

GUIA
ORIENTADOR
DE BOAS
PRÁTICAS

PREPARAÇÃO
PARA O PARTO

Alexandrina Cardoso
Clara Aires
Sílvia Machado
Cecília Silva
Ana Rita Grilo

TÍTULO

GUIA ORIENTADOR DE BOAS PRÁTICAS: PREPARAÇÃO PARA O PARTO

Trabalho desenvolvido por iniciativa da Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MCEESMO), mandato 2020-2023.

AUTORES

Alexandrina Cardoso
Clara Aires
Sílvia Machado
Cecília Silva
Ana Rita Grilo

REVISÃO TÉCNICA

Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica – Mandato 2020-2023

REVISTO PELOS PERITOS

Alexandrina Cardoso
Irene Cerejeira
José Portugal

EDITOR

Ordem dos Enfermeiros

EDIÇÃO

Papa-Letras (www.papa-lettras.pt)

CAPA

Gabinete de Comunicação e Imagem da Ordem dos Enfermeiros

REFERENCIAÇÃO

Cardoso A, Aires C, Machado S, Silva C, Grilo AR (2023). **Guia orientador de boas práticas: Preparação para o parto**. Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MCEESMO), mandato 2020-2023. Ordem dos Enfermeiros.

GRAFISMO E PAGINAÇÃO

Gráfica Almondina (www.grafica-almondina.com)

ISBN:

978-989-8444-71-4

1.ª edição digital: Novembro de 2023

© 2023, Ordem dos Enfermeiros

Todos os direitos reservados por: ORDEM DOS ENFERMEIROS



Sede
Avenida Almirante Gago Coutinho, n.º 75
1700-028 Lisboa
T: 218455230
<http://www.ordemenfermeiros.pt/>

MENSAGEM DA BASTONÁRIA E DA PRESIDENTE DO CE	7
INTRODUÇÃO	8
PARTE I	13
1. ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL: PREPARAÇÃO PARA O PARTO	14
1.1. Os clientes dos cuidados.....	16
1.2. Princípios orientadores da concepção dos cuidados	17
1.3. Modelo de cuidados centrado na preparação para o parto	22
1.4. Objetivo dos cuidados: promover o empoderamento e a autoconfiança para lidar com o trabalho de parto	23
PARTE II	25
2. AVALIAÇÃO INICIAL: O PLANO DE PARTO COMO ESTRATÉGIA PARA O PROCESSO DE DIAGNÓSTICO	26
2.1. Plano de parto: um guia para a concepção de cuidados.....	28
PARTE III	32
3. CONHECIMENTO SOBRE TRABALHO DE PARTO	33
3.1. Intervenções promotoras da mestria na identificação do trabalho de parto e como se manifesta no seu corpo.....	36
3.1.1. Ensinar sobre trabalho de parto.....	36
3.1.2. Ensinar sobre dor de trabalho de parto.....	45
4. CONHECIMENTO SOBRE ESTRATÉGIAS FACILITADORAS DO TRABALHO DE PARTO ...	49
4.1. Intervenções promotoras da mestria na compreensão do efeito de algumas estratégias na evolução do trabalho de parto	51
4.1.1. Ensinar sobre mobilidade/verticalidade durante o trabalho de parto.....	51
4.1.2. Ensinar sobre posições facilitadoras da evolução do trabalho de parto..	54
4.1.3. Ensinar sobre uso de dispositivos facilitadores do trabalho de parto.....	57
5. CONHECIMENTO SOBRE LIDAR COM A DOR DE TRABALHO DE PARTO USANDO ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS	61
5.1. Intervenções promotoras da mestria na compreensão do efeito de estratégias não farmacológicas para lidar com/aliviar a dor de trabalho de parto	64
5.1.1. Ensinar sobre dor de trabalho de parto.....	64
5.1.2. Ensinar sobre relação entre as estratégias não farmacológicas e o efeito esperado na dor de trabalho de parto	68
6. CAPACIDADE PARA USAR ESTRATÉGIAS FACILITADORAS DO TRABALHO DE PARTO ...	81
6.1. Intervenções promotoras da mestria no uso de estratégias facilitadoras do trabalho de parto	83
6.1.1. Instruir & Treinar posição corporal facilitadora do trabalho de parto	83
6.1.2. Instruir & Treinar exercícios músculo articular pélvicos (mobilidade da pelve)	84
6.1.2.1. Instruir & Treinar exercícios músculo articular pélvicos (mobilidade da pelve) em meio aquático	89
6.1.3. Instruir & Treinar o uso de dispositivos facilitadores do trabalho de parto ...	92

7. CAPACIDADE PARA LIDAR COM A DOR DE TRABALHO DE PARTO.....	95
7.1. Intervenções promotoras da mestria no uso de estratégias para lidar com a dor de trabalho de parto.....	97
7.1.1. Assistir a identificar estratégias para lidar com a dor de trabalho de parto....	97
7.1.2. Instruir & Treinar estratégias de relaxamento	98
7.1.2.1. Instruir & Treinar estratégias de relaxamento em meio aquático.	101
7.1.3. Instruir & Treinar a massajar (pessoa significativa).....	101
7.1.4. Instruir & Treinar estratégias para lidar com a dor de trabalho de parto..	104
8. AUTOEFICÁCIA PARA LIDAR COM A DOR DE TRABALHO DE PARTO	109
8.1. Intervenções promotoras da autoconfiança para usar estratégias para lidar com a dor de trabalho de parto.....	112
8.1.1. Treinar estratégias para lidar com a dor de trabalho de parto & Treinar estratégias facilitadoras do trabalho de parto.....	113
8.1.2. Elogiar o desempenho da cliente.....	113
9. SIGNIFICADO ATRIBUÍDO AO TRABALHO DE PARTO	115
9.1. Intervenções promotoras da reformulação do significado atribuído ao trabalho de parto/tipo de parto.....	117
9.1.1. Assistir cliente a analisar o significado dificultador	117
9.1.2. Analisar com a cliente o plano de parto	119
10. SIGNIFICADO ATRIBUÍDO À DOR DE TRABALHO DE PARTO	120
10.1. Intervenções promotoras da reformulação do significado atribuído à dor de trabalho de parto.....	123
10.1.1. Assistir cliente a analisar o significado dificultador	124
11. SIGNIFICADO ATRIBUÍDO ÀS ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS PARA LIDAR COM A DOR DE TRABALHO DE PARTO	127
11.1. Intervenções promotoras da reformulação do significado atribuído às estratégias não farmacológicas para lidar com a dor de trabalho de parto.....	129
11.1.1. Assistir cliente a analisar o significado dificultador	129
11.1.2. Assistir a identificar estratégias para lidar com a dor de trabalho de parto...	131
11.1.3. Ensinar sobre relação entre as estratégias não farmacológicas e o lidar com a dor de trabalho de parto.....	131
PARTE IV.....	135
12. A QUALIDADE DOS CUIDADOS NO ÂMBITO DA PREPARAÇÃO PARA O PARTO	136
REFERÊNCIAS.....	143
ANEXOS	160
ANEXO I – PLANO DO MEU PARTO	161
ANEXO II – PLANO PARA TE APOIAR DURANTE O PARTO	165
EXEMPLOS DE ATIVIDADES QUE CONCRETIZAM AS INTERVENÇÕES.....	167

Figura 1. Clientes dos cuidados.....	16
Figura 2. Efeito sequencial dos processos neuroendócrinos da gravidez ao pós-parto.....	18
Figura 3. Componentes da estrutura de modelo de cuidados de qualidade na área da saúde materna e neonatal.....	22
Figura 4. Modelo de cuidados baseado nos conceitos centrais do GOBP- PpP.....	23
Figura 5. Focos de atenção no domínio da preparação para o parto.....	27
Figura 6. Proposta de abordagem das expectativas relacionadas com o trabalho de parto na consulta das 18/20 semanas.....	29
Figura 7. Reconhecer o efeito causado pelo uso conjunto das estratégias não farmacológicas no seu corpo, nomeadamente o relaxamento, alteração do padrão respiratório e /ou emoções e pensamentos.....	105
Figura 8. Fontes de informação e impacto na autoeficácia.....	110
Figura 9. <i>WHO framework</i> (Estrutura da OMS) para a qualidade dos cuidados de saúde materno-infantil.....	136

Tabela 1.	Conhecimento sobre trabalho de parto: possíveis questões orientadoras do processo diagnóstico e critérios de diagnóstico.....	34
Tabela 2.	Conhecimento sobre trabalho de parto: relação entre critérios de diagnóstico/ diagnóstico/intervenções.....	35
Tabela 3.	Conhecimento sobre estratégias facilitadoras do trabalho de parto: possíveis questões orientadoras do processo diagnóstico e critérios de diagnóstico.....	49
Tabela 4.	Conhecimento sobre estratégias facilitadoras do trabalho de parto: relação entre critérios de diagnóstico/ diagnóstico/intervenções.....	50
Tabela 5.	Conhecimento sobre lidar com a dor de trabalho de parto usando estratégias não farmacológicas: possíveis questões orientadoras do processo diagnóstico e respetivos critérios de diagnóstico.....	62
Tabela 6.	Conhecimento sobre lidar com a dor de trabalho de parto usando estratégias não farmacológicas: relação entre critérios de diagnóstico e o diagnóstico.....	63
Tabela 7.	Capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto: possíveis parâmetros a observar e respetivos critérios de diagnóstico.....	82
Tabela 8.	Capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto: relação entre critérios de diagnóstico e o diagnóstico.....	82
Tabela 9.	Capacidade para lidar com a dor de trabalho de parto: possíveis questões orientadoras/observação do processo diagnóstico e respetivos critérios de diagnóstico.....	96
Tabela 10.	Capacidade para lidar com a dor de trabalho de parto: relação entre critérios de diagnóstico e o diagnóstico.....	96
Tabela 11.	Autoeficácia para lidar com a dor de trabalho de parto: possíveis questões orientadoras do processo diagnóstico e respetivos critérios de diagnóstico.....	111
Tabela 12.	Autoeficácia para lidar com a dor de trabalho de parto usando estratégias não farmacológicas: relação entre critérios de diagnóstico e o diagnóstico.....	112
Tabela 13.	Significado atribuído ao trabalho de parto: elementos que podem ser considerados no processo diagnóstico.....	116
Tabela 14.	Significado atribuído ao trabalho de parto: relação entre critérios de diagnóstico, diagnóstico e intervenções.....	117
Tabela 15.	Significado atribuído à dor de trabalho de parto: elementos que podem ser considerados no processo diagnóstico.....	123
Tabela 16.	Significado atribuído à dor de trabalho de parto: relação entre critérios de diagnóstico, diagnóstico e intervenções.....	123
Tabela 17.	Significado atribuído às estratégias não farmacológicas para lidar com a dor de trabalho de parto: elementos que podem ser considerados no processo diagnóstico.....	128
Tabela 18.	Significado atribuído ao trabalho de parto: relação entre critérios de diagnóstico, diagnóstico e intervenções.....	128
Tabela 19.	Exemplos de indicadores passíveis de caracterizar os cuidados especializados no âmbito da preparação para o parto.....	142

MENSAGEM DA BASTONÁRIA E DA PRESIDENTE DO CE

Compreender o papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EESMO) na promoção do parto é o objetivo deste Guia, que pretende dotar estes Enfermeiros Especialistas de todas as competências que possam transformar o momento do parto num momento feliz e único para a mulher.

O EESMO é um elemento chave para a prestação de cuidados de saúde à parturiente e ao recém-nascido, bem como para a deteção precoce de complicações e referenciação atempada para o profissional competente.

Na procura da excelência no exercício profissional, o EESMO persegue os mais elevados níveis de competências profissionais a par com o respeito pelas capacidades, crenças, valores e desejos da natureza individual da mulher.

Este Guia, elaborado pela Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, pauta-se pela exaustiva pesquisa científica e pela recolha de informação da melhor prática em enfermagem conhecida até ao momento.

É um trabalho que agrega a experiência e o saber de vários colegas especialistas, numa altura em que é manifestamente reconhecida a importância dos EESMO dentro da sala de partos.

Agradecemos todo o empenho, dedicação e profissionalismo ao grupo de trabalho que realizou este projeto.

Ana Rita Cavaco

Bastonária da Ordem dos Enfermeiros

Ana Fonseca

*Presidente do Conselho de Enfermagem
da Ordem dos Enfermeiros*

INTRODUÇÃO

«Ninguém é tão grande que não possa aprender,
nem tão pequeno que não possa ensinar.»

Esopo

Pensar e fazer *bem* é o desafio que se coloca a cada Enfermeira(o) Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO). Abraçar este desafio impele cada profissional a procurar formas de se aperfeiçoar e continuar a adquirir os conhecimentos e a melhorar a sua perícia técnica. Tendo este desiderato como pedra de toque, a Ordem dos Enfermeiros¹, e por inerência a Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, assume como uma das suas missões zelar pela *dignidade e prestígio da profissão de enfermeiro, promovendo a valorização profissional e científica dos seus membros*. É em harmonia com esta ideia que surge este guia orientador de boas práticas.

No âmbito do exercício profissional, a promoção da *boa prática* é um propósito incontornável. A boa prática, do inglês *best practice*, é definida como o *conjunto de técnicas, processos, procedimentos e atividades identificados, utilizados, comprovados e reconhecidos, numa determinada área do saber, como sendo os melhores quanto ao mérito, eficácia e sucesso alcançados pela sua aplicação na realização de uma tarefa*². Um Guia Orientador de Boas Práticas (GOBP) é, como o próprio nome indica, um “guia” que aponta para os princípios e conteúdos que orientam para um exercício profissional de elevado nível de qualidade.

O Guia Orientador de Boas Práticas: Preparação para o parto (GOBP-PpP) visa apresentar o domínio de conceção e de intervenção de cuidados de enfermagem especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (ESMO) no âmbito da Preparação para o Parto (PpP).

No entendimento da MCEESMO, a designação que melhor traduz o mandato social das/dos EEESMO é *preparação para o parto*, não a “preparação para o nascimento”. O parto e o nascimento são processos distintos. O parto refere um processo que ocorre na mulher, que envolve corpo e mente. Por seu turno, o nascimento refere um evento centrado na criança enquanto passa de feto a recém-nascido. É a mulher que faz o seu filho nascer. De facto, o trabalho de parto compreende os vários processos que ocorrem no corpo da mulher, desde a dilatação do colo do útero até à expulsão do feto e placenta

¹ Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (EOE), aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de Abril, alterado e republicado pelo Anexo II à Lei n.º 156/2015, de 16 de Setembro.

² Porto Editora – boas-práticas no Dicionário Infopédia da Língua Portuguesa [em linha], Porto: Porto Editora. [consult. 2021-09-17 22:45:59]. Disponível em <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/boas-praticas>.

para o meio exterior, permitindo à mulher, por essa via, ajudar o seu filho(a) a nascer. A mulher é a protagonista do seu parto e não apenas uma “transportadora” do filho até ao nascimento. A experiência de parto é dela, e de mais ninguém. A maioria das mulheres deseja uma experiência de parto positiva, que satisfaça ou supere as suas expectativas pessoais e socioculturais e que contribua para a sensação de realização pessoal e controlo da situação, através do seu envolvimento na tomada de decisões relacionadas com o seu parto. Assim, se a preparação é da mulher, e para o seu próprio trabalho de parto, e da pessoa que lhe é significativa para a apoiar durante este processo, a designação que se afigura como mais adequada para descrever esta realidade é, factualmente, **preparação para o parto**.

Do modelo de organização dos conteúdos

No âmbito do processo de conceção e construção do GOBP-PpP importa destacar-se dois elementos-chave: 1) a filosofia dos cuidados subjacente à conceção de cuidados; e, 2) organização dos conteúdos que integram o documento, nomeadamente o processo diagnóstico, o diagnóstico e as intervenções com as atividades que as concretizam, baseadas na evidência e conhecimento de peritos.

Neste GOBP, o ponto primeiro visa clarificar os conceitos e os princípios que orientam a conceção de cuidados. Em seguida, procura-se apresentar um modelo orientador da avaliação inicial que possa constituir-se o pretexto para a identificação dos diagnósticos e intervenções para o programa de preparação para o parto. Após a definição dos pressupostos em que assentam os cuidados, procura-se apresentar, de forma sistemática e fundamentada, a conceção de cuidados – processo de diagnóstico, diagnóstico e intervenções de enfermagem.

O modelo adotado para a elaboração do sumário foi suportado na Ontologia de Enfermagem³, que toma por referência a *Nursing Ontos* (NO) (CIDESI, ESEP⁴). A OE estabeleceu uma parceria com a Escola Superior de Enfermagem do Porto tendo aprovado em 2019 a versão 1.2019 da Ontologia de Enfermagem, sob a senda de que *a incorporação da Ontologia de Enfermagem nos sistemas de informação representa um marco histórico para a profissão*. Uma ontologia é um modelo de dados que representa um conjunto de conceitos dentro de um domínio e os relacionamentos entre estes (Beale & Heard, 2007). Neste entendimento, a Ontologia de Enfermagem visa, então, sistematizar os conceitos próprios da Enfermagem através da sua identificação e estabelecimento das relações entre eles com base na melhor evidência disponível. A Ontologia de Enfermagem é guiada pela ideia de que é pela linguagem que o conhecimento se representa. Assim, a Ontologia de Enfermagem especifica os dados, os diagnósticos e as intervenções e o modo como estão relacionados. Na estrutura da Ontologia de Enfermagem estão patentes as relações hierárquicas entre os conceitos, exemplo, cada diagnóstico relaciona-se com os dados

³ Disponível em: <https://ontologia.ordemenfermeiros.pt/Browser>

⁴ Alexandrina Cardoso, atual Secretária da MCEESMO, é investigadora e atual Diretora do CIDESI – Centro de Investigação Desenvolvimento em Sistemas de Informação em Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem do Porto – Portugal (CIDESI-ESEP).

que o suportam e com as intervenções habitualmente prescritas para lhe dar resposta. Os conceitos estão organizados em torno de um modelo de referência semântico, que se caracteriza por entender a condição da(o) cliente, descrita a partir dos processos corporais e processos psicológicos, que influenciam a ação (comportamentos). A condição exige que a pessoa integre no seu repertório de papéis, novos conhecimentos, novas capacidades, reformule os significados, compreenda o alcance do que mudou e ficou diferente (consciencialização) e promova a autoeficácia de modo a atingir uma transição saudável. Por exemplo, a “gravidez” (processo corporal) implica, a dado momento, o preparar-se para o parto, desenvolvendo o seu “conhecimento sobre trabalho de parto”, a “capacidade para lidar com a dor de trabalho de parto”, enquanto evento crítico da transição parental.

O processo de cuidados começa com a compreensão dos conceitos centrais da disciplina de Enfermagem. De facto, o “modo como o mundo é lido depende dos conceitos com que o olhamos” (PQCEESMO, 2021, p. 3). O domínio dos conceitos centrais do exercício profissional garante o enquadramento do mandato social dos enfermeiros (PQCEESMO, 2021). Cada EEESMO só consegue reconhecer o que conhece. Por exemplo, só sabendo em concreto o que representa o “conhecimento sobre trabalho de parto” é que se consegue reconhecer os dados que “procura” quando os “encontra”. E é a partir do conhecimento do “conceito” que a(o) EEESMO consegue desenvolver o julgamento clínico no sentido da identificação das necessidades e, só depois, consegue estabelecer a priorização das intervenções e envolver a(o) cliente nos cuidados que a própria considera relevantes para si (disponibilidade para aprender/prontidão). O raciocínio clínico requer a aplicação dos conhecimentos e da experiência (conhecimento experiencial – perícia no reconhecimento de padrões) para chegar a uma conclusão diagnóstica válida (Koharchik et al., 2015). Assim sendo, é justo dizer que a aplicação do processo de enfermagem (processo diagnóstico, diagnóstico, identificação de resultados, intervenção e reavaliação contínua) só terá significado se houver compreensão dos conceitos próprios da disciplina e da profissão.

A Enfermagem toma por foco de atenção as respostas humanas às transições, decorrentes de eventos relacionados com processos de saúde-doença e/ou com processos de vida (Chick & Meleis, 1986). Meleis (2018) completa esta ideia afirmando que os enfermeiros antecipam, avaliam, diagnosticam e ajudam a lidar com as mudanças inerentes a eventos críticos ou processos de vida, promovendo um nível máximo de autonomia e bem-estar (Meleis et al., 2000). A transição é assumida como domínio de intervenção dos enfermeiros quando interfere com a saúde ou quando as respostas à transição são manifestadas através de comportamentos relacionados com a saúde. As transições podem ser entendidas como experiências humanas, descritas como o conjunto de respostas, ao longo do tempo, moldadas pelas condições pessoais e ambientais, pelas expectativas e percepções dos indivíduos, pelos significados atribuídos a essas experiências, pelos conhecimentos e habilidades na gestão das modificações, bem como pelo impacto destas modificações no nível de bem-estar (Meleis et al., 2000). A experiência da transição exige, por isso, que cada pessoa incorpore novos conhecimentos, que altere comportamentos, que redefina os significados associados aos eventos e que, conseqüentemente, altere a definição de si mesmo no contexto social. É fundamental que, na área de conhecimento que lhes é

própria, as(os) EEESMO sejam capazes de reconhecer respostas humanas e promover a adaptação à nova circunstância de saúde e/ou de vida.

O trabalho de parto é um processo corporal que envolve uma dimensão psiconeuroendócrina e social, correspondendo, por isso, a um evento crítico da transição relacionada com o tornar-se mãe e o tornar-se pai (Cardoso, 2014). Mesmo sendo um processo corporal fisiológico da mulher, as respostas humanas a esse processo são individuais e próprias. Por isso, melhorar os conhecimentos, as capacidades e os significados de cada mulher, e da(s) pessoa(s) que ela escolheu para a acompanhar nesta jornada, poderão contribuir para uma transição para a parentalidade saudável.

O GOBP-PpP está organizado tendo por base o processo de cuidados: processo diagnóstico, diagnóstico e intervenções a partir do foco de atenção. A avaliação da necessidade é uma etapa essencial no processo de cuidados. Após a identificação do foco de atenção, procurou-se explorar possíveis questões orientadoras do processo diagnóstico e operacionalizar os critérios de diagnóstico (valores dos dados recolhidos que apontam para a identificação do diagnóstico)⁵. De facto, quando a identificação da necessidade em cuidados não é realizada com rigor compromete todo plano de cuidados. Para além disso, a avaliação inicial é uma oportunidade interessante para estabelecer/manter a relação terapêutica. Em outras palavras, a avaliação é uma atividade tanto intelectual (conhecimento profissional e raciocínio clínico) quanto interpessoal (garante da relação terapêutica). Os enunciados dos diagnósticos tiveram por referência o modelo usado na Ontologia de Enfermagem.

A especificação do processo diagnóstico foi um dos aspetos mais desafiantes na elaboração do GOBP. O conteúdo que o grupo de trabalho decidiu partilhar neste documento teve por base o conhecimento experiencial e a evidência disponível.

No âmbito da recolha de dados há um conjunto de princípios que devem guiar a forma como as questões necessitam ser colocadas, nomeadamente: 1) Não orientar a resposta (ex. “como está?” e não “está tudo bem?”); 2) Apresentar o assunto pela positiva (ex. “como tem passado desde a última consulta?” e não “de que se queixa hoje?”; e, 3) Neutralidade na questão e na receção da resposta (ex. “como está a pensar alimentar o seu filho?” e não “vai amamentar o seu filho?”). Na proposta de questões tentar-se-á ter em consideração a estes princípios. A definição dos critérios de diagnóstico entra no mesmo patamar de dificuldade dado a ausência de evidência que suportem a sua sistematização. Os critérios de diagnóstico circunscrevem os valores dos dados que permitem identificar o diagnóstico de enfermagem na maior parte das mulheres e pessoa(s) significativa(s). A sua definição foi maioritariamente suportada por opinião de peritos e, por isso, carece de estudos clínicos de validação. Todavia, consideramos como um bom ponto de partida.

⁵ Critérios de diagnóstico podem ser definidos como um conjunto de sinais, sintomas, respostas a questões e/ou comportamentos evidenciados pela(o) cliente, resultantes de diversas fontes de recolha de dados (entrevista, observação, etc.), que refletem condições e/ou características (dados e respetivos valores) que apontam, isoladamente ou em conjunto, para a mesma necessidade em cuidado na maior parte das pessoas. São criados para uso na prática clínica.

Após a análise e interpretação dos dados recolhidos é possível identificar o diagnóstico⁶, a partir do qual são definidas as intervenções. As (Os) EEESMO diagnosticam a(s) resposta(s) humana(s) face às condições de saúde/processos da vida, ou vulnerabilidades a essas condições/respostas, e esse diagnóstico constitui a base para a escolha de intervenções de enfermagem, de modo a alcançar os resultados pelos quais é responsável (NANDA, 2018). As respostas humanas não são de fácil identificação, pois, por um lado, temos a subjetividade de quem está a recolher os dados e, por outro, os padrões de resposta variam de pessoa para pessoa. Por isso, sem uma fundamentação sólida nos conceitos da disciplina, será difícil identificar, com rigor, os diagnósticos de enfermagem.

Os enunciados dos diagnósticos e das intervenções correspondem aos enunciados propostos na Ontologia de Enfermagem. No enunciado de diagnóstico, para ajuizar os focos de atenção centrados na transição – conhecimento, capacidade, autoeficácia e significados – foi usado o qualificador “potencial para melhorar”. Este qualificador envolve duas condições: por um lado, algum défice/falta/dificultador e, por outro, a disponibilidade para aprender, o que permitirá perceber se é o momento próprio para intervir (quando se verificam as duas condições) ou se não é o momento próprio para intervir (quando a(o) cliente não evidencia disponibilidade para aprender).

