

Ana Maria Aguiar Frias  
(Organizadora)

ENFERMAGEM  
MATERNA E  
OBSTÉTRICA

cuidar no parto  
e no pós-parto



científica digital



## EDITORA CIENTÍFICA DIGITAL LTDA

Guarujá - São Paulo - Brasil

www.editoracientifica.com.br - contato@editoracientifica.com.br

**Diagramação e Arte** Edição © 2023 Editora Científica Digital  
**Equipe Editorial** Texto © 2023 Os Autores  
**Imagens da Capa** 1ª Edição - 2023  
**Adobe Stock - 2023** Acesso Livre - Open Access  
**Revisão**  
Os Autores

© COPYRIGHT DIREITOS RESERVADOS. A editora detém os direitos autorais pela edição e projeto gráfico. Os autores detêm os direitos autorais dos seus respectivos textos. Esta obra foi licenciada com uma Licença de Atribuição Creative Commons – Atribuição 4.0 Internacional, permitindo o download e compartilhamento integral ou em partes, desde que seja citada a fonte, com os créditos atribuídos aos autores e obrigatoriamente no formato Acesso Livre (Open Access) e sem a possibilidade de alteração de nenhuma forma. É proibida a catalogação em plataformas com acesso restrito e/ou com fins comerciais.



### Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

E61 Enfermagem materna e obstétrica: cuidar no parto e no pós-parto / Ana Maria Aguiar Frias (Organizadora). – Guarujá-SP: Científica Digital, 2023.

Formato: PDF  
Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader  
Modo de acesso: World Wide Web  
Inclui Bibliografia  
ISBN 978-65-5360-504-6  
DOI 10.37885/978-65-5360-504-6

1. Enfermagem obstétrica. 2. Parto. 3. Pós-parto I. Frias, Ana Maria Aguiar (Organizadora). II. Título.

CDD 618.4

Elaborado por Janaína Ramos – CRB-8/9166

Índice para catálogo sistemático:

I. Enfermagem obstétrica

E-BOOK

ACESSO LIVRE ON LINE - IMPRESSÃO PROIBIDA

2023

Ana Maria Aguiar Frias  
(Organizadora)

**Enfermagem Materna e Obstétrica:  
cuidar no parto e no pós-parto**

1ª EDIÇÃO



científica digital

**2023 - GUARUJÁ - SP**

## CONSELHO EDITORIAL

Prof. Dr. André Cutrim Carvalho  
Prof. Dr. Antônio Marcos Mota Miranda  
Prof<sup>a</sup>. Ma. Auristela Correa Castro  
Prof. Dr. Carlos Alberto Martins Cordeiro  
Prof. Dr. Carlos Alexandre Oelke  
Prof<sup>a</sup>. Dra. Caroline Nóbrega de Almeida  
Prof<sup>a</sup>. Dra. Clara Mockdece Neves  
Prof<sup>a</sup>. Dra. Claudia Maria Rinhel-Silva  
Prof<sup>a</sup>. Dra. Clecia Simone Gonçalves Rosa Pacheco  
Prof. Dr. Cristiano Marins  
Prof<sup>a</sup>. Dra. Cristina Berger Fadel  
Prof. Dr. Daniel Luciano Gevehr  
Prof. Dr. Diogo da Silva Cardoso  
Prof. Dr. Ernane Rosa Martins  
Prof. Dr. Everaldo dos Santos Mendes  
Prof. Dr. Fabricio Gomes Gonçalves  
Prof<sup>a</sup>. Dra. Fernanda Rezende  
Prof. Dr. Flávio Aparecido de Almeida  
Prof<sup>a</sup>. Dra. Francine Náthalie Ferraresi Queluz  
Prof<sup>a</sup>. Dra. Geuciane Felipe Guerim Fernandes

Prof. Dr. Humberto Costa  
Prof. Dr. Joachin Melo Azevedo Neto  
Prof. Dr. Jónata Ferreira de Moura  
Prof. Dr. José Aderval Aragão  
Prof. Me. Julianno Pizzano Ayoub  
Prof. Dr. Leonardo Augusto Couto Finelli  
Prof. Dr. Luiz Gonzaga Lapa Junior  
Prof. Me. Marcelo da Fonseca Ferreira da Silva  
Prof<sup>a</sup>. Dra. Maria Cristina Zago  
Prof<sup>a</sup>. Dra. Maria Otília Zangão  
Prof. Dr. Mário Henrique Gomes  
Prof. Dr. Nelson J. Almeida  
Prof. Dr. Octávio Barbosa Neto  
Prof. Dr. Pedro Afonso Cortez  
Prof. Dr. Reinaldo Pacheco dos Santos  
Prof. Dr. Rogério de Melo Grillo  
Prof<sup>a</sup>. Dra. Rosenery Pimentel Nascimento  
Prof. Dr. Rossano Sartori Dal Molin  
Prof. Me. Silvio Almeida Junior  
Prof<sup>a</sup>. Dra. Thays Zigante Furlan Ribeiro  
Prof. Dr. Wesceley Viana Evangelista  
Prof. Dr. Willian Carboni Viana  
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme

Acesse a lista completa dos Membros do Conselho Editorial em [www.editoracientifica.com.br/conselho](http://www.editoracientifica.com.br/conselho)

### Parecer e revisão por pares

Os textos que compõem esta obra foram submetidos para avaliação do Conselho Editorial da Editora Científica Digital, sendo aprovados na revisão por pares e indicados para publicação.

**Nota:** Esta obra é uma produção colaborativa, tornando-se uma coletânea com reservas de direitos autorais para os autores. Alguns capítulos podem ser derivados de outros trabalhos já apresentados em eventos acadêmicos, todavia, os autores foram instruídos ao cuidado com o autoplágio. A responsabilidade pelo conteúdo de cada capítulo é exclusiva dos/as respectivos/as autores/as, não representando, necessariamente, a opinião da editora, tampouco dos organizadores e membros do conselho editorial.

# APRESENTAÇÃO

Na área da saúde materna e obstétrica o Enfermeiro deverá ter conhecimentos científicos e competências relacionais de modo a empoderar a mulher no processo gravídico puerperal. O livro “Saúde Materna e Obstétrica: Cuidar no parto e pós-parto” oferece uma visão holística e atualizada. Os autores compartilham as suas experiências práticas e conhecimentos aprofundados, guiando os leitores através dos cuidados no parto e pós-parto e nas interações sensíveis centradas na mulher. Mergulhamos em 10 temas essenciais que redefinem a abordagem da enfermagem especializada. Cada capítulo é uma viagem única, explorando desde as competências relacionais do enfermeiro especialista e a influência cultural na percepção da dor até a importância da deambulação durante o trabalho de parto. A utilização da bola de nascimento como uma ferramenta terapêutica e a preparação do pavimento pélvico revelam práticas inovadoras para aprimorar a experiência do parto.

Aprofundando-se na complexidade da vinculação mãe-bebé os autores destacam a importância desse elo na jornada perinatal. A aplicação do *mindfulness* surge como uma poderosa ferramenta na abordagem da depressão pós-parto, oferecendo perspectivas revolucionárias para a saúde mental materna.

Os desafios da prematuridade são abordados com sensibilidade, proporcionando uma compreensão abrangente das necessidades neonatais. A preparação para o Parto e a transição para a parentalidade é explorada em detalhes, fornecendo orientações práticas.

Por fim o livro enfrenta, com empatia, a dolorosa realidade da perda gestacional, oferecendo apoio tanto para os profissionais de saúde quanto para as famílias afetadas.

O livro “Saúde Materna e Obstétrica: Cuidar no parto e pós-parto” não é apenas uma obra, mas um guia abrangente que desafia e inspira. Cada capítulo é uma peça do quebra-cabeça, construindo um entendimento mais profundo e compassivo da enfermagem perinatal. Uma leitura essencial para todos os profissionais de saúde envolvidos na jornada única da maternidade.

**Ana Maria Aguiar Frias**

# SUMÁRIO

## Capítulo 01

### **QUALIDADES PESSOAIS NA RELAÇÃO TERAPÊUTICA NO PARTO E PÓS-PARTO: REFLEXÃO**

Ana Isabel Ramalho Galhanas; Ana Maria Aguiar Frias

**doi** 10.37885/231115098 ..... 8

## Capítulo 02

### **CONTRIBUTOS DA EQUIPA DE ENFERMAGEM MULTIDISCIPLINAR NA APLICAÇÃO DE ESTRATÉGIAS NA GRAVIDEZ, PARTO E PÓS-PARTO: REVISÃO NARRATIVA**

Cátia Barreto; Ana Frias

**doi** 10.37885/231115099 ..... 19

## Capítulo 03

### **VIVÊNCIA CULTURAL DA DOR NA MULHER EM TRABALHO DE PARTO: UMA REVISÃO NARRATIVA**

Isabel Rute Nogueira Ceia Pereira; Ana Maria Aguiar Frias

**doi** 10.37885/231014710 ..... 42

## Capítulo 04

### **UTILIZAÇÃO DA BOLA DE NASCIMENTO NA PROGRESSÃO DO TRABALHO DE PARTO E ALÍVIO DA DOR**

Fátima Cristiana da Costa Teixeira; Maria Fernandes Pinto Bessa; Inês Ribeiro Serafim; Ana Frias

**doi** 10.37885/231014744 ..... 61

## Capítulo 05

### **DEAMBULAÇÃO NA EVOLUÇÃO DO ESTADIO DO TRABALHO DE PARTO: INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA**

Paula Cristina Grangeia Miranda Veloso

**doi** 10.37885/230914217 ..... 79

**Capítulo 06****PREPARAÇÃO DO PAVIMENTO PÉLVICO MATERNO NO PERÍODO PRÉ-PARTO: INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA**

Cátia Sofia Isidro Ferreira; Débora Branco Fernandes; Ana Maria Aguiar Frias

**doi** 10.37885/231114907 ..... 103**Capítulo 07****VINCULAÇÃO MÃE-BEBÉ APÓS O PARTO: ESTRATÉGIAS PROMOTORAS**

Cátia Alexandra Martins Cordeiro; Sara Filipa Garrido Coração Franco; Ana Maria Aguiar Frias

**doi** 10.37885/231014650 ..... 113**Capítulo 08****A INFLUÊNCIA DO MINFULNESS DURANTE A GRAVIDEZ NA PREVENÇÃO DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO: UMA REVISÃO NARRATIVA**

Carolina Isabel Bentes Gomes; Miriam Márquez Gambín; Pablo Lojo Oliveira; Ana Maria Aguiar Frias

**doi** 10.37885/231014743 ..... 129**Capítulo 09****O PARTO PREMATURO E A TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE: UMA REVISÃO NARRATIVA**

Carolina Fidalgo Marques Cordeiro de Araújo; Inês Cabrita Atanásio; Inês Cavaco Custódio; Ana Maria Aguiar Frias

**doi** 10.37885/231014742 ..... 143**Capítulo 10****A ASSISTÊNCIA DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA NA VIVÊNCIA DA PERDA GESTACIONAL: UMA REVISÃO NARRATIVA**

Ana Catarina Nunes Caetano da Silva; Catarina dos Santos Pires; Sandra Ávila Silva; Ana Maria Aguiar Frias

**doi** 10.37885/231014651 ..... 158**SOBRE A ORGANIZADORA** ..... 175**ÍNDICE REMISSIVO** ..... 176

## **QUALIDADES PESSOAIS NA RELAÇÃO TERAPÊUTICA NO PARTO E PÓS-PARTO: REFLEXÃO**

**Ana Isabel Ramalho Galhanas**

Hospital do Espírito Santo de Évora, serviço de  
Obstetrícia, Évora, Portugal

**Ana Maria Aguiar Frias**

Universidade de Évora, Escola Superior de  
Enfermagem S. João de Deus, Investigadora na  
Comprehensive Health Research Centre (CHRC),  
Évora, Portugal

# RESUMO

De acordo com a complexidade dos cuidados e da expectativa dos utentes, existe a necessidade de apresentar cuidados de saúde com qualidade. A comunicação é o requisito chave para uma boa relação profissional só sendo possível mediante estratégias que respeitam os direitos à informação, educação e saúde, atendendo à promoção da qualidade de vida e incentivo à cidadania, por intermédio do conhecimento científico. **Objetivo:** Refletir sobre as qualidades pessoais no processo de relação terapêutica no parto e pós-parto com impacto na qualidade dos cuidados. **Métodos:** Revisão narrativa da literatura e reflexão. Foi realizada a pesquisa de artigos científicos, através da plataforma eletrónica EBSCOhost, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Google académico, publicados entre 2016 e 2023. Os artigos selecionados foram aqueles que faziam enfoque a estudos sobre a comunicação em saúde e a relação terapêutica do enfermeiro. **Resultados:** foram selecionados vários artigos que apresentavam várias características pessoais do enfermeiro com impacto na prestação de cuidados de enfermagem de qualidade e a importância da comunicação. **Conclusão:** A comunicação desempenha um papel essencial na prática de enfermagem, permitindo a criação de vínculos terapêuticos. Os enfermeiros precisam possuir competências pessoais para estabelecer relações eficazes. A comunicação é uma ferramenta poderosa na promoção da saúde desempenhando um papel central na assistência de enfermagem, melhorando a qualidade do atendimento e contribuindo para o bem-estar das famílias.

**Palavras-chave:** Comunicação, Enfermeiro, Família, Parto, pós-Parto, Relação.

## INTRODUÇÃO

De acordo com as consecutivas mudanças no contexto mundial, da complexidade dos cuidados e do aumento da expectativa dos utentes, a saúde tem vindo a deparar-se com necessidade de apresentar cuidados de saúde que vão ao encontro daquilo que é considerado cuidados de qualidade (MARTINS; RIBEIRO; TRONCHIN, 2017).

A confiança dos cidadãos é o requisito chave na necessidade da comunicação em saúde (ALVES; MIRANDA; SALAVISA, 2021). Esta só é possível mediante estratégias comunicacionais que respeitam os direitos à informação, educação e saúde, atendendo ao objetivo da promoção da qualidade de vida, prevenção de doença e incentivo à cidadania, por intermédio do conhecimento científico. Por sua vez, o conceito de educação em saúde assume a responsabilidade de orientar a população para uma vivência saudável motivando a tomada de consciência e mudanças de comportamentos (ALBARADO *et al.*, 2020). Para se estabelecerem intervenções eficazes é necessário escutar com empatia e colocar-se no papel daqueles a quem se quer comunicar, explicar os factos e investir tempo em esclarecer as comunidades de forma a melhorar a compreensão e o interesse dos públicos não especializados (ALVES; MIRANDA; SALAVISA, 2021).

No âmbito da saúde materna a profissão de enfermagem atua de forma direta no ciclo gravídico-puerperal, identificando e planeando momentos educativos, trazendo conhecimento, experiência e prática às grávidas e puérperas. O enfermeiro pela sua atuação de proximidade através das competências de comunicação conhece as expectativas da mãe em relação ao filho, medo e dúvidas nos cuidados (ALVES *et al.*, 2020).

O Enfermeiro desempenha um papel basilar ao aplicar as competências relacionais, criando um vínculo e promovendo um cuidado diferenciado à mulher, através de uma assistência humanizada (COSTA *et al.*, 2018; DIOGO, 2017). No momento do nascimento de um filho torna-se importante compreender como uma relação terapêutica eficaz entre o enfermeiro e a família pode capacitá-los para esta nova fase. Para que esta relação seja mais eficaz é necessário que os enfermeiros possuam certas competências e habilidades (AMENDOEIRA; OLIVEIRA, 2021). Comportamentos como vínculo, relações, escuta e comunicação

qualificada são atitudes que irão contribuir para o envolvimento das famílias nos cuidados em saúde no contexto do parto e pós-parto (RIBEIRO; SANTOS; SILVA; SOUSA; SOUSA, 2018).

## **DESENVOLVIMENTO**

A profissão de Enfermagem caracteriza-se como um processo terapêutico, educativo e interpessoal centrado no cuidado com a capacidade de promover uma vida ativa, construtiva e produtiva, fazendo parte da essência da profissão a evolução conjunta com o cliente. A formação base do enfermeiro e a sua postura vão abrir portas através de processo interativo no caminho do autoconhecimento profissional em que a construção da assistência ao outro apresenta uma consolidação da parte da autonomia profissional. No caminho da construção do conhecimento em enfermagem a teoria das relações interpessoais vêm a sustentar o poder das relações sendo um reflexo do progresso do conhecimento (ALENCAR; ARAÚJO; ROLIM; OLIVEIRA; PINHEIRO, 2019).

Para uma abordagem assistencial o enfermeiro deve tentar perceber o problema do outro através de uma análise dos seus recursos internos de maneira a conseguir dar resposta aos seus problemas, dúvidas e anseios. Este caminho com base na assistência relacional é uma boa forma para enriquecer o corpo de conhecimento de Enfermagem e de potenciar a estruturação e a fundamentação dos cuidados prestados (COELHO; FORTUÑO; MERINO; PAROLA; SAMPAIO; SEQUEIRA; TEIXEIRA, 2020).

Para uma mulher e para a sua família o nascimento de um bebé é um marco que gera uma complexidade de sentimentos, dúvidas e receios e que sugere uma atenção especial focado na saúde da puerpera e do recém-nascido. Durante este período o foco da atenção da equipa de enfermagem deve ser dirigido à família. Esta abordagem consiste numa prática de cuidados que dê resposta às necessidades levantadas, promovendo a saúde familiar (RIBEIRO; SANTOS; SILVA; SOUSA; SOUSA, 2018). Na área da obstétrica os cuidados de enfermagem deverão ser orientados pelos pressupostos da humanização de forma a empoderar a mãe, proporcionando uma maior qualidade nos cuidados prestados (CAMPOS, 2017). Para melhorar a qualidade da assistência a equipa de enfermagem deve comunicar de forma eficiente, uma vez que a

promoção do diálogo é fundamental para uma boa relação (BARROS; JÚNIOR; MAKUCH; OASIS, 2015).

### **A comunicação em saúde como base da relação**

O tema da comunicação tem estado em evidência pela importância que assume nos mais variados contextos sociais. É através deste fenómeno que se baseia a relação na sociedade, sendo algo essencial na vida dos seres humanos (COSTA, *et al.*, 2018). A comunicação só é possível mediante estratégias comunicacionais que respeitam os direitos à informação, educação e saúde, atendendo ao objetivo da promoção da qualidade de vida, prevenção de enfermidades, incentivo à cidadania, por intermédio da produção das relações pessoais e do conhecimento científico. Por sua vez, o conceito de educação em saúde assume a responsabilidade de orientar a população para uma vivência saudável, devendo as suas ações serem realizadas de acordo com a realidade da própria pessoa, família e também da comunidade, em relação às suas experiências e vivências, estimulando a autonomia das pessoas para o cuidado individual e coletivo, identificando as suas principais necessidades, através de um processo de escuta pretende identificar as lacunas e necessidades para orientar ações de transformação motivando de forma clara a tomada de consciência e mudanças de comportamentos (ALBARADO; ANDRADE; MENDONÇA; PRADO; SOUSA, 2020).

É através da comunicação que notamos a preocupação com o envolvimento dos indivíduos e das comunidades, uma vez que as mudanças em saúde têm como base as informações que auxiliam a procura pela qualidade de vida. Este processo comunicativo, segundo a classificação conceitual de Schiavo tem como base informar e influenciar decisões, motivar as pessoas, mudar comportamentos, aumentar o conhecimento e a compreensão sobre questões relacionadas à saúde, dar poder às pessoas e promover a partilha de informações (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2021).

O desenvolvimento de estratégias de comunicação requer competências comunicacionais específicas, responsabilizando as organizações de saúde pelo apoio da comunicação sendo esta função transversal a todas as atividades nas suas diversas fases como o planeamento, desenvolvimento, implementação e avaliação. As mensagens têm de ser construídas e reconstruídas e adaptadas

aos diversos contextos culturais indo ao encontro das suas necessidades sendo alteradas sempre que necessário. A confiança dos cidadãos é o requisito principal para o sucesso da comunicação e o cumprimento das medidas de prevenção. O incentivo à participação nos processos de comunicação é essencial para assegurar a sua colaboração e adequação das medidas nos mais diversos contextos. Para se estabelecerem intervenções de forma eficaz é necessário escutar com empatia e se colocar no papel daqueles a quem se quer comunicar; colocar as questões certas, explicar os factos e investir tempo em esclarecer as comunidades, incluir técnicas narrativas permitindo explicar a incerteza científica e melhorar a compreensão e o interesse dos públicos não especializados e testar mensagens e materiais de comunicação (ALVES; MIRANDA; SALAVISA, 2021).

Segundo Almeida e Berlim (2021) a enfermagem é a atividade profissional que requer habilidades para executar diferentes tarefas, lidando com limitações de tempo e pressão. Estes profissionais de saúde identificam ganhos da alfabetização em saúde. A relação mais centrada no paciente apresenta uma maior probabilidade de satisfação assistencial (ALMEIDA; BELIM, 2021). Nos cuidados de enfermagem a comunicação é uma ferramenta fundamental uma vez que possibilita identificar as necessidades reais do paciente, realizando posteriormente a elaboração de um plano de cuidados, baseando-se no apoio, promoção e prevenção da saúde física e psicológica (ALVES, *et al.*, 2020). O enfermeiro, um profissional dotado de competências que lhe permitem compreender e respeitar a pessoa numa perspectiva multicultural desempenha um papel fundamental no momento de aplicar as suas competências conseguindo estabelecer um vínculo e promover um cuidado diferenciado e efetivo à mesma, através de uma assistência qualificada, acolhedora e humanizada (COSTA; FRAGA; MALISKA; MATOS; SALUM, 2018).

No âmbito da comunicação em saúde materna sabe-se que a profissão de enfermagem atua de forma direta no ciclo gravídico-puerperal, identificando e planeando momentos educativos, trazendo conhecimento, experiência e prática às grávidas e puérperas. O enfermeiro pela sua atuação de proximidade através das competências de comunicação conhece as expectativas da mãe em relação ao filho, medo e dúvidas nos cuidados. Este é o profissional que

possui um contato mais privilegiado com a mulher durante o período gravídico-puerperal com grande destaque nos programas de educação em saúde (ALVES, *et al.*, 2020).

A capacidade para estabelecer um diálogo é fundamental para manter uma relação terapêutica de qualidade, sendo importante adaptar o tipo de comunicação à natureza e ao impacto da essência da mensagem do recetor. Assim é indispensável saber utilizar os elementos que originam o processo de comunicação (BROCA; FERREIRA, 2018).

O que a mulher precisa no ciclo gravídico-puerperal é suporte emocional e informações diretas de forma a sentir uma relação de confiança, desta forma as ações de prevenção e promoção para a saúde relacionadas com o papel do enfermeiro no contexto de uma comunicação eficiente, dão-se através de atividades como educação em saúde com palestras, grupos de apoio e aconselhamento, através de uma participação de forma ativa com o objetivo de promover o autocuidado, conhecimentos e esclarecimentos de dúvidas, ocorrendo um diálogo podendo criar objetivos e metas a serem alcançados visando o bem-estar do binômio mãe e filho. A sensibilidade, disponibilidade e a forma de comunicação do enfermeiro devem estar de acordo com os atos que mostram o reconhecimento dos pais e familiares como pessoas importantes. Assim, para que se tenha uma assistência de enfermagem de qualidade, é necessário que tenhamos a mãe, e por extensão a família, como aliada no contexto de cuidados para que ela possa desenvolver a indispensável ligação afetiva (ALVES, *et al.*, 2020).

### **Qualidades Pessoais do Enfermeiro na Relação Terapêutica**

O Enfermeiro é um profissional de saúde provido de competências que lhe permite compreender a pessoa numa perspectiva multicultural, desempenhando um papel basilar ao aplicar as competências relacionais, criando um vínculo e promovendo um cuidado diferenciado à mulher, através de uma assistência humanizada (FRIAS; GALHANAS; SIM-SIM, 2022).

No momento do nascimento de um filho torna-se importante compreender como uma relação terapêutica eficaz entre o enfermeiro e a família pode capacitá-los para esta nova fase. As características pessoais são definidas como

fatores inerentes à personalidade, sendo construídas ao longo da vida de forma mais ou menos acentuado (ZANGÃO, 2016), entre elas estão a capacidade de escuta e observação, sinceridade, congruência, comunicação e compreensão das questões culturais. Estabelecer uma relação é algo complexo e implica fatores como estar atento à pessoa no seu todo, ter atenção aos seus pensamentos, propósitos, necessidades e emoções, fornecendo ajuda social, física e psíquica (AMENDOEIRA; OLIVEIRA, 2021).

A criação de um vínculo como estratégia do cuidado é um dos princípios norteadores para que o trabalho envolvido nas famílias seja refletido no companheirismo e na reciprocidade através de uma assistência que beneficie partes. Comportamentos como vínculo, relações, escuta e comunicação qualificada são atitudes que irão contribuir para o envolvimento das famílias nos cuidados em saúde no contexto do parto e pós-parto (RIBEIRO *et al.*, 2018). A empatia é uma característica essencial para que a pessoa se sinta compreendida, cuidada e respeitada. Uma das atitudes mais importantes na relação de ajuda é a capacidade de respeitar. Este respeito rege-se pelo princípio que a pessoa é um ser único e capaz de escolher e decidir o que é melhor para si mesma (COELHO, *et al.*, 2020).

A capacidade de saber ouvir, observar e dialogar são fundamentais para manter uma relação terapêutica de qualidade, sendo importante adaptar o tipo de comunicação à natureza e ao impacto da essência da mensagem do recetor. Assim é indispensável saber utilizar os elementos que originam o processo de comunicação não só na dimensão verbal, mas também na expressão racional e irracional de desejos, além das expressões corporais. (ALENCAR; ARAÚJO; ROLIM; OLIVEIRA; PINHEIRO, 2019; BROCA; FERREIRA, 2018).

A forma de estabelecer uma boa comunicação baseia-se num conjunto de acontecimentos que têm ação sobre o outro, através de uma associação de sinais que dão significado às interações humanas (BROCA; FERREIRA, 2018; POLEJACKB; SOARES, 2016). Este acontecimento não se limita apenas ao diálogo, tem que haver envolvimento dos indivíduos e que esta seja realizada sem distorções e da forma adequada. A comunicação verbal e não verbal assume o destaque, sendo determinante a compreensão da expressão corporal e facial exibindo a complexidade de um processo de comunicação ((BROCA; FERREIRA, 2018; ZANGÃO, 2016).

O processo de escuta foi distinguido como um valioso recurso terapêutico levando à melhoria das relações interpessoais. Estar disponível para ouvir, permite aceder a um lado humano mais subjetivo, uma vez que quando a escuta é efetiva, vai melhorar a condição e a expressão da pessoa, levando a uma relação favorável entre os elementos (ARAÚJO; AZEVEDO; DUTRA; SILVA; OLIVEIRA, 2018). É na transmissão dos conhecimentos que surge a oportunidade para se desenvolver novas aprendizagens. A comunicação passou a fazer parte de um instrumento capaz de mudar a forma das pessoas atuam sobre a sua saúde, constitui-se assim num instrumento imprescindível na prática profissional na saúde por ser um mecanismo de aproximação entre o cuidador e o cliente (BRETOL, 2018; POLEJACKB; SOARES, 2016).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A comunicação desempenha um papel essencial na prática de enfermagem, permitindo a criação de vínculos terapêuticos com as famílias durante o parto e o pós-parto. Os enfermeiros precisam possuir competências pessoais, como empatia, escuta ativa e compreensão das questões culturais, para estabelecer relações eficazes. A empatia é fundamental para que as pessoas se sintam compreendidas, respeitadas e cuidadas. A capacidade de ouvir, observar e dialogar desempenha um papel vital na manutenção de relações terapêuticas de qualidade. A comunicação, tanto verbal quanto não verbal, é complexa e crucial para a prática de enfermagem e a escuta eficaz é um recurso terapêutico valioso que melhora as relações interpessoais.

A comunicação é uma ferramenta poderosa na promoção da saúde e é fundamental para aproximar cuidadores e pacientes. Portanto, a comunicação eficaz desempenha um papel central na assistência de enfermagem, melhorando a qualidade do atendimento e contribuindo para o bem-estar das famílias durante o parto e o pós-parto.

Conclui-se que as qualidades pessoais do enfermeiro na relação terapêutica são essenciais no processo de promoção, estímulo e suporte, pois é o profissional que mantém um contato mais próximo com a mulher. Ele é capacitado para estabelecer uma conexão específica e está apto a fornecer orientação em saúde, auxiliando e esclarecendo pontos cruciais, levando em consideração o

público-alvo, a linguagem apropriada e as ferramentas educacionais utilizadas. Isso resulta numa assistência completa e abrangente, aliviando as preocupações, dúvidas e necessidades dessa mulher/família.

## REFERÊNCIAS

ALBARADO, A; ANDRADE, N; MENDONÇA, A; PRADO, E; SOUSA, M. Análise das campanhas de prevenção às arbovirose dengue, zika e chikungunya do Ministério da Saúde na perspectiva da educação e comunicação em saúde., *Saúde Debate*. 44, pp. 871-880. Jul-Set de 2020. doi:10.1590/0103-1104202012621.

ALENCAR, A; ARAÚJO, M; ROLIM, K; OLIVEIRA, C; PINHEIRO, C. Teoria das Relações Interpessoais: Reflexões acerca da Função Terapêutica. *Revista Enfermagem em Foco* 10(3), pp. 64-69. 2019.

ALMEIDA, C; BELIM, C. Os contributos da alfabetização em saúde para o sistema, os profissionais de saúde e os pacientes: O círculo virtuoso da comunicação na saúde. *J. Health Biol Sci*. pp. 1-8. 2021. doi:10.12662/2317-3206jhbs.v9i1.3294.

ALVES, J; BUTZKE, D; DELARMELENA, L; CATTABRIGA, A; PIMENTEL, S; SALVADOR Comunicação em saúde: O profissional de Enfermagem frente à adesão ao aleitamento materno. *Cadernos Camilliani* 7(4), pp. 2288-2296. 2020.

ALVES, I; MIRANDA, D; SALAVISA, M. Linhas Orientadoras para Pensar, Desenvolver e Implementar a Comunicação em Saúde em Portugal. *Revista Ata Médica Portuguesa*, Agosto, 2021. doi.org/10.20344/amp.15770

ALMEIDA, B; CAMPOS, V; MORAIS, A.; MORAIS, A.; RODRIGUES, U.; SANTOS, W. Autonomia percebida pelo enfermeiro obstetra na sala de parto. *Revista Eletrónica Acervo Saúde: Electronic Journal Collection Health*. p.1-7, 2020.

AUED, G.; BERNARDINO, E.; DALLAIRE, C.; LACERDA, M.; PERES, A.; RIBAS, E. Competências clínicas do enfermeiro assistencial: uma estratégia para gestão de pessoas. *Rev Bras Enferm*, p.142-149, 2016.

BACKES, M.; ERDMANN, A.; MELLO, A.; MAGALHÃES, A.; SANTOS, J.; SIMÃO, A. Gestão do cuidado de Enfermagem Pré-Natal num Centro de Saúde em Angola. *Rev Bras Enferm ReEBEn*, p.136-43, 2019.

BARLEM, J; HIRSCH, C; NEUTZLING, B; RAMOS, A; ROCHA, L; SOUZA, M. Dimensionamento e Escalas de Pessoal de Enfermagem: Competências dos Enfermeiros. *Enferm. Foco*, p. 50-55, 2018.

BENÍCIO, C; NOGUEIRA, L; NUNES, B; MONTEIRO, C; SANTOS, A; TEIXEIRA, A. O cuidado em enfermagem analisado segundo a essência do cuidado de Martin Heidegger. *InfoMed*. 2017.

BEZERRA, A; FREITAS, J; MINAMISAVA, R; SILVA, A; SOUSA, M. Qualidade dos cuidados de enfermagem e satisfação do paciente atendido em um hospital de ensino. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, p.454-60. 2014.

BROCA, P; FERREIRA, M. A comunicação da equipe de enfermagem de uma enfermaria de clínica médica. *Revista Brasileira de Enfermagem REBEn*, p.1012-1018, 2018.

CAETANO, A; MACEDO, S. A Ética como Competência Profissional na Formação: o pedagogo em foco. *Educação & Realidade*, n. 42, v 2, p1-19, 2017.

CALDAS, C., CARDOZO, R; SOUZA, P. Uso da Teoria do Conforto de Kolcaba na Implementação do Processo de Enfermagem: Revisão Integrativa. *Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde*, p.118-128, 2019.

CALDEIRA, S; CARVALHO, C; FERNANDES, H; MORENO, E. Programa de Competências Pessoais e Sociais para adultos em exclusão social. *Revista de Estudios e Investigación en Psicología y educación*, p.8, 2015.

CAMPOS, C. A Comunicação Terapêutica Enquanto Ferramenta Profissional nos Cuidados de Enfermagem. *PsiLogos*, n.15, v1, p.91-101, 2017.

COELHO, J; SAMPAIO, F; TEIXEIRA, S; PAROLA, V; SEQUEIRA, C; FORTUNO, M; MERINO, J. Relação de ajuda como intervenção de Enfermagem: Uma Scoping Review. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (23), pp. 63-71, 2020. doi:dx.doi.org/10.19131/rpesm.0273

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. *Competências e Regras. Organização Mundial de Saúde e Organização Pan Americana*, Obtido de [www.conass.org.br/biblioteca](http://www.conass.org.br/biblioteca), 2021.

COSTA, A; HOLZMANN, H; RUAS, E; SILVA, P; VOGT, S. Acolher e escutar o silêncio: o cuidado de enfermagem sob a ótica da mulher surda durante a gestação, parto e puerpério. *Rev Fund Care Online*, n. 10, v., p. 123-129, 2018.

DIÁRIO DA REPÚBLICA. Ordem dos Enfermeiros. Regulamento n.º 391/2019. *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica*. 2.ª série. n. 85. p-13560-13565, 2019.

FRIAS, A; GALHANAS, A; SIM SIM, M; Nurse Caring Patient Scale (NCPS): Cross-Cultural Validation and Psychometric Testing of the Portuguese Version in Puerperal Context. *Florence Nightingale J Nurs*, 2022. 10.5152/FNJJN.2022.21007.

LEÃO, E; SAVIETO, R. Assistência em Enfermagem e Jean Watson: Uma reflexão sobre a Empatia. *Esc Anna Nery*, n. 20, v1, p.198-202, 2016.

MARTINS, M; RIBEIRO, O; TRONCHIN, D. Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: um estudo em Hospitais Portugueses. *Revista de Enfermagem Referência*, n.14, p.89-100, 2017.

AMEDOEIRA, J; OLIVEIRA, J. A Relação Terapêutica com a Puérpera, Recém-nascido e família em contexto de alta Hospitalar: Uma Scoping Review. *REVISTA UIPS* pp. 5-17, 2021. Obtido de ISSN: 2182-9608

POTRA, T. Gestão de cuidados de enfermagem: Das práticas dos enfermeiros chefes à qualidade de cuidados de Enfermagem. *Referência Revista Enfermagem*. p. 89-100, 2015.

RIBEIRO, J; SANTOS, G; SILVA; SOUSA, B; SOUSA, F. Atitudes de Enfermeiros nos Cuidados com Famílias no Contexto do Parto e Puerpério Imediato. *Revista online de pesquisa*. pp. 784-792, 2018. doi:10.9789/2175-5361.2018.v10i3.784-792

SADIGURSKY, D; SOARES, D. Facilidades e Dificuldades de Enfermeiras na Prática da Competência Interpessoal. *Rev. APS*, n.18, v.1, p. 50-56, 2015.

ZANGÃO, M. Parte I: Enquadramento Político. Em *Desenvolvimento de Competências Relacionais na Preservação da Intimidade Durante o Processo de Cuidar*. Lisboa, Portugal: Chiado Editora, p. 35-88, 2016.

## **CONTRIBUTOS DA EQUIPA DE ENFERMAGEM MULTIDISCIPLINAR NA APLICAÇÃO DE ESTRATÉGIAS NA GRAVIDEZ, PARTO E PÓS-PARTO: REVISÃO NARRATIVA**

**Cátia Barreto**

Hospital do Espírito Santo, EPE, Enfermeira  
Especialista em Enfermagem de Reabilitação,  
Évora, Portugal

**Ana Frias**

Universidade de Évora, Escola Superior de  
Enfermagem S. João de Deus, Investigadora na  
Comprehensive Health Research Centre - Évora,  
Portugal

# RESUMO

No decorrer da gravidez a mulher/casal acolhem inúmeras adaptações/alterações a nível físico, psicológico e social verificando-se a necessidade de existir ajuda para que estes possam vivenciar este processo da forma mais saudável e tranquila possível. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) deve ter um papel ativo neste processo. Segundo a Ordem dos Enfermeiros, Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação/ Mesa do Colégio da Especialidade de Saúde Materna Obstétrica (2012-2015) pode o EEER conceber, monitorizar e implementar programas de exercício físico na mulher grávida em articulação com o Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica (EESMO) salvaguardado a correta intervenção profissional. Realizada a revisão narrativa da literatura, com o objetivo de 1) identificar estratégias que contribuam para uma gravidez saudável, parto e recuperação pós-parto tranquila e; 2) conhecer os contributos da equipa de enfermagem neste processo. Questão de investigação: "Quais os principais contributos da equipa de enfermagem multidisciplinar na aplicação de estratégias, durante a gravidez, parto e pós-parto, que permitam à mulher/casal vivenciar este processo da forma mais saudável e tranquila?". Foi possível evidenciar que a prática de exercício físico oferece muitos benefícios no decorrer da gravidez, mas também no parto e pós-parto e que em consonância são muito úteis as estratégias que possam ser utilizadas na prevenção do trauma perianal, ações promotoras do exercício da autonomia das mulheres, utilização de cuidados não-farmacológicos de alívio da dor e boas práticas durante o parto. Conclui-se que a prática de exercício físico traz diversos benefícios durante a gravidez, parto e pós-parto e para o sucesso deste processo devem ser criados programas individuais e adaptados por profissionais, com competências para tal, como por exemplo o EEER em conjunto com o EESMO. Estes devem também realizar sessões de educação para a saúde, para empoderar a mulher/família com conhecimentos, que lhes permitam a adoção de comportamentos saudáveis ao longo da vida.

**Palavras-chave:** Enfermagem, Exercício Físico, Grávida, Parto, pós-Parto.

## INTRODUÇÃO

Sendo a gravidez um vasto período que vai desde a concepção até ao nascimento do bebé, com duração de 40 semanas ou 9 meses, é uma nova etapa no ciclo vital da mulher caracterizada por inúmeras adaptações/alterações a nível biológico/físico, psicológico e social (ROCHA *et al.*, 2022; SILVA *et al.*, 2016). Emerge a importância de aprofundar conhecimentos permitindo à mulher vivenciar este processo da forma mais saudável e tranquila possível.

Tornou-se pertinente a aquisição de mais conhecimentos sobre a promoção da autonomia feminina durante o parto, boas práticas durante o parto, a dor e aplicação de métodos não-farmacológicos para o seu alívio, as estratégias de prevenção do trauma perianal e o parto verticalizado. Por fim obtém-se os contributos possíveis na criação de programas individuais e adaptados por profissionais, com competências para tal, como por exemplo o EEER em conjunto com o EESMO.

Com a realização deste trabalho foi possível compreender e alargar perspetivas no que respeita aos benefícios da prática de exercício físico durante a gravidez, na preparação para o parto e por último no pós-parto.

Ao longo da realização da revisão narrativa da literatura foram encontrados vários artigos atuais, nos quais é possível verificar o incentivo à prática de exercício aeróbio moderado em grávidas saudáveis, e também as situações em que são contraindicadas as práticas de exercício físico definidas pelo Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas (MARQUES-VIEIRA *et al.*, 2017).

A aliança entre as duas especialidades EEER e EESMO irá certamente contribuir para uma boa qualidade de vida da mulher grávida, do seu parto, recuperação pós-parto e envolvimento do casal/família.

De forma a fundamentar e completar este trabalho foram acrescentadas: a figura 3 (alterações fisiológicas na gravidez e pós-parto), a figura 6 (intervenção do EEER com grávidas) e figura 7 (intervenção do EEER com puérperas), elaboradas com base em literatura branca e cinzenta.

## MÉTODOS

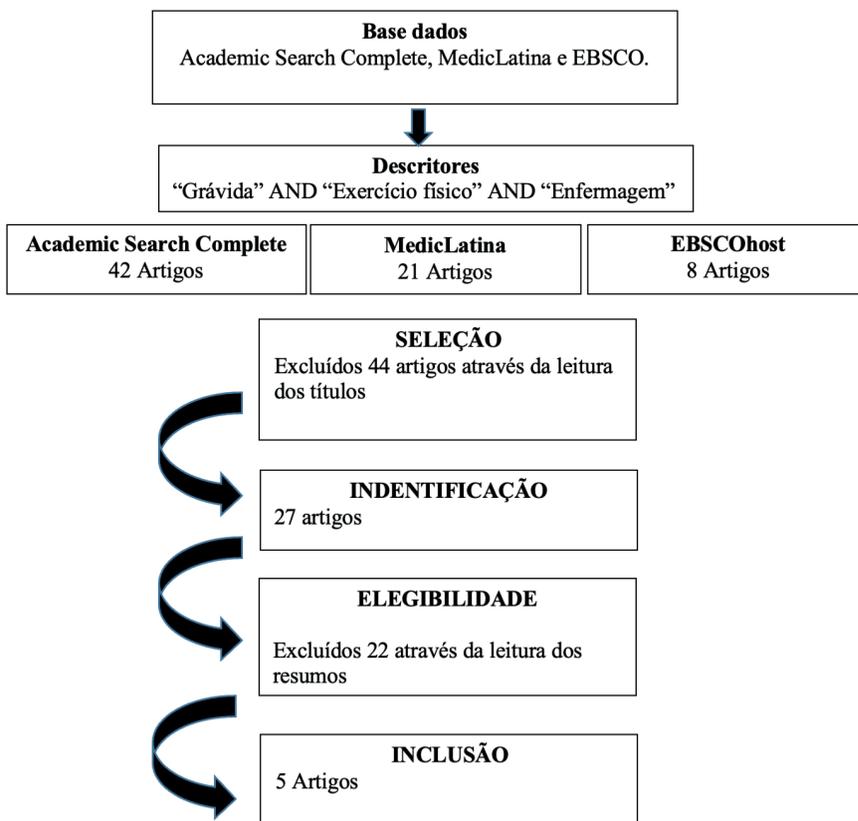
O trabalho realizado é uma revisão narrativa da literatura, com esta tipologia segundo Sousa *et al.* (2018), é possível reunir conhecimento sobre o tema pretendido para que com este se fundamente um estudo significativo para enfermagem. Este tipo de revisão deverá obedecer a fases: 1) identificação do tema de interesse; 2) seleção; 3) estudo/análise dos dados extraídos; 4) categorização do nível de evidência científica e 5) apresentação de resultados/aquisição de conhecimentos.

De acordo com Sousa *et al.* (2018) para criar uma questão de investigação devemos ter em consideração a própria experiência profissional, debater o interesse do tema com outros investigadores, basear o tema em literacia recomendada e também identificar lacunas na mesma, estar alerta para temas atuais, pertinentes, ter imaginação e partilhar com amigos e colegas.

Foi realizada pesquisa nas bases de dados: Academic Search Complete, Complementary Index, MedicLatina e EBSCO, no decorrer do mês de Setembro e Outubro de 2023 e como questão orientadora: “Quais os principais contributos da equipa de enfermagem multidisciplinar na aplicação de estratégias, durante a gravidez, parto e pós-parto, que permitam à mulher/casal vivenciar este processo da forma mais saudável e tranquila?”. Realizada, com uso dos descritores: enfermagem, exercício físico, grávida, parto e pós-parto. Os critérios de inclusão aplicados foram: artigos publicados entre 2017 e 2023, escritos em português e espanhol com texto integral disponível. O critérios de exclusão aplicado foi: títulos, não alusivos à temática.

A pesquisa efetuada originou um total de 71 artigos, após a leitura dos títulos foram excluídos 44 artigos, por último com a leitura do resumo dos artigos obteve-se um total de 5 artigos. Foi criado um fluxograma, figura 1, que explana a pesquisa e tudo o que dela resultou. Segundo a declaração PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-analyses) (MOHER, *et al* 2009).

**Figura 1.** Fluxograma PRISMA-P: Processo de seleção dos artigos.



## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Tendo em conta o tema escolhido/questão de investigação do trabalho e os objetivos do mesmo foram selecionados para análise e construção deste, 5 artigos. Esta seleção e análise encontra-se resumida e esquematizada no seguinte quadro (figura 2). Para os níveis de evidência e verificação da qualidade metodológica, dos artigos selecionados, aplicadas normas JBI (JOANNA BRIGGS INSTITUTE, 2013).

