de todos os estudos potenciais identificados na estratégia de busca. Discordâncias foram resolvidas por meio de discussão ou, se necessário, consulta a um terceiro revisor.
---	--

Extração e gestão de informação: Foi criado um formulário para extrair os dados. Pelo menos dois revisores extraíram os dados dos estudos elegíveis usando o formulário acordado. Discrepâncias foram resolvidas por meio de discussão ou, se necessário, consulta a um terceiro revisor. Os dados foram inseridos no software Review Manager 5 (RevMan 5) e verificados quanto à precisão.

Avaliação do risco de bias nos estudos incluídos: Dois revisores avaliaram independentemente o risco de bias de cada estudo usando critérios descritos no Manual Cochrane para Revisões Sistemáticas de Intervenções. Discordâncias foram resolvidas por meio de discussão ou envolvimento de um terceiro avaliador.

Os critérios de avaliação incluíram:

- Geração de sequência aleatória;
- Ocultação da alocação;
- Cegamento de participantes e pessoal envolvido;
- Cegamento na avaliação dos resultados;
- Dados de desfecho incompletos;
- Bias seletivo na apresentação dos resultados;
- • Outros tipos de bias.

➤ **Contributo para a questão de revisão:**

O trabalho de parto pode ser reconhecido como um desafio fisiológico e psicológico para as mulheres. À medida que o trabalho de parto avança e o parto fica mais iminente surgem muitas emoções como; o medo e apreensão, que podem ser combinados com excitação e felicidade.

Noutra perspetiva, a dor relacionada ao trabalho de parto tem sido relatada como uma das dores mais intensas que pode ser vivenciada (Smith *et al.*, 2018).

De acordo com Smith *et al.*, (2018). trabalho de parto engloba três estádios, a dilatação do colo do útero, o nascimento do bebê e a expulsão da placenta. A fase latente é considerada como a parte inicial do trabalho de parto, onde existem contrações irregulares e pouca dilatação cervical. A fase ativa do primeiro estágio do trabalho de parto consiste em contrações regulares, com uma intensidade e frequência crescentes acompanhadas por dilatação cervical mais significativa de pelo menos 4 centímetros (cm) a 6 cm. Esta transição pode ser observável ou não, em qualquer lugar entre 7 cm a 8 cm e dilatação total (Smith *et al.*, 2018).

O segundo estágio do trabalho de parto começa com a dilatação cervical completa, ou seja, 10 cm, até o nascimento do bebê. A terceira etapa do trabalho de parto corresponde à expulsão da placenta (Smith *et al.*, 2018).

Segundo Smith *et al.* (2018), o uso de terapias complementares e alternativas (MC) tornou-se popular em todo o mundo. As mulheres são as maiores utilizadoras das MC. Muitas mulheres pretendem evitar métodos farmacológicos ou invasivos de alívio da dor no trabalho de parto e estas as MC podem contribuir para o controle da dor.

As intervenções mente-corpo são diversas e podem ser fornecidas às mulheres por meio do ensino dessas técnicas durante as aulas pré-natais. Estas intervenções estão associadas à gestão da dor no trabalho de parto podem ser caracterizadas como intervenções relacionadas com a mente-corpo (por exemplo, ioga, hipnose, terapias de relaxamento: meditação, visualização e respiração), medicina alternativas (como por exemplo, homeopatia, medicina tradicional chinesa), métodos de cura manual (por exemplo, massagem, reflexologia), tratamentos farmacológicos e biológicos, como as aplicações bio eletromagnéticas (por exemplo, ímãs) e medicamentos fitoterápicos (Smith *et al.*, 2018).

Smith *et al.* (2018) verificaram que ioga, a meditação e hipnose podem não ser técnicas tão acessíveis para as mulheres, mas em conjunto estas técnicas podem ter um efeito calmante e pode proporcionar uma distração da dor e da tensão. Estas intervenções quando postas em prática destacam as interações entre cérebro, a mente, o corpo e comportamento, com a intenção de usar a mente para afetar o funcionamento físico e promover a saúde.

Segundo os mesmos autores supracitados, as técnicas de relaxamento visam desencadear uma resposta de relaxamento natural do corpo, caracterizada pela respiração mais lenta, pressão arterial mais baixa e uma sensação de bem-estar. Estas técnicas são geralmente consideradas seguras para pessoas saudáveis, embora tenha

existido alguns relatos de experiências negativas, como o aumento da ansiedade. Já em contexto de trabalho de parto, as técnicas de relaxamento são utilizadas como estratégias de coping para reduzir a dor, devido à interrupção da transmissão de sinais de dor, ao limitar a capacidade de prestar atenção à dor, estimulando a liberação de endorfinas, ou, ao ajudar a diminuir a dor aumentada relacionada com os pensamentos. Estudos realizados através da ressonância magnética (MRI) analisam as 'técnicas de imagem' que demonstraram caminhos diferentes e distintos no cérebro, como este recebe estímulos da dor e como a dor é compreendida. No yoga, não se consegue totalmente compreender quais mudanças que ocorrem no corpo. As posturas físicas são apenas um componente, e geralmente são realizadas por uma respiração profunda. As técnicas de relaxamento envolvidas nesta revisão são: meditação guiada, relaxamento progressivo muscular, técnicas de respiração, ioga e meditação (Smith *et al.*, 2018).

Para Smith *et al.* (2018) a meditação guiada é uma técnica que utiliza a própria capacidade da mente para influenciar o estado físico de uma pessoa, a parte emocional ou espiritualmente, podendo ser utilizada a imaginação como uma ferramenta terapêutica. Esta técnica é aprendida, como uma experiência agradável e relaxante, que é usada para diminuir a intensidade da dor ou substituir uma sensação desagradável. O principal objetivo desta técnica é lembrar um estado diferente, onde uma pessoa pode estimular e utilizar funções e produtos corporais significativos que geralmente não estão disponíveis para nós. Desta forma, a meditação guiada durante o trabalho de parto e parto visa influenciar o trabalho de parto, ao reduzir o stress e, assim, reduzir a percepção da dor.

Os mesmos autores ainda verificaram que os estudos foram conduzidos em diferentes países, o que pode refletir no uso de determinadas modalidades ou técnicas como parte da sua cultura.

O relaxamento progressivo muscular foi concebido para orientar as pessoas através de sucessivos relaxamentos dos grupos musculares do corpo, dos pés à cabeça, para alcançar o relaxamento geral do corpo. As mulheres são instruídas a concentrarem-se nas sensações associadas à liberação da tensão muscular e sensações de conforto. A imaginação envolve as mulheres na compreensão dos seus corpos e identificar áreas de dor, ao imaginar a substituição da dor por sensações reconfortantes, como calor ou frio. Este processo é fácil de aprender e de ensinar, seguro, não ameaçador e não competitivo (Smith *et al.*, 2018).