Na operacionalização das intervenções procurou-se explorar as atividades que as concretizam numa lógica que traduzisse a ideia – “*se tivesse que implementar esta intervenção como o faria?*”. A definição das atividades que concretizam a intervenção teve duas preocupações. Por um lado, procurou-se operacionalizar as atividades baseado na evidência disponível, com os estudos descritos no final do documento, e, por outro, valorizou-se o conhecimento experiencial de cada EEESMO que integrou o grupo de trabalho – peritos na área, nomeadamente no que se refere à sua eficácia e estratégias de implementação. No conteúdo deste GOBP não se pretende explorar profundamente, nem apresentar exaustivamente todas as atividades que concretizam as intervenções; pretende, isso sim, apresentar a tónica e exemplos de atividades que podem dar forma e conteúdo à intervenção, admitindo-se que poderão existir outras possibilidades. Importa, contudo, que os critérios de resultado estabelecidos para cada intervenção continuem a nortear as atividades que as concretizam.

O GOBP-PpP está organizado em quatro partes estruturantes. Na primeira, são apresentados os conceitos centrais na assistência pré-natal e o modelo de cuidados. Na segunda parte, é apresentado uma proposta de modelo de avaliação inicial, apresentando os argumentos de como o plano de parto pode constituir uma estratégia relevante para o processo diagnóstico. Na terceira parte, é apresentado o processo diagnóstico, diagnósticos, intervenções e atividades que as concretizam no âmbito dos principais focos de atenção quando o objetivo de cuidados é a promoção do autocontrolo para lidar com o trabalho de parto. Na quarta, e última parte, aborda-se sumariamente elementos básicos e algumas reflexões sobre a qualidade dos cuidados no âmbito da preparação para o parto.

⁶ Definido como julgamento clínico sobre uma resposta humana a uma condição de saúde ou processo de vida, ou uma vulnerabilidade àquela resposta – o foco aqui é a “resposta humana” (NANDA, 2018).

PARTE

|

1

ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL: PREPARAÇÃO PARA O PARTO

Na assistência pré-natal querem-se os EEESMO responsáveis, envolvidos e bem preparados. De acordo com os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (PQCEESMO) (2022), a assistência pré-natal de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica é entendida com o *continuum* de cuidados concebidos e implementados pela(o) EEESMO, centrados na promoção da adaptação à gravidez, promoção da adaptação à parentalidade e a **preparação para o parto**, visando contribuir para a saúde da mulher e da criança e para uma experiência positiva. Neste contexto, a preparação para o parto é entendida como um:

“programa de saúde que visa desenvolver na mulher, e na pessoa significativa para si, significados facilitadores, conhecimentos, capacidades, autoeficácia e consciencialização da relação entre os seus recursos e a evolução do trabalho de parto, promotores de uma experiência de parto positiva. O conteúdo específico de cada uma das intervenções deverá ter por referência o resultado da avaliação inicial das expectativas, significados, conhecimentos e capacidades da mulher e da pessoa significativa que escolheu para a acompanhar durante o trabalho de parto” (PQCEESMO, 2022, p. 21).

Um programa de saúde corresponde a um conjunto de intervenções implementadas com o objetivo de melhorar a saúde das populações. Neste contexto, um programa de saúde centrado na preparação para o parto corresponde ao percurso que a(o) EEESMO percorre com a mulher grávida, e a(s) pessoa(s) significativa(s) para si, na descoberta dos “superpoderes” – recursos internos e externos – que esta leva para o seu parto. Assim, a preparação para o parto visa a elaboração de um plano de parto, definido, ao longo do tempo, pela mulher e por quem escolheu partilhar esta experiência – à medida que vão integrando cognitiva e emocionalmente os elementos relacionados com o trabalho de parto e dos recursos que poderá usar. Esses elementos podem ser conhecimentos, capacidades ou autoeficácia. A preparação para o parto fornece às mulheres o conhecimento, as habilidades e as atitudes para que se sintam preparadas, no sentido do desenvolvimento da mestria e *empowerment* para fazerem escolhas informadas sobre as opções mais saudáveis.

Ditam ainda os PQCEESMO (2022, p. 4) que a “visão dos cuidados especializados em ESMO assenta em três pilares: 1) a competência profissional; 2) a prática baseada na evidência; e, 3) o respeito pela(o) cliente dos cuidados, naquilo que são os seus processos corporais e psicológicos, ações e projeto(s) de saúde”. Neste documento, na clarificação de cada um destes pilares, pode ler-se que:

*“A **competência profissional** engloba o domínio da prestação e gestão dos cuidados especializados, da responsabilidade profissional, ética e legal, e do desenvolvimento profis-*

sional contínuo, no sentido da melhoria contínua da qualidade dos cuidados e do prestígio social da profissão. Para o desenvolvimento de cada profissional e da profissão importa a motivação, a competência técnica e a capacidade de desenvolvimento pessoal, de modo que cada EEESMO consiga lidar com os desafios com confiança, segurança e satisfação” (PQCEESMO, 2022, p.4).

O exercício da profissão no âmbito da Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica deverá ser baseada nas melhores evidências disponíveis e na competência profissional. Estas duas dimensões da excelência dos cuidados constituem elementos-chave do Código Deontológico dos Enfermeiros (inserido no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros). De facto, na alínea a) do artigo 97.º, pode ler-se que *“Exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem”* e na alínea c) do artigo 100.º pode ler-se que *“Proteger e defender a pessoa humana das práticas que contrariem a lei, a ética ou o bem comum, sobretudo quando carecidas de indispensável competência profissional”*. Assim, cada EEESMO, ao *responsabilizar-se pelas decisões que toma e pelos atos que pratica* (alínea b) do artigo 100.º do Código Deontológico), tem associado a obrigação de *“assegurar a atualização permanente dos seus conhecimentos, designadamente através da frequência de ações de qualificação profissional”* (alínea e) do artigo 100.º do Código Deontológico). Neste entendimento, para conceber os cuidados e implementar as intervenções promotoras da preparação para o parto cada EEESMO deve assegurar que possuiu os conhecimentos e as competências para o efeito, de modo a não defraudar as expectativas e necessidades das(os) clientes dos cuidados e *“contribuir para a dignificação da profissão”* (alínea g) do artigo 97.º do Código Deontológico).

Uma outra questão que se coloca nos programas atuais de preparação para o parto é se as intervenções devem ser implementadas individualmente ou em grupo. Atualmente, em Portugal, os programas de preparação para o parto contemplam um conjunto de intervenções padrão. Apesar de alguns estudos apresentarem benefícios desta modalidade, nomeadamente pelos benefícios económicos na gestão dos recursos humanos, outros colocam em causa a sua efetividade na real preparação de cada mulher para o seu parto.

Nos estudos emergem várias questões relacionadas com a definição da intervenção em grupo, nomeadamente quais os critérios para alguém integrar o grupo, qual a influência do grupo, como medir os resultados obtidos, duração, o número de mulheres em cada grupo e se as pessoas significativas também estão presentes e em que qualidade (Gagnon & Sandall, 2007; Hoddinott et al., 2010; Andersson, Christensson & Hildingsson, 2012; Swift et al., 2021). Para além disso, as evidências de eficácia e custo-efetividade do grupo em comparação com as intervenções individuais para a melhoria da saúde são fracas ou desconhecidas (Hoddinott et al., 2010), apesar de facilitar a partilha de experiências e normalização das emoções e da perceção do nível de saúde (Ickovics et al., 2007; Andersson, Christensson & Hildingsson, 2012). De acordo com o *American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG)* (2018), as intervenções em grupo deverão ser apresentadas como uma possibilidade, e não por imposição ou única possibilidade. De facto, cada mulher e

cada homem, individualmente considerados, e enquanto casal que partilha um projeto em comum possuem necessidades, desejos e características que lhes são próprios e diferentes dos outros, mesmo que estejam a experienciar processos e/ou eventos semelhantes.

Assim, neste GOBP advoga-se que, em função das necessidades individuais, sejam prescritas as intervenções, individuais/casal⁷ ou de grupo, o *timing* e a estratégia para a sua implementação tendo por referência os princípios da informoterapia – a pessoa certa, no momento certo, com a estratégia certa, a dose de informação certa e baseada na evidência (Pronúncia da MCEESMO, n.º 14/2021).

1.1. Os clientes dos cuidados

A preparação para o parto é centrada na mulher-grávida e na(s) pessoa(s) com quem partilha o projeto de maternidade (PQCEESMO, 2021). Assim, após a escolha da mulher sobre quem será a pessoa que a acompanhará, esta deverá ser incluída no plano de cuidados como cliente dos cuidados (WHO, 2019). A experiência de parto é entendida como mais positiva quando há suporte contínuo por alguém significativo. De acordo com uma recente revisão da Cochrane, quem acompanha a mulher durante o seu trabalho de parto pode atuar em quatro vertentes: 1) partilhar informação, nomeadamente sobre o parto, preenchendo lacunas de comunicação entre profissionais de saúde e mulheres; 2) solicitar apoio e/ou falar em nome da mulher; 3) dar suporte através de apoio na deambulação, massajar, segurar na mão e proporcionar presença física contínua; e, 4) dar apoio emocional, elogiando e encorajando a manutenção do controlo e confiança (Bohren et al., 2019). Para além disso, a presença da pessoa significativa tem sido apontada como garante de proteção em relação a maus-tratos (Balde et al., 2020)

Do ponto de vista da transição para a parentalidade, a escolha deveria recair sobre o homem – pai do bebé (Figura 1).

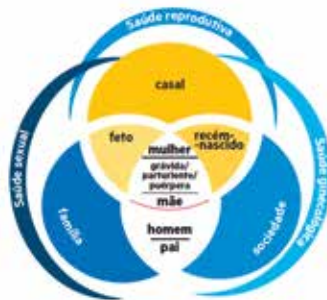


Figura 1. Clientes dos cuidados (adaptado de PQCEESMO, 2022, p. 8).

⁷ Admitindo que ambos partilham o mesmo projeto de saúde no âmbito da preparação para o parto; se não, ponderar intervenções individuais inicialmente e depois sim, em conjunto.

Todavia, de acordo com a revisão sistemática desenvolvida por Shakibazadeh et al. (2017) as mulheres revelaram certa ambivalência sobre o desejo de ter um parceiro masculino presente. Por seu turno, os homens enquanto pessoa significativa durante o trabalho de parto, sentiam que sua presença causava um impacto positivo em si mesmos e no relacionamento com a companheira e o bebê, embora alguns sentissem ansiedade ao presenciar a dificuldade em lidar com a dor de trabalho de parto; outros, sentiram que não estavam bem integrados na equipa de cuidados ou na tomada de decisões. No estudo desenvolvido por Afulani et al. (2018), as razões apresentadas pelas mulheres para não desejarem pessoa significativa incluíam vergonha de exposição do corpo e receio da imagem com que poderiam ficar e o que poderiam contar aos outros sobre o que se tinha passado.

Neste GOBP-PpP, as designações de acompanhante ou pessoa significativa são usadas para representar a pessoa significativa escolhida pela mulher para a acompanhar na jornada de preparação para o parto e durante o parto. Pode ser o pai do bebê que vai nascer, a companheira, a avó, etc. Usamos estas designações porque “pessoa significativa” inclui uma gama de pessoas de apoio. Contudo, o pai às vezes poderá sentir-se excluído ou desconsiderado pelo não reconhecimento da perspetiva masculina da gravidez e da sua relevância no apoio durante o trabalho de parto e pós-parto e nascimento do/a filho/a pela não especificação do seu estatuto específico: pai. Por isso, para efeitos do fortalecimento da relação terapêutica, cada EEESMO deverá decidir pela designação mais significativa para cada caso em concreto.

1.2. Princípios orientadores da conceção dos cuidados

A missão da(o) EEESMO é facilitar transições (Meleis et al., 2000). A transição desenvolvimental que envolve os processos corporais (gravidez-trabalho de parto-pós-parto) e os processos de reformulação da identidade (mulher a mãe, de homem a pai) tem o parto como evento crítico. A experiência de parto é única e o modo como cada mulher a antecipa também. Por isso, a preparação para o parto deverá promover a incorporação de conhecimentos, o desenvolvimento de capacidades e a reformulação dos significados dificultadores que poderão perturbar a adoção de comportamentos saudáveis. Neste contexto, e tendo por referência os PQCEESMO (2021) e os princípios da Organização Mundial de Saúde (OMS) (Chalmers et al., 2001; Downe et al., 2016; ACNM, 2013; WHO, 2016) para os cuidados perinatais, os princípios gerais que orientam a conceção de cuidados especializados englobam o entendimento de que:

1) *Cada mulher é única, com dignidade própria e direito a autodeterminar-se.*

Cada mulher é um ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, nas crenças e nos desejos da natureza individual, o que torna cada pessoa num ser único, com dignidade própria e direito a autodeterminar-se (Ordem dos Enfermeiros, 2012; PQCEESMO, 2021). Por isso, as opiniões, desejos, crenças e valores relacionados com o parto devem ser identificados e respeitados a cada momento. A mulher deve ter a

oportunidade de tomar decisões informadas (autodeterminação) em relação aos cuidados prescritos, apoiadas por informações baseadas em evidência e adaptadas às necessidades específicas. A participação ativa nas decisões torna cada mulher corresponsável nas consequências, para o bem e para o mal. Quando a mulher sente confiança no que lhe está a ser dito, consegue participar ativamente nas decisões e compreender as recomendações clínicas sem se sentir violentada.

A tomada de decisão sobre a saúde envolve três dimensões: 1) Reflexão – processo de questionar práticas comuns que se baseiam exclusivamente na autoridade ou na tradição e não na melhor evidência disponível; 2) Empoderamento – derivado do conhecimento que promove autonomia e a independência é também um aspeto relevante para a autodeterminação, já que contribui para decisões livres e esclarecidas; e, 3) Conhecimento pessoal, normas sociais e ambiente flexível – descritos como os mais intimamente ligados à satisfação de uma mulher com suas decisões (Wittmann-Price, 2006). Ao negociar as decisões do plano de parto, as mulheres tendem a ajustar satisfatoriamente as suas expectativas (Hauck et al., 2007). Neste contexto, existe uma negociação constante de expectativas e de desejos no plano de parto entre a mulher e a equipa de saúde, conseguindo estabelecer o plano A, plano B e até mesmo um plano C.

2) A promoção de uma gravidez saudável é garantia para um parto fisiológico.

Numa abordagem psiconeuroendócrina, os processos reprodutivos correspondem a um *continuum* desde a gravidez, parto e pós-parto. A fisiologia hormonal da gravidez envolve processos benéficos complexos e relacionados, isto é, os processos psiconeuroendócrinos que ocorrem numa fase, prepararam para as fases subsequentes. Em gestações saudáveis, esses processos estimulam um trabalho de parto eficiente, a segurança para mãe e bebé, a amamentação bem-sucedida e o vínculo afetivo entre mãe-recém-nascido (Figura 2).

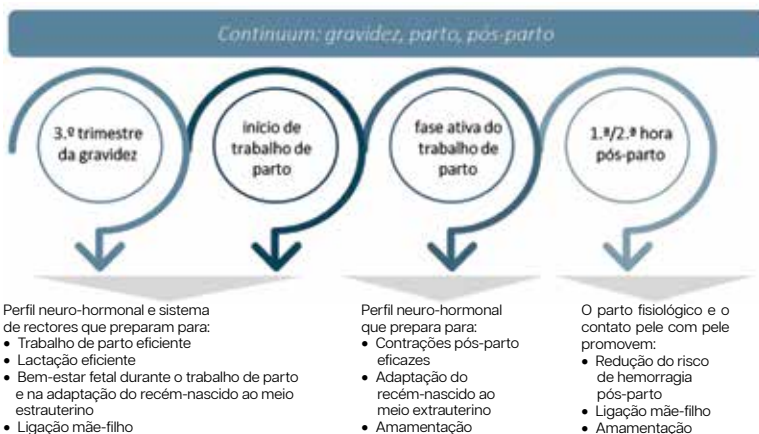


Figura 2. Efeito sequencial dos processos neuroendócrinos da gravidez ao pós-parto [adaptado de Buckley (2015)].

Tendo por referência o *continuum* fisiológico gravidez-parto-pós-parto, faz todo o sentido que a(o) EEESMO que assegure a preparação para o parto, realize o acompanhamento da gravidez e promova a adaptação à gravidez.

3) O trabalho de parto fisiológico é a opção mais saudável para a mulher e feto/recém-nascido.

O trabalho de parto é um processo reprodutivo normal e representa o final da gravidez. O parto fisiológico é definido como uma abordagem ao trabalho de parto que maximiza a força inerente e normal da fisiologia da mulher e do feto e se abstém de intervenções desnecessárias, ineficazes ou prejudiciais relacionadas com a medicalização do parto, a menos que haja comprometimento do bem-estar ou segurança (WHO, 2018; Miller et al., 2016; Bonapace et al., 2018; Lothian, 2019). Nos finais dos anos 1990, a OMS definiu o parto fisiológico como aquele que se caracteriza por ter início espontâneo, baixo risco no início do trabalho de parto e manter-se assim durante o restante trabalho de parto. Em consequência, o bebé nasce espontaneamente, entre 37 e 42 semanas de gravidez, com apresentação cefálica. Após o parto e nascimento, a mãe e o bebé estão em boas condições de saúde (WHO, 1997; WHO, 2018).

O parto fisiológico pode ser uma experiência psicológica intensa e transformadora, que produz uma sensação de empoderamento na mulher. Sentir que foi capaz de superar os desafios com os seus próprios recursos e a ajuda de outras pessoas é uma experiência positiva para a mulher com efeitos a longo prazo na sua história de vida (Olza et al., 2018; Uvnäs-Moberg et al. 2019). Os processos neurobiológicos, orquestrados pela libertação de ocitocina⁸ endógena, influenciam os comportamentos e as emoções da mulher e facilitam a progressão do trabalho de parto (Olza et al., 2020). Por isso, interferir neste processo com qualquer intervenção desnecessária que o perturbe é comprometer todo o processo descrito na Figura 2.

Assim, se a(o) EEESMO possuir este conceito como o conceito dominante ao longo da preparação para o parto, este entendimento da realidade contribuirá para que a mulher e pessoa significativa também o entenda como algo fisiológico e acreditará na sua capacidade de parir e na capacidade do feto de contribuir para o seu próprio nascimento.

Assim, a forma como a mulher entende o seu parto é influenciada pelo ambiente social, nomeadamente pela visão dos profissionais de saúde que a acompanham. A cultura contemporânea do parto está enquadrada num ténue equilíbrio entre os conceitos de segurança e de risco (Werner-Bierwisch et al., 2018). Nesse contexto, o conceito de *segurança* representa uma característica de qualidade da assistência dos cuidados, pois visa reduzir o risco de danos desnecessários para as mães e seus bebés a um mínimo aceitável. A declaração do conceito de *risco*, como “a chave para a segurança”, resulta na compreensão da gravidez, parto e pós-parto como riscos potenciais, o que fomenta a medicalização da gravidez e do parto (Lothian, 2012; Werner-Bierwisch et al., 2018).

⁸ Ou oxitocina.

A percepção de segurança pode ser influenciada tanto negativa quanto positivamente pelos cuidados oferecidos pelos profissionais de saúde (Grigg et al., 2014). Para algumas mulheres, a segurança está associada ao cuidado médico-técnico e, portanto, também à minimização do risco (Grigg et al., 2014). Para outras mulheres, estar segura significa evitar intervenções de rotina, ter o parto num ambiente calmo e privado ou ter confiança na capacidade de parir (Grigg et al., 2014).

As várias interpretações de segurança estão associadas a diferentes atitudes em relação ao parto e à competência do corpo feminino para concretizar o parto. Se por um lado, a gravidez e o parto podem ser entendidos como processos médicos fundamentais, que requerem habilidades e tecnologia médica, por outro, podem ser percebidos como processos naturais que não requerem intervenções médicas ou assistência profissional (Regan & McElroy, 2013; Grigg et al., 2014; Lothian, 2012; Werner-Bierwisch et al., 2018).

4) Um paradigma mais centrado em promover o “lidar com” do que o “aliviar” a dor de trabalho de parto.

O parto é um acontecimento significativo e memorável para uma mulher, sendo a dor de trabalho de parto uma componente relevante da experiência do trabalho de parto. Para facilitar a ativação dos mecanismos fisiológicos endógenos durante o trabalho de parto as(os) EESMO e a mulher e pessoa significativa necessitam conhecer os mecanismos psiconeuroendócrinos da dor de trabalho de parto e a sua utilidade (Bonapace et al., 2018).

Estudos recentes, tomando por base a atual evidência, defendem que uma melhor compreensão dos mecanismos neurofisiológicos e endócrinos envolvidos no trabalho de parto e no parto sugerem a necessidade de substituir o paradigma do “alívio da dor” (*pain relief*) pelo de “lidar com a dor” (*working with pain*). E isto é, de facto, um desafio para todos, os profissionais e as mulheres.

O paradigma do “alívio da dor” é baseado num conjunto de suposições de que a dor do parto é “anormal” e desnecessária, que os benefícios da analgesia sempre excederão os riscos, e que o eficiente alívio da dor é sistematicamente correlacionado com o nível de satisfação da mulher com a experiência do parto. Todavia, em termos de satisfação, estudos sugerem que outros fatores, como por exemplo o suporte contínuo e o envolvimento na tomada de decisões são mais importantes para as mulheres do que o alívio da dor (Leap et al., 2010). No estudo desenvolvido por Waldenström e Schytt (2009), as autoras verificaram que a memória da dor do parto diminuiu ao longo do tempo, mas não em mulheres com uma experiência geral negativa de parto. Mulheres que tiveram analgesia epidural relataram pontuações mais altas de dor em todos os momentos, sugerindo que essas mulheres mantem memória do “pico da dor”.

O paradigma de “lidar com a dor” é baseado no pressuposto que a dor tem um papel fisiológico no parto. Quando as mulheres são devidamente preparadas e apoiadas, produzem substâncias analgésicas endógenas que os ajudam a lidar com a dor do parto. “Trabalhar” com a dor durante o trabalho de parto, pode desencadear nas mulheres uma

profunda sensação de satisfação, que aumenta a sensação de competência e confiança em enfrentar os desafios do papel de mãe (Olza et al., 2018; Uvnäs-Moberg et al. 2019; Olza et al., 2020). Com o suporte adequado, ambiente seguro e uma fisiologia neuro-hormonal, a maioria das mulheres tem os recursos internos de que necessita para ter uma experiência de parto positiva (Buckley, 2015; Olza et al., 2020). Neste paradigma, a dor do trabalho de parto desempenha uma função importante no processo fisiológico, produzindo hormonas como endorfinas e ocitocina que funcionam como opióides endógenos.

Para além disso, importa o terceiro paradigma: o da mulher (Karlsdottir, Halldorsdottir & Lundgren, 2014). Neste contexto, a preparação para o parto é fundamental para o ajustamento de expectativas, reformulação dos significados, melhoria dos conhecimentos e desenvolvimento das capacidades permitindo a cada mulher tornar-se protagonista do seu próprio parto.

5) A comunicação clínica entre EEESMO-cliente(s) é fator crítico de sucesso.

De acordo com os enunciados descritivos da Ordem dos Enfermeiros, o exercício profissional *centra-se na relação interpessoal de um enfermeiro e uma pessoa ou grupo de pessoas* (Ordem dos Enfermeiros, 2012; PQCEESMO, 2022). Esta relação desenvolve-se num processo dinâmico, em parceria com a(o) cliente e envolvendo a(s) pessoa(s) significativa(s), tendo em vista ajudar (a) o cliente a ser proactiva(o) na consecução do respetivo projeto de saúde, frequentemente através de processos de aprendizagem (Ordem dos Enfermeiros, 2012; PQCEESMO, 2022).

As competências de comunicação clínica integram: competências relacionadas com o *conteúdo* que traduzem o que põe em comum; competências relacionadas com o *processo*, isto é, o como comunicam (por exemplo, como organizam informação, que estratégias usam); e, as competências *perceptivas*, relacionadas com o que pensam e como sentem a comunicação (por exemplo, como decidem, atitudes, perceção dos sentimentos e pensamentos em relação à(ao) cliente).

De acordo com estudos citados por Monteiro-Grilo (2012), uma comunicação eficaz traz benefícios para as(os) clientes (índices mais elevados de satisfação e adesão e níveis mais baixos de ansiedade) e para as(os) profissionais (diminui a vulnerabilidade ao *stress*). As(Os) EEESMO que comunicam eficazmente conseguem que a mulher e pessoa significativa verbalizem as expectativas e emoções e revelem as suas necessidades de informação de forma fluida (Bradfield et al., 2019). Neste contexto, a comunicação eficaz melhora o desempenho profissional, já que torna quer a avaliação inicial, quer a implementação de muitas das intervenções do domínio *Informar* mais proficientes. Assim, importa que a cada interação as(os) EEESMO revejam a sua forma de comunicar, procurando contrariar a ideia expressa por Monteiro-Grilo quando refere que os *“profissionais de saúde tendem a adotar o mesmo estilo comunicacional com todos os pacientes, independentemente das idiosincrasias destes”* (2012, p. 96).

1.3. Modelo de cuidados centrado na preparação para o parto

A implementação de modelos de cuidados eficazes na assistência pré-natal é um objetivo fundamental de qualquer política de saúde (Symon et al., 2016). Na *The Lancet Series on Midwifery: Framework for Quality Maternal and Newborn Care (QMNC)* (Renfrew et al., 2014) foi apresentada uma estrutura que identifica cinco componentes usadas para organizar as características específicas do *continuum* de cuidados da gravidez ao pós-parto. Esses componentes são: 1) prática de cuidados, diferenciando “para todas as grávidas” e “para grávidas” com complicações”; 2) organização de cuidados; 3) valores; 4) filosofia; e, 5) profissionais de saúde (Figura 3).