**Figura 2.** Artigos selecionados e analisados.

Artigo	Metodologia	Nível de Evidência (JBI)	Resultados/Conclusões
<p><b>Título</b> <i>Prevenção do traumatismo perineal</i></p> <hr/> <p><b>Autores</b> Ferreira-Couto CM; Fernandes-Carneiro MN;</p> <hr/> <p><b>Ano</b> 2016/Espanha</p>	<p>Revisão integrativa da literatura</p>	<p>Level4.a – Systematic review of descriptive studies</p>	<p>Este estudo descreve as estratégias que podem ser incentivadas/praticadas pelas enfermeiras parceiras e equipas multidisciplinares, às mulheres, para que estas através de ensinamentos/incentivos possam contribuir na prevenção do trauma perianal, praticar exercício físico moderado, realizar a massagem perineal, incentivar a alternar de posição ao longo do trabalho de parto, ensinar e ajudar a realizar o puxo espontâneo, restringir a manipulação perineal, aplicar compressas quentes no períneo e preferir o apoio perineal simples na realização da manobra de Ritgen.</p> <p>Tais intervenções são contributos para a prevenção do trauma perianal mas a aplicação das mesmas requer mais disponibilidade e partilha de resultados com as equipas multidisciplinares e comunidade, de forma a que seja possível a apresentação de resultados e ganhos em saúde tanto para a mulher/casal como para a comunidade.</p>

Artigo	Metodologia	Nível de Evidência (JBI)	Resultados/Conclusões
<p><b>Título</b> <i>Métodos não-farmacológicos para o alívio da dor: um enfoque na assistência durante o trabalho de parto</i></p> <hr/> <p><b>Autores</b> Santos JS; Milanêz ALO; Moura ARM; Machado ASA; Lima AAS; Sousa vieira BMC; Moraes CS; Araújo CS; Rodrigues EM; Santana EC; Sousa MRN; Sousa costa MAP; Alencar MFB; Barros SS; Cardozo TPB; Santos VD;</p> <hr/> <p><b>Ano</b> 2019/ Brasil</p>	<p>Revisão integrativa da literatura</p>	<p>Level4.a – Systematic review of descriptive studies</p>	<p>Nesta revisão os estudos selecionados mostram a importância da utilização de métodos não-farmacológicos que proporcionem alívio da dor no parto normal. Identificados e explicados neste estudo estão o banho de chuveiro ou imersão, deambulação alternância da posição, exercícios de relaxamento, massagem, técnicas de respiração, bola suíça, musicoterapia e crioterapia. Com este estudo os pesquisadores procuraram contribuir para a humanização durante o trabalho de parto, enaltecendo a importância das boas práticas dos profissionais que rodeias as parturientes, a preparação destas e também dos seu acompanhantes acerca dos possíveis métodos não-farmacológicos, dos seus benefícios, do tipo de utilização no processo de parto. Concluiu-se que com a utilização dos métodos não-farmacológicos de alívio da dor em mulheres em trabalho de parto obtêm-se na mulher, em trabalho de parto, alívio da dor, redução do uso de fármacos, diminuição da ansiedade, boa evolução do trabalho de parto e obtenção de relaxamento.</p>
<p><b>Título</b> <i>Promoção da autonomia feminina durante o processo parturitivo: intencionalidade das ações de profissionais da saúde</i></p> <hr/> <p><b>Autores</b> Reis TLR, Honnef F, Padoin SMM, Alves VH, Souza IEO</p> <hr/> <p><b>Ano</b> 2021/ Brasil</p>	<p>Estudo qualitativo com abordagem fenomenológica</p>	<p>Level2.b – Systematic review of quasi-experimental and other lower study designs</p>	<p>Este estudo tem como objetivo a compreensão das ações humanas e intencionalidades, consoante o relato da equipa de saúde materna, no que respeita á promoção da autonomia da mulher no decorrer do processo de parto e nascimento. O estudo desenvolveu-se num internamento de obstetrícia de um hospital público. A entrevista foi realizada aos profissionais que exerciam cuidados ás mulheres durante o parto. Conclui-se que os profissionais de saúde atuam mediante a finalidade favorável para todos intervenientes, contudo mostra que é preciso realizar alterações estruturais nas instituições mas também na melhor preparação dos profissionais para a qualificação da assistência obstétrica, promovendo assim autonomia da mulher no processo de parto.</p>

Artigo	Metodologia	Nível de Evidência (JBI)	Resultados/Conclusões
<p><b>Título</b> <i>Conhecimento de enfermeiras residentes acerca das boas práticas na atenção ao parto</i></p> <hr/> <p><b>Autores</b> Feijão LBV; Milfont Boeckmann LM; Melo MC;</p> <hr/> <p><b>Ano</b> 2017 / Brasil</p>	<p>Estudo descritivo e exploratório de abordagem na investigação qualitativa</p>	<p>Level 2.c – Quasi-experimental prospectively controlled study</p>	<p>Neste estudo é possível entender as as percepções, vivências e experiências da euqipa de assistência obstétrica sobre as boas práticas no parto de risco habitual.</p> <p>Entrevistadas 10 residentes e verificou-se que estas tem conhecimento e estimulam as boas práticas, são detentoras de teoria e humanização, apoiam-se na evidência científica, utilizam métodos não-farmacológicos para o alívio da dor, incentivam a amamentação, proporcionam a permanência de acompanhante á mulher, livre posicionamento, consentem a posição vertical para parir e proporcionam o contacto pele a pele.</p> <p>Contudo foi possível verificar que a aplicação destas boas práticas está condicionada pelas dificuldades do ambiente físico e da preparação e envolvimento dos diferentes profissionais que estão presentes neste processo.</p>

Artigo	Metodologia	Nível de Evidência (JBI)	Resultados/Conclusões
<p><b>Título</b> <i>Percepção das puérperas acerca do parto verticalizado</i></p> <hr/> <p><b>Autores</b> Albuquerque NLA; Vicente CD; Silva AB; Lins BR; Silva RDM;</p> <hr/> <p><b>Ano</b> 2018 / Brasil</p>	<p>Estudo exploratório e descritivo de natureza qualitativa</p>	<p>Level 2.b - Systematic review of quasi-experimental and other study designs</p>	<p>Este estudo objetivou a identificação e a noção que as mulheres têm acerca do parto na posição vertical. Foi realizado numa maternidade municipal de Recife-PE, com 14 puérperas, que pariram na posição vertical. A OMS (1996) desenvolveu a classificação das práticas na condução do parto: Categoria A - descreve as práticas úteis e que devem ser estimuladas; Categoria B - práticas prejudiciais e que deveriam ser eliminadas; Categoria C - práticas utilizadas com insuficientes evidências e que devem ser utilizadas com precaução; Categoria D - práticas utilizadas de forma inapropriada. Contudo esta classificação não se mostrou suficiente e com este estudo pode-se verificar que devem ser adotadas outras condutas tanto anterior à concepção, gravidez parto e puerpério. Estas devem focar-se na mudança de atitude dos profissionais de saúde.</p> <p>Este estudo vem mostrar a percepção das puérperas, envolvidas no estudo, sobre a posição de parir. Resultaram três categorias: Categoria I protagonismo da mulher; Categoria II despreparo para o parto e Categoria III aprovação da posição.</p> <p>Conclui-se que a posição vertical é mais positiva para a mulher e que se sente como protagonista do momento, foi notório o desconhecimento que ainda existe acerca da preferência de posição para parir existindo portanto a necessidade de educação para a saúde. O parto na posição vertical tem vantagens: a nível da gravidade, no aumento dos diâmetros pélvicos maternos e iminente a estes diminuição do período expulsivo, número de cesarianas, episiotomias, dor, dificuldades relacionadas com o puxo, alterações nos batimentos cardíacos fetais e integridade do períneo.</p>

Após análise e reflexão dos artigos selecionados verifica-se que existem estratégias que ajudam na prevenção do traumatismo perineal entre elas: a realização de exercício físico antes e durante a gravidez, a aplicação da massagem

perineal, a alternância de posição ao longo do trabalho de parto, o ensino e incentivo do puxo espontâneo, restrição da manipulação perineal, aplicação de compressas quentes no períneo, a massagem perineal e a preferência do apoio perineal simples quando utilizada a manobra de Ritgen (REIS *et al.*, 2021).

As estratégias que possam ser utilizadas na prevenção do trauma perianal são contributos tanto para a gravidez decorrer o mais saudável e confortável possível quanto para um parto e pós-parto positivos. Os profissionais de saúde devem encorajar as mulheres para que estas reconheçam o processo de parto como natural, fisiológico, resguardado de direitos e participativo onde estas se sintam protagonistas (REIS *et al.*, 2021). Segundo Feijão (2017) existem muitos benefícios que se relacionam com o facto de a mulher ser protagonista no seu processo de parto. Os profissionais que acompanham as mulheres/casais são detentores das suas intenções e objetivos, estes influenciam as suas motivações, que por sua vez devem servir para motivar a realização de exercícios que aumentem autonomia das mulheres, no processo de parto e nascimento.

Segundo Reis *et al.* (2021) devem ser implementadas práticas humanizadas, reguladas em evidência científica, em conjunto com a mudança da atuação dos profissionais, indo assim em direção a um novo paradigma de assistência. Neste possibilita-se a promoção da autonomia da mulher no processo de parto e nascimento. Destaca-se a utilização de diferentes posições da grávida no decorrer do parto, a preferência pela utilização de métodos não-farmacológicos contribuindo para o alívio da dor e redução do uso de práticas mais intervencionistas, por vezes sem indicação clínica e científica adequada.

As condutas acima referidas tornam possível uma melhor humanização dos cuidados e a envolvência da mulher/família desde a gravidez até ao pós-parto. Entende-se por humanização em saúde: competências técnicas e científicas, que respeitem a ética, estas são adquiridas e aplicadas em função da melhoria do atendimento e planeamento focado na individualidade do cuidado (FEIJÃO, 2017).

## Gravidez

Segundo Marques-Vieira *et al.* (2017) ao longo da gravidez ocorrem muitas alterações entre elas hormonais, metabólicas, hemodinâmicas, cardiovasculares, tegumentares, gastrointestinais, urogenitais, respiratórias, músculo-esqueléticas e biodinâmicas que contribuem para o desenvolvimento de vários desconfortos na grávida e que podem comprometer a qualidade de vida da grávida/casal durante este período (GALHANAS; FRIAS, 2022). Na seguinte figura (figura 3) podemos ver esquematizadas algumas alterações fisiológicas que ocorrem na gravidez e pós-parto.

**Figura 3.** Alterações fisiológicas que ocorrem na gravidez e pós parto.

Sistemas	Alterações	Efeitos
<b>Cardiovascular</b>	Vasodilatação e menor resistência vascular sistêmica	Início da gravidez - Diminuição da Tensão Arterial. Avançar da gravidez - Débito cardíaco aumenta e Tensão Arterial volta aos níveis anteriores à gravidez; Varizes - Podem ser assintomáticas ou causar prurido/dor. Surgem ou acentuam-se pela diminuição do retorno venoso e ação hormonal; Postura - posição supina pode interferir com a tensão arterial, uma vez que o débito cardíaco pode diminuir até 25%.
<b>Respiratório</b>	Aumento da necessidade de oxigenação	Aumento da Frequência Respiratória (RF) <ul style="list-style-type: none"><li>• FR mais profunda em repouso.</li><li>• Cansaço fácil (causado pelo aumento da ventilação, menor mobilidade e elevação do diafragma).</li></ul> Postura - alterações que podem interferir na respiração, causar desconforto, diminuição da resistência física e cansaço.
<b>Hematológico</b>	Híper-coagulação e estase nos membros inferiores	<ul style="list-style-type: none"><li>• Causa frequente compressão do útero.</li><li>• Aparecimento de trombos nos membros inferiores.</li></ul>
<b>Renal</b>	Aumento do fluxo plasmático e aumento da filtração glomerular pela retenção de sódio e água.	Fim da Gravidez - Edemas que podem aumentar no período pós-parto. Aumento da frequência urinária pela compressão do útero sobre a bexiga. Relaxamento muscular pela ação hormonal - pode levar a incontinência urinária de esforço. Estase urinária devido a alguma obstrução - pode causar infecção urinária. Incontinências - Músculos do pavimento pélvico - afetados no mecanismo de continência e suporte dos órgãos pélvicos; Laceração do períneo e episiotomia

Sistemas	Alterações	Efeitos
<b>Gastrointestinais</b>	Atraso no esvaziamento gástrico, menor motilidade gástrica e intestinal.	Obstipação - pode causar flatulência, dor, hemorroidas e fissuras anais. Hemorroidas - podem ocorrer por aumento da pressão intra-abdominal e diminuição do retorno venoso, causando por vezes dor e prurido. Pressão no útero e maior relaxamento da musculatura do sistema digestivo - Náuseas, vômitos, azia e obstipação.
<b>Músculo-esqueléticas</b>	Relaxamento dos ligamentos dorsais; Disfunção da sínfise púbica; Influência hormonal pelos níveis de estrogénio, progesterona e de relaxina.	Dor lombar - pela influência hormonal e aumento de peso. Alterações na coluna vertebral - para compensar o aumento de peso, o crescimento abdominal e alteração do centro de gravidade. Desconforto ou dor na zona pélvica pode irradiar para períneo e coxa. Relaxamento das articulações. Lombalgias. Dificuldade na mobilidade. Comprometimento da estabilidade musculo-ligamentar e articular. Instabilidades das estruturas e alterações posturais - levam a dores lombares pélvicas e púbicas e o afastamento dos ventres musculares do reto abdominal (diástase do reto abdominal)

**Fonte:** Realização própria segundo Marques-Vieira, et al. (2017).

Mediante esta diversidade de alterações apresentadas na figura 3 parece pertinente que o EEER para além da sua intervenção como reabilitador possa desempenhar o papel de educador, atuar na prevenção e contribuir para a melhoria da qualidade de vida, junto da grávida/casal nas 3 fases: pré-concepcional, gravidez e pós-parto. Uma vez que o EEER tem competências como: “Conceber e implementar programas de treino motor e cardiovascular” (OE, 2010, p2) em consonância com equipa multidisciplinar e estreita colaboração com o EESMO (OE, 2012-2015).

A mesa do colégio da Especialidade de Saúde Materna e Obstetrícia recomenda cursos de preparação para o parto com componente teórica e prática. O EEER em conjunto com o EESMO na prática pode implementar estratégias na prevenção de complicações, programas de exercício físico e programas de reabilitação relacionados com complicações na gravidez e parto. Tendo como objetivos: 1) minimizar o desconforto na gravidez, com múltiplas possíveis complicações músculo-esqueléticas; 2) evitar a instalação de complicações no pós-parto e recuperação pós-parto. Através da criação de programas como: exercício físico, técnicas de relaxamento, correção postural e

reeducação funcional respiratória, devidamente orientados e supervisionados (MARQUES-VIEIRA, *et al.*, 2017).

No que respeita ao exercício físico durante a gravidez, segundo Ferreira-couto *et al.* (2017), quando é praticado exercício físico moderado as respostas fisiológicas normalmente aumentam, comparando com uma gravidez sem prática de exercício físico. Com a prática de exercício físico os níveis de captação de oxigénio, frequência cardíaca, volume sistólico, débitos cardíacos, entre outros, melhoram obtendo benefícios para mãe e para o feto. Pelo que, deve existir um incentivo à prática de exercício físico regular, acompanhado por profissionais que façam a prescrição e supervisionem, desde que não existam contraindicações clínicas tanto na gravidez como no pós-parto.

Durante a gravidez também é possível reduzir desconfortos abdominais, obstipação, melhoria no sono, controlo no peso, diabetes gestacional e depressão quando é realizado exercício físico, regularmente. Para além destes, o exercício físico durante a gravidez também tem efeitos positivos no fortalecimento da musculatura pélvica que leva a resultados positivos na gravidez e na evolução do trabalho de parto (FERREIRA-COUTO *et al.*, 2017).

Com a realização de exercícios de fortalecimento da musculatura pélvica, no mínimo três vezes por semana é possível verificar que o período expulsivo pode-se tornar menos prolongado, menor incidência de lacerações, menor prática de episiotomias, menor recorrência a parto instrumentalizado ou realização de cesariana e de apresentações de pelve, o que vem comprovar a importância da regularidade do exercício (FERREIRA-COUTO *et al.*, 2017).

Para que estas intervenções possam ser apontadas como contributos na gravidez, parto e pós-parto deverá juntar-se à equipa de saúde materna e obstétrica o EEER, que segundo a Ordem dos Enfermeiros, Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação/Mesa do Colégio da Especialidade de Saúde Materna Obstétrica (2012-2015) pode conceber, monitorizar e implementar programas de exercício físico para a mulher grávida em articulação com o EESMO, salvaguardado a correta intervenção profissional (OE, 2012-2015).

## Trabalho de parto

Aproximando-se o final da gravidez inicia-se o trabalho de parto e posterior nascimento, o início da vida fora do útero, para o recém-nascido, e diversas alterações/adaptações na vida da mulher/casal. O parto é muito aguardado mas acaba por ser também um momento de algum receio, ansiedade entre outros sentimentos que deve ser interpretado pelo EESMO, de forma a ser prestado o apoio necessário à superação destes sentimentos e permitindo ao casal que disfrute e vivencie este momento natural da sua vida: o nascimento do seu filho (FERREIRA-COUTO *et al.*, 2017).

Citado por Santos *et al.* (2019) a dor surge de imediato associada ao trabalho de parto e pós-parto. A dor é definida pela Organização Mundial da Saúde e pela International Association for the Study of Pain como uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada à uma lesão tecidual real ou potencial. A dor durante o trabalho de parto é exclusiva de cada mulher, sendo esta, influenciada por uma série de fatores. O profissional de Enfermagem deve respeitar a cultura e a história de cada mulher, o que lhe possibilitará a compreensão e o saber para diferenciar a dor, além de proporcionar à mulher um atendimento sensível e diferenciado. Neste sentido torna-se muito importante segundo Santos *et al.* (2019) a utilização de cuidados não-farmacológicos de alívio da dor, por serem mais seguros, acarretarem menos intervenções e proporcionam alívio da dor à mulher contribuindo para um parto mais humanizado, dentro do possível. Permitindo assim, que a mulher disfrute de um “olhar positivo” deste momento especial, a chegada do filho.

Devem ser estabelecidas condutas que valorizem o processo de partos tais como a utilização de métodos não-farmacológicos para o alívio da dor, evitando a utilização de técnicas invasivas sem necessidade. Os métodos não-farmacológicos devem ser proporcionados a mulher/casal no decorrer da gravidez, ensinados e colocados em prática pela equipa multidisciplinar, com competências para tal, no decorrer do parto e pós-parto (FEIJÃO 2017).

**Figura 4. Métodos não-farmacológicos/benefícios.**

<b>Método não-farmacológico</b>	<b>Benefícios</b>
<b>Deambulação</b>	<p>Na fase ativa, onde normalmente existe mais dor, da-se uma aceleração com a ajuda da deambulação.</p> <p>Com a ajuda da gravidade é possível que sejam menores os tempos de dilatação e período expulsivo, tal como se obtenha uma melhor contração uterina.</p>
<b>Musicoterapia</b>	<p>A música ao tornar-se no foco de atenção, considerada uma distração, sendo um agradável estímulo para o cérebro permitirá um desvio da atenção da mulher aquando da dor.</p> <p>“No ciclo vicioso medo-tensão-dor” a música é eficaz a quebrar esta tensão ajudando a relaxar a mulher, proporcionando alívio da dor.</p> <p>A música deve começar durante o trabalho de parto e quando é solicitado que a mulher faça força a cada contração, aqui a intensidade e volume devem aumentar para benefício da mesma.</p>
<b>Massagens corporais</b>	<p>A massagem realizada em qualquer zona que seja indicada pela mulher como desconforto traz alguns benefícios como o relaxamento, diminuição do stress emocional e por sua vez a diminuição da dor.</p> <p>Por exemplo em zonas de grande acumulação de tensão como a zona lombar, onde acumula tensão pelas contrações uterinas, e trapézios pode-se, no intervalo das contrações, realizar a massagem com benefício imediato.</p> <p>Para além destes a massagem também promove a diminuição da fadiga, pode ser sedativa e analgésica, aumentar a resistência e traz também benefícios emocionais/equilíbrio entre sistema simpático e parassimpático.</p>
<b>Banhos de chuveiro ou de imersão</b>	<p>No período de dilatação a água quente induz a vasodilatação periférica e proporciona a redistribuição do fluxo sanguíneo, obtém-se relaxamento muscular, diminuição da intensidade da dor, nas contrações.</p> <p>A temperatura da água deve estar entre os 37-38° C, e a mulher deve permanecer no banho pelo menos vinte minutos.</p>
<b>Técnicas de respiração</b>	<p>Auxiliam nas dores do parto, no equilíbrio e controle da respiração que passa pelo estabelecimento de um reflexo condicionado, contração/respiração. A respiração “cão”, a hiperventilação durante as contrações são capazes de oxigenar o feto.</p> <p>Através de respirações lentas e profundas, a mulher, obtém uma boa troca entre oxigénio e dióxido de carbono, antes e depois da respiração superficial que deve ser realizada no decorrer da contração.</p> <p>A mulher, sente-se mais ativa no seu parto e com melhor autonomia no controlo da dor se forem ensinadas as respetivas técnicas de respiração, apropriadas a cada momento do parto, e promovam o relaxamento muscular/diminuição da dor.</p>
<b>Os exercícios de relaxamento</b>	<p>Benefícios a nível de reconhecer as partes do corpo e suas sensações, principalmente as diferenças entre relaxamento e contração, assim como as melhores posições para relaxar e utilizar durante o trabalho de parto.</p> <p>Redução da ansiedade e tensão muscular tranquilizando a mente e relaxando os músculos.</p> <p>Com estes exercícios dá-se um menor consumo de oxigénio, a frequência cardíaca e respiratória também tendem a diminuir tal como a concentração de lactato no sangue arterial e atividade do sistema nervoso simpático.</p> <p>São bons exercícios para a distração da mulher e para que esta tenha a sensação de dor controlada, por si.</p> <p>Estes exercícios também trazem benefícios ao nível do padrão de sono e qualidade de repouso.</p>

Método não-farmacológico	Benefícios
<b>Utilização da bola suíça</b>	<p>No primeiro estágio do trabalho de parto, sentada na bola a mulher fica em posição vertical, ao balançar a pelve trabalha os músculos pélvicos que por sua vez irão facilitar a descida e rotação do feto. Assim a mulher também adquire melhor percepção da tensão e relaxamento da zona pélvica, devendo associar técnicas de respiração adequadas.</p> <p>Torna as contrações mais eficazes pois, a utilização correta da bola, promove a circulação uterina e ajuda na fase seguinte reduzindo o tempo do período expulsivo. Com os benefícios da utilização da bola pode obter-se uma diminuição de partos instrumentalizados, redução do uso de ocitocina e realização de menos episiotomias.</p> <p>A bola é considerada um objeto lúdico, que permite distração no trabalho de parto, ajuda na diminuição da tensão muscular e emocional.</p>
<b>Crioterapia</b>	<p>O frio aplicado através de compressas frias ou bolsas gel congelado ajuda na redução da temperatura local e alívio da dor.</p> <p>Deve ser aplicado de forma correta evitando queimadura local.</p>

**Fonte:** Realização própria segundo Santos et al. (2019).

Nas técnicas de respiração é importante destacar que são necessários cuidados orientados, por profissionais com competências para tal, pois, é preciso vigilância no que respeita ao tipo de respiração que a mulher apresenta, se a frequência respiratória aumentar de 5 a 20 vezes mais que o normal entra-se em intensa alcalose respiratória. Produz queda da PaCO<sub>2</sub>, causa vasoconstrição uterina e dá-se uma menor libertação de oxigénio para o feto. A aceleração e desaceleração da respiração é realizada corretamente quando a mulher entende a técnica correta: acelerar a respiração no pico da contração e desacelerar com a diminuição da mesma. A respiração deve manter-se superficial e profunda evitando a hiperventilação (SANTOS *et al.*, 2019).

O método adaptado por Dick Read e Fernand Lamaze sobre as técnicas da respiração associadas com o relaxamento muscular é realçado por Santos *et al.* (2019) como um método não-farmacológico muito eficaz. Deve ser aplicada esta técnica da seguinte forma: "1 Respiração total (respiração toracoabdominal lenta, com inspiração e expiração profundas, num ritmo natural); 2 Respiração torácica lenta (respiração lenta, com inspiração e expiração profundas e longas, num ritmo natural, direcionando a respiração para a região torácica); 3 Respiração de pressão sem execução de força de pressão abdominal (respiração lenta, com inspiração profunda sustentada por maior tempo durante o puxo contrátil, a fim de manter o diafragma exercendo força sobre o útero, seguido de expiração longa); 4 Período expulsivo: respiração de pressão com execução de

força abdominal (contração da musculatura estriada) no momento dos puxos.” (SANTOS *et al.*, 2019).

Para que os métodos não-farmacológicos e outras estratégias/conduitas sejam bem aplicadas, pela equipa multidisciplinar e bem rececionadas pela mulher/casal, é imprescindível que se estabeleça uma proximidade e relação empática implementado práticas humanizadas. Segundo Ferreira-Couto *et al.* (2017) existem “Conduitas frequentemente utilizadas de forma inapropriada” como o uso rotineiro da episiotomia, esta que consiste numa incisão cirúrgica na região perineal. A episiotomia deve ser apenas realizada quando existe indicação obstétrica de sofrimento fetal, progressão lenta do trabalho de parto e ameaça de laceração de terceiro grau. Habitualmente os profissionais justificam a utilização da mesma de forma a prevenir o trauma perineal severo, de prevenção de prolapso uterino e incontinência urinária.

Durante o trabalho de parto e expulsão existem estratégias que podem contribuir para a redução de partos instrumentalizados e preservação do trauma perineal, recorrendo menos vezes ao uso de episiotomia, tais devem ser ensinadas a mulher pelos profissionais de saúde, com competência para tal. A educação/ensino sobre a massagem perianal, a partir da 30.<sup>a</sup> semana da gravidez, utilizando um lubrificante, irá promover a elasticidade e extensibilidade perianal. A mudança de postura no decorrer do trabalho de parto facilitando o período expulsivo e período seguinte. Ensino e empoderamento da mulher acerca do puxo espontâneo uma vez que contribui para redução de tempo da segunda fase do trabalho de parto e traz também melhores resultados neonatais. Aplicar compressas quentes no períneo ajuda a reduzir lacerações de terceiro e quarto grau tal como a dor durante o trabalho de parto, pós-parto e incontinência urinária. Realização de massagem do períneo, utilizando vaselina, reduz a segunda fase do trabalho de parto e contribui para a preservação do períneo (FERREIRA-COUTO *et al.*, 2017).

Para além das estratégias que possam ser utilizadas na prevenção do trauma perianal, da promoção e incentivo da autonomia das mulheres, no decorrer do parto e momento do nascimento, da utilização de cuidados não-farmacológicos de alívio da dor e boas práticas na atenção ao parto é também importante revermos a mudança que existiu na assistência ao parto desde a antiguidade até ao presente.

Segundo Albuquerque *et al.* (2018) antigamente a assistência prestada à mulher no parto era realizada por parteiras no domicílio, o parir era algo feminino, natural e fisiológico onde a mulher era a autoridade e a protagonista. Neste cenário de parir no domicílio a posição materna preferencialmente utilizada era a vertical, com a mudança do ato de parir no domicílio para contexto hospitalar muitas foram as restrições impostas, uma delas é relativa a posição de parir, que maioritariamente se passa na posição horizontal. Esta levou à prática recorrente de outras intervenções, nas quais a mulher tem um menor protagonismo no parir, são submetidas a mais procedimentos cirúrgicos (cesariana), muitas vezes sem justificação verdadeira para tal.

Apesar de existir uma classificação, OMS (1996), sobre as práticas comuns na condução do parto normal, com o propósito de orientar os profissionais para o que deve ou não ser realizado, verifica-se no estudo de Albuquerque *et al.* (2018) a necessidade da criação de programas/protocolos novos de normas relacionadas com o período pré-natal, gravidez, parto e puerpério. Estas necessitam de um ajuste de atitude por parte dos profissionais e dos recursos/meios hospitalares para que a mulher possa, se não houver contraindicação, escolher parir na posição vertical e alterar de posição consoante o seu melhor conforto.

**Figura 5.** Vantagens e desvantagens nas posições de parir.

Posição Horizontal	Posição vertical
<p>A mulher encontra-se numa posição que facilita a observação do canal de parto tal como a manipulação do mesmo.</p> <p>Parturiente é vista como objeto e submetida a procedimentos desnecessários;</p> <p>Desencorajadora;</p> <p>O feto pode ser afetado como menor suprimento de sangue uma vez que esta posição dificulta o fluxo de sangue uterino.</p>	<p>Vantagem gravitacional;</p> <p>Aumento dos diâmetros pélvicos maternos;</p> <p>Período expulsivo com duração menor.</p> <p>Realização de menos partos operatórios.</p> <p>Realização de menos episiotomias.</p> <p>Alívio da dor.</p> <p>Redução das dificuldades de puxo espontâneo.</p> <p>Redução das alterações dos batimentos cardíacos fetais.</p> <p>Integridade do períneo o que leva a uma redução da necessidade de correções de laceração.</p>

**Fonte:** Realização própria segundo Albuquerque *et al.* (2018).

Em complemento aos métodos e estratégias, que permitem à mulher/casal vivenciar a gravidez de forma mais saudável e tranquila, podem ser elaborados e implementados os programas dirigidos para as grávidas, individuais e supervisionados pelos profissionais com competências para tal, como o EEER e EESMO (OE, 2012-2015), exemplo na figura 6 (Intervenção do EEER com grávidas).

Na gravidez sem risco podem ser integrados programas de exercícios aeróbios de fortalecimento antes, durante e depois do parto para controlar o peso, redução de risco de diabetes gestacional e promoção de bem-estar físico e psicológico (MARQUES-VIEIRA *et al.*, 2017; ROCHA *et al.*, 2022).

A prescrição/execução deve ser feita por profissionais de saúde/desporto com formação específica, com especial atenção à hidratação, risco de hipoglicemia e exposição a temperaturas e humidades altas. Devem ser tidos em consideração os sinais de alerta: hemorragia vaginal, contrações uterinas dolorosas, perda de líquido amniótico, sinais de dispneia, tonturas, cefaleias, dores no peito e perda de força muscular com desequilíbrio e dores ou edema (MARQUES-VIEIRA *et al.*, 2017; OE, 2012-2015).

**Figura 6.** Intervenção do EEER com grávidas.

<b>Programa dirigido para grávidas que o EEER pode implementar</b>	
<b>Grávidas com alterações urinárias, nas mulheres nulíparas o treino de reforço da musculatura do pavimento pélvico pode prevenir a incontinência por esforço, até 6 meses pós-parto.</b>	<p>1 - Consciencialização, identificação e reforço do pavimento pélvico:            *Exercícios de Kegel (de bexiga vazia)            *Exercícios dirigidos para os músculos abdominais profundos, transversos abdominais, em complemento à reeducação do pavimento pélvico.            A musculatura do pavimento pélvico faz parte de um conjunto funcional de estabilizadores do tronco que atuam em conjunto com o transversos abdominais.</p>
<b>Grávidas com alterações na função respiratória</b>	<p>Reeducação funcional respiratória - Técnica baseada no movimento, atua nos fenómenos mecânicos de respiração, ou seja, na ventilação externa. Através desta permite-se a melhoria da ventilação alveolar.            Exercícios respiratórios:            1 - Consciencialização e controlo da respiração e treino da dissociação dos tempos respiratórios com benefícios na melhoria na coordenação e controlo respiratório, relaxamento e gestão do esforço.            2 - Técnicas de descanso e relaxamento com benefícios na diminuição da tensão muscular e melhoria da dor das contrações uterinas.            3 - Educação para a saúde: ensino da respiração diafragmática profunda e costal que permite a consciencialização dos tipos respiratórios que a grávida deve fazer consoante a fase do parto; inspiração pelo nariz que facilita a filtragem, o aquecimento e fornece humidade ao ar inspirado; expiração com lábios semicerrados que aumenta a pressão das vias aéreas, permitindo que as de menor calibre se mantenham mais tempo abertas, facilitando a saída de ar.</p>
<b>Correção e reeducação postural</b>	<p>Realização de exercícios que permitam a tonificação dos músculos do pavimento pélvico e zona abdominal.            Implementação de exercícios orientados no pré e pós-parto.            Avaliação de potenciais complicações ou limitações de exercícios.</p>

**Fonte:** Realização própria segundo Marques-Vieira, et al. (2017).

São recomendadas como atividades físicas seguras: caminhadas, natação, bicicleta estática, ginástica aeróbia de baixo impacto, yoga, pilates adaptado e

correr (se o fazia antes) São recomendadas como atividades físicas não seguras: desportos de contato, atividades com risco de queda, velocidade excessiva, mergulho e queda livre (MARQUES-VIEIRA *et al.*, 2017).

Após o parto o EEER em consonância com o EESMO, podem elaborar e implementar programas dirigidos para as puérperas, também individuais e supervisionados pelos profissionais (OE, 2012-2015), exemplo na figura 7 (Intervenção do EEER com puérperas).

**Figura 7.** Intervenção do EEER com puérperas.

Programa dirigido pós-parto que o EEER pode implementar	
<b>1º e 2º dia após o parto</b>	Exercícios imediatos ao parto - atuam na prevenção de ocorrência de lesões. *cuidados com mamas *postura durante os cuidados ao bebé *exercícios respiratórios, musculatura abdominal e pavimento pélvico, no caso de perda involuntária de urina.
<b>Exercícios nas primeiras 6 semanas</b>	Requerem maior cuidado com as estruturas ligamentares e tendinosas pois encontram-se laxas com risco de lesão. *exercícios aeróbico *pouca resistência *alongamentos Caminhadas, bicicleta, exercícios de fortalecimento da musculatura, yoga, Pilates, exercícios abdominais e exercícios de Kegel.
<b>Após as 6 semanas</b>	Mediante a tolerância de cada mulher *fortalecer os músculos da zona lombar *correção e reeducação postural *fortalecer os músculos dos membros superiores e peitorais Em caso de existir diástase - exercícios de recuperação dos músculos abdominais e cintura pélvica.

**Fonte:** Realização própria segundo Marques-Vieira, et al. (2017).

No pós-parto a equipa multidisciplinar deve integrar a puérpera num programa de recuperação, realizado em segurança e conforto. Este deve ter como objetivo promover estimulação da musculatura abdominal, pavimento pélvico, períneo e costas. Aumentando a tonicidade, fortalecendo os músculos, obtendo mais qualidade de vida e boa recuperação. No decorrer do programa de recuperação deve existir especial atenção à situação clínica da puérpera e o tipo de parto (MARQUES-VIEIRA *et al.*, 2017).

Segundo o Colegio Americano de Obstetras e Ginecologistas (2015) e citado por Marques-Vieira, *et al.* (2017) "as contraindicações absolutas para prática de exercício físico são: doença cardiovascular com repercussões hemodinâmicas, doença pulmonar restritiva, incompetência istmo-cervical ou ceclagem,

gravidez múltipla com risco de parto prematuro, hemorragia persistente no 2.º ou 3.º trimestre, placenta prévia depois das 26 semanas, parto prematuro na atual gravidez, rutura de membranas, pré-eclampsia, hipertensão gestacional e anemia severa." E "As contraindicações relativas para prática de exercício físico são: anemia, arritmia cardíaca materna não avaliada, bronquite crônica, diabetes tipo1 mal controlada, obesidade mórbida, baixo peso extremo, atraso no crescimento intrauterino, hipertensão arterial mal controlada, limitações ortopédicas, distúrbios convulsivos, hipertireoidismo mal controlado e grandes fumadoras."

É de extrema importância que os programas de exercício físico sejam individuais e adaptados, antes da gravidez, no decorrer da mesma e após o parto. Realizar ações de educação para a saúde é uma ferramenta fundamental para empoderar a mulher/família com conhecimentos que lhes permitam a adoção de comportamentos saudáveis ao longo da vida (MARQUES-VIEIRA *et al.*, 2017; ROCHA *et al.*, 2022).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A gravidez, para as mulheres/casal/família, vai muito para além da preparação para a conceção e prestação de serviços de saúde durante a mesma, no parto e pós-parto, é uma vivência única onde a mulher sente necessidade de ter uma participação ativa nos seus próprios cuidados e envolver a família. Torna-se importante empoderar a mulher/casal de conhecimentos para que o seu processo de gravidez, parto e recuperação pós-parto sejam vividos o mais saudável e tranquilamente possível.

A humanização dos cuidados e a envolvência da mulher/família na gravidez, parto e pós-parto require um maior investimento e mudança no modelo de atenção, por parte da equipa multidisciplinar, em condutas e estratégias tais como a prevenção do traumatismo perineal, a promoção e incentivo da autonomia das mulheres, a utilização de cuidados não-farmacológicos de alívio da dor e boas práticas na atenção ao parto.

A mulher deve ser incentivada a manter ou iniciar a prática de exercício físico regular, moderado, orientado por profissionais com competências para tal, tendo em conta a situação clínica da mulher e os seus desconfortos. O EEER, em conjunto com o EESMO, pode elaborar um programa individual, dinâmico

e regular objetivando a minimização dos desconfortos na gravidez, complicações músculo-esqueléticas, evitar a instalação de complicações no pós-parto e recuperação do mesmo. Estes programas incluem exercício físico, técnicas de relaxamento, correção postural e reeducação funcional respiratória.

Podemos concluir que os estudos implicados nesta revisão narrativa da literatura, em conformidade com a Ordem dos Enfermeiros e Organização Mundial da Saúde, mostram que os contributos da equipa de enfermagem multidisciplinar na aplicação de métodos/estratégias/programas, durante a gravidez, parto e pós parto, permitem à mulher/casal vivenciar este processo da forma mais saudável e tranquila. A aliança entre o EEER e o EESMO é de fundamental importância tanto para a preparação dos profissionais de saúde, das mulheres/casal e da comunidade, sobre o conhecimento acerca de todos os métodos/estratégias/programas, como dos seus benefícios e ganhos em saúde.

## REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, N.L.A, *et al*; Perceção das puérperas acerca do parto verticalizado. *enferm. foco*; 3, p.3-7, Out.2018.

FEIJÃO L.B.V. *et al*; Conhecimento de enfermeiras residentes acerca das boas práticas na atenção ao parto. *enferm. foco*; 8, p. 35-39, Ago. 2017.

FERREIRA-COUTO, C.M. *et al*. Prevenção do traumatismo perineal. *revista eletrónica trimestral de enfermería*, nº 47, p. 552-563, jul. 2017.

GALHANAS, A.; FRIAS, A. Desconfortos da gravidez e bem-estar da mulher grávida: Revisão Integrativa, in A. Frias & M. Barros, *Literacia em saúde para uma gravidez saudável: promoção da saúde no período pré-natal*. Guarujá. São Paulo: Editora Científica Digital, cap. 4, p. 51-62. Out. 2022, DOI: 10.37885/220709373. ISBN: 978-65-5360-204-5.

JOANNA BRIGGS INSTITUTE. JBI Levels of Evidence. [s.l.: s.n.]. Disponível em: <[https://jbi.global/sites/default/files/2019-05/JBI-Levels-of-evidence\\_2014\\_0.pdf](https://jbi.global/sites/default/files/2019-05/JBI-Levels-of-evidence_2014_0.pdf)>.

MARQUES-VIEIRA, C. *et al*. Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo da vida. *Lusodidata*, cp IV, p. 289-295, 2017.

MOHER, D. *et al*. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: the PRISMA Statement. *PLoS Medicine*, v. 6, n. 7, 21 jul. 2009.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. Parecer conjunto nº2/2015: Programas de exercício físico na mulher grávida. MCEER/MCEESMO, 2012-2015.

REIS, T.L.R. et al; Promoção da autonomia feminina durante o processo parturitivo: intencionalidade das ações de profissionais da saúde. *revista baiana enfermagem* 35E42149, p. 1-11, Out. 2021.

ROCHA, R. et al. Promoção da atividade física e do exercício durante a gravidez e o pós-parto. *Guia para profissionais de saúde*. [s.l.] Instituto Politécnico de Santarém - Escola Superior de Desporto de Rio Maior, 2022.

SANTOS, J.S. et al; Métodos não-farmacológicos para o alívio da dor: um enfoque na assistência durante o trabalho de parto. *brazilian journal of surgery and clinical research – bjscr*, Vol.25,n.3, p. 61-71 Fev. 2019.

SILVA, A. et al. *Gravidez ativa: Adaptações Fisiológicas e Biomecânicas durante a Gravidez e o Pós-parto*. Escola Superior de Desporto de Rio Maior – Instituto Politécnico de Santarém ed. Santarém: Fundação para a Ciência e Tecnologia, 2016.

SOUSA, L. et al. Modelos de formulação da questão de investigação na prática baseada na evidência. *Revista Investigação em Enfermagem*. p31-39, maio 2018.

## **VIVÊNCIA CULTURAL DA DOR NA MULHER EM TRABALHO DE PARTO: UMA REVISÃO NARRATIVA**

**Isabel Rute Nogueira Ceia Pereira**  
Hospital Dr. José Maria Grande, ULSNA, Portalegre

**Ana Maria Aguiar Frias**  
Universidade de Évora, Escola Superior de  
Enfermagem S. João de Deus, Investigadora na  
Comprehensive Health Research Centre (CHRC),  
Évora, Portugal

# RESUMO

O parto é muitas vezes considerado a experiência mais dolorosa que uma mulher pode vivenciar ao longo da sua vida. A vivência da dor, enquanto fenômeno complexo, pode variar amplamente, sendo afetado por múltiplos fatores. A subjetividade da experiência da dor no trabalho de parto está particularmente vinculada a valores culturais e comportamentais aprendidos. É desta forma que consideramos pertinente abordar este tema, sendo o propósito desta revisão, à luz da mais recente evidência científica, conhecer a vivência cultural da dor da mulher em trabalho de parto. Foi realizada pesquisa com recurso à plataforma da Universidade de Évora (Biblioteca da Universidade de Évora - Pesquisa EDS). A pesquisa foi realizada durante o mês de julho de 2023. Aplicados os critérios de inclusão e exclusão, elegeram-se sete artigos para análise da presente revisão. Os resultados demonstram que a vivência da dor pela mulher em trabalho de parto é, entre outros fatores, determinada pelo contexto cultural em que está inserida, podendo mesmo ser decisiva na forma como cada mulher experiencia o seu trabalho de parto. É por tudo isto fundamental que as Enfermeiras Obstetras tenham profundo conhecimento sobre as questões culturais que envolvem a vivência da dor pela mulher em trabalho de parto, sendo parte integrante na mudança de paradigma da obstetrícia na sociedade atual.

**Palavras-chave:** Cultura, Dor, Mulher, Parto.

## INTRODUÇÃO

A dor é a experiência sensorial mais complexa, vivida pelo ser humano (MEŠTROVIĆ *et al.*, 2015). Enquanto fenômeno biológico, psicológico e cultural, a dor envolve o processamento cognitivo e a estimulação física e emocional que acontece dentro de contextos culturais e sociais específicos (OZCAN *et al.*, 2021) que, por sua vez, condicionam a sua intensidade e duração (MEŠTROVIĆ *et al.*, 2015). A definição de dor, revista em 2020 pela IASP - International Association for the Study of Pain, é descrita como “uma experiência sensorial e emocional desagradável associada, ou semelhante à associada, a danos reais ou potenciais nos tecidos”. Destacam-se ainda 2 pontos chave que enriquecem esta definição: a dor enquanto experiência pessoal é condicionada por diversos fatores, entre eles o biológico, o psicológico e o social; a representação do fenômeno da dor é assimilada ao longo da experiência de vida de cada indivíduo (RAJA *et al.*, 2020).

O parto é muitas vezes considerado a experiência mais dolorosa que uma mulher pode vivenciar ao longo da sua vida. A vivência e a expressão da dor podem variar amplamente não só de mulher para mulher, mas até mesmo nas várias experiências de trabalho de parto de uma mesma mulher (MCCOY, 2017). A complexidade do fenômeno da dor no trabalho de parto é afetada por múltiplos fatores. Durante o trabalho de parto, a dor, enquanto fenômeno fisiológico, está associada, no primeiro estágio, a uma redução do aporte sanguíneo ao músculo uterino durante a contração uterina e no segundo estágio, ao estiramento das paredes da vagina, períneo e compressão das estruturas pélvicas na descida fetal (MAPUTLE, 2018). O significado da dor do trabalho de parto varia também de acordo com fatores como o contexto socio-cultural e ambiental onde a mulher está inserida. A subjetividade da experiência da dor no trabalho de parto está particularmente vinculada a valores culturais e comportamentais aprendidos, já que ao contrário de todos os outros fenômenos dolorosos de alarme, é o único que sinaliza a mulher para a vivência positiva que é o nascimento de um filho. A singularidade da dor do trabalho de parto enquanto fenômeno psicológico, reveste-se ainda de um conjunto de fortes emoções que podem ir desde a felicidade, à preocupação, ansiedade ou expectativa em relação ao desfecho final. As emoções sentidas pela mulher estão por sua vez condicionadas pela educação e ambiente cultural onde as mesmas

crianças cresceram, impactando a experiência da dor. Diferentes culturas mantêm diferentes atitudes e posturas em relação às manifestações de dor, influenciando significativamente a experiência de dor (MEŠTROVIĆ *et al.*, 2015). As culturas individuais e as regiões de origem de cada mulher têm crenças específicas sobre a dor do trabalho de parto e diferentes abordagens para o tratamento da dor (INGRAM; BRADY; PEACOCK, 2022).

Em algumas culturas veicula-se a expressão da dor através do choro incontrolável e do grito, enquanto noutras a mulher pode não expressar-se externamente ao longo do seu trabalho de parto. Influências culturais sobre a dor do trabalho de parto podem assumir formas variadas. Crenças culturais, religiosas e étnicas podem afetar a percepção e interpretação da dor do trabalho de parto e desempenham um papel vital na forma como uma mulher lida com essa dor (EBIRIM; BUOWARI; GHOSH, 2012). É por tudo isto fundamental que as Enfermeiras Obstetras tenham profundo conhecimento sobre as questões culturais que envolvem a vivência da dor pela mulher em trabalho de parto, sendo parte integrante na mudança de paradigma da obstetrícia na sociedade atual. Devolver o parto à mulher, a confiança na sua capacidade de parir e lidar com a dor do trabalho de parto, rompendo com o processo de medicalização do mesmo e retomando a gestão do trabalho de parto pela Enfermeira Obstetra.

Consideramos pertinente abordar este tema, sendo o propósito desta revisão, à luz da mais recente evidência científica, conhecer a vivência cultural da dor da mulher em trabalho de parto.

## **DESENVOLVIMENTO**

### **Metodologia**

Dada a natureza do tema em estudo, o presente trabalho assenta numa Revisão Narrativa da Literatura que, segundo Sousa, Firmino, Vieira e Severino (2018) é constituída por cinco etapas: 1) seleção de um tema de revisão; 2) pesquisa da literatura em bases de dados; 3) recolha, seleção, leitura e análises dos artigos pesquisados; 4) redação da revisão; 5) apresentação das referências bibliográficas. Neste tipo de narrativa, os artigos selecionados para revisão podem apresentar uma tipologia muito ampla e abranger vários assuntos.

Para a elaboração desta revisão foi definida uma questão de revisão, utilizando a metodologia PI(C)O: P (população-alvo/population), I (tipo de intervenção/intervention), C (comparação/comparison), O (resultados/outcomes). Dada a natureza do estudo, não foram realizadas comparações.

Na sequência da escolha do tema e, por forma a dar resposta ao objetivo anteriormente definido, foi formulada a seguinte questão de investigação:

Qual a influência da cultura na vivência da dor pela mulher em trabalho de parto?

A elaboração da questão PI(C)O teve por base os seguintes critérios (tabela 1).

**Tabela 1.** Critérios de elaboração para a questão PI(C)O.

P	População - alvo	Quem foi alvo de estudo?	Mulher em trabalho de parto
I	Intervenção	O que foi feito?	Influência da cultura
(C)	Comparações	Pode existir ou não	Não existem comparações
O	Resultados	Resultados esperados	Vivência da dor

**Fonte:** Adaptado de Donato e Donato (2019).

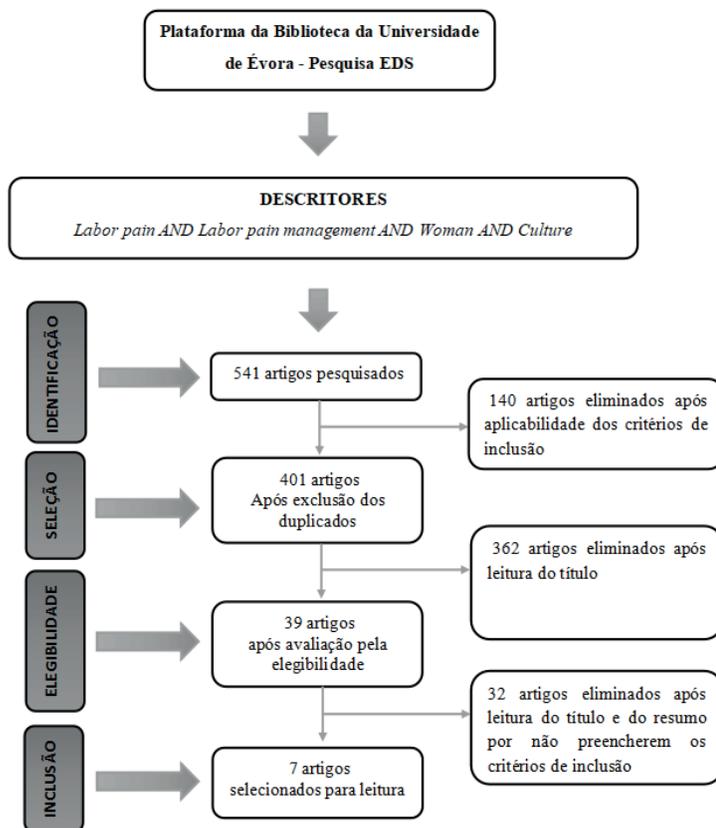
No seguimento da elaboração da questão de revisão, procedeu-se à colheita de dados sobre a temática, com recurso à plataforma da Universidade de Évora (Biblioteca da Universidade de Évora - Pesquisa EDS) que permite o acesso a várias bases de dados de referência, acesso aberto e texto integral, cujos nomes figuram na secção "resultados", aquando da apresentação individualizada de cada um dos estudos utilizados. A pesquisa foi realizada durante o mês de julho de 2023. Foram utilizados os descritores em Ciências da Saúde (*DeCS*) na língua inglesa, com o recurso à interseção entre eles através do operador booleano "AND" de acordo com a seguinte organização: labor pain and labor pain management and women and culture.

De forma a limitar a colheita de dados, foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão: artigos disponíveis em texto completo e nos idiomas português, espanhol e inglês, que respondessem à questão de investigação em curso e com publicação no horizonte temporal de janeiro de 2018 a julho de 2023. Como critérios de exclusão, não foram considerados artigos sem relação com a temática, datas de publicação anteriores a 2018 e resultados duplicados.