Para Smith *et al.* (2018) as técnicas de respiração são caracterizadas como psicoprofilaxia, que distinguem o relaxamento como uma resposta condicionada às contrações do trabalho de parto, juntamente com uma variedade de técnicas de respiração padronizadas para melhorar a oxigenação e interferir na transmissão de sinais de dor do útero para o cérebro. As técnicas de respiração têm sido associadas à percepção da dor por meio da diminuição da atividade simpática e da regulação emocional. Pensa-se o cérebro através do nervo vago altera a percepção da dor e a regulação emocional por meio de alterações nos neurotransmissores na região límbica. Já o Yoga para Smith *et al.* (2018) é considerado uma prática mente-corpo, e os vários estilos de yoga podem ser praticados para fins de saúde, combinando posturas físicas, técnicas de respiração e meditação ou relaxamento. Uma forma de praticar yoga inclui Hatha yoga. Esta inclui a consciência da respiração e a concentração para remover as preocupações externas, alcançar o foco e tornar-se sensível aos sentimentos internos. Ainda promove o relaxamento e a meditação para melhorar a eliminação das 'toxinas' do corpo e permitir a liberação de bloqueios mentais e emocionais. As posturas corporais associadas ao yoga abordam a coordenação entre a mente-corpo-respiração, força, flexibilidade e equilíbrio.

Assim, para Smith *et al.* (2018) os dados disponíveis indicam que as técnicas de relaxamento podem ser úteis para o controle da dor no trabalho de parto e não há evidências de danos. No entanto, existem evidências diminutas quanto à prática clínica. De uma forma geral, existem dados insuficientes para demonstrar que as técnicas de relaxamento evidenciam ser um benefício complementar quando usadas em combinação com os cuidados habituais, ou, se verificam mais eficácia do que os cuidados habituais. Devido ao risco desconhecido de viés na maioria dos ensaios.

Artigo: "Medo do parto: Uma revisão das intervenções baseadas na Terapia Cognitivo-Comportamental"

➤ <u>Autor/es:</u> Livia R. de C. Nunes, Fernanda C. Coutinho e Veruska Andréa dos Santos
<u>Ano da Publicação:</u> 2021
<u>País de origem:</u> Brasil
<u>Objetivos:</u> Este estudo teve como objetivos investigar de que forma a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) tem sido aplicada em casos de medo do parto e avaliar a eficácia dessas intervenções.
➤ <u>Metodologia/métodos:</u> Este artigo trata-se de um estudo de coorte, analítico-observacional, com desenho prospectivo e longitudinal e de natureza qualitativa, que utilizou como fonte dados existentes na literatura sobre o tema em estudo com o intuito de resumir e apresentar as evidências científicas relacionados com o tema em estudo. Este processo foi possível através do método sistematizados de pesquisa, avaliação crítica e sistematização das informações selecionadas. Os critérios de inclusão da pesquisa foram: texto completo em inglês ou português; estudos que incluem mulheres (podem ser grávidas ou não) com medo do parto; estudos que tiveram como intervenção a TCC ou práticas de <i>Mindfulness</i>. Os investigadores optaram por incluir os estudos em que as intervenções foram baseadas em <i>Mindfulness</i>, devido à vasta utilização da atenção plena em diferentes terapias comportamentais e cognitivas contemporâneas. Quanto aos critérios de exclusão da pesquisa, foram definidos os seguintes critérios: revisões de literatura ou comentários; estudos que não destaquem o medo do parto; estudos que não tiveram como intervenção a TCC ou práticas de <i>Mindfulness</i>. Não existiu restrição quanto ao período de publicação dos estudos. A recolha de dados foi feita através das questões de pesquisa que conduziram este estudo, que foram: “Como a TCC tem sido aplicada em casos de medo do parto? Essas intervenções têm se mostrado eficazes?”. A pesquisa foi efetuada nas bases de dados BVS Brasil, Scopus, e PubMed, de fevereiro a abril de 2019, com os seguintes descritores e operadores booleanos, “Cognitive Therapy” OR “Cognitive behavioral therapy” OR “CBT” AND “fear of birth” OR “fear of childbirth” OR “tokophobia”. Esta combinação foi seleccionada através da articulação entre o controle de vocabulário do Medical Subject Headings (MeSH), os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e os descritores utilizados por Striebich <i>et al.</i> (2018), na revisão sistemática elaborada por estes autores sobre intervenções para o medo do parto. Por fim, esta combinação de termos apresentados teve como propósito evidenciar ao máximo o tema de interesse deste estudo. No processo de análise dos resultados qualitativa, os estudos foram categorizados a partir de título, autor, ano de publicação, país de origem, objetivo do estudo, desenho do estudo, público-alvo, instrumento utilizado na avaliação do medo do parto, técnica de intervenção e eficácia do tratamento. Os autores identificaram 30 artigos e, após a remoção dos duplicados, obtiveram no total 16 artigos, dos quais oito foram excluídos em conformidade com os critérios de inclusão e exclusão desta revisão. Por seguinte, um total de oito textos completos foram obtidos, dos quais dois foram removidos por revelarem ser protocolos de estudos. Por fim, foram incluídos seis artigos na síntese qualitativa. O número total de estudos selecionados e eliminados em cada uma das etapas do processo de avaliação sistemática pode ser observada no artigo em análise, no fluxograma do processo de avaliação, conforme as recomendações do Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses – PRISMA (Moher <i>et al.</i>, 2009). No total foram selecionados seis artigos, quatro são suecos, um é australiano e o outro

é turco. Todos estes artigos foram publicados em inglês, no período de 2014 a 2018.

Instrumento utilizado na avaliação do medo do parto

O instrumento utilizado com mais frequência foi o Wijma Delivery Expectancy-Experience Questionnaire – W-DEQ). Este foi desenvolvido por um grupo de suecos e é composto de 33 itens avaliados por uma escala Likert de seis pontos. O questionário foi organizado com a propósito de mensurar o medo do parto por meio das avaliações cognitivas da mulher sobre o parto. O instrumento avalia tanto o medo relacionado ao parto durante a gravidez, como o medo relacionado ao parto durante o puerpério, através de perguntas a respeito das expectativas quanto ao parto (na versão A) e experiências do pós parto (na versão B). O corte ≥ 85 é considerado adequado para a identificação do medo severo do parto.

Outro instrumento utilizado foi a Fear of Birth Scale – FOBS (de Ternström, 2018), uma escala visual analógica que aborda dois temas: o medo e a preocupação.

Os participantes são convocados para avaliar os sentimentos a respeito do parto que está por vir com a seguinte questão “How do you feel right now about the approaching birth?”, que poderia ser traduzida por “Como se sente neste exato momento em relação ao parto que está por vir?”. A resposta foi dada através de uma escala visual analógica relacionada com as palavras “calm/worried”, que podem ser traduzidas por “calma/preocupada”, e “no fear/strong fear”, que podem ser traduzidas por “sem medo/muito, medo”.