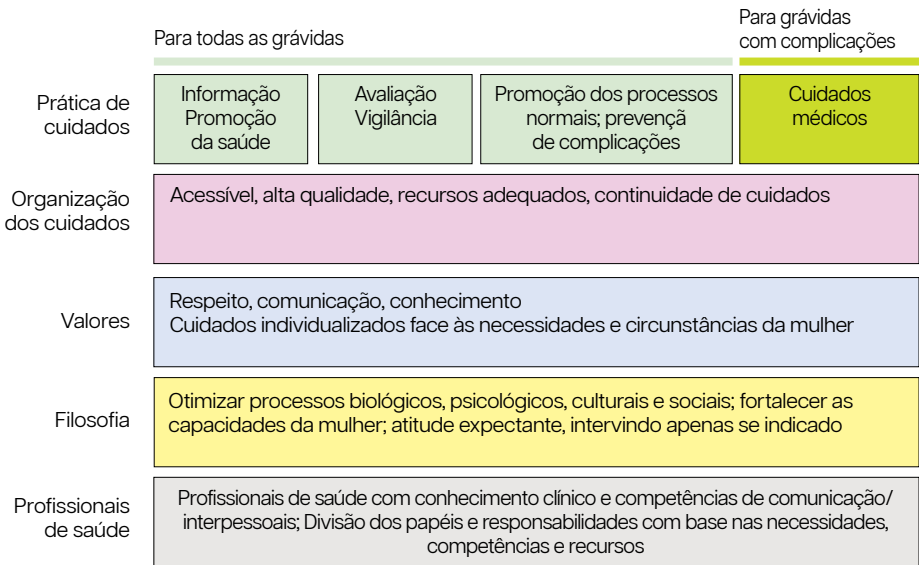


Figura 3. Componentes da estrutura de modelo de cuidados de qualidade na área da saúde materna e neonatal

(adaptado de *The Lancet Series on Midwifery: Framework for Quality Maternal and Newborn Care*, Renfrew et al., 2014).

Tendo por base os conceitos que orientam este GOBP-PpP, que estão em harmonia com os apresentados por Renfrew et al. (2014), assume-se que a preparação para o parto visa contribuir para a obtenção dos melhores níveis de saúde da mulher, do feto/recém-nascido e pessoa(s) significativa(s) e experiências positivas com os serviços de saúde, com filosofia guiada pela otimização dos processos corporais, promoção de uma atitude expectante, isto é, intervindo apenas quando estritamente necessário e baseado na evidência. De facto, é preciso saber muito para não se fazer nada.

No âmbito da preparação para o parto, o cuidado centrado “naquela” mulher é incontornável, pois significa apoiar a mulher, estar com ela e entender suas necessidades indi-

viduais – *ajudar a que tudo funcione*, como é suposto funcionar. Neste enquadramento, a organização dos cuidados e a especificação dos focos de atenção em cada uma das interações com a grávida e pessoa significativa, ao longo da gravidez, poderá ser a representada na Figura 4.

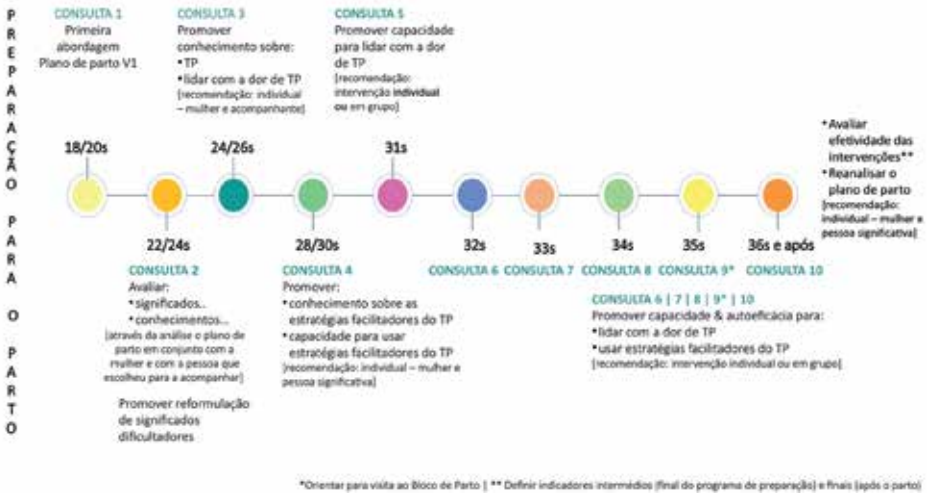


Figura 4. Modelo de cuidados baseado nos conceitos centrais do GOBP- PpP.

O programa proposto na Figura 4 é meramente ilustrativo, pois poderá ser sempre ajustado às necessidades de cada mulher e pessoa(s) significativa(s).

1.4. Objetivo dos cuidados: promover o empoderamento e a autoconfiança para lidar com o trabalho de parto

Promover o empoderamento e a autoconfiança é a missão das(os) EEESMO ao longo da preparação para o parto, de modo que a mulher se sinta capaz de lidar com o trabalho de parto e possuir recursos que possa usar a cada momento e que a pessoa significativa se sinta capaz de lidar com as suas necessidades e com as necessidades da mulher a cada momento. E, com tudo isso, obter mais saúde e uma experiência de parto positiva.

Conforme declarado pela OMS em 2018, o resultado primário para todas as mulheres grávidas é ter uma experiência de parto positiva. Isso inclui no final do trabalho de parto ter um bebé saudável, num ambiente seguro, com continuidade dos cuidados prestados por profissionais competentes e gentis. A experiência do parto de uma mulher é de vital importância, e suas memórias de parto perduram no tempo e influenciam a forma com que cada mulher se entende como mulher, mãe e companheira.

Os principais fatores que influenciam a qualidade desta experiência incluem expectativas pessoais, a qualidade e a quantidade de apoio que recebe, a qualidade da relação com o profissional de saúde (por exemplo, comunicação, continuidade do cuidado, empatia, respeito), o nível de envolvimento na tomada de decisões, o risco clínico e o resultado (Hodnett, 2002). A participação ativa nas escolhas e a sensação de controlo por parte das mulheres afeta a perceção das experiências de parto (Cook & Loomis, 2012). Neste resultado estão incluídos elementos relacionados com o ambiente, com os profissionais que assistem a mulher e com a própria mulher.

Preparar-se para o parto é o processo de definir o nível de controlo que faz sentido para si. As mulheres definem o controlo como consistindo em processos internos e externos, os quais afetam as emoções sobre a experiência do parto. O controlo interno refere-se à capacidade da mulher de lidar com os seus sentimentos e expressões de dor e de tomar decisões corporais (por exemplo, mudar de posição livremente) durante o trabalho de parto. O controlo externo, por outro lado, refere-se à capacidade da mulher de participar da tomada de decisões sobre seu parto, incluindo intervenções médicas, fontes e tipos de apoio e onde e como decorrerá o parto. É mais provável que a perceção de falta de controlo esteja associada a uma experiência anterior negativa de parto, enquanto a perceção de controlo interno e externo estão associados a uma experiência positiva (Downe et al., 2018). Durante a gravidez, o desenvolvimento e a negociação do “quanto quero controlar” fazem parte de um processo de cuidados dinâmico entre a mulher e sua equipa de saúde.

PARTE



2

AVALIAÇÃO INICIAL: O PLANO DE PARTO COMO ESTRATÉGIA PARA O PROCESSO DE DIAGNÓSTICO

Admite-se que a abordagem inicial possa ser realizada até às 18/20 semanas, ou eventualmente antes se a grávida abordar o assunto espontaneamente. Pelas 20 semanas há uma percepção real do feto, concedida pela percepção dos movimentos fetais e pela promi-nência do abdómen. Nesta fase, o perfil hormonal gera as condições para que a grávida comece a imaginar o/a filho/a como cada vez mais real. À medida que a gravidez avança, a mulher cria espaço para se ligar afetivamente com o bebé e o parto emerge nesses pensamentos.

A avaliação inicial, pela análise da “versão 1” do plano de parto, permite identificar as necessidades em cuidados específicos. Esta análise, de acordo com a proposta da MCEESMO, deverá ocorrer até às 22/24 semanas. Identificar as necessidades até esta altura é relevante essencialmente pelo *tempo para a preparação*, nomeadamente: 1) Proporciona tempo para a análise dos significados atribuídos ao trabalho de parto, à dor de trabalho de parto e às estratégias para lidar com o trabalho de parto; 2) Proporciona o tempo necessário para implementar as intervenções (individuais e em grupo); 3) Proporciona o tempo para a mulher experienciar em si o efeito de cada uma das estratégias facilitadoras do trabalho de parto; 4) Proporciona o tempo para a mulher experienciar em si o efeito de cada uma das estratégias para lidar com a dor de trabalho de parto; e 5) Proporciona o tempo para a mulher sentir algumas das estratégias, treinadas ao longo da intervenções, como recursos que pode levar para o seu parto.

A avaliação inicial é a primeira etapa do processo de cuidados, sendo usada para identificar as necessidades atuais e futuras da(o) cliente. O propósito é obter informações relevantes para a identificação da necessidade em cuidados, que servirá de base para estabelecer o plano de cuidados. O sucesso desta etapa e a qualidade dos dados recolhidos, em particular os dados subjetivos, depende das competências de comunicação clínica da(o) EEESMO. As questões necessitam ser contextualizadas, claras e neutras para permitir uma resposta autêntica por parte da(o) cliente. Esta contextualização é essencial para que fique evidente por que razão a questão está a ser feita e qual a relação entre a questão/resposta e a condição de saúde. A necessidade de clareza é essencial para que a resposta seja fluida, quase como uma conversa. A questão necessita ser colocada com neutralidade, para não influenciar as respostas nem ter implícito a visão pessoal da(o) EEESMO.

Assim, o ideal é que a avaliação inicial decorra como se “*estivessem a conversar*”, numa conversa que *quem fala* mais é a(o) cliente. Um dos impactos da reflexão entre questões-respostas por parte da(o) cliente poderá ser a consciencialização do nível de preparação

necessário para lidar com o trabalho de parto, e, com isso, promover o envolvimento no programa de preparação para o parto.

Os dados objetivos e subjetivos recolhidos, a partir da análise do nível de importância atribuída aos diversos parâmetros incluídos no plano de parto versão 1, suportam o processo diagnóstico (Anexo I e Anexo II). Este processo intelectual individual tem subjacente habilidades de pensamento crítico que conferem estrutura para a tomada de decisão clínica centrada na interpretação e no agrupamento de dados, usando para isso o raciocínio clínico e o conhecimento experiencial para identificar características clínicas em comum ou padrões (critérios de diagnóstico). O diagnóstico de enfermagem é resultado deste processo.

Idealmente, será a(o) cliente a guiar a abordagem dos assuntos quando a intenção é a avaliação inicial a partir de uma questão geral devidamente contextualizada, clara e neutra. Poder-se-á recorrer a um algoritmo orientador, mesmo que mental, em que, em função da resposta à questão anterior, segue-se uma determinada lógica no sentido da identificação do(s) diagnóstico(s). Para além disso, a sistematização das questões, possíveis respostas e critérios de diagnóstico pode ser assumido como garantia de que os assuntos relevantes para a identificação das necessidades em cuidados são sistematicamente abordados e que há critérios de diagnósticos mínimos para identificar o diagnóstico.

Assim, na avaliação inicial importa tomar como foco de atenção os domínios que podem influenciar a preparação para o parto e que se inscrevem no mandato social das(os) EEESMO (Figura 5).

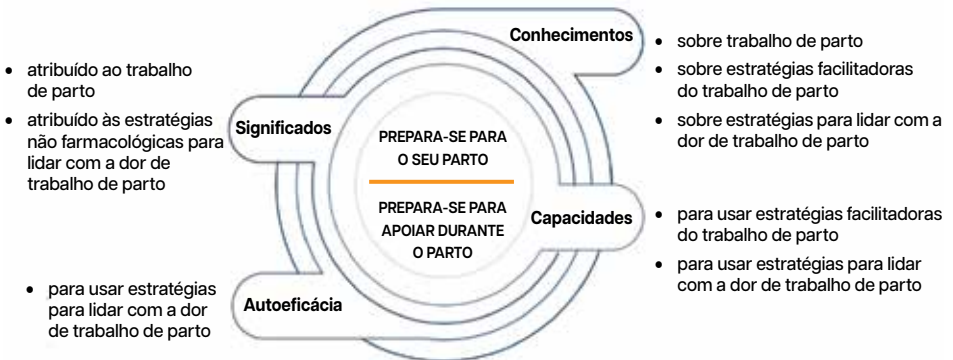


Figura 5. Focos de atenção no domínio da preparação para o parto.

Durante muitos anos, os programas de preparação para o parto eram pré-determinados e iguais para todas as mulheres, independentemente das necessidades de cada grávida. Até porque, a avaliação inicial era desconsiderada. Frequentemente eram designados de “cursos” e as intervenções de “aulas”. Assim, nesses “cursos”, os conteúdos das “aulas” centravam-se na anatomia básica, a fisiologia do trabalho de parto e do parto e estratégias

simples (geralmente relaxamento e respiração) para lidar com a dor das contrações. Atualmente, tomando por referência os regulamentos profissionais das(os) enfermeira(os), esta discussão está ultrapassada: as(os) enfermeiras(os) implementam intervenções (REPE, 1996), prescritas a partir do diagnóstico(s), intervenções estas que poderão estar integradas num programa de saúde com intencionalidades terapêuticas específicas (Craveiro & Ferrinho, 2001).

Neste entendimento da realidade, dá-se corpo e conteúdo à assunção de que cada mulher grávida/pessoa significativa é um agente intencional de comportamentos baseados nos valores, nas crenças e nos desejos da natureza individual, que a(o) torna única(o), com dignidade própria e direito a autodeterminar-se (Ordem dos Enfermeiros, 2012). Por isso, face a um processo corporal (trabalho de parto) que se espera que aconteça, é, ela própria, com base nas suas expectativas, conhecimentos, capacidades e significados de natureza individual, que necessita encontrar/desenvolver os recursos internos e externos que contribuirão para a sua saúde e para uma experiência positiva do seu parto (Gupta et al., 2017; Bohren et al., 2017; Downe et al., 2018; WHO, 2018). O atingimento das expectativas revela-se como o fator mais consistente para a satisfação com a experiência de parto (Karlström, Nystedt e Hildingsson, 2015). O mandato social da(o) EEESMO é *fazer com que isso aconteça, garantindo o potencial máximo de saúde da mulher e feto/recém-nascido* (PQCEESMO, 2022).

2.1. Plano de parto: um guia para a conceção de cuidados

Um plano é uma intenção ou um projeto. De facto, na sua essência representa um conjunto das disposições necessárias para levar um projeto a cabo. Um plano exhibe um modelo sistemático que se elabora antes de realizar uma ação, com o objetivo de a encaminhar, orientar o caminho.

De acordo com os PQCEESMO, o plano de parto é definido como um planeamento do parto, pela mulher e pela pessoa significativa, em conformidade com as suas preferências, valores, crenças e desejos de natureza individual, podendo ser escrito ou não.

Qualquer plano poderá ser bem construído quanto melhor a informação que o suporta. A construção do plano de parto durante a gravidez influencia positivamente no processo de parto e nos desfechos materno-fetais (Hidalgo-Lopezosa et al., 2017; Ahmadpour et al., 2020; López-Gimeno et al., 2021), já que expectativas irrealistas podem causar insatisfação com a experiência do parto (Cook & Loomis, 2012; Medeiros et al., 2019).

A introdução do assunto “parto”, se não for feita pela grávida e/ou pessoa significativa em consultas anteriores, importava **ocorrer até às 20 semanas** para proporcionar uma oportunidade para a avaliação inicial e planeamento atempado das intervenções.

Numa abordagem inicial, a partir de uma questão contextualizada e neutra, poder-se-ão obter duas categorias de resposta: “*não pensei no assunto*” ou “*tenho alguma ideia/expecta-*

tiva...” (Figura 6). Quando o assunto não desperta interesse por parte da grávida e/ou pessoa significativa, importa perceber qual o significado atribuído ao trabalho de parto. Frequentemente, um significado dificultador atribuído ao trabalho de parto poderá inibir o envolvimento no processo de preparar-se para o parto. A grávida poderá considerar o parto como ameaça à integridade física e/ou psicológica, como uma “doença” que exige tratamento do médico e/ou desvalorização do seu envolvimento (“não depende nada de mim”).



Figura 6. Proposta de abordagem das expectativas relacionadas com o trabalho de parto na consulta das 18/20 semanas.

Na maioria das situações, a mulher apresenta algum tipo de expectativa sobre: o parto, o/a filho/a, a pessoa significativa, o ambiente em torno do parto, os profissionais ou a influência de outros (Downe et al., 2018). Nesta circunstância, podemos observar duas possibilidades: 1) Se a partir do discurso se perceber que a grávida possui ideias sobre as suas preferências para o parto, poder-se-á pedir que numa folha em branco anotar essas ideias e trazer para a próxima consulta; ou, 2) Se as ideias são pouco claras poder-se-á usar um conjunto de ideias já escritas: *Plano do meu parto* (Anexo I) para orientar na reflexão sobre o que lhe faz sentido e o que poderá ser importante para o seu parto.

Se na consulta estiver presente a pessoa significativa que acompanhará a mulher durante o trabalho de parto, poder-se-á seguir a mesma linha de abordagem do assunto, por exemplo: “Parabéns! Acompanhar a gravidez e parto é um privilégio e é considerado muito útil, pois tudo fica mais fácil quando alguém que gostamos e que gosta de nós nos acompanha. De que modo imagina dar este apoio durante o parto da (nome)? (O que imagina fazer, dizer? O que imagina que poderá sentir?...).”. E, a partir da resposta, seguir a mesma lógica de abordagem feita com a grávida, podendo ser entregue o plano de parto próprio: *Plano para te apoiar durante o teu parto* (Anexo II). Se não estiver presente, mas na perspetiva da grávida estará envolvida, poder-se-á entregar o *Plano para te apoiar durante o teu parto* (Anexo II) explicando como preencher e sugerindo que ambos estejam presentes na consulta seguinte.

O plano de parto, tal como é entendido neste GOBP, permite que a mulher e pessoa significativa considerem, de zero a dez, entre “10 – concordo totalmente” e “0 – discordo totalmente” e entre “10 – muito importante” e “0 – nada importante”, cada uma das opções/tópicos apresentados como contributo para vivenciar uma experiência de parto positiva, havendo espaços para acrescentarem pontos chave para a sua experiência. A sugestão é que levem para casa e tragam preenchido para a próxima consulta. Pode-se ainda sugerir que registem a opinião a lápis, apresentando como justificação, por exemplo, que *“este plano é apenas um plano inicial, e a apreciação de cada possibilidade poderá mudar a qualquer momento à medida que o tempo passa e após a integração de novas informações e experiencição do efeito de estratégias em si”*. Recomenda-se vivamente que o preenchimento do plano de parto seja a lápis ao longo da gravidez. A ideia de ser a lápis ajuda a integrar a ideia de que nada é definitivo e que podem mudar de ideias à medida que se conhecem melhor e saibam mais sobre os assuntos e sobre a situação obstétrica.

Na consulta seguinte, analisar-se-á, em conjunto, as respostas no plano de parto inicial como estratégia orientadora da recolha de dados que permita identificar, com precisão, as necessidades em cuidados (Figura 7). Na análise importa valorar os “não sei” como indicador de falta de conhecimento, valorizando, ainda, a disponibilidade para aprender sobre os assuntos. Na mesma linha de pensamento, o nível de importância atribuída a cada “frase” tem razão que a justifica. Assim, ao longo da análise, as razões apontadas, para além de perceber o que é relevante para uma experiência positiva para a mulher e para a pessoa significativa, é possível que a/o EEESMO identifique oportunidades para melhorar os conhecimentos e reformular os significados dificultadores. Por exemplo, uma mulher refere nível de importância “9” face à frase “ter um parto por cesariana”. A análise poderá ser: “O que a leva a desejar uma cesariana?” Poderemos ter respostas como por exemplo: “não quero ter dor”; “não quero ter de abrir as pernas/que me toquem” “não quero rasgar”, “é melhor para o bebé”, “já tive uma cesariana por isso agora vai ser outra vez”, etc. Qualquer uma das respostas, constitui pretexto/s para melhorar conhecimentos ou reformular significados. Do mesmo modo, colocando em ação o princípio de neutralidade na visão dos cuidados, uma mulher refere nível de importância “9” face a “ter um parto normal”, com uma questão como por exemplo: “O que a leva a desejar um parto normal?” Poderemos ter respostas como por exemplo: “é o melhor para o bebé”, “é a expressão do poder feminino”, “gostava de sentir o parto”, “sentir o/a filho/a nascer”, “desafiar os meus limites”. Mais uma vez, qualquer uma das respostas, constitui pretextos para melhorar conhecimentos ou reformular significados.

A análise em conjunto (EEESMO-grávida-pessoa que a acompanhará durante o trabalho de parto) do nível de importância atribuída a cada afirmação do plano de parto dá a oportunidade para conhecerem as expectativas de cada um, e com isso, promover a comunicação entre ambos.

A avaliação inicial permite determinar os diagnósticos e planear as intervenções. A avaliação da efetividade das intervenções é também essencial. Esta avaliação poderá ser realizada a cada intervenção (pela observação do comportamento da grávida e pessoa

significativa e valoração do que dizem/associam às reflexões sobre o efeito das estratégias em si) e individualmente a partir das 36 semanas. Para esta avaliação, poder-se-á usar novamente o plano de parto, talvez este possa ser o momento para registar a tinta permanente qual o plano que lhe(s) faz sentido naquela fase de preparação e com tudo o que sabem e com a autoconfiança que sentem quanto preparados se sentem para lidar com o trabalho de parto (Anexo I e Anexo II).

Nesta fase poderá ser útil **“Ensinar sobre plano de parto”**, pois o plano de parto é, como o próprio nome indica, somente um plano. E, tal como em qualquer plano, cada decisão implica conhecer as diversas possibilidades e as potenciais consequências de cada uma das decisões. Assim, conhecer o que é o plano de parto, que escolhas podem ser contempladas e qual a sua utilidade, contribuirá para que a mulher, e a pessoa que escolheu para a acompanhar, seja(m) capaz(es) de:

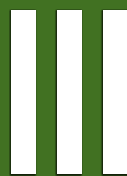
- Gerir expectativas em relação ao trabalho de parto imaginado.
- Sensibilizar para o que para si seria relevante durante o trabalho de parto e pós-parto imediato para uma experiência de parto positiva.

Atividades que concretizam a intervenção:

1) Explicar o que é o plano de parto: O plano de parto é um plano que explicita as preferências da grávida/casal de modo a ser partilhado com outros, nomeadamente os profissionais de saúde que a acompanharão durante o trabalho de parto. Sendo um plano, exige que cada decisão seja baseada em informação fidedigna, da análise dos prós e dos contras para uma ponderada análise das consequências. É construído à medida que a gravidez evoluiu e poderá ter inúmeras versões. Pode ser escrito ou não. Pode ter um formato definido ou pode ser uma folha em branco. Pode estar centrado no que depende de si e da pessoa que a acompanha. Pode incluir elementos que dependem das circunstâncias e/ou do ambiente.

2) Explicar os benefícios de elaborar um plano de parto: A primeira versão do plano de parto constitui o ponto de partida para a preparação para o parto; cada decisão colocada no plano ajuda a grávida/casal a compreender o que acontece em cada fase do trabalho de parto e que ações dependem dela ou de quem a acompanha. De facto, a elaboração de um plano de parto constitui um pretexto para refletir e/ou discutir com as pessoas significativas sobre o que de facto importa na experiência do parto. Para além das decisões, e das suas consequências, o plano de parto constitui um pretexto para compreender o que depende de si e o que não depende, aumentando, por esta via, a noção do que a transcende e que não pode controlar, mas, acima de tudo, o quanto pode controlar. Desta feita, o plano de parto constitui uma forma de ensaiar as formas de expressar as emoções/desejos e o que é, para si, uma violência ou bem-estar; promove o sentido de “poder” de decisão e de ação – porque *o parto é da mulher, de mais ninguém*.

PARTE



3

CONHECIMENTO SOBRE TRABALHO DE PARTO

O parto é considerado um processo poderoso, apesar de ser o mais curto do ciclo gravidez-parto-pós-parto. Esta sensação de poder resulta da sensação de conexão com o bebê e surpresa com o poder da capacidade do seu próprio corpo em acompanhá-la ao longo de todo o trabalho de parto (Dixon, Skinner & Foureur, 2013). Na descrição do trabalho de parto normal, as mulheres fazem-no, frequentemente, em termos das suas emoções, pensamentos e ações, apresentando o parto considerado como um processo contínuo e não marcado por fases, nomeadamente as fases descritas pelos profissionais (Dixon, Skinner & Foureur, 2014). As mulheres vivenciam o seu trabalho de parto mais como uma viagem emocional, na qual as mulheres evoluem de excitação no início do trabalho de parto, associado a calma e confiança, para a necessidade de se concentrar em si própria e em cada contração à medida que o trabalho de parto se torna mais intenso (Dixon, Skinner & Foureur, 2014; Olza et al., 2018).