Numa primeira fase da pesquisa, ao aceder à plataforma EDS, de acordo com o alinhamento suprarreferido, foram identificados 541 artigos. Para a seleção,

procedeu-se à aplicação dos critérios de inclusão, resultando deste processo 401 artigos, tendo sido eliminados 140 artigos. Seguidamente, foi realizada a leitura dos títulos e resumos dos artigos tendo sido eleitos 39. Posteriormente, efetuou-se a leitura integral dos 39 artigos, tendo sido selecionados 7 artigos para análise. Foram, nesta fase, excluídos os restantes artigos por não cumprirem os critérios de inclusão. Para maior compreensão, encontra-se esquematizado o percurso realizado para a seleção dos artigos, através de um fluxograma PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analyses) (figura 1).

**Figura 1.** Fluxograma de pesquisa.



**Fonte:** Elaborado pelos autores através da adaptação do modelo PRISMA.

## Resultados

Os 7 artigos selecionados com base na questão de investigação e nos objetivos desta revisão foram analisados e procedeu-se à construção do seguinte quadro onde, por ordem cronológica, se pode observar de forma sintética e organizada a informação neles contida.

**Tabela 2.** Resultados obtidos na revisão dos artigos.

<b>Artigo 1:</b> "Cultural Methods Used by Women Who Give Vaginal Birth to Cope with Birth Labour Pain." (OZCAN et al., 2021)	
<b>País:</b> Turquia	
<b>Objetivos</b>	O objetivo deste estudo descritivo é determinar a forma como mulheres com 40 ou mais anos, residentes em Gumushane, Turquia, que não frequentaram sessões de preparação para o parto, lidam com a dor do parto vaginal e os métodos tradicionais de alívio da dor utilizados pelas mesmas.
<b>Resultados/ Conclusões</b>	<p>Este artigo classifica o trabalho de parto como uma das causas de dor mais intensas, descritas e conhecidas até aos dias de hoje, determinando ainda diminuição da dor nas mulheres que usaram métodos de alívio da dor. No estudo levado a cabo pelos autores, 42,3% das mulheres usaram um método não farmacológico de alívio da dor no trabalho de parto e destas 68,6% recorreram a métodos tradicionais.</p> <p>Os resultados obtidos permitem descrever quais os métodos de alívio da dor, bem como os métodos tradicionais utilizados pelas mulheres em trabalho de parto neste estudo. Para redução da dor do trabalho de parto, as mulheres usaram métodos como caminhar, gritar, adotar a posição de cócoras, tomar banho, massajar, realizar exercícios respiratórios proporcionando relaxamento e aplicar calor através de compressas quentes. Por outro lado, os métodos tradicionais de alívio da dor usados pelas mulheres foram: rezar, controlar a respiração, comer num encontro, beber água zam-zam, colocar a flor de Maryam (planta tradicional) em água, obter apoio de alguém, receber uma massagem e ouvir música.</p> <p>Através das respostas obtidas constatou-se que o uso de métodos de alívio da dor, especialmente os métodos tradicionais, permitiu alívio psicológico, relaxamento e diminuição da dor no trabalho de parto com resultados estatisticamente significativos. É sugerida pelos autores a investigação do uso de métodos tradicionais para alívio da dor, de acordo com a cultura e práticas locais, para aplicação na melhoria dos cuidados de saúde prestados de modo a apoiar respeitosamente as mulheres em trabalho de parto.</p>
<b>Artigo 2:</b> "Cultural influence on the expression of labour-associated pain" (NAVARRO-PRADO et al., 2022)	
<b>País:</b> Espanha	
<b>Objetivos</b>	Este artigo resulta de um estudo descritivo, analítico e transversal que tem como objetivo avaliar a expressão da dor durante o trabalho de parto e os fatores que a influenciam, nomeadamente cuidados de saúde prestados, acompanhamento durante o trabalho de parto, antecedentes culturais e barreiras linguísticas de mulheres em trabalho de parto, numa cidade espanhola situada no Norte de África, fronteira com Marrocos.

<b>Resultados/ Conclusões</b>	A expressão da dor em trabalho de parto difere de mulher para mulher, dependendo dos mais diversos fatores, tais como os cuidados de saúde recebidos, o acompanhamento durante o parto, o contexto cultural e as barreiras linguísticas das parturientes. Através dos resultados obtidos os autores concluem que a compreensão dos fatores intervenientes na expressão da dor de cada parturiente poderá ajudar as enfermeiras obstétricas a prestar cuidados de qualidade, personalizados e holísticos, atendendo às características peculiares de cada mulher. Realçam ainda a necessidade de criação de novos modelos assistenciais à maternidade que tenham em consideração as características culturais e linguísticas das mulheres.
<b>Artigo 3:</b> "The Relationship between Supportive Care and Labor Pain and Satisfaction with Labor in Turkish Culture." (METE; ULUDAG; SASMAZ, 2020) <b>País:</b> Turquia	
<b>Objetivos</b>	O objetivo deste estudo é determinar a relação entre cuidados de suporte, dor e satisfação com o trabalho de parto na cultura turca, em mulheres primíparas, com parto eutócico e sem recurso a analgesia epidural.
<b>Resultados/ Conclusões</b>	Apesar da literatura reforçar a relação positiva entre cuidados de suporte no trabalho de parto e diminuição da dor no trabalho de parto e aumento da satisfação, de forma consistente, o presente estudo não permitiu suportar esta relação. Os resultados obtidos revelam uma relação positiva estatisticamente pouco significativa entre as variáveis. Os autores atribuem estes resultados ao muito baixo nível sociocultural das participantes, concluindo que a educação e o estatuto sociocultural da mulher têm um forte impacto sobre a sua consciência da qualidade dos cuidados prestados, percepção da dor e satisfação no trabalho de parto. Após análise de diversos estudos concluem ainda que para as mulheres na cultura turca, a dor do trabalho de parto não é percebida como negativa e não afeta a satisfação com o trabalho de parto. Sugerem os autores que a replicação do estudo em mulheres em diferentes culturas levará a diferentes resultados. Para os mesmos autores, a melhoria da qualidade dos cuidados prestados no trabalho de parto passa, não só por programas de educação pré-natal para grávidas, mas também educação para cuidadores e profissionais de saúde, com o objetivo de uma maior tomada de consciência sobre cuidados e satisfação com o parto por parte das mulheres.
<b>Artigo 4:</b> "Cultural conceptions of Women's labor pain and labor pain management: A mixed-method analysis" (MATHUR; MORRIS; MCNAMARA, 2020) <b>País:</b> Estados Unidos	
<b>Objetivos</b>	Trata-se de um estudo de abordagem mista, com obtenção de dados através de uma pesquisa online com questões quantitativas e qualitativas. O estudo tem como objetivo obter uma melhor compreensão das crenças culturais americanas relativas à dor de parto e a forma de lidar com a mesma, em mulheres de diferentes grupos étnicos.

<b>Resultados/ Conclusões</b>	<p>Neste estudo os resultados qualitativos identificam conceitos culturais da dor do trabalho de parto, enquanto os resultados quantitativos clarificam os estereótipos culturais da intensidade da dor e a sua relação com aspetos raciais.</p> <p>A análise qualitativa permite inferir a existência de uma forte relação entre dor no trabalho de parto e a crença de uma origem unicamente sensorial da mesma, sendo destacada a falta de compreensão de uma visão biopsicossocial pelos respondentes. Sugerem os autores, com base nos resultados obtidos, que a compreensão cultural dos americanos sobre a dor no trabalho de parto está ligada a questões do corpo e da sexualidade, como destacado por diversas teóricas feministas.</p> <p>Os resultados qualitativos mostram também uma compreensão bíblica da dor do trabalho de parto entre alguns participantes, reforçando a interpretação cultural da dor do trabalho de parto e o peso que os valores da religião judaico-cristã mantêm na cultura americana, ainda que na ausência explícita dos mesmos.</p> <p>Relativamente aos resultados quantitativos, os mesmos indicam crenças que associam baixos níveis de dor da mulher durante o trabalho de parto e consequentemente negação do direito ao controlo da mesma.</p> <p>Os resultados quantitativos demonstram ainda estereótipos raciais da interpretação da intensidade da dor do trabalho de parto, nomeadamente baseados na crença de que mulheres americanas caucasianas tenham significativamente mais dores de parto do que todas as outras mulheres.</p> <p>A interpretação destes resultados permite inferir as experiências culturais da dor em trabalho de parto em mulheres parturientes, bem como a tomada de decisões do profissional de saúde ao nível do controlo da dor.</p>
<p><b>Artigo 5:</b> "Coping Experiences of Nigerian Women during Pregnancy and Labour: A Qualitative Study" (ESAN et al., 2022)  <b>País:</b> Nigéria</p>	
<b>Objetivos</b>	<p>Trata-se de um estudo de carácter qualitativo exploratório que usa a análise de conteúdo e tem como objetivo explorar a forma de lidar com a gravidez e dor de trabalho de parto de mulheres nigerianas.</p>
<b>Resultados/ Conclusões</b>	<p>Do estudo em questão emergiram duas grandes categorias: estratégias para lidar com a gravidez e estratégias para lidar e suportar a dor do trabalho de parto, ambas altamente influenciadas pela cultura, religião, família, profissionais de saúde e educação pré-natal das mulheres. A cultura desempenha um papel crucial na forma como as mulheres lidam com a dor em África.</p> <p>Dentro da temática estratégias utilizadas para lidar com a gravidez foram incluídas as experiências dos familiares, a procura de informações, práticas religiosas e prática de exercícios. Relativamente às estratégias para lidar e suportar a dor do trabalho de parto surgem os exercícios para alívio da dor, confiar em Deus, imaginação positiva, apoio psicológico e comportamentos ajustados às crenças culturais aceites. Os resultados apontam ainda para inúmeros efeitos positivos como diminuição da dor do trabalho de parto e complicações da gravidez nas mulheres que usam as estratégias enunciadas.</p> <p>Devem os profissionais de saúde considerar estas estratégias seja no planeamento seja na implementação de intervenções de suporte às mulheres quer na gravidez quer no trabalho de parto.</p>
<p><b>Artigo 6:</b> "Cultural myths on the use of analgesia in labor: A cross-sectional study in Nigerian women." (ESAN et al., 2022)  <b>País:</b> Nigéria</p>	
<b>Objetivos</b>	<p>O presente estudo, descritivo quantitativo e transversal, tem como principal objetivo identificar o conhecimento de mulheres nigerianas, da etnia Iorubá, sobre analgesia de parto e explorar quais os mitos e fatores que dificultam o uso da analgesia no parto. Os autores fizeram uso de um questionário semiestruturado, tendo analisado os dados obtidos por meio de estatística descritiva e inferencial, representados na forma de tabelas e gráficos.</p>

<b>Resultados/ Conclusões</b>	<p>Os resultados deste estudo permitem concluir que existem mitos culturais sobre o uso de analgesia no trabalho de parto entre as mulheres inquiridas. Relativamente ao uso de métodos farmacológicos de alívio da dor no trabalho de parto, os resultados revelam que apenas 26% das inquiridas tinham conhecimento da sua existência. Para cerca de metade das participantes do estudo, a analgesia no trabalho de parto representa sinal de fraqueza, podendo prejudicar não só a mãe como o bebé e 32 % acreditavam que o uso de analgesia no parto poderia causar sentimentos de incompetência materna. A cultura de cada participante, mas também as suas crenças pessoais e a religião são fatores determinantes mais de 50% da amostra na assimilação/ aceitação da analgesia no trabalho de parto. Sugerem os autores que a educação centrada na mulher deve ter como objetivo dissipar mitos e consciencializar sobre a analgesia no trabalho de parto, promovendo assim a aceitação e assimilação entre as mulheres nigerianas.</p>
<p><b>Artigo 7:</b> Coping Strategies during Childbirth Related to Cultural Identity: Companionship, Choice of Analgesia and Maternal Satisfaction (NAVARRO-PRADO et al, 2023)  <b>País:</b> Espanha</p>	
<b>Objetivos</b>	<p>Neste estudo não experimental, quantitativo e transversal, realizado em Melilla, uma cidade espanhola situada no Norte de África, fronteira com Marrocos, a amostra foi composta por 249 mulheres com identidades culturais diversas como agnóstica, cristã, muçulmana e outras. O objetivo prende-se com a validação da influência dos fatores culturais na forma como as mulheres lidam com o parto, nomeadamente alívio da dor, companheirismo e satisfação materna.</p>
<b>Resultados/ Conclusões</b>	<p>Os resultados deste estudo permitem afirmar que, na população participante, a identidade cultural não influencia a escolha da analgesia epidural durante o trabalho de parto, nem na escolha de métodos alternativos de alívio da dor. Relativamente às razões encontradas para a recusa de analgesia epidural, a identidade cultural tem um impacto estatisticamente significativo, destacando-se entre elas a vontade de ter um parto natural.</p> <p>O estudo conclui ainda que a identidade cultural influi na escolha da pessoa que acompanha a mulher no momento do parto, não se encontrando relação entre satisfação materna e identidade cultural.</p> <p>Para os autores, e após análise dos resultados obtidos, é fundamental que os profissionais de saúde conheçam as razões de recusa de alívio da dor no trabalho de parto, de modo a fornecer informações precisas para que as mulheres possam tomar decisões conscientes e informadas. Levar em consideração a identidade cultural das mulheres aquando da escolha da pessoa significativa durante o parto será preponderante para a melhoria dos cuidados de saúde materna.</p>

**Fonte:** Elaborado pelos autores.

## Discussão

Após a análise dos resultados apresentados podemos afirmar que a vivência da dor pela mulher em trabalho de parto é, entre outros fatores, determinada pelo contexto cultural em que está inserida.

No sentido de facilitar a compreensão dos resultados e tendo por base os objetivos propostos nesta revisão, os resultados descrevem a percepção e expressão da dor no trabalho de parto em diversos contextos culturais, o uso de métodos não farmacológicos de alívio da dor de expressão cultural e a adesão a métodos farmacológicos de alívio de dor e culturalidade.

## **Percepção e expressão da dor no trabalho de parto em diversos contextos culturais e uso de métodos não farmacológicos de alívio da dor de expressão cultural**

A forma como cada mulher sente, expressa e lida com a dor durante o trabalho de parto relaciona-se diretamente com o contexto cultural envolvente, tal como corroborado por todos os estudos analisados. A educação sobre o processo de parto está atrelada à cultura em que a mulher vive (MEŠTROVIĆ *et al.*, 2015). Ao longo da história, tem-se verificado que a dor do trabalho de parto, é uma das maiores preocupações das parturientes e apesar de descrita como intensa, insuportável ou desgastante, pode ser expressa de formas muito diversas dependendo das características de cada mulher (PRADO *et al.* 2023).

A percepção sensorial da dor durante o trabalho de parto pode ser influenciada por vários fatores destacando-se os neurofisiológicos e hormonais. A forma como cada mulher enfrenta e exterioriza a experiência dolorosa é, por sua vez, modulada por outros fatores como os sociais, culturais, demográficos e psicológicos e naturalmente pelas expectativas criadas pela própria (PRADO *et al.*, 2022). O estatuto sociocultural das mulheres tem um impacto particularmente representativo na percepção da dor do trabalho de parto (METE; ULUDAG; SASMAZ, 2020), havendo uma relação significativa entre a expressão verbal ou não verbal da dor do parto e a identidade cultural da parturiente (PRADO *et al.*, 2022). As crenças culturais sobre a natureza, função e significado da dor em trabalho de parto bem como estereótipos de grupos sobre a intensidade da dor podem influenciar as experiências, comportamentos até as escolhas da mulher (MATHUR; MORRIS; MCNAMARA, 2020), tal como os mitos culturais sobre o uso de analgesia entre as mulheres (ESAN *et al.*, 2022). Para Ozcan *et al.* (2021), conhecer o significado da dor nas mais diversas culturas, poderá ser determinante para uma experiência de parto positiva, pois cada mulher terá uma percepção diferente de dor de acordo com a sua herança cultural. A influência das crenças culturais na percepção e interpretação da dor durante o trabalho de parto é descrita por outros autores. Para Buowari, Ebirim e Ghosh (2012), crenças culturais e etnias são conhecidas por influenciar a percepção da dor, podendo ser fundamentais na forma como cada mulher lida com a dor do trabalho de parto. Mulheres inseridas em culturas onde o estoicismo é valorizado, evitam exteriorizar, manifestar ou até admitir a dor, mantendo-se inexpressivas, uma

vez que a manifestação de dor é entendida como sinal de fraqueza e o trabalho de parto uma oportunidade de demonstrar força (PRADO *et al.*, 2022). A cultura judaico-cristã veicula o sofrimento e a dor em trabalho de parto como castigo de Deus a todas as mulheres por causa dos pecados de Eva no Jardim do Éden. Algumas destas mulheres acreditam que a dor do parto é natural e não aceitariam alívio da dor no trabalho de parto. Em oposição, noutras culturas espera-se que a mulher faça uso de gemidos ou gritos de modo a lidar melhor com a dor do trabalho de parto, expressando-se abertamente (PRADO *et al.*, 2022). Outras manifestações da dor do trabalho de parto podem ser tão diversas como balançar, estalar os dedos ou bater ritmicamente, balançar a cabeça, cantar, rezar ou evocar Deus (BUOWARI; EBIRIM; GHOSH, 2012). Atualmente são alvo de investigação diferentes aplicações para a saúde de acordo com aspetos culturais, apoiando as mulheres a esse respeito (MCCAULEY *et al.* 2018). O programa Indigenous Birth Support Worker (IBSW) é um exemplo de atendimento respeitoso, culturalmente seguro e informado do Jim Pattison Children's Hospital (JPCH) Maternal Care Centre em Saskatoon, Canadá, que preenche a lacuna cultural, permitindo que as famílias de origem indígena da região incorporem protocolos e práticas tradicionais de parto no processo de nascimento, de modo a restaurar o nascimento como cerimónia (PANDEY *et al.*, 2023).

Percorrendo alguns contextos culturais, vários estudos trazem à luz as mais diversas formas de vivência da dor por mulheres em trabalho de parto. De ressaltar que dentro do mesmo país várias e divergentes poderão ser as culturas onde as mulheres se inserem, originando especificidades culturais e consequentemente formas distintas na vivência da dor durante o trabalho de parto: As mulheres na Turquia aceitam a dor do trabalho de parto como uma condição normal, atribuindo um significado positivo à mesma, uma vez que acreditam que quanto maior a intensidade da dor que vivenciam mais valioso se tornará o bebé e melhores mães serão (DURAN; ATAN, 2011). A dor no trabalho de parto para as mulheres turcas não parece ter relação com ansiedade (METE; CICEK; ULUDAG, 2016) e por isso a satisfação no trabalho de parto não é afetada pela dor que vivenciam (METE; ULUDAG; SASMAZ, 2020). Para lidarem com a dor do trabalho de parto estas mulheres usam métodos como caminhar, gritar, agachar, tomar banho, massajar, exercícios respiratórios, promover o relaxamento, aplicação de compressas quentes. Dentro dos métodos tradicionais são utilizadas

estratégias como rezar, controlar a respiração, comer tâmaras, beber água *zam-zam* (água sagrada de Meca), colocar a flor de *Maryam* (planta medicinal) em água, obter apoio de alguém, obter massagem, ouvir música. (OZCAN *et al.*, 2021) A necessidade de expressão da dor em trabalho de parto por mulheres muçulmanas passa também pela exteriorização em manifestações como choro ou vocalizações, nomeadamente o grito, trazendo-lhes mais conforto. Para estas mulheres lidar com a dor relaciona-se ainda com o apoio de alguém, raramente o cônjuge e confiança em Deus. (OZCAN *et al.*, 2021). As mulheres de origem berbere tendem a ser bastante expressivas na manifestação da dor em trabalho de parto. Num estudo em que a maioria das mulheres berberes são praticantes da religião islâmica, cuja concepção de expressão da dor é muito maior, como sustentado por outros artigos, as mulheres muçulmanas expressaram dor verbalizando, gritando e chorando (CADENAS; PINO, 2018). Prado *et al.*, 2022, corrobora estes resultados com um estudo que compara diferentes identidades culturais e a sua relação com a expressão de dor na fase ativa do trabalho de parto, concluindo que as mulheres muçulmanas apresentam a maior expressão de dor, seguindo-se as judias, ateias e cristãs. A dimensão bíblica da dor, veiculada pela religião judaico-cristã está, ainda que de modo não explícito ligada à compreensão cultural dos norte-americanos sobre a dor do parto tal como concluído por Mathur, Morris e Mcnamara (2020) no seu estudo. Os mesmos autores encontram ainda resultados que apontam para estereótipos raciais da intensidade da dor do parto entre a população norte americana, nomeadamente que as mulheres norte americanas caucasianas tenham significativamente mais dores no trabalho de parto do que todas as outras mulheres. Sioum e Mekonnen (2019) afirmam que a tolerância à dor e a expressão da sua intensidade é afetada pela cultura de cada povo, sendo possível encontrar uma ampla gama de reações das mulheres europeias e americanas à dor no trabalho de parto e por oposição mulheres oriundas de culturas orientais reprimem, pelas mais diversas crenças, manifestação de dor em trabalho de parto. Na cultura Coreana as mulheres devem permanecer quietas durante o trabalho de parto, de modo a não envergonharem a família. Na cultura chinesa, manifestações como grito ou choro durante o trabalho de parto são consideradas embaraçosas e acredita-se consumirem a energia necessária para o mesmo, evitando-se, portanto. O suporte é prestado por um dos membros da família, mas não pelo cônjuge (OZCAN

*et al.*, 2021). Tradicionalmente, acredita-se que chorar durante o trabalho de parto pode atrair espíritos malignos para a criança, e o silêncio é incentivado para proteger o recém-nascido (SMITH, 2023). Os japoneses acreditam que a maior experiência da vida de uma mulher é ouvir o choro do seu bebê e esta deve ser o único som ouvido durante o trabalho de parto (BUOWARI; EBIRIM; GHOSH, 2012). Noutras zonas do globo e não apenas a oriente a manifestação de dor no trabalho de parto é também culturalmente reprimida ou até mesmo censurada. Na Nigéria, em algumas culturas, as mulheres estão mais preocupadas com o nascimento de um bebê saudável do que com a dor do parto (ESAN *et al.*, 2022). Uma preparação psicológica para cada mulher suportar a dor do trabalho de parto em silêncio, mostrando força, tem vindo a ser transmitida de geração em geração nesta cultura. Uma das crenças que suporta este comportamento é a de que uma mulher que grite e chore durante o trabalho de parto irá chorar nos próximos partos. Entre os Hausa, um grupo étnico na Nigéria há uma enorme pressão social para não manifestar nenhum sinal de dor. As meninas Fulani da Nigéria aprendem desde cedo quão vergonhoso é mostrar medo do parto (BUOWARI; EBIRIM; GHOSH, 2012). No estudo levado a cabo por Esan *et al.* (2022), as participantes nigerianas identificaram estratégias para lidar com a dor em trabalho de parto, altamente influenciadas pela cultura, religião e família destacando-se a preparação psicológica para suportar a dor qualquer que seja a intensidade, exercícios como caminhar ou realizar tarefas domésticas, confiar em Deus, orando e chamando o nome de Jesus Cristo, usando imaginação positiva, visualizando a alegria de ter um bebê e recebendo apoio psicológico dos profissionais de saúde, marido e família. Um estudo realizado no Gana revela que em algumas culturas desse país, não é permitido às mulheres expressarem livremente a sua dor durante o trabalho de parto, concluindo ainda que diferentes origens culturais influenciam o grau de tolerância das mesmas. (ESAN *et al.*, 2022). Mulheres oriundas de contextos culturais como o leste europeu e subsarianas tendem a reprimir expressões que manifestem dor durante o trabalho de parto (CADENAS, PINO, 2018). Algumas mulheres hispânicas acreditam que gritar durante o trabalho de parto pode prejudicar o bebê, pois a cultura considera a gravidez uma fase quente da vida. Nas zonas mais rurais da Índia e do Bangladesh, uma crença comum é que as mulheres devem suportar a dor do trabalho de parto em silêncio para demonstrar a sua

coragem e caráter. As mulheres Bariba, de Benin, África, cedo aprendem que as mulheres agitadas ou chorosas durante o trabalho de parto são inferiores a uma formiga e por isso é-lhes inculcada a necessidade de silêncio (BUOWARI; EBIRIM; GHOSH, 2012). No estudo levado a cabo por Njenga (2022), na Somália, os resultados obtidos permitem afirmar que as crenças e costumes, transmitidos de geração em geração influenciam os comportamentos e ações das mulheres em trabalho de parto e nomeadamente na forma de lidar com a dor. Nesta cultura, a gravidez e o parto são fundamentais para a identidade da mulher e a resistência à dor do trabalho de parto é encorajada, modulando a expressão da dor. Mais uma vez a força da mulher é medida pela sua capacidade em reprimir a expressão da dor.

### **Adesão a métodos farmacológicos de alívio de dor e culturalidade**

A medicalização e institucionalização do parto a partir da segunda metade do século XX, afastou mulheres (parteiras) da gestão do mesmo, passando esse papel a ser desempenhado pela figura masculina (médico) (FERNANDES; ROSA, 2020). A mudança de paradigma da obstetrícia alterou então a cultura social do nascimento com um aumento do uso de intervenções médicas e tratamento farmacológico da dor no trabalho de parto. Para Ingram, Brady e Peacock (2022) este modelo médico levou a uma mudança de cultura quer das atitudes, quer das expectativas das mulheres em relação ao parto, com perda da confiança da mulher no seu próprio corpo e no modo de lidar com a dor do trabalho de parto. A desmedicalização do parto numa abordagem de regresso ao processo humanizado e natural, emerge em diversos países há alguns anos, com reconhecimento do papel fundamental e decisivo das parteiras. Num estudo levado a cabo por Maquera *et al* (2022) nas comunidades do Andes Peruanos, os resultados permitem afirmar que os cuidados de saúde das parteiras aliados às práticas rituais realizadas com base na tradição cultural são muito importantes no parto.

A decisão de aderir a métodos farmacológicos de alívio da dor do trabalho de parto encontra-se, também, ela condicionada pela sensibilidade cultural de cada mulher. Em culturas em que a virtude do auto-sacrifício ou a necessidade moral se encontra enraizada, há uma clara preocupação relativamente

à eliminação farmacológica da sensação dolorosa (FANNIM, 2019). Os medicamentos analgésicos, especialmente os opiáceos, são tradicionalmente evitados pelas mulheres chinesas durante o trabalho de parto. A acupuntura é usada durante o trabalho de parto e parto para controlar a dor em alguns casos (SMITH, 2023). Algumas mulheres hispânicas podem acreditar que não devem tomar nenhum medicamento para dor, pois a medicação pode não ser boa para o bebê. Vários estudos africanos descobriram que muitas mulheres desejariam receber analgesia de parto se tivessem oportunidade (BUOWARI; EBIRIM; GHOSH, 2012).

A falta de alívio farmacológico da dor durante o trabalho de parto pode passar também pela atitude da equipa de saúde baseada em crenças culturais e religiosas de que a dor é um processo normal do trabalho de parto, e é algo a ser suportado por todas as mulheres em trabalho de parto, pois aumenta o vínculo entre a mãe e a criança (KHUMALO; RWAKAIKARA, 2020). Muitos profissionais de saúde não oferecem rotineiramente alívio farmacológico da dor durante o trabalho de parto e após o parto, apesar da disponibilidade de alguns recursos (MCCAULEY *et al.*, 2018). Num estudo realizado por Ozcan *et al.* (2021) com mulheres muçulmanas, a anestesia opioide ou peridural foi usada em 50% das mulheres em que o nascimento ocorreu em hospitais privados. No mesmo estudo, mulheres maias que pariram no hospital estadual foram deixadas sem vigilância e sem tratamento e aquelas em que o parto ocorreu em hospital particular usaram mais analgesia e anestesia.

A ideia de não proporcionar alívio da dor no parto também é influenciada por crenças variadas, como encontrado numa revisão bibliográfica de influências culturais sobre as atitudes das mulheres e dos profissionais de saúde em relação à dor no trabalho de parto (WULANDARI; WHELAN, 2011).

## CONCLUSÃO

O parto, uma das mais relevantes experiências na vida de uma mulher, apesar de processo biológico universal, pode ser vivido e experienciado das mais diversas formas de acordo com a perspectiva de cada cultura. A vivência da dor em trabalho de parto transversal, também a todas as culturas, pode ser igualmente tão distinta quanto a diversidade cultural das mesmas. A multiculturalidade

trazida pelos movimentos migratórios traz novos desafios na saúde materna e obstetrícia. Conhecer o significado cultural da dor na mulher em trabalho de parto torna-se imperativo para todos os profissionais de saúde que a cuidam. Cada cultura tem os seus próprios costumes, crenças e rituais. Os enfermeiros obstetras poderão cuidar de mulheres em trabalho de parto oriundas de contextos culturais consideravelmente distintos do seu. É fundamental que os enfermeiros obstetras tenham uma abordagem sensível e um olhar diferenciado que agregue o respeito pelos valores culturais da mulher em relação à dor do trabalho de parto com informação esclarecedora e educativa, num trabalho de equipa para prestar cuidados de saúde de qualidade, humanizados e centrados na mulher.

## REFERÊNCIAS

- CADENAS, M.; PINO, F. J. Variabilidad en la vivencia del parto y su implicación en los cuidados de enfermería. *Cultura de los Cuidados*, [s. l.], v. 22, n. 50, p. 25–33, 2018.
- DECS, D. E. C. D. S. *Descritores em Ciências da Saúde: DeCS, edição 2022*. Disponível em: <http://decs.bvsalud.org>. Acesso em: julho 2023
- DONATO, H.; DONATO, M. Etapas na condução de uma revisão sistemática. *Acta Médica Portuguesa*, p. 227-235, 2019
- DURAN, E. T.; ATAN, Ş. Ü. Qualitative analysis of perspectives of woman about cessation section/ vaginal delivery. *General Medical Journal*, [s. l.], v. 21, n. 3, p. 83–88, 2011.
- EBIRIM, L. N.; BUOWARI, O. Y.; GHOSH, S. *Physical and Psychological Aspects of Pain in Obstetrics*. Croatia, Europe: IntechOpen, 2012.
- ESAN, D. T. et al. Cultural myths on the use of analgesia in labor: A cross-sectional study in Nigerian women. *Enfermeria Clinica*, [s. l.], v. 32, n. 5, p. 326-333–333, 2022.
- ESAN, D. T. et al. Coping Experiences of Nigerian Women during Pregnancy and Labour: A Qualitative Study. *International Journal of Community Based Nursing & Midwifery*, [s. l.], v. 11, n. 1, p. 23–33, 2023.
- FANNIN, M. Labour Pain, 'Natal Politics' and Reproductive Justice for Black Birth Givers. *Body and Society*, [s. l.], v. 25, n. 3, p. 22-48–48, 2019.
- FERNANDES, K.; ROSA, C. Medicalização do parto: a apropriação dos processos reprodutivos femininos como causa da violência obstétrica. *Ciências Sociais Unisinos*, [s. l.], v. 56, n. 3, p. 254–265, 2020.
- INGRAM, M.; BRADY, S.; PEACOCK, A. The barriers to offering non-pharmacological pain management as an initial option for laboring women: A review of the literature. *European Journal of Midwifery*, [s. l.], v. 6, n. June, p. 1–12, 2022.

- KHUMALO, N.; RWAKAIKARA, E. Patient satisfaction with peri-partum care at Bertha Gxowa district hospital, South Africa. *African Journal of Primary Health Care & Family Medicine*, [s. l.], v. 12, n. 1, p. 1–8, 2020.
- MAPUTLE M.S. Support provided by midwives to women during labour in a public hospital, Limpopo Province, South Africa: a participant observation study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, [s. l.], v. 18, n. 1, p. 1–11, 2018.
- MAQUERA, Y. et al. Percepción cultural del embarazo, parto y puerperio en las comunidades de los Andes peruano. (Spanish). *Revista de Investigación en Salud VIVE*, [s. l.], v. 5, n. 14, p. 456–469, 2022.
- MATHUR, V. A.; MORRIS, T.; MCNAMARA, K. Cultural conceptions of Women's labor pain and labor pain management: A mixed-method analysis. *Social Science & Medicine*, [s. l.], v. 261, 2020.
- MCCAULEY, M. et al. "We know it's labour pain, so we don't do anything": healthcare provider's knowledge and attitudes regarding the provision of pain relief during labour and after childbirth. *BMC Pregnancy & Childbirth*, [s. l.], v. 18, n. 1, p. N.PAG, 2018.
- MCCOY, K. Pain Management During Childbirth: What Are Your Options? *Patient Education Reference Center (PERC)*, [s. l.], 2017.
- MEŠTROVIĆ, A. H. et al. Psychological Factors in Experience of Pain during Childbirth. *Collegium Antropologicum*, [s. l.], v. 39, n. 3, p. 557–565, 2015.
- METE, S.; ÇİÇEK, Ö.; ULUDAĞ, E. Examining the Relationship Between Labor Pain and Anxiety. *Dokuz Eylül University Electronic Journal of the Faculty of Nursing*, [s. l.] v. 9, Issue: 3 101-104 ; 2149-0333, 2016.
- METE, S.; ULUDAG, E.; SASMAZ, G. The Relationship between Supportive Care and Labor Pain and Satisfaction with Labor in Turkish Culture. *International Journal of Caring Sciences*, [s. l.], v. 13, n. 3, p. 2104–2109, 2020.
- NJENGA, A. Somali Refugee Women's Cultural Beliefs and Practices Around Pregnancy and Childbirth. *Journal of Transcultural Nursing*, [s. l.], v. 33, n. 4, p. 484–490–490, 2022.
- OZCAN, H. et al. Cultural Methods Used by Women Who Give Vaginal Birth to Cope with Birth Labour Pain. *International Journal of Caring Sciences*, [s. l.], v. 14, n. 2, p. 1106–1114, 2021.
- PANDEY, M. et al. Indigenous birth support worker (IBSW) program evaluation: a qualitative analysis of program workers and clients' perspectives. *BMC Pregnancy & Childbirth*, [s. l.], v. 23, n. 1, p. 1–14, 2023.
- PRADO, S.N. et al. Cultural influence on the expression of labour-associated pain. *BMC Pregnancy and Childbirth*, [s. l.], v. 22, n. 1, p. 1–9, 2022.
- PRADO, S.N. et al. Coping Strategies during Childbirth Related to Cultural Identity: Companionship, Choice of Analgesia and Maternal Satisfaction. *Healthcare*, [s. l.], v. 11, n. 1714, p. 1714, 2023.
- RAJA, S. N. et al. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *PAIN*, [s. l.], v. 161, n. 9, p. 1976–1982, 2020.
- SIYOUM, M.; MEKONNEN, S. Labor pain control and associated factors among women who gave birth at Leku primary hospital, southern Ethiopia. *BMC Research Notes*, [s. l.], v. 12, n. 1, p. N.PAG, 2019.
- SMITH, C. Culturally Sensitive Care for Patients of Chinese Heritage in Labor and Delivery. *CINAHL Nursing Guide*, [s. l.], 2023.

SOUSA, L.; FIRMINO, C.; VIEIRA, C.; SEVERINO, S.; PESTANA, H. Revisões da Literatura Científica: Tipos, Métodos e Aplicações em Enfermagem. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, p.45-54, 2018

WULANDARI, L.; WHELAN, A. Beliefs, attitudes and behaviours of pregnant women in Bali. *Midwifery*, [s. l.], v. 27, n. 6, p. 867–871, 2011.

## **UTILIZAÇÃO DA BOLA DE NASCIMENTO NA PROGRESSÃO DO TRABALHO DE PARTO E ALÍVIO DA DOR**

**Fátima Cristiana da Costa Teixeira**

Centro Hospitalar e Universitário do Algarve- Faro,  
Universidade de Évora, Escola Superior de  
Enfermagem S. João de Deus - Évora, Portugal

**Maria Fernandes Pinto Bessa**

Centro Hospitalar e Universitário do Algarve - Faro,  
Universidade de Évora, Escola Superior de  
Enfermagem S. João de Deus - Évora, Portugal

**Inês Ribeiro Serafim**

Hospital Privado do Algarve- Gambelas. Universidade  
de Évora, Escola Superior de Enfermagem S. João  
de Deus- Évora, Portugal

**Ana Frias**

Universidade de Évora, Escola Superior de  
Enfermagem S. João de Deus, Investigadora na  
*Comprehensive Health Research Centre* - Évora,  
Portugal

# RESUMO

O trabalho de parto e o parto representam um desafio fisiológico e psicológico para as mulheres. A dor associada a este momento é descrita como uma condição fisiológica e uma das formas mais intensas e únicas de dor que a mulher pode experimentar. A humanização do trabalho de parto visa a promoção do parto fisiológico e a adoção de medidas não farmacológicas, de modo a adquirir uma abordagem mais natural durante o parto. Com o objetivo de avaliar a influência do uso da bola de nascimento no alívio da dor e na progressão do trabalho de parto foi realizada uma revisão da literatura. Os artigos foram encontrados nas bases de dados CINAHL, EBSCOhost, PubMed, e Web of Science através do método de pesquisa booleano, com a utilização de descritores DeCS, tendo sido selecionados e analisados seis artigos publicados entre 2018 e 2023. Da literatura analisada pôde aferir-se que existem diversas terapias utilizadas no controle da dor e da ansiedade, nomeadamente, a bola de nascimento, destaca-se, assim, que a bola de nascimento proporciona uma participação mais ativa da parturiente, melhorando o relaxamento, o alongamento, a correção postural e o fortalecimento da musculatura.

**Palavras-chave:** Birth Ball, Labor Pain, Nursing Care, Pregnancy.

## INTRODUÇÃO

O parto natural e humanizado tem sido cada vez mais incentivado nas salas de parto, tendo em consideração o bem-estar da mulher e a experiência positiva do nascimento. Nesse contexto, uma prática que tem ganho destaque é o uso da bola de nascimento como uma ferramenta não farmacológica para o alívio da dor e auxílio na progressão do trabalho de parto. Diante dessa relevância, é necessário analisar a literatura existente sobre o tema sendo a questão norteadora da pesquisa “Qual a influência do uso da bola de nascimento no alívio da dor e na progressão do trabalho de parto?”, cujo objetivo geral é avaliar a influência do uso da bola de nascimento no alívio da dor e na progressão do trabalho de parto e o objetivo específico é avaliar o efeito da bola de nascimento no alívio da dor durante o trabalho de parto e avaliar a influência da bola de nascimento na progressão do trabalho de parto.

## DESENVOLVIMENTO

O trabalho de parto (TP) representa um desafio fisiológico e psicológico para as mulheres. A dor associada ao trabalho de parto e ao parto, descrita como uma condição fisiológica e como uma das formas mais intensas e únicas de dor que pode ser experimentada, é intensa, esperada e considerada um evento normal (MA; MY, 2022). A literatura científica tem mostrado uma associação entre a preparação psicológica antes do parto e um potencial aumento do limiar de percepção da dor durante o trabalho de parto, indicando que mulheres que se submetem a programas de preparação psicológica podem experimentar uma maior capacidade de lidar com a dor durante o processo do parto. (SOLTANI *et al.*, 2020)

### **Influência do uso da bola de nascimento no alívio da dor durante o trabalho de parto:**

A percepção da dor varia de forma individual, podendo ser descrita desde prazerosa até insuportável. Essa percepção é influenciada por fatores físicos, como a posição de parto, e fatores psicológicos, como medo e ansiedade, além da qualidade do relacionamento entre a mulher e o profissional de saúde. Algumas

mulheres conseguem lidar bem com a dor do trabalho de parto sem intervenções, enquanto outras necessitam de métodos farmacológicos ou não farmacológicos para alívio da dor. O manejo eficaz da dor tornou-se uma parte essencial do plano de cuidados para as mulheres durante o parto (SHIRAZI *et al.*, 2019).

O medo e a tensão são fatores que influenciam a percepção da dor no trabalho de parto, levando a comportamentos de descontrole e desespero, muitas vezes resultando no uso de analgesia. Portanto, a preparação para o nascimento é reconhecida como vantajosa para proporcionar às mulheres um maior controle da dor e uma menor utilização de medicamentos analgésicos (FRIAS; FRANCO, 2010). Existem diversas terapias utilizadas no controle da dor e da ansiedade, como o relaxamento muscular, técnicas de respiração e terapias de apoio. A ansiedade e o medo de sentir dor, juntamente com a falta de conhecimento sobre a anatomia e o processo de nascimento, têm um impacto significativo na percepção da dor. Nesse sentido, é importante que os enfermeiros forneçam informações e orientações visando aliviar esses receios. Desta forma, é desenvolvido a teoria psicoprofilática que busca promover a preparação psicológica e emocional da mulher e do casal, fornecendo informações, fornecendo confiança, técnicas de controle da dor e encorajando o envolvimento ativo do parceiro durante o trabalho de parto (LOWDERMILK; PERRY, 2009). Os sentimentos vivenciados pela mulher em trabalho de parto acabaram por contribuir para o aumento e ascensão do número de partos por cesariana. De modo, a valorização do parto fisiológico e a adoção de práticas não farmacológicas têm sido incentivadas para promover uma abordagem mais natural e menos agressiva durante o parto. Essas práticas visam à humanização do parto e têm como objetivo reduzir a dor, aumentar a satisfação materna e melhorar os resultados obstétricos. Existem inúmeras práticas não farmacológicas, contudo o uso da bola de nascimento destaca-se por proporcionar uma participação mais ativa da parturiente, melhorando o relaxamento, o alongamento, a correção postural e o fortalecimento da musculatura. Além disso, o uso de métodos não farmacológicos de alívio da dor, como a bola de nascimento, contribui para reduzir a necessidade de fármacos e aumentar a sensação de controle da mulher sobre a dor (OLIVEIRA; CRUZ, 2014).

## **Influência do uso da bola de nascimento na progressão do trabalho de parto:**

A bola suíça, também designada como bola de nascimento, bola pilates, bola bobath, *gym ball*, *birth ball*, *fit ball*, *ballness*, *prana ball*, *pezzi ball*, *stability balls*, *exercise balls*, *physio-balls*, foi desenvolvida em 1963 por Aquilino Cosani um fabricante de plásticos italiano. Os primeiros registros do uso da bola na obstetrícia surgiram na década de 1980, em uma maternidade na Alemanha, onde era utilizada pelas obstetras para auxiliar na assistência às parturientes e facilitar a progressão do trabalho de parto. Essas obstetras acreditavam que a bola ajudava na descida e rotação da apresentação fetal (SILVA *et al.*, 2011). Atualmente, é um recurso utilizado no contexto do parto e também em atividades físicas e terapêuticas. A bola apresenta como objetivo estimular a posição vertical da mulher durante o trabalho de parto, permitindo a adoção de diferentes posições que promovem o relaxamento e o movimento pélvico. Além disso, a bola de nascimento também é considerada um objeto lúdico, trazendo benefícios psicológicos para as parturientes, como sensação de controle e conforto emocional (GALLO *et al.*, 2014; SILVA *et al.*, 2011).

## **METODOLOGIA**

O método de revisão da literatura consiste num estudo retrospectivo com dados secundários e objetiva sintetizar evidências sobre um problema/tema específico, analisando publicações com dados primários de pesquisa (CASARIN; PORTO; GABATZ; BONOW *et al.*, 2020).

A presente revisão da literatura teve como finalidade dar resposta à questão de investigação “Qual é a influência do uso da bola de nascimento no alívio da dor e na progressão do trabalho de parto?”. A questão de pesquisa é formulada através do anagrama PICOD: participantes (P), intervenção (I), comparação (C), resultados (O) e desenho do estudo (D).

Foi utilizada a metodologia PICOD, apresentada na tabela 1, com o intuito de elaborar a questão de investigação.

**Tabela 1.** Processo de análise de dados segundo o método PICOD.

<b>P</b>	<b>Participantes</b>	Grávidas em trabalho de parto
<b>I</b>	<b>Assunto de Interesse</b>	Uso da bola de nascimento durante o trabalho de parto
<b>C</b>	<b>Comparação</b>	Uso de outras intervenções para alívio da dor ou ausência do uso da bola de nascimento
<b>O</b>	<b>Resultados</b>	Impacto no alívio da dor e na progressão do trabalho de parto
<b>D</b>	<b>Desenho do estudo</b>	Estudos quantitativos/qualitativos

**Fonte:** GALVÃO; PEREIRA (2014).

A pesquisa foi realizada nas seguintes bases de dados: Cinahl, EBSCOhost, PubMed, e Web of Science. Foram aplicados os descritores *"birth ball"*, *"labor pain"*, *"nursing care"*, *pregnancy*, *pregnant women*"; e os operadores booleanos "AND " e "OR", obtendo-se um total de pesquisa para cada base de dados.

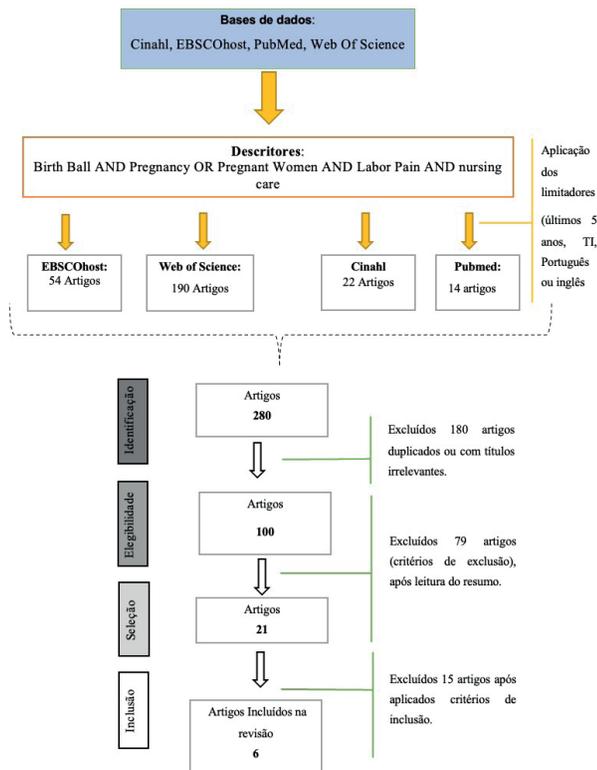
Como critérios de inclusão foram selecionados estudos do tipo qualitativo e quantitativo, artigos que cumpram o período horizontal de 5 anos (2018-2023); artigos publicados em inglês/português; artigos que explorem a relação entre o uso da bola de nascimento e o trabalho de parto; artigos que explorem a influência do uso da bola de nascimento no alívio da dor de trabalho de parto; artigos que comparam as diferenças técnicas de alívio da dor com o uso da bola de nascimento. E como critérios de exclusão foram: revisões da literatura; artigos que apresentem amostras inadequadas; artigos que não relacionam o uso da bola de nascimento com o trabalho de parto; artigos que se baseiam na abordagem ou ponto de vista dos profissionais; duplicados; que se encontrem em outra língua que não seja o português nem o inglês.

Para a realização do presente estudo, foram analisadas 280 publicações encontradas nas bases de dados. Foram aplicados os limitadores de pesquisa, nomeadamente, o período temporal (nos últimos 5 anos), com texto integral e em língua portuguesa ou inglesa. Em seguida, foi realizada uma leitura do título, de forma a excluir os artigos que apresentavam pouco interesse para o tema em questão. Após a leitura do título, foi realizada a leitura dos resumos aplicando-se os critérios de inclusão ou exclusão. E por último, foi realizada uma leitura criteriosa do texto na sua íntegra (TI), resultando num total de 6 artigos para análise que responderam ao objetivo deste estudo.

Os artigos foram enumerados com a letra E, de forma a facilitar o tratamento de dados. De forma a facilitar a organização de todo o processo de identificação e seleção de evidências para a revisão sistemática da literatura, optou-se por apresentar segundo um fluxograma, apresentado na figura 1,

baseado no *Preferred Reporting Items for Systemic Review and Meta-Analyses* (PRISMA), (PAGE, 2021).