A pontuação desta escala pode variar entre 0 a 100, e quanto maior a pontuação, maior o medo do parto. A pontuação utilizada como pontuação de corte para identificar o medo do parto é 60.

Ao contrário dos outros estudos, o estudo de Byrne *et al.* (2014) e de Uçar e Golbasi (2018) não tinham como critério de inclusão identificar as mulheres com medo do parto/fear of birth (FOB). Desta forma, o instrumento de avaliação do medo do parto foi utilizado no início do estudo, mas não houve nenhum ponto de corte estabelecido referente à pontuação no instrumento.

Técnicas de intervenção

Em relação às técnicas de intervenção, a mais utilizada foi a Terapia Cognitivo-Comportamental pela Internet (iTCC).

A iTCC costuma ser aplicada por meio de uma plataforma on-line que disponibiliza módulos autoguiados com materiais psicoeducacionais e exercícios da TCC. As plataformas também permitiram que o terapeuta comunique com o utente de forma privada e confidencial, e que acompanhe o seu desenvolvimento durante o tratamento. Para além da versão on-line individual, a TCC também foi aplicada de forma presencial, em encontros de grupo com um número de cinco a nove pessoas.

Outra intervenção utilizada pelo estudo e analisada pelos autores foi o *Mindfulness-Based Childbirth Education* (MBCE), que pode ser traduzida por “Educação pré-natal baseada em atenção plena”. A MBCE foi desenvolvida especialmente para o estudo e aplicada em grupos de mulheres que poderiam estar acompanhadas por uma figura de suporte (companheiro, companheira, mãe, amiga etc ...) que também recebeu esta intervenção.

A Tabela 2 deste artigo são especificadas as técnicas utilizadas em cada intervenção, como “técnicas de respiração” e “técnicas de relaxamento”, que costumam estar presentes em exercícios de atenção plena, mas só foram consideradas quando os autores fizeram menção direta a elas.

A eficácia no tratamento

Cada publicação avaliou a mesma intervenção relacionada com desfechos diferentes. O estudo de Larsson *et al.* (2017) teve como objetivo investigar as preferências na via de nascimento durante a gravidez e após o parto, num estudo randomizado, em mulheres para tratamento com iTCC ou aconselhamento para o medo do parto (tratamento padrão oferecido para a população estudada).

Verificou-se uma queda na preferência pela cesariana em ambos os grupos desde o início da investigação até a 36ª semana de gravidez. No entanto, nas duas semanas

após o parto, a preferência pela cesariana aumentou nos dois grupos, não havendo mudança estatisticamente significativa ao decorrer do tempo na preferência pela forma de nascimento. Nas mulheres que receberam aconselhamento padrão mostraram-se mais satisfeitas com o tratamento do que aquelas que receberam iTCC.

Algumas informações, como o protocolo de tratamento utilizado na intervenção iTCC e a quantidade de participantes do grupo de intervenção, concluíram que o tratamento, só pode ser acessível através da publicação de Rondung *et al.* (2018). Nessa publicação, Smith *et al.* (2021) realizaram uma comparação entre a eficácia do tratamento iTCC e a eficácia do tratamento do tipo aconselhamento padrão sobre os níveis de medo do parto. O medo do parto não diferiu entre os dois grupos de tratamento após a intervenção. Um ano após o parto, as participantes que receberam TCC on-line exibiram níveis de medo do parto significativamente menores.

O protocolo de tratamento por iTCC utilizado em ambos os estudos, como observado na publicação de Rondung *et al.* (2018), era composto por nove módulos dos quais um era aplicado no follow-up pós-parto. Das 127 mulheres alocadas no grupo que recebeu a intervenção, apenas 13 chegaram a concluir os cinco primeiros módulos. Mais da metade das participantes (53%) concluiu apenas o primeiro módulo. Deste modo, a pouca aderência ao tratamento pode ter afetado consideravelmente os resultados encontrados, já que o cálculo do tamanho da amostra sugeria um total de 200 participantes (100 por grupo) para detectar uma redução de 20% do medo do parto, com um poder de 0,80 e nível de significância de 5%.

O resultado apresentado por Rondung *et al.* (2018) foi difícil de ser interpretado devido à pouca aderência ao tratamento e da grande variedade de potenciais variáveis mediadoras, moderadoras e confundidoras durante o parto e no período pós-parto.

Larsson *et al.* (2017) sugeriram que as transformações emocionais e cognitivas da gravidez possam não constituir um período propício para a aprendizagem de novas estratégias de enfrentamento. A baixa aderência ao tratamento esteve relacionada à baixa motivação das participantes em gerir o medo do parto.

Nos estudos de Byrne *et al.* (2014), Nieminen *et al.* (2015) e Nieminen *et al.* (2016), as pesquisas foram divulgadas, e as participantes inscreveram-se de forma espontânea nos projetos. Nos estudos de Larsson *et al.* (2017) e Rondung *et al.* (2018), as participantes foram diretamente solicitadas para fazer parte desta pesquisa.

O objetivo do estudo de Byrne *et al.* (2014) foi de testar a viabilidade e a eficácia da MBCE na promoção de saúde mental em mulheres grávidas. Foram recrutadas 18 mulheres, e todas concluíram o programa. Contudo, os dados estavam disponíveis de forma completa para apenas 12 dessas, cujas informações foram analisadas. As variáveis “autoeficácia relacionada ao parto” e “medo do parto” foram ajustadas para o poder esperado do estudo, já que foi necessário uma amostra mínima de quatro participantes. Verificou-se uma redução do medo do parto significativa após o tratamento, com um grande efeito no tamanho (d de Cohen = 1,71), assim como aumento significativo na autoeficácia relacionada ao parto, com tamanho do efeito também grande (d de Cohen = -1,91). A ausência de um grupo controle e a pequena amostra utilizada são alguns dos fatores que impossibilitam atribuir os resultados observados à intervenção do tipo MBCE. No entanto, os tamanhos do efeito muito grandes estiveram associados às melhorias na autoeficácia e no medo do parto e sugerem que esses efeitos possam relacionar de alguma forma à intervenção e não aos efeitos casuais ou nos processos naturais, como o regressão à média (Byrne *et al.*, 2014).