Os processos de gravidez, trabalho de parto e pós-parto são processos corporais, que determinam processos de transição durante o qual a mulher se prepara (biológica e emocionalmente) para tornar-se mãe e exibir comportamentos maternos. Avanços recentes no conhecimento sobre as neurociências e a fisiologia humana sugerem que a gravidez, o parto e o pós-parto são processos fisiológicos que decorrem num *continuum* (Dixon, Skinner & Foureur, 2013; Buckley, 2015; Leach et al., 2017; Olza et al., 2020). O parto depende de comportamentos complexos e coordenados que envolvem uma miríade de respostas endócrinas, neuroendócrinas e imunológicas inter-relacionadas com o sistema materno-fetal. Evidências consistentes mostram que a gravidez fisiológica facilita resultados benéficos em mulheres e bebês, promovendo: 1) A prontidão fetal para o nascimento; 2) Eficácia do trabalho de parto, fornecendo ajuda fisiológica com o *stress* e a dor de trabalho de parto; e 3) As adaptações materna e neonatal através da otimização da amamentação e da ligação mãe-filho (Buckley, 2015).

O parto é da mulher e é a própria que terá de reconhecer as respostas do seu corpo e mente. O conhecimento sobre trabalho de parto traz para a necessidade de lidar com o trabalho de parto maior compreensão do que se poderá passar e o que significa. Assim, no processo diagnóstico importa considerar as respostas dadas no plano de parto inicial, valorizando a importância atribuída a: 1) ter um parto normal/cesariana; 2) que o parto se inicia espontaneamente/marcado o dia para o parto; e, 3) ficar em casa/dirigir-se ao serviço de saúde logo que perceba os sinais de trabalho de parto. Para além disso, o apoio e a validação de alguém emocionalmente significativo sobre a interpretação do que está a acontecer é relevante para tranquilizar a mente e sentir-se segura.

Tendo em consideração estes pressupostos, importa proceder à avaliação do conhecimento sobre trabalho de parto, quer da mulher quer da pessoa que a própria escolheu para a acompanhar nesta jornada (Tabela 1).

Tabela 1. Conhecimento sobre trabalho de parto: possíveis questões orientadoras do processo diagnóstico e critérios de diagnóstico

Questão orientadora da recolha de dados	Critérios de diagnóstico a considerar no raciocínio clínico
<p>(Dados do plano de parto) O que a leva a atribuir esta importância a: Ter parto normal ≥ 5 importância Ter parto normal ≥ 5 e ter cesariana ≤ 5 importância Ter início espontâneo ≥ 5 importância Ficar em casa ≥ 5 importância (e ir para o hospital ≤ 5)</p>	<ul style="list-style-type: none"> (A) Desejar ter um parto normal e ficar em casa no início do trabalho de parto
<p>Não sei (ter parto normal; ter cesariana). Tem ideia o que significa estar em trabalho de parto?</p>	<ul style="list-style-type: none"> (A) Não faz ideia. (B) Caracteriza os principais mecanismos do trabalho de parto.
<p>(Dados do plano de parto) Gerir a dor “ao meu jeito”. Ir logo que inicie o trabalho de parto para o local onde quero viver o meu parto. Acredito que consigo fazer qualquer coisa em 1 minuto (duração em média de uma contração uterina na fase avançada do trabalho de parto).</p>	<ul style="list-style-type: none"> (C) Gerir a dor “ao meu jeito” – “não sei”; Ir logo que inicie o trabalho de parto para o local onde quero viver o meu parto mais para “nada importante”; Acredito que consigo fazer qualquer coisa em 1 minuto (duração em média de uma contração uterina na fase avançada do trabalho de parto) – mais “não concordo”.
<p>Como acha que o seu corpo lhe dará a notícia que está em trabalho de parto?</p>	<ul style="list-style-type: none"> (A) Não refere nenhum sinal de trabalho de parto/refere sinais inespecíficos. (B) Refere um ou vários sinais de trabalho de parto que conseguiria identificar em si.
<p>Depois de estar em trabalho de parto, quando lhe parece ser o momento mais indicado para ir para o serviço de saúde?</p>	<ul style="list-style-type: none"> (A) Não tem ideia/ refere que precisa ir para o serviço de saúde logo que começam as contrações. (B) Refere que poderá ficar em casa numa fase inicial e enquanto se sentir segura.
<p>Tal como os outros processos corporais (exemplo, digestão, sono...), o trabalho de parto necessita do seu tempo para acontecer... De quanto tempo lhe parece que o seu corpo necessitará para fazer nascer o seu bebé?</p>	<ul style="list-style-type: none"> (A) Não faz ideia. (B) Refere que necessita de tempo (sem necessitar especificar as horas) e especifica algumas razões para isso.
<p>À medida que o trabalho de parto evolui, as hormonas atuam e os pensamentos, as reações/comportamentos de cada mulher vão-se ajustando. Tem ideia de o que irá sentir e como irá reagir à medida que o trabalho de parto progride?</p>	<ul style="list-style-type: none"> (C) Não refere comportamentos característicos de cada fase do trabalho de parto. (B) Refere comportamentos característicos de cada fase e estratégias para lidar com a situação.

Questões para a pessoa significativa:	
(Dados do plano de parto) Apoiar-te a ter o parto que desejas. Gostava de te acompanhar independentemente do tipo de parto.	<ul style="list-style-type: none"> (A) As respostas às afirmações: Apoiar-te a ter o parto que desejas: "não sei". Gostava de te acompanhar independentemente do tipo de parto: "não sei".
(Dados do plano de parto) Respeitar o teu comportamento durante a contração uterina. Apoiar-te e encorajar-te no intervalo da contração uterina.	<ul style="list-style-type: none"> (C) Respeitar o teu comportamento durante a contração uterina: "não sei"; Apoiar-te e encorajar-te no intervalo da contração uterina: "não sei".
Depois de reconhecer que a (nome) já está em trabalho de parto, quando lhe parece ser o momento mais indicado para irem para o serviço de saúde?	<ul style="list-style-type: none"> (A) Não tem ideia/ refere que precisa levá-la para o serviço de saúde logo que começam as contrações. (B) Refere que poderá ficar em casa numa fase inicial e enquanto se sentirem seguros.
Tal como os outros processos corporais (exemplo, digestão, sono...), o trabalho de parto necessita de tempo próprio para acontecer...que tempo lhe parece necessário para isso?	<ul style="list-style-type: none"> (A) Não faz ideia. (B) Refere que necessita de tempo (sem necessitar especificar as horas) e especifica algumas razões para isso.
Ao longo do trabalho de parto, as reações/ comportamentos de cada mulher vão variando. Tem ideia de como a (nome) irá reagir e qual a relação desse comportamento com a evolução do trabalho de parto?	<ul style="list-style-type: none"> (C) Não refere comportamentos característicos de cada fase do trabalho de parto. (B) Refere comportamentos característicos de cada fase e estratégias para lidar com a situação.
Disponibilidade para aprender.	<ul style="list-style-type: none"> Revela interesse em aprender: faz perguntas; tem uma postura reveladora de interesse no que está a ser dito; procurou informação sobre o assunto, etc.

Fonte: autoras, 2023

Face aos dados recolhidos, e tendo em consideração os critérios de diagnóstico propostos, será possível identificar o diagnóstico: **Potencial para melhorar o conhecimento sobre trabalho de parto** e prescrever as intervenções que garantam cuidados individualizados (Tabela 2).

Tabela 2. Conhecimento sobre trabalho de parto: relação entre critérios de diagnóstico/ diagnóstico/intervenções.

Critério de diagnóstico	Síntese diagnóstica	Intervenção
Grávida ou Pessoa significativa Se A e disponibilidade para aprender	Potencial para melhorar o conhecimento sobre trabalho de parto	Ensinar sobre trabalho de parto
Grávida ou Pessoa significativa Se C e disponibilidade para aprender		Ensinar sobre dor de trabalho de parto
Se B	Conhecimento sobre trabalho de parto facilitador	-----

Fonte: autoras, 2023

3.1. Intervenções promotoras da mestria na identificação do trabalho de parto e como se manifesta no seu corpo

A compreensão da biomecânica do trabalho de parto e dos processos psiconeuroendócrinos permite que a mulher consiga identificar quando o processo se inicia e quais as respostas corporais descritas como habituais na generalidade das mulheres. O conhecimento sobre estes aspetos contribui para uma experiência de parto positiva, promove expectativas realistas e reduz os níveis de ansiedade e de insegurança.

3.1.1. Ensinar sobre trabalho de parto

O conhecimento sobre o trabalho de parto poderá contribuir para que cada mulher consiga perceber como o processo se desenrola no seu corpo e o que poderá sentir. Com a intervenção pretende-se que a mulher/pessoa significativa seja capaz de:

- Compreender a fisiologia do parto (o parto como evento neurofisiopsicossocial).
- Reconhecer o que é uma contração.
- Reconhecer o padrão de contratilidade e respetivas alterações.
- Reconhecer as emoções/comportamentos esperados com a evolução do trabalho de parto.
- Identificar o “momento próprio” para se dirigir ao serviço de saúde.
- Reconhecer sinais de tranquilidade inerentes ao trabalho de parto enquanto ficar em casa.
- Reconhecer em si sinais de que está no momento de ajudar o bebé a nascer.

Atividades que concretizam a intervenção:

1) Explicar o parto como um processo neurofisiopsicossocial⁹: O trabalho de parto é um processo poderoso, e é de cada mulher, de mais ninguém.

⁹ O parto é mais do que um processo mecânico através do qual o feto é expelido do útero para o mundo exterior. O modelo do parto como evento neurofisiopsicossocial (Olza, et al. 2020) fornece uma visão holística e integrativa dos aspetos neuro-hormonais e psicológicos do parto. Acredita-se na relação entre os comportamentos e emoções da mulher durante o parto e os processos neuro-hormonais, incluindo o papel dos efeitos da ocitocina no cérebro e efeitos paralelos nas experiências de parto das mulheres. Já se sabe há algum tempo que as hormonas influenciam as funções dos processos corporais, mas os avanços científicos levaram ao entendimento de que as neuro-hormonas também estão intrinsecamente ligadas às emoções. Dixon, Skinner e Foureur (2013) referem que a descoberta de Pert (1997) de que as neuro-hormonas ligam a fisiologia humana às emoções, levou à ideia de que as hormonas são moléculas bioquímicas da emoção e dos pensamentos e que as emoções são “difundidas” por todo o corpo e pela mente e podem causar mudanças fisiológicas. E o contrário também se verifica – que as mudanças fisiológicas que afetam as funções do corpo também podem causar emoções. A maneira como a mulher se sente e se comporta durante o trabalho de parto pode fornecer uma compreensão e uma indicação das hormonas que estão exercendo um efeito no corpo da mulher durante o trabalho de parto. As emoções e comportamentos que as mulheres exibem durante o trabalho de parto podem ser fortes indicadores da fisiologia normal do parto e de que o trabalho de parto e o parto estão ocorrendo normalmente. Cada neuro-hormona libertada terá um impacto no corpo da mulher e na maneira como ela se sente; a alternativa também pode ser verdade, isto é, as emoções da mulher podem inibir ou apoiar a libertação das neuro-hormonas. Essa forma de entender e teorizar o trabalho de parto poderá ser nova e simplificada demais. No entanto, é útil e importante porque, como EEESMO que trabalha em parceria com as mulheres, é fundamental informar sobre a natureza do parto – não tanto em termos clínicos, mas em termos significativos para elas. Para fazer isso, deve-se aumentar nossa compreensão sobre os papéis interligados de emoções, hormonas e comportamento.

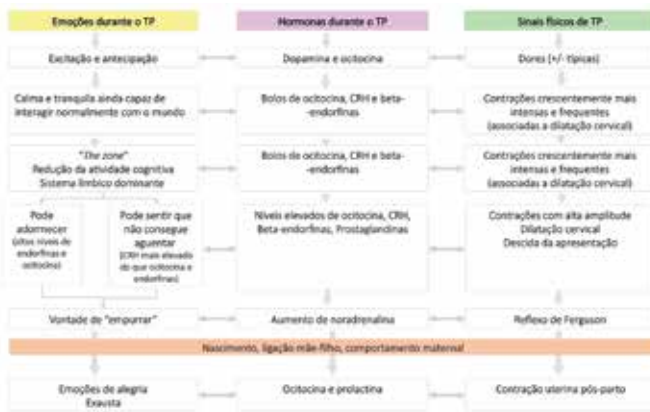
O trabalho de parto tem inerente um conjunto de processos que dependem do corpo e da mente:

- a) O trabalho de parto é o processo que se segue, naturalmente, à gravidez, como num *continuum* – é inevitável, e é o momento que permite trazer o bebê para os braços da mãe e do pai.
- b) Para que o trabalho de parto aconteça é necessário que se reúnam esforços de elementos mecânicos (ossos, músculos e o próprio bebê), hormonais (que faz com que existam, ou não, contrações do útero essenciais para preparar o canal de parto e empurrar o bebê) e a sua mente (pensamentos, emoções e a capacidade de celebrar o seu parto) e comportamentos associados.
- c) O trabalho de parto é a “viagem” que o bebê faz ao longo da pelve, conduzido pelas contrações do útero. Para que o parto ocorra é necessário que diferentes células maternas mudem seu comportamento, em particular as células musculares do útero, por ação da ocitocina e prostaglandinas. E foi para isso que o útero se preparou ao longo dos meses de gravidez – desenvolveu recetores para se ligarem à ocitocina durante o trabalho de parto. Esta preparação durante a gravidez ocorre sem que a mulher se dê conta, até que chega o momento em que o “corpo” pede ajuda mais intensa à “mente”: este é o momento em que a mulher entra em trabalho de parto.
- d) Para que haja contrações do útero, é preciso a libertação da ocitocina. Estas contrações empurram o bebê para o exterior, facilitando o afastamento dos músculos para o bebê avançar através do canal de parto. Para além disso, esta hormona tem uma outra função extraordinária que é: consegue aumentar os níveis de beta-endorfinas, que ajudam no alívio da dor de trabalho de parto. Então, o que acontece? Fisicamente, a mulher experienciará contrações que aumentam gradualmente em força e intensidade, o que é muito bom e o esperado. Essas contrações poderão tornar-se mais dolorosas à medida que o bebê desce e o colo do útero se dilata. Com o aumento da dor, ocorre um aumento na resposta ao *stress* e outras hormonas são produzidas para ajudar na gestão do *stress*. É aqui que entram as endorfinas, ajudando a diminuir a resposta ao *stress* e produzindo um efeito hipnótico e analgésico. À medida que cada uma dessas hormonas aumenta, é possível que haja um funcionamento reduzido do cérebro (neocórtex) ao ponto de algumas mulheres descrevem a sensação de que seu mundo está “encolhendo” ou que estão “em um planeta diferente”. Algumas perdem a noção do tempo e revelam incapacidade de se concentrar em eventos ou pessoas ao seu redor (Dixon, Skinner & Foureur, 2013; Buckley, 2015; Leach et al., 2017; Olza et al., 2020). É aqui que entra a mente... a ocitocina é conhecida como a hormona do amor, da tranquilidade e proximidade, mas é uma hormona tímida, muito sensível a estímulos externos e ao *stress*. Situações e ambientes desconhecidos e que provoquem ansiedade podem aumentar os níveis de *stress* e diminuir a libertação de ocitocina. Em oposição, situações percebidas como seguras, familiares e de apoio tendem a facilitar a libertação de ocitocina e

consequentemente a progressão do trabalho de parto (Uvnäs-Moberg et al. 2019). Por isso, deixar-se ir, sem pensar muito, encontrando “instintivamente” as estratégias que façam sentir-se segura e tranquila é a melhor opção.¹⁰

2) Explicar como identificar que o trabalho de parto está a iniciar: O corpo de cada mulher indica o fim da gravidez e início do trabalho de parto de diferentes formas; habitualmente os sinais relacionam-se com o fim da missão do sistema materno-fetal (o abdómen deixa de crescer, porque o bebé alcançou um peso estável e há ligeira diminuição do líquido amniótico) e sinais de diminuição da progesterona (aumento da pressão sanguínea no final da gravidez; aumento da sensibilidade uterina à ação da ocitocina; recuperação do peristaltismo intestinal – de repente a grávida não está obstipada, nem refere azia). Um sinal objetivo de falência do sistema materno-fetal é o aumento gradual do hematócrito no final da gravidez, indicando que o trabalho de parto está para breve (Khoigani et al., 2012). Nos últimos dias, muitas mulheres sentem-se cheias de energia, com vontade de realizar

¹⁰ Dixon, Skinner e Foureur (2013) apresentam um modelo de integração das emoções, hormonas e respostas físicas inerentes ao trabalho de parto, que se apresenta de seguida.



O comportamento pode ser visto como uma resposta adaptativa e a manifestação dos impulsos e instintos dos processos biológicos. As/Os EEESMO há muito observam o comportamento das mulheres e consideram que o comportamento fornece indicadores de que o trabalho de parto está caminhando para o período expulsivo. O comportamento é impulsionado por emoções e as emoções são derivadas de, e iniciam, neuro-hormonas que agem no cérebro e no corpo para garantir a manutenção de um ambiente interno ideal e respostas adaptativas ajustadas. Este conceito mente / corpo / comportamento auxilia as/os EEESMO e mulheres a um melhor entendimento da fisiologia do parto. As EEESMO precisam explorar maneiras de maximizar e habilitar os impulsos instintivos que apoiam a fisiologia da mulher. Isso pode incluir a revisão do ambiente de parto para garantir que a mulher possa entrar na 'Zona'. Existem facilitadores ambientais simples, mas essenciais, como manter as luzes baixas, ficar quieto durante as contrações e não fazer contacto visual (Dixon, Skinner & Foureur, 2013). Garantir que as mulheres maximizem a conexão do cérebro límbico é ajudá-las a "desconectar-se" de outras pessoas durante o trabalho de parto, ao mesmo tempo que mantêm os cuidados físicos e emocionais usuais. Este pode ser um conceito difícil para a pessoa significativa e familiares presentes durante o trabalho de parto. Por exemplo: envolve explicar a natureza intrusiva de telefones, vídeos, jogos, câmaras, luzes brilhantes e conversas de fundo. Quando explicamos como as emoções e o comportamento da parturiente podem ser indicadores do progresso do trabalho de parto e como é importante garantir que a mulher seja capaz de lidar com o seu trabalho de parto "sem ser perturbada", pode-se fornecer às mulheres, pessoa significativa e família maneiras de entender o que está a acontecer, isso pode reassegurar e apoiar a confiança da mulher na sua própria fisiologia, em si própria (Dixon, Skinner & Foureur, 2013).

atividades. E uns dias depois, voltam a sentir-se “pesadas”, com a sintomatologia característica do efeito da progesterona, isto é, o corpo procura o equilíbrio neuroendócrino, e é muito provável que o processo possa iniciar-se em alguns dias (+/- 10 dias). Em algumas mulheres surge como percepção de dor do tipo menstrual, com ou sem corrimento vaginal, ou dor nas costas. Frequentemente é uma dor tipo vai-e-volta – representando as contrações do útero.

3) Explicar respostas comportamentais em função da evolução do trabalho de parto: O modo como a mulher se sente e se posiciona durante o trabalho de parto pode fornecer indicação de que as hormonas e o corpo estão a responder conforme o esperado.

- a) Numa fase inicial, com o início da contractilidade crescentemente mais frequente e mais intensa, algumas mulheres relataram sensações positivas de excitação e expectativa – não se sabe ao certo se essas emoções positivas causam ou são causadas por uma neuro-hormona, como por exemplo a dopamina, que fornece um *feedback* positivo para o sistema límbico¹¹, que aumenta a produção de ocitocina e, por essa via, a frequência das contrações (Dixon, Skinner & Foureur, 2013). Para além disso, o efeito tranquilizador da ocitocina a nível cerebral pode ser potencializado pela libertação precoce da dopamina (Uvnäs-Moberg et al. 2019). Nesta fase, as capacidades cognitivas e emocionais da mulher estão normais e pode continuar com suas atividades diárias normais; aliás, nesta mesma fase, pode sentir-se excitada e com vontade de partilhar o que sente com as pessoas significativas, interagir com outros e mantém vontade de comer e beber e sente-se bem num ambiente conhecido (Buckley, 2015; Olza et al., 2018; Olza et al., 2020). Consegue mobilizar-se, caminhar, dançar, subir e descer escadas... Esta fase pode durar algumas horas¹²... tudo leva o seu tempo...
- b) Numa fase mais avançada, quando o trabalho do útero fica mais intenso e mais rítmico, à medida que os níveis de hormonas do parto (ocitocina, CRH e endorfina) aumentam, as mulheres experimentam contrações intensas e mais longas, significando que está tudo a correr conforme o esperado. Nesta fase o desafio de lidar com cada contração de cada vez, deixá-la atuar, e celebrar a pausa – intervalo entre as contrações... procurando pensar: *“mais uma contração para te ter nos meus braços, meu/minha bebé. Juntos vamos conseguir”*. Importa nesta fase que

¹¹ O sistema límbico compreende todas as estruturas cerebrais relacionadas com os comportamentos emocionais e sexuais, aprendizagem, memória, motivação, mas também com algumas respostas homeostáticas. A sua principal função é a integração de informações sensitivo-sensoriais com o estado psíquico interno, onde é atribuído um conteúdo afetivo a esses estímulos; a informação é registada e relacionada com as memórias pré-existentes, o que leva à produção de uma resposta emocional adequada. As reações a estímulos externos captados pelos sentidos manifestam-se muitas vezes no organismo como reações emocionais e geram consequências em resposta às mesmas. Todavia, em algumas das funções das estruturas do sistema límbico é possível observar que as emoções não são apenas respostas dos estímulos externos, mas possuem interferência na função metabólica – diversas interações entre os sistemas nervoso, endócrino e imunológico (Dixon, Skinner & Foureur, 2013).

¹² As mulheres devem ser informadas de que uma duração padrão do primeiro estágio latente não foi estabelecida e pode variar muito de uma mulher para outra. No entanto, a duração da fase ativa (de 5 cm até a dilatação cervical completa) geralmente não se estende além de 12 horas em primíparas e geralmente não se estende além de 10 horas nos trabalhos de parto subsequentes (WHO, 2018). Para mulheres com início de trabalho de parto espontâneo, o limiar da evolução da dilatação cervical de 1 cm/hora durante a fase ativa (conforme representado pela linha de alerta do partograma) é impreciso para identificar mulheres em risco de desfechos adversos no parto e, portanto, não é recomendado para esse propósito (WHO, 2018).

a mulher confie, relaxe, pois está tudo bem. Quando a ocitocina é endógena¹³, para além de atuar no útero estimulando as contrações, atua no cérebro, atuando como analgésico no controlo dos níveis de hormonas de *stress* (Dixon, Skinner & Foureur, 2013). Para além disso, pode haver um efeito sedativo, fazendo com que a mulher se sinta sonolenta, sinta vontade em centrar-se em si própria e desligar-se do mundo exterior, principalmente se se sentir segura. Esta é a fase para ninguém interagir consigo... há uma tendência a centrar-se em viver o momento e o tempo parece ficar em suspenso, o que poderá conduzir a um estado alterado de consciência. A ação das hormonas do parto também afeta a posição do corpo e a interação verbal. À medida que o trabalho de parto avança, poderá sentir vontade de aninhar-se, baloiçar ou embalar-se, de mudar a posição da pelve, sentir menos força nas pernas; do mesmo modo, à medida que o trabalho de parto avança, vai sentir menos vontade de falar, irá mais vocalizar sons (gritar, gemer, etc.)¹⁴. Uma forma indireta de

¹³ De acordo com os estudos descritos por Dixon, Skinner & Foureur (2013), a ocitocina é produzida no hipotálamo e transmitida ao longo dos neurónios secretores para serem armazenados na hipófise posterior; é libertada do hipotálamo após estimulação neural. A ocitocina tem afinidade para os recetores da ocitocina no útero durante o trabalho de parto, no mioepitélio das mamas durante a lactação (descida do leite) e também nos neurónios do sistema nervoso central. Os neurónios de ocitocina tornam-se menos sensíveis a estímulos stressantes no final da gravidez e teoriza-se que essa hypo-responsividade pode permitir que a hipófise construa reservas de ocitocina com prontidão para atuarem no parto e amamentação. A ocitocina é o principal iniciador das contrações uterinas rítmicas durante o trabalho de parto e é libertada pela hipófise materna em bólus, resultando em contrações uterinas. Os neurónios da ocitocina aumentam em bólus durante o trabalho de parto, parto e amamentação, mas em todos os outros momentos a ocitocina é libertada sustentadamente. Esses bólus aumentam em frequência, amplitude e duração durante o trabalho de parto e são necessários para a manutenção do trabalho de parto espontâneo. À medida que a cabeça do feto desce e o colo do útero e os tecidos moles associados começam a distender, os recetores desses tecidos criam um ciclo de *feedback* para aumentar a produção de ocitocina – resultando em fortes contrações expulsivas, também conhecidas como reflexo de Ferguson. A ocitocina aumenta os níveis de beta-endorfina e também parece ter um forte efeito analgésico por si só a nível cerebral. Uma revisão sistemática revelou que o nível de ocitocina no sangue aumenta gradualmente durante a gravidez e tornam-se ainda mais elevados ao longo do trabalho de parto (Uvnäs-Moberg et al. 2019). Os picos de ocitocina são induzidos em resposta à atuação do reflexo de Ferguson. O seu maior pico é atingido no nascimento e continua no pós-parto imediato, facilitando a dequitação e prevenindo a hemorragia pós-parto. Durante este processo a ocitocina é libertada no sangue e no cérebro. A ocitocina tem efeitos positivos no cérebro durante o trabalho de parto e desencadeando comportamentos maternos. A ocitocina reduz a ansiedade, o *stress* e a dor do parto e ativa os centros de prazer do cérebro, contribuindo para o relaxamento e felicidade ao contemplar o seu bebé pela primeira vez. A ocitocina sintética não atravessa o cérebro da grávida devido à barreira hematoencefálica e não influencia o funcionamento do cérebro da mesma forma que a ocitocina endógena. Consequentemente, o trabalho de parto com infusão de ocitocina sintética não replica os efeitos adaptativos do trabalho de parto fisiológico e do nascimento. A ocitocina é produzida no sistema límbico e libertada localmente no cérebro e na corrente sanguínea, tendo efeitos psicológicos e físicos. Além de estimular o amor, o apego e a calma, também alivia a dor. Os níveis de ocitocina materna aumentam no trabalho de parto e atingem o pico no período expulsivo (Buckley, 2015; Bonapace et al., 2018). Embora a ocitocina endógena reduza o *stress* e a dor pela libertação dentro do cérebro, a ocitocina sintética administrada por via intravenosa não atravessa a barreira hematoencefálica em quantidades significativas e, portanto, não produz esses efeitos centrais (Bonapace et al., 2018; Leng Caquineau & Sabatier, 2005).