**Figura1.** Fluxograma de PRISMA.



**Fonte:** Elaboração própria. Fluxograma adaptado de PAGE et al. (2021).

## Resultados

Por forma a dar resposta ao objetivo e à questão de investigação desta revisão, após seleção dos artigos procedeu-se à análise na íntegra dos mesmos, que se encontra esquematizada na tabela que se segue (figura 2). De forma a identificar a qualidade metodológica dos artigos selecionados, procedemos à classificação dos níveis de evidência, tendo por base os critérios do *Joanna Briggs Institute* (MUNN et al., 2014).

**Figura 2.** Quadro do resumo da análise dos artigos.

Nº	Título do artigo/ autor(es) / ano	Objetivo do estudo	Metodologia / nível de evidência	Resultados
E1	<p><b>Título:</b>                      “The Effect of Birthing Ball Exercises on Labor Pain and Labor Outcome Among Primigravidae Parturient Mothers at a Tertiary Care Hospital”</p> <p><b>Autores:</b>                      JHA et al.                      Ano: 2023</p>	<p>Avaliar o efeito dos exercícios com a bola de parto na dor do trabalho de parto e nos resultados do parto em primíparas num hospital de cuidados terciários.</p>	<p><i>Estudo quantitativo, quase-experimental. Foram selecionadas um total de 60 primíparas, divididas em dois grupos: controle e experimental. A seleção foi feita por amostragem consecutiva. As primíparas do grupo experimental realizaram duas sessões de exercícios com a bola de parto, cada uma com duração de 20 minutos, com um intervalo de uma hora entre elas, durante a fase ativa do trabalho de parto (dilatação cervical &gt; 4 cm). As primíparas do grupo de controle receberam cuidados padrão rotineiros, incluindo observação contínua, monitorização dos sinais vitais e progresso do trabalho de parto. A intensidade da dor foi avaliada usando a Escala Analógica Visual (VAS) durante a fase de transição do trabalho de parto (dilatação cervical de 8 cm a 10 cm), e os resultados do parto foram avaliados após o parto em ambos os grupos.</i></p> <p><b>Nível Evidência: Level 2.c – Quasi-experimental prospectively controlled study</b></p>	<p>O grupo experimental teve resultados significativamente melhores em relação à dor do trabalho de parto, dilatação cervical e duração do trabalho de parto em comparação ao grupo controle (<math>p &lt; 0,05</math>). Não foram observadas diferenças significativas entre os grupos controle e intervenção em relação às características gerais e histórico obstétrico. Isso significa que ambos os grupos eram semelhantes em características antes da intervenção. A maioria das mães no grupo experimental (86,7%) apresentou um parto vaginal com episiotomia, enquanto o grupo de controle apresentou uma menor percentagem de episiotomia (53,3%). A duração média do trabalho de parto entre as primíparas no grupo experimental foi de <math>13,8 \pm 3,55</math> horas, enquanto no grupo de controle foi de <math>19,2 \pm 2,76</math> horas. Foi observada uma duração significativamente menor do trabalho de parto no grupo experimental em comparação com o grupo controle. Houve uma diferença estatisticamente significativa nos recém-nascidos de ambos os grupos em relação ao score APGAR (aparência, pulso, careta, atividade e respiração), choro imediato após o nascimento e admissão à unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN) com <math>p &lt; 0,05</math>. Os recém-nascidos do grupo experimental apresentaram melhores condições ao meio extrauterino. Esses resultados sugerem que o uso de exercícios com a bola de parto durante o trabalho de parto em primíparas teve efeitos positivos, resultando em melhorias na dor do trabalho de parto, progresso do trabalho de parto, parto vaginal e bem-estar neonatal.</p>

Nº	Título do artigo/ autor(es) / ano	Objetivo do estudo	Metodologia / nível de evidência	Resultados
E2	<p><b>Título:</b> <i>"The effectiveness of delivery ball use versus conventional nursing care during delivery of primiparae"</i></p> <p><b>Autores:</b> WANG et al. Ano: 2020</p>	<p>Analisar a influência da bola de parto e da movimentação livre durante o parto em primíparas.</p>	<p>Estudo quantitativo, randomized controlled trial (RCT).</p> <p>O estudo incluiu um total de 110 primíparas que foram admitidas no serviço de ginecologia e obstetrícia no período entre agosto de 2017 a Agosto de 2018. As grávidas foram divididas aleatoriamente por grupo (observação/ controle), sendo 55 em cada.</p> <p>O grupo de controle recebeu os cuidados de enfermagem convencionais, enquanto o grupo de observação utilizou cuidados de enfermagem na bola de partos e movimentação livre.</p> <p><b>Nível Evidência:</b> Level 1.a – Systematic review of Randomized Controlled Trials (RCTs)</p>	<p>Não houve diferença estatisticamente significativa no número de puérperas com dor de parto de grau 0 e 3 entre os dois grupos. No entanto, houve diferença significativa no número de casos de dor de grau 1 e 2 entre os grupos. Isso indica que o uso da bola de parto e a posição livre durante o trabalho de parto podem reduzir a intensidade da dor. O grupo de observação teve mais partos vaginais, enquanto o grupo controle teve mais cesarianas. A duração das fases inicial e intermediária do trabalho de parto, a quantidade de hemorragia pós-parto nas primeiras 2 horas e a intensidade da dor, foi significativamente menor no grupo de observação em comparação com o grupo controle. O grupo de observação apresentou um maior senso de controle do parto comparativamente com o grupo controle.</p>

Nº	Título do artigo/ autor(es) / ano	Objetivo do estudo	Metodologia / nível de evidência	Resultados
E3	<p><b>Título:</b> <i>Experience of Childbirth With Birth Ball: A Randomized Controlled Trial</i></p> <p><b>Autores:</b> SHIRAZI et al. Ano: 2019</p>	<p>Avaliar o efeito da bola de parto na dor e na autoeficácia das grávidas durante o trabalho de parto</p>	<p>Estudo quantitativo, randomized controlled trial (RCT).</p> <p>O estudo incluiu 178 grávidas admitidas no serviço de ginecologia e obstetria durante o período de um ano. As grávidas selecionadas para o estudo foram divididas aleatoriamente em dois grupos (observação/ controle), dividindo-se 89 grávidas por cada grupo.</p> <p>Às participantes do grupo de observação foram fornecidas bolas de nascimento e ensinados exercícios para que pudessem treinar antes do parto. Os exercícios teriam de ser feitos 20 minutos por dia durante 6 a 8 semanas. Aquando da admissão no serviço às participantes deste mesmo grupo foram fornecidas bolas de parto, enquanto as grávidas do grupo de controlo receberam cuidados de enfermagem convencionais.</p> <p><b>Nível Evidência:</b> Level 1.a – Systematic review of Randomized Controlled Trials (RCTs)</p>	<p>Não houve diferenças significativas em relação às características basais, pelo que a bola de nascimento pode ser utilizada ao longo do trabalho de parto.</p> <p>Da análise dos resultados, apurou-se que a dor do parto foi menor no grupo de parturientes que utilizou a bola de nascimento, além disso também a autoeficácia é maior no grupo experimental do que no grupo de controle. A autoeficácia, nitidamente, mais elevada no grupo experimental tem um efeito mediador significativo entre os exercícios com bola de nascimento e a dor do parto. Posto isto, podemos afirmar que a bola de nascimento tem um efeito positivo no trabalho de parto. Isto acontece porque a bola pode modificar a pressão no períneo, ao existir liberdade de movimentos o feto entra no canal de parto numa posição mais adequada e o exercício na bola diminui significativamente a dor nas costas e a pressão do trabalho de parto. A utilização deste instrumento aumenta ainda a autoeficácia, como podemos comprovar pelos resultados, auxiliam os mecanismos de superação da dor.</p>

Nº	Título do artigo/ autor(es) / ano	Objetivo do estudo	Metodologia / nível de evidência	Resultados
E4	<p><b>Título:</b> <i>Effect of Birth Ball Exercising for the Management of Childbirth Pain in Turkish Women</i></p> <p><b>Autores:</b> AKTAŞ et al. Ano: 2021</p>	<p>Identificar o efeito do exercício com a bola de nascimento na dor do parto durante a primeira fase do trabalho de parto em mulheres grávidas primíparas.</p>	<p>Estudo quantitativo, semi-experimental, randomizado controlado.</p> <p>O estudo, após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, incluiu 60 participantes, que estavam prestes a parir, entre os meses de fevereiro e maio de 2016 na maternidade onde decorreu o estudo. As 60 participantes foram distribuídas aleatoriamente por dois grupos (controle/intervenção), ficando cada grupo composto por 30 grávidas. Os dados foram colhidos através de questionários semiestruturados. Para tal solicitaram às mulheres de ambos os grupos que se dirigissem ao hospital quando sentissem contrações uterinas a cada 15-20 minutos. A dor era avaliada através de uma escala analógica visual (VAS) de dor durante o trabalho de parto. Ao grupo de intervenção foram ensinados e treinados exercícios com bola de nascimentos e incentivado o treino no domicílio, pelo menos 20 minutos por dia. Pelo contrário, o grupo de controle não recebeu o treino com a bola e não realizou exercícios com a bola de nascimento.</p> <p><b>Nível Evidência:</b> Level 1.a – Systematic review of Randomized Controlled Trials (RCTs)</p>	<p>Após análise de resultados concluiu-se que as grávidas que realizaram exercícios na bola de nascimento tiveram uma redução da dor no trabalho de parto e parto. A diferença começou a ser notória quando a dilatação cervical variou entre os 4-8cm. A intensidade da dor descrita pelo grupo intervenção foi “moderada” enquanto a dor descrita pelo grupo controle foi “severa”. Assim, os exercícios na bola de nascimento foram considerados eficazes na diminuição da dor no trabalho de parto. Isto acontece porque mulheres grávidas que controlam o seu corpo durante os exercícios na bola também conseguem controlar eficazmente o seu nível de dor, uma vez que, ao fazerem movimentos em diferentes posições, relaxam e diminuem a pressão nos músculos do pavilhão pélvico, da região lombar e a intensidade das contrações o que aumenta o fluxo sanguíneo para o útero. Os exercícios com bola de nascimento são assim considerados um método alternativo de intervenção não farmacológica no alívio da dor durante o trabalho de parto e parto.</p>

Nº	Título do artigo/ autor(es) / ano	Objetivo do estudo	Metodologia / nível de evidência	Resultados
E5	<p><b>Título:</b> "Birthing ball versus pethidine and haloperidol in satisfaction with childbirth"</p> <p><b>Autores:</b> FERNÁNDEZ- ARRANZ et al. Ano: 2019</p>	<p>Determinar os efeitos na satisfação materna do uso da bola de nascimento como método de alívio da dor em comparação com a administração subcutânea de petidina (50mg) e haloperidol (2,5mg), na fase latente de trabalho de parto.</p>	<p>Estudo clínico randomizado controlado. A amostra foram 110 grávidas de baixo risco, no internamento de grávidas patológicas devido a gravidez prolongada, rotura prematura de membranas ou pródromos do trabalho de parto, num hospital em Madrid. As grávidas, assim que começaram a sentir dor no trabalho de parto, foram divididas em dois grupos, um de intervenção, em que realizaram movimentos pré-estabelecidos na bola de nascimento, e outro de comparação em que se administrou a mesma dose subcutânea de petidina e haloperidol. A dor foi avaliada através da escala numérica (0-10), antes da aplicação de alguma intervenção e após 30 min. Posteriormente, 48-72h após o parto foi aplicada a escala de Mackey Satisfaction Childbirth.</p> <p><b>Nível Evidência:</b> Level 1.a – Systematic review of Randomized Controlled Trials (RCTs)</p>	<p>Verificou-se aumento da satisfação materna com a bola de nascimento e alívio da dor nas grávidas de baixo risco, com rotura prematura de membranas, gravidez prolongada ou pródromos do trabalho de parto. O uso da bola de nascimento na fase latente do trabalho de parto aumentou a satisfação da mulher com a experiência do parto, mais do que a administração de petidina e haloperidol neste período. A satisfação das grávidas com as parteiras foi o único parâmetro da escala em que não houve diferenças entre os dois grupos.</p>

Nº	Título do artigo/ autor(es) / ano	Objetivo do estudo	Metodologia / nível de evidência	Resultados
E6	<p><b>Título:</b>  <i>"The Effect of the Use of Birth Balls on the Reduction of Pain and Duration of Labor During the First Stage of Active and Second Stage of labor in Primigravida Maternity."</i></p> <p><b>Autores:</b> ULFA  Ano: 2021</p>	<p>Avaliar o efeito do uso da bola de nascimento na redução da dor durante o primeiro estadio da fase ativa do trabalho de parto e na duração do 1º /2º estadio do TP.</p>	<p>Estudo experimental, retrospectivo, com grupo controle. A amostra foram 26 primigestas, e dividiram-se em dois grupos (grupo de tratamento e grupo de controle). O grupo de tratamento usou a bola de nascimento durante o 1º estadio da fase ativa do trabalho de parto por 30 minutos. A dor foi avaliada com a Faces Pain Rating Scale e a duração das fases do trabalho de parto foi avaliada através do partograma.</p> <p><b>Nível Evidência:</b>  Level 2.d – Pre-test – post-test or historic/ retrospective control group study</p>	<p>Verificou-se que o uso da bola de nascimento reduz a dor na fase ativa do trabalho de parto, nas primigestas. A duração da fase ativa do trabalho de parto, foi menor no grupo de grávidas que usou a bola de nascimento. No entanto, não se verificou diferenças significativas na duração do 2º estadio com o uso da bola nascimento.</p>

**Fonte:** Autoras da revisão.

## Discussão

### Estratégias não farmacológicas no alívio da dor da mulher no trabalho de parto

Algumas mulheres escolhem evitar intervenções farmacológicas para alívio da dor no trabalho de parto, por algumas razões como influências culturais, medo de complicações neurológicas, neonatais e/ou crenças pessoais (MAROTTA; GUTMAN, 2021).

O banho quente no chuveiro, na posição de pé ou sentada, na fase ativa do trabalho de parto, reduz a ansiedade das parturientes, uma vez que referem que a sensação dolorosa durante a contração é mais suportável durante o banho e promove uma sensação de bem-estar, quando comparada com o período em que permanecem em repouso no leito (CAVALCANTI *et al.*, 2019).

A utilização de métodos não farmacológicos durante o trabalho de parto, sejam como intervenção isolada ou combinada, são seguros devido à ausência

de alterações de parâmetros maternos e perinatais adversos, como se verificou no estudo de Melo *et al.* (2020), que ainda acrescenta que a utilização destes métodos deveria ser incluída na humanização do parto. No E1, existiu uma diferença significativa nos valores de APGAR dos recém-nascidos das mães que utilizaram a bola de nascimento, apresentando melhores condições de adaptação ao meio extrauterino.

Segundo um estudo realizado por Barbosa, Salazar e Souza (2023), de modo a entender a perspectiva das EESMO acerca dos métodos não farmacológicos de alívio da dor, constatou-se que os usos destes métodos são eficazes para o alívio da dor no trabalho de parto e contribuem para uma experiência positiva de parto. No E6, o nível de satisfação com a experiência do nascimento foi mais elevado nas mulheres que utilizaram a bola de nascimento, em relação às mulheres a quem foi administrada petidina e haloperidol no mesmo período.

### **Os benefícios do uso da bola de nascimento durante trabalho de parto**

Uma revisão da literatura de Delgado *et al.* (2019), procurou analisar os possíveis benefícios do uso da bola de nascimento em parâmetros maternos e neonatais, e no que toca ao alívio da dor, concluiu que existiu uma redução da dor 20-90 minutos nas mulheres que utilizam a bola de nascimento no 1.º estágio de TP. Porém, encontrou-se pouca evidência nos resultados do uso da bola na duração do 1.º e 2.º estágio do TP, tipo de parto, lacerações perineais e índice de APGAR.

Nos estudos que analisámos, verificamos que todos os grupos de mulheres que foram submetidas a intervenções com o uso da bola de nascimento, seja durante o trabalho de parto (E1, E2 e E5), seja durante a gravidez e trabalho de parto (E3 e E4), referiram um alívio da intensidade da dor, quando comparadas com mulheres que receberam cuidados especializados convencionais.

Estudos anteriores sobre o uso da bola de nascimento durante o trabalho de parto, relatam alguns benefícios potenciais do uso da bola, como o alívio da dor, aumento da mobilidade e auxílio na posição adequada do bebé para o parto, podendo estes resultados variar entre mulheres (MAKVANDI *et al.*, 2015). De acordo com as conclusões que Gallo *et al.*, (2014) retirou do seu estudo, verificou-se que a bola de nascimento pode ser um instrumento auxiliar

na adoção de posições verticais e no alívio da dor do trabalho de parto, assim como uma melhor mobilidade pélvica. O uso da mesma deve ser incentivado pelos profissionais de saúde devidamente diferenciados.

Segundo um ensaio clínico, randomizado, as mulheres que receberam intervenções não farmacológicas, como o banho quente, uso da bola de nascimento ou ambas, na fase ativa do TP apresentaram diferenças na dilatação cervical, como uma progressão em média de 1,4 cm, comparativamente com as mulheres que não receberam nenhuma dessas intervenções (CAVALCANTI *et al.*, 2019).

Nos estudos E1 e E2, o uso da bola de nascimento no trabalho de parto em primíparas teve efeitos positivos, com melhorias na dor do trabalho de parto, progresso do trabalho de parto, parto vaginal e bem-estar neonatal. Nos estudos E3 e E6, o uso da bola de nascimento teve um efeito positivo na sensação de autoeficácia das mulheres nos mecanismos de superação da dor, e consecutivamente aumento de sentimentos emocionais positivos, assim como se verificou que a satisfação das mulheres que usaram a bola de nascimento foi mais elevada.

A utilização da bola de nascimento pelas mulheres durante o trabalho de parto, no grupo de intervenção, promoveu a sensação de autoeficácia, e teve um efeito mediador de 30-40% na relação entre exercícios da bola de nascimento e dor de parto. Outros benefícios como menos tempo na duração do 1.º estadiu do trabalho de parto, menos recurso a analgesia epidural e menos nascimentos por cesariana, em relação ao grupo controle (GAU *et al.*, 2011).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Atualmente existe uma maior preocupação dos profissionais de saúde na promoção de um trabalho de parto mais natural e fisiológico possível, oferecendo cada vez mais técnicas não farmacológicas de controlo e alívio da dor. Existe também, um acesso à informação mais facilitado e uma maior oferta de cursos de preparação para o parto onde são abordadas estas temáticas. As grávidas são um grupo cada vez mais informado e consciente dos seus direitos enquanto parturientes e também quanto à preparação do corpo para este momento, daí recorrerem a métodos que as ajudem no alívio da dor sem a utilização dos métodos farmacológicos.

Promover o conforto e a satisfação da mulher no parto estão entre as tarefas mais importantes dos prestadores de cuidados. As práticas que têm estes objetivos fazem parte de um contexto de valorização do parto fisiológico e do uso adequado de tecnologias na assistência ao parto e nascimento causando menos efeitos secundários para a mãe e para o feto, permitindo à mulher uma maior sensação de controlo durante o trabalho de parto e parto. A utilização de métodos não farmacológicos no alívio da dor é evidenciada cientificamente, no entanto apesar de serem práticas simples e acessíveis, devem ser realizadas por profissionais devidamente qualificados, como o EESMO. O uso da bola de nascimento está classificado, juntamente com outras recomendações da OMS, na categoria de condutas que são claramente úteis e que deveriam ser encorajadas no trabalho de parto.

A presente revisão da literatura pretendeu clarificar a influência do uso da bola de nascimento no alívio da dor e na progressão do trabalho de parto, sendo esta um método de alívio da dor considerado bastante válido não só no alívio da dor como também contribui positivamente para a adoção de uma melhor postura do feto no canal de parto, sendo facilitadora de um trabalho de parto mais curto e menos doloroso. Assim podemos concluir que a promoção de técnicas não farmacológicas durante o TP, como do uso da bola de nascimento, banho de água quente, ou ambas, influenciam positivamente o bem-estar, o conforto e a tranquilidade da parturiente no TP.

## REFERÊNCIAS

- AKTAŞ, D. et al. Effect of Birth Ball Exercising for the Management of Childbirth Pain in Turkish Women. *Bezmîâlem Science*, v. 9, n. 1, p. 46, 2021.
- BARBOSA, J. M.; SALAZAR, N. P.; SOUZA, A. L. D. M. Perspetiva del personal de enfermería obstétrica: uso de métodos no farmacológicos para el alivio del dolor de parto. *Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde*, v. 12, n. 1, 5 maio 2023.
- CASARIN, S. T.; PORTO, A. R.; GABATZ, R. I. B.; BONOW, C. A. et al. Types of literature review: considerations of the editors of the *Journal of Nursing and Health*. *Journal of Nursing and Health*, 2020-10-30 2020. Editorial.
- CAVALCANTI, A. C. V. et al. Terapias complementares no trabalho de parto: ensaio clínico randomizado. *Revista gaúcha de enfermagem*, v. 40, 2019.

DE OLIVEIRA, L. L.; BONILHA, A. L.; TELLES, J. M. Indicações e repercussões do uso da bola obstétrica para mulheres e enfermeiras. *Ciência, Cuidado e Saúde*, v. 11, n. 3, p. 573–580, 2012.

DELGADO, A. et al. Birth ball use for women in labor: A systematic review and meta-analysis. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, v. 35, p. 92–101, 1 maio 2019.

FERNÁNDEZ-ARRANZ, J. et al. Birthing ball versus pethidine and haloperidol in satisfaction with childbirth. *Enfermería Clínica (English Edition)*, v. 29, n. 4, p. 234–238, 1 jul. 2019.

FRIAS, A.; FRANCO, V. A dor do trabalho de parto... um desafio a ultrapassar! Psicología positiva y ciclo vital. *International Journal of Developmental and Educational Psychology. INFAD Revista de Psicología*, n. 2, p. 53-61, 2010. ISSN 0214-9877.

GALLO, R. B. S. et al. A bola suíça no alívio da dor de primigestas na fase ativa do trabalho de parto. *Revista Dor*, v. 15, p. 253-255, 2014. ISSN 2317-6393. Available at: <<https://www.scielo.br/j/rdor/a/Wdw6ZhMXdRwKfkyVS7gGZJ/?lang=pt&format=pdf>>.

GALVÃO, T; PEREIRA, M. Revisões sistemáticas da literatura: passos para sua elaboração. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 23, n. 1, p. 183-184, mar. 2014. Disponível em <<http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v23n1/v23n1a18.pdf>>

GAU, M.-L. et al. Effects of birth ball exercise on pain and self-efficacy during childbirth: a randomised controlled trial in Taiwan. *Midwifery*, v. 27, n. 6, p. e293–e300, 2011.

JHA, S. et al. The Effect of Birthing Ball Exercises on Labor Pain and Labor Outcome Among Primigravidae Parturient Mothers at a Tertiary Care Hospital. *Cureus*, v. 15, n. 3, p. e36088, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.7759/cureus.36088>.

LOWDERMILK, Deitra Leonard; PERRY, Shannon E. *Enfermagem na maternidade*. 7. ed. Loures: Lusodidacta, 2009.

MA, H.; MY, M. Pregnant women's knowledge of non-pharmacological techniques for pain relief during childbirth. *European journal of midwifery*, v. 6, 02/04/2022 2022. ISSN 2585-2906. Available at: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/35341133> >.

MAROTTA, M.; GUTMAN, D. Non-pharmacologic Labor Analgesia. *Obstetric Anesthesia Practice*, p. 195, 2021.

MAKVANDI, S. et al. Effect of birth ball on labor pain relief: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, v. 41, n. 11, p. 1679–1686, 2015.

MELO, P.S. et al. Maternal and perinatal parameters after non-pharmacological interventions: a randomised, controlled clinical trial. *Acta Paul Enferm*, v. 33, 1 jun. 2020.

MUNN, Z.; PORRITT, K.; AROMATARIS, E.; LOCKWOOD, C.; PETERS, M. Supporting Document for the Joanna Briggs Institute Levels of Evidence and Grades of Recommendation. *The Joanna Briggs Institute*. 2014.

OLIVEIRA, L; CRUZ, A. A utilização da bola suíça na promoção do parto humanizado. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, v. 18, n. 2, p. 175-180, 2014. ISSN 1415-2177. Disponível em: <http://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/rbcs>.

SHIRAZI, M. G. et al. Experience of childbirth with birth ball: a randomized controlled trial. *International Journal of Women's Health and Reproduction Sciences*, v. 7, n. 3, p. 301–305, 2019.

SILVA, L. M. E. et al. Uso da bola suíça no trabalho de parto. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 24, p. 656-662, 2011. ISSN 1982-0194. Available at: < <https://www.scielo.br/j/ape/ayPdJyFVprHVQVYRrXGrh75N/?lang=pt&format=pdf> >.

SOLTANI, S. et al. The Effect of Prenatal Psychosocial Training on Perceived Pain during Labor and Birth Outcomes: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Caring Sciences*, Teerã, v. 9, n. 3, p. 145-151, set. 2020.

THOMSON, G. et al. Women's experiences of pharmacological and non-pharmacological pain relief methods for labour and childbirth: a qualitative systematic review. *Reproductive health*, v. 16, n. 1, 05/30/2019 2019. ISSN 1742-4755. Available at: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31146759> >.

ULFA, R. M. Effect of the Use of Birth Balls on the Reduction of Pain and Duration of Labor During the First Stage of Active and Second Stage of Labor in Primigravida Maternity. *Science Midwifery*, v. 9, n. 2, p. 418-430, 10 maio 2021.

WANG, J. et al. The effectiveness of delivery ball use versus conventional nursing care during delivery of primiparae. *Pakistan journal of medical sciences*, v. 36, n. 3, p. 550-554, 2020. Available at: <https://doi.org/10.12669/pjms.36.3.1440>.

# 05

---

## **DEAMBULAÇÃO NA EVOLUÇÃO DO ESTADIO DO TRABALHO DE PARTO: INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA**

Paula Cristina Grangeia Miranda Veloso  
Hospital do Espírito Santo de Évora (EPE)

# RESUMO

O mecanismo de trabalho de parto como é conhecido na atualidade, é um mecanismo fisiológico inacabado que tem a sua origem há centenas de milhões de anos. A par das alterações físicas a assistência ao trabalho de parto sofreu transformações ao longo dos tempos, condicionadoras do desfecho do nascimento. A deambulação durante o trabalho de parto apoia a fisiologia do nascimento e melhora a experiência do parto para a mulher pois, favorece a irrigação do útero, as contrações são mais eficazes, diminui o tempo do trabalho de parto, ajuda o feto a adaptar-se à bacia materna, e alivia a dor. Os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna Obstétrica devem colocar a mulher e família no centro das decisões, prestar cuidados centrados na mulher, recém-nascido e família e privilegiar a promoção da saúde. Para tal, é necessário compreender as intervenções que promovem o papel ativo da mulher durante o trabalho de parto e parto, sendo definida a pergunta PICO "Quais as Intervenções do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstetrícia (I) junto da parturiente (P) no incentivo à deambulação para a evolução do 1.º estágio do trabalho de parto (O)"? Através da análise da evidência obtida, verificou-se que incentivação à deambulação durante o primeiro estágio do trabalho de parto tem benefícios para a grávida e para o feto, nomeadamente, contratilidade uterina de maior amplitude e com repercussões no apagamento do colo, diminuição da duração do trabalho de parto, pela pressão do feto na pelve, diminuição da probabilidade de padrões anormais na frequência cardíaca fetal, alívio da dor da parturiente e aumento da liberdade de movimentos.

**Palavras-chave:** Deambulação, Enfermeiro Especialista, Nascimento, Parteira.

## INTRODUÇÃO

A Enfermagem, tem vindo ao longo dos anos a afirmar-se como Profissão com conhecimentos técnico-científicos próprios, que orientam e regem a sua prática. É através da sua prática que compreendemos o que fazemos, como o fazemos, e para quem o fazemos.

O enfermeiro especialista, tal como é estabelecido pela Ordem dos Enfermeiros (OE, 2019), é aquele que, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, apresenta um conhecimento profundo numa área específica de enfermagem, demonstrando níveis de julgamento clínico elevado e de tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a uma área de intervenção. É primordial reconhecer que os cuidados de se constituem numa área do saber útil à sociedade, essenciais à vida, onde os enfermeiros são os atores que visam a sua prestação com excelência, em qualquer etapa do ciclo vital do ser humano (AMENDOEIRA, 2009). Deste modo, competência “surge como uma capacidade de integrar os saberes diversos e heterogéneos para os finalizar na realização de atividades” (FERREIRA; DIAS, 2005). Para além dos quatros domínios comuns de competências dos enfermeiros especialistas (Responsabilidade Profissional, Ética e Legal; Melhoria Contínua da Qualidade; Gestão de Cuidados e Aprendizagens Profissionais), o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO) tem como competências específicas cuidar a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e climatério, incluindo também os processos de saúde doença ginecológica e cuidar o grupo alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade (REGULAMENTO nº 391/2019).

Segundo a OMS a mulher deve ter a liberdade de escolher a posição e movimentação durante o trabalho de parto (TP) e deve ser estimulada a posições não supinas durante o mesmo. Também a APEO (2009), refere que a mobilidade constitui uma estratégia de conforto, que está associada a um trabalho de parto menos demorado e sem repercussões para a mãe e para o filho. Esta problemática enquadra-se no âmbito das competências H2 e H3 do EEESMO, “Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal” e “Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho

de parto” (Regulamento n.º 391/2019). Relativamente às Competências da Internacional Confederation of Midwives (ICM), enquadra-se nas competências 3 e 4, “que visam cuidados de alta qualidade na gravidez, promovendo a saúde e a deteção de algum problema e ainda o tratamento derivado de complicações da gravidez, assim como no trabalho de parto, permitindo que seja seguro e despistando situações de emergência tanto para a mãe como para o recém-nascido” (ICM, 2019).

## **BREVE RESENHA HISTÓRICA**

Historicamente, o parto era encarado como um fenómeno natural na vida de uma mulher e decorria no seio da família, com a ajuda de uma parteira e das mulheres da família. A partir do século XX, mais concretamente depois da Segunda Guerra Mundial, tendo como objetivo a redução das elevadas taxas de mortalidade materna e infantil, ocorre a institucionalização do parto, passando do domicílio para o hospital, e conseqüentemente a sua instrumentalização (BRÜGGEMANNET, 2005).

O ambiente familiar foi substituído por uma situação desconhecida e desagradável, repleta de rostos estranhos, na qual a grávida fica muitas vezes aquém do seu futuro percurso e procedimentos a realizar, colocada num papel pouco ativo e sujeita a rotinas de serviços (COUTO, 2003). De acordo com as orientações da Organização Mundial de Saúde (OMS), alguns países, tenham desenvolvido esforços no sentido de promover o parto normal como evento fisiológico na vida da mulher, de modo, que esta tome decisões informadas e possa participar ativamente no decurso do parto (OE, 2012, p. 60). O ambiente físico onde se encontra a mulher em TP influencia a sua evolução. O primeiro contato de muitas mulheres com o meio hospitalar surge frequentemente quando entram em TP (FAME; APEO, 2009) Segundo Nightingale (2005) o equilíbrio do ambiente contribui para o processo reparador, cabendo aos enfermeiros proporcioná-lo. O ambiente deve ter em conta as pessoas presentes, a filosofia de cuidados e o espaço físico em que o parto ocorre, pois, a sua qualidade pode influenciar a capacidade da mulher de lidar com o medo e a dor do TP, que têm influência direta na progressão do mesmo. As mulheres preferem ser cuidadas num lugar confortável, que lhes lembre o conforto do seu lar, este deve ser seguro

e com privacidade. Os estímulos ambientais como o ruído, a luminosidade e a temperatura devem ser adequados à sua preferência. A maioria das instalações proporcionam segurança física à mãe e feto através da tecnologia disponível, protocolos e profissionais treinados. No entanto, estão configuradas pensando principalmente, na conveniência e eficiência dos profissionais de saúde. Para a maioria das mulheres o ambiente hospitalar é um meio estranho, podendo contribuir para sentimentos de falta de controle, medo e ansiedade, desencadeantes de distócia do TP (SIMKIN; ANCHETA, 2011). Um ambiente estranho com barulho e luzes brilhantes não habituais, questões exaustivas colocadas à mãe, podem dificultar ou tornar impossível à mulher relaxar mental e fisicamente. É de extrema importância que a mulher sinta à sua volta profissionais que a apoiam, que dão segurança e confiança durante o TP, para que ela se possa sentir segura e colaborar tranquilamente com o prestador de cuidados (SIMKIN; ANCHETA, 2011).

O parto é um processo fisiológico comum a todos os mamíferos. O trabalho de parto é uma experiência holística altamente pessoal, este exige toda a energia e atenção necessária da parturiente, sendo a mesma recompensada com o êxtase e a satisfação de ver o seu bebé pela primeira vez (BALASKAS, 2017).

Por Parto Normal a OMS define como sendo: “Parto de início espontâneo, de baixo risco no início, mantendo-se assim até ao nascimento. A criança nasce espontaneamente, em apresentação cefálica de vértice, entre as 36 e as 42 semanas completas de gravidez”. No documento elaborado pela Ordem dos Enfermeiros (2012), “Pelo Direito ao Parto Normal”, os autores sublinham a importância do trabalho de parto de início espontâneo, que culmine num parto normal, constitui-se como a forma mais segura de nascimento. Os enfermeiros que elaboraram o documento anteriormente identificado, perspetivam o parto como um acontecimento familiar, constituindo-se como aspetos fundamentais a possibilidade da grávida poder escolher a presença permanente de elementos próximos e poder ter contato precocemente com a restante família. Todas as grávidas e acompanhantes têm ainda direito de ser respeitados independentemente das suas convicções e opções.

O trabalho de parto é um processo fisiológico que tem por objetivo a expulsão do feto da cavidade uterina. Esse momento deve ter inerente inúmeros cuidados no concerne à atenção, apoio físico e psicológico, não só da parturiente,

mas também da família da mesma. É essencial que o parto ocorra em ambiente hospitalar, onde são asseguradas as melhores condições possíveis de assistência, quer ao recém-nascido quer à mãe (ZUGAIB, 2008). Citando fonte anterior, o diagnóstico de TP está dependente da presença de contrações uterinas com ritmo e características particulares que se combina com as alterações do colo uterino (apagamento e dilatação) e à formação da "bolsa das águas". Para este autor não se pode ter em conta separadamente as contrações ou a dilatação cervical, tem de se considerar todos em conjunto, as contrações uterinas devem ser pelo menos duas em dez minutos acompanhadas da dilatação cervical de pelo menos dois centímetros e o apagamento cervical e/ou alterações progressivas do colo uterino.

Segundo Graça (2010), entende-se por trabalho de parto o conjunto de fenómenos que conduzem: ao apagamento e dilatação do colo uterino; progressão do feto através do canal de parto e expulsão do feto para o exterior. O TP é influenciado por cinco fatores essenciais: o passageiro (feto e placenta), a passagem (canal de parto), as contrações, a posição da mãe, e as reações psicológicas. No entanto existem fatores extrínsecos à mulher que também o podem influenciar tais como o local de nascimento, a preparação para o parto, o profissional de saúde que acompanha o processo e os procedimentos utilizados durante o TP (GRAÇA, 2010). Os fatores relacionados com o feto dizem respeito ao tamanho e forma da cabeça, apresentação, situação fetal, a atitude e a variedade. Relativamente ao canal de parto, a pelve materna varia em tamanho e forma. Os diâmetros do estreito superior da bacia, escavação pélvica e o estreito inferior determinam a viabilidade do canal de parto assim como a forma pela qual o feto irá descer através dele. As contrações voluntárias e involuntárias combinam-se para a expulsão do feto e da placenta (LOWDERMILK; PERRY, 2009).

Graça (2010) e Zugaib (2008) referem que o TP se divide em três estádios. O primeiro estágio do trabalho de parto, ou seja, a dilatação inicia com as contrações uterinas regulares e termina quando o colo está com a dilatação completa (10cm). O segundo estágio (período expulsivo) inicia-se com a dilatação completa e termina com a expulsão do feto. O terceiro estágio (dequitação) é desde a expulsão do feto até à saída da placenta e das membranas fetais. Para alguns autores existe ainda um quarto estágio, como Braden (2000), Lowdermilk

e Perry (2008), consideram um quarto estágio do TP que começa com a expulsão da placenta este em média pode durar de duas a quatro horas. Este estágio é um tempo de adaptação ao período pós-parto, é um período importante de observação, para prevenir e identificar possíveis complicações, a hemóstase é restabelecida. A tríade começa a interagir entre si através do toque, observação é puerpério (imediate e posteriormente o tardio).

A Ordem dos Enfermeiros, fala-nos da mulher como um ser social, único, com direito a autodeterminar-se, em inter-relação com os conviventes significativos e com o ambiente no qual vive e se desenvolve. Por isto, deve ser respeitada como uma pessoa no seu todo, considerando-se o seu desejo e a sua vontade no seu parto, sendo indispensável a promoção de um ambiente seguro, de confiança e favorável para dar resposta a todas as suas necessidades: "a filosofia de cuidados em saúde materna e obstétrica, na sua essência é fortemente enraizada num modelo de assistência em que o EEESMO/parreira(o) trabalha em parceria com a mulher (...) enfatiza o empoderamento (empowerment)/capacitação das mulheres, afirmando a sua própria força e competências pessoais, assim como um compromisso com a promoção do trabalho de parto e parto fisiológicos (...) dá prioridade aos desejos e necessidades da mulher, enfatiza a importância da escolha informada, a continuidade dos cuidados, o envolvimento das utentes, a eficácia clínica, capacidade de resposta e acessibilidade." (OE, 2015).

De acordo com a OE é competência e responsabilidade do EEESMO assegurar o acompanhamento de uma mulher em TP (OMS, 2002) também é a da responsabilidade do EEESMO assegurar que o TP decorra de acordo com o que a mulher deseja seja respeitado, através da existência de um plano de parto/plano de nascimento. Segundo Lowdermilk e Perry (2009) o trabalho do EEESMO não passa apenas pela parturiente. Este trabalho passa também pelo apoio aos acompanhantes, respeitando a sua decisão sobre o grau do envolvimento, informando-o sobre o desenvolvimento do TP, sobre as necessidades da mulher e ensinando-lhe medidas de conforto e formas de participação no decorrer do TP e parto.

A gestão da expectativa da mulher/casal em todo o processo, e a adequação do plano de parto desejado com as práticas de cada instituição é fundamental para que o TP ocorra de forma o mais natural possível.

A EEESMO para conseguir ter sucesso na aquisição e desenvolvimento de competências especializadas tem de estar dotada de uma série de conhecimentos não só científicos como culturais e dominar habilidades e comportamentos necessários para a compreensão, interpretação e resolução de problemas da saúde da mulher. É da competência da EEESMO cuidar da mulher inserida na família e na comunidade, durante o TP, efetuando o parto em ambiente seguro, a fim de otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação à vida extra-uterina, ou seja, deve promover o conforto e bem-estar da mulher e conviventes significativos (OE, 2019).

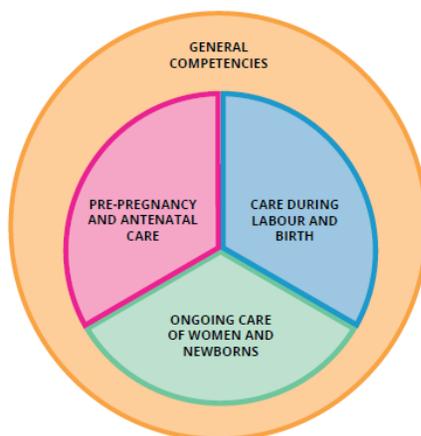
Hodnett (2011) afirma que as parturientes com apoio contínuo têm maior propensão a um parto vaginal espontâneo, a um TP mais curto e apresentam uma menor probabilidade de complicações e intervenções obstétricas (como a indução do TP, episiotomia ou partos distócicos) e têm menor necessidade de analgesia, resultando numa maior autoestima e satisfação. É uma das competências do EEESMO interpretar todas as verbalizações da parturiente quer as verbais como as não-verbais, através da interpretação da linguagem da mesma estabelecendo e mantendo a relação de ajuda de modo empático.

No decorrer do TP é da competência do EEESMO avaliar a dor da mulher e relacionar as queixas a fase do TP, planeando e implementando intervenções farmacológicas e/ou não farmacológicas para promover o alívio da dor, tendo em conta a situação específica e as preferências da parturiente e acompanhante, sem descuidar a elucidação da parturiente da singularidade da dor no TP. As queixas maternas são um dos fatores determinantes na avaliação da progressão do TP, na determinação do bem-estar materno-fetal ou no despiste de possíveis complicações, como tal, faz parte das competências do EEESMO identificá-las e valorizá-las durante todo o TP.

Segundo a Internacional Confederation of Midwives as competências das EEESMO podem-se dividir em 4 áreas distintas. As competências gerais, cuidados pré-natais, cuidados pós-parto e os cuidados durante o TP. Focando mais nesta última área, são competências da EEESMO o acompanhamento e cuidado da mulher durante o TP, de modo, que facilite o processo fisiológico para permitir um parto seguro. Os cuidados imediatos ao recém-nascido, deteção de complicações na mãe ou no recém-nascido e a estabilização de emergências conforme seja necessário.

Em resumo as competências durante o TP podem-se dividir em três áreas. A promoção fisiológica do trabalho de parto e do nascimento. Gerir um parto natural e a prevenção de possíveis complicações e providenciar o imediato cuidado ao recém-nascido após o nascimento (MIDIVES, 2019)

**Figura 1.** Framework Structure.



**Fonte:** Essential Competencies. Essential Competencies for Midwifery Practice, 2019.

De referir ainda que segundo WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018), define duas fases do primeiro estágio, nomeadamente a fase latente e fase ativa. A fase latente é o período caracterizado pela dor das contrações uterinas e mudanças variáveis do colo, incluindo algum grau de apagamento e progressão lenta da dilatação até 5 cm. A fase ativa é o período caracterizado por dores das contrações uterinas regulares, um substancial aumento do apagamento cervical e consequentemente o aumento da dilatação, passando dos 5 cm para dilatação completa.

### **Cuidados de enfermagem à mulher em TP**

A experiência de parir é única para qualquer mulher. O trabalho de parto, o parto e o pós-parto são ricos, em recordações e memórias que perduram além do momento em que acontecem. Mesmo anos após o nascimento do bebé, a mulher lembra-se de pormenores do trabalho de parto e de sensações de quando o bebé nasceu. Segundo Kitzinger( 2008), é pouco provável que

qualquer experiência da vida humana, seja comparável a esta. Para esta autora, parir é uma experiência marcante para qualquer mulher, inserida numa determinada cultura e num determinado espaço de tempo. É marcante por todos os momentos e acontecimentos que fizeram parte do seu trabalho de parto e parto, que o tornaram inesquecível. São recordações que acompanham para sempre cada mulher ao longo da sua vida, bem como o casal e os seus conviventes mais próximos.

Da mesma forma, os diferentes acontecimentos, interações e intervenções hospitalares que acontecem durante o trabalho de parto, podem influenciar de forma positiva ou negativa a atitude da mulher, com consequências emocionais e comportamentais futuras.

O trabalho de parto é um momento desafiador e exigente para a parturiente, tanto a nível emocional, como a nível físico. Ao longo do trabalho de parto a mulher pode expressar sentimentos variados, como alegria, felicidade, angústia, medo, estes podem se intensificar ao longo da evolução do trabalho de parto, consoante o desconforto físico ou emocional. É importante o apoio emocional e o contributo da EEESMO, no sentido, de cuidar da pessoa, de perceber a experiência vivenciada por ela. O EEESMO, estabelece uma relação empática com a parturiente/casal, baseando-se numa partilha de conhecimentos, de experiências vivenciadas, perspetivando-se do lado da pessoa que cuida, de forma que consiga perceber as suas ansiedades, medos, de modo a desmistificando os mesmos e transmitindo segurança e serenidade, prestando cuidados especializados de qualidade.

São competências dos EEESMO a promoção do conforto e da satisfação da mulher no trabalho de parto. Durante a vigilância da gravidez, deve capacitar as mulheres, facultando informações e esclarecimentos. É importante a autonomia da mulher durante o trabalho de parto, para que esta possa participar nas decisões, depois de devidamente informada das evidências científicas disponíveis para indicação da melhor conduta na sua situação específica (APEO, 2009). Cabe ao EEESMO, seguir os conselhos da OMS e incentivar a liberdade de posições e movimentos durante o trabalho de parto, tal como deambular, usar a bola de parto, incentivar o duche (como medida de relaxamento e alívio da dor), evitar o uso rotineiro da posição deitada durante o trabalho de parto. São estes os profissionais que tem a capacidade de promover apoio e segurança,

na assistência ao parto normal, cuja prática, se baseia na evidência científica e não apenas na ajuda rotineira da tecnologia (APEO, 2009).

A satisfação da parturiente, relativamente ao trabalho de parto, advém na sua maioria, pelo suporte recebido pelo profissional de saúde, pela relação estabelecida, que incluem uma comunicação eficaz e perceptível, sentimentos demonstrados, o seu envolvimento na tomada de decisão e a sua expectativa pessoal em relação à própria experiência de parto (HODNETT 2003, mencionado por MAMEDE, 2005).

De acordo com o Regulamento de Competências Específicas do EEESMO, o enfermeiro especialista, assume no seu exercício profissional, intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos fisiológicos e processos de vida normais no ciclo reprodutivo da mulher e intervenções autónomas e interdependentes, em todas as situações de médio e alto risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos patológicos e processos de vida disfuncionais no ciclo reprodutivo da mulher (REGULAMENTO n.º391/2019).

## **A Deambulação no 1º Estádio do Trabalho de Parto**

“A mulher grávida é uma utente especial que transporta uma grande carga emocional, visto que se encontra a vivenciar uma experiência que não sabe como irá decorrer, nem mesmo como irá terminar” (VELADAS, 1997). Durante a gravidez a mulher passa por várias adaptações fisiológicas, psicológicas e sociais, que a preparam para o parto e para a maternidade. O TP e o nascimento representam o final da gravidez e o início da alteração de papéis, dinâmicas familiares e profissionais (GRAÇA, 2010).

A controvérsia em relação à posição materna durante o parto já existia antes do desenvolvimento da obstetrícia moderna (SOUZA, 2006). Pode-se apontar para o século XVII como a origem da obstetrícia ocidental, quando Mauriceau passou a encorajar as mulheres a adotarem o decúbito dorsal, para a realização de manobras e procedimentos obstétricos. Ficou conhecida como posição francesa, em contraste com a postura deitada em decúbito lateral, utilizada na Inglaterra (conhecida como posição inglesa) (MAMEDE, 2007). A posição horizontal ficou assim incorporada na cultura ocidental como a posição padrão

durante o parto. No entanto, a padronização dessa posição para o trabalho de parto nunca foi totalmente implementada e aceite, e há mais de dois séculos atrás, ainda existiam aqueles que defendiam o valor do não confinamento das mulheres em trabalho de parto ao leito (SOUZA, 2006) .

O EEESMO é reconhecido como um profissional responsável e autônomo, que desenvolve o seu trabalho em parceria com as mulheres proporcionando apoio, cuidados de saúde e conselhos essenciais durante a gravidez, parto e puerpério. A preparação para o nascimento e parentalidade faz parte das competências e responsabilidade do EEESMO, permitindo dar à mulher e companheiro a oportunidade de desenvolverem competências que lhes permitem vivenciar a gravidez, TP e parto como um processo fisiológico natural, onde deve insurgir a confiança na sua capacidade de gerar vida, assim como lidar com o seu filho (GRAÇA, 2010). Durante a preparação para o nascimento e parentalidade são abordadas uma variedade de temáticas, como a preparação física e emocional da mulher dando-lhe a conhecer, entre outros conteúdos, o funcionamento do seu próprio corpo durante a gravidez e TP, estratégias de alívio da dor não farmacológicas e farmacológicas que irão contribuir para reduzir ou eliminar a ansiedade e melhorar a colaboração com a equipa de saúde. Esta preparação é também um momento estratégico para empoderar a mulher permitindo-lhe ganhar autoconfiança, autoestima, controlo, determinação e compreensão necessários para ir de encontro à sua vontade e expectativas (LOWDERMILK; PERRY, 2009) Todos estes elementos reunidos resultam ou potenciam um parto mais fácil e satisfatório (OMS, 2002).