O estudo de Uçar e Golbasi (2018) teve como objetivo determinar o efeito de uma intervenção educacional baseada na TCC sobre o medo do parto. Foram selecionadas 111 participantes, das quais 52 fizeram parte do grupo de intervenção e 59 do grupo controle, que não recebeu nenhum tipo de tratamento. Segundo os autores, na parte final do estudo, o parto de todas as mulheres foi monitorizado. A primeira autora não só observou todos os partos, como também participou ativamente no parto das mulheres que eram parte do grupo de intervenção, lembrando-as das informações que receberam durante o programa e oferecendo-lhes suporte para aplicar os métodos de enfrentamento da dor aprendidos (Uçar & Golbasi, 2018). Segundo as autoras, a dor do parto foi menor, o segundo estágio do parto foi mais curto, e o nascimento foi mais satisfatório para o grupo que recebeu a intervenção do que para o grupo controle ($p <$

0,05). Não se verificou o tamanho do efeito, mas foi calculado a partir dos dados fornecidos pelas autoras: média, desvio padrão e número de mulheres em cada grupo. A magnitude da diferença entre os grupos após a intervenção foi alta para a dor do parto (d de Cohen = 1,19), média para a duração do segundo estágio do trabalho de parto (d de Cohen = 0,48) e média para a satisfação relacionada ao nascimento (d de Cohen = 0,63).

A intervenção da primeira autora, durante o trabalho de parto, tornou difícil a atribuição desses resultados ao programa educacional baseado na TCC. A intervenção terapêutica durante o trabalho de parto não faz parte das sessões de TCC, o que aumentou consideravelmente as variáveis de confusão.

Por último, Nunes, Coutinho e Santos (2021) constataram que o medo do parto diminuiu no grupo de intervenção e aumentou no grupo controle ($p < 0,001$). O tamanho do efeito também não foi verificado, mas quando calculado mostrou-se grande (d de Cohen = 1,03).

As pesquisas de Nieminen *et al.* (2015) e Nieminen *et al.* (2016) também fizeram parte do mesmo projeto de pesquisa. O estudo teve como objetivo avaliar a viabilidade da iTCC para o tratamento de mulheres com medo severo do parto ($W-DEQ \geq 85$). As mulheres foram recrutadas por uma página na internet que lhes explicava o projeto, como se poderiam inscrever para participação. Das 42 mulheres que se inscreveram no site, 30 finalizaram o formulário de inscrição e cumpriram os critérios de inclusão da pesquisa. Dessas, apenas 15 completaram todos os oito módulos de tratamento estabelecidos para o projeto. Na pesquisa de 2015, foram analisadas as narrativas das mulheres sobre o parto em dois momentos (antes do tratamento e oito semanas após o tratamento). Para a recolha das narrativas, as mulheres foram convocadas para realizar um exercício de visualização, da qual deveriam de imaginar e descrever situações específicas relacionadas com o parto. Os dados recolhidos antes e depois do tratamento foram analisados separadamente.

Antes da realização do tratamento, as mulheres descreveram especialmente sentimentos de ansiedade, incerteza, solidão, desesperança, falta de autoconfiança e utilização de estratégias para evitar o enfrentar do parto. O companheiro foi relacionado a uma ideia de instabilidade, ao passo que os profissionais foram vistos como pouco atenciosos ou prestativos. Após o tratamento, as mulheres referiram um misto de dúvida e esperança, e uma visão de si mesmas como um sujeito ativo e preparado. O companheiro passou a ser visto como uma pessoa ativa e uma figura de suporte, assim como os profissionais passaram a ser vistos como presentes, prestativos e disponíveis. Como escrito por Nieminen *et al.* (2015), o conteúdo recolhido antes e depois da intervenção foi analisado em separado e desta maneira não existiu uma comparação entre o antes e o depois de cada indivíduo. Em vez disso, realizou-se uma avaliação dos principais domínios temáticos apresentados.

Para evitar um viés na parte do desejo social, as participantes tiveram contato com o terapeuta apenas pela internet. Era realizado um exercício imaginativo e após o tratamento ocorreu um momento em que as participantes já não contactavam via virtual o terapeuta. O estudo foi relatado como uma pesquisa descritiva e exploratória, e, por isso, não é possível afirmar causalidade entre a terapia e os resultados encontrados.

Assim, mostra-se pertinente o aprofundamento de novas investigações nesta área.

Numa pesquisa em 2016, foi realizada uma análise quantitativa na qual o medo do parto foi avaliado antes do tratamento, durante o tratamento e após o nascimento do bebé. O medo do parto foi avaliado antes do tratamento e na última semana de tratamento antes do parto diminuiu significativamente ($p < 0,0005$), e o tamanho do efeito encontrado foi grande (d de Cohen = 0,95). Segundo os autores, a correção post hoc de Bonferroni revelou uma diminuição no início, após o módulo três do tratamento, o que corresponde à introdução das tarefas de exposição (Nieminen *et al.*, 2016). Das 24 mulheres que foram contactadas para o acompanhamento pós-parto, 22 delas mostraram-se satisfeitas com o programa de intervenção e com sua capacidade de auxiliá-las durante a gravidez e o parto. Assim sendo, concluiu-se que o nível de medo do parto pode ser mensurado com o W-DEQ e é reduzido quando um grupo de mulheres nulíparas motivadas são tratadas com iTCC. No entanto, trata-se de um estudo pré-experimental, e os resultados precisam ser confirmados por estudos clínicos.