¹⁴ De acordo com Benassi, a involução postural-verbal funciona por efeito das respostas estimuladas pelo sistema límbico durante o trabalho de parto. A involução postural é segura para o parto, pois atende às necessidades da pelve e do neocórtex humano do bebé – trazer o pavimento pélvico para um nível mais próximo do nível do solo, pois como bípede, ao nascer o recém-nascido “cai” com a cabeça.



Para além disso, promove uma acentuação funcional da cifose lombar, o que faz com que a mulher olhe em direção ao perineo. Esta posição, cabisbaixa, facilita o desconectar-se com o ambiente externo. Acresce ainda que durante o trabalho de parto, importa centrar a energia nos músculos que estão a “trabalhar” e menos nos grandes músculos estriados periféricos ao útero e perineo, como por exemplo os músculos das pernas.

saber que as hormonas do parto estão a atuar conforme o esperado nesta fase é sentir-se nauseada ou vomitar, porque essas hormonas também poderão causar redução do funcionamento gástrico.

- c) Ao longo do trabalho de parto, importa desejar celebrar cada contração para que cumpra a sua missão; até chegar uma fase em que a parturiente se sente mais cansada, até pode parecer que já não aguenta mais, frequentemente isto acontece quando a maior parte do trabalho está feito. Esta sensação pode dever-se a um aumento nos níveis de ocitocina que conduzem a contrações mais intensas, que conseguem ter mais força para empurrar o bebé e com isso levar a sentir vontade de ajudar a fazer nascer o bebé – reflexo de Ferguson. Está a aproximar-se a hora do nascimento... Nesta fase, a mulher poderá sentir as pernas mais fracas, habitualmente aproxima o períneo de uma superfície – fica de cócoras, deitada de lado (posição espontânea da espécie humana para proteger a cabeça do recém-nascido). Habitualmente, nesta altura surge um pico de energia, a mulher sente vontade de “empurrar”, fica alerta novamente – como se regressasse à realidade (Olza et al., 2020).

4) Explicar o que é a contração uterina: As contrações do útero são essenciais durante a gravidez e durante o trabalho de parto para ajudar a colocar o bebé em posição para nascer e ajudá-lo a progredir através do canal de parto; podem ser percebidas como a sensação de “barriga dura e empinada” ou “dor tipo moedeira ao fundo da barriga”, que vai-e-volta; à medida que os níveis de ocitocina e as outras hormonas aumentam, as contrações tornam-se mais intensas, mais longas e mais frequentes.

5) Explicar como reconhecer o padrão de contractilidade e os critérios a valorizar para reconhecer a sua evolução¹⁵: A atividade uterina vai em crescendo, desde o início do trabalho de parto ao pós-parto, e na maioria dos casos só precisa de tempo e de tranquilidade para cumprir a sua missão. À medida que o trabalho de parto evolui, será possível perceber um padrão diferente de contrações e de pausas¹⁶. O padrão das contrações do útero evolui espontaneamente, ao seu ritmo e ao seu tempo. Para reconhecer a evolução do padrão de contractilidade, poder-se-á considerar a alteração ao padrão da contratili-

¹⁵ Numa revisão da Crochane, Lauzon & Hodnett (2000) verificaram que um programa específico de educação pré-natal foi associado a uma redução no número médio de visitas à sala de trabalho de parto antes do início do trabalho de parto, não ficando claro se isso resultou em menos mulheres não internadas ou não. A informação mais comumente transmitida é que a mulher está em trabalho de parto quando tem contrações “regulares”. Usando esta definição, muitas mulheres ficariam “em trabalho de parto” por dias sem dilatação cervical. De acordo com vários autores, as mulheres precisam de orientações mais úteis do que essas para serem capazes de reconhecer os efeitos do trabalho de parto com mais precisão. Estes foram: intervalos regulares entre as contrações; diminuição dos intervalos entre as contrações; aumento da dor abdominal; dor nas costas; alívio da dor ao caminhar; vômito; mudanças nos hábitos intestinais nas últimas 24 horas; e mudanças no padrão de respiração e posição do corpo durante as contrações. Os achados mostraram que os únicos critérios consistentes com a evolução da dilatação do colo do útero ou outros achados que justificassem o internamento foram a diminuição dos intervalos entre as contrações e o aumento da intensidade da dor abdominal. Os outros não eram indicadores confiáveis (Ragusa et al., 2005). Estudos observacionais realçaram que a admissão na fase latente do trabalho de parto está associada a trabalho de parto estacionários e cesariana e com um maior uso de ocitocina, cateteres de pressão intrauterina e antibióticos para febre intraparto (Wood et al., 2016; ACOG, 2019).

¹⁶ Numa fase inicial (fase latente) duração expectável é de 20-35 segundos, com frequência variável a cada 5-10 minutos; numa fase mais avançada (fase ativa) a duração expectável é de 40-55 segundos, com frequência de uma contração de 3-5 minutos; no período expulsivo, a duração expectável é de 55-65 segundos com uma contração a cada 2-3 minutos.

dade (Simkin, Hanson & Ancheta, 2017) e/ou o modo como a mulher está a lidar com o trabalho de parto/dor de trabalho de parto (Roberts et al., 2010). Para a autoavaliação do padrão da contractilidade uterina, pode sugerir-se para reconhecer o padrão:

- Efetuar o registo das características de 5 a 6 contrações seguidas para reconhecer o padrão:
 - a) número de minutos desde o início de uma contração até ao início da contração seguinte;
 - b) duração (ex. contando números em crescendo ou com a ajuda de um relógio/temporizador, os segundos);
 - c) intensidade percebida (ex. aumenta | mantém | diminui ou escala de 0-10);
- Para reconhecer a alteração ao padrão, poder-se-á valorizar quando se verificam pelo menos dois dos seguintes parâmetros nas 5/6 contrações, ou seja, crescentemente mais intensas e/ou mais longas e/ou menor intervalo entre elas, significa que o padrão alterou => contrações do parto – será que o trabalho de parto se iniciou? Se não se verificaram alterações, as contrações poderão ser contrações pré-parto – muito úteis para a preparar o colo do útero, ajustar a posição do bebé (Simkin, Hanson & Ancheta, 2017).
- Quando notar alguma alteração registar mais 5 a 6 contrações para confirmar a alteração ao padrão (analisar: + longas? + intensas? + frequentes?);
- Como me sinto: Consigo lidar com a situação | Adoto “boa” posição corporal aquando de uma “boa” contração | Consigo relaxar entre as contrações | Sinto-me segura (se estiver em casa)¹⁷. A interpretação pode ser: se respostas negativas em três das quatro questões, significa que a ajuda de um profissional pode ser útil para manter o nível de tranquilidade adequado no processo (Roberts et al., 2010).

6) Explicar os sinais de tranquilidade (em casa): Lidar com a fase inicial do trabalho de parto em casa, durante o tempo em que a mulher se sentir segura, parece ser uma solução positiva para mulheres que tenham tido uma gravidez que decorreu dentro do normal, o trabalho de parto iniciou espontaneamente e a bolsa de águas está íntegra. Ficar em casa nesta fase tem benefícios pois está num ambiente que conhece, pode estar acompanhada por quem quiser e ter os elementos que habitualmente a tranquilizam à disposição (Carlsson, Hallberg & Pettersson, 2006; Eri et al., 2015; Kobayashi et al., 2017; Maria Luisa et al.,

¹⁷ Podem existir mulheres e pessoa(s) significativa(s) que consideram o autodiagnóstico de trabalho de parto uma responsabilidade pesada e frequentemente dirigem-se para o serviço de saúde cedo demais, apenas para serem mandados para casa novamente. Quando isto acontece, as mulheres podem ficar confusas, desapontadas, envergonhadas e inseguras sobre sua capacidade de conseguir identificar os sinais de trabalho de parto em si na próxima vez (Simkin & Ancheta, 2017). Este tipo de vivência põe em causa a autoeficácia para “ouvir o que o corpo diz” para a vivência do processo no futuro. Assim, chegar ao local onde pretende viver o seu trabalho de parto na hora “certa” leva a um caminho positivo, enquanto chegar “muito cedo” pode levar a uma cascata de experiências negativas.

2020)¹⁸. Os sinais de tranquilidade que podem ser considerados nesta fase são: 1) sentir-se no controlo da situação; 2) sentir movimentos do feto num padrão semelhante ao existente no final da gravidez (se percepção do padrão dos movimentos fetais estiver substancialmente diferente do habitual, poderá usar as estratégias que usava durante a gravidez para estimular o movimento do bebé); 3) contrações com padrão de frequência e intensidade crescentes; e 4) sem perda de líquido amniótico.

7) Explicar os critérios que pode usar para decidir recorrer aos serviços de saúde:

Cada mulher experiencia o trabalho de parto de uma forma única e a evolução do trabalho de parto ocorre a um ritmo próprio¹⁹. Manter-se no seu ambiente, se se sentir segura, isto é, se percebeção como capaz de lidar/em controlo com a situação, ou seja sentir que tem os recursos necessários para lidar com a dor do trabalho de parto e reconhecer os sinais de tranquilidade.

¹⁸ Clinicamente, a fase latente do trabalho de parto é definida como um período de tempo marcado por contrações uterinas dolorosas e alterações observáveis do colo do útero, incluindo algum grau de apagamento cervical e uma dilatação lenta de até 5 cm (WHO, 2018). A duração da fase latente pode variar de uma mulher para outra, possivelmente dependendo de causas fisiológicas, mas também de fatores psicológicos como as emoções da mulher e a sensibilidade ao ambiente. Uma vez que a certa duração da fase latente ainda não foi estabelecida, a incerteza e a espera podem amplificar a ansiedade das mulheres (Carlsson, Hallberg & Pettersson, 2006). O momento da hospitalização é frequentemente sujeito à autoavaliação das mulheres e às necessidades percebidas de segurança e apoio. Uma hospitalização precoce pode levar a uma série de intervenções médicas desnecessárias para "acelerar" a fase latente, que não são recomendadas pela OMS (WHO, 2018). A OMS recomenda o uso de estratégias de como relaxamento ou técnicas manuais, para lidar com a dor e ansiedade da mulher durante a fase latente (WHO, 2018). A capacidade das mulheres de suportar a dor ou a ansiedade durante o trabalho de parto está relacionada ao nível percebido de apoio e conhecimento (Erie et al., 2015). Na revisão da literatura desenvolvida por Maria Luísa et al. (2020), cujo objetivo foi identificar quais são as estratégias de coping (lidar com) mais adequadas para ajudar as mulheres a lidar com uma fase latente prolongada do trabalho de parto, tendo verificado que a eficácia das intervenções educacionais implementadas durante a gravidez pelos profissionais de saúde não foi consistente entre todos os estudos, mas a autoeficácia foi maior em mulheres que tiveram aprenderem estratégias de relaxamento, enquanto a dor foi menor em mulheres que aprenderam sobre massagem e relaxamento. Numa revisão da Crochran, com o objetivo de investigar o efeito da avaliação e intervenções de apoio para mulheres durante o trabalho de parto inicial sobre a duração do trabalho de parto, a taxa de intervenções obstétricas e em outros resultados maternos e neonatais, que envolveu os resultados de cinco estudos experimentais, incluindo 10 421 mulheres grávidas, e um estudo randomizado (aleatório), com 2183 mulheres. Os autores verificaram que a avaliação e o apoio no início do trabalho de parto não têm um impacto claro na taxa de cesarianas ou parto vaginal instrumental ou nascimentos antes da chegada ao hospital. No entanto, algumas evidências mostraram que essas intervenções podem ter um impacto na redução do uso de epidural, na necessidade de estimular o trabalho de parto com ocitocina e no aumento da satisfação materna (Kobayashi et al., 2017). Numa revisão sistemática da Crochran desenvolvida por Kobayashi et al. (2017) cujo objetivo foi investigar a eficácia da avaliação e intervenções de apoio para mulheres durante o início do trabalho de parto. Para medir a eficácia das intervenções, foi comparada a duração do trabalho de parto, a taxa de intervenções obstétricas e a taxa de outros resultados maternos ou neonatais, tendo sido incluídos cinco estudos envolvendo 10421 mulheres. Os estudos compararam as intervenções na fase latente (fase latente em casa) com os cuidados habituais. Nesta revisão foram analisadas três comparações: avaliação da fase latente versus admissão imediata ao hospital; visitas domiciliares por EEESMO versus cuidados habituais (triagem por telefone); e cuidados obstétricos estruturados individualizados versus cuidados habituais. Um ensaio com 209 mulheres comparou a avaliação da fase latente (fase latente em casa) com a admissão direta ao hospital, tendo sido observado menor duração do trabalho de parto a partir do ponto de admissão hospitalar (diferença média -5,20 horas), ligeiramente menos propensas a ter anestesia epidural, menos probabilidade de ter ocitocina e maior satisfação com seus cuidados em comparação com as mulheres no grupo de admissão imediata. Não houve diferenças claras entre os grupos para o número de mulheres submetidas a cesariana ou parto vaginal instrumental. Três estudos examinaram a avaliação domiciliar na fase latente em comparação com a triagem por telefone e um estudo, com 5002 mulheres, examinou cuidados estruturados individualizados no trabalho de parto precoce versus cuidados habituais, não sendo reportadas diferenças significativas entre os dois grupos. Face aos resultados os autores concluíram que a avaliação e o apoio na fase latente em casa não têm um impacto claro na taxa de cesariana ou parto vaginal instrumental, no entanto, as evidências sugerem que as intervenções podem ter um impacto na redução do uso de anestesia epidural e no uso de ocitocina e no aumento da satisfação materna com o parto.

¹⁹ Para mulheres grávidas saudáveis em trabalho de parto espontâneo, em contextos específicos, é recomendada uma política de adiamento da admissão no bloco de partos até à fase ativa (WHO, 2018).

Outros parâmetros que podem ser considerados na decisão da mulher são: 1) a distância domicílio-serviço de saúde; 2) a expectativa em relação ao momento em que gostaria de ir para o serviço de saúde; e 3) ausência de sinais de ser capaz de lidar/de controlo da situação. Os sinais que indicam necessidade de avaliação mais detalhada são rotura de membranas, perda de sangue via vaginal, ausência de movimentos fetais, febre e contrações uterinas mais intensas ou com frequência de uma a cada 10 minutos.

8) Ensinar sobre como reconhecer a rotura de membranas: A rotura de membranas caracteriza-se pela perda de líquido via vaginal não relacionado com a vontade de urinar/urina. Para diferenciar, considerar as seguintes características para a distinção:

	Líquido amniótico (normal)	Urina	Líquido amniótico (não normal)
Cor	Pérola	Amarelo	Verde, acastanhado
Cheiro	Sobreponível a cheiro do esperma	Característico de urina	Cheiro fétido
Exteriorização	Sem controlo	Consegue controlar	Sem controlo

Se houver perda de líquido amniótico, importa registar: a hora da rotura, a cor, cheiro e quantidade do líquido.

9) Explicar medidas que estimulam o início do trabalho de parto espontâneo: Em algumas situações, em que o corpo não dá sinais de início de trabalho de parto, após as 40 semanas, para estimular a contratilidade uterina a grávida poderá considerar:

- Posições corporais que ajudam no “ótimo” posicionamento do bebé – evitar posições semi-reclinada (exemplo, sentada reclinada no sofá), preferindo passar mais tempo inclinando-se para a frente e em posições verticais com movimento (caminhar, baloiçar, subir e descer escadas, etc.) e laterais. Se o bebé está em occiput-posterior, a posição de joelhos com o tórax inclinado para frente, costas alongadas e cabeça pousada num nível ligeiramente mais baixo do que a pelve (de Gasquet, 2009; Hunter, Hofmeyr & Kulier 2007; Guittier et al., 2014).
- Estimulação do mamilo – massagem suave, manual ou com bomba de extração de leite, em um ou ambos os mamilos; fazer uma pausa quando as contrações começarem, retomar após o fim das contrações (Kavanagh et al., 2005; Takahata et al., 2019)²⁰. A mulher poderá massajar os mamilos com os dedos, durante 5 minutos,

²⁰ Numa revisão da Cochrane desenvolvida por Kavanagh et al. (2005), com o objetivo de determinar a eficácia da estimulação do mamilo para o amadurecimento cervical do terceiro trimestre ou indução do parto em comparação com placebo / nenhuma intervenção ou outros métodos de indução do parto, incluindo seis ensaios (incluindo 719 mulheres). Os autores concluíram que a estimulação do mamilo parece benéfica em relação ao número de mulheres que não estão em trabalho de parto após 72 horas e taxas reduzidas de hemorragia pós-parto. Os autores acrescentam ainda que, até que as questões de segurança sejam totalmente avaliadas, não deve ser usado em mulheres de alto risco. No estudo experimental desenvolvido por Takahata et al. (2019), que avaliaram o nível de ocitocina salivar após 3 dias consecutivos de estimulação da própria mama por 1h cada dia em comparação com nenhuma estimulação da mama, os autores verificaram que a mudança estimada no nível médio de ocitocina foi significativamente maior 30 minutos após a estimulação do mamilo no terceiro dia. Assim, a estimulação mamária consecutiva aumentou o nível de ocitocina salivar. Estímulos repetidos provavelmente aumentam o nível de ocitocina.

depois fazer uma pausa de cerca de 15 minutos para ver se algo acontece antes de continuar para a próxima mama. Se, após 15 minutos, as contrações não iniciarem ou diminuírem de intensidade, estimular a outra mama. Se as contrações começarem a aumentar, parar e deixar evoluir.

- c) Relação sexual (com penetração e sem proteção) – os espermatozoides humanos contêm uma grande quantidade de prostaglandina, hormona que amadurece o colo do útero e ajuda o início do trabalho de parto. No entanto, não há evidências suficientes para mostrar se a relação sexual é eficaz, sendo necessários mais estudos (Kavanagh, Kelly & Thomas, 2001).
- d) O ponto SP6, ou “Sanyinjiao” é o ponto de acupressão conhecido por estimular o parto. Localiza-se na face interna das pernas, acima do osso do tornozelo. Para o usar, localizar primeiro o osso do tornozelo. Em seguida, colocar três dedos acima do osso e deslizar em direção à parte de trás da perna para encontrar uma área mais delicada (nas grávidas, esse ponto é extremamente sensível)²¹. Esfregar essa zona em círculos ou aplicar uma pressão constante durante dez minutos, ou até ter uma contração. Assim que a contração parar, repetir o processo (Najafi et al., 2018; Yesilcicek Calik & Komurcu, 2014).

3.1.2. Ensinar sobre dor de trabalho de parto

A dor é definida como uma experiência sensitiva e emocional desagradável, associada, ou semelhante, a uma lesão tecidual real ou potencial (IASP, 2020). Neste conceito, a dor é sempre uma experiência pessoal que é influenciada, em graus variáveis, por fatores biológicos, psicológicos e sociais²². Através das experiências de vida e cultura, as pessoas apreendem o seu próprio conceito de dor. Embora a dor geralmente cumpra um papel adaptativo, ela pode ter efeitos adversos na função e no bem-estar social e psicológico, por isso o relato de uma pessoa sobre uma experiência de dor deve ser respeitado e considerado na identificação das necessidades em cuidados. Uma das funções da dor de trabalho de parto é transmitir (à mente) informação sobre o que está a acontecer no corpo²³.



²¹ A dor, especialmente durante o parto, é um fenómeno complexo (Bonapace et al., 2018). De acordo com Marchand (2015), a dor tem pelo menos quatro dimensões: estímulo nociceptivo, discriminação sensorial (intensidade), afetiva-dimensional (desagradável, aspetos emocionais) e comportamento cognitivo (comportamento). O modelo circular da dor ilustra cada uma destas dimensões e como se correlacionam. Mostra que a dor que a pessoa percebe pode incluir todas ou apenas algumas dimensões e ser experienciada de forma diferente. Este modelo ajuda profissionais a ajustar as suas ações para assegurar que as respostas à dor não se baseia apenas na dor observada pelo comportamento de uma mulher em trabalho de parto, mas também em outras dimensões que afetam a dor experienciada. Esta noção ajuda a distinguir dor de sofrimento. O sofrimento é definido pela incapacidade de uma mulher ativar os seus próprios mecanismos de alívio da dor ou pela insuficiência dos seus mecanismos para enfrentar a situação (Bonapace et al., 2018).

²³ A abordagem “*working with pain*” sobre a dor do trabalho de parto é baseada na visão de que a dor é uma parte importante da fisiologia do trabalho de parto normal, para ser respeitada, não para ser temida, que a mulher pode lidar usando os seus próprios recursos naturais (Leap, Dodwell, Newburn, 2010).

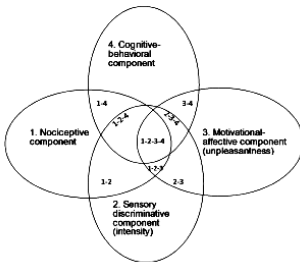
No decorrer do trabalho de parto, a dor desempenha uma função importante no processo biológico porque desencadeia (ativa) a produção de hormonas, como as endorfinas e a ocitocina, que funcionam como analgésicos endógenos. O conhecimento sobre o trabalho parto e a relação com a dor poderá contribuir para que cada mulher consiga perceber qual a função da dor durante o trabalho de parto²⁴. Com a intervenção pretende-se que a mulher/pessoa significativa seja capaz de:

- Compreender a função da dor de trabalho de parto.
- Relacionar a percepção da dor com a evolução do trabalho de parto.

Atividades que concretizam a intervenção:

1) Explicar a função da dor de trabalho de parto: A dor associada às contrações uterinas sinaliza o início do trabalho de parto e indicam à mulher que chegou a hora de encontrar um lugar seguro e de se rodear daqueles que serão o seu suporte e apoio durante todo o processo (Leap, Dodwell, Newburn, 2010). O comportamento, nomeadamente a posição corporal e a vocalização, poderá ajudar a perceber a dor que a mulher sente (Buckley,

²⁴ A **dimensão nociceptiva** (dimensão 1) envolve dano real ou potencial. Na primeira fase do trabalho de parto, a nociceptividade resulta do alongamento do colo do útero, ligamentos, músculos e estruturas e tecido adjacente. É típico que esta dor projete sensações para o baixo abdómen e costas. Durante a segunda fase do parto, nociceptividade pode resultar da tração da pelve, causada pelo alongamento do assoalho pélvico, períneo, músculos perineais, cavidade pélvica e forte pressão nas raízes dos nervos do sacro. A nociceção é transmitida pelo nervo pudendo e é sentida mais intensamente nas regiões do períneo e ânus, na parte inferior do sacro, nas coxas e na parte inferior das pernas. A **dimensão sensorial-discriminatória (física)** (dimensão 2) permite identificar a intensidade e o limiar da dor. Entre outras coisas, a dor pode ser modulada por sensações agradáveis na área afetada (*Gate Control Theory*), proporcionando outro estímulo doloroso, e através de abordagens farmacológicas (narcóticos e epidural) (Bonapace et al., 2018). A **dimensão afetivo-motivacional** (psicológica e emocional) (dimensão 3) é usada para medir o desconforto da dor. É afetado por emoções, valores e experiência. É o elemento que expressa "sofrimento". As intervenções para modular este componente incluem abordagens que apelam aos centros mais altos do cérebro, como o apoio (sentir-se segura e protegida), reestruturação cognitiva, cuidados emocionais, ambiente e relação com os profissionais de saúde (Bonapace et al., 2018). A **dimensão cognitivo-comportamental** (dimensão 4) refere-se à forma como uma pessoa expressa a sua experiência de dor. Esta dimensão é fortemente influenciada por fatores culturais, emocionais, motivacionais, sociais e cognitivos. Todas as pessoas externalizam a dor de forma diferente. Outros não podem fazer suposições sobre a dor: a dor é uma percepção e pode não haver correlação entre o que a mulher está a passar e o que os outros estão a perceber (Bonapace et al., 2018).



Modelo circular da dor (in Bonapace et al., 2018, p. 231)

2015)²⁵. A dor guia o corpo a encontrar posições e movimentos que a façam sentir melhor. Para além disso, indica o início e evolução do trabalho de parto e, numa fase final, orienta os esforços expulsivos maternos.

2) Explicar as características da dor no trabalho de parto: A dor de trabalho de parto não constitui sinal de lesão ou doença, é um sinal positivo de que o corpo está preparado, deu início ao processo do trabalho de parto e que este está a decorrer da forma expectável. Outra característica importante e diferenciadora da dor de trabalho de parto é a previsibilidade quando à duração e ao ritmo. As contrações duram cerca de um minuto e apresentam um padrão regular, com alguns minutos (geralmente) sem dor entre elas – não dói sempre, durante a pausa há, habitualmente, tempo de recuperar a energia, respirar e relaxar. A dor de trabalho de parto intensifica-se gradualmente à medida que o trabalho de parto evolui: as contrações começam moderadas e, gradualmente, ficam mais longas, mais fortes (intensas) e mais frequentes, o que permite à mulher adaptar-se e compreender que o trabalho de parto está a evoluir favoravelmente.