As práticas utilizadas durante o TP afetam física e psicologicamente a mãe e o bebé, pelo que o EEESMO tem a responsabilidade de basear as suas intervenções na evidência científica atual. Estas práticas devem respeitar o processo fisiológico e dinâmica de cada nascimento, devendo ser evitado o excesso de intervenções e tecnologia (PINHEIRO, 2010). Na maioria das culturas que não tenham sido influenciadas por este costume ocidental, as mulheres em trabalho de parto continuam a optar pela posição vertical e manter a deambulação (SOUZA, 2006). Talvez por se ter apercebido que a introdução da posição horizontal prejudicava a evolução do trabalho de parto, o Mauriceau voltou a defender a ideia da posição supina (MAMEDE, 2007). Apesar de todas as evidências favoráveis à posição supina, esta foi completamente ignorada,

sendo considerado irônico o fato de que predominou a conveniência da posição dorsal da parturiente para aqueles que as atendiam (SABATINO, 2000). Somente nos últimos 30 anos é que foram retomadas as discussões acerca das desvantagens da posição dorsal no trabalho de parto, e as vantagens da mobilidade da mãe e da postura ereta nesse processo (MAMEDE, 2007). “Fisiologicamente, é muito melhor para a mãe e para o feto quando a mulher se mantém em movimento durante o trabalho de parto, o útero contrai-se mais eficazmente, e o fluxo sanguíneo que chega ao bebê através da placenta é mais abundante, o trabalho de parto se torna mais curto, sendo a dor menor” (MAMEDE, 2007). Na posição supina, a adaptação da apresentação fetal ao estreito da bacia é facilitada pela postura materna, prevenindo complicações do trajeto. A ação da gravidade sobre o trajeto e descida fetal é favorecida pela posição ereta da parturiente no trabalho de parto, impedindo a compressão dos grandes vasos maternos, aumentando desta forma o diâmetro do canal de parto, ângulo de encaixe, ventilação pulmonar e equilíbrio acidobásico, para além da eficiência das contrações uterinas (SABATINO, 2000). O objetivo da adoção de uma posição ereta é a valorização das contrações uterinas e condição fetal, bem como a promoção do conforto materno (SOUZA, 2006). No entanto, embora a questão tenha sido frequentemente examinada, a alternativa ideal ainda não está clara (SOUZA, 2006).

As relações funcionais entre as contrações uterinas, o feto e a bacia materna são alteradas pela posição adotada pela mãe. As posições verticais são vantajosas e contribuem para a progressão do TP, pois a irrigação uterina é mais eficaz, as contrações são mais eficientes, o tempo do TP é abreviado, o diâmetro pélvico aumenta e diminui o avanço do sacro e do cóccix para a escavação pélvica. Por outro lado, a força da gravidade e o movimento ajudam o feto a adaptar-se à bacia materna, a dor durante o TP é menor e melhora a capacidade da mulher para fazer esforços expulsivos eficazes, minimizando a exaustão materna, a necessidade de episiotomia, fórceps ou ventosa (LAWRENCE, 2013; LOWDERMILK; PERRY, 2009). As reações psicológicas da mulher podem condicionar a progressão do TP. A ansiedade causada pelo medo e dor do TP quando moderada é considerada normal, mas, se excessiva, prejudica o desenrolar do mesmo

Para Barbieri *et al.* (2015), a livre movimentação ou a denominada deambulação durante o TP tem como objetivo o alívio da dor sentida durante todo o processo de dilatação do colo uterino. A movimentação tem como benefício da própria gravidade, ou seja, esta passa a ser um fator importante na progressão fetal. A gravidade associada à deambulação, o movimento pélvico proporcionado na medida em que a parturiente se movimenta faz com que o tempo do primeiro período de parto seja diminuído, por promover auxílio ao processo de rotação interna do feto e dilatação cervical. Existem diversas técnicas não farmacológicas para o alívio da dor e benéficas para o parto como é o caso da deambulação. Esta por seu lado é uma técnica simples não necessitando de meios de apoio para que esta se possa desenvolver e proporciona um resultado positivo.

Nesse contexto, é importante que o EEESMO oriente a parturiente para que ela possa entender como os métodos, mesmo os mais simples, são capazes de lhe proporcionar alívio na dor e na duração do seu TP. Quando esta compreende, após ser elucidada dos benefícios da deambulação, ela passa a ter segurança e domínio sobre o próprio parto (SILVA, 2017). A deambulação proporciona alguns benefícios como a diminuição do tempo de parto, diminuição da dor, conforto materno, controle materno, redução do número de cesarianas. Estudos revelam que ao ser relacionada à diminuição do tempo de parto, a deambulação reduz o tempo das parturientes que a praticam, quando comparados às que permanecem em decúbito dorsal ou lateral (SILVA, 2017). Em outro estudo, a diminuição da dor também foi citada como um dos benefícios da livre movimentação visto, que ao deambular a mulher redireciona sua concentração e a dor deixa de ser foco principal, passando a ser sentida com menor intensidade (MAFETONI, 2014). O conforto materno, leva a que esta expresse os seus sentimentos de forma mais confiante e veja no enfermeiro um apoio positivo e não de forma negativa. Ao sentir-se confortável com o seu parto, a parturiente deixa de sentir-se como uma expectadora simplesmente, para tomar parte ativa em todo o seu TP. A humanização nesse momento é percebida na sua forma mais real, pois a parturiente sai da condição passiva em que costuma ser colocada, para tomar o papel que em momento nenhum deveria ter deixado de ter (ROCHA; FONSECA, 2010).

De acordo com o Regulamento de Competências específicas do EEESMO (2019), o Enfermeiro especialista deve promover a saúde da mulher durante o TP,

devendo implementar e avaliar intervenções adequadas à evolução do TP, bem como intervenções de promoção do conforto, bem-estar e controlo da dor. Como foi possível verificar anteriormente, o recurso a posições verticalizadas durante o TP favorece a evolução do TP e permite um maior autocontrolo da mulher do seu bem-estar e nível de dor, constituindo, portanto, uma importante estratégia para o EEESMO otimizar as suas competências na área da condução do TP.

O conceito da humanização consiste em linhas gerais, ao acompanhamento da mulher, fornecendo orientações, conforto, esclarecimentos e a disponibilidade para escutar em todas as etapas, comprometendo-se com o nascimento de um novo ser, de uma forma digna, responsável e segura. Desta forma consegue-se que garantir que a parturiente seja a protagonista neste processo único.

## Metodologia de Pesquisa- Revisão Sistemática da Literatura

Define-se o protocolo de pesquisa conducente à prática baseada na evidência, a metodologia PI[C]O: População de interesse, Intervenções, [Comparações] e Outcomes (resultados), é através desta metodologia que se formula a pergunta PI[C]O que é o ponto de partida para a revisão sistemática da literatura a proceder. “Tal como na investigação, o processo baseado na evidência decorre da questão colocada,” e “quanto mais explícita é a questão, mais fácil é pesquisar nas bases de dados eletrónicas...” (CRAIG; SMYTH, 2004).

Quais as Intervenções do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstetrícia (I) junto da parturiente (P) no incentivo à deambulação para a evolução do 1º estágio do trabalho de parto (O)?

**Figura 2.** Metodologia PI[C].

P	Participantes	Alvo do estudo	Parturientes	Palavras-Chave:
I	Intervenções	O que foi feito	Deambulação no 1º estágio do TP	EEESMO 1ºestádio do TP Deambulação Progressão
(C)	Comparações	-	-	
O	Outcomes	Resultados	Diminuir a duração do TP	
<b>Descritores</b>		Obstetric Nursing, Walking , Birth		

**Fonte:** Joana Briggs Institute (2014).

As palavras-chave foram validadas como descritores na plataforma MeSH Browser (URL: <https://meshb.nlm.nih.gov/search>) em 20 de agosto de 2022.

Procedeu-se à pesquisa, nas seguintes bases de dados da plataforma EBSCO – host: Medline, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, Cochrane Database of Systematic Review, Cochrane Central of Controlled Trials, Cochrane Methodology Register, Medclatina. Tendo em consideração os critérios de inclusão e exclusão discriminados no protocolo de pesquisa.

A pesquisa foi realizada a 20 de agosto de 2022 no distrito de Évora pelas 14h30m com a seguinte expressão de pesquisa: “Obstetric Nursing” AND “Walking” AND “Birth. Os limitadores usados para cada base de dados foram os seguintes:

**Figura 3.** Quadro das bases de dados.

<b>CINAHL complete</b>	Booleano/frase; Texto completo; Resumo disponível; Data janeiro de 2012- julho 2022; Humano; Sexo feminino; Gravidez; Idade adulta: 19-44 anos; Texto completo em PDF.
<b>Medline Complete</b>	Booleano/frase; Texto completo; Resumo disponível; Data janeiro de 2012- julho 2022; Língua inglesa; Humano; Sexo feminino; Idade adulta: 19-44 anos.
<b>Nursing &amp; Allied Health Collection: Comprehensive</b>	Texto completo em pdf; Texto completo; Data janeiro de 2012- julho 2022; Booleano/frase.
<b>Cochrane Database of Systematic Reviews</b>	Texto completo; Data janeiro de 2012- julho 2022; Booleano/frase.
<b>Cochrane Central of Controlled Trials</b>	Booleano/frase; janeiro 2012 – julho 2022; Texto completo; Resumo Disponível
<b>Cochrane Methodology Register</b>	Booleano/frase; janeiro 20012 – julho 2022
<b>Mediclatina</b>	Texto completo em pdf; Texto completo; Data janeiro de 20012- julho 2022; Booleano/frase

Partindo de cada descritor e do seu cruzamento de forma sequencial com cada um dos outros, até ao cruzamento final de todos os conceitos, foram identificados 4 artigos.

**Figura 4.** Quadro de critérios de inclusão e exclusão.

<b>Crítérios de Inclusão</b>	<b>Crítérios de Exclusão</b>
Artigos com evidência científica, independentemente do método de estudo utilizado (qualquer tipo de estudo).	Artigos sem evidência científica.
Artigos que tenham texto completo em PDF	Artigos que não tenham texto completo em PDF.
Artigos de janeiro de 2012 (inclusive) até julho de 2022 (inclusive).	Artigos anteriores a dezembro de 2011 (inclusive).
Artigos que abordem a parturiente.	
Artigos que abordem a deambulação no 1º estágio do trabalho de parto e a sua progressão(duração).	Artigos que não abordem a deambulação no 1º estágio do trabalho de parto e a sua progressão (duração).
Artigos escritos em inglês, espanhol, italiano ou português.	Artigos não estejam escritos em inglês, espanhol, italiano ou português.

Após a leitura dos títulos e resumos, considerando os critérios de inclusão e exclusão definidos, foram considerados incluídos 3 artigos.

**Figura 5.** Quadro de Resumo dos artigos selecionados.

	<b>Artigo1</b>	<b>Artigo 2</b>	<b>Artigo 3</b>
<b>Identificação do Artigo</b>	Care and outcomes of relaxation room assistance at a public maternity hospital, Rio de Janeiro, Brazil	Visão de puérperas sobre a não utilização das boas práticas na atenção do parto	Non-Pharmacological management of relief in deliveries assisted by an obstetric nurse
<b>Autor/ Ano</b>	Pereira <i>et al.</i> 2012	Oreano <i>et al.</i> ; 2014	Lehuteur <i>et al.</i> 2017
<b>Participantes</b>	648 registros de atendimentos na sala de relaxamento	310 puérperas	232 puérperas (dados obtidos através dos processos das mesmas).
<b>Orientação Metodologica</b>	Descritivo e retrospectivo	Exploratório – descritiva e qualitativa.	Quantitativo Transversal Descritivo retrospectivo
<b>Objetivos</b>	Caraterizar o perfil obstétrico das parturientes admitidas na sala de relaxamento; identificar os cuidados prestados nessa sala e examinar as características maternas e neonatais dos partos resultantes desses serviços.	Identificar quais os motivos alegados pelas puérperas para a não utilização de boas práticas no TP e parto.	Caraterizar os partos assistidos pela enfermeira obstétrica quanto aos métodos não farmacológicos de alívio da dor non TP e parto. Realizado em um grande hospital público localizado em Porto Alegre, Brasil.
<b>Nível de evidência</b>	3	4	4

## Analise crítico reflexiva dos resultados

Neste capítulo efetuar-se-á um confronto entre a teoria e a prática, identificar-se-ão os aspetos que podem contribuir para melhorar a prática de enfermagem e irá rever-se a prática realizada à luz dos novos conhecimentos adquiridos, visando a melhoria da qualidade dos cuidados. Com esta revisão sistemática da literatura efetuada foi possível consolidar conhecimentos relativamente à deambulação no primeiro estágio do TP como favorece a sua evolução, quais as suas vantagens e desvantagens e qual a intervenção do enfermeiro EEESMO neste âmbito.

No estudo de Oreano *et al*, 2014 se pode constar que os motivos para a não deambulação e movimentação durante o trabalho de parto não foi por falta de informação ou estímulo dos profissionais que assistem a mulher, por questões pessoais como a vontade de não realizar a prática, ou o desconforto associado à realização da atividade.

A pesquisa de Pereira *et al*. (2012), identificou que os enfermeiros que prestam cuidados promovem o conforto e relaxamento, fazendo com que as mulheres experimentem o trabalho de parto com liberdade de movimento e posição, de acordo com a WHO. Segundo os mesmos autores, a relação empática do enfermeiro e a presença do companheiro são considerados os fatores mais importante para TP e parto. Os enfermeiros por fornecerem informações e explicações de acordo com os desejos e necessidades das mulheres e respeitarem a sua privacidade no ambiente do parto. A International MotherBaby Childbirth Initiative, refere um dos passos para otimizar o trabalho de parto e parto: "transmissão de informação à mulher sobre os benefícios do suporte contínuo e afirmação dos seus direitos para receber um acompanhante escolhido por si, durante o trabalho de parto e parto" (IMBCI, 2017).

Constatou-se que a deambulação reduz a duração da primeira etapa do trabalho de parto e que a imersão na água reduz a dor materna. A dimensão relacional do cuidado também foi identificada nas atividades de enfermagem prestadas nas salas de relaxamento. Os resultados desta pesquisa mostram que os cuidados individualizados, atendendo às necessidades de cada mulher durante o trabalho de parto pode influenciar favoravelmente o resultado do trabalho de parto, reduzindo a incidência de Parto de cesariana.

Portanto, o EEESMO pode contribuir para um cuidado centrado nas mulheres, ao analisar de forma antecipada as preferências de cada uma para posições de parto durante a gravidez, trabalho de parto e nascimento, como sublinham Nieuwenhuijze *et al.* ( 2012). Assim, a preparação para o nascimento tem um papel muito importante, de forma a capacitar as mulheres durante a gravidez para escolher as posições mais adequadas para cada uma delas, durante o trabalho de parto e nascimento.

Foi interessante verificar que o estudo de Pereira *et al.* (2012) vai ao encontro do que diz Oreano *et al.* ( 2014), a não utilização das boas práticas obstétricas no que concerne ao parto, em uma maternidade que preconiza a implementação das recomendações da OMS e das evidências científicas na assistência ao parto, esteve relacionada tanto com as atitudes dos profissionais como a decisão da mulher e indisponibilidade de seu acompanhante. A liberdade de movimentos implica o suporte contínuo por parte do EEESMO e pessoas significativas ao longo do TP promovendo o autocontrole, a participação ativa e a satisfação da parturiente. A restrição de alimentos e a privação do contato imediato com o RN estiveram diretamente ligadas com a atitude dos profissionais, já que em ambos os casos os profissionais de saúde não privilegiaram adoção dessas boas práticas, motivados pela visão do parto como um evento de risco, que poderia necessitar de uma intervenção cirúrgica. Muitas delas também não deambularam e não se movimentaram durante o trabalho de parto pelo simples fato de não o desejarem ou não se sentirem confortáveis. Dois estudos distintos onde, as categorias para um parto normal, boas praticas recomendadas pela OMS são referidas, mas, num pelo aspeto positivo e outro pelo aspeto negativo. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2015) é primordial a promoção do parto normal por parte dos EEESMO. Os mesmos consideram que o EEESMO é o elemento de referência mais especializado no atendimento ao parto natural. A humanização nos cuidados durante o trabalho de parto e nascimento visa promover uma assistência integral, respeitando e atendendo a parturiente nas dimensões espiritual, psicológica e biológica. O respeito pela fisiologia do parto é realizado através da diminuição de intervenções desnecessárias e na inserção de intervenções que reduzam o desconforto emocional e físico (ALMEIDA, 2015).

Os métodos não farmacológicos de alívio da dor, como deambulação, banho, massagem, variedade de posições, aromaterapia, bola e musicoterapia. Todos os métodos usados neste estudo têm baixo custo, fácil aplicabilidade e prática não invasiva. (LEHUGEUR; 2017). A presença da enfermeira obstétrica no parto, o ambiente, a implementação. práticas de humanização e recuperação de protagonismo feminino, favorecem todo o processo de TP e parto. Neste estudo, referido anteriormente, as mulheres puderam optar como queriam que decorresse o seu parto, o que lhes deu a autonomia e respeito. Os cuidados respeitavam a fisiologia do parto e uso de intervenções era realizada de forma seletiva e criteriosamente.

No estudo realizado por Lehueur *et al.* (2017), todos nos métodos não farmacológicos disponíveis a deambulação foi a mais utilizada e constataram que a evolução do trabalho de parto foi mais rápida. A possibilidade de alternar de posição é uma prática que deve ser encorajada durante o trabalho de parto e parto, de acordo com a necessidade da mulher, adotando um posicionamento confortável quando surge a contração. Os mesmos autores referem que a criação de um ambiente propício para a deambulação, promovendo a privacidade e tendo em conta o material existente na sala/quarto (ex. cadeiras) que possa condicionar o movimento ou posicionamento da grávida, este é outro contributo que o EEESMO poderá dar para a melhoria da qualidade de cuidados à parturiente.

Por vezes as mulheres têm de ser incentivadas e/ou esclarecidas sobre as boas praticas, preconizadas pela OMS para um parto normal, mas através deste estudo os profissionais também precisam de atualizar os seus conhecimentos e prestar cuidados onde a mulher tem poder de decisão, algumas parturientes referiram que os profissionais de saúde não as incentivaram (OREANO, 2014). Por esse motivo, o EEESMO deve informar as mulheres acerca dos benefícios da mobilização durante o trabalho de parto e nascimento, porque “as mulheres podem estar menos relutantes a mudar de posição se os benefícios forem explicados” (PEARSON, 2012).

Para a promoção do parto normal e pelo respeito dos direitos da mulher os EEESMO devem fomentar a investigação sobre práticas clínicas, considerando a fisiologia e processos de gravidez, trabalho de parto, parto, amamentação e pós-parto, é necessário estimular a formação contínua dos médicos e enfermeiros

sobre as práticas promotoras do parto normal, bem como, o treino regular na assistência a mães e recém-nascidos em emergências (DGS; APEO; OE, 2012).

No estudo de Oreano *et al.* (2014), refere que foram os profissionais de saúde que não possibilitaram as boas práticas de assistência ao parto normal, assim sendo os EEESMO devem estar em constante formação, que é um dos passos da International MotherBaby Childbirth Initiative contempla a formação contínua dos profissionais referindo a promoção de cuidados baseados em evidência científica para beneficiar o trabalho de parto e parto (evidência científica para beneficiar o trabalho de parto e parto (IMBCI, 2017).

## CONCLUSÃO

A evidência científica comprova os benefícios da deambulação o TP, para a mãe e para o feto. Segundo os resultados do ano de 2014 referentes à implementação dos Projetos de Maternidade de Qualidade pela OE nas várias instituições envolvidas, verificou-se que a mobilidade adequada da parturiente durante o TP aumenta a tolerância à dor e, por conseguinte, evita o uso de fármacos, favorece a dilatação e reduz o tempo da fase ativa do TP. No entanto é importante que o EEESMO continue a atualizar os seus conhecimentos, a questionar-se sobre a prática para assim contribuir para a evolução dos cuidados e conhecimento.

Também a OE (2019) refere que o enfermeiro especialista deve assentar “a praxis clínica especializada em sólidos e validos padrões de conhecimento”, que contribuam para a identidade do EEESMO enquanto profissional de saúde e detentor de um vasto conhecimento que contribui não só para a melhoria da prestação de cuidados de saúde no âmbito da saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica, mas também capaz de construir um corpo de saberes caraterísticos da enfermagem, que lhe conferem particular importância enquanto ciência da saúde. A realização deste relatório, teve também como finalidade repensar a importância da mobilidade da mulher no primeiro estágio do trabalho de parto, sendo esta uma prática, não comum, no meu contexto profissional. Com este trabalho pretendo contribuir para a mudança no local onde exerço, enquanto futura EEESMO defendo com o que foi exposto, serem relevantes os benefícios da mobilidade da mulher durante o primeiro estágio do TP.

Considero que o EEESMO tem um papel muito importante neste processo, e pode começar a desenvolvê-lo durante o período pré-natal, de forma a empoderar a mulher/casal acerca desta temática. É importante incentivar não só as mulheres para esta prática, mas também os profissionais de saúde, pois muitos acomodam-se às rotinas do dia-a-dia, diminuindo a capacidade de refletir sobre os benefícios da mobilidade no TP e da necessidade de implementar a sua prática. De acordo com APEO (2009), é necessário desenvolver com os profissionais da área, um conjunto de medidas capazes de promover o apoio e segurança na assistência ao parto normal, sem intervenção, e cuja prática se baseie na evidência científica e não apenas na ajuda rotineira da tecnologia.

A revisão sistemática da literatura, demonstrou que já foram realizados alguns estudos sobre esta temática, provando que os benefícios da mobilidade, as liberdades de posicionamento da mulher no primeiro estágio do trabalho de parto estão indicadas e que o permanecer no leito, não traz benefícios, muito pelo contrário, mas que as mulheres necessitam ser incentivadas para não o realizarem.

Este trabalho poderá estimular a reflexão sobre o cuidado dos profissionais, procurando uma prática diferenciada, fundamentada e refletida. Também contribuir para sensibilizar e alertar os enfermeiros especialistas de saúde materna e obstetrícia, para uma prática esclarecedora das mulheres que cuidam e lhes darem liberdade de posicionamento, contribuindo com a iniciativa ao parto normal, parto humanizado e conseguindo desta forma ganhos em saúde.

## REFERENCIAS

ALMEIDA, O. G. Humanização do Parto - a atuação dos enfermeiros. *Revista Enfermagem Contemporânea*, p. 79-90, Jan. - Jun. de 2015.

AMENDOEIRA, J. Ensino de enfermagem: Perpetivas de desenvolvimento. *Pensar enfermagem*, 2009.

APEO. *Iniciativa Parto Normal*. Loures: Lusociência, 2009.

BALASKAS, J. *Parto Ativo- Guia prático para o parto natural*. São Pedro do Estoril: 4Estações-Editora, Lda., 2017.

BRADEN, P. S. *Enfermagem Materno-Infantil*. Reichmann, 2000.

- BRÜGGEMANN, O. P. Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto /parto: uma revisão literatura. Rio de Janeiro: Cadernos de Saúde Pública, 2005.
- COUTO, G. Preparação para o parto: Representações Mentais de um grupo de grávidas de uma área rural. Lusociência, 2003.
- CRAIG, JEAN V.; SMYTH ROSALIND L. *Prática Baseada na Evidência : Manual para Enfermeiros*. Loures: Lusociência, 2004.
- DGS. *Programa Nacional para a vigilância da Gravidez de Baixo Risco*. Lisboa: Direção Geral de Saúde, 2015.
- FERREIRA, A. R. Humanização do Parto e Nascimento: Acolher a Parturiente. *Revista de Enfermagem UFPE On Line*, p.1398-1405, 2013.
- FERREIRA, M.; Dias, M. O. *Ética e profissão: relacionamento interpessoal em enfermagem*. Loures: Lusociência, 2005.
- GRAÇA, L. M. *Medicina Materno-Fetal 4ª Edição*. Lisboa: Lidel, 2010.
- HODNETT, E. Pain and Women's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2011.
- INITIATIVE, I. M. *International MotherBaby Childbirth Initiative*: [www.imbco.weebly.com](http://www.imbco.weebly.com). 23 de novembro de 2017.
- JBI. *Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual*. Austrália: Edition, The University of The Joanna Briggs Institute, 2014.
- KITZINGER, S. Letter from Europe: home birth reborn. *Birth*, 2008.
- LAWRENCE A., L. Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2013.
- LEHUGEUR, D. S. Non-Pharmacological Management of relief in deliveries assisted by a an obstetric nurse. *Journal of Nursing UFPE On Line, Recife*, p.4929-4937, 2017.
- LOWDERMILK, D.; PERRY. *Enfermagem na Maternidade, 7ª edição*. Loures: Lusodidata, 2009.
- M, B.; MC, G., ;AJ, H. *Intervenções não farmacológicas para alívio da dor no trabalho de parto: contribuições para a prática da enfermeira obstetra e da enfermagem*, 2015.
- MAFETONI RR, S. A. Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: revisão integrativa. *REME- Rev. Min. Enfermagem* 18, p. 512-520, 2014.
- MAMEDE FV, M. M. Reflexões sobre deambulação e posição materna no trabalho de parto e parto. *Revista de Enfermagem, obtida através scielo.br.*, 2007.
- MAEDE, F. V. *O efeito da deambulação na fase ativa do trabalho de parto- Tese de doutoramento*. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2005.
- MCEESMO-OE. *Maternidade com Qualidade. Obtido na Ordem dos Enfermeiros*, 2014.
- MIDVIVES, I. C. *Essential Competencies. Essential Competencies for Midwifery Practice*, janeiro de 2019.
- NIGHTINGALE, F. *Notas de Enfermagem*. Loures: Lusociência, 2005.

- OE. *Pelo Direito ao Parto Normal: Uma Visão Partilhada*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2012.
- OE. *Livro de Bolso - Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia/Parteiras*. Lisboa: Goody,S.A., 2015.
- OE. *Ordem dos Enfermeiros - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica*. Lisboa, 2019.
- OMS. *Essencial Antenatal, Perinatal and Postpartum care. Promoting Effective Perinatal Care. Training modules, Module 3*. Europe: WHO, 2002.
- OREANO, J. M. Visão de puérperas sobre a não utilização das boas práticas na atenção ao parto. *Ciencia, Cuidado e Saude*, p. 128-136, 2014.
- PEARSON, A. *Modelos para o exercício de enfermagem*. Lisboa: Associação Católica de Enfermeiros e Profissionais de Saúde, 2012.
- PEREIRA, A. L. Care and Outcomes of relaxation room assistance at a public maternity, Rio de Janeiro, Brazil. *Text Context Nursing, Florinópolis*, p.566-573, 2012.
- PINHEIRO, A. C. *Documento de Consenso "Pelo Direito ao Parto Normal - Uma Visão Partilhada"*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2010.
- ROCHA CR, F. L. Assistência do enfermeiro obstetra à mulher parturiente: em busca do respeito à natureza. *Revista Pesquisa Cuid. Fund.*, p. 807-816, 2010.
- SABATINO H, D. P.-B. *Parto humanizado: formas alternativas*. Campinas (SP): Ed Unicamp, 2000.
- SILVA AM; S. C. Os benefícios da livre movimentação no parto para alívio da dor. *Revista Recien*, p. 70-81, 2017.
- SIMKIN, P. *The labor progress Handbook\_ Early Intervencions to prevent and Dystocia*. Iowa. Wiley-Blackwell, 2011.
- SOUZA JP; M. M. Maternal position during the first stage of labor: a systematic. *Reprod Health*, p. 331-336, 2006.
- VELADAS, M. M. (1997). *Ajudar na sala de partos*. Lisboa: Lidel, 1997.
- WHO. *Care in Normal Birth: birth practeces*, 1996.
- MIDVIVES. Women centred care: position statement. Obtido de The Royal College of Midwives:<http://www.rcm.org.uk/Easysite/eb/getresource.axd?AssetID=121546>, 2011.
- WORLD HEAHTH ORGANIZATION. *Who Recommendations. Intrapartum care for a positive childbirth experience*, 25 de junho de 2018.
- ZUGAIB, M. *Zugaib Obstetrícia*. Editora Manole, 2008.

## **PREPARAÇÃO DO PAVIMENTO PÉLVICO MATERNO NO PERÍODO PRÉ-PARTO: INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA**

**Cátia Sofia Isidro Ferreira**  
Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central -  
Maternidade Dr. Alfredo da Costa, Portugal

**Débora Branco Fernandes**  
Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central -  
Maternidade Dr. Alfredo da Costa, Portugal

**Ana Maria Aguiar Frias**  
Universidade de Évora, CHRC, Portugal

# RESUMO

**Introdução:** A preparação do pavimento pélvico no período pré-parto traz inúmeros benefícios para a mulher no período perinatal e pós-parto, prevenindo disfunções a médio/ longo prazo, contribuindo para um aumento da qualidade de vida da mulher. **Objetivo:** O Objetivo geral deste estudo é descrever a importância da preparação do pavimento pélvico na mulher, durante o período pré-parto, pelo EESMO, identificando benefícios e complicações associados a este fenómeno. **Resultados:** A literatura evidencia a importância da capacitação dos profissionais de saúde e das mulheres grávidas no que diz respeito à saúde do seu pavimento pélvico, bem como a inserção deste tema nos currículos dos cursos de preparação para o parto. **Conclusão:** Verifica-se que as grávidas reconhecem o quão fulcral é a prática de exercícios de fortalecimento do pavimento pélvico. Através da criação de cursos mais completos, que contemplem estas temáticas, assim como as disfunções associadas a ausência desta mesma preparação, torna-se possível monitorizar a execução destes exercícios, aumentando o sucesso da sua realização.

**Palavras-chave:** Midwife, Pelvic Floor, Pregnant Women.

## INTRODUÇÃO

A gravidez é habitualmente considerada como uma experiência positiva. Como tal, as experiências vivenciadas pelas mulheres associadas a este evento deverão possuir as melhores características e contornos. Sabe-se que o pavimento pélvico é composto por fibras musculares elevadores do ânus e de tecidos moles suspensos na saída da pelve, formando uma folha de tecido que envolve e suporta o conteúdo pélvico. As suas funções passam por suportar e manter a posição anatómica dos órgãos reprodutivos internos femininos e manter controlo muscular voluntário para micções e dejeções (COAD; PEDLEY; DUNSTALL, 2020). Por conseguinte, o trauma no pavimento pélvico durante o parto causar alterações na função do esfíncter interno, nomeadamente na urgência de micção (COAD; PEDLEY; DUNSTALL, 2020).

Desta forma, ao examinar todas as alterações e possíveis disfunções ou desconfortos, passíveis de serem experimentados pela mulher ao longo do período perinatal, torna-se fundamental analisar os fatores que podem colocar em causa a qualidade de vida associada a este período, uma vez que o bem-estar da mulher, assim como a sua autoestima, sexualidade e consequentemente, a sua qualidade de vida podem ser gravemente comprometidos. Estas disfunções traduzem-se, resumidamente, em incontinência urinária e/ou fecal, prolapso dos órgãos pélvicos e alterações da função sexual (COAD; PEDLEY; DUNSTALL, 2020).

Assim, colocam-se aqui alguns obstáculos, nomeadamente no que diz respeito à preparação dos enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica (EESMO) em relação a esta temática, bem como à eficácia dos ensinamentos e exercícios realizados nas aulas de preparação para o parto e/ou ao longo das consultas no período pré-parto.

Sabendo que o EESMO tem como competências a promoção do cuidado à mulher ao longo de toda a sua vida desde o período preconcepcional, apoiando e gerindo intervenções que potenciam a qualidade de vida e saúde da mesma, é determinada a veemência do tema, através da realização de intervenções de promoção da saúde, particularmente no envolvimento da comunidade – mulher e pessoas significativas -, em momentos como cursos de preparação para o

parto ou em qualquer interação no período pré-natal com os profissionais de saúde que as acompanham.

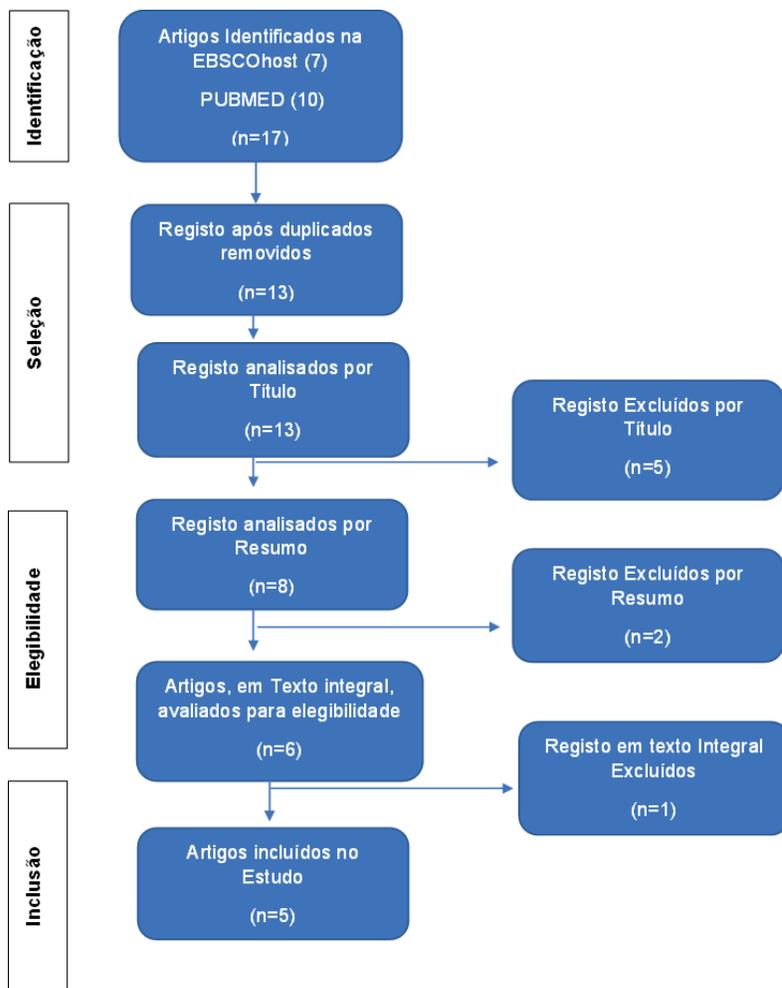
## **METODOLOGIA**

O artigo apresenta-se como uma revisão integrativa da literatura, com evidência científica presente nas plataformas *PubMed*, *MEDLINE* e *CINAHL*. Foram utilizados os descritores *MeSH* "*midwives*", "*pregnant women*" e "*Pelvic floor*", e o operador booleano "*AND*". Os critérios de inclusão definidos foram: artigos publicados entre 2018 e 2023 de língua portuguesa e inglesa e com resumo e texto integral de acesso gratuito que abordam as disfunções do pavimento pélvico na mulher na gravidez e o seu impacto na sua qualidade de vida, bem como a importância do fornecimento da informação e educação para a saúde das mulheres grávidas e dos profissionais de saúde relativamente a esta temática. Por outro lado, foram removidos artigos duplicados, assim como todos os que não se integravam no tema em estudo.

Com base nestes critérios de inclusão e exclusão obteve-se como resultados da pesquisa, 10 artigos na *PubMed*, 7 artigos na *MEDLINE* e *CINAHL*, tendo sido apenas analisados 5 artigos, após aplicados critérios e inclusão e leitura do título e resumo. Este processo de seleção é esquematizado segundo o modelo *PRISMA*, representado na figura 1 (JBI, 2016; VILELAS, 2022).

Por último, foram incluídos os níveis de evidência de cada artigo segundo a classificação de Joanna Briggs Institute.

**Figura 1.** Processo de seleção dos artigos através do modelo PRISMA Flow Diagrama (2021).



**Fonte.** Autoras da revisão.

## RESULTADOS

Após a seleção dos artigos foi elaborada uma tabela (tabela 1) na qual se apresenta uma análise destes, com o objetivo de dar resposta à questão de investigação desta revisão de literatura.

**Tabela 1.** Quadro síntese dos estudos.

Título (autores, ano)	Objetivo e Amostra	Abordagem/ Recolha de dados/ Nível de Evidência	Resultados/ Conclusões
<p><b>Artigo 1</b>                      “Should pregnant know their individual risk of future pelvic floor dysfunction? A qualitative study” (BUGGE; STRACHAN; PRINGLE; HAGEN et al, 2022)</p>	<p><b>Objetivo:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Explorar as perspectivas dos profissionais de saúde relativamente à prevenção de disfunções do pavimento pélvico</li> <li>- Averiguar a relação entre a maternidade e a disfunção do pavimento pélvico</li> <li>- Sensibilizar para promoção da saúde do pavimento pélvico em mulheres grávidas</li> </ul> <p><b>Amostra:</b> Um grupo de pessoas: 14 grávidas e outro grupo de 8 enfermeiros obstetras, 3 fisioterapeutas e 6 médicos obstetras</p>	<p><b>Tipo de estudo:</b> Estudo qualitativo</p> <p><b>Recolha de dados:</b> Entrevista semi-estruturada</p> <p><b>Nível de evidência 3</b> (JBI Levels of Evidence).</p>	<p>Este estudo permitiu apurar as principais disfunções do pavimento pélvico e as dificuldades sentidas pelos profissionais de saúde em inserir esta temática nos cursos de preparação para o parto, assim como ao longo de toda a sua prestação de cuidados. Por outro lado, constata-se que as grávidas inquiridas reconhecem a importância de conhecer o seu corpo, nomeadamente a estrutura do assoalho pélvico, bem como formas de prevenir a sua disfunção.</p>
<p><b>Artigo 2</b>                      “Antenatal preventative pelvic floor muscle exercise intervention led by midwives to reduce post-natal urinary incontinence (APPEAL): protocol for a feasibility and pilot cluster randomised controlled trial” (BICK; BISHOP; COLEMAN; DEAN et al, 2022)</p>	<p><b>Objetivo:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Providenciar informação acerca dos exercícios de prevenção de disfunção do pavimento pélvico</li> <li>- Reduzir o aparecimento de incontinência urinária no período pós-parto</li> <li>- Instruir os enfermeiros obstetras para a inclusão de sessões de educação para a saúde acerca da importância de exercícios do pavimento pélvico na gravidez</li> </ul> <p><b>Amostra:</b> Um grupo de 17 enfermeiros obstetras</p>	<p>Estudo quantitativo - Ensaio Controlado Randomizado</p> <p><b>Recolha de dados:</b> questionários realizados a grávidas e aos enfermeiros obstetras e realização de 1 entrevista semi-estruturada aos enfermeiros</p> <p><b>Nível de evidência 3</b> (JBI Levels of Evidence).</p>	<p>O artigo reúne informação através da realização de questionários a mulheres no período pós-parto no sentido de conhecer a prevalência da incontinência urinária associada a disfunção do pavimento pélvico. Além disso, é destacada a importância de formar e informar os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros obstetras, relativamente à necessidade de incluírem exercícios de fortalecimento do assoalho pélvico nas suas intervenções de enfermagem junto das grávidas, de forma a prevenir complicações como a incontinência urinária.</p>

Título (autores, ano)	Objetivo e Amostra	Abordagem/ Recolha de dados/ Nível de Evidência	Resultados/ Conclusões
<p><b>Artigo 3</b>  "Mode of delivery preferences among multiparous women based on previous birth experience."  (ĎURÍČEKOVÁ; ŠKODOVÁ; BAŠKOVÁ, 2021)</p>	<p><b>Objetivo:</b>  - Conhecer a relação entre as expectativas associadas ao nascimento e a experiência em gravidezes anteriores.</p> <p><b>Amostra:</b>  Foram consideradas 111 mulheres grávidas (cerca de 31 anos) que já tenham tido filhos.</p>	<p>Estudo observacional sem grupo de controle</p> <p><b>Recolha de dados:</b> questionário e revisão de literatura</p> <p><b>Nível de evidência 3</b> (JBI Levels of Evidence).</p>	<p>Verifica-se a importância atribuída a uma experiência de parto positiva, no que se refere às expectativas para gravidezes seguintes. Neste sentido, é destacada a importância da preparação do pavimento pélvico e prevenção da sua disfunção em qualquer circunstância ou tipo de parto, quer seja via vaginal ou cesariana. Por outro lado, são evidenciados dados relativos ao aumento do número de partos instrumentalizados, nomeadamente cesarianas, e a relação entre estes e o aparecimento de situações como incontinência urinária no período pós-parto, por ausência de preparação do corpo da mulher. Identifica a necessidade de valorizar os exercícios de preparação do pavimento pélvico em qualquer gravidez e a sua contribuição em qualquer parto.</p>
<p><b>Artigo 4</b>  "Evaluation of the effect of an antenatal pelvic floor muscle exercise programme on female sexual function during pregnancy and the first 3 months following birth: study protocol for a pragmatic randomized controlled trial"  (SOBHGOL; PRIDDIS; SMITH; DAHLEN, 2019)</p>	<p><b>Objetivo:</b>  Comparar um plano combinado de exercícios dos músculos do pavimento pélvico com o os exercícios utilizados atualmente e um plano apenas com os exercícios atualmente aplicados.</p> <p><b>Amostra:</b>  Foram consideradas 200 participantes, sendo um critério de inclusão, ter menos de 22 semanas de gestação</p>	<p>Estudo quantitativo - Ensaio Controlado Randomizado.</p> <p><b>Recolha de dados:</b> questionário e análise estatística</p> <p><b>Nível de evidência 3</b> (JBI Levels of Evidence).</p>	<p>O estudo é realizado em 3 momentos: às 22 semanas de gestação, às 36 semanas de gestação e 3 meses após o parto. Ao longo deste tempo, é avaliada a diferença entre quem está apenas a executar os exercícios de preparação para o parto habituais e quem realiza também os exercícios específicos do pavimento pélvico, obtendo-se como resultado que estes últimos devem ser considerados como prioritários na prevenção da incontinência urinária.</p>

Título (autores, ano)	Objetivo e Amostra	Abordagem/ Recolha de dados/ Nível de Evidência	Resultados/ Conclusões
<b>Artigo 5</b> “The Effects of Pilates Method on Pelvic Floor Injuries during Pregnancy and Childbirth: a quasi-experimental study” (FERIA-RAMÍREZ; GONZALEZ-SANZ; MOLINA-LUQUE; MOLINA-RE-CIO, 2021)	<b>Objetivo:</b> Investigar a influência da prática de pilates ao longo da gravidez, no que se refere à incidência e grau de trauma perineal no período intraparto  <b>Amostra:</b> Grupo de 48 pessoas (controle) + Grupo de 24 grávidas que praticaram pilates ao longo da gravidez	Estudo quase-experimental com grupo de controlo  <b>Recolha de dados:</b> questionários e análise de informação clínica das utentes  <b>Nível de evidência 2</b> (JBI Levels of Evidence).	Neste artigo, encontra-se presente novamente a importância de especializar e formar os profissionais de saúde, sensibilizando-os, para a aquisição de competências que permitam ensinar as mulheres a realizar exercícios de fortalecimento do pavimento pélvico, aumentando a sua literacia em saúde. Sugere-se a criação de programas de treino, de aplicações virtuais, e outros meios que permitam o aperfeiçoamento destes mesmos exercícios e de aulas de pilates, de forma a providenciar recursos para as grávidas no seu quotidiano.

Fonte: Autoras da revisão.

## DISCUSSÃO

Após análise dos artigos selecionados, foi possível constatar que existe uma relação entre a execução de exercícios de fortalecimento do pavimento pélvico (EFP) e a diminuição da incidência de disfunções deste último.

Verificou-se, ainda, que têm sido desenvolvidas diversas iniciativas, nomeadamente aplicações para o telemóvel, criadas por enfermeiros, que promovem a correta execução dos EFP (BICK; BISHOP; COLEMAN; DEAN *et al.*, 2022) e que realizam um acompanhamento ao longo do período que antecede o parto (SOBHGOL; PRIDDIS; SMITH; DAHLEN, 2019), bem como no período após o nascimento, de forma a prevenir ou corrigir e minimizar potenciais disfunções.

Neste sentido, e de acordo BUGGE; STRACHAN; PRINGLE; HAGEN *et al.*, 2022), foi possível apurar as dificuldades sentidas pelos profissionais de saúde em incluir nas aulas de preparação para o parto esta temática. Por outro lado, para que a abordagem deste tema seja efetuada de forma aprofundada e especializada, é necessário o investimento na formação dos enfermeiros, no caso enfermeiros obstetras, procurando uma intervenção individualizada

e com qualidade (FERIA-RAMÍREZ; GONZALEZ-SANZ; MOLINA-LUQUE; MOLINA-RECIO, 2021).

Finalmente, confirmou-se também a importância dos EFP em situações de cesariana, uma vez que os fortalecimentos das estruturas do assoalho pélvico, devido à sua natureza muscular, devem ser incentivados e têm de ser tonificadas, pelo facto de sustentarem o peso do bebé e alterações fisiológicas ao longo da gravidez (ĎURÍČEKOVÁ; ŠKODOVÁ; BAŠKOVÁ, 2021).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os cuidados relacionados com o pavimento pélvico da mulher grávida representam uma área de intervenção por explorar e aperfeiçoar, quer no que diz respeito à especialização dos profissionais de saúde quer em relação aos recursos disponibilizados no acompanhamento da grávida ao longo da gestação.

Desta forma, ao analisar a evidência científica mais atual, é salientada a necessidade de os enfermeiros obstetras adquirirem conhecimento no que se refere às disfunções do pavimento pélvico, bem como acerca dos exercícios necessários para as prevenir.

Neste sentido, a revisão dos conteúdos dos cursos de preparação para o parto implica a inserção de esquemas de exercícios de fortalecimento do assoalho pélvico, de modo a monitorizar a execução dos mesmos, aumentando o sucesso da sua realização.

Por fim, o recurso à tecnologia, acompanhado da estimulação do conhecimento dos enfermeiros, mostra ser a chave para a construção de relações terapêuticas entre estes últimos e as mulheres no período pré-parto, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida destas mulheres, capacitando-as e envolvendo-as no seu processo de saúde.

## REFERÊNCIAS

BICK, D.; BISHOP, J.; COLEMAN, T.; DEAN, S. *et al.* Antenatal preventative pelvic floor muscle exercise intervention led by midwives to reduce postnatal urinary incontinence (APPEAL): protocol for a feasibility and pilot cluster randomised controlled trial. *Pilot and feasibility studies*, 8, n. 1, p. 231, 2022.

BUGGE, C.; STRACHAN, H.; PRINGLE, S.; HAGEN, S. *et al.* Should pregnant women know their individual risk of future pelvic floor dysfunction? A qualitative study. *BMC Pregnancy & Childbirth*, 22, n. 1, p. 1-9, 2022.

COAD, J.; PEDLEY, K.; DUNSTALL, M. *Anatomy and physiology for midwives*. Fourth edition. ed. Edinburgh: Elsevier, 2020. xiii, 535 pages p. 9780702066689

0702066680.

ŘURÍČEKOVÁ, B.; ŠKODOVÁ, Z.; BAŠKOVÁ, M. MODE OF DELIVERY PREFERENCES AMONG MULTIPAROUS WOMEN BASED ON PREVIOUS BIRTH EXPERIENCE. *Central European Journal of Nursing & Midwifery*, 12, n. 4, p. 545-554, 2021.

ENFERMEIROS, O. D. *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica*. 2019. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/11870/1356013565.pdf>.

FERIA-RAMÍREZ, C.; GONZALEZ-SANZ, J. D.; MOLINA-LUQUE, R.; MOLINA-RECIO, G. The Effects of the Pilates Method on Pelvic Floor Injuries during Pregnancy and Childbirth: A Quasi-Experimental Study. *International journal of environmental research and public health*, 18, n. 13, 2021.