➤ **Fontes de pesquisa utilizadas:**

- A pesquisa foi realizada por meio das bases de dados BVS Brasil, Scopus, e

PubMed, no período de fevereiro a abril de 2019, com os seguintes descritores e operadores booleanos: “Cognitive Therapy” OR “Cognitive behavioral therapy” OR “CBT” AND “fear of birth” OR “fear of childbirth” OR “tokophobia”. Essa combinação foi escolhida por meio de uma articulação entre o controle de vocabulário do Medical Subject Headings (MeSH), os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e os descritores utilizados por Striebich <i>et al.</i> (2018), na sua revisão sistemática sobre intervenções para o medo do parto.
➤ <i>Interpretação desenvolvida:</i> Para Nunes, Coutinho e Santos (2021) o medo do parto vaginal é comum em todas as mulheres e pode ter impacto significativos na saúde materno-infantil. A experiência de parir, segundo os autores supracitados, está associada a um reduzido risco de morbimortalidade materna. Por este motivo, é esperado que exista medo relacionado ao parto. No entanto, existem outros fatores associado a este medo como, a influência cultural, a desinformação, os mídia, os relatos negativos de outras mulheres e o modelo de assistência obstétrica que poderá exacerbar este medo (Nunes <i>et al.</i>, 2021). O medo do parto pode ser classificado, segundo Nunes, <i>et al.</i> (2021), de acordo com a intensidade da emoção vivenciada pela mulher. Deste modo, um baixo nível de medo pode ser compreendido como uma preocupação considerada de flexível que ajuda a mulher a preparar-se para o momento do parto. Um nível moderado de medo representa uma preocupação difícil de ser tolerada sem suporte adicional, mo entanto, não compromete a saúde mental da mulher. O medo severo pode comprometer a saúde mental e prejudicar a conexão mãe-bebê. Já fobia associada ao medo do parto, também pode ser conhecida como tocofobia ou partofobia, e pode levar a que a mulher evite a gravidez ou o parto, ainda que o bebê seja desejado. Outras maneiras de evitar a gravidez ou o parto passa por escapar-se de receber informações sobre o trabalho de parto, não participar em grupos de suporte, barrar memórias associadas ao medo e optar pela cesariana como via de nascimento A palavra tocofobia tem origem num termo grego “tocos” que significa “parto” e os estudos, na atualidade referem-se à tocofobia relacionado ao domínio do transtorno de ansiedade (Nunes <i>et al.</i>, 2021). Esta pode ainda ser classificada como tocofobia primária ou secundária. Para Nunes <i>et al.</i> (2021) a tocofobia primária habitualmente pode ter início na adolescência ou no início da fase adulta, tendo como origem vários fatores, como: a exposição indireta a situações de parto traumáticas ou de stress; obter informações negativas sobre o parto; em casos de abuso sexual; e de uma forma geral associada a outros medos, como por exemplo, a fobia de sangue, injeções, hospitais entre outros medos. A tocofobia secundária é originada pelo medo decorrente de um evento obstétrico traumático. Este tipo de evento é frequentemente relacionado a um parto traumático, pode ocorrer após um aborto espontâneo ou provocado ou em caso de bebê natimorto. Nestas situações, o medo do parto pode ter relação com o transtorno de stresse pós-traumático, a TEPT (Nunes <i>et al.</i>, 2021). A associação feita entre os partos traumáticos, tocofobia secundária e TEPT é pertinente para Nunes <i>et al.</i> (2021). Quando considerados 25% das mulheres com um relato de ter sofrido algum tipo de violência durante o parto no Brasil. Os mesmos autores estimaram que a prevalência da tocofobia na população mundial é de 14%, número que parece ter aumentado depois do ano 2000. No entanto, esta estimativa revelou ser limitada pela falta de consistência no diagnóstico do transtorno. Num estudo realizado na Finlândia, Nunes <i>et al.</i>, 2021) verificaram que das 329 grávidas entrevistadas, 78% referiram um medo relativo à gravidez, ao parto ou a ambos os eventos. Um outro estudo realizado na Suécia, analisado pelos autores supracitados, das 139 grávidas, apurou-se a presença de um medo severo do parto em 9% das participantes da pesquisa e 17% apresentaram um medo moderado. Em 2021, Nunes <i>et al.</i> (2021) publicaram o primeiro instrumento de mensuração da fobia do parto validado no país: o Questionário de Avaliação da Partofobia (QAP). Nunes <i>et al.</i> (2021) verificaram uma diferença na quantidade de mulheres que pretendem um parto vaginal e na quantidade de mulheres que o realizam. Isto pode estar relacionada à ideia errada de que a cesariana seria mais segura, mesmo sem uma indicação médica para a sua realização, devido à falta de informação durante o período

pré-natal. Assim, o poder da autonomia das mulheres tem como consequência a impossibilidade de tomar uma decisão informada, prejudicando-se a si ao bebê e expõem-se a elas e aos seus bebês a riscos de morbidade e mortalidade desnecessários.

Verificaram também a existência de um conflito ético entre realizar uma cesariana eletiva nas mulheres que não receberam de antemão atenção e suporte psicológico.

Deste modo, mulheres após receberem o apoio psicológico optaram pela cesariana, devido ao medo severo do parto e negar-lhes uma cirurgia eletiva seria cruel.

De acordo com Nunes *et al.* (2021), quando oferecidos os recursos necessários, a tomada de decisão foi feita de forma consciente, sendo que é importante respeitar o desejo da mulher, em conformidade com seus direitos reprodutivos e sexuais. Num estudo analisado pelos mesmos autores, de Hofberg e Brockington (2000) a escolha da via de parto eleita pela mulher e a sua negação esteve associada ao desenvolvimento do TEPT no período pós-parto.

Segundo Nunes *et al.* (2021), o suporte e a atenção psicológica oferecidos às mulheres com medo severo do parto mostram-se fundamentais quando consideramos que existe um ciclo vicioso do medo do parto. As mulheres com elevados níveis pré-natais de medo do parto estão suscetíveis a um risco acrescido de sentir medo durante o trabalho de parto e interpretar a situação como ameaçadora. Estas circunstâncias podem aumentar a probabilidade de uma experiência de nascimento negativa, que pode ter como consequência o medo de um parto no futuro (Nunes *et al.* (2021).

Já as intervenções terapêuticas focadas essencialmente no medo do parto, de acordo com Nunes *et al.* (2021), divergem nos métodos de avaliação, na conceitualização e na aplicação das intervenções. A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) tem investigado o tratamento do medo de parir (Nunes *et al.*, 2021).

A TCC é um método de psicoterapia constituída por sessões organizadas e com uma duração limitada. Esta abordagem baseia-se no modelo cognitivo, em que as ideias e os conhecimentos distorcidos ou disfuncionais, que afetam o humor e o comportamento da mulher, são comuns a todos os transtornos psicológicos. Desta forma, a avaliação da realidade e das mudanças no pensamento originam uma melhora no humor e do comportamento (Nunes *et al.*, 2021).

A identificação e reestruturação de pensamentos disfuncionais faz parte desta abordagem e inclui técnicas que colaboram na regulação emocional e na mudança de comportamento. Entre as técnicas mais utilizadas, a psicoeducação, a empática, a exposição e o relaxamento (Nunes *et al.*, 2021).

Os autores supracitados, após a análise das pesquisas efetuadas, não conseguiram chegar a uma conclusão definitiva quanto à eficácia da TCC na redução do medo do parto. Embora, a TCC demonstre-se eficaz no tratamento dos transtornos de ansiedade, deverão ser realizados mais estudos.

Desta forma, tornou-se importante oferecer um suporte sólido e baseado em evidências científicas no tratamento do medo do parto, ainda que o medo não seja compreendido como fóbico.

(Nunes *et al.*, 2021), recomendam ao profissional de saúde que a atenção primária na saúde prepare a grávida para o parto vaginal e a ajude a diminuir a sua ansiedade, insegurança, o medo do parto, a dor, o medo de que o bebê nasça com problemas, entre muitas outras questões emocionais. Apesar das recomendações feitas no sentido de promover a escuta e um acolhimento por parte do profissional de saúde, não existe uma recomendação objetiva de como esta ajuda deve ser executada.

Segundo Nunes *et al.* (2021), a relevância deste tema para os investigadores suecos demonstrou um grande interesse para definir, mensurar e tratar o medo do parto. A intervenção baseada no TCC foi inspirada num protocolo no tratamento transdiagnóstico de transtornos emocionais, para problemas de ansiedade e pela terceira vaga de tratamentos com TCC. A utilização do protocolo transdiagnóstico é bastante concisa, visto que o medo do parto ainda não está definido e evidencia estar associado tanto com a ansiedade como com a depressão.