3) Explicar comportamentos esperados no lidar com a dor no trabalho de parto: Os comportamentos evidenciados por cada mulher face à dor de trabalho de parto são únicos (Larkin, Begley & Devane, 2009; Olza et al., 2018). Cada mulher adota os comportamentos de acordo com suas características individuais, e que pode incluir expressões faciais, expressões verbais, tom de voz, movimentos corporais, grau de relaxamento, resposta respiratória, etc. As características pessoais têm um forte efeito mediador sobre as experiências psicológicas e fisiológicas com a dor e, portanto, os esforços intelectuais, emocionais e comportamentais são algo de que os profissionais já estão à espera, não acharão anormal. Viver um parto fisiológico é uma experiência psicológica intensa e transformadora que gera uma sensação de empoderamento para muitas mulheres (Olza et al., 2018).

4) Explicar como é esperado sentir a evolução da dor em função da evolução do trabalho de parto: A dor do parto não tem um local específico do corpo para ser sentida, podendo inclusive mudar ao longo do trabalho de parto, já que a origem da dor resulta de ajustamentos de diferentes partes do corpo²⁶. Na fase inicial, a dor surge durante as

²⁵ O modelo circular de dor mostra que uma mulher em trabalho de parto pode exibir qualquer uma ou todas as dimensões da dor. A intensidade (dimensão 2) e o desagradável/desconforto (dimensão 3) são suportados por duas vias neurofisiológicas separadas e, portanto, mutuamente independentes. Um acontecimento positivo, como o parto/nascimento, pode ser visto como mais intenso do que desagradável. A experiência é individual; algumas mulheres podem experimentar um trabalho intenso (dimensão 2), sem sofrimento (dimensão 3), enquanto outras podem não sentir intensidade (dimensão 2) após uma epidural, por exemplo, e ainda podem sofrer (dimensão 3). Isto aplicar-se-ia a uma mulher que pode não ter escolhido uma epidural e vê-a como um fracasso. Inversamente, uma epidural pode criar relaxamento físico e redução da intensidade da dor (dimensão 2). Isto, por sua vez, pode levar a um relaxamento emocional e a uma redução do desconforto da dor (dimensão 3) (Bonapace et al., 2018). Para prevenir o sofrimento, os profissionais devem abordar as várias dimensões da dor. A atenção especial deve centrar-se na dimensão afetiva motivacional (dimensão 3) porque o stress emocional cria catecolaminas, o que pode prejudicar a evolução do trabalho de parto e potencialmente aumentar o uso de intervenções obstétricas.

²⁶ A dor do parto é considerada por algumas mulheres como a dor mais intensa quando comparada com outras experiências de vida dolorosas. Todavia, também sabemos que memória desta dor é de curta duração – por exemplo, mulheres que experienciaram dor intensa no trabalho de parto, 90% acharam a experiência satisfatória três meses depois, em particular quando “tudo corre bem” (Labor & Maguire, 2008). Sabe-se também que a satisfação com a experiência do parto vai para além da dor, recorrendo, ou não, a analgesia, em particular quando o limiar de dor da mulher é respeitado e esta participa na tomada de decisões, escolhendo os métodos alternativos para lidar com a sua dor. Quando a dor passa para além do limite aceitável para cada mulher, desencadeiam-se alterações fisiológicas com repercussões para a mulher

contrações – é uma dor visceral, semelhante a câibras. Tem origem no útero e no colo do útero e é produzida pela distensão dos receptores de dor desses locais. Habitualmente, é sentida no abdômen, nas costas, quadril, glúteos e coxas. À medida que o trabalho de parto avança, e o bebê desce através do canal de parto, a sua cabeça começa a distender os músculos que encontra pela frente. Nesta fase a dor é somática, sendo sentida mais intensamente nas regiões do períneo e ânus, no sacro, nas coxas e a parte inferior das pernas. Esta poderá ser a fase mais desafiante. Próximo do nascimento, a dor localiza-se no abdômen e períneo, sendo caracterizada por uma combinação de dor visceral resultante das contrações uterinas e alongamento do colo do útero e dor somática de distensão dos tecidos vaginal e perineal. Este tipo de dor, resultante da distensão dos tecidos do períneo e da vagina, estimula a vontade de empurrar o bebê involuntariamente.

e para o bebê. Mas a dor é de quem a tem, é subjetiva e não é possível prevê-la e, frequentemente, é difícil, para a mulher, tomar decisões durante os momentos mais intensos do trabalho de parto. Lidar com a dor usando os seus próprios recursos não é invasivo e parece ser seguro para a mãe e o bebê, por isso a sua eficácia dependerá de cada mulher, em cada momento. Os estudos referem os métodos farmacológicos como soluções aceitáveis, mas esses têm mais efeitos adversos, por exemplo a analgesia epidural proporciona um alívio da dor, mas a custo de maior probabilidade de parto vaginal instrumental (Jones et al., 2012).

4

CONHECIMENTO SOBRE ESTRATÉGIAS FACILITADORAS DO TRABALHO DE PARTO

O trabalho de parto é um processo corporal que pode ser influenciado por fatores mecânicos, psicológicos e neuro-hormonais, nomeadamente: 1) a eficácia das contrações uterinas; 2) a descida da apresentação fetal; 3) a mobilidade da pelve; 4) o relaxamento e elasticidade dos músculos pélvicos; e, 5) os níveis de hormonas de *stress* e os seus efeitos. O conhecimento de como algumas ações/comportamentos da mulher e/ou da pessoa significativa poderão influenciar estes fatores poderá contribuir para compreender as razões para a adoção de estratégias facilitadoras do trabalho de parto, e em consequência, para uma experiência positiva. De facto, o conhecimento sobre estratégias o que podem interferir nestes fatores e o modo como influenciam, positiva ou negativamente, o trabalho de parto contribui para aumentar os recursos internos que a mulher pode levar para o seu parto e valorizar a dimensão do processo que depende dela.

Assim sendo, importa proceder à avaliação do conhecimento sobre as estratégias facilitadoras do trabalho de parto sempre que o parto eutócico for o resultado expectável e se ajuíze o significado atribuído ao trabalho de parto como facilitador (Tabela 3).

Tabela 3. Conhecimento sobre estratégias facilitadoras do trabalho de parto: possíveis questões orientadoras do processo diagnóstico e critérios de diagnóstico

Questão orientadora do processo de diagnóstico	Intencionalidade da questão/ Critérios de diagnóstico
(Dados do plano de parto) Estratégias para lidar com o trabalho de parto	<ul style="list-style-type: none"> • (A) Atribui importância ou não sabe/admite que podem ser estratégias úteis para si durante o trabalho de parto.
Apesar de o trabalho de parto ser uma força da natureza, há algumas coisas que pode fazer que ajudam a natureza a funcionar melhor... O que acha que depende de si que possa facilitar a evolução do seu trabalho de parto?	<ul style="list-style-type: none"> • (A) Não depende "de mim", não especifica ações que dependem da sua decisão/ação. • (B) Especifica ações que dependem da sua decisão/ação .
O que lhe parece que pode funcionar, por exemplo para ajudar o bebé a descer ao longo do canal de parto, a facilitar a ação das contrações...?	<ul style="list-style-type: none"> • (A) Não refere estratégias e/ou a relação entre as estratégias e a evolução do trabalho de parto. • (B) Refere estratégias e a sua relação com a evolução do trabalho de parto.
Da forma como imagina o seu parto, acha que outras pessoas e/ou outras circunstâncias poderão influenciar a sua experiência?	(Caracterizar a atitude da mulher face ao que depende, ou não, das suas decisões/ações e identificar o valor que atribui ao apoio da pessoa significativa.) <ul style="list-style-type: none"> • Não, só depende "de mim". • Especifica algumas ações que dependem de outros (valorizar se refere pessoa significativa). • Não depende nada "de mim".

Questões para a pessoa significativa:	
O trabalho de parto, apesar de decorrer no corpo da mulher, resulta de um trabalho de equipa no qual também poderá estar incluído... já tinha pensado nisso?	(compreender o modo como a pessoa significativa se posiciona face ao apoio que pode dar durante o trabalho de parto) <ul style="list-style-type: none"> • Sim Não => avaliar significado atribuído ao seu papel durante o trabalho de parto (analisar resposta à afirmação “apoiar-te a ter o parto que desejas” do Plano para te apoiar durante o parto.
(Se sim) O que acha que depende de si que possa facilitar a evolução do trabalho de parto da (nome)?	<ul style="list-style-type: none"> • (D) Não depende nada de mim/não especifica ações e/ou comportamentos que possam facilitar o processo. • (B) Especifica algumas ações que dependem da sua decisão e/ou ação.
(Dados do plano de parto) Estratégias associadas ao “apoiar-te no uso de estratégias que facilitem lidar com o trabalho de parto” e “apoiar-te na alternância de posições sempre que sentires necessidade”.	<ul style="list-style-type: none"> • (D) Atribui importância ou não sabe.
Disponibilidade para aprender.	<ul style="list-style-type: none"> • Revela interesse em aprender: faz perguntas; tem uma postura reveladora de interesse no que está a ser dito; procurou informação sobre o assunto.

Fonte: autoras, 2023

Face aos dados recolhidos, e tendo em consideração os critérios de diagnóstico propostos será possível identificar o diagnóstico: **Potencial para melhorar o conhecimento sobre estratégias facilitadoras do trabalho de parto** e prescrever as intervenções que garantam cuidados individualizados (Tabela 4).

Tabela 4. Conhecimento sobre estratégias facilitadoras do trabalho de parto: relação entre critérios de diagnóstico/ diagnóstico/intervenções

Critério de diagnóstico	Síntese diagnóstica	Intervenção
Grávida Se A e disponibilidade para aprender Pessoa significativa Se D e disponibilidade para aprender	Potencial para melhorar o conhecimento sobre estratégias facilitadoras do trabalho de parto	Ensinar sobre mobilidade/ verticalidade durante o trabalho de parto
		Ensinar sobre posições facilitadoras do trabalho de parto
		Ensinar sobre uso de dispositivos facilitadores do trabalho de parto
Se B	Conhecimento sobre estratégias facilitadoras do trabalho de parto facilitador	-----

Fonte: autoras, 2023

4.1. Intervenções promotoras da mestria na compreensão do efeito de algumas estratégias na evolução do trabalho de parto

O planeamento do parto é um processo contínuo. A preparação do parto visa capacitar a mulher para ser uma participante ativa na tomada de decisões, apoiando-a para permanecer no controlo da sua experiência de parto. Por isso, o conjunto de intervenções que se apresenta de seguida visa ajudar a mulher e a pessoa significativa a conseguirem participar ativamente nas decisões e compreenderem a relação entre a adoção de algumas estratégias com a evolução do trabalho de parto.

4.1.1. Ensinar sobre mobilidade/verticalidade durante o trabalho de parto

Durante o trabalho de parto e parto, a verticalidade e o movimento desencadeiam um conjunto de mecanismos que desempenham uma ação na progressão da apresentação fetal através do canal de parto. Para a sua compreensão, importa fornecer informação para que mulher e pessoa significativa sejam capazes de entender o propósito e os benefícios associados. A compreensão da capacidade de adaptação da pelve ao longo da gravidez, trabalho de parto e parto permitirá aumentar a sua consciência corporal, bem como motivar para a adoção de posições e movimentos facilitadores do trabalho de parto e maior confiança no seu potencial para parir. Assim, com a intervenção pretende-se que a mulher seja capaz de:

- Compreender a relação entre as posições corporais e mobilidade com os diâmetros da pelve.
- Relacionar a mobilidade e a verticalidade com a evolução do trabalho de parto.
- Adotar posições verticais e movimentos da pelve durante o trabalho de parto.

Atividades que concretizam a intervenção:

1) Explicar, por via da experientiação, a localização da pelve e a identificação dos seus limites: O conhecimento e consciencialização da estrutura pélvica é uma das bases para a compreensão do processo fisiológico de trabalho de parto. Os nomes técnico-científicos não são o ponto principal a reter pela mulher ou pela pessoa significativa, mas sim a consolidação de uma imagem mental da pelve enquanto um conjunto de ossos e articulações e o seu formato e espaço onde o bebé está. Para isso propõe-se a experientiação “À descoberta da minha pelve” procurando sentir e responder à questão: que forma tem a pelve? (exemplo de como a intervenção poderá ser implementada!).

2) Explicar o potencial de mobilidade da pelve: O conhecimento e consciencialização da capacidade de mobilidade da pelve e os movimentos que a fazem mover é relevante para a compreensão do processo fisiológico de trabalho de parto. A intenção é a experientiação de movimentos intencionais e o efeito do movimento nos ângulos obtidos.

Para isso, poder-se-á propor o exercício “A *minha pelve mexe*” (exemplo de como a intervenção poderá ser implementada!).

3) Explicar o mecanismo adaptativo do feto e da pelve durante o trabalho de parto (relação pelve-feto)²⁷: O caminho que o bebé percorre durante o parto é composto por ossos (pelve) e por músculos, ligamentos e cartilagem. Ao longo do trabalho de parto existe um conjunto de mecanismos que se foram ajustando e aperfeiçoando ao longo da gravidez, que são o garante de um parto fisiológico, nomeadamente:

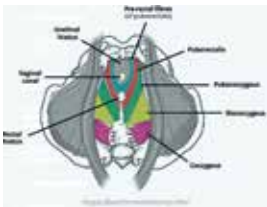
- a) O perfil hormonal: A pelve humana é construída para permitir ficar em pé, andar e correr, além de ser uma estrutura protetora dos órgãos pélvicos internos. A pelve feminina é mais larga do que a masculina, para ajudar a acomodar um bebé em crescimento e possibilitar o seu nascimento. Normalmente, os ossos da pelve são mantidos juntos com bastante firmeza pelos ligamentos. No decurso da gravidez, os ligamentos da pelve relaxam por ação de algumas hormonas, nomeadamente a relaxina, o que promove uma maior flexibilidade das articulações pélvicas e consequentemente o aumento do espaço no seu interior, particularmente quando a mulher se movimenta ou muda de posição.
- b) A relação pelve-feto: O parto vaginal decorre através de um processo adaptativo interno entre a descida do feto, os músculos e ligamentos e a estrutura óssea da pelve. Também a cabeça do feto (considerando que se trata da apresentação mais frequente) está preparada para deslizar através da pelve materna dado que existem zonas de ligação dos vários ossos (suturas e fontanelas) que conferem ao crânio a flexibilidade necessária para descer pelo canal de parto. A escavação pélvica constitui uma passagem curva e, por isso, a cabeça do feto precisa rodar para avançar. Cada contração ajuda a cabeça a orientar-se dentro da pelve materna, facilitando a rotação interna. Ao nível da parte mais inferior da pelve, quando o feto está prestes a nascer, ocorre um movimento do cóccix para trás aumentando o diâmetro nesta zona.
- c) A posição das costas do feto: O bebé pode estar com as costas para o abdómen ou para as costas da mãe; se estiver com as costas para o abdómen, é mais favorável para o parto. Se as costas do bebé estiverem voltadas para as costas da mãe (posição posterior) o trabalho de parto pode ser mais longo para que haja a rotação interna. Há movimentos e posições da mãe, ainda durante a gravidez, que promovem um posicionamento do feto mais favorável. Por exemplo, a partir das 34 semanas de gestação escolher: passar mais tempo ajoelhadas ou sentadas inclinadas para a frente; manter os joelhos mais baixos do que a pelve quando sentada; manter uma almofada de cunha no carro, para inclinar a pelve para a frente; evitar cruzar as pernas; evitar pôr os pés para cima ao sentar; dormir de lado; etc.

²⁷ Para a implementação desta intervenção considera-se relevante a demonstração através da utilização do modelo da pelve e de um modelo de feto. Poderá ser completada esta informação com a demonstração de outras posições assumidas pelo feto e quais as especificidades na sua relação com a pelve.

- d) Manter a pelve “livre”: Os ossos da pelve conseguem ter algum movimento, mas, para isso, não pode estar em contacto com superfícies duras, precisa estar livre. Por isso, evitar estar deitada de costas, em particular durante o trabalho de parto.
- e) A ação dos músculos do assoalho pélvico: Ao longo do canal de parto, o bebé encontra os músculos e ligamentos do interior da pelve (psoas) e do assoalho pélvico²⁸. O pavimento pélvico nas mulheres é composto por uma faixa de músculos que se estende ao longo da parte inferior do abdómen, desde o cóccix até o osso púbico. São músculos fortes pois têm de suportar os órgãos pélvicos, incluindo o útero, a bexiga e o intestino, e ajudam a estabilizar a coluna vertebral. Durante o parto precisam encontrar o equilíbrio certo: estar relaxados o suficiente para distender e reativos o suficiente para promover o movimento de descida do bebé (contrair sequencialmente para permitir que a cabeça do feto rode para a posição mais favorável para nascer (rotação e flexão). E este “diálogo” entre o bebé e os músculos pélvicos precisa de tempo e de contrações uterinas para acontecer.

4) Explicar a relação entre a mobilidade e a verticalidade enquanto estratégias promotoras da progressão do trabalho de parto: Manter posições verticais e movimentos corporais durante o trabalho de parto traz benefícios, designadamente na progressão do trabalho de parto (menor duração), na diminuição da percepção da dor, na efetividade das contrações uterinas e na circulação materno-fetal (Lawrence et al., 2013)²⁹. Para além

²⁸ A parte inferior da pelve é fechada por um diafragma muscular e uma membrana perineal conhecidos como assoalho pélvico. Os músculos do pavimento pélvico são referidos como músculo elevador do ânus e músculo coccigeo. O elevador do ânus é composto pelos músculos puborretal, pubococcigeo e iliococcigeo.



²⁹ Na revisão da Cochrane desenvolvida por Lawrence et al. (2013), cujo objetivo foi avaliar os efeitos de incentivar as mulheres a assumirem diferentes posições verticais (incluindo caminhar, sentar, ficar em pé e ajoelhar) versus posições reclinadas (supina, semi-reclinada e lateral) para mulheres no primeiro estágio do trabalho de parto na duração do trabalho de parto, tipo de parto e outros resultados para mães e bebés. Na revisão foram incluídos 25 estudos (5218 mulheres) e a qualidade metodológica foi variável. Da análise comparativa entre posições eretas e reclinadas versus posições reclinadas e cuidadas na cama, o primeiro estágio do trabalho de parto foi aproximadamente uma hora e 22 minutos mais curto para as mulheres em posições verticais em oposição às posições reclinadas. Mulheres que estavam em pé também eram menos propensas a ter cesariana e menos probabilidade de recorrer a analgesia epidural. Os recém-nascidos de mães que estavam em pé tinham menos probabilidade de serem admitidos na unidade cuidados intensivos neonatais. Não houve diferenças significativas entre os grupos para outros resultados, incluindo a duração do segundo estágio do trabalho de parto ou outros resultados relacionados ao bem-estar de mães e bebés. Na comparação de posições eretas e reclinadas versus posições reclinadas e cuidadas com a cama (com epidural: todas as mulheres), não houve diferenças significativas entre os grupos para resultados, incluindo a duração da segunda fase do trabalho de parto, ou outros resultados relacionados ao bem-estar de mães e bebés. Os autores concluíram que há evidências claras de que caminhar e posições eretas no primeiro estágio do trabalho de parto reduzem a duração do trabalho de parto, o risco de parto por cesariana, a necessidade de analgesia epidural e não parece estar associado ao aumento da intervenção ou efeitos negativos nas mães, e o bem-estar dos bebés. Como recomendação referem que que as mulheres em trabalho de parto de baixo risco sejam informadas sobre os benefícios das posições verticais e incentivadas e auxiliadas a assumir as posições que escolherem.

disso, as mulheres que se mantêm ativas durante o trabalho de parto referem uma experiência de parto mais positiva. A explicação sobre a influência da gravidade poderá ser trazida para a discussão através de perguntas como:

- a) *A ação da gravidade pode ser útil durante o trabalho de parto? Se sim, como?* (considerar as respostas e completar/explicar a relação) – De facto, na posição vertical a força atua no sentido descendente, pelo que é compreensível que a progressão da apresentação fetal seja mais forte e eficaz na presença da ação da gravidade. Para além disso, as posições verticais são protetoras em relação à hipotensão materna devido à não compressão aorticava, o que melhora a oxigenação materno-fetal.
- b) *Sobre a contratilidade necessária ao trabalho de parto, acham que as posições verticais podem de alguma forma ser uma ajuda?* (considerar as respostas e completar/explicar a relação) – a ação da gravidade promove a pressão da apresentação fetal na parte inferior do útero, desencadeia um reflexo a nível hipotálamo-hipófise, que conseqüentemente estimula a produção de ocitocina, potenciando a ação das fibras musculares do útero, o que poderá contribuir para contrações mais eficazes.
- c) *Durante o trabalho de parto, a possibilidade de mudar de posição é mais importante do que assumir uma posição específica. Concordam? O que desperta em vós esta ideia? O que estivermos a analisar antes, confirma ou contraria esta ideia?* (considerar as respostas e completar/explicar a relação) – A liberdade de movimentos assenta na escolha das posições que a mulher considera serem mais vantajosas para si em cada momento. Neste sentido, será fundamental que cada mulher sinta o conforto e a satisfação oferecido em cada posição, num ambiente de *alternativas-escolhas*. Para além disso, as posições verticais facilitam os mecanismos de encravamento e de descida fetal, permitem o relaxamento do períneo e os ossos sacroilíacos podem deslocar-se de forma a aumentar os diâmetros da pelve, através de movimentos que facilitam a passagem do feto.

4.1.2. Ensinar sobre posições facilitadoras da evolução do trabalho de parto

O conjunto da informação sobre o potencial de mobilidade da pelve, os mecanismos adaptativos internos e os benefícios inerentes à verticalidade, promovem a base necessária para a construção de uma noção real sobre o efeito do movimento e da alternância de posicionamentos. Assim, o treino das posições facilitadoras da promoção da flexibilidade das articulações pélvicas, promove a confiança necessária à mulher para entender que as suas ações criam melhores condições para a passagem do feto e, conseqüentemente, facilitam o processo de trabalho de parto. Com a intervenção pretende-se que a mulher seja capaz de:

- Identificar movimentos e posições corporais facilitadoras da progressão do seu trabalho de parto.
- Adotar movimentos e posições facilitadoras da progressão do trabalho de parto.

Atividades que concretizam a intervenção:

1) Explicar as posições corporais que pode adotar durante a gravidez que promovem acomodação fetal mais favorável (OA) para a evolução do trabalho de parto:

Durante a gravidez podem ser adotadas posições que facilitam que o dorso do feto fique anterior³⁰, nomeadamente posições que impliquem estar com o tórax inclinado para a frente e as costas alongadas (Simkin, Hanson & Ancheta, 2017). Nessa posição, o bebé encaixa-se na pelve com mais facilidade e pressiona mais uniformemente os músculos pélvicos. Sabe-se que 25% dos fetos estão em occiput-posterior (Guittier et al., 2016). Os estudos não confirmam a efetividade da posição inclinada para a frente, todavia sabe-se empiricamente que funciona em muitas situações, em particular com a adoção desta posição cerca de uma hora por dia (Hunter, Hofmeyr & Kulier, 2007; Simkin, 2010)³¹. Os movimentos mais sentidos na frente do abdómen constituem sinais percebidos pela grávida de que o bebé está variedade em occipito-posterior.

2) Explicar posições maternas facilitadoras da descida fetal: Os posicionamentos e os movimentos que favorecem a mobilização dos ossos da pelve e, por essa via, facilitam a descida e rotação da apresentação fetal (Gupta et al., 2017), podem ser efetuados nas diferentes fases do trabalho de parto a partir da questão “onde está o bebé?”:

³⁰ A posição da cabeça fetal occiput-posterior (OP) durante o primeiro estágio do trabalho de parto ocorre em 10-34% das apresentações cefálicas. A maioria irá girar espontaneamente na posição anterior antes do parto, mas 5-8% irão persistir nesta posição até ao expulsivo, o que pode levar a um aumento de complicações, como trabalho de parto anormalmente longo, exaustão materna e fetal, parto instrumentado, lacerações perineais graves e cesariana de emergência. O cuidado usual no caso de diagnóstico de posição de OP é uma conduta expectante. No entanto, foi relatado que as técnicas posturais maternas promovem a posição anterior da cabeça do feto para o parto. Numa revisão da Cochrane (Hunter, Hofmeyr & Kulier, 2004), cujo objetivo foi avaliar os efeitos da adoção de uma postura materna de mãos e joelhos (4 apoios) no final da gravidez ou durante o trabalho de parto, quando a parte de apresentação do feto está em uma posição lateral ou posterior em comparação com nenhuma intervenção foi verificado que as posições maternas são bem aceites pelas mulheres e reduzem a dor nas costas. Nesta revisão foram incluídos três ensaios clínicos envolvendo 2794 mulheres. Num dos ensaios (100 mulheres), quatro posturas diferentes (quatro grupos de 20 mulheres) foram combinadas para a comparação com o grupo de controlo de 20 mulheres. A posição lateral ou posterior da apresentação fetal era menos provável de persistir após 10 minutos na posição de mãos e joelhos em comparação com uma posição sentada (uma tentativa, 100 mulheres, risco relativo (RR) 0,26, intervalo de confiança de 95% (IC) 0,18 a 0,38). Num segundo ensaio (2547 mulheres), foi sugerido assumir a postura das mãos e joelhos por 10 minutos duas vezes ao dia nas últimas semanas de gravidez não teve efeito na posição do bebé no parto ou em qualquer outro resultado da gravidez. O terceiro ensaio estudou o uso da posição das mãos e joelhos durante o trabalho de parto e envolveu 147 parturientes com 37 ou mais semanas de gestação. A posição occiput-posterior do bebé foi confirmada por ecografia. Setenta mulheres, que foram randomizadas (escolhidas aleatoriamente), no grupo de intervenção, assumiram o posicionamento de mãos e joelhos por um período de pelo menos 30 minutos, em comparação com 77 mulheres do grupo controlo que não assumiram posicionamento de mãos e joelhos durante o trabalho de parto. A redução nas posições occiput – posterior ou – transversal no parto e partos operatórios não foi estatisticamente significativa. Todavia, foi observada uma redução significativa da dor nas costas. O uso da posição das mãos e joelhos por 10 minutos duas vezes ao dia para corrigir a posição occiput – posterior do feto no final da gravidez não pode ser recomendado como uma intervenção. Isso não quer dizer que as mulheres não devam adotar essa posição se acharem que é confortável. O uso de posição no trabalho de parto foi associado à redução da dor nas costas. Mais estudos são necessários para avaliar os efeitos em outros resultados do trabalho de parto.