SOBHGOL, S. S.; PRIDDIS, H.; SMITH, C. A.; DAHLEN, H. G. Evaluation of the effect of an antenatal pelvic floor muscle exercise programme on female sexual function during pregnancy and the first 3 months following birth: study protocol for a pragmatic randomised controlled trial. *Trials*, 20, n. 1, p. 144, 2019.

VILELAS, J. *Investigação no Processo de Construção do Conhecimento*. 3ª Edição ed. Lisboa: Sílabo, 2020. 978-989-561-097-6.

## **VINCULAÇÃO MÃE-BEBÉ APÓS O PARTO: ESTRATÉGIAS PROMOTORAS**

**Cátia Alexandra Martins Cordeiro**  
Hospital do Espírito Santo de Évora, Portugal

**Sara Filipa Garrido Coração Franco**  
Hospital do Espírito Santo de Évora. Évora, Portugal

**Ana Maria Aguiar Frias**  
Universidade de Évora, Escola Superior de  
Enfermagem S. João de Deus, Investigadora na  
Comprehensive Health Research Centre (CHRC),  
Évora, Portugal

# RESUMO

No puerpério a mulher apropria-se do seu lugar como mãe, apesar de ser uma altura delicada, estabelece-se um vínculo recíproco entre a mãe e o bebé. A vinculação é a ligação existente entre o bebé e a mãe, é o processo de formação dos laços afetivos. Tem origem na necessidade humana inata de criar ligações íntimas com outros durante a vida. Se a vinculação estiver comprometida leva a distúrbios a longo prazo nas relações e a distúrbios no desenvolvimento social/emocional do bebé. Desta forma, é pertinente uma revisão da literatura, com pesquisa bibliográfica em bases de dados para identificar as principais intervenções e estratégias que promovem a vinculação mãe-bebé após o parto. No entanto, não estão esclarecidas as medidas que existem, mas foi possível verificar que o contacto pele a pele, o aleitamento materno, o corte tardio do cordão umbilical e o alojamento conjunto ajudam na criação, promoção e desenvolvimento da vinculação.

**Palavras-chave:** Bebé, Estratégia, Mãe, Vinculação pós-Parto.

## INTRODUÇÃO

A vinculação entre a mulher e o recém-nascido (RN) é um precedente da ligação pós-natal (ANDRADE; *et al.*, 2017). A vinculação no período pré-natal é a relação emocional entre a mãe e o bebê durante a gravidez, e tem influência no desenvolvimento do bebê (CHEN; XU, 2018). É a relação que serve como protótipo para as diferentes relações na vida do novo ser humano (DAGLAR; NUR, 2018), sendo o laço emocional entre uma criança e os seus cuidadores e moldado pelas interações desde o nascimento (RUIZ; *et al.*, 2018). A vinculação materna traduz-se na relação calorosa, de amor, satisfação e prazer mútuo, em que existe proximidade, reciprocidade e compromisso (KESKIN; YAGMUR, 2020). No entanto, esta relação emocional estabelecida entre a mulher e o seu bebê pode ser influenciada pela vinculação da mulher com a sua mãe (CHEN; XU, 2018).

A vinculação que se inicia na gravidez desenvolve-se após o parto, período no qual é mais experienciada, e no qual o bebê inicia a sua adaptação ao mundo exterior (KESKIN; YAGMUR, 2020). Deve-se iniciar o contacto pele a pele, adiar o corte do cordão umbilical e iniciar o aleitamento materno, pois estas medidas previnem a hipotermia e hipoglicemia do recém-nascido, e facilitam a vinculação (NECZYPOR; HOLLEY, 2017). O puerpério é um período desafiante para a mulher pelos cuidados ao bebê, mas é o período em que a vinculação se desenvolve, é estabelecida lentamente e gradualmente (SOUZA; *et al.*, 2017). Variáveis cognitivas e emocionais que envolvem sentimentos positivos como afeto e aconchego estão associados a uma vinculação positiva (NONNENMA-CHER; *et al.*, 2016).

Um forte relacionamento tem por base a sensibilidade às necessidades do bebê, o que vai promover o seu desenvolvimento emocional, cognitivo e social (ROSSEN; *et al.*, 2016). O amor e apoio prestado pela família tem um papel essencial no desenvolvimento físico e espiritual do bebê, e fatores como o desejo e planeamento da gravidez, o alojamento conjunto, o contacto pele a pele, o início precoce do aleitamento materno, que afetam positivamente a vinculação (KESKIN; YAGMUR, 2020). Outros fatores como a idade da mãe, a paridade, problemas físicos e/ou psicológicos durante a gravidez, e a escolaridade também influenciam a vinculação (BOZTEPE; *et al.*, 2016).

Ver e segurar o recém-nascido pela primeira vez é o auge do processo da reprodução (BIRO; *et al.*, 2015), envolve proximidade física e afeta de forma positiva a vinculação. Os primeiros 60 minutos de vida do RN são críticos, este período envolve a transição do ambiente intrauterino para o extrauterino que exige uma rápida adaptação do recém-nascido (NECZYPOR; HOLLEY, 2017). No entanto, as práticas institucionalizadas podem adiar ou interromper o contacto precoce da mãe com o bebé (BIRO; *et al.*, 2015). O organismo do RN sofre adaptações pulmonares, circulatórias, metabólicas e hemodinâmicas, com três atitudes principais pode-se amenizar esta adaptação, nomeadamente o contacto pele a pele, o corte tardio do cordão umbilical e a amamentação (NECZYPOR; HOLLEY, 2017). Estas medidas também melhoram a vinculação e, desta forma, surgiu necessidade de maior pesquisa sobre estratégias promotoras da vinculação mãe-bebé após o parto.

## DESENVOLVIMENTO

Para se iniciar uma revisão da literatura deve-se formular uma questão de investigação, sendo que uma boa questão de investigação tem que ser significativa e com propósito (SOUSA; *et al.*, 2018). O modelo PICO é o mais frequentemente usado, tanto a nível da prática baseada na evidência (PBE), como nas ciências da saúde, como tal foi o modelo escolhido.

**Figura 1.** Modelo PICO para a formulação da questão de investigação.

P - População	Mãe-bebé
I - Intervenções	Estratégias promotoras da vinculação
C - Contexto	Após o parto
O - Resultados	Identificar as estratégias promotoras da vinculação

**Fonte:** Elaboração das autoras.

A questão de investigação é “Quais as estratégias promotoras da vinculação mãe-bebé após o parto?”. Esta questão define objetivos, palavras-chaves e termos para a pesquisa de artigos. A definição de termos ou palavras-chave, continua através de estratégias de pesquisa, definição das bases de dados e outras fontes de informação para a pesquisa (SAMPAIO; MANCINI, 2007). Através da pesquisa bibliográfica tem-se um elevado número de referências

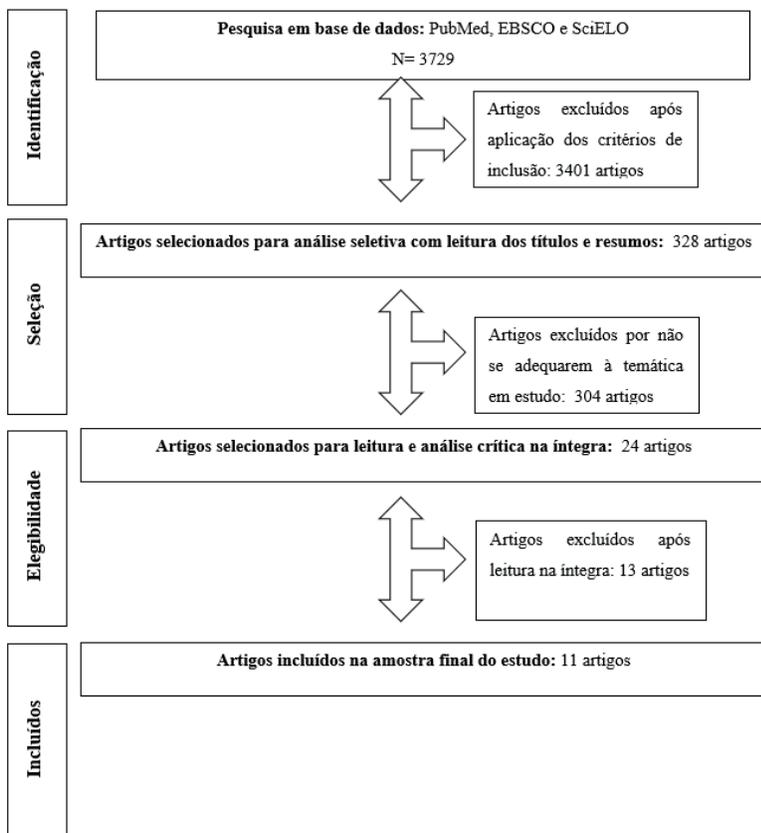
potencialmente elegíveis, mas que necessitam de ser analisadas para inclusão, como tal, apenas uma pequena porção da pesquisa será utilizada e incluída (DONATO; DONATO, 2019).

## **Metodologia**

Para elaboração desta revisão da literatura foi realizada uma pesquisa bibliográfica nas bases de dados: NCBI (PubMed), EBSCO Host e SciELO. Foram utilizados os descritores MeSH (Medical Subject Heading) "mother", "newborn", "bonding", "postpartum" e "methods"; e as palavras-chave "vinculação", "attachment", "bonding", "mother", "newborn" e "baby". Foram definidos critérios de inclusão, nomeadamente artigos publicados entre 2015 e 2021 com a opção de texto completo. Na pesquisa da NCBI foi adicionado mais um critério de inclusão, a espécie humana.

Através da aplicação dos critérios de inclusão reduziu-se acentuadamente o número de artigos de 3729 para 328, no fim foram incluídos 11 artigos (figura 2). Foram incluídos estudos primários quantitativos e/ou qualitativos, revisões sistemáticas da literatura, meta-análise e estudos secundários. Para completar a pesquisa nas bases de dados foi realizada uma pesquisa bibliográfica adicional com publicações adequadas ao tema.

**Figura 2.** Fluxograma da pesquisa de artigos na base de dados.



**Fonte:** Elaboração das autoras.

Após se incluírem os artigos escolhidos é realizada uma avaliação descritiva de cada um, apresentada em formato de tabela. Os artigos incluídos estão apresentados na figura 3 com destaque para as suas características.

**Figura 3.** Resumo dos artigos.

	1	2	3	4
Autores/ano	Neczypor & Holley, 2017	Zehra & Rukiye, 2020	Daglar & Nur, 2018	Kim, 2019
Título do artigo	Providing Evidence-Based Care During the Golden Hour	The Effect of Early Kangaroo Care Provided to Term Babies on the Maternal-fetal Attachment	Level of mother-baby bonding and influencing factors during pregnancy and postpartum period	Factors associated with Maternal Attachment of Breastfeeding Mothers
Desenho	Revisão integrativa	Estudo descritivo	Estudo transversal descritivo	Estudo transversal descritivo
Objetivo	Descrever um protocolo baseado em evidências para a implementação da "Golden Hour" na prática	Determinar o efeito do contacto pele a pele precoce em bebés de termo na vinculação mãe-bebé	Determinar o nível de vinculação mãe-bebé. Identificar fatores que influenciam a vinculação durante a gravidez e o período pós-parto. Examinar a relação entre a vinculação durante a gravidez e o período pós-parto.	Investigar a associação dos fatores relacionados com a amamentação com a vinculação materna.
Principais resultados	Implementar um protocolo da "Golden Hour" baseado nas evidências pode melhorar as taxas de amamentação, diminuir a morbidade materna e neonatal, e promover o vínculo mãe-bebé. Um protocolo da "Golden Hour" oferece a mulheres e bebés os benefícios do CPP imediato, o corte tardio do cordão umbilical e o início precoce da amamentação, que podem melhorar a saúde.	O contacto pele a pele afeta positivamente a vinculação mãe-bebé. As mulheres que praticam o contacto pele a pele não apresentam problemas relacionados com a vinculação mãe-bebé após o parto. O bebé apresenta valores fisiológicos normais. O contacto pele a pele apoia a autoconfiança da mãe.	Os níveis de depressão e ansiedade foram maiores durante a gravidez do que no período pós-parto. A depressão durante a gravidez e a ansiedade e depressão no pós-parto afetaram negativamente a vinculação mãe-bebé após o parto. Quanto maior é a vinculação no período pré-natal, maior vai ser após o parto.	Para melhorar a vinculação os enfermeiros devem apoiar ativamente as mães na amamentação e implementar precocemente intervenções para prevenir as depressões pós-parto.

	5	6	7	8
Autores/ano	Lai, Hung, Stocker, Chan & Liu, 2015	Hairston, Handeltzalts, Lehman-Inbar & Kovo, 2019	Nitahara, Hidaka, Sakai, Kido & Kato, 2020	Fernandes, Canavarro & Moreira, 2020
Título do artigo	Postpartum fatigue, baby-care activities, and maternal-infant attachment of vaginal and cesarean births following rooming-in	Mother-infant bonding is not associated with feeding type: a community study sample	The impact of general anesthesia on mother-infant bonding for puerperants who undergo emergency cesarean deliveries	Postpartum during COVID-19 pandemic: Portuguese mothers' mental health, mindful parenting, and mother-infant bonding
Desenho	Estudo transversal descritivo	Estudo transversal longitudinal	Estudo retrospectivo	Estudo qualitativo
Objetivo	Comparar a fadiga pós-parto das mulheres, cuidados ao bebê e vinculação após partos vaginais e cesarianas em regime de alojamento conjunto.	Confirmar se existe associação positiva entre a vinculação e a amamentação. Confirmar se a amamentação tem um papel protetor contra as consequências negativas dos distúrbios do humor e sono.	Investigar o impacto da anestesia geral e neuroaxial em mulheres submetidas a cesariana na vinculação mãe-bebê.	Explorar como a saúde mental das mães, a paternidade/maternidade, e a vinculação mãe-bebê varia em função do momento do nascimento do bebê (antes do Covid 19 e depois do Covid 19). Examinar a contribuição das variáveis para a vinculação mãe-bebê.
Principais resultados	Mulheres com partos por cesariana apresentam maior fadiga pós-parto. Maior fadiga no pós-parto está relacionada com maior dificuldade em cuidar do bebê, e vinculação mais baixa nos primeiros dois a três dias após o parto.	A amamentação não está associada à qualidade da vinculação mãe-bebê. A amamentação não atenuou as consequências negativas dos distúrbios do humor e sono.	Uma cesariana de emergência com anestesia geral afeta de forma negativa a vinculação mãe-bebê. A anestesia geral desnecessária em cesarianas de emergência deve ser evitada.	Mulheres que pariram durante o Covid 19 apresentaram níveis mais baixos de consciência emocional e vinculação mãe-bebê prejudicada do que antes da pandemia. Cerca de 49% da variação da vinculação mãe-bebê é explicado pelo stress parental e pelas várias dimensões da paternidade/maternidade.

	9	10	11
Autores/ano	Souza, Soler, Santos & Sasaki, 2017	Bingham, Boisvert, Webb & Muri, 2019	Biro, Yelland & Brown, 2015
Título do artigo	Puerperae bonding with their children and labor experiences	Feasibility of AWHONN's Immediate and Continuous Skin-to-Skin Nursing Care Quality Measures	Who is holding the baby? Women's experiences of contact with their baby immediately after birth: An Australian population-based survey
Desenho	Estudo transversal	Estudo retrospectivo	Estudo qualitativo
Objetivo	Analisar o vínculo das puérperas com os seus bebês, isoladamente e/ou associados a experiências durante e após o parto.	Determinar a viabilidade das medidas da 3 e 4 da Nursing Care Quality (NCQ) da Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses (AWHONN) relacionadas com o início e a duração do CPP.	Descrever as experiências das mulheres do primeiro contacto com o bebé.
Principais resultados	O tipo de trabalho de parto e a dor não alteram a vinculação mãe-bebé significativamente. A falta de CPP influencia negativamente a vinculação mãe-bebé. As puérperas tinham uma vinculação elevada com os seus bebês, que está principalmente relacionada com o CPP.	As medidas 3 e 4 da NCQ da AWHONN são viáveis para se utilizarem em hospitais.	A maioria das mulheres conseguiu segurar os bebês logo após o nascimento e durante o tempo que quisessem.

**Fonte:** Elaboração das autoras.

## DISCUSSÃO

A ligação entre mãe e filho é fundamental quando comparada com outras ligações humanas desenvolvidas durante a vida (SOUZA; *et al.*, 2017). Os principais cuidadores criam ligações emocionais com os bebês durante o período perinatal (NITAHARA; *et al.*, 2020). Estas ligações dão origem a uma relação emocional única que se inicia durante a gestação e gradualmente e lentamente se estabelece no processo de adaptação entre mãe e bebé (SOUZA; *et al.*, 2017).

A vinculação mãe-bebé é o processo em que a mãe cria uma ligação afetuosa com o filho, é um estado afetivo que se inicia durante a gravidez ou imediatamente após o parto e que se desenvolve nos primeiros meses da vida da criança (NITAHARA; *et al.*, 2020). É a capacidade de fornecer amor, carinho e proteção suficientes para suprimir as necessidades físicas e emocionais do

bebé (SOUZA; *et al.*, 2017). Quando a mãe é disponível, gentil, sensível e receptiva às necessidades do bebé a vinculação é mais fácil (FERNANDES; *et al.*, 2021). Os bebés precisam dos cuidadores para sobreviver, e o período após o parto é essencial para estabelecer a vinculação, sendo facilitado pelo sistema hormonal materno, estimulado pela presença do bebé (SOUZA; *et al.*, 2017).

As mudanças fisiológicas, psicológicas e sociais que ocorrem na gravidez precisam de preparação da parte da mulher, a falta de preparação e os efeitos das hormonas podem causar desconforto emocional e conduzir a sintomas leves de depressão e ansiedade, especialmente numa primeira gravidez (DAGLAR; NUR, 2018). Se a mulher após o parto sentir indiferença, irritação ou hostilidade com o bebé, a vinculação pode estar comprometida e provocar alterações no desenvolvimento psicológico e social do bebé (NITAHARA; *et al.*, 2020). As mulheres que apresentam sintomas depressivos no puerpério podem apresentar menor vinculação (KIM, 2019). A depressão durante o puerpério provoca problemas na vinculação mãe-bebé, e sintomas depressivos no pós-parto também estão negativamente associados à amamentação, pois aumenta o risco do seu término (DAGLAR; NUR, 2018; HAIRSTON; *et al.*, 2019). A fadiga e o desconforto no pós-parto afetam negativamente a saúde física e psicológica da mulher, os cuidados ao bebé e a sua interação, o que afeta a interação afeta o desenvolvimento da vinculação (LAI; *et al.*, 2015).

Os cuidados ao bebé, as rotinas, os horários e a apresentação do mundo influenciam a personalidade e a forma como os laços afetivos são estabelecidos (SOUZA; *et al.*, 2017). Quando a mulher não sabe o motivo por que o bebé chora ou se não o consegue acalmar pode experienciar sentimentos negativos (ansiedade, preocupação, frustração) que podem afetar a vinculação (LAI; *et al.*, 2015). Alterações na vinculação acontecem em 10 a 25% dos partos, e fatores como uma gravidez indesejada, o tipo de parto, a analgesia, um parto difícil, e doenças do recém-nascido podem levar a essas alterações (DAGLAR; NUR, 2018; NITAHARA, *et al.*, 2020). Fatores maternos como a idade, estado civil, escolaridade, profissão, tipo de família, e seguro de saúde também influenciam a vinculação (ZEHRÁ; RUKIYE, 2020).

O alojamento conjunto facilita a amamentação em regime livre, os cuidados ao bebé e promove o contacto, no entanto as mulheres podem sentir-se assoberbadas. As mulheres submetidas as cesarianas sentem-se mais exaustas,

e com maior dificuldade em cuidar do bebê (LAI; *et al.*, 2015). O regime de alojamento conjunto garante os melhores cuidados ao bebê e favorece a sua ligação com a mãe, mas na maioria das vezes os cuidados ao bebê são à custa das necessidades e descanso da mãe. Durante a noite as mulheres chegam a acordar até cerca de quatro vezes para poderem prestar os cuidados ao bebê, o que provoca privação do sono e aumenta a fadiga (LAI; *et al.*, 2015). Aproximadamente três dias após o parto a fadiga e o desconforto físico diminuem, a mulher já deambula e tem menos dificuldades nos cuidados. A equipa de enfermagem presta assistência de forma a reduzir as dificuldades nos cuidados ao bebê, mas não substitui completamente a mãe. A vinculação mãe-bebê é relativamente alta independentemente do tipo de parto, pois o alojamento conjunto, a devoção e a interação da mulher com o RN contribui para o desenvolvimento do bebê (LAI; *et al.*, 2015).

Existe um termo "*Golden Hour*" ou hora dourada, com origem nos anos 60 através do trabalho do Dr. Adams Cowley. A conceptualização da hora dourada abrange três principais elementos, o contacto pele a pele direto e imediato entre a mãe e o bebê, o corte tardio do cordão umbilical, e o início precoce do aleitamento materno, se apropriado e desejado pela mulher (NECZYPOR; HOLLEY, 2017). O contacto pele a pele melhora as funções biológicas do RN, promove a vinculação mãe-bebê e nas mulheres que planeiam está associado ao início precoce e no sucesso a longo prazo do aleitamento (BINGHAM; *et al.*, 2019). A proximidade física e pele a pele é veículo para promover a vinculação e logo após o parto está fortemente recomendado, estabiliza a temperatura e reduz o choro do bebê, pelo que deve ser encorajado (BIRO, *et al.*, 2015; BINGHAM; *et al.*, 2019; HAIRSTON; *et al.*, 2019).

A equipa de enfermagem é a principal responsável para garantir o contacto pele a pele imediato e contínuo entre a mãe e o RN, e deve ser reconhecido como uma medida prioritária na qualidade da assistência (BINGHAM; *et al.*, 2019). A "*Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses*" definiu duas medidas de 12, relacionadas com o contacto pele a pele consideradas prioritárias na avaliação da assistência em enfermagem. Estas duas medidas declaram que o contacto pele a pele entre a mãe e o bebê deve ser iniciado imediatamente após o parto (medida três) e que deve ser ininterrupto (medida quatro) (BINGHAM; *et al.*, 2019). A hora dourada também enfatiza o

contacto pele a pele, que é a colocação do RN seco e nu diretamente no peito ou abdómen da mãe/pai logo após o nascimento antes do corte do cordão umbilical (NECZYPOR; HOLLEY, 2017). Este contacto em bebés prematuros melhora o sistema cardíaco e respiratório e estabiliza níveis mais elevados de glicose (BIRO; *et al.*, 2015). Segundo as estatísticas 97% das mulheres com parto vaginal e 67% das mulheres submetidas a cesariana seguraram os seus bebés nos primeiros cinco minutos de vida, sendo que as mulheres com partos vaginais têm maior probabilidade de segurar o seu bebé após o parto (BIRO; *et al.*, 2015; REDSHAW; *et al.*, 2014).

O contacto pele a pele ajuda na estabilização psicológica da mãe e do bebé, as mulheres que o experienciam sentem menos ansiedade e sentem-se mais confiantes nas suas habilidades para cuidar do bebé (NECZYPOR; HOLLEY, 2017). No bebé estabiliza a respiração e tensão arterial, diminui o nível de hormonas do stress, promove o desenvolvimento do cérebro, e protege contra a separação repentina da mãe. Na mulher promove a libertação de ocitocina, diminui o sangramento no pós-parto, reduz o risco de hemorragia puerperal, ajuda na dequitação, promove a vinculação mãe-bebé, e diminui os níveis de cortisol.

O corte tardio do cordão umbilical implica o corte entre um a três minutos após o nascimento, tempo em que o cordão deixa de pulsar, o que permite transfusão de sangue da placenta para o RN, promove melhor circulação transicional e maior volume de glóbulos vermelhos, aumenta o peso ao nascer e promove maiores reservas de ferro (NECZYPOR; HOLLEY, 2017).

O aleitamento materno é importante no vínculo mãe-bebé, sendo que o ajuda a desenvolver de forma profunda e duradoura, e melhora o comportamento das mães na parentalidade (KIM, 2019; ZEHRA; RUKIYE, 2020). O leite adaptado por volta do século 19/20 passou a ser socialmente e medicamente aceite, mas a amamentação começou a ser recomendada exclusivamente até aos seis meses, nesse momento surgiram as ligações à vinculação mãe-bebé (HAIRSTON; *et al.*, 2019). O início do aleitamento materno, facilitado pelo corte tardio do cordão umbilical, e prolongado pelo contacto pele a pele, promove a involução uterina, diminui a perda de sangue e aumenta o peso perdido após o parto (NECZYPOR; HOLLEY, 2017). Múltiplos autores afirmam que o aleitamento materno influencia positivamente a vinculação materna, mas esta suposição não tem evidências científicas e empíricas concretas, por isso há estudos que não a

apoiam (HAIRSTON; *et al.*, 2019). Uma boa adaptação à amamentação facilita o desenvolvimento do vínculo mãe-bebé, os bebés ficam mais confortáveis e cooperativos, menos exigentes e irritados (KIM, 2019).

A vinculação mãe-bebé é elevada em mulheres mais novas, sendo que o nível de vinculação diminui com o aumento da idade materna, como tal, existe uma forte relação entre a idade da mulher e a qualidade da vinculação (DAMATO, 2004; YILMAZ; KIZILKAYA, 2010). As mulheres mais novas estão mais preparadas para a maternidade, no entanto a vinculação após o parto não é afetada pela idade, escolaridade, tipo de família, profissão, e situação económica (DAGLAR; NUR, 2018). Outros estudos referem que estes fatores podem afetar a vinculação. A vinculação pré-natal é mais elevada em mulheres trabalhadoras com mais estudos, outros fatores como a paridade, o sexo do bebé (diferente do desejado) podem afetar a vinculação tanto no período pré-natal como no pós-natal (YILMAZ; KIZILKAYA, 2010). Os níveis de depressão e ansiedade durante a gravidez são mais elevados do que no puerpério, e afetam negativamente a vinculação mãe-bebé.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O descanso após o parto é essencial para a recuperação da mulher, como tal, a equipa de enfermagem deve garantir que a mulher descanse adequadamente e ajudar nos cuidados ao RN durante o período noturno. Estas medidas ajudam as mulheres a descansar de forma adequada, independentemente do tipo de parto, para recuperarem totalmente e melhorar a vinculação mãe-bebé. O descanso adequado e o alívio do desconforto físico ajudam a mulher desfrutar e tirar partido do alojamento conjunto.

O contacto pele a pele aumenta a autoconfiança da mulher e esta torna-se mais produtiva nos cuidados ao bebé, aumenta também a harmonia entre ambos e dão-se os primeiros passos para uma vinculação segura. O contacto ininterrupto entre os pais e o RN na primeira hora após o parto melhora a saúde materna e infantil. Após testagem de medidas promotoras do contacto pele a pele verificou-se que são viáveis para se implementarem em diferentes hospitais.

A vinculação não está relacionada com a vontade das mulheres amamentarem, mas promover a adaptação ao aleitamento materno é essencial. A ligação

emocional entre as mulheres e os bebês e a confiança da mulher em amamentar são o que mais influencia a vinculação mãe-bebê após o parto. Há estudos que associam positivamente a amamentação à vinculação materna, mas outros defendem que a amamentação não influencia a qualidade da vinculação. Apesar de ser benéfica afirmar que promove o vínculo não é o mais correto.

Implementar um protocolo para a hora dourada com as suas componentes (contacto pele a pele direto e imediato, corte tardio do cordão umbilical, início precoce do aleitamento materno) pode melhorar as taxas de amamentação, diminuir a morbidade materna e neonatal e promover a vinculação. No entanto, têm de se ultrapassar barreiras logísticas e institucionais para promover as práticas da hora dourada.

É possível afirmar que o contacto pele a pele e o aleitamento materno são medidas desenvolvem a vinculação e, como tal, podem ser consideradas estratégias promotoras da vinculação mãe-bebê após o parto. Outras medidas como o corte tardio do cordão umbilical e o alojamento conjunto também podem ser consideradas. Não foram encontrados artigos com estratégias promotoras da vinculação bem definidas, mas sim diversos artigos sobre medidas utilizadas na prática que ajudam na criação, promoção e desenvolvimento da vinculação mãe-bebê.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, C. J.; BACCELLI, M. S.; BENINCASA, M. O vínculo mãe-bebê no período de puerpério: uma análise winnicottiana. *Vínculo*, 14 (1), 1-13. 2017. Obtido de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-24902017000100004](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-24902017000100004)

BINGHAM, D.; BOISVERT, M. E.; WEBB, A.; MURI, J. Feasibility of AWHONN's Immediate and Continuous Skin-to-Skin Nursing Care Quality Measures. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 48 (5), 516-525. 2019. doi: 10.1016/j.jogn.2019.07.004

BIRO, M. A.; YELLAND, J. S.; BROWN, S. J. Who is holding the baby? Women's experiences of contact with their baby immediately after birth: An Australian population-based survey. *Women and Birth*, 28 (4), 317-322. 2015. doi: 10.1016/j.wombi.2015.05.001

BOZTEPE, H.; AY, A.; YILDIZ, G. K.; CINAR, S. Does the visibility of a congenital anomaly affect maternal-infant attachment levels? *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 21, 200-211. 2016. doi: 10.1111/jspn.12157

- CHEN, B.; XU, Y. Mother's attachment history and antenatal attachment to the second baby: the moderating role of parenting efficacy in raising the firstborn child. *Archives of Women's Mental Health*, 21, 403-409. 2018. doi: <https://doi.org/10.1007/s00737-017-0808-8>
- DAGLAR, G.; NUR, N. Level of Mother-baby Bonding and Influencing Factors during Pregnancy and Postpartum Period. *Psiquiatria Danubina*, 30 (4), 433-440. 2018. doi: <https://doi.org/10.24869/psyd.2018.433>
- DAMATO, E. G. Predictors of prenatal attachment in mothers of twins. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 33 (4), 436-445. 2004. doi: [10.1177/0884217504266894](https://doi.org/10.1177/0884217504266894)
- DONATO, H.; DONATO, M. Etapas na Condução de uma Revisão Sistemática. *Revista Científica da Ordem dos Médicos*, 32 (3), 227-235. 2019. doi: <https://doi.org/10.20344/amp.11923>
- FERNANDES, D. V.; CANAVARRO, M. C.; MOREIRA, H. Postpartum during COVID-19 pandemic: Portuguese mothers' mental health, mindful parenting, and mother-infant bonding. *Journal of Clinical Psychology*, 1-14. 2021. doi: [10.1002/jclp.23130](https://doi.org/10.1002/jclp.23130)
- HAIRSTON, I. S.; HANDELZALTS, J. E.; LEHMAN-INBAR, T.; KOVO, M. Mother-infant bonding is not associated with feeding type: a community study sample. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19 (125), 1-12. 2019. doi: <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2264-0>
- KESKIN, F.; YAGMUR, Y. The Factors Affecting Maternal Attachment in Eastern Turkey. *International Journal of Caring Sciences* (13), 858-867. 2020. Obtido de [http://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/10\\_yagmur\\_original\\_13\\_2\\_1.pdf](http://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/10_yagmur_original_13_2_1.pdf)
- KIM, S. Factors associated with Maternal Attachment of Breastfeeding Mothers. *Child Health Nursing Research*, 25 (1), 65-73. 2019. doi: <https://doi.org/10.4094/chnr.2019.25.1.6>
- LAI, Y.; HUNG, C.; STOCKER, J.; CHAN, T.; LIU, Y. Postpartum fatigue, baby-care activities, and maternal-infant attachment of vaginal and cesarean births following rooming-in. *Applied Nursing Research*, 28, 116-120. 2015. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.apnr.2014.08.002>
- NECZYPOR, J. L.; HOLLEY, S. L. Providing Evidence-Based Care During the Golden Hour. *Nursing for Women's Health*, 21 (6), 462-472. 2017.
- NITAHARA, K.; HIDAKA, N.; SAKAI, A.; KIDO, S.; KATO, K. The impact of general anesthesia on mother-infant bonding for puerperants who undergo emergency cesarean deliveries. *Journal of Perinatal Medicine*, 48 (5), 463-470. 2020. doi: <https://doi.org/10.1515/jpm-2019-0412>
- NONNENMACHER, N.; NOE, D.; EHRENTAL, J. C.; RECK, C. Postpartum bonding: the impact of maternal depression and adult attachment style. *Archives of Women's Mental Health*, 19, 927-935. 2016. doi: [10.1007/s00737-016-0648-y](https://doi.org/10.1007/s00737-016-0648-y)
- REDSHAW, M.; HENNEGAN, J.; KRUSKE, S. Holding the baby: Early mother-infant contact after childbirth and outcomes. *Midwifery*, 30 (5), 177-187. 2014. doi: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2014.02.003>
- ROSSEN, L.; HUTCHINSON, D.; WILSON, J.; BURNS, L.; OLSSON, C. A.; ALLSOP, S.; ELLIOTT, E. J.; JACOBS, S.; MACDONALD, J. A.; MATTICK, R. P. Predictors of postnatal mother-infant bonding: the role of antenatal bonding, maternal substance use and mental health. *Archives of Women's Mental Health*, 19, 309-622. 2016. doi: [10.1007/s00737-016-0602-z](https://doi.org/10.1007/s00737-016-0602-z)
- RUIZ, N.; PISKERNIK, B.; WITTIN, A.; WITTIN, A.; AHNERT, L. Parent-child attachment in children born preterm and at term: A multigroup analysis. *PLOS ONE*, 1-14. 2018. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0202972>

SAMPAIO, R. F.; MANCINI, M. C. Estudos de Revisão Sistemática: Um Guia para a Síntese Criteriosa da Evidência Científica. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 11 (1), 83-89. 2007. Obtido de <https://www.scielo.br/j/rbfis/a/79nG9Vk3syHhnSgY7VsB6jG/?lang=pt&format=pdf>

SOUSA, L. M.; MARQUES, J. M.; FIRMINO, C. F.; FRADE, F.; VALENTIM, O. S.; ANTUNES, A. V. Modelos de Formulação da Questão de Investigação na Prática Baseada na Evidência. *Revista Investigação em Enfermagem*, 31-39. 2018. Obtido de <https://repositorio-cientifico.essatla.pt/bitstream/20.500.12253/1287/1/artigo31-39.pdf>

SOUZA, L. H.; SOLER, Z. A.; SANTOS, M.; SASAKI, N. S. Puerperae bonding with their children and labor experiences. *Investigacion y Educacion en Enfermeria*, 35 (3), 1-7. 2017. doi: 10.17533/udea.ieev35n3a13

YILMAZ, D. S.; KIZILKAYA, B. N. Levels of coping with stress, depression and prenatal attachment and affecting factors of pregnant women. *General Medical Journal*, 20, 99-108. 2010.

ZEHRA, C.; RUKIYE, T. The Effect of Early Kangaroo Care Provided to Term Babies on the Maternal-fetal Attachment. *International Journal of Caring Sciences*, 13 (1), 24-34. 2020. Obtido de [http://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/4\\_coktay\\_original\\_13\\_1.pdf](http://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/4_coktay_original_13_1.pdf)

## **A INFLUÊNCIA DO MINFULNESS DURANTE A GRAVIDEZ NA PREVENÇÃO DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO: UMA REVISÃO NARRATIVA**

**Carolina Isabel Bentes Gomes**

Administração Regional de Saúde do Algarve, I.P.,  
Faro, Portugal

**Miriam Márquez Gambín**

Centro Hospitalar Universitário do Algarve, E.P.E.,  
Faro, Portugal

**Pablo Lojo Oliveira**

Área Sanitaria de Santiago de Compostela e Barbanza,  
A Coruña, Espanha

**Ana Maria Aguiar Frias**

Universidade de Évora, Escola Superior de  
Enfermagem S. João de Deus, Investigadora na  
Comprehensive Health Research Centre (CHRC),  
Évora, Portugal

# RESUMO

O período perinatal constitui uma fase de grandes mudanças na vida da mulher. Embora este período possa ser vivido com alegria, é também, para muitas grávidas, um período de stress e vulnerabilidade, podendo provocar dificuldades na própria saúde mental. As intervenções baseadas na atenção plena demonstram-se eficazes na redução do sofrimento psicológico, mas é necessária mais investigação para identificar os efeitos a longo prazo e os moderadores do treino da atenção plena no período perinatal. A depressão pós-parto tem uma taxa de prevalência de até 20%. Devido às múltiplas consequências negativas dos sintomas depressivos no pós-parto, é importante examinar possíveis fatores de proteção, como a atenção plena ou *mindfulness*. A presente revisão narrativa tem como objetivo analisar a influência do *mindfulness* durante a gravidez na prevenção da depressão pós-parto. Os artigos selecionados foram encontrados na base de dados Pubmed, através dos descritores MeSH "mindfulness", "childbirth classes" e "pregnancy", com os critérios de inclusão: limitação do período aos últimos cinco anos, acesso gratuito, texto completo, artigos em português, inglês e espanhol, análise do título e resumo. Após a análise dos artigos selecionados, concluímos que os programas de atenção plena podem ser uma abordagem eficaz para melhorar a saúde mental das mulheres durante a gravidez e puerpério. A prática da atenção plena pode levar a importantes benefícios para a saúde mental materna, incluindo melhorias nas avaliações relacionadas com o parto e a prevenção de sintomas de depressão pós-parto.

**Palavras-chave:** Childbirth Classes, *Mindfulness*, Pregnancy.

## INTRODUÇÃO

A transição para a maternidade constitui um momento de profunda transformação física, emocional e psicológica para as mulheres. Durante esta fase, muitas mulheres enfrentam desafios como ansiedade, medo, dor e alterações hormonais significativas. Além disso, a depressão pós-parto é uma condição comum, que afeta aproximadamente 10% a 20% das mulheres após o parto (HULSBOSCH *et al.*, 2022; SBRILLI; DUNCAN; LAURENT, 2020), trazendo consequências negativas para a mãe, bebê e, como consequência, na criação do seu vínculo (CICIOLLA *et al.*, 2023; DUNCAN *et al.*, 2017). Concretamente, uma grande parte de mulheres grávidas vivência um ou mais sintomas como stress, ansiedade ou depressão durante este período (SBRILLI; DUNCAN; LAURENT, 2020).

HULSBOSCH *et al.*, (2022) acrescentam que os fatores que têm sido referidos como estando associados à etiologia dos sintomas depressivos pós-parto são semelhantes aos associados aos sintomas depressivos pré-natais, incluindo a idade, o nível de educação, a falta de apoio, história de depressão, gravidez não planeada e complicações na gravidez. Além disso, fatores específicos perinatais, como a experiência negativa de parto de uma mulher, parto prematuro e amamentação, foram relatados como significativos na ocorrência de sintomas depressivos pós-parto. No entanto, pode haver características maternas específicas que podem proteger contra o desenvolvimento de sintomas depressivos pós-parto.

Tendo em conta os graves impactos negativos na saúde das puérperas, bem como no desenvolvimento neurocognitivo dos seus filhos, é imperativo reduzir o sofrimento psicológico durante o período perinatal (SBRILLI; DUNCAN; LAURENT, 2020) e a aplicação de um programa de *mindfulness* pode ser um fator de proteção.

Nos últimos anos, observa-se um crescente interesse no papel do *mindfulness* na saúde materna e obstétrica (GÓMEZ-SÁNCHEZ *et al.*, 2020). O *mindfulness*, uma prática baseada na atenção plena e consciente do momento presente, tem sido amplamente estudado e aplicado em várias áreas da saúde, incluindo a preparação para o parto e a prevenção da depressão pós-parto (HULSBOSCH *et al.*, 2022). Através da incorporação de técnicas de meditação,

respiração consciente e foco na experiência presente, o *mindfulness* oferece uma abordagem holística para promover o bem-estar físico e mental durante a gravidez, parto e pós-parto (LÖNNBERG; NISSEN; NIEMI, 2018).

Os programas destinados a desenvolver a atenção plena podem promover formas mais saudáveis de se relacionar com os fatores de stress, diminuindo a reatividade cognitiva e emocional e fornecendo um recurso para lidar com eles (SBRILLI; DUNCAN; LAURENT, 2020). Face a estes desafios, a incorporação de práticas de *mindfulness* na preparação para o parto e no cuidado pós-parto surge como uma abordagem promissora. Estudos científicos têm explorado os efeitos desta técnica em mulheres grávidas e puérperas, avaliando os potenciais benefícios na redução do stress, na gestão da dor, na promoção do bem-estar emocional e na prevenção da depressão pós-parto.

No entanto, apesar do crescente interesse e das evidências preliminares, ainda existem lacunas de conhecimento nesse campo (SBRILLI; DUNCAN; LAURENT, 2020). Por essa razão, a presente revisão narrativa tem como objetivo explorar os efeitos do *mindfulness* na preparação para o parto e na prevenção da depressão pós-parto, através da análise de estudos disponíveis recentes que o apliquem como uma intervenção complementar para mulheres grávidas, com foco na redução da ansiedade e no fortalecimento de saúde mental durante o período perinatal. Deste modo, esperamos obter uma compreensão mais abrangente das contribuições do *mindfulness* para a saúde materna e obstétrica, destacando as suas implicações práticas e possíveis direções para pesquisas futuras.

Ao compreender os benefícios potenciais da atenção plena neste contexto, os profissionais de saúde materna e obstétrica podem ampliar as suas opções de cuidado, oferecendo às mulheres abordagens holísticas e não farmacológicas, como método complementar, para promover o seu bem-estar emocional e psicológico.

Em suma, a presente revisão narrativa visa fornecer uma visão abrangente e atualizada sobre o uso do *mindfulness* como uma ferramenta promissora no cuidado de mulheres grávidas, destacando a sua importância na promoção da saúde materna e no bem-estar emocional durante o período perinatal.

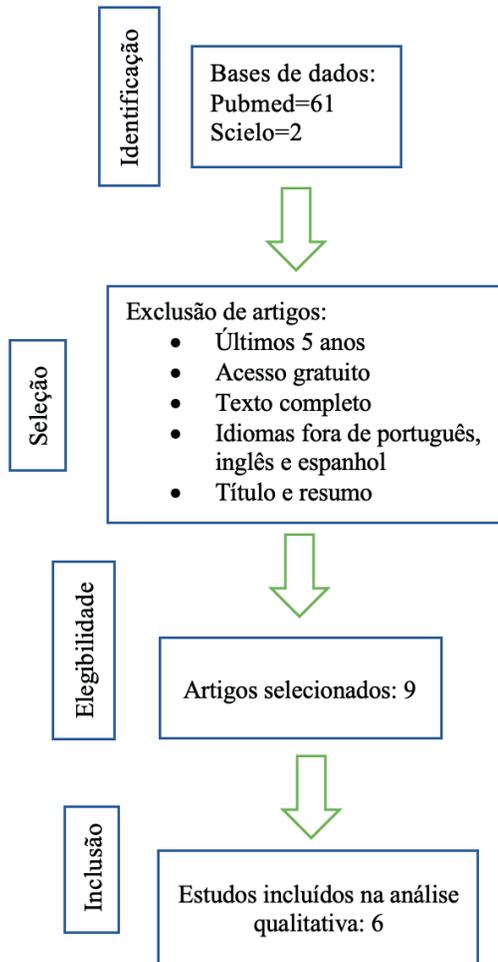
## METODOLOGIA

O presente artigo consiste numa revisão narrativa da literatura. Para definir a questão de partida estabeleceu-se a população de mulheres grávidas que iriam passar por um programa de *mindfulness* durante a preparação para o parto, focando-nos na depressão pós-parto. Deste modo, a questão que norteou a presente revisão foi: Será que o *mindfulness* durante a preparação para o parto tem benefícios sobre a depressão durante o pós-parto?

Para responder a esta questão, foi realizada uma pesquisa primária na base de dados Pubmed, através da aplicação dos descritores MeSH "mindfulness" e "childbirth classes", com o operador booleano "AND", obtendo um total de 61 resultados. Foi necessário delimitar este número de artigos, aplicando vários critérios de inclusão: pesquisa com um intervalo de tempo entre 2018 e 2023, idiomas inglês, português e espanhol e texto gratuito e completo. Após a leitura do título e resumo, obtiveram-se 7 artigos, dos quais foi excluído 1 após leitura completa do texto, ficando com 6 artigos.

Foi realizada uma nova pesquisa na base de dados Scielo, desta vez com os descritores MeSH "mindfulness" e "pregnancy", com o operador booleano "AND", obtendo somente 2 artigos, dos quais 1 foi excluído após a aplicação dos critérios de inclusão anteriormente mencionados. O artigo restante foi finalmente excluído por não se adequar às necessidades para dar resposta à nossa questão principal, uma vez que se trata de uma revisão bibliográfica. Este processo de análise e pesquisa está descrito no fluxograma de PRISMA (figura 1).

**Figura 1.** Fluxograma de PRISMA.



**Fonte:** elaboração pelos autores.

## RESULTADOS

Da análise dos artigos obtidos na pesquisa, apresenta-se o seguinte quadro (figura2).

**Figura 2.** Dados dos artigos resultantes da pesquisa.

<b>Autores, Ano, País</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Amostra</b>	<b>Desenho do Estudo/Recolha de dados</b>	<b>Resultados</b>
PAN et al., 2019. República da China	Avaliar a eficácia de um programa de parto e parentalidade baseado na atenção plena na melhoria da saúde psicológica durante o período pós-parto.	n= 74 mulheres entre as 13 e as 28 semanas de gestação divididas em dois grupos: um grupo de intervenção e um grupo de comparação.	Ensaio controlado aleatório com uma única ocultação. Recolha de dados: Perceived Stress Scale (PSS-10), 5-point Likert scale, Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) e Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ).	O ensino e a prática da meditação mindfulness e a educação parental durante a gravidez podem ajudar a reduzir o stress e a depressão nas mulheres grávidas durante a transição para a parentalidade.
DUNCAN et al., 2017. Estados Unidos da América	Comparar a auto-eficácia no parto, a classificação de dor no parto, o uso de medicação para a dor no parto e a depressão pós-parto em mulheres que realizaram o programa Mind in Labor (programa de educação para o parto que ensina competências de mindfulness para lidar com a dor e o medo do parto) com mulheres que realizaram uma preparação para o parto padrão sem foco mente-corpo.	n= 30 primíparas no final do terceiro trimestre de gravidez divididas em dois grupos: um grupo frequenta o curso MIL (Mind In Labor) e outro grupo frequenta um curso normal de preparação para o parto sem foco mente-corpo.	Estudo controlado e randomizado. Recolha de dados: Childbirth Self-Efficacy Inventory (CBSEI), Pain Catastrophizing Scale (PCS), The Visual Analog Scale (VAS), Utilização de medicação para a dor durante o trabalho de parto determinada através da análise dos registos médicos, Versão modificada de 24 itens do Wijma Delivery Expectancy/ Experience Questionnaire (W-DEQ), The 20-item Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) e Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ).	A educação para o parto baseada na atenção plena melhorou as avaliações das mulheres relacionadas com o parto e o funcionamento psicológico em comparação com a educação para o parto padrão. As participantes do programa MIL (Mind in Labor) mostraram maior auto-eficácia no parto e consciência corporal, sintomas de depressão pós-curso mais baixos que foram mantidos durante o acompanhamento pós-parto e uma tendência para uma menor taxa de uso de analgesia opióide no trabalho de parto. No entanto, não relataram retrospectivamente uma menor percepção da dor do parto ou utilizaram a epidural com menos frequência do que os controlos.