Os protocolos que constam nos seis estudos analisados tratam diferentes técnicas cognitivas e comportamentais. A educação perinatal é uma delas e evidencia uma grande importância para que a mulher obtenha o conhecimento da fisiologia da gravidez e do parto, conhecendo a capacidade do próprio corpo em lidar com o trabalho de parto e de enfrentar com base em conhecimento baseado em evidências (Nunes *et al.*, 2021).

Dos estudos analisados, os artigos de Larsson *et al.* (2017) e Rondung *et al.* (2018) para Nunes *et al.* (2021), foram os únicos da qual o protocolo não faz referência direta à educação perinatal. A educação perinatal tem o potencial de auxiliar a flexibilidade das crenças disfuncionais do parto por fornecer material útil para a apresentação de evidências contra e a favor, de forma a facilitar a reestruturação cognitiva.

Uma outra técnica muito utilizada nos estudos relacionados ao tratamento de fobias específicas para Nunes *et al.* (2021) são de Nieminen *et al.* (2015) e Nieminen *et al.* (2016). Estes estudos foram os únicos a utilizar como critério de inclusão a identificação de medo severo do parto nas mulheres, o que pode estar mais próximo da intensidade de medo relacionada a uma fobia específica.

Nunes *et al.* (2021) aborda as fobias de acordo com a American Psychological Association (APA, 2016), em que afirmam que fobias podem ser são mantidas devido ao facto de se evitar o estímulo fóbico que faz com que a mulher não tenha a oportunidade de desenvolver a tolerância ao próprio medo. Quando esta se expõe, existe a oportunidade de observar quais suas sensações fisiológicas e se diminuem com o tempo. Assim, o evitar o medo pode ocorrer pela não inserção de uma situação ou pela inclusão incompleta, ao utilizar recursos como distração.

As terapias de exposição foram elaboradas para encorajar os indivíduos a enfrentar situações temidas, situações reais ou por meio de exercícios de imaginação, e tentar permanecer nessas situações (Nunes *et al.*, 2021). No caso do medo associado ao parto, as técnicas de exposição podem envolver ouvir relatos de parto de outras mulheres, assistir a filmes com partos ou observar imagens relacionadas ao parto de acordo com a técnica de Nieminen *et al.* (2016) e Rondung *et al.* (2018).

Os treinos relacionados com o *Mindfulness* ou com meditação, nos cinco dos seis estudos apresentados, abordaram o *Mindfulness* como uma opção no tratamento da dor crônica e como um potencial benefício para ser alargado para o trabalho de parto e parto (Nunes *et al.*, 2021).

Os autores verificam que sensação de ser tomada pela dor, o medo de não conseguir enfrentar a dor, o medo de perder o controle e de não conseguir ter um bom desempenho são frequentemente reportados em relação ao trabalho de parto.

Nunes *et al.* (2021) afirmam que as práticas de meditação podem ajudar as mulheres na conexão com o momento presente e na maior consciência das sensações corporais. Desta forma, espera-se que estas práticas ajudem a enfrentar as intensas sensações durante o trabalho de parto e sem julgamento ou autoapreciação, caso a mulher opte pela analgesia.

De acordo com os estudos de Larsson *et al.* (2017) e Rondung *et al.* (2018), Nunes *et al.* (2021), verificaram que a reestruturação de cognitiva catastrófica como estratégia de tratamento. Segundo os autores anteriormente mencionado, os conceitos cognitivos de autoeficácia, intolerância à incerteza e catastrofização da dor aparentam ser pertinentes para a compreensão do medo do parto. E a catastrofização como uma dor guia negativa da experiência exagerada dor atual ou esperada. Segundo os mesmos autores, estudos transversais demonstraram que a catastrofização está associada a um aumento da dor e das disfunções psicológicas e físicas.

Para Nunes *et al.* (2021), os modelos baseados em evitar o medo são multifacetados e contém elementos afetivos (medo) e comportamentais (evitar), porém os conhecimentos são reconhecidos como o foco da inclusão num ciclo negativo de dor. Logo, a TCC evidência ser uma escolha terapêutica coerente, de forma a que as crenças relacionadas à catastrofização sejam confrontadas.

Em relação à autoeficácia, Nunes *et al.* (2021) abordou o efeito no aumento da autoeficácia relacionado à intervenção em MBCE. A autoeficácia é compreendida e definida como as crenças que uma pessoa respeita e da sua capacidade em desempenhar o que é expectável em atividades que influenciam eventos significativos de sua vida. Os autores dão ênfase à forte percepção da eficácia, que por sua vez, aumenta o bem-estar pessoal de múltiplas formas. As pessoas com muita confiança nas suas capacidades encaram as dificuldades como desafios a serem superados, em vez de ameaças que são evitadas.

Segundo Nunes *et al.* (2021), as reações fisiológicas mais comuns ao stresse são interpretadas como sinais de um mau desempenho, sendo a reestruturação e as interpretações distorcidas a respeito do próprio estado fisiológico uma das formas de promover a percepção de autoeficácia. Desta forma o mesmo autor supracitado, afirma

que o mais importante do que a intensidade das reações emocionais e físicas, será a forma como elas são interpretadas. Posto isto, as práticas de atenção plena detêm de um papel importante na análise das sensações corporais e das emoções sem julgamento, o que está relacionado na percepção da autoeficácia.

Para os tratamentos baseados na TCC no medo do parto, Nunes *et al.* (2021) averiguaram que foram criados eficientes e adaptados ao contexto social e cultural, dos países em que serão aplicados. Nenhum dos estudos nesta pesquisa verificou como problemática o uso destes protocolos de forma universal.

O Plano de Parto e Nascimento, de acordo com (Nunes *et al.* (2021), constitui uma preferência relevante para que a mulher comunique de forma objetiva e assertiva o que espera do atendimento que irá receber. Este plano pode ser elaborado pela mulher depois de receber informações sobre a gravidez e o parto. Neste documento, é escrito quais alternativas dentro do espectro de uma boa prática, sob condições normais, melhor contemplam seus desejos, suas expectativas, os seus valores e suas necessidades. O documento tem o propósito de orientar a atenção dos profissionais de saúde durante todo o processo de nascimento e leva a uma maior confiança e sensação de controle relacionada ao parto (Nunes *et al.*, 2021).

Assim, os autores supracitados verificaram que a grávida quando tem a percepção que está no controle de si mesma, do seu próprio corpo e das ações dos profissionais de saúde sobre o seu corpo, verificou-se uma maior satisfação com o parto, sendo considerada uma experiência positiva.

Nunes *et al.* (2021), afirmam que a dificuldade de adesão ao tratamento coloca em risco a efetividade da intervenção do TCC para a população estudada.