³¹ Apesar de nos resultados da revisão da Cochrane obtidos por Hunter, Hofmeyr & Kulier (2007), um dos ensaios clínicos randomizados (aleatórios), incluído na revisão, envolvendo 147 mulheres durante a primeira fase do trabalho de parto, realçou o facto de a rotação da cabeça fetal para a posição occipital anterior (OA) após o período de estudo de uma hora foi observada em 11 das 70 mulheres (16%) alocadas no grupo da posição mãos e joelhos em comparação com cinco de 77 (7%) no grupo de controlo. Por isso, os autores concluíram que o tamanho da amostra do estudo teve um poder insuficiente para demonstrar a eficácia da intervenção. Todavia, foi verificado uma diminuição significativa da dor nas costas neste grupo.

- a) de pé – andar, subir/descer escadas (andar de pé e andar proporcionam uma sensação de controlo e podem reduzir a dor nas costas; durante as contrações mais intensas, a mulher pode encostar-se à parede ou a quem está consigo, ligeiramente inclinada para a frente; pode ainda colocar um pé em uma cadeira ou banco; algumas mulheres também gostam de balançar-se ao ritmo da sua respiração).
- b) movimento da pelve de anteversão e retroversão, inclinação lateral, infinito, circular;
- c) de cócoras – apoiada na cama, cadeira ou pessoa significativa (ficar apoiada de cócoras, ajuda a realinhar a pelve e “aumentar” os diâmetros);
- d) quatro apoios – com movimentos basculantes da pelve (ajoelhar-se e apoiar-se nas mãos pode oferecer alívio da dor nas costas e pode ajudar a mudar a posição do bebé);
- e) sentada – com as pernas ligeiramente afastadas ou sentada associando uma ligeira inclinação lateral em ambos os sentidos;
- f) deitada em decúbito lateral – com a perna que se encontra em cima fletida;
- g) assimetrias – colocação da perna direita em posição diferente da perna esquerda em qualquer uma das posições anteriores.

3) Explicar efeito dos músculos pélvicos na progressão do trabalho de parto:

A pelve é uma estrutura musculoesquelética composta por ossos do quadril (anca) e sacrocóccigeos, juntamente com várias camadas de músculos. Podemos dizer que a pelve tem duas paredes laterais, uma parede posterior (ossos sacrocóccigeos) e um assoalho muscular. O pavimento pélvico é formado primariamente por músculos esqueléticos espessos juntamente com ligamentos, funcionando como um diafragma muscular em formato de “pelve” que ajuda a sustentar o conteúdo visceral da pelve³². O pavimento pélvico consiste em três camadas musculares que suportam os órgãos abdominais. A gravidez, talvez mais do que o parto, afeta a função do pavimento pélvico devido à ação das hormonas da gravidez. O perfil hormonal característico da gravidez está associado ao relaxamento do tecido conjuntivo do pavimento pélvico durante o terceiro trimestre e o parto. Esses efeitos diminuem a força/tensão do assoalho pélvico, o que ajuda no parto (Anna et al., 2014). A gravidez e o parto vaginal podem causar maior fragilidade destes músculos. Todavia, os

³² Os músculos do pavimento pélvico são o músculo elevador do ânus e músculo coccigeo. Em conjunto formam uma grande camada de músculo esquelético que é mais espessa em algumas áreas do que em outras. Estes músculos são subdivididos tendo por referência os pontos de inserção e órgãos pélvicos a que se associam.



(disponível em <https://www.kenhub.com/pt/library/anatomia/musculos-do-assoalho-pelvico>)

exercícios para os músculos do pavimento pélvico durante a gravidez constituem uma proteção para o períneo e diminui a duração do período expulsivo (Sobhgol, Smith & Dahlen, 2020)³³.

4) Explicar estratégia facilitadora da conversão da posição fetal de pélvica para cefálica: A posição do corpo pode favorecer a criação de espaço na parte inferior do útero que pode ser usado pelo feto para encontrar uma posição mais favorável para nascer. A posição inclinada para a frente liberta e alonga os ligamentos da parte inferior do útero e do colo do útero que possam estar tensos por posturas inadequadas (exemplo de como sugerir a sua implementação³³). Começar a fazer pelas 30-31 semanas, por 30 a 45 segundos várias vezes ao dia (*Spinning Babies*®). Para além disso, esta posição pode aliviar a dor nas costas, dor na pelve ou dor no cóccix.

5) Explicar posição facilitadora do relaxamento dos psoas: Os psoas são músculos que interferem na insinuação e descida da apresentação do feto). O músculo psoas mais longo e flexível é um dos vários fatores que ajudam o feto a insinuar-se pelas 38 semanas de gestação. Assim, há um conjunto de exercícios que pode realizar a partir das 36/37 semanas se passar muito tempo sentada, tiver dificuldade em ficar de pé e o bebé estiver “alto” que poderão ser úteis. Exercícios: 1) deitada de costas, deitada com as pernas numa cadeira para que as pernas fiquem num ângulo de 90° em relação às coxas – as coxas devem estar retas (costas-coxas) para cima e as pernas na horizontal. Após cinco minutos, virar para o lado e levantar-se lentamente. Com o tempo, notar-se-á que a região lombar relaxa o suficiente para que o espaço entre a região lombar e o “chão” desapareça. Apenas não forçar a parte inferior das costas a tocar o chão, mas esperar até que isso aconteça espontaneamente. Repita, diariamente, por cinco minutos de cada vez (a partir da metade da gravidez, não é recomendado deitar de costas por mais de 20 minutos); 2) sentada com os joelhos mais baixos do que a pelve (joelhos pousados no chão e as nádegas pousadas em almofadas/banco mais alto) é uma boa maneira de permitir que os psoas se alonguem. Repetir, diariamente, por cinco minutos de cada vez.

4.1.3. Ensinar sobre uso de dispositivos facilitadores do trabalho de parto

Existe uma variedade de dispositivos cuja utilização poderá facilitar o trabalho de parto por promover o conforto e permitir posicionamentos durante mais tempo e mais confortáveis. Com a intervenção pretende-se que a mulher seja capaz de:

- Identificar dispositivos facilitadores do seu trabalho de parto.
- Reconhecer a utilidade do uso de dispositivos na progressão do trabalho de parto.

³³ Na revisão sistemática com meta-análise desenvolvida por Sobhgol, Smith e Dahlen (2020), cujo objetivo foi estudar o efeito dos exercícios para músculos do pavimento pélvico durante o período pré-natal nos resultados do trabalho de parto e parto, na qual foram incluídos 16 artigos compreendendo 2829 mulheres. Dos resultados verificou-se que os exercícios encurtaram a duração do segundo estágio do parto em mulheres primigestas e reduziu lacerações perineais graves. Não foi observada diferença significativa ao nível de cesarianas, partos instrumentados e taxa de episiotomia.

Atividades que concretizam a intervenção:

1) Explicar a utilidade da bola de parto (formato esférico): É um dos dispositivos mais conhecidos e estudados atualmente. A evidência destaca o uso da bola enquanto estratégia para lidar com a dor e promotora da evolução do trabalho de parto (Makvandi et al., 2015³⁴; Delgado et al., 2019³⁵). Quando a mulher está sentada na bola o movimento e balanço pélvico torna-se mais natural, pois alia duas importantes dimensões – a mobilidade e a verticalidade. As vantagens ao nível da progressão do trabalho de parto estão relacionadas com o aumento da mobilidade e verticalidade, com o estímulo da contratilidade uterina e da descida fetal, para além de melhorar o conforto e contribuir para uma experiência de parto mais satisfatória (Zaky et al., 2016). Sentar numa bola de parto pode ser uma posição confortável quando a mulher está “descansando” durante o trabalho de parto, mas mantém o efeito da gravidade. Permite o acesso fácil às costas para ser realizada uma massagem, se assim a mulher assim o desejar. A dimensão da bola deverá ser adequada, isso significa que os quadris estão mais altos do que os joelhos (ângulos de 90° entre os joelhos e a anca). Isso torna mais fácil inclinar-se para a frente para aumentar os diâmetros da pelve. Balançar para a frente e para trás pode ser calmante e ajuda a alongar os músculos e ligamentos que suportam o útero. A bola fornece uma superfície macia para as mulheres se sentarem ou se apoiarem durante o trabalho de parto, é constituída por material resistente e está disponível em vários tamanhos. É fundamental experimentar e analisar a adequabilidade da altura da bola para cada mulher. As condições de segurança são (Amis & Green, 2008): anca-joelhos e joelhos-tornozelos devem estar com ângulo de 90°³⁶; utilizar calçado antiderrapante; proximidade com suporte fixo (para segurar-se se necessário). Durante a preparação para o parto, é possível realizar exercícios utilizando a bola de parto em várias posições, nomeadamente sentada, de pé e em quatro apoios que permitirá à mulher experienciar a sensação (sentir o efeito em si) e treinar diferentes movimentos e posições.

³⁴ Na revisão sistemática com meta-análise desenvolvida por Makvandi et al. (2015), cujo objetivo foi avaliar as evidências disponíveis relacionadas com o impacto do uso de uma bola de parto no alívio da dor do parto. Na revisão foram incluídos quatro ensaios clínicos randomizados (aleatórios) envolvendo 220 mulheres foram incluídos. A meta-análise mostrou que o uso da bola de parto proporcionaram melhorias estatisticamente significativas na percepção da dor de trabalho de parto.

³⁵ Na revisão sistemática com meta-análise desenvolvida por Delgado et al. (2019), cujo objetivo foi avaliar, com o melhor nível de evidência, os possíveis benefícios do uso de bola de parto durante o trabalho de parto nos desfechos maternos e neonatais. Foram incluídos sete estudos. Foi observada diferença significativa ao nível da dor com o uso de bola de parto nos subgrupos de 20/30 minutos na bola de parto e 90 minutos, com base em evidência de qualidade moderada. Os autores concluíram que o uso da bola de parto reduziu a dor após 20-90 minutos de uso e não houve diferença nos outros resultados analisados. A baixa qualidade dos estudos incluídos nesta meta-análise sugere que novos ensaios com melhor qualidade metodológica são necessários.



³⁶

2) Explicar a utilidade da bola em forma de amendoim: A “bola amendoim” tem sido utilizada como dispositivo facilitador do trabalho de parto, particularmente relevante quando a mulher precisa de permanecer na cama durante o trabalho de parto. A evidência atual aponta um efeito na diminuição da duração do trabalho de parto e aumento da probabilidade de parto vaginal (Roth et al., 2016; Mercier & Kwan, 2018; Grenvik et al., 2019; Ahmadpour et al., 2021)³⁷. Uma bola de amendoim tem forma oval e é mais estreita no meio, existindo tamanhos diferentes. Para a maioria das mulheres, uma bola de 45 a 50 cm é apropriada. Ao ser colocada entre as pernas permite o movimento de abertura da pelve e proporciona maior sensação de conforto. A bola geralmente é colocada entre as pernas para “abrir” a pelve – ter efeito nos diâmetros³⁸. Pode ser usada se precisar permanecer na cama (exemplo, devido ao uso de epidural, cansaço ou outros motivos). A mulher pode ficar numa posição semi-reclinada com uma perna sobre a bola e a outra ao lado da bola. Outra posição possível é deitada de lado com a bola entre as pernas.

3) Explicar a utilidade do disco insuflável para apoio flexível da pelve (“bola-cha”): O uso do disco insuflável, dada a sua flexibilidade, mantém alguma liberdade de movimentos do sacro, facilitando a descida da apresentação fetal. O sacro desempenha um grande papel na biomecânica ao longo da vida, mas especialmente durante a gravidez, trabalho de parto e pós-parto. O sacro está seguro por uma série de músculos e a tensão muscular, quando existe, interfere na mobilidade do sacro. Quando estes músculos se mantêm tenso, haverá maior probabilidade de apresentação pélvica, dor lombar,

³⁷ O efeito do uso da bola de parto na duração do trabalho de parto ainda não atingiu a confirmação de significância estatística. No estudo de Mercier e Kwan (2018), cujo objetivo foi avaliar se o uso de dispositivo de bola de amendoim diminuiu a duração do trabalho de parto ativo em nulíparas. No estudo experimental participaram 96 parturientes, das quais 63 atingiram dilatação cervical completa. Todavia, não foi observada diferença significativa ao nível da duração do trabalho de parto entre os grupos. Foi, contudo, observado que menos parturientes que usaram a bola de amendoim tiveram trabalho de parto estacionário com resultado próximo da significância. No estudo experimental desenvolvido por Roth et al. (2016) cujo objetivo foi avaliar a eficácia do uso da bola de amendoim na duração do primeiro estágio do trabalho de parto e no tempo do expulsivo em mulheres que foram programadas para indução eletiva do trabalho de parto ≥ 39 semanas de gestação e planejando uma epidural. Dos resultados, verificou-se que entre as mulheres que tiveram indução eletiva com analgesia epidural, o uso de bola de amendoim reduziu a duração do trabalho de parto em primíparas significativamente mais do que em múltiparas. Não houve diferença significativa na redução do tempo da primeira etapa para múltiparas com uso da bola de amendoim. O uso da bola de amendoim não alterou o tempo do expulsivo para nenhum dos grupos. Como conclusão, os autores realçam que o uso de bola de amendoim pode reduzir o tempo total do trabalho de parto em um grau maior em parturientes primíparas do que em múltiparas com indução eletiva em ≥ 39 semanas com analgesia epidural. Também na revisão sistemática e meta-análise de ensaios clínicos randomizados (aleatórios) (RCT), desenvolvida por Grenvik et al. (2019), cujo objetivo foi avaliar o efeito do uso de bola de amendoim na redução da duração do trabalho de parto, no qual foram incluídos quatro ensaios com 648 mulheres nulíparas e múltiparas em trabalho de parto espontâneo ou induzido. Na análise, 330 mulheres foram randomizadas (escolhidas aleatoriamente), para a intervenção (bola de amendoim entre os joelhos durante o trabalho de parto) e 318 mulheres para o controlo. A duração total do trabalho de parto foi 79 minutos menor no grupo da bola de amendoim, mas isso não foi significativo (MD -79,1 min, 95% CI -204,9, 46,7). O uso de bola de amendoim mostrou tendências de maior incidência de partos vaginais espontâneos (RR 1,1, IC 95% 1,0, 1,2) e menor incidência de cesarianas (RR 0,8, IC 95% 0,6, 1,0). Na revisão sistemática com meta-análise desenvolvida por Ahmadpour et al. (2021) foram obtidos resultados sobreponíveis. O estudo objetivou determinar a eficácia da bola de amendoim na duração das etapas do parto e na frequência da cesariana, incluindo seis ensaios clínicos com 645 participantes, tendo constatado que não mostrou diferença significativa entre os dois grupos ao nível da taxa de cesarianas e duração do primeiro estágio do trabalho de parto.



duração mais longa do trabalho de parto e dor. O sacro move-se num movimento rítmico, idealmente, balança para frente e para trás entre a nutação e a contranutação com a respiração e o movimento. Esses movimentos são cruciais para a função pélvica normal (caminhar, correr, levantar, dobrar, etc.). Para que a cabeça do bebê desça ao longo da pelve, o sacro deve estar em contranutação. É importante que o sacro se mova (ex. retração do cóccix), e para isso importa que estejam “livres”, sem estar sob pressão (exemplo, da superfície da cama)³⁹.

4) Explicar a utilidade do rebozo: O uso do rebozo permite várias estratégias que potenciam a progressão do trabalho de parto e alívio da dor (Iversen et al., 2017)⁴⁰. O rebozo consiste na utilização de um pano forte e macio que, quando enrolado em determinadas zonas do corpo da mulher, induz o movimento da pelve e uma sensação corporal de bem-estar, podendo ser realizada em várias posições. O rebozo pode ser usado de muitas maneiras diferentes, mas uma das mais comuns é usá-lo nos quadris da grávida/mulher, usando movimentos controlados para ajudar a mover os quadris ou balançá-los de um lado para o outro. Esses movimentos são descritos como massagem, balanço ou “peneira”. O rebozo usado dobrado visa abranger uma área limitada do corpo; o pano aberto tem como objetivo abranger uma maior área do corpo. Para garantir o conforto, o pano deve cobrir simetricamente a área do corpo com as duas porções iguais de cada lado; a mulher deve sentir-se contida, segura e confortável; se existirem costuras estas devem ser dobradas para dentro. A pessoa que está a segurar o rebozo deve adotar uma postura confortável, com joelhos ligeiramente fletidos, costas alinhadas e suportar o peso da mulher com todo o seu corpo e não apenas com os braços.

³⁹ Sanderson (2012) desenvolveu uma revisão para responder à questão: “a pelve move-se durante o trabalho de parto – ou não?”, apresentando pontos de vista e argumentos históricos em torno das descobertas sobre a pelve e a sua mobilidade desde 1716, com os estudos de van Deventer. Como conclusão, esta autora defende que a pelve deve ser vista como uma estrutura dinâmica no processo de parto, e facilitar a expansão ideal da pelve deve ser um aspeto chave dos cuidados de rotina durante o trabalho de parto. A cultura obstétrica de posições supinas para parto normal deve ser desafiada em favor de posições de parto “sacro livre” para que a expansão pélvica possa ser otimizada.

⁴⁰ No estudo qualitativo desenvolvido por Iversen et al. (2017) que teve como objetivo explorar as experiências das mulheres dinamarquesas com a técnica de rebozo durante o trabalho de parto. A maioria dos participantes disse que usava o rebozo porque o bebê não estava em uma posição ideal. Apenas uma das 17 parturientes usou o rebozo para o alívio da dor. Eles descreveram o uso do rebozo nas posições em pé, com as mãos e joelhos e deitada. Muitos participantes relataram que o rebozo criou sensações que reduziram a dor do parto. Os temas comuns incluíam: sentir-se relaxado e ter uma fonte positiva de distração durante o trabalho de parto. Além disso, muitas das participantes relataram que realmente gostaram de como o rebozo conseguiu que seu parceiro e/ou a EEESMO se envolvessem mais ativamente no trabalho de parto. Por meio das entrevistas, eles descobriram que as experiências das mulheres com o rebozo foram, em geral, muito positivas. Algumas mencionaram como isso contribuiu para uma atmosfera mais descontraída na sala de parto e muitas disseram que sorriram e riram enquanto o rebozo estava a ser usado – sentindo que acrescentava um elemento de entretenimento, que elas apreciaram. Algumas mulheres descreveram sensações desagradáveis ao usar o rebozo. Alguns disseram que não gostavam de usá-lo em pé porque tornava as contrações muito intensas. Algumas disseram que não gostaram das sensações de agitação que experimentaram. Do estudo, as autoras concluíram que as mulheres que experimentaram o rebozo relataram que a técnica criava sensações corporais que diminuía a dor e, além disso, estimulava o envolvimento e apoio da EEESMO e do companheiro mais ativamente. A técnica de rebozo foi realizada na maioria das situações porque a EEESMO suspeitou de um mau posicionamento do feto.

5

CONHECIMENTO SOBRE LIDAR COM A DOR DE TRABALHO DE PARTO USANDO ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS

Apesar de estar associado ao mesmo mecanismo fisiológico, a maioria das mulheres sente dor durante o trabalho de parto e o parto, mas nem todas as mulheres a sentem da mesma forma (Whitburn et al., 2017). As avaliações das mulheres sobre a dor de trabalho de parto podem variar de excruciante a agradável, em diferentes mulheres ou na mesma mulher em diferentes momentos. Fica claro, portanto, que a dor do parto é uma experiência de dor complexa e única e, conseqüentemente, é difícil de prever como será gerida. A dor é uma parte inevitável do processo de trabalho de parto; no entanto, o sofrimento pode ser evitado. O sofrimento é definido pela incapacidade de uma mulher ativar os seus próprios mecanismos de alívio da dor ou pela insuficiência dos seus mecanismos para enfrentar a situação (Bonapace et al., 2018).

A ciência moderna da dor reconhece que a dor é uma experiência pessoal e subjetiva que está fortemente ligada ao ambiente social (Melzack & Katz, 2013). Esta ideia suporta a aceitação de que diferentes mulheres vivenciam a dor de maneira tão diferente. Dor física e emocional sobrepõem-se fisiologicamente (com base nos correlatos neurais dessas experiências) e funcionalmente (uma pode prever a outra), indicando que a dor deve ser pensada de forma mais abrangente do que apenas como um fator para evitar ameaças físicas e sociais ao bem-estar (Eisenberger, 2012; Whitburn, 2013).

A dor é altamente influenciada por processos cognitivos e, em última análise, é experimentada dentro do contexto do significado atribuído pela mulher ao que está a vivenciar (Melzack & Katz, 2013). Algumas mulheres têm um significado dificultador atribuído à dor de trabalho de parto (ameaça à integridade emocional) que optam por uma cesariana para evitar o trabalho de parto e o parto normal (Ryding et al., 2016), e esse entendimento pode levar as mulheres que fazem trabalho de parto a sentirem a dor mais intensa e relatarem um quadro mais negativo em relação à experiência. Mulheres que consideram a dor como ameaça revelam menor autoeficácia para lidar com o trabalho de parto, maior nível de ansiedade, tendem a sentir dor mais intensa e a demorar mais tempo na recuperação pós-parto (Veringa et al., 2011). Curiosamente, o padrão de ligação com o/a filho/a de uma mulher antes do parto também pode prever a sua experiência de dor, observando-se que padrões de apego mais ansiosos estão associados a uma percepção da dor como mais ameaçadora (Quinn, Spiby & Slade, 2015). Assim, a percepção da dor de uma mulher durante o trabalho de parto é determinada por uma mistura complexa de fatores psicossociais, em combinação com o que está a acontecer no seu corpo (Ryding et al., 2016).

A experiência de dor de uma mulher durante o trabalho de parto é determinada pelo significado que a mulher e pessoas significativas lhe atribuem e a necessidade percebida sobre as estratégias para lidar com a dor (Ryding et al., 2016). Quando o significado é positivo, centrado no propósito da dor, a mulher sente-se impelida a desenvolver recursos internos e a identificar recursos externos para lidar com a dor; contudo, quando o significado é negativo, centrado na inutilidade e ameaça da dor, a mulher sente que precisa de métodos externos de controlo da dor, mas que não dependem dela (exemplo, analgesia epidural).

Assim sendo, importa proceder à avaliação do conhecimento sobre lidar com a dor de trabalho de parto usando estratégias não farmacológicas quando se antecipar o desfecho da gravidez com um parto normal e o significado facilitador atribuído às estratégias não farmacológicas (Tabela 5).

Tabela 5. Conhecimento sobre lidar com a dor de trabalho de parto usando estratégias não farmacológicas: possíveis questões orientadoras do processo diagnóstico e respetivos critérios de diagnóstico

Questão orientadora do processo de diagnóstico	Intencionalidade da questão/ Critérios de diagnóstico
(Dados do plano de parto) Estratégias associadas ao lidar com a dor de trabalho de parto	<ul style="list-style-type: none"> • (A) Atribui importância ou não sabe/admite que podem ser estratégias úteis para si durante o trabalho de parto.
Quando pensa no seu trabalho de parto, o que imagina que será mais desafiante para si? (valorizar se a dor de trabalho de parto como um dos possíveis fatores)	<ul style="list-style-type: none"> • Não refere nenhum “desafio para si”. • Refere a dor.
(Se referir dor) Como imagina que será essa dor?	<p>Questão que serve para identificar as expectativas e/ou significado atribuído à dor/sua capacidade para lidar com a dor.</p> <ul style="list-style-type: none"> • (A) Algo incontrolável / Não consigo imaginar Algo controlável
Procure lembrar-se de experiências anteriores em que sentiu dor e procurou lidar com isso... O que fez nessa altura? E como resultou? (De que forma considera que essa	<ul style="list-style-type: none"> • (B) Não consegue identificar nenhuma estratégia/nenhuma passível de ser usada durante o trabalho parto E/OU refere que não aliviou a dor.
(Se refere alguma(s) estratégia(s) e não resultou) O que acha que resultaria consigo para aliviar a dor durante o trabalho de parto?	<ul style="list-style-type: none"> • (B) Não refere nenhuma estratégia. • (C) Identifica as estratégias não farmacológicas passíveis de serem usadas durante o trabalho de parto, evidenciando a sua relação com o alívio da dor.