Autores, Ano, País	Objetivo	Amostra	Desenho do Estudo/Recolha de dados	Resultados
CICCIOLLA et al., 2023. Estados Unidos da América	Analisar os efeitos de uma intervenção pré-natal baseada na atenção plena e na reflexão, concebida para melhorar a ligação materno-fetal, na angústia relacionada com a gravidez e nos sintomas depressivos pré-natais.	n= 130 grávidas entre os 16 e 38 anos de idade, no segundo trimestre de gravidez, divididas em dois grupos: um grupo (n=15) recebeu exercícios de reflexão baseados em mindfulness.e um grupo (n=115) não recebeu intervenção baseada em mindfulness.	Estudo piloto. Recolha de dados: Pre-natal Distress Questionnaire (PDQ) e Center for Epidemiological Studies-Depression (CES-D).	Mulheres que participaram na intervenção durante o segundo trimestre registaram menos angústia relacionada com a gravidez no terceiro trimestre, mas não houve diferenças nos sintomas depressivos.
SBRILLI et al., 2020. Estados Unidos da América	Examinar se o treino pré-natal de mindfulness resulta em menor angústia ao longo do período perinatal e se o grau de benefício depende dos níveis iniciais de risco das puérperas (por exemplo sintomas de depressão e ansiedade) e das características protetoras (por exemplo a realização de exercícios de mindfulness), através dos dados do estudo realizado por Duncan et al. (2017)	n= 30 primíparas no final do terceiro trimestre de gravidez divididas em dois grupos: um grupo frequenta o curso MIL (Mind In Labor) e outro grupo frequenta um curso normal de preparação para o parto sem foco mente-corpo.	Ensaio controlado randomizado. Recolha de dados: Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D), Spielberger State-Trait Anxiety Inventory - Trait (STAIT), Perceived Stress Scale (PSS) e Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ).	A modelação multinível das trajetórias de angústia revelou maiores reduções desde a pré-intervenção até aos 12 meses pós-parto para as participantes do curso MIL (Mind In Labor), em comparação com as participantes de um curso normal de preparação para o parto sem foco mente-corpo, especialmente entre as portadoras de crianças que apresentavam maior ansiedade e/ou menor atenção plena disposicional na linha de base.

Autores, Ano, País	Objetivo	Amostra	Desenho do Estudo/Recolha de dados	Resultados
HULSBOSCH et al., 2022. Países Baixos	Examinar a associação entre as facetas do traço de atenção plena e as trajetórias dos sintomas depressivos pós-parto ao longo do primeiro ano pós-parto.	n= 713 mulheres que participaram no estudo Holistic Approach to Pregnancy and the first Postpartum Year (HAPPY), realizado em 2014 por Truijens et al.	Estudo de coorte prospectivo longitudinal de base populacional. Recolha de dados: Three Facet Mindfulness Questionnaire-Short Form (TFMQ-SF), 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) e questionário demográfico.	A faceta não julgadora do traço de atenção plena foi associada a níveis baixos e estáveis de sintomas depressivos durante o primeiro ano pós-parto. Os programas baseados na atenção plena, centrados no reforço da ausência de juízos de valor, podem ser benéficos para as mulheres grávidas, na medida em que podem diminuir o risco de desenvolvimento de sintomas depressivos no pós-parto.
LÖNNBERG et al., 2018. Suécia	Explorar as experiências dos participantes de um programa de parto e parentalidade baseado na atenção plena (Mindfulness Based Childbirth and Parenting - MBCP).	n= 10 casais grávidos, sendo que responderam aos questionários 10 mulheres e 6 homens.	Estudo qualitativo descritivo com influências da fenomenologia. Recolha de dados: Entrevista estruturada.	A maioria dos pais experienciou o programa MBCP (Mindfulness Based Childbirth and Parenting) como uma preparação valiosa para os desafios que enfrentaram quando passaram pelos eventos de mudança de vida de se tornarem pais. O fenómeno de participar na intervenção, integrar os ensinamentos e incorporar a atenção plena parece desenvolver recursos internos que favorecem o desenvolvimento da sabedoria.

Fonte: Elaboração pelos autores.

## DISCUSSÃO

O processo de entrada na maternidade é muito stressante para as mulheres. O estudo de Hulsbosch *et al.* (2023) afirma que a angústia, tristeza ou

depressão pós-parto afetam cerca de 17% das mulheres no pós-parto em todo o mundo, e apresenta consequências negativas tanto para a mãe, como para o recém-nascido. Para a mãe, os sintomas da depressão pós-parto podem afetar a saúde física e psicológica, as relações sociais, a interação com o parceiro e a qualidade de vida.

As consequências para o recém-nascido incluem um impacto negativo no crescimento e no desenvolvimento. Além disso, foram relatadas associações negativas com o comportamento de amamentação, a interação mãe-bebê e a ligação mãe-bebê, pelo que uma abordagem precoce é considerada positiva na prevenção destas patologias (HULSBOSCH *et al.*, 2022; PAN *et al.*, 2019).

O *mindfulness* consiste numa técnica de observação dos conteúdos da consciência do momento presente, com uma atitude aberta e de aceitação. À medida que os pensamentos, as sensações e os sentimentos vão surgindo na consciência do praticante, a mediação desta técnica ensina a resiliência, tornando-nos conscientes e curiosos, sem julgamento, e permitindo que sejam radicalmente aceites e desapareçam da mente (CICIOLLA *et al.*, 2023; LÖNNBERG; NISSEN; NIEMI, 2018; PAN *et al.*, 2019).

As intervenções baseadas na atenção plena, como o *mindfulness*, têm sido associadas a uma redução do stress, da ansiedade e da depressão. Estes resultados são especialmente importantes durante a gravidez quando as mulheres enfrentam frequentemente fatores de stress únicos, incluindo as alterações fisiológicas naturais que permitem ao corpo humano adaptar-se à gravidez (PAN *et al.*, 2019).

A maior parte da literatura analisada que avalia os efeitos da prática da meditação *mindfulness* na gravidez gira em torno da ansiedade, da depressão e do stress. A revisão destes estudos concluiu que esta prática durante a gravidez resulta numa melhoria dos sintomas de saúde mental materna, incluindo angústia psicológica, depressão, ansiedade e stress, aumentando assim a felicidade da praticante (CICIOLLA *et al.*, 2023; DUNCAN *et al.*, 2017; HULSBOSCH *et al.*, 2022; LAURENT, 2020; PAN *et al.*, 2019; SBRILLI, M.; DUNCAN, L.; LAURENT, 2020).

Nomeadamente, no estudo de Ciciolla *et al.* (2023), a evidência mostra que as intervenções que se centram na melhoria da relação mãe-filho estão associadas a melhorias tanto na relação mãe-filho, como nos sintomas de saúde mental materna, uma reflexão que também é constatada no estudo de Hulsbosch

*et al.* (2022) acima mencionado, pelo que estudos mais recentes parecem estar a começar a associar o *mindfulness* não só a melhorias nos sintomas relacionados com a saúde mental materna, como também a melhorias na díade mãe-filho.

O ensino e a prática da meditação *mindfulness* e a educação parental durante a gravidez podem ajudar a reduzir o stress e a depressão nas mulheres grávidas durante a transição para a parentalidade (PAN *et al.*, 2019). Através desta educação parental precoce durante a gravidez, as abordagens da atenção plena, agora amplamente divulgadas, podem aliviar os sintomas de dor crónica e aguda, melhorando assim o ajuste psicológico, o que sugere um potencial benefício quando aplicadas à educação para o parto. Foi demonstrado que a educação para o parto baseada na atenção plena melhora as avaliações das mulheres relacionadas com o parto e o seu funcionamento psicológico, em comparação com a educação para o parto normal (DUNCAN *et al.*, 2017).

O estudo realizado por Duncan *et al.* (2017) revelou um aumento da auto-eficácia no parto e da consciência corporal, sintomas depressivos subsequentes mais baixos que se mantiveram no pós-parto e uma tendência para uma taxa mais baixa de utilização de analgésicos opiáceos durante o parto, beneficiando assim a adaptação extra-uterina do recém-nascido, e diminuindo os efeitos indesejáveis tanto para a mãe como para o bebé. No entanto, não relataram retrospectivamente uma menor percepção de dor no parto nem utilizaram epidurais com menor frequência do que os grupos de controlo (DUNCAN *et al.*, 2017; PAN *et al.*, 2019).

Relativamente à duração e comorbilidade dos sintomas pós-parto relacionados com a saúde mental, o estudo de Hulsbosch *et al.* (2023) centrou-se na possível associação entre as facetas da atenção plena e as trajetórias dos sintomas depressivos pós-parto ao longo do primeiro ano pós-parto. A faceta não julgadora da atenção plena foi associada a níveis baixos e estáveis de sintomas depressivos durante o primeiro ano pós-parto. A ausência de julgamento refere-se à capacidade de aceitar pensamentos e sentimentos sem autocrítica ou julgamento.

Os programas baseados na atenção plena, que se centram na melhoria do não-julgamento, podem ser benéficos para as mulheres grávidas, diminuindo o risco de desenvolverem sintomas depressivos no pós-parto. Assim, a faceta do

não julgamento está associada a um fator de proteção contra o desenvolvimento de sintomatologia depressiva (HULSBOSCH *et al.*, 2022).

No que diz respeito à comorbidade, devido às várias consequências negativas que a depressão pós-parto acarreta, é essencial investigar os fatores associados, junto ao seu início e desenvolvimento. Alguns dos fatores relatados foram referidos anteriormente, como são exemplos a idade, nível de escolaridade, falta de apoio, história de depressão, não planejamento da gravidez e possíveis complicações durante a mesma. São ainda referidos como significativos no desenvolvimento de sintomas depressivos pós-parto outros fatores perinatais, como são exemplos experiências negativas prévias de parto, parto prematuro e amamentação (HULSBOSCH *et al.*, 2022).

Na busca por intervenções efetivas destinadas à prevenção do stress perinatal, depressão e ansiedade, o estudo de Lönnberg, Nissen e Niemi (2018) avalia um Programa de "Parentalidade e Entrega Baseado em Mindfulness" (MBCP). Neste estudo, as experiências dos participantes do MBCP foram exploradas. Os participantes avaliaram o programa como sendo útil e mostraram variações nas suas noções preconcebidas e esperanças. Entre aqueles que descreveram a participação ativa no curso, havia padrões semelhantes na forma como experimentaram melhorias nas suas vidas.

Em geral, essas melhorias foram explicadas como resultado do aumento do tempo de atenção e do ganho de uma perspectiva mais ampla, bem como da adaptação de uma abordagem curiosa, sem julgamento e receptiva, o que permitiu novas formas de se relacionar com os próprios pensamentos e emoções. Além disso, as habilidades que aprenderam foram consideradas úteis para lidar com os desafios da parentalidade, tais como o parto, pós-parto, problemas de lactação, privação de sono e momentos de stress com o bebê (LÖNNBERG; NISSEN; NIEMI, 2018). Todas essas melhorias e habilidades também são consistentes com o estudo realizado por Hulsbosch *et al.* (2022).

Os resultados demonstram que a maioria dos futuros pais experimentou o MBCP como uma preparação valiosa para os desafios que enfrentaram durante a gravidez, parto e pós-parto. Eles atribuíram o fenómeno de participar na intervenção a maiores habilidades para lidar com o stress, ansiedade e dor, bem como maior compreensão, autocompaixão e comunicação. Integrar os

ensinos e incorporar a atenção plena parece desenvolver recursos internos que encorajam o desenvolvimento da sabedoria (LÖNNBERG; NISSEN; NIEMI, 2018).

Apesar desta técnica continuar a ser estudada através de inúmeras pesquisas para chegar a um consenso quanto ao seu uso, os artigos estudados para elaboração da presente revisão demonstram evidências científicas suficientes para apoiar a prática da meditação *mindfulness* na gravidez para reduzir a ansiedade, depressão e stress durante a gravidez, bem como no período pós-parto.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após a análise detalhada dos estudos selecionados para a presente revisão narrativa da literatura, verificamos que os programas de atenção plena ou *mindfulness* podem ser uma abordagem eficaz para melhorar a saúde mental das mulheres durante a gravidez e o período pós-parto, sendo este um período crucial na vida da mulher. Deste modo, a prática destas técnicas permite à mulher ter uma gravidez e um parto mais conscientes, permitindo alcançar o autocontrole sobre os seus sentimentos e emoções, produzindo benefícios que se refletem no vínculo mãe-filho. A intervenção neste período pode produzir importantes benefícios de saúde a longo prazo também para as crianças e famílias.

Assim, a atenção plena deve ser praticada antes do parto e adaptada cuidadosamente, tendo em conta que o aumento da quantidade e/ou frequência do treino podem ser importantes para potenciar os benefícios desta prática.

Por outro lado, é recomendada a inclusão de cursos de *mindfulness* e exercícios práticos relacionados com a educação pré-natal para promover o bem-estar e reduzir o stress e a depressão no período pós-parto.

Finalmente, apesar dos numerosos benefícios já comprovados, constata-se a necessidade de continuar a investigar sobre este campo da saúde e de divulgar e publicitar os resultados deste tipo de estudos entre os profissionais da saúde, especialmente em figuras como o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, com o objetivo de possibilitar a aplicação deste tipo de intervenções com a formação e educação adequadas, melhorando assim a qualidade de vida de muitas mulheres e, em consequência, das suas famílias.

## REFERÊNCIAS

- CICIELLA, L.; ADDANTE, S.; SHREFFLER, K.; CROFF, J. *Effects of a Mindfulness-Based Parental Reflection Intervention on Pregnancy-Related Distress: A Pilot Study*. *Women's Health Reports*. Estados Unidos da América. Mary Ann Liebert, Inc. Vol. 4(1), pág. 78-83. 2023. DOI: 10.1089/whr.2022.0090
- DUNCAN, L.; COHN, M.; CHAO, M.; COOK, J.; RICCOBONO, J.; BARDACKE, N. *Benefits of preparing for childbirth with mindfulness training: a randomized controlled trial with active comparison*. *Estados Unidos da América. BMC Pregnancy and Childbirth*. Vol. 17(1), pág. 1-11. 2017. DOI 10.1186/s12884-017-1319-3
- GÓMEZ-SÁNCHEZ, L.; GARCÍA-BANDA, G.; SERVERA, M.; VERD, S.; FILGUEIRA, A.; CARDO, E. *Beneficios del mindfulness en mujeres embarazadas*. Argentina. *MEDICINA (Buenos Aires)*. Vol. 80, pág. 47-52. 2020.
- HULSBOSCH, L.; VAN DE POEL, E.; NYKLÍČEK, I.; BOEKHORST, M. *Trait mindfulness facets as a protective factor for the development of postpartum depressive symptoms*. Países Baixos. *Journal of psychiatric research*. Vol. 157, pág. 264-270. 2023. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2022.12.007>
- LÖNNBERG, G.; NISSEN, E.; NIEMI, M. *What is learned from mindfulness based childbirth and parenting education? - Participants' experiences*. Suécia. *BMC Pregnancy and Childbirth*. Vol. 18(1), pág. 1-9. 2018. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-2098-1>
- PAN, W.; CHANG, C.; CHEN, S.; GAU, M. *Assessing the effectiveness of mindfulness-based programs on mental health during pregnancy and early motherhood-a randomized control trial*. República da China. *BMC Pregnancy and Childbirth*. Vol. 19(1), pág. 1-8. 2019. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2503-4>
- SBRILLI, M.; DUNCAN, L.; LAURENT, H. *Effects of prenatal mindfulness-based childbirth education on child-bearers' trajectories of distress: a randomized control trial*. Estados Unidos da América. *BMC Pregnancy and Childbirth*. Vol. 20, pág. 1-13. 2020. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03318-8>

## **O PARTO PREMATURO E A TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE: UMA REVISÃO NARRATIVA**

**Carolina Fidalgo Marques Cordeiro de  
Araújo**

Hospital do Espírito Santo de Évora, E.P.E., Évora,  
Portugal

**Inês Cabrita Atanásio**

Centro Hospitalar e Universitário do Algarve, Faro,  
Portugal

**Inês Cavaco Custódio**

Centro Hospitalar e Universitário do Algarve, Faro,  
Portugal

**Ana Maria Aguiar Frias**

Universidade de Évora, Escola Superior de  
Enfermagem S. João de Deus, Investigadora na  
Comprehensive Health Research Centre (CHRC),  
Évora, Portugal

# RESUMO

O nascimento de um filho marca uma fase de transição do ciclo vital da família e exige um conjunto de adaptações, preocupações e responsabilidades. A parentalidade inicia-se ainda durante a gravidez, período em que os pais desenvolvem expectativas, idealizam o bebê (imaginário) e projetam um futuro em conjunto. No entanto, o parto prematuro contribui para a separação do recém-nascido dos seus pais, conduzindo assim a sofrimento e sentimentos de culpa, depressão, ansiedade e medo relacionados com a sobrevivência do recém-nascido. Todos estes sentimentos constituem uma fonte de stress para os pais e um adiamento do processo de vinculação, onde existe maior risco de alteração do papel parental e da parentalidade. Foi realizada uma revisão narrativa da literatura, com recurso às bases de dados PubMed, Web of Science e CINAHL através do método de pesquisa booleano, com a aplicação dos descritores DeCS/MeSH, tendo sido analisados seis artigos publicados entre 2018 e 2023. Da literatura analisada pôde aferir-se que a maioria dos pais vivenciam o nascimento de um recém-nascido prematuro como um momento de crise e de vulnerabilidade familiar, uma vez que as fragilidades destes bebés têm consequências no processo de adaptação familiar, influenciando a ligação mãe/pai-filho e a vinculação. A prematuridade parece estar associada a um atraso na transição para a parentalidade, uma vez que os bebés são inicialmente cuidados pela equipa de enfermagem, e o internamento é visto como uma barreira ao desempenho do seu papel parental.

**Palavras-chave:** Enfermagem, Parentalidade, Parto Prematuro, Transição.

## INTRODUÇÃO

A transição para a parentalidade representa uma fase muito importante na vida da pessoa, sendo na maioria percebida como um acontecimento positivo, por ser promotor de satisfação pessoal e conjugal (TRALHÃO *et al.*, 2020). Meleis (2010) define transição como uma passagem de uma fase de vida para outra, sendo um conceito multidimensional que engloba os elementos do processo, o intervalo de tempo e as percepções. No que diz respeito a parentalidade podemos constatar dois tipos de transição, a passagem de um papel não parental para um papel parental e a transição de uma díade conjugal para uma tríade. O processo de transição para a parentalidade não deve ser considerado apenas como uma função biológica, uma vez que se encontra inserido num contexto sociocultural (TRALHÃO *et al.*, 2020). Desta forma, o nascimento de um filho marca uma nova fase de transição do ciclo vital da família e exige um conjunto de adaptações, preocupações e responsabilidades (SOUSA; CURADO, 2020). Sendo a parentalidade um dos principais papéis na vida de um adulto, que se inicia durante a gravidez, período em que a mãe e o pai desenvolvem expectativas, novas competências cognitivas, físicas, emocionais e sociais, idealizam o bebé (imaginário) e projetam um futuro em conjunto (SOUSA; CURADO, 2021).

Segundo Frias e Damas (2019), a transição para o papel de mãe, ocorre nas primeiras semanas após o nascimento e acontece em três fases distintas: fase de absorção, fase de apoderamento e a fase de relaxamento. No entanto, com o parto prematuro, surge a necessidade de separação dos pais do seu filho, o que conduz a sentimentos de culpa, depressão, ansiedade e medo relacionados com a sobrevivência do mesmo. Todos estes sentimentos constituem uma fonte de stress para os pais, contribuindo para um adiamento no processo de vinculação e da transição para a parentalidade (SOUSA; CURADO, 2020).

A World Health Organization (2022) define a prematuridade como o nascimento de um bebé antes das 37 semanas completas. Existindo subcategorias com base na idade gestacional, podendo ser extremamente prematuro quando ocorre com menos de 28 semanas, muito prematuro quando ocorre entre as 28 e as 32 semanas e prematuro moderado a tardio quando ocorre entre as 32 semanas e as 37 semanas de gestação. O nascimento prematuro ocorre por vários motivos, sendo a maioria de forma espontânea, no entanto

alguns ocorrem por questões médicas como infeções ou outras complicações da gravidez que requerem indução precoce do trabalho de parto ou cesariana.

Perante um nascimento prematuro, o período de gravidez é abreviado e o parto ocorre quando a mãe ainda não se sente preparada, quer fisicamente quer emocionalmente. Juntamente a isso, ocorre ainda, na maioria dos partos prematuros a separação imediata após o parto, permitindo o internamento numa unidade de cuidados intensivos neonatais. Todos estes fatores contribuem para a substituição das expectativas positivas em torno de um parto normal e de um nascimento saudável para sentimentos de desilusão, perda, medo, depressão e ansiedade (ALEXANDRE *et al.*, 2016).

Quando é abordada a transição para a parentalidade, temos como domínios mais presentes o individual, o conjugal e o parental. Sendo que o domínio individual diz respeito às características pessoais de cada um dos pais, o domínio conjugal refere-se às interações do casal e o domínio parental está relacionado com as relações que cada pai tem com o seu filho. Por vezes surgem dificuldades nestes três domínios, sendo os principais: 1) a depressão materna; 2) o declínio na relação conjugal, principalmente após o nascimento do bebé e 3) o stress parental. Todas estas dificuldades vão afetar negativamente o estabelecimento da transição para a parentalidade (OLIVEIRA *et al.*, 2023). Segundo Alexandre *et al.* (2016), a imagem que os pais vão construindo ao longo da gravidez do bebé tende a facilitar o envolvimento afetivo e a interação após o parto, e por norma essa imagem encontra-se associada à possibilidade de prestar cuidados imediatos ao recém-nascido. Com o parto prematuro essa possibilidade dissipa-se e o nascimento representa uma situação de crise, no qual surge o receio pela sobrevivência e desenvolvimento do bebé. A imaturidade do recém-nascido e a necessidade de internamento em incubadora, onde os procedimentos invasivos prevalecem, estão muito associados à inibição do envolvimento parental. Desta forma, o nascimento pré-termo torna-se num acontecimento de enorme impacto no sistema familiar e na vida de cada progenitor em particular (SOUSA; CURADO, 2020).

O objetivo da presente revisão é perceber qual o impacto do parto prematuro na transição para a parentalidade, sendo a questão norteadora “Qual é o impacto do parto prematuro na transição para a parentalidade?”.

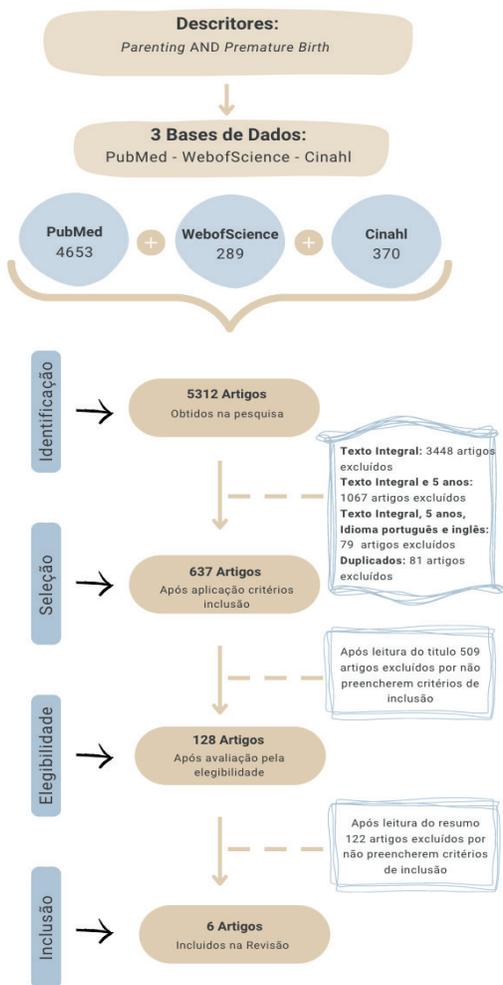
## METODOLOGIA

O presente artigo consiste numa revisão narrativa da literatura, que segundo Vilelas (2020) é caracterizado por uma aquisição e atualização de conhecimentos sobre uma determinada temática. Baseia-se numa análise e interpretação da literatura disponível, com objetivo de contextualizar como se encontra determinado tema na atualidade, desta forma é delimitado, clarificado e caracterizado o objeto de estudo através de levantamento bibliográfico. Desta forma foi realizada uma pesquisa entre os anos de 2018 e 2023, nas seguintes bases de dados: Cinahl, PubMed, e Web of Science. Foram aplicados os descritores DeCS/MeSH "parenting", "premature birth", "transition" e "nursing" e o operador booleano "AND".

Como critérios de inclusão foram definidos: artigos que cumpram o período horizontal de 5 anos (2018-2023), artigos publicados em inglês/português e com resumo e texto integral de acesso gratuito que explorem a relação entre a prematuridade e a parentalidade e artigos que explorem a influência dos profissionais de saúde na transição para a parentalidade. Relativamente aos critérios de exclusão foram: revisões da literatura, artigos com título repetido, artigos que apresentem amostras inadequadas e artigos que se baseiam na abordagem ou ponto de vista dos profissionais.

Para a realização do presente estudo, foram analisadas 5312 publicações encontradas nas bases de dados anteriormente mencionadas. Foram aplicados os limitadores de pesquisa, nomeadamente, o período temporal (nos últimos 5 anos), com texto integral e em língua portuguesa ou inglesa. Em seguida, foi realizada a leitura do título, de forma a excluir os artigos que apresentavam pouco interesse para o tema em questão. Posteriormente, foi realizada a leitura dos resumos aplicando-se os critérios de inclusão ou exclusão. E por último, foi realizada uma análise criteriosa do texto na sua íntegra, resultando num total de 6 artigos para análise, de forma a dar resposta ao objetivo deste estudo. Este processo de seleção é esquematizado segundo o modelo PRISMA, representado na figura 1 (JBI, 2016; VILELAS, 2022).

**Figura 1.** Fluxograma PRISMA.



Fonte: Elaborado pelas autoras da Revisão.

## RESULTADOS

Foi elaborada a seguinte tabela (tabela 1), onde se encontra uma análise detalhada dos artigos selecionados com o objetivo de dar resposta à questão de norteadora desta revisão narrativa. Nesta tabela encontra-se descrito o objetivo, a amostra, como foi realizada a recolha de dados, os níveis de evidência

segundo a classificação de Joanna Briggs Institute, os resultados e conclusões de cada artigo.

**Tabela 1.** Dados extraídos dos artigos selecionados.

<b>Título (autores, ano)</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Metodologia</b>	<b>Resultados</b>	<b>Conclusões</b>
<p>Artigo 1 <i>The forgotten mothers of extremely preterm babies: a qualitative study.</i> <b>Autores:</b> Catherine Fowler, Janet Green, Doug Elliott, Julia Petty, Lisa Whiting</p> <p><b>Ano:</b> 2019</p>	<p>O estudo tem como objetivo explorar as experiências de mães de bebês prematuros durante o internamento em unidades de cuidados intensivos neonatais e a transição para o domicílio.</p>	<p>Estudo qualitativo, descritivo exploratório.</p> <p><b>Recolha de dados:</b> -Entrevista, semiestruturada, realizada a dez mães de bebês extremamente prematuros (até 28 semanas de gestação) que se encontravam no domicílio há menos de seis meses. Realizado em três estados australianos.</p> <p><b>Nível de evidência 4</b> (JBI Levels of Evidence).</p>	<p>Os resultados permitiram constatar que as participantes tiveram um risco aumentado de desenvolver transtorno mental devido à exposição a múltiplos fatores de risco antes e durante o nascimento, bem como durante o período pós-natal (internamento e transição para o domicílio).</p>	<p>Foi possível concluir que as mães apresentavam alto risco de desenvolver sintomas de stress pós-traumático e/ou outros problemas de saúde mental, na medida em que todas as participantes mencionaram a vivência de trauma ao presenciar o internamento dos seus filhos em Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais. Na ida para o domicílio demonstraram comportamento de hipervigilância e identificaram a falta de suporte nesta transição. Tornou-se necessário um apoio social, profissional e comunitário significativo para permitir que as mulheres mantenham a sua saúde mental e o seu novo papel como mães.</p>

Título (autores, ano)	Objetivo	Metodologia	Resultados	Conclusões
<p><b>Artigo 2</b> <i>Maternal experiences in the first week of the premature hospitalization in intensive care.</i></p> <p><b>Autores:</b> Cinthia Almeida, Evanilda Carvalho, Sílvia Passos, Flávia Miranda, Luciano Santos</p> <p><b>Ano:</b> 2020</p>	<p>O estudo tem como objetivo descrever a experiência materna na primeira semana de hospitalização do recém-nascido prematuro na unidade de terapia intensiva neonatal.</p>	<p>Estudo qualitativo, descritivo e exploratório.</p> <p><b>Recolha de dados:</b> -Entrevista semiestruturada, realizada a dez mães que tiveram um parto prematuro no período de julho a novembro de 2015. Realizada em quatro estados brasileiros: Rio Grande do Sul, Paraná, Bahia e Rio Grande do Norte.</p> <p><b>Nível de evidência 4</b> (JBI Levels of Evidence).</p>	<p>Os resultados obtidos permitiram constatar que a experiência materna na primeira semana de hospitalização do recém-nascido prematuro engloba diversas categorias: experiência difícil por existir uma não correspondência à idealização prévia de ter um bebê saudável; sofrimento por assistir aos procedimentos invasivos; medo da morte do recém-nascido e por último a não realização de contato físico e cuidados ao recém-nascido.</p>	<p>Foi possível concluir que a existência de um ambiente novo (a unidade de cuidados intensivos neonatais), o medo pela necessidade de procedimentos invasivos e a incerteza sobre o desfecho da situação do recém-nascido são as principais fontes de sofrimento materno, e proporcionam o medo constante da morte. Dessa forma, é reforçado a importância de acompanhar e apoiar a mãe durante a primeira semana de hospitalização, explicando sobre todos os procedimentos e incentivar a sua participação no cuidado ao recém-nascido.</p>
<p><b>Artigo 3</b> <i>Wethering the storm: Mothers' and fathers' experiences of parenting a pre-term infant.</i></p> <p><b>Autores:</b> Aisling O'Donovan, Elizabeth Nixon</p> <p><b>Ano:</b> 2019</p>	<p>O estudo tem como objetivo explorar as experiências dos pais e mães de recém-nascidos prematuros e compreender a subjetividade das experiências dos pais, no contexto do nascimento de um prematuro, durante os primeiros 2 anos de vida.</p>	<p>Estudo transversal descritivo.</p> <p><b>Recolha de dados:</b> -Entrevista a 7 mães e 6 pais de crianças que nasceram prematuras, com idade atual igual ou inferior a 2 anos.</p> <p><b>Nível de evidência 4</b> (JBI Levels of Evidence).</p>	<p>Através da análise de conteúdo, surgiram quatro temáticas principais: o processo traumático do nascimento prematuro; a desconexão como efeito imediato; o "restabelecimento" da ligação com o filho prematuro; a transição para o domicílio. Este estudo demonstrou que os pais sentiram falta de suporte e apoio por parte da equipa hospitalar, sentindo que este era limitado.</p>	<p>Foi possível concluir que os pais de bebês prematuros beneficiam de cuidados informados acerca do trauma e apoio especializado durante o internamento dos seus filhos em Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais. As equipas devem estar cientes deste potencial trauma após o parto prematuro e monitorizar o bem-estar e a saúde mental dos pais.</p>

Título (autores, ano)	Objetivo	Metodologia	Resultados	Conclusões
<p><b>Artigo 4</b>  <i>Parents of preterm children narrate constructive aspects of their experiences.</i>  <b>Autores:</b>  Ulrika Widding, Bruno Hägglöf, Aijaz Farooqi  <b>Ano:</b> 2019</p>	<p>O estudo tem como objetivo explorar como os pais de recém-nascidos prematuros expressam os aspetos construtivos da sua experiência pessoal e perceber a experiência de ter um filho prematuro.</p>	<p>Estudo qualitativo descritivo.  <b>Recolha de dados:</b>  -Entrevista a 24 mães e 17 pais de recém-nascidos prematuros que relataram a sua experiência pessoal.  <b>Nível de Evidência 4</b> (JBI levels of Evidence).</p>	<p>Os resultados do estudo permitiram organizar as experiências relatadas pelos pais em 6 categorias: aceitação do facto de tudo não ter corrido como planeado; gratidão e reconsideração da situação; reavaliação dos relacionamentos íntimos; confiança na capacidade de lidar com a situação; gratidão pelo que tinham; abertura à exposição da situação e da partilha de experiências.</p>	<p>Foi possível concluir que os pais sentem medo, preocupação, desamparo, sentimentos de impotência, culpa e stress, problemas físicos e de saúde mental. Desta forma, a equipa hospitalar deve estar preparada para cuidar dos pais destes recém-nascidos devendo assim ser possuídores de conhecimentos que possibilitem os pais a aprender a cuidar um do outro, como a encontrar estratégias e práticas familiares mais adequadas à sua situação e quotidiano, uma vez que um recém-nascido prematuro implica vivências diferentes das esperadas e preparadas ao longo da gravidez.</p>

Título (autores, ano)	Objetivo	Metodologia	Resultados	Conclusões
<p><b>Artigo 5</b>  <i>Maternal pre and perinatal experiences with their full-term, preterm and very preterm newborns.</i>  <b>Autores:</b>            Joana Gonçalves, Marina Fuertes, Maria João Alves, Sandra Antunes, Ana Rita Almeida, Rute Casimiro, Margarida Santos  <b>Ano:</b> 2020</p>	<p>Tem como objetivo explorar as experiências das mães relacionadas à gravidez, parto prematuro, relação com o recém-nascido e as suas perspectivas futuras. E comparar os diferentes contextos no que diz respeito às condições de risco do nascimento.</p>	<p>Estudo qualitativo descritivo.  <b>Recolha de dados:</b>            -Entrevista semiestruturada às mulheres após o parto e nas primeiras 72 horas de vida do recém-nascido. Participaram 150 mulheres, divididas em três grupos: 50 mães de recém-nascidos a termo; 50 mães de recém-nascidos prematuros (32–36 semanas e 50 mães de recém-nascidos muito prematuros (inferior a 32 semanas).  <b>Nível de Evidência 4</b> (JBI levels of Evidence).</p>	<p>Os resultados do estudo afirmam que as mães de recém-nascidos pré-termo referem sentir medo perante os riscos associados a um nascimento prematuro, embora relatem otimismo quanto à sua competência para cuidar. As mães de recém-nascidos a termo relatam poucas dificuldades para cuidar do recém-nascido, enquanto as mães de recém-nascidos muito prematuros manifestam sentimentos mais negativos e angustiantes e com maior dificuldade em antecipar a experiência de cuidar dos seus filhos.</p>	<p>Foi possível concluir que a percepção inicial das mães sobre as suas experiências com bebês nascidos a termo, prematuros e muito prematuros demonstrou algumas semelhanças, mas diferenças igualmente importantes. Isso vem reforçar as evidências que indicam que as experiências maternas nesses três grupos são distintas, principalmente quando o bebê está internado e/ou permanece na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e necessita de intervenção clínica e cuidados médicos adequados e específicos. Verifica-se um reconhecimento de que as emoções negativas dos pais e o stress estão associados não só à prematuridade, mas também à qualidade da sua experiência durante o internamento do seu filho. Desta forma é necessário que os sistemas de saúde ofereçam suporte psicológico diferenciado e respostas às mães, bebês e famílias, tendo em consideração a idade gestacional dos recém-nascidos e os fatores de risco neonatais.</p>

Título (autores, ano)	Objetivo	Metodologia	Resultados	Conclusões
<p><b>Artigo 6</b>  <i>Experiências maternas durante a hospitalização do recém-nascido prematuro</i>  <b>Autores:</b>  Karolina Silva, Nalú Kerber, Cleonara Silva, Marialda Christoffel, Evanilda Carvalho, Silvia Passos, Luciano Santos</p> <p><b>Ano:</b> 2020</p>	<p>O estudo tem como objetivo compreender a experiência materna face à hospitalização do recém-nascido prematuro na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal</p>	<p>Estudo descritivo exploratório.  <b>Recolha de dados:</b>  entrevista a 13 puérperas com recém-nascidos prematuros hospitalizados.  <b>Nível de Evidência 4</b> (JBI levels of Evidence).</p>	<p>Com os resultados do estudo foi possível perceber que a experiência materna na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais é marcada por sofrimento, medo e crenças negativas sobre a prematuridade. Este sofrimento foi superado quando as mães perceberam a recuperação do seu filho, mantendo-as assim mais próximas dele.</p>	<p>Foi possível concluir a importância do papel do enfermeiro pois este tem um papel fulcral, na medida em que devem planejar intervenções que possam amenizar os sentimentos negativos sentidos pela mãe; possam envolver a mães nos cuidados para que sintam mais confiança; e que promovam o conforto psicoemocional da puérpera, através do apoio e suporte social e familiar.</p>

**Fonte:** Elaborado pelas autoras da Revisão.

## DISCUSSÃO

Na maioria dos artigos analisados, nota-se um alto risco de desenvolver sintomas de stress e de sofrimento, traduzindo a experiência de ter um filho prematuro como muito difícil, gerando tristeza devido a todas as circunstâncias e **à impossibilidade de levá-lo para casa após o parto** (ALMEIDA *et al.*, 2020; FOWLER *et al.*, 2019; GONÇALVES *et al.*, 2020; O´DONOVAN; NIXON, 2019).

Segundo Fowler *et al.* (2019), o número de bebês prematuros e extremamente prematuros tem vindo a aumentar e as mães destes bebês são regularmente confrontadas com eventos traumáticos durante a gravidez, trabalho de parto, nascimento e durante o internamento do bebé. Os fatores comuns experienciados pelas mães neste estudo foram: vivenciar sofrimento emocional e não receber cuidados adequados, não ter a perceção da maternidade como esperado, perder o controlo da situação e ficarem isoladas. O isolamento das mães de bebês prematuros deve-se, segundo elas, ao facto de sentirem dificuldades em socializar com outras mães de bebês saudáveis, pois referem que as suas experiências são muito diferentes.

A experiência materna foi inicialmente traduzida como muito difícil, por não existir um filho saudável como esperado, e devido à impossibilidade de

cuidar dele e levá-lo para casa após o parto. A vivência materna foi marcada por um intenso sofrimento ao ver e acompanhar a hospitalização e uma dificuldade em aceitar e entender os motivos de permanência na unidade de terapia intensiva neonatal. Outra fonte de sofrimento materno relevada neste estudo foi terem presenciado procedimentos invasivos, pois associaram a estes a fonte de sofrimento para com os recém-nascidos, causando apreensão materna, devido à preocupação com o estado de saúde do bebê (ALMEIDA *et al.*, 2020). A maioria das mães de bebês prematuros planeou e aceitou bem a sua gravidez, na verdade, uma grande maioria foi seguida em consultas médicas de fertilidade para engravidar. Logo estas mães relatam ter um sentido de amor pelos seus filhos assim que souberam que estavam grávidas e o medo da morte também foi um tema frequentemente abordado pelas mães que foram entrevistadas (GONÇALVES *et al.*, 2020).

Segundo O'Donovan e Nixon (2019) todos os pais destacaram a natureza traumática da experiência e a natureza súbita, surreal e inesperada do nascimento prematuro, que não ia ao encontro da experiência que tinham idealizado. O nascimento prematuro foi definido como um evento traumático, que conduziu a sentimentos de impotência, choque e a uma dificuldade em processar a experiência no momento. Nas narrativas dos pais foi destacada a discrepância entre a experiência imaginada e a real e foi referido por estes a utilização de uma desconexão emocional para lidar com a parte traumática do nascimento prematuro, com o objetivo de se auto protegerem, à medida que se distanciam do bebê, temendo a morte do mesmo. Após esta desconexão, quando é possível estabelecer contacto físico, este contacto com os bebês foi sentido pelos pais como bastante significativo, importante e tranquilizador, facilitando a ligação e a transição para a parentalidade, permitindo que os pais recuperassem o controlo e aumentasse a confiança destes.

Widding, Hägglöf e Farooqi (2019) também relataram que os pais definiram o nascimento prematuro como um evento bastante dramático, até chocante e traumático, e indicaram o medo da morte dos seus filhos como principal sentimento. No entanto, foi referido neste artigo a aceitação do facto de que os acontecimentos nem sempre ocorrem como planeado, ou seja, estes pais referiram que aprenderam a aceitar a situação tal como ela é, o que implica reconhecer que os planos nem sempre resultam. Os pais entrevistados

descreveram a sua capacidade de adotar uma nova perspectiva numa situação bastante stressante, bem como avaliar o que estava a acontecer e apreciar os acontecimentos tal como estes se apresentavam, podendo assim desfrutar dos aspetos simples da vida.

Durante a hospitalização dos bebés prematuros as mães necessitam de ser preparadas para reduzir expectativas que venham a dificultar a adaptação da família, pois, além da experiência traumática de se tornarem mães num contexto adverso, terão de enfrentar os seus medos e fortalecerem-se para auxiliarem o bebé. Ao saber que o seu filho está internado as mães vivenciam sentimentos de tristeza, impotência e medo da morte, como já referido anteriormente, que têm tendência a ser substituídos por sentimentos de satisfação e alegria ao perceber o desenvolvimento do filho, voltando a ser vistos os sentimentos negativos com a constatação da possibilidade da extensão temporal da hospitalização. Após estar familiarizada com o ambiente da unidade de terapia intensiva neonatal, a impressão inicial dos pais foi superada e com o tempo, a estabilidade clínica do bebé e a entrada diária da mãe na unidade, amenizou o sofrimento dos pais, deixando-os mais fortalecidos e confiantes para enfrentar esta situação (SILVA *et al.*, 2020).

Por fim, destaca-se a importância por parte dos profissionais de saúde de desenvolverem habilidades para identificar nas puérperas a ocorrência de problemas de ordem cognitiva, afetiva e comportamental durante a hospitalização do bebé prematuro. Sendo fundamental que os enfermeiros e outros profissionais de saúde não se concentrem apenas na saúde do bebé prematuro, mas também nas necessidades psicossociais da mãe. Explicar aos pais que os aparelhos e dispositivos utilizados são necessários como suportes para a recuperação do bebé e fornecer informações claras sobre a sua evolução clínica diária é de extrema importância. Também é imprescindível que avaliem a rede de apoio e suporte familiar, incorporando na sua prática clínica diária a filosofia do cuidado centrado na família (ALMEIDA *et al.*, 2020; FOWLER *et al.*, 2019; SILVA *et al.*, 2020).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O nascimento de um filho vem acompanhado de imensas questões e incertezas, que irão ser geradoras de stress. Ocorrem receios que podem ser apaziguados pelo apoio e informação fornecida pelo Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstétrica.

As preocupações maternas e paternas são vivenciadas de forma intensa no período do pós-parto, o que pode contribuir para que este seja angustiante e desta forma incapacitar a tomada de decisão e impedir a resolução de problemas. Os fatores stressantes ligados ao puerpério podem encaminhar para sentimentos de ansiedade, cansaço e a uma diminuição do autocuidado. Num parto prematuro esses fatores estão muito mais exacerbados, uma vez que os recém-nascidos prematuros necessitam de internamentos em unidades de cuidados intensivos neonatais, permanecendo afastados dos seus pais.

A hospitalização interfere no processo de adaptação e na transição para a parentalidade, uma vez que afeta o desenvolvimento da ligação da tríade, da vinculação e provoca sentimentos ambivalentes nos pais, predominando sentimentos negativos. Devido à hospitalização, o papel parental está comprometido, dado que os pais se sentem impotentes e incapazes de dar resposta às necessidades do recém-nascido.

Desta forma, os enfermeiros surgem com um papel fundamental na transição para a parentalidade por serem os primeiros prestadores de cuidados às mulheres e às suas famílias. O nascimento de um filho prematuro altera a dinâmica familiar e os relacionamentos interpessoais, tornando-se o internamento num momento extremamente desafiante e desgastante. Desse modo, o Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstétrica deve ter em consideração todas as mudanças e exigências que estas transições acarretam, e assim conseguir preparar a díade para uma transição para a parentalidade de forma mais tranquila e com as competências necessárias para tal. É de extrema importância que sejam implementadas práticas de cuidados humanizados que proporcionem uma maior proximidade entre os pais e o bebé, através de cuidados individualizados, de forma a proporcionar a ocorrência de estratégias facilitadoras nos cuidados ao recém-nascido prematuro.

## REFERÊNCIAS

- ALEXANDRE, J. et al. A Prematuridade na Perspectiva das mães: Estado Psicoemocional, Autoestima e Bonding em mães Primíparas e Múltiparas. *Análise Psicológica*, v. 34, n. 3, p. 265–277, 12 set. 2016.
- ALMEIDA, C. et al. Experiências maternas na primeira semana de hospitalização do prematuro em cuidado intensivo. *Revista de Enfermagem da UFSM*, v. 10, n. 75, p. 1–21, 2020.
- BRIGGS, J. JBI Levels of Evidence. *Joanna Briggs Institute*. p.1-5. 2013 [https://jbi.global/sites/default/files/2019-05/JBI-Levels-of-evidence\\_2014\\_0.pdf](https://jbi.global/sites/default/files/2019-05/JBI-Levels-of-evidence_2014_0.pdf)
- FRIAS, A.; DAMAS, F. Preocupações Maternas No Momento Da Alta Hospitalar. *Revista Ibero-Americana De Saúde E Envelhecimento*, v. 5, n. 2, 2019.
- GONÇALVES, J. et al. Maternal pre and perinatal experiences with their full-term, preterm and very preterm newborns. *BMC Pregnancy and Childbirth*, v. 20, n. 1, 2020.
- GUIMARÃES, M.; SILVA, L. Conhecendo a Teoria das Transições e sua aplicabilidade para Enfermagem. [s.l.: s.n.]. Disponível em: <<https://journaldedados.files.wordpress.com/2016/10/conhecendo-a-teoria-das-transic3a7c3b5es-e-sua-aplicabilidade.pdf>>.
- JBI, J. B. I. Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2016 edition. *The Joanna Briggs Institute*. ed. Australia, 2016.
- MELEIS, A. *Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company, 2010.
- O'DONOVAN, A.; NIXON, E. "Weathering the storm:" Mothers' and fathers' experiences of parenting a preterm infant. *Infant Mental Health Journal*, v. 40, n. 4, p. 573–587, 2019.
- OLIVEIRA, J. et al. Revisão Sistemática de Intervenções com Pais na Transição para Parentalidade. *Revista Psicologia: Teoria e Prática*, v. 25, n. 2, 2023.
- SOUSA, F.; CURADO, M. Fatores Preditores Do Stress Parental Nas Unidades De Neonatologia Estudo De Pré-Validação Da Easpun. *Pensar Enfermagem*, v. 24, n. 1, p. 17–26, 2020.
- SOUSA, F.; CURADO, M. Escala de avaliação do stress parental na unidade de neonatologia: Validação estatística para a população portuguesa. *Enfermería Global*, v. 20, n. 4, p. 391–425, 2021.
- TRALHÃO, F. et al. A Família Como Promotora Da Transição Para A Parentalidade. *Revista da UI\_IPSantarém*, v. 8, n. 1, p. 17–30, 2020.
- VILELAS, J. *Investigação - O Processo de Construção do Conhecimento*. Lisboa: 2022.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Preterm birth*. Disponível em: <<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>>.

## **A ASSISTÊNCIA DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA NA VIVÊNCIA DA PERDA GESTACIONAL: UMA REVISÃO NARRATIVA**

**Ana Catarina Nunes Caetano da Silva**  
Hospital José Joaquim Fernandes, Beja, Portugal

**Catarina dos Santos Pires**  
Maternidade Dr. Alfredo da Costa, Lisboa, Portugal

**Sandra Ávila Silva**  
Hospital Joan XXIII, Tarragona, Espanha

**Ana Maria Aguiar Frias**  
Universidade de Évora, Escola Superior de  
Enfermagem S. João de Deus, Investigadora na  
Comprehensive Health Research Centre (CHRC),  
Évora, Portugal

# RESUMO

A vivência de uma perda gestacional é um acontecimento que tem enorme impacto na vida da mulher, da sua família e do profissional de saúde, nomeadamente, o Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica (EESMO) que lhe presta cuidados. O processo de luto gestacional que lhe está associado, acarreta consequências emocionais e físicas significativas que são influenciadas por diversos fatores, entre eles, o apoio prestado pelo EESMO. Desta forma, esta revisão tem como objetivo principal conhecer o impacto da assistência do EESMO perante a mulher e família que vivenciaram perda gestacional. Foi realizada pesquisa com recurso à plataforma da Universidade de Évora (Biblioteca da Universidade de Évora - Pesquisa EDS). A pesquisa foi realizada durante o mês de maio de 2023. Aplicados os critérios de inclusão e exclusão, elegeram-se onze artigos para análise da presente revisão. Os resultados demonstram que a assistência prestada pelo EESMO influencia a vivência do processo de perda gestacional podendo ser um fator facilitador ou dificultador dependendo do grau de formação, experiência e da capacidade de gestão emocional deste. Conclui-se que o EESMO desempenha um papel fundamental na abordagem à mulher e família que vivencia uma perda gestacional sendo essencial a sua formação académica, capacitação profissional e apoio psicológico de forma a promover uma relação terapêutica enfermeiro-doente de qualidade no contexto da perda gestacional.