O medo do parto também pode estar relacionado com os conhecimentos e as experiências de vida de cada mulher. As várias técnicas terapêuticas como a reestruturação cognitiva, a exposição e a atenção plena demonstraram ser significativas para a construção de uma percepção menos catastrófica do parto e para o desenvolvimento de maior confiança nas próprias habilidades para enfrentar o trabalho de parto (Nunes *et al.*, 2021).

Todavia, Nunes *et al.* (2021) reconhecem que enquanto a realidade obstétrica for regulada pela falta de informação oferecida à mulher, na ausência de uma escuta empática das necessidades da parturiente e na prática de violência obstétrica, o medo relacionado ao parto permanecerá fundamentado.

Os autores após esta investigação sugeriram que nos futuros estudos seja investigada a eficácia de cada uma dessas técnicas sobre a redução do medo do parto de forma individualizada.

- Quanto as limitações desta revisão sistemática, que compreende um caráter descritivo e exploratório, conclui-se que a TCC é uma intervenção com potencial benefício para a redução do medo do parto. Porém, o novo estudo clínico randomizado será necessário para que a TCC possa ser considerada de eficaz no tratamento deste medo.

➤ **Nível de Evidência alcançado (se aplicável):**

Segundo JBI, o nível de evidência deste artigo é 3.a – Trata-se de uma Revisão sistemática, com um estudo de coorte, analítico-observacional, com desenho prospectivo e longitudinal e de natureza qualitativa.

Objetivo: investigar de que forma a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) tem sido aplicada em casos de medo do parto e avaliar a eficácia dessas intervenções.

Os critérios de inclusão da busca foram: texto completo em inglês ou português; estudos que incluem mulheres (grávidas ou não) com medo do parto; estudos que tiveram como intervenção a TCC ou práticas de *Mindfulness*.

Já os critérios de exclusão foram: revisões de literatura ou comentários; estudos não focados no medo do parto; estudos que não tiveram como intervenção a TCC ou práticas de *Mindfulness*. Não houve restrição quanto ao período de publicação dos estudos.

Processo de seleção:

Inicialmente foram identificados 30 artigos. Após a remoção dos duplicados, obteve-se uma seleção de 16 artigos, dos quais oito foram excluídos em conformidade com os critérios de inclusão e exclusão desta revisão. Dessa forma, um total de oito textos

completos foram obtidos, dos quais dois foram removidos por representarem protocolos de estudos. Finalmente, incluíram-se seis artigos na síntese qualitativa.

➤ Todos os artigos foram publicados em inglês, no período de 2014 a 2018.

➤ **Contributo para a questão de revisão:**

Segundo Nunes *et al.* (2021), o medo do parto vaginal é comum em todas as mulheres e pode ter impacto significativos na saúde materno-infantil.

A experiência de parir, segundo os autores supracitados, está associada a um reduzido risco de morbimortalidade materna. Por este motivo, é esperado que exista medo relacionado ao parto.

No entanto, existem outros fatores associado a este medo como, a influência cultural, a desinformação, os mídia, os relatos negativos de outras mulheres e o modelo de assistência obstétrica que poderá exacerbar este medo (Nunes *et al.*, 2021).

O medo do parto pode ser classificado, segundo Nunes *et al.* (2021), de acordo com a intensidade da emoção vivenciada pela mulher e pode ser classificado de acordo com a intensidade da emoção vivenciada pela mulher em três níveis.

De acordo com a American Psychological Association (2016), Nunes *et al.* (2021) afirmam que as fobias podem ser são mantidas devido ao facto de se evitar o estímulo fóbico que faz com que a mulher não tenha a oportunidade de desenvolver a tolerância ao próprio medo. Quando se expõe, existe a oportunidade de observar quais suas sensações fisiológicas e se diminuem com o tempo.

A palavra tocofobia tem origem num termo grego “tocos” que significa “parto” e os estudos, na atualidade referem-se à tocofobia relacionado ao domínio do transtorno de ansiedade (Nunes *et al.*, 2021). Esta pode ainda ser classificada como tocofobia primária ou secundária.

Para Nunes *et al.* (2021) a tocofobia primária habitualmente pode ter início na adolescência ou no início da fase adulta, tendo como origem vários fatores, como: a exposição indireta a situações de parto traumáticas ou de stress; obter informações negativas sobre o parto; em casos de abuso sexual; e de uma forma geral associada a outros medos, como por exemplo, a fobia de sangue, injeções, hospitais entre outros medos.

A tocofobia secundária é originada pelo medo decorrente de um evento obstétrico traumático. Este tipo de evento é frequentemente relacionado a um parto traumático, pode ocorrer após um aborto espontâneo ou provocado ou em caso de bebé natimorto. Nestas situações, o medo do parto pode ter relação com o transtorno de stress pós-traumático, a TEPT (Nunes *et al.*, 2021).

No ano 2021, Nunes *et al.* (2021) publicaram e implementaram o primeiro instrumento para mensurar a fobia do parto: o Questionário de Avaliação da Partofobia (QAP).

Este instrumento era composto por um questionário que analisou uma diferença na quantidade de mulheres que pretendiam um parto vaginal e na quantidade de mulheres que o realizaram.

Esta conclusão pode estar relacionada à ideia errada de que a cesariana será mais segura, mesmo que não existe uma indicação médica para a sua realização. Por outro lado, a falta de informação durante o período pré-natal pode levar a uma cesariana. Assim, a autonomia das mulheres tem como consequência a impossibilidade de tomar uma decisão informada, prejudicando-se e expondo- se ao risco, tanto para mãe como para o bebé de morbidade e mortalidade desnecessários (Nunes *et al.*, 2021).

Posto isto, os autores supracitados, constataram que existência de um conflito ético entre realizar uma cesariana eletiva nas mulheres que não receberam de antemão atenção e suporte psicológico.

Para quem recebeu apoio psicológico e mesmo assim optarem pela cirurgia cesariana por medo severo do parto, negar-lhes uma cirurgia eletiva seria cruel.

A escolha da via de parto pela mulher e a negação dessa escolha, pode estar associada ao desenvolvimento do TEPT no período pós-parto (Nunes *et al.*, 2021).

Para Nunes *et al.* (2021), o suporte e a atenção psicológica oferecidos às mulheres com medo severo do parto são fundamentais existe um ciclo vicioso do medo do parto. Mulheres com elevados níveis pré-natais de medo do parto estão suscetíveis a um risco acrescido de sentir medo durante o trabalho de parto e interpretar a situação como ameaçadora. Estas circunstâncias podem aumentar a probabilidade de uma experiência de nascimento negativa, que pode ter como consequência o medo de um parto no futuro (Nunes *et al.*, 2021).

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) neste artigo analisou e investigou o tratamento do medo do parto.