**Palavras-chave:** Fetal Death, Grief, Midwife, Pregnancy.

## INTRODUÇÃO

A perda de um filho durante a gravidez é amplamente reconhecida como um dos eventos mais stressantes que um adulto pode enfrentar na sua vida, tornando os pais um grupo de alto risco para o desenvolvimento de um processo de luto complexo (MARTÍNEZ *et al.*, 2018). Esta experiência, além de afetar os pais, também afeta os restantes elementos que integram o seio familiar, gerando mudanças significativas na sua dinâmica. As expectativas associadas à gravidez centram-se na continuidade da vida e nunca na morte. Perante a perda fetal, os casais sentem-se traídos, enganados e com um sentimento de fracasso. É-lhes negada a possibilidade de viverem os sonhos, as fantasias e os planos associados à parentalidade, bem como de usufruírem do poderoso acontecimento do nascimento de um filho.

Em Portugal, nos últimos anos, tem-se verificado uma diminuição da mortalidade fetal e neonatal, graças aos avanços tecnológicos que permitem um acompanhamento mais próximo e a deteção precoce de complicações durante a gravidez. No entanto, em cerca de 30% das gravidezes ainda ocorrem perdas gestacionais, gerando sentimentos negativos para as pessoas envolvidas no processo (CASALTA; BRITES, 2020). Este evento pode ser causado por diversas complicações durante a gravidez, parto, infeções maternas ou do recém-nascido, restrição do crescimento fetal, malformações congénitas, entre outras (GAITÁN; MORERA; ZULUAGA; BARRERO, 2022). Mas, na maioria dos casos, a morte gestacional é inesperada e acontece em gestações aparentemente saudáveis (CASALTA; BRITES, 2020).

Uma figura importante que também é afetada neste acontecimento é o EESMO. Este desempenha um papel crucial na experiência da perda gestacional, embora também enfrenhem dificuldades em lidar com estes, dado trabalharem em ambientes onde lidam mais com a vida através do nascimento de novos bebés todos os dias. Os profissionais concordam que existe uma clara falta de formação, falta de apoio institucional e a necessidade de desenvolver competências interpessoais que os ajudem a gerir adequadamente as situações de luto perinatal (VALENZUELA; BERNALES; JAÑA, 2020).

O luto representa uma carga emocional e física significativa para os pais, que experimentam sentimentos de tristeza, ansiedade, culpa e isolamento social,

podendo desencadear perturbações mentais e sociais, como a perturbação de stress pós-traumático, a depressão e a perturbação das relações afetivas e da estabilidade laboral e social. O estigma associado ao nado-morto dificulta a implementação de programas de apoio aos pais enlutados e, embora tenham sido feitos esforços, ainda existem lacunas na compreensão da complexidade deste problema. Portanto, é essencial que as intervenções do EESMO se concentrem na melhoria do bem-estar físico, psicológico e social das mulheres, a fim de reduzir o impacto da mortalidade fetal nas famílias, desenvolvendo estratégias e planos que se concentrem no cuidado daqueles que passam por essa perda (GAITÁN; MORERA; ZULUAGA; BARRERO, 2022).

É desta forma, que consideramos pertinente abordar este tema, sendo o propósito desta revisão, à luz da mais recente evidência científica, conhecer o impacto da assistência do EESMO perante a mulher e família que vivenciaram perda gestacional, dando assim o nosso contributo para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à mulher e família na nossa prática clínica.

## **DESENVOLVIMENTO**

### **Metodologia**

Dada a natureza do tema em estudo, o presente trabalho assenta numa Revisão Narrativa da Literatura que, segundo Sousa, Firmino, Vieira e Severino (2018) é constituída por cinco etapas: 1) seleção de um tema de revisão; 2) pesquisa da literatura em bases de dados; 3) recolha, seleção, leitura e análises dos artigos pesquisados; 4) redação da revisão; 5) apresentação das referências bibliográficas. Neste tipo de narrativa, os artigos selecionados para revisão podem apresentar uma tipologia muito ampla e abranger vários assuntos.

Para a elaboração desta revisão foi definida uma questão de revisão, utilizando a metodologia PI(C)O: P (população-alvo/population), I (tipo de intervenção/intervention), C (comparação/comparison), O (resultados/outcomes). Dada a natureza do estudo, não foram realizadas comparações.

Na sequência da escolha do tema e, por forma a dar resposta ao objetivo anteriormente definido, foi formulada a seguinte questão de investigação: Quais

os efeitos da assistência prestada pelo EESMO na vivência de perda gestacional pela mulher e família?

A elaboração da questão PI(C)O teve por base os seguintes critérios (tabela 1).

**Tabela 1.** Critérios de elaboração para a questão PI(C)O.

P	População - alvo	Quem foi alvo de estudo?	Mulher e família que vivenciaram perda gestacional
I	Intervenção	O que foi feito?	Assistência do EESMO
(C)	Comparações	Pode existir ou não	Não existem comparações
O	Resultados	Resultados esperados	Efeitos na vivência da perda gestacional

**Fonte:** Adaptado de Donato e Donato (2019).

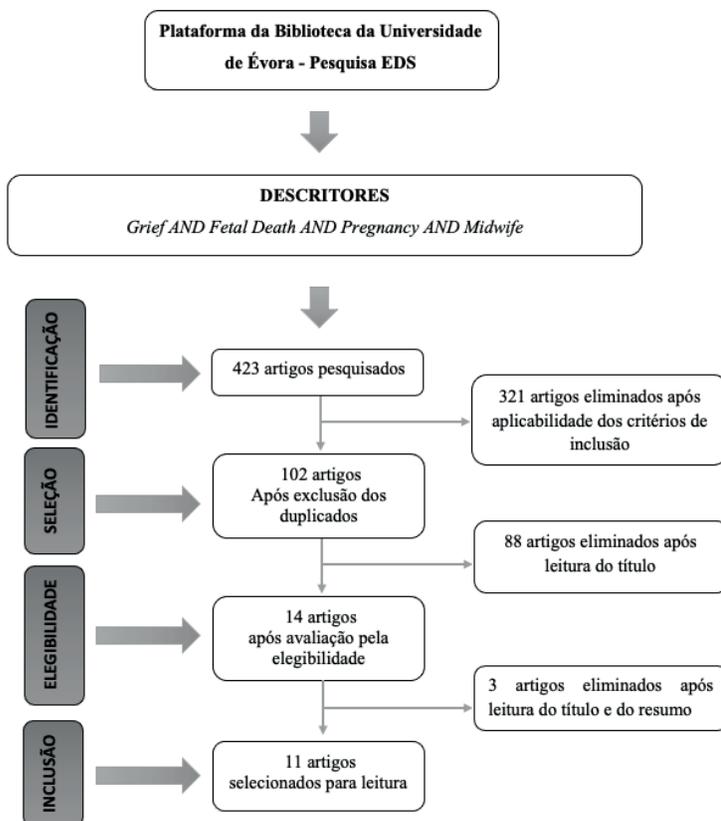
No seguimento da elaboração da questão de revisão, procedeu-se à colheita de dados sobre a temática, com recurso à plataforma da Universidade de Évora (Biblioteca da Universidade de Évora - Pesquisa EDS) que permite o acesso a várias bases de dados de referência, acesso aberto e texto integral, cujos nomes figuram na secção "resultados", aquando da apresentação individualizada de cada um dos estudos utilizados. A pesquisa foi realizada durante o mês de maio de 2023. Foram utilizados os descritores em Ciências da Saúde (DeCS) na língua inglesa, com o recurso à interseção entre eles através do operador booleano "AND" de acordo com a seguinte organização: Fetal death AND grief AND midwife AND pregnancy.

De forma a limitar a colheita de dados, foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão: artigos disponíveis em texto completo e nos idiomas português, espanhol e inglês, que respondessem à questão de investigação em curso e com publicação no horizonte temporal de janeiro de 2018 a maio de 2023. Como critérios de exclusão, não foram considerados artigos sem relação com a temática, datas de publicação anteriores a 2018 e resultados duplicados.

Numa primeira fase da pesquisa, ao aceder à plataforma EDS, de acordo com o alinhamento suprarreferido, foram identificados 423 artigos. Para a seleção, procedeu-se à aplicação dos critérios de inclusão, resultando deste processo 102 artigos, tendo sido eliminados 321 artigos. Seguidamente, foi realizada a leitura dos títulos e resumos dos artigos tendo sido eleitos 14. Posteriormente, efetuou-se a leitura integral dos 14 artigos, tendo sido selecionados 11 artigos

para análise. Foram, nesta fase, excluídos os restantes três artigos por não cumprirem os critérios de inclusão. Para maior compreensão, encontra-se esquematizado o percurso realizado para a seleção dos artigos, através de um fluxograma PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analyses) (figura 1).

**Figura 1.** Fluxograma de pesquisa.



**Fonte:** Elaborado pelos autores através da adaptação do modelo PRISMA.

## Resultados

Os 11 artigos selecionados com base na questão de investigação e nos objetivos desta revisão foram analisados e procedeu-se à construção do seguinte

quadro onde, por ordem cronológica, se pode observar de forma sintética e organizada a informação neles contida.

**Tabela 2.** Resultados obtidos na revisão dos artigos.

<b>Artigo 1:</b> "Proceso de atención al parto en la muerte fetal tardía." (MARTÍNEZ et al., 2018)	
<b>País:</b> Espanha	
<b>Objetivos</b>	O objetivo desta revisão narrativa é analisar as evidências disponíveis sobre o processo de assistência ao parto no nato-morto tardio permitindo compreender a experiência e as necessidades das mães e dos pais, bem como a experiência e as dificuldades dos profissionais que intervêm nestes casos.
<b>Resultados/ Conclusões</b>	Este artigo destaca tanto a natureza angustiante da experiência dos pais que passam pela perda de um feto e o impacto pessoal sentido pelos prestadores de cuidados especializados que se esforçam para lidar adequadamente com o caso. Os pais expressam o desejo de apoio emocional desde o momento do diagnóstico, bem como de informação adequada ao longo de todo o processo. É destacada a importância da comunicação verbal e não verbal, bem como do contacto visual e da gestão do silêncio. A capacidade de transmitir empatia e compreensão, com gentileza e sensibilidade por parte do profissional de saúde, pode ter um impacto positivo na experiência, enquanto a sua falta pode torná-la avassaladora. Destaca-se a necessidade de incorporar na formação dos profissionais uma componente dedicada à gestão do luto e estabelecer políticas de formação contínua que lhes permitam estar adequadamente preparados para prestar cuidados neste tipo de processo. Outro aspeto relevante para os profissionais é a existência de redes de apoio dentro do ambiente de trabalho que incentivem e facilitem a troca de experiências na prestação de cuidados, reforcem as competências individuais e contribuam para melhorar as fragilidades de toda a equipa.
<b>Artigo 2:</b> "Mulheres em situação de perda fetal: limitações assistenciais de enfermeiros" (SCHMALFUSS; MATSUE; FERRAZ, 2019)	
<b>País:</b> Brasil	
<b>Objetivos</b>	Este artigo é um estudo reflexivo que tem como objetivo expor as limitações na assistência dos enfermeiros a mulheres em contexto de perda gestacional e refletir acerca os desafios que destas advêm.
<b>Resultados/ Conclusões</b>	A morte de um feto in útero materno inverte o processo natural de que as pessoas nascem, crescem e morrem e para os pais, famílias e profissionais envolvidos neste processo. O processo de construção do luto pode ser melhorado se a equipa de saúde que presta cuidados nessa fase oferecer apoio de qualidade a nível físico, emocional e social. Porém, nem sempre os profissionais, nomeadamente, os enfermeiros se sentem preparados e seguros para prestar cuidados qualificados neste contexto. O cuidado a mulheres em contexto de perda gestacional trata-se de um grande desafio para os enfermeiros encontrando sérias limitações nos seus cuidados decorrentes da sensação de insegurança, sentimento de pena, ansiedade, impotência, distanciamento e falta de estratégias e recursos para lidarem com a situação. Para ultrapassar as limitações mencionadas, sugere-se a incrementação da educação acerca do luto perinatal no contexto académico, a formação singular sobre o luto, o aprimoramento das habilidades relacionais e comunicacionais e a melhoria das condições de trabalho, estrutura dos serviços de saúde e das redes de suporte após a alta hospitalar.
<b>Artigo 3:</b> "Duelo perinatal: Perspectivas de los Profesionales de la Salud." (VALENZUELA; BERNALES; JAÑA, 2020)	
<b>País:</b> Chile	
<b>Objetivos</b>	O objetivo deste artigo de revista é compreender a perspectiva dos profissionais de saúde em relação ao luto perinatal.

<b>Artigo 1: "Proceso de atención al parto en la muerte fetal tardía" (MARTÍNEZ et al., 2018)</b>	
<b>País:</b> Espanha	
<b>Resultados/ Conclusões</b>	<p>Os autores dividiram o tema em três categorias: 1) Sentimentos vivenciados pelos profissionais, como ansiedade, culpa, resignação, sintomas físicos, frustração e evitamento; 2) Necessidades de suporte, incluindo apoio emocional, formação formal e experiência profissional; 3) Facilitadores do processo, onde se destacam os anos de experiência profissional, autoconfiança, apoio dos pares, equipa multidisciplinar, crença religiosa e apoio institucional.</p> <p>A perda perinatal, precoce ou tardia, é uma situação dramática para os pais, que se vêm confrontados com a perda de um filho que não conheciam, mas com o qual criaram laços durante a gravidez. As atitudes positivas e o apoio profissional ao luto melhoram a experiência dos pais. No entanto, a perda perinatal também tem um impacto emocional para os profissionais de saúde, apesar do seu interesse em prestar cuidados de qualidade. A importância da formação na gestão do processo de luto perinatal é salientada tanto na formação académica como na profissional. Refere-se que os anos de experiência profissional permitem a aquisição de competências pessoais para colmatar este défice de formação, embora muitas vezes, isso seja conseguido por tentativa e erro, com um custo emocional significativo.</p>
<b>Artigo 4: "Mothers' experiences of fetal death" (CASALTA; BRITES, 2020)</b>	
<b>País:</b> Portugal	
<b>Objetivos</b>	O estudo transversal, descritivo, com abordagem qualitativa tem como objetivo analisar os sentimentos e experiências de mulheres em situação de nado-morto.
<b>Resultados/ Conclusões</b>	A perda de um filho durante a gravidez é uma experiência avassaladora, que ocorre frequentemente sem aviso prévio. Apesar do reconhecimento deste problema, a sociedade e os profissionais de saúde não compreendem totalmente as consequências e o significado destas perdas para as mulheres. Algumas mulheres referem que os EESMO comunicam a notícia da morte fetal de forma fria e desumana, enquanto outras encontram-se satisfeitas com o atendimento prestado por estes profissionais, ressaltando a relevância da relação com o profissional de saúde. É fundamental destacar a intervenção dos enfermeiros neste fenómeno crítico, na perspetiva das mulheres que o vivenciaram. Isto implica ter em conta as experiências individuais, prestar mais atenção, adotar uma atitude adequada ao comunicar as notícias e adaptar a intervenção às necessidades de cada mulher.
<b>Artigo 5: "Particularidades do luto materno decorrente de perda gestacional: estudo qualitativo" (TEODÓZIO; BARTH; WENDLAND; LEVANDOWSKI, 2020)</b>	
<b>País:</b> Brasil	
<b>Objetivos</b>	Trata-se de um estudo de carácter qualitativo e transversal que tem como objetivo entender as consequências e as singularidades do processo de luto resultante de uma perda gestacional.
<b>Resultados/ Conclusões</b>	A perda gestacional foi considerada um evento muito doloroso a nível físico e emocional. Entre as repercussões, foi reconhecido o seu impacto no narcisismo materno, não só pelas repercussões físicas como pela idealização perdida do bebé durante a gestação. Diante destes resultados, é importante salientar que, embora o processo de luto não tenha sido reconhecido como longo, isso não indica que tenha sido vivenciado sem sofrimento. Este tipo de perda, origina um processo de luto que pode ser revivido noutras fases da vida, sobretudo durante as gestações sucessoras à morte fetal. O estudo aponta para a relevância de dar oportunidade de expressão a mulheres e às suas experiências de perda, uma vez que a falta de reconhecimento social do sofrimento contribui para um suporte insatisfatório. Particularmente, o tratamento recebido pelos profissionais de saúde, revelou-se crucial na vivência deste processo.
<b>Artigo 6: "Avaliação do luto familiar na perda gestacional e neonatal" (TRINTINALHA et al., 2021)</b>	
<b>País:</b> Brasil	

<b>Artigo 1:</b> "Proceso de atención al parto en la muerte fetal tardía." (MARTÍNEZ et al., 2018)	
<b>País:</b> Espanha	
<b>Objetivos</b>	Trata-se de um estudo transversal, realizado com utilização de questionário sociodemográfico e questionário validado (Escala de Luto Perinatal-ELP) em progenitores que perderam um filho em diversas idade gestacional ou fase neonatal. O estudo tem como objetivo avaliar o grau de luto decorrente de uma perda gestacional ou neonatal em progenitores, tendo em conta variáveis sociodemográficas e comparando o grau de luto e o momento da perda.
<b>Resultados/ Conclusões</b>	Os 104 participantes viveram o processo de luto intensamente independente do momento da perda gestacional, ou seja, foi indiferente a perda ter ocorrido em qualquer um dos trimestres gestacionais ou no período neonatal. Primiparidade, idade menor que 25 anos e sentimento de culpa foram as variáveis que influenciaram maioritariamente, incrementando a intensidade do luto. Aspetos como o estado civil, escolaridade, etnia, contexto laboral, situação económica, religião e aborto prévio não influenciaram a vivência do luto. Destaca-se que a carência de apoio profissional revelou ser o preditor mais relevante no desenvolvimento de dificuldades psicológicas. Fatores como a assistência de saúde primária e a existência de rede de suporte familiar e social revelaram-se incalculáveis para pais e famílias na época em que há a perda.
<b>Artigo 7:</b> "Unravelling the grief of involuntary pregnancy loss: A meta-ethnography of mifwives and nurses emotional experiences" (FERNÁNDEZ-BASANTA et al., 2021)	
<b>País:</b> Espanha	
<b>Objetivos</b>	Este estudo é uma meta-análise etnográfica que tem como objetivo estudar as experiências emocionais do EESMO e outros profissionais que cuidam de pais que sofreram uma perda involuntária da gravidez.
<b>Resultados/ Conclusões</b>	A perda involuntária da gravidez é um acontecimento frequente e é comum que o EESMO e outros profissionais que prestam cuidados a um número significativo de famílias que sofreram uma perda gestacional atual ou anterior. Cuidar destas famílias é um desafio dada a cultura organizacional desfavorável, a falta de preparação e conhecimento e o facto de este ser um cuidado emocionalmente exigente que pode ter repercussões significativamente negativas para os EESMO. Os autores sugerem estratégias para auxiliar os profissionais de saúde a ultrapassar estas dificuldades como a promoção da aprendizagem através da simulação de casos práticos sobre a temática da perda gestacional e luto, a orientação por colegas mais experientes e a existência de protocolos que permitam unificar e individualizar os cuidados. Desta forma, os profissionais podem desenvolver habilidades como a reflexão e resiliência e, conseqüentemente, promover o seu crescimento pessoal e profissional.
<b>Artigo 8:</b> "Sentimentos maternos frente ao óbito perinatal." (LOPES; CARLETTO; IVASTCHESCHEN; BORGES, 2021)	
<b>País:</b> Brasil	
<b>Objetivos</b>	Este estudo qualitativo e de natureza interpretativa tem como objetivo compreender os sentimentos maternos que vivenciaram uma morte perinatal.
<b>Resultados/ Conclusões</b>	Evidenciados sentimentos de raiva, medo, choque, desespero e tristeza profunda. Apesar das mães acreditarem que apenas quem pode compreendê-las é outra mãe que vivenciou a perda de um filho, a ajuda e o apoio é imprescindível e é responsabilidade dos serviços de saúde. É salientada a importância do profissional de saúde no apoio às mães e aos familiares após a perda de um filho considerando que os mesmos têm mais capacidade de acompanhar todo o processo do luto e diagnosticarem problemas que possam indicar a necessidade de encaminhamento para outra especialidade. Intervenções como grupos de entretida e terapias comunitárias, que facilitem e propiciem momentos de exposição dos sentimentos maternos e identificação com outros sujeitos que também vivenciaram a morte, são necessários para ajudar e apoiar durante o processo de luto. Assim, deve ser oferecida uma rede de suporte para essas mães e para familiares durante e após a alta hospitalar.

<b>Artigo 1:</b> "Proceso de atención al parto en la muerte fetal tardía" (MARTÍNEZ et al., 2018)	
<b>País:</b> Espanha	
<b>Artigo 9:</b> "A Enfermagem na assistência às mulheres em situação de perda fetal e aborto: revisão integrativa" (MINCOV; FREIRE; MORAES, 2022)	
<b>País:</b> Brasil	
<b>Objetivos</b>	O presente estudo trata-se de uma revisão integrativa da literatura e tem como objetivo analisar a intervenção de enfermagem no apoio às mulheres em contexto de perda fetal e aborto nos diferentes tipos de cuidados de saúde.
<b>Resultados/ Conclusões</b>	A revisão demonstra que a intervenção de enfermagem em situações de perda fetal e aborto exibe uma experiência difícil, contudo, gratificante permitindo a criação de um espaço para a humanização dos cuidados e dando destaque ao sofrimento psicológico da mulher e parceiro. Apontam-se como apoios que fortalecem o cuidado, a capacitação profissional e o investimento em estudos acadêmicos e normas sobre a temática. O principal desafio dos enfermeiros em relação ao cuidado em situação de perda gestacional, espontânea ou provocada está relacionado com os aspectos psicológicos. Muitos profissionais não se sentem preparados para prestar cuidados dado a sua falta de qualificação profissional e a complexidade inerente nomeadamente, os aspetos emocionais relacionados com a mãe. A capacitação profissional deve estar alavancada na educação académica através do desenvolvimento das competências para a prestação de um cuidado humanizado e holístico através da abordagem dos aspetos psicossociais, técnicas de comunicação terapêutica, respeito pelos direitos humanos, sexuais e reprodutivos e os princípios bioéticos.
<b>Artigo 10:</b> "Consecuencias en la salud mental de los padres ante un diagnóstico de muerte fetal o neonatal: Revisión sistemática." (GAITÁN; MORERA; ZULUAGA; BARRERO, 2022)	
<b>País:</b> Colômbia	
<b>Objetivos</b>	Este estudo trata-se de uma revisão sistemática da literatura com o objetivo de analisar a evidência científica disponível sobre as consequências para a saúde materna dos pais em caso de diagnóstico de morte fetal e/ou neonatal.
<b>Resultados/ Conclusões</b>	A perda fetal tem consequências negativas para a saúde mental dos pais, como ansiedade, depressão, stress, ressentimento e culpa. No entanto, a compreensão e a tranquilização são respostas que são influenciadas pelas crenças religiosas, culturais e espirituais das pessoas afetadas. Estas consequências são mais frequentemente observadas naqueles que não têm apoio familiar durante todo o processo. Ressalta-se que, por meio de um Plano de Cuidados de Enfermagem, o profissional pode priorizar os cuidados no luto e incentivar a expressão das emoções dos pais. Neste sentido, o profissional de enfermagem necessita de conhecimentos, competências e habilidades prévias; especificamente, no tratamento humanizado do luto para responder aos desafios necessários para o cuidado integral da saúde mental dos pais afetados, facilitando espaços de diálogo, capacitação em saúde mental diante do luto e fortalecimento das redes de apoio entre as famílias. Por último, recomenda-se o reforço dos programas de formação superior em enfermagem, bem como de outros profissionais que trabalham em salas de parto, a fim de melhorar a prática clínica, com base na aquisição de competências de comunicação e de estratégias de coping que favoreçam intervenção e suporte atempado e de qualidade aos pais que enfrentam um diagnóstico de perda fetal e/ou neonatal.
<b>Artigo 11:</b> "Describing the lived experiences of nurses and midwives in caring for mothers and families during a fetal loss" (BAZARAHAH; FOULY; BEER, 2023)	
<b>País:</b> Arábia Saudita	
<b>Objetivos</b>	O presente estudo seguiu uma abordagem fenomenológica descritiva e tem como objetivo descrever as experiências vividas pelos enfermeiros e EESMO relacionados com os cuidados prestados às mães e famílias durante a perda fetal no King Abdul-Aziz Medical City (Hospital Distrital em Riad, capital da Arábia Saudita).

---

**Resultados/  
Conclusões**

A gravidez é considerada, na grande maioria, uma experiência positiva para as mulheres com a expectativa de ter um bebê saudável no final. No entanto, algumas gestações terminam em perda fetal sendo este um evento fisiológico, emocional e social que pode ter consequências devastadoras para os pais e famílias independentemente da idade gestacional do feto. Dada a natureza da relação entre o EESMO e a grávida, desempenha deste modo um papel significativo no fornecimento de apoio emocional às mulheres e famílias após uma perda fetal podendo este ser um processo também traumático para o profissional de saúde. Este estudo destacou que cuidar de mulheres e familiares que vivenciam uma perda fetal é uma experiência desafiadora para os EESMO sendo uma das dificuldades sentidas a gestão das suas próprias emoções como culpa, frustração e sensação de fracasso pessoal e profissional. A saúde mental destas profissionais de saúde e a capacidade de fornecer cuidados holísticos aos seus pacientes podem ser comprometidas após vivenciar eventos traumáticos relacionados ao trabalho, como é o exemplo, a perda gestacional.

---

**Fonte:** Elaborado pelos autores.

## Discussão

Após a análise dos resultados apresentados confirma-se que a assistência do EESMO tem efeitos negativos e positivos na vivência da perda gestacional pela mulher/família.

No sentido de facilitar a compreensão dos resultados e tendo por base os objetivos propostos nesta revisão, os resultados foram agrupados nas duas categorias descritas: Sentimentos face à perda gestacional da mulher/família e dos profissionais de saúde; Intervenções do EESMO.

### Sentimentos face à perda gestacional - Mulher e Família

De acordo com Lopes *et al.* (2021), quando se transmitem más notícias à mãe, nomeadamente, que poderá ocorrer o óbito do seu bebé, as reações podem ser díspares. Quando são confrontadas com um diagnóstico negativo durante a gestação, as primeiras reações que as mães descrevem são o choque da notícia, indignação e ansiedade, seguidos pelo sentimento de medo. Para além disso, sentimentos como tristeza, raiva, culpa, decepção e desânimo são revelados nos vários estudos selecionados. Quando a gravidez tem um desfecho negativo, gera-se uma situação que se opõe ao idealizado e planeado pela mãe, despoletando nela sentimentos de tristeza profunda e de inferioridade, sentindo-se, mesmo, culpada pela perda.

Foi verificado em 6 dos 11 estudos que os sentimentos anteriormente descritos não dependem da idade gestacional, nem do motivo, sendo a dor física e psicológica causada pela própria perda.

Vários estudos fazem referência aos rituais de despedida do bebê, sempre que a mãe o deseje, como elementos facilitadores do processo de luto (TEODÓZIO; BARTH; WENDLAND; LEVANDOWSKI, 2020).

No entanto, a literatura internacional não é toda consentânea relativamente ao contato da mãe com o nado-morto, havendo também posições contrárias por relacionar situações de tristeza pela recordação da imagem do seu filho, o que poderá também dificultar o processo de luto, pelo que se torna sempre primordial que a mãe seja questionada sobre a sua vontade (BAZARAAH; FOULY; BEER, 2023).

Outros sentimentos também revelados no estudo de Valenzuela, Bernales e Jaña (2020) relacionam-se com o contato da mãe com outros bebês, onde, com frequência sentimentos de fracasso e tristeza são despoletados perante um bebê saudável.

Também a falta de empatia por parte das pessoas que as rodeiam ao usarem frases que nem sempre são entendidas como reconfortantes tais como “Ainda é jovem” ou “Deve esquecer e seguir em frente” pode contribuir para pressionar as mulheres e, conseqüentemente, aumentar o período de luto e a sensação de solidão e de incompreensão por parte dos outros (CASALTA; BRITES, 2020).

De acordo com Trintinalha *et al.* (2021), embora a maioria das mulheres vivencie reações “normais” de luto perante a perda perinatal, cerca de 25% a 30% podem ter reações de luto significativas, prolongadas, altamente intensas e complicadas, que podem afetar negativamente a sua saúde mental. Vários são os fatores que podem determinar ou influenciar a variabilidade do grau de luto, tais como fatores pessoais, culturais, religiosos ou sociodemográficas (idade, estado civil, religião ou profissão).

## **Sentimentos face à perda gestacional - EESMO**

Perante uma situação de morte fetal não apenas a mãe e família têm reações perante essa perda. Os estudos referem que o impacto da perda afeta

emocionalmente todos os envolvidos no processo, nomeadamente, os profissionais de saúde.

No estudo realizado por Trintinalha *et al.* (2021), os resultados colocam em evidência, por parte dos profissionais, os sentimentos de insegurança em relação à melhor forma de cuidado para a mulher e família. Deste sentimento de insegurança podem resultar sentimentos de impotência com conseqüente percepção de uma prestação de cuidados insuficiente.

Acresce ainda que, as atitudes inadequadas podem influenciar negativamente o progresso dos pais no processo de luto, não atendendo às suas particularidades (MARTÍNEZ *et al.*, 2018).

Segundo Lopes *et al.* (2021), os EESMO relatam sentimentos negativos aquando da prestação de cuidados como por exemplo, ansiedade, tristeza intensa, frustração e impotência, além do desejo de evitamento da mãe. Assim, de forma a fazer face ao stress causado pela rotina laboral, são adotadas por vezes atitudes de defesa como distanciamento e frieza perante a situação.

Nesse âmbito, Schmalfluss, Matsue e Ferraz (2019), referem que aqueles que cuidam também necessitam de ser cuidados sendo necessária atenção, apoio, suporte, momentos formais e informais para discussão e reflexão sobre as situações vivenciadas e sentimentos vivenciados pelas mesmas.

É fundamental que o EESMO seja apoiado no seu trabalho para que se mantenha capacitado na sua prática face às necessidades físicas e emocionais das mulheres e famílias, sem prejuízo para si mesmo. No entanto, alguns profissionais, revelam dificuldades em partilhar a sua experiência com familiares e amigos devido ao medo de serem julgados e estigmatizados, recorrendo ao silêncio, resultando no aumento da sobrecarga emocional e tensão psicológica (VALENZUELA; BERNALES; JAÑA, 2020).

## **Intervenções do EESMO**

Os resultados obtidos permitiram-nos, também, a construção da categoria “intervenções do EESMO” dado o papel relevante destes profissionais perante a perda gestacional num momento crucial para a mãe e respetiva família.

Cuidar e prestar apoio à mulher e família perante uma perda gestacional pode representar uma tarefa complicada para o EESMO e toda a equipa

multidisciplinar. Por vezes, verifica-se, por parte dos profissionais, uma desvalorização da perda, sobretudo quando esta ocorre no primeiro trimestre da gravidez, não lhe atribuindo o potencial traumático que, apesar do curto tempo de gravidez pode causar na mulher e família. (TRINTINALHA *et al.*, 2021). De acordo com o estudo de Teodózio *et al.* (2020) esta desvalorização da perda gestacional pode ainda potenciar uma resposta de luto patológica aumentando o carácter traumático dessa vivência (TEODÓZIO; BARTH; WENDLAND; LEVANDOWSKI, 2020).

Fernández-Basanta *et al.* (2021) apontam as intervenções no âmbito dos cuidados de saúde primários como uma resposta para minimizar os efeitos negativos da perda gestacional, pela proximidade e apoio familiar e social para os pais e famílias que estes profissionais podem proporcionar (FERNÁNDEZ-BASANTA *et al.*, 2021).

O principal desafio identificado nos estudos analisados está relacionado com os aspetos emocionais. O cuidado deverá ser humanizado e holístico abrangendo aspetos físicos, psicológicos, emocionais e espirituais com respeito pela individualidade de cada mulher e/ou família. A comunicação deve decorrer de forma clara e objetiva, por meio da escuta ativa e sem pré-julgamentos que afetem as mulheres e familiares. Para os enfermeiros, o ato de lidar com o sofrimento e dor das mulheres e dos seus familiares pode influenciar as suas capacidades emocionais, repercutindo-se na qualidade dos cuidados prestados (GAITÁN; MORERA; ZULUAGA; BARRERO, 2022).

Um outro aspeto salientado e ao qual o EESMO deve estar atento é ao reconhecimento do pai como figura essencial e como tal, também deverá ser alvo de cuidado e apoio emocional. O apoio que o casal recebe terá influência significativa na forma como enfrentarão o luto e realizarão o seu planeamento familiar no futuro (MINCOV; FREIRE; MORAES, 2022).

No que diz respeito às barreiras identificadas para uma prestação de cuidados mais humanista e centrada nos aspetos psicológicos e emocionais, para além dos aspetos físicos, no estudo de Schmalfluss, Matsue e Ferraz (2019), emergem dificuldades relacionadas com a falta de tempo para promover o cuidado adequado, bem como o ambiente inadequado para a prestação de cuidados. Assim, deve ser proporcionado um ambiente mais íntimo, que

permita à mulher interações mais pessoais e privadas com a família e com os profissionais de saúde.

No estudo de Bazaraah, Fouly e Beer (2023) é colocada em evidência outra barreira que se prende com a falta de conhecimento e confiança dos profissionais de enfermagem. Para uma prestação de cuidados de qualidade atributos como o conhecimento, a confiança e a compreensão por parte dos profissionais revelaram-se importantes. Por outro lado, também o trabalho em equipa interdisciplinar pode favorecer a prestação de cuidados mais eficazes e de maior qualidade (BAZARAAH; FOULY; BEER, 2023).

Neste seguimento, salienta-se a importância da capacitação dos profissionais de saúde, em especial os EESMOS, para lidarem com situações de perda. Respeito, apoio e empatia são atitudes essenciais que devem estar presentes para cuidar daqueles que enfrentam uma perda gestacional (LOPES; CARLETTO; IVASTCHESCHEN; BORGES, 2021).

A capacitação dos profissionais de saúde deve ser promovida logo na formação académica inicial, por forma a desenvolver competências específicas sobre o cuidado humanizado com respeito aos direitos humanos, sexuais e reprodutivos de cada mulher assim como aos princípios bioéticos, e que seja possível a promoção de conceções menos estigmatizantes (MINCOV; FREIRE; MORAES, p.22, 2022).

A prática de enfermagem também pode ser melhorada pela formação permanente e pela utilização de diretrizes e de evidência científica que orientem e balizem o cuidado às mulheres e família perante uma perda. A formação permite ao EESMO sentir-se confiante para oferecer apoio e estabelecer vínculo com a mulher e familiares.

Para além da capacitação dos profissionais de saúde, outros estudos como o de Schmalfluss, Matsue e Ferraz (2019), recomendam para os profissionais de saúde que lidam com situações de perda fetal a adoção de ferramentas de ajuda como o respeito perante a individualidade e a diversidade experienciada pelos pais, proporcionem comunicação empática, tranquila e objetiva e que promovam o contato dos pais com o seu bebé para a despedida e criação de memórias, se assim o desejarem (BAZARAAH; FOULY; BEER, 2023).

## CONCLUSÃO

A perda gestacional acarreta consequências negativas tanto para a mulher e família que a sofre, como para o profissional de saúde, nomeadamente, o EESMO que a assiste e acompanha nesta situação. Os sentimentos de culpa, ansiedade, depressão e stress estão vincadamente presentes nestas experiências, o que provoca alterações na dinâmica familiar e nos cuidados prestados pelos profissionais.

O EESMO desempenha um papel fundamental durante este tipo de acontecimentos presentes no ciclo reprodutivo da mulher, desde o momento do diagnóstico até depois da alta hospitalar. Uma atitude empática, compreensiva, bondosa e sensível por parte do profissional de saúde pode ter um impacto positivo na experiência, enquanto a falta dela pode agravar a situação com o consequente agravamento alterações psicológicas.

Apesar do conhecimento da importância do seu papel, muitos profissionais não se sentem confiantes para prestar cuidados de qualidade perante a perda gestacional devido à falta de preparação ao longo da sua formação académica e profissional. Por este motivo, é também fundamental dar apoio aos profissionais de saúde para que partilhem esta experiência entre colegas, procurem estratégias de coping para evitar a sobrecarga emocional e o stress psicológico envolvidos e, assim, promover uma relação terapêutica enfermeiro-doente de qualidade no contexto da perda gestacional. É através de profissionais capacitados e com competências, que conseguimos que esta informação se torne fiável, recetiva e se desmistifiquem os receios e inseguranças perante esta intervenção nesta fase que é única na vida de cada mulher e família.

## REFERÊNCIAS

BAZARAAH, R.; FOULY, H.; BEER, J. D. Describing the lived experiences of nurses and midwives in caring for mothers and families during fetal loss. *Saudi Journal for Health Sciences*, v.12, p. 31-37, 2023

CASALTA, A. M; BRITES, O. Mothers' experiences of fetal death. *Revista de Enfermagem Referência*, v. 5, n. 3, 2020

DECS, D. E. C. D. S. **Descritores em Ciências da Saúde: DeCS, edição 2022**. Disponível em: <http://decs.bvsalud.org>. Acesso em: 10 maio

DONATO, H.; DONATO, M. Etapas na condução de uma revisão sistemática. *Acta Médica Portuguesa*, p. 227-235, 2019

FERNÁNDEZ-BASANTA, S.; CORONADO, C.; BONDAS, T; LLORENTE-GARCÍA, H.; MOVILLA-FERNÁNDEZ, M.J. Unravelling the grief of involuntary pregnancy loss: A meta-ethnography of midwives and nurses emotional experiences. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, p.1-15, 2021

GAITÁN, O. L.; MORERA, H. S.; ZULUAGA, D.; BARRERO, A. Consecuencias en la salud mental de los padres ante un diagnóstico de muerte fetal o neonatal: Revisión sistemática. *Enfermería Investiga, Investigación, Vinculación, Docencia y Gestión*, v. 8, n. 1, 2022.

LOPES, B. G.; CARLETTO, M. R.; IVASTCHESCHEN, T.; BORGES, O. Sentimentos maternos frente ao óbito perinatal. *Cuidado é fundamental*, v. 13, p. 1493-1498, 2021

MARTÍNEZ, P. *et al.* Proceso de atención al parto en la muerte fetal tardía. *Metas Enfermería*, v. 21, n. 7, p. 24-32, 2018

MINCOV, B.; FREIRE, M.; MORAES, S. A enfermagem na assistência às mulheres em situação de perda fetal e aborto: revisão integrativa. *Revista de Enfermagem*, 2022

PAGE, M. J.; MCKENZIE, J. E.; BOSSUYT, P. M.; BOUTRON, I. *et al.* The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, v.372, n.71, 2021.

SCHMALFUSS, J. M.; MATSUE, R. Y.; FERRAZ, L. Mulheres em situação de perda fetal: limitações assistenciais de enfermeiros. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 72, p. 381-384, 2019

SOUSA, L.; FIRMINO, C.; VIEIRA, C.; SEVERINO, S.; PESTANA, H. Revisões da Literatura Científica: Tipos, Métodos e Aplicações em Enfermagem. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, p.45-54, 2018

TEODÓZIO, A. M.; BARTH, M. C.; WENDLAND, J.; LEVANDOWSKI, D. C. Particularidades do Luto Materno Decorrente de Perda Gestacional: Estudo Qualitativo. *Revista Subjetividades*, v.2, n. 2, p. 1-14, 2020

TRINTINALHA, O.; PUCCI, C.; MENDES, MAIA, N.; REDA, S. *et al.* Avaliação do luto familiar na perda gestacional e neonatal. *Medicina (Ribeirão Preto)*, v.54, n. 1, 2021

VALENZUELA M. T.; BERNALES, M.; JAÑA, P. Duelo perinatal: Perspectivas de los Profesionales de la Salud. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, v. 85, n. 3, p. 281-305, 2020

# **SOBRE A ORGANIZADORA**

## **Ana Maria Aguiar Frias**

- PhD. in Psychology.
- Master in Human Ecology.
- Specialist Nurse in Maternal and Obstetric Health.
- Coordinating Professor of the Department of Nursing at the Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus (ESESJD), Évora University.
- President of the Pedagogical Council of the Escola superior de enfermagem S. João de Deus.
- Representative of the Scientific Council and the Departmental Assembly of the Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus.
- Member of the Graduate Committee (Master in Maternal and Obstetric Nursing).
- Responsible for the Discipline of Anatomophysiology II in undergraduate nursing courses, and Human Embryology in Human Biology courses.
- Responsible for the Nursing discipline of the Pregnancy and Preparation for Birth of the Master in Maternal Health and Midwifery Nursing.
- Responsible and trainer of the Childbirth Preparation Courses at Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus (Évora).
- Main project coordinator: "Educando en Sexualidad: Avance en la Salud Europea"; and "Conhecer e Prevenir o VIH- SIDA".
- Investigator at (CHRC) Comprehensive Health Research Center.
- Research areas: Health Education, Psychology, Pregnancy and Childbirth, Bonding, Teenager, and HIV.
- Author of several scientific articles and communications in the field of Adolescence, Contraceptives Attitudes, HIV/AIDS, Psychoprophylactic Preparation for Childbirth, Pain, Pregnancy and Childbirth and Mother-infant Interaction, Breastfeeding.

**Orcid:** <https://orcid.org/0000-0002-9038-8576>

# ÍNDICE REMISSIVO

## B

**Bebé:** 11, 21, 51, 53, 55, 57, 74, 83, 87, 90, 91, 111, 113, 114, 115, 116, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 131, 138, 139, 140, 144, 145, 146, 150, 153, 154, 155, 156, 165, 168

**Birth Ball:** 62, 65, 66, 70, 71, 76, 77

## C

**Childbirth Classes:** 130, 133

**Comunicação:** 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 89, 140, 164, 167, 171, 172

**Cultura:** 32, 43, 46, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 88, 89, 166

## D

**Deambulação:** 25, 33, 79, 80, 89, 90, 92, 93, 95, 96, 98, 99, 101

**dor:** 20, 21, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 39, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 80, 82, 86, 87, 88, 90, 91, 92, 93, 95, 96, 98, 99, 101, 102, 121, 131, 132, 135, 139, 140, 169, 171

## E

**Educação:** 9, 10, 12, 14, 17, 18, 20, 27, 35, 37, 39, 44, 49, 50, 51, 52, 106, 108, 131, 135, 139, 141, 164, 167

**Enfermagem:** 8, 9, 10, 11, 13, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 22, 24, 31, 32, 40, 41, 42, 60, 61, 69, 70, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 87, 93, 96, 99, 100, 101, 102, 108, 112, 113, 123, 125, 128, 129, 141, 143, 144, 157, 158, 167, 172, 173, 174

**Enfermeiro:** 9, 10, 11, 13, 14, 16, 17, 18, 20, 79, 80, 81, 89, 92, 93, 96, 99, 102, 103, 112, 141, 153, 156, 158, 159, 173

**Enfermeiro Especialista:** 18, 20, 79, 80, 81, 89, 92, 93, 99, 102, 103, 112, 141, 156, 158, 159

**Estratégia:** 15, 81, 93, 114

**Exercício Físico:** 20, 21, 22, 24, 27, 30, 31, 38, 39, 40

## F

**Família:** 9, 10, 11, 12, 14, 17, 18, 20, 21, 28, 39, 50, 54, 55, 80, 81, 82, 83, 84, 86, 115, 122, 125, 144, 145, 155, 157, 159, 161, 162, 168, 169, 170, 171, 172, 173

**Fetal Death:** 159, 162, 165, 173

## G

**Grávida:** 20, 21, 22, 28, 29, 30, 31, 37, 40, 80, 82, 83, 89, 98, 111, 168

**Grief:** 159, 162, 166, 174

## L

**Labor Pain:** 46, 49, 59, 62, 66, 68, 77

## M

**mãe:** 10, 11, 13, 14, 31, 51, 57, 76, 81, 82, 83, 84, 86, 90, 91, 99, 113, 114, 115, 116, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 131, 138, 139, 141, 144, 145, 146, 150, 153, 155, 166, 167, 168, 169, 170

**Midwife:** 104, 159, 162

**Midwife:** 104, 159, 162

**Mindfulness:** 130, 131, 132, 133, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142

**Mulher:** 10, 11, 14, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 24, 25, 26, 27, 28, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 38, 39, 40, 42, 43, 44, 45, 46, 49, 50, 51, 52, 53, 55, 56, 57, 58, 62, 63, 64, 65, 72, 73, 76, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 96, 97, 98, 99, 100, 102, 104, 105, 106, 109, 111, 114, 115, 122, 123, 124, 125, 126, 130, 131, 141, 159, 161, 162, 165, 167, 168, 170, 171, 172, 173

## N

**Nascimento:** 10, 11, 14, 21, 25, 28, 32, 35, 44, 53, 55, 56, 57, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 68, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 80, 83, 84, 85, 87, 89, 90, 93, 97, 98, 101, 109, 110, 115, 120, 121, 124, 144, 145, 146, 149, 150, 152, 153, 154, 156, 160

**Nursing Care:** 62, 66, 69, 78, 121, 126

## P

**Parentalidade:** 90, 124, 135, 137, 139, 140, 143, 144, 145, 146, 147, 154, 156, 157, 160

**Parteira:** 80, 82, 85

**Parto:** 8, 9, 11, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 108, 109, 110, 111, 113, 114, 115, 116, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 129, 130, 131, 132, 133, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 143, 144, 145, 146, 150, 152, 153, 154, 156, 160, 164, 167, 174

**Parto Prematuro:** 39, 131, 140, 143, 144, 145, 146, 150, 152, 156

**Pelvic Floor:** 104, 106, 108, 109, 110, 111, 112

**pós-Parto:** 8, 9, 11, 15, 16, 19, 20, 21, 22, 28, 29, 30, 31, 32, 35, 37, 38, 39, 40, 41, 69, 85, 86, 87, 98, 104, 108, 109, 114, 119, 120, 122, 124, 129, 130, 131, 132, 133, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 156

**Pregnancy:** 50, 58, 59, 62, 66, 109, 110, 112, 119, 127, 130, 133, 137, 142, 157, 159, 162, 166, 174

**Pregnant Women:** 60, 66, 77, 104, 106, 112, 128

## **R**

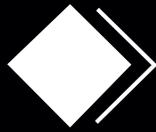
**Relação:** 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 35, 44, 45, 46, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 56, 57, 58, 66, 68, 70, 74, 75, 85, 86, 88, 89, 96, 105, 108, 109, 110, 111, 115, 119, 121, 125, 138, 146, 147, 152, 159, 162, 164, 165, 167, 168, 170, 173

## **T**

**Transição:** 68, 116, 131, 135, 139, 143, 144, 145, 146, 147, 149, 150, 154, 156, 157

## **V**

**Vinculação pós-Parto:** 114



científica digital



**VENDA PROIBIDA - ACESSO LIVRE - OPEN ACCESS**



[www.editoracientifica.com.br](http://www.editoracientifica.com.br) | [contato@editoracientifica.com.br](mailto:contato@editoracientifica.com.br)