De acordo com Nunes *et al.* (2021), a TCC é um método de psicoterapia constituída por sessões organizadas e com uma duração de tempo limitada. Esta abordagem baseia-se no modelo cognitivo, em que as os conhecimentos distorcidos ou disfuncionais, afetam o humor e o comportamento da mulher, e são comuns a todos os transtornos psicológicos. Desta forma, a avaliação da realidade e das mudanças no pensamento originam uma melhora no humor e do comportamento.

A identificação e reestruturação de pensamentos disfuncionais faz parte desta abordagem e inclui técnicas que colaboram na regulação emocional e na mudança comportamento. Entre as técnicas mais utilizadas, a psicoeducação, a empática, a exposição e o relaxamento (Nunes *et al.*, 2021).

Por outro lado, a educação perinatal, para Nunes *et al.* (2021) evidencia uma grande importância para que a mulher obtenha o conhecimento da fisiologia da gravidez e do parto, conhecendo a capacidade do próprio corpo em lidar com o trabalho de parto e de enfrentar com base em conhecimento baseado em evidências. Este método tem o potencial para auxiliar a flexibilidade das crenças disfuncionais do parto por fornecer material útil para a apresentação de evidências contra e a favor, de forma a facilitar a reestruturação cognitiva.

Já a terapias de exposição foi concebida para encorajar os indivíduos a enfrentar as situações mais temidas, em situações reais ou por meio de exercícios de imaginação, e tentar permanecer nessas situações (Nunes *et al.*, 2021). No caso do medo associado ao parto, as técnicas de exposição podem envolver ouvir relatos de parto de outras mulheres, assistir a filmes com partos ou observar imagens relacionadas ao parto (Nunes *et al.*, 2021).

O treino do *Mindfulness*, para Nunes *et al.* (2021) foi considerado uma abordagem como uma opção no tratamento da dor crônica, e como um potencial benefício a serem alargados para o parto.

Os autores supracitados verificam que sensação de ser dominada pela dor, o medo de não conseguir enfrentar a dor, o medo de perder o controle e de não conseguir ter um bom desempenho são frequentemente reportados em relação ao trabalho de parto.

As práticas de *Mindfulness* podem ajudar as mulheres na conexão com o momento presente e na maior consciência das sensações corporais. Desta forma, espera-se que estas práticas ajudem a enfrentar as sensações intensas durante o trabalho de parto, sem julgamento ou autodepreciação caso a mulher opte pela analgesia (Nunes *et al.*, 2021).

As reações fisiológicas mais comuns ao stresse são interpretadas pelas mulheres como sinais de um mau desempenho, sendo a reestruturação das interpretações distorcidas no que diz respeito do próprio estado fisiológico como forma de promover a percepção de autoeficácia. No entanto, o mais importante do que a intensidade das reações emocionais e físicas, será a forma como elas são interpretadas (Nunes *et al.*, 2021).

As práticas de *Mindfulness*, segundo (Nunes *et al.* (2021), tem um papel importante na análise das sensações corporais e das emoções sem julgamento, o que está relacionado na percepção da autoeficácia.

Os modelos baseados em evitar o medo são multifacetados e contém elementos afetivos (medo) e comportamentais (evitar), porém os conhecimentos são reconhecidos como o foco da inclusão num ciclo negativo de dor. Logo, a TCC evidencia ser uma escolha terapêutica coerente, de forma a que as crenças relacionadas à catastrofização sejam confrontadas (Nunes *et al.*, 2021).

A autoeficácia é definida como as crenças que uma pessoa respeita e a sua capacidade em desempenhar o que é expectável em atividades que influenciam eventos significativos de sua vida. A forte percepção da eficácia aumenta o bem-estar pessoal de múltiplas formas, aumenta por sua vez a confiança nas suas capacidades a encarar as dificuldades como desafios a serem superados, em vez de ameaças que são evitadas (Nunes *et al.*, 2021).

Em relação à autoeficácia, um efeito aumentado esta relacionado com a intervenção no cuidados baseados no *Mindfulness*.

O Plano de Parto e Nascimento, segundo Nunes *et al.* (2021), constitui uma preferência relevante para que a mulher transmita, de forma objetiva e assertiva, o que espera do atendimento que irá receber. Este plano pode ser elaborado pela mulher depois de

receber informações sobre a gravidez e o parto. Neste documento, é escrito quais alternativas dentro do espectro de uma boa prática, sob condições normais, melhor contemplam seus desejos, suas expectativas, os seus valores e suas necessidades. O documento tem o propósito de orientar os profissionais de saúde durante todo o processo de nascimento e leva a uma maior confiança e sensação de controle relacionada ao parto Nunes *et al.*, 2021).

Assim, Nunes *et al.* (2021), verificaram que a grávida tem a percepção que está no controle de si mesma, do seu próprio corpo e das ações dos profissionais de saúde sobre o seu corpo. Verificou-se uma ainda uma maior satisfação com o parto, sendo considerada uma experiência positiva.

No entanto, a dificuldade de adesão ao tratamento coloca em risco a efetividade da intervenção do TCC para a população estudada.

É essencial destacar que a falta de informação fundamentada sobre o parto, uma postura medicalizada favorece o desequilíbrio da relação de poder entre a equipe obstétrica e a grávida, o conhecimento sobre informações trágicas durante o trabalho de parto leva a percepção do parto como um evento temido (Nunes *et al.*, 2021).

Nestas situações, a TCC pode apoiar a estruturação de uma visão mais realista do parto, por ser uma abordagem que auxilia a formação do pensamento a partir de fatos e evidências (Nunes *et al.*, 2021).

Nunes *et al.* (2021), concluíram que o medo do parto pode estar relacionado com os conhecimentos e as experiências de vida de cada mulher.

As várias técnicas terapêuticas como a reestruturação cognitiva, a exposição e o *Mindfulness* demonstraram ser significativas para a construção de uma percepção menos catastrófica do parto e para o desenvolvimento de maior confiança nas próprias habilidades para enfrentar o trabalho de parto (Nunes *et al.*, 2021).

Os autores referidos, após a análise das pesquisas efetuadas, não conseguiram chegar a uma conclusão nos que diz respeito à eficácia da TCC na redução do medo do parto. Embora, a TCC demonstrar ser eficaz no tratamento dos transtornos de ansiedade, deverão ser realizados mais estudos nesta área no futuro.

Desta forma, tornou-se importante oferecer um suporte sólido e baseado em evidências científicas no tratamento do medo do parto, ainda que o medo não seja compreendido como fóbico (Nunes *et al.*, 2021).

Nunes *et al.*, 2021, após esta investigação, sugeriram que no futuro, seja investigada a eficácia de cada uma dessas técnicas sobre a redução do medo do parto de forma individualizada.

Todavia, enquanto a realidade obstétrica for regulada pela falta de informação oferecida à mulher, na ausência de uma escuta empática das necessidades da parturiente e na prática de violência obstétrica, o medo relacionado ao parto permanecerá fundamentado (Nunes *et al.*, 2021).