Questões para a pessoa significativa:	
(Dados do plano de parto) Estratégias associadas ao “apoiar-te no uso de estratégias que facilitem lidar com o trabalho de parto” e “respeitar o teu comportamento durante a contração uterina”	<ul style="list-style-type: none"> (D) Atribui importância ou não sabe.
A dor de trabalho de parto poderá ser um desafio para quem a experiencia e para quem sente a necessidade de ajudar a lidar com ela. Tem ideia de para que serve a dor de trabalho de parto?	<ul style="list-style-type: none"> (A) Não refere benefícios da dor de trabalho de parto – Refere que a dor é inútil e não serve para nada. (C) Refere benefícios (ex. dar informação em que fase do trabalho de parto está; ajuda a decidir qual a melhor posição para se sentir melhor, etc.).
Quando pensa em soluções para ajudar a (nome) a lidar com a dor de parto, o que acha que poderá oferecer/fazer?	<ul style="list-style-type: none"> (B) Não refere estratégias. (C) Refere estratégias e como e quando as usar.
Disponibilidade para aprender.	<ul style="list-style-type: none"> Revela interesse em aprender: faz perguntas; tem uma postura reveladora de interesse no que está a ser dito; procurou informação sobre o assunto.

Fonte: autoras, 2023

Face aos critérios de diagnóstico é possível identificar: **Potencial para melhorar o conhecimento sobre lidar com a dor de trabalho de parto usando estratégias não farmacológicas**, e prescrever as intervenções que garantam cuidados individualizados (Tabela 6).

Tabela 6. Conhecimento sobre lidar com a dor de trabalho de parto usando estratégias não farmacológicas: relação entre critérios de diagnóstico e o diagnóstico

Critério de diagnóstico	Síntese diagnóstica	Intervenção
Se A e disponibilidade para aprender	Potencial para melhorar o conhecimento sobre lidar com a dor de trabalho de parto usando estratégias não farmacológicas.	Ensinar sobre dor de trabalho de parto.
Se B		Ensinar sobre lidar com a dor de trabalho de parto usando estratégias não farmacológicas. Ensinar sobre relação entre as estratégias não farmacológicas e o alívio da dor de trabalho de parto.
Se C	Conhecimento sobre lidar com a dor de trabalho de parto usando estratégias não farmacológicas facilitador.	-----

Fonte: autoras, 2023

5.1. Intervenções promotoras da mestria na compreensão do efeito de estratégias não farmacológicas para lidar com/aliviar a dor de trabalho de parto

As abordagens atuais para apoiar as mulheres no lidar com a dor do trabalho de parto visam promover o parto fisiológico, podem influenciar positivamente as experiências de trabalho de parto e ter efeitos benéficos na saúde do feto/recém-nascido⁴¹. Os resultados do estudo desenvolvido por Ryding et al. (2016) sugerem que intervenções que estimulam cognições e emoções positivas sobre a dor do parto e que promovem o entendimento da dor do parto como uma dor produtiva e com propósito podem melhorar a experiência de dor da mulher e, mais importante, a sua capacidade para a enfrentar e lidar com ela. Para além disso, as evidências atuais demonstram que as intervenções não farmacológicas com foco na mudança dos pensamentos, emoções e ambiente social da mulher podem reduzir a necessidade de analgesia farmacológica (Ryding et al., 2016). De acordo com Verena Schmid, a analgesia natural *versus* farmacológica constituem dois polos extremos face ao lidar com a dor de trabalho de parto: a tensão entre o uso da tecnologia *versus* a ativação de recursos endógenos das mulheres, entre o poder e a impotência.

5.1.1. Ensinar sobre dor de trabalho de parto

A dor de trabalho de parto é uma dor produtiva e com um propósito. Por isso importa promover a capacidade das mulheres para utilizarem os recursos internos e externos para lidar com a dor. A compreensão sobre para que serve a dor de trabalho de parto e que informação a mulher pode obter dela é incontornável para ajudar a mulher a lidar com a sua dor, enquanto experiência pessoal, que é única e intransmissível. Assim, com esta intervenção pretende-se que a mulher/pessoa significativa seja capaz de:

- Compreender as componentes da dor.
- Compreender os mecanismos da resposta à dor de trabalho de parto.

Atividades que concretizam a intervenção:

1) Explicar funções da dor de trabalho de parto: A dor de um trabalho de parto fisiológico caracteriza-se pela sua natureza rítmica, intermitente e imprevisível no modo como será percebida. Cada mulher tem a sua dor⁴², e esta é influenciada pelas experiências de dor já vividas. Assim, a dor existe e tem funções relevantes durante o trabalho de parto:

- a) A dor é como um guia para as respostas e proteção do corpo, através do envio de sinais que orientam as medidas/respostas de proteção. De facto, a dor permite que

⁴¹ Os métodos não farmacológicos estão associados a resultados melhores para mães e bebés, incluindo menor taxa de partos instrumentais e admissão em unidades de cuidados especiais, e amamentação com duração para além de seis semanas pós-parto (Adams et al., 2015).

⁴² A expressão individual da dor é determinada pela interpretação psicossomática, já que se trata de uma percepção sensitiva com uma reação emocional e, portanto, uma experiência individual e única (Melzack & Katz, 2013).

a mulher experiencie um processo visceral extraordinário e paradoxal, que vai contra todos os princípios de autoconservação, a fim fazer nascer o/a seu/sua filho/a; este processo coloca o corpo da mulher em estado de alerta, sinalizando o perigo através da dor e desencadeando um conjunto de respostas/reações de defesa face ao que pode ser entendido como “ataque” contra a sua integridade.

- b) A dor é essencial para ativar a resposta neuroendócrina relacionada com a produção de analgésicos endógenos. A estimulação do colo do útero, causada por atividade fetal e uterina, provoca uma libertação inicial de ocitocina. Durante a fase ativa, caracterizada por contrações uterinas mais intensas, o corpo precisa de um estímulo regular, em proporção, com uma produção constante e crescente de ocitocina – este estímulo regular é garantido pela dor intermitente resultante das contrações. A dor provoca um pico de stress e o corpo reage aumentando a produção de catecolaminas, que, ao serem produzidas em picos/bolus, desencadeia a libertação, também em picos, de ocitocina, estimulando ao mesmo tempo a produção de endorfinas⁴³. Com este processo inicia-se um aumento gradual das contrações, juntamente com uma tolerância cada vez maior à dor, por ação das endorfinas. As endorfinas causam pausas entre as contrações, sendo responsáveis pelo ritmo do trabalho de parto. Este pulsar durante o trabalho de parto é essencial para valorizar as pausas entre as contrações e a diminuição temporária da dor; valorizar o intervalo entre as contrações permite que a mulher consiga sentir um estado de calma, que facilita a ativação do sistema nervoso parassimpático e permite que o corpo da mulher se prepare para a ação das catecolaminas, com consequente produção de ocitocina. A ocitocina estimula a prolactina, que possui também um papel importante na proteção do metabolismo do feto durante o trabalho de parto. A prolactina também estimula as endorfinas. Em síntese, a mulher tem quatro fontes de endorfinas (analgésicos endógenos): as catecolaminas, a ocitocina, a prolactina e o sistema nervoso parassimpático⁴⁴.
- c) A dor como expressão da necessidade de “separação” biológica: emocionalmente a mãe necessita integrar a separação do bebé como parte dela, e a separação de uma parte de nós mesmos ou de alguém muito próximo é sempre um processo difícil e doloroso. Assim, a dor ajuda a reconhecer a inevitável necessidade de separação.

⁴³ A função das endorfinas é, para além de aliviar a dor, induzir um estado alterado de consciência, semelhante a um estado hipnótico, inibindo a ação cortical da parte racional do cérebro. Esta resposta corporal possibilita que a mulher se entregue completamente ao trabalho de parto. Quando o bebé nasce e o estímulo da dor cessa, os níveis de endorfinas no corpo da mulher são tão altos que poderá experimentar sentimentos de êxtase, com os quais dá as boas-vindas ao bebé e começa a sua experiência de maternidade. De facto, o parto fisiológico estabelece os alicerces para a sobrevivência e crescimento do bebé (Olza et al., 2020).

⁴⁴ A cooperação hormonal dos dois sistemas autónomos é particularmente importante durante o parto. O sistema simpático é, de facto, responsável pelas contrações uterinas, enquanto o sistema parassimpático regula a distensão do segmento inferior do útero e do colo do útero. Quando os dois sistemas não trabalham em harmonia, há um risco aumentado de contrações “espásticas” sem consequente dilatação do colo do útero e dor improdutiva. A ação alternada entre os dois sistemas é favorecida pela alternância adequada entre dor e relaxamento.

- d) A dor como superação pessoal: a ideia de precisar de suportar a dor durante horas representa um enorme desafio para a força interior de uma mulher; esta previsão induz uma crise existencial, em que todos os recursos emocionais da mulher são mobilizados. A experiência psicológica de lidar com a dor de trabalho de parto, leva a mulher para os seus limites extremos, até o ponto onde ela tem a certeza de ter esgotado todos os seus recursos internos. Este momento geralmente corresponde à “rendição”, quando a mulher afirma: “Eu não aguento isto por mais tempo.” Frequentemente, é nesta fase que a mulher se torna, finalmente, capaz de deixar-se levar pelo que o seu corpo diz. A percepção deste aumento da força pessoal, resultante de uma experiência no limite das suas capacidades, aumenta a autoestima e equipa a mulher com os atributos necessários para ser mãe do seu/sua filho/a.

2) Explicar a relação da dor de trabalho de parto com a evolução do trabalho de parto: Qualquer tipo de dor, mas em particular a dor de trabalho de parto, é um fenómeno complexo e sentido por cada mulher de forma única. É influenciada por pensamentos, crenças e experiências anteriores, pela percepção de segurança e de suporte e pelos aspetos culturais, sociais que condicionam a forma como cada mulher externaliza a sua dor e a manifesta nos seus comportamentos. A dor tem quatro componentes: as sensações físicas desagradáveis/dolorosas (estímulos nocivos)⁴⁵, a intensidade, as emoções (significado) e os comportamentos. Estas componentes interrelacionam-se e a forma como a dor é experienciada/ percebida pode incluir qualquer uma ou todas estas componentes⁴⁶. Assim para lidar com a dor de trabalho de parto e evitar o sofrimento, é necessário considerar as várias dimensões da dor de trabalho de parto é um elemento frequentemente indesejado, mas fundamental para o trabalho de parto fisiológico. Na verdade, a dor ativa na mulher os seus próprios recursos – quando se mobilizar, como se posicionar, etc. Na resposta do corpo, a ocitocina e as hormonas de *stress* ajudam no controlo de todo o processo. A ocitocina, enquanto estimula as contrações ao nível do útero produz o seu efeito a nível cerebral, aumentando os níveis de beta-endorfinas. As endorfinas ajudam a diminuir a resposta ao *stress* e tem um efeito hipnótico e analgésico. Parece que à medida que cada uma dessas hormonas aumenta, é possível que haja um funcionamento reduzido do

⁴⁵ A dor de trabalho de parto tem razões fisiológicas. As causas da dor visceral incluem: alongamento e micro-lacerações do colo do útero; estiramento do segmento inferior do útero; estiramento dos ligamentos e dos órgãos tubo-ováricos; compressão dos nervos do plexo lombo-sagrado; compressão das articulações da pelve; e, isquemia do músculo uterino devido à acidose metabólica, hiperatividade uterina ou espasmo uterino. Toda esta adaptação dos órgãos é essencial para o trabalho de parto fisiológico.

⁴⁶ A dor tem pelo menos quatro dimensões: nociceptiva (estímulos nocivos), sensorio-discriminativa (intensidade), afetivo-motivacional (o desagradável, aspeto emocional) e cognitivo-comportamental (Bonapace et al.,2018). O modelo circular da dor circular mostra que esta pode incluir qualquer uma ou todas estas dimensões e ser experimentada de forma diferente de uma pessoa para a outra. As intervenções para lidar com a dor de trabalho de parto no parto devem ter como objetivo prevenir o sofrimento considerando os seus potenciais efeitos para a mãe e o bebé e na progressão do trabalho de parto. O sofrimento é definido pela incapacidade de uma mulher para ativar os seus próprios mecanismos de alívio da dor ou a inadequação desses mecanismos para enfrentar a situação. Para prevenir o sofrimento devem ser abordadas as várias dimensões da dor. Uma atenção especial deve incidir sobre a dimensão afetiva motivacional (dimensão 3) porque o *stress* emocional leva à produção de catecolamina, que pode retardar o trabalho de parto e potencialmente aumentar as intervenções obstétricas. Fazer sons, deambular e respiração profunda não são necessariamente sinais de sofrimento materno. É frequentemente a forma da mulher lidar com a dor, e é em grande parte condicionada pela cultura (dimensão 4). A menos que a mulher peça especificamente o contrário, quando o trabalho de parto está a avançar normalmente, é adequado oferecer estratégias não-farmacológicas como primeira abordagem para lidar com a dor.

cérebro (neocórtex) ao ponto de algumas mulheres descreverem a sensação de que seu mundo está “encolhendo” ou que estão “em um planeta diferente” (“*the zone*”). Algumas perdem a noção do tempo e revelam incapacidade de se concentrar em eventos ou pessoas ao seu redor (Dixon, Skinner & Foureur, 2013; Buckley, 2015; Leach et al., 2017; Olza et al., 2020). Por seu turno, a ocitocina é uma hormona tímida, muito sensível a estímulos externos e ao *stress*. Situações e ambientes desconhecidos e que provoquem ansiedade podem aumentar os níveis de *stress* e diminuir a liberação da ocitocina. Em oposição, situações percebidas como seguras, familiares e de apoio tendem a facilitar a sua liberação e, consequentemente, facilitar a progressão do trabalho de parto (Uvnäs-Moberg et al. 2019; Olza et al., 2020).

3) Explicar mecanismos que influenciam a percepção da dor de trabalho de parto:

O organismo possui três mecanismos endógenos de resposta à dor de trabalho de parto, que são ativados de formas distintas através de⁴⁷:

- a) Estimulação não dolorosa no local da dor que ativa as fibras nervosas não responsáveis pela transmissão da mensagem dolorosa e bloqueia algumas das fibras transmissoras do estímulo doloroso. Atua apenas na área estimulada modificando

Table 1. Bonapace and Marchand Classification

<i>Theoretical model</i>	<i>Type of stimulation</i>	<i>Activated mechanism</i>	<i>Effects</i>	<i>Nonpharmacologic approaches</i>
Gate Control theory	Nonpainful stimulation of the pain site	Fibers which do not transmit pain messages are activated during non-painful stimulation and block part of those that transmit pain	Acts only on the stimulated area. Modulates the sensory-discriminative component of pain (intensity)	Light massage Water immersion (bathing) Positions/ambulation Birth ball Warm packs Vibration Conventional TENS (high frequency - low intensity)
Diffuse Noxious Inhibitory Control (DNIC)	Painful stimulation of any site of the body	Painful stimulation triggers an endorphinergic system, which reduces pain everywhere, except in the stimulated area. This scheme allows the brain to address the second source of pain	Acts on all painful areas of the body, except the one that is stimulated. Modulates the sensory-discriminative component of pain (intensity)	Painful massage Reflexology Sterile water injections Acupressure Acupuncture TENS (high intensity – low frequency) Ice
Control of the higher centers of the central nervous system (CNSC)	Activated by thought and mental processes (Attention deviation)	The brain modulates the potentially painful stimulations by conditioning the areas which are responsible for memory, emotions, and reaction to pain	Acts on all painful areas of the body. Modulates the motivational-affective component of pain (unpleasantness)	Antenatal education Continuous support Relaxation/Breathing Mental imagery Meditation/Yoga Hypnosis/Self-hypnosis Music Aromatherapy Biofeedback Placebo

Adapted from: Bonapace J. Accoucher sans stress avec la méthode Bonapace. Éditions de l'Homme, Montréal, 2009; and Marchand S. Le phénomène de la douleur. 2e édition. Chenelière Education, Montréal, 2009.

47

disponível em <https://transitionparenthood.files.wordpress.com/2015/04/table.jpg>

(alterando/modulando) a percepção da intensidade da dor (são exemplos estratégias que funcionam por este mecanismo: massagem suave, o calor, a imersão na água, posições e movimento e a bola de parto).

- b) Estimulação dolorosa de qualquer parte do corpo que desencadeia a libertação de endorfinas, o que diminui a intensidade da dor em todas as zonas do corpo exceto na área estimulada, modulando a percepção da intensidade da dor (são exemplos estratégias que funcionam por este mecanismo: acupressão, a acupunctura, TENS e gelo).
- c) Pensamentos e o desvio da atenção, que desempenha um papel importante no controlo da dor modificando a mensagem e ativando o centro de inibição da dor (secreção de endorfina). Estas mensagens de dor criam ligações diretas e indiretas com outras regiões do cérebro intimamente associadas à memória e à emoção; atuam em todas as zonas dolorosas do corpo, alterando a percepção desagradável da dor (são exemplos de estratégias que funcionam por este mecanismo: a hipnose, a ioga, a respiração, a meditação, a aromaterapia⁴⁸, a música e o suporte contínuo).

5.1.2. Ensinar sobre relação entre as estratégias não farmacológicas e o efeito esperado na dor de trabalho de parto

Embora não haja processos patológicos subjacentes, o trabalho de parto está relacionado a uma experiência dolorosa, portanto, muitas mulheres poderão sentir-se preocupadas com a dor do parto e como a poderão aliviar (Aziato, Acheampong & Umoar, 2017). As experiências das mulheres com o trabalho de parto fazem anteciper a dor com intensas preocupações, principalmente quando a progressão do trabalho de parto não evolui conforme as expectativas (Gibson, 2014). As reações psicológicas, como ansiedade ou apreensão, são resultado da dor do parto que, por sua vez, deixa um impacto negativo na experiência psicológica da mulher; já o controlo eficaz da dor tem uma forte tendência para aliviar os efeitos negativos da dor (Aziato, Acheampong & Umoar, 2017). Todavia, a necessidade de percepção de controlo eficaz da dor do parto não pode ser sobrestimada, já que a dor do parto cansa a mulher e isso pode afetar sua capacidade de manter o esforço ao longo do tempo. Sentir-se preparada para lidar com a dor de trabalho de parto pode contribuir para uma experiência de parto positiva. Inúmeros estudos estabelecem a relação entre a dor de trabalho de parto e uso de estratégias não farmacológicas (Jones et al.,

⁴⁸ Numa revisão sistemática realizada por Smith, Collins e Crowther (2011) foi concluído que não existiam evidências suficientes de ensaios clínicos randomizados (aleatórios), sobre os benefícios da aromaterapia no controlo da dor durante o trabalho de parto. Ao longo da última década foram realizados vários estudos e recentemente numa meta-análise de ensaios clínicos randomizados (aleatórios) (Chen et al. 2019), os resultados sugerem que a aromaterapia é eficaz na redução da dor e duração do parto e geralmente segura para as parturientes. Similarmente, noutra revisão sistemática recente (Tabatabaiechehr & Mortazavi, 2020) onde foram analisados 33 ensaios, as evidências sugerem que a aromaterapia, como método complementar e alternativo, pode contribuir para o alívio da ansiedade e da dor materna durante o trabalho de parto. Nesta revisão, o aroma mais frequentemente usado nos estudos foi a lavanda (alfazema), isoladamente ou em combinação com outros óleos essenciais. A aromaterapia foi aplicada por inalação, massagem, na água, acupressão e aplicação em compressas.

2012; Ganji et al., 2013; Adams et al., 2015; Smith et al., 2018; Thomson et al., 2019). A falta de conhecimento adequado das mulheres sobre os riscos e benefícios dos vários métodos de alívio da dor pode aumentar a ansiedade (Raynes-Greenow et al., 2007). O conhecimento sobre o uso de estratégias não farmacológicas para lidar com a dor poderá contribuir para que a mulher tenha maior percepção de autonomia/eficácia e confiança para lidar com a dor de trabalho de parto. Com a intervenção pretende-se que a mulher/pessoa significativa seja capaz de:

- Identificar as estratégias não farmacológicas para lidar com a dor de trabalho de parto.
- Relacionar o uso da(s) estratégia(s) com o efeito esperado na dor de trabalho de parto.

Atividades que concretizam a intervenção:

1) Explicar a necessidade de preparação para o uso eficaz das estratégias para lidar com a dor de trabalho de parto: Preparar o corpo e a mente para o parto contribui para uma experiência mais satisfatória e menor necessidade de intervenções durante o trabalho de parto. O parto demora o seu tempo, em média entre 10 a 24 horas. Os atletas treinam bastante antes de qualquer competição para se prepararem para a prova. E se olharmos o parto como uma prova de esforço e de superação, percebemos que vale a pena preparar-se para ela para obter o melhor resultado. Existem várias estratégias para lidar com a dor a cada uma das contrações, mas o efeito em cada mulher poderá ser diferente. Assim, preparar-se para o parto envolve: 1) empoderar-se e capacitar-se – cada mulher é diferente, conhecer quais os efeitos que cada estratégia tem e de que forma poderá constituir uma mais valia durante o seu trabalho de parto, percebendo melhor quais as opções e os prós e contras de cada uma; 2) preparar a mente – o *mindset* (estado de espírito) que importa levar para o parto é determinante para uma experiência positiva; 3) preparar o corpo – o corpo da mulher é a pedra de toque para que o parto decorra fisiologicamente, por isso, o tempo de preparação é um tempo para acreditar que o corpo é capaz; 4) treinar – permite ir sentindo e descobrindo as preferências, o que parece funcionar melhor em si, tendo uma visão completa de todas as formas como podem ser feitas para poder decidir o que funcionará em si e quais as possíveis opções; 5) confiança – saber mais e compreender melhor, saber o máximo possível com antecedência de maneira a relaxar a mente – *conhecer um pouco mais o desconhecido*.

2) Explicar benefícios da utilização das estratégias não farmacológicas para lidar com a dor de trabalho de parto: O uso de estratégias não farmacológicas amplia os recursos para lidar com a dor de trabalho de parto; a sua eficácia é maior se forem combinadas várias estratégias entre si, de forma a ativar os diferentes mecanismos moduladores das várias componentes da dor (Bonapace et al., 2018; Chaillet et al., 2014; Smith et al., 2018). São simples, gratuitas ou muito baratas, não invasivas e não apresentam efeitos colaterais. Podem ser usadas pela mulher, com o sem a pessoa significativa, isoladamente ou

em associação com métodos medicamentosos de alívio da dor. Apesar de as estratégias não farmacológicas não possuírem as mesmas propriedades analgésicas que as técnicas farmacológicas, eles podem reduzir a dor do parto a um nível apreciável (Gallo et al., 2018). Os métodos farmacológicos aliviam a dor, mas têm efeitos secundários na mulher (por exemplo, a meperidina (“petidine”) tem efeito sedativo, que causa náuseas, vômitos e tonturas; a analgesia epidural tem efeito analgésico sendo considerado um método eficaz de alívio da dor durante o trabalho de parto na perspectiva das mulheres. Está, todavia, associada a um primeiro e segundo estádios mais longos do trabalho de parto, aumento do uso de ocitocina e parto instrumentado. No feto/recém-nascido, a meperidina (“petidine”) provoca depressão respiratória e alterações nos padrões de comportamento, hipotonia. A analgesia epidural aumenta a incidência de mau posicionamento fetal. Assim, há escolhas que podem ser feitas durante a gravidez sobre as opções disponíveis para lidar com a dor durante o trabalho de parto, considerando os próprios riscos e benefícios, com variações na eficácia, disponibilidade e aceitabilidade.

3) Explicar a necessidade de lidar com a dor nas suas diferentes componentes:

Para reduzir a percepção da dor periférica ao seu mínimo fisiológico pode ser desenvolvida a capacidade para conseguir realizar: 1) respiração profunda com expiração longa; 2) vocalização (com a garganta solta); 3) movimento da pélvis; 4) identificar a diferença entre os estados de tensão e relaxamento; 4) relaxamento das zonas contraídas: um tônus muscular relaxado dificulta a chegada dos sinais de alarme ao cérebro (bloqueio ao nível do *gate control*); 5) mobilidade durante o trabalho de parto; 6) massagem, aplicar calor, banho ou duche com água quente durante o trabalho de parto; e, em todas estas estratégias; 7) respeitar a fisiologia do trabalho de parto. Para influenciar a percepção da dor a nível central importa criar motivação e opções de forma a mudar a percepção da dor, valorizando-a; trabalhar os ritmos e atitudes ativas e passivas relativas aos momentos de dor e intervalos; valorizar a existência e a importância das pausas entre as contrações; favorecer o “ouvir o que o corpo diz”; capacidade para comunicar o que sente e o que precisa a cada momento; refletir no ambiente íntimo e protegido onde poderá viver o trabalho de parto.

4) Explicar efeito esperado de cada estratégia não farmacológicas para lidar com/aliviar a dor⁴⁹: O uso das estratégias tem efeito na dor na medida em que alteram (modulam) a percepção da dor e estimulam a fisiologia do trabalho de parto através da promoção da libertação de ocitocina e endorfinas. Assim, face a cada estratégia, importa considerar os possíveis efeitos de modo a facilitar a tomada de decisão e promover a disponibilidade para a experientiação do efeito ainda durante a gravidez:

⁴⁹ Numa revisão sistemática da Cochrane foi identificado que a imersão em água, relaxamento, acupuntura e massagem proporcionaram alívio da dor e melhor satisfação com o alívio da dor. A imersão e o relaxamento também proporcionaram maior satisfação com o parto. O relaxamento e a acupuntura diminuíram o uso de fórceps e ventosa (Jones et al., 2012). Numa revisão sistemática mais recente, verificou-se que a massagem teve um papel importante na redução da dor do parto e na duração do parto, melhorando a sensação de controlo e a experiência emocional do parto (Smith et al., 2018).

- a) **Uso de água** (imersão ou chuveiro) (ação sobre o *gate control*⁵⁰ – usar estímulo agradável aplicado na área dolorosa): A água promove a redução da tensão muscular, resultando na sensação de alívio da dor e na promoção da progressão do trabalho de parto⁵¹. A imersão em água proporciona fluidez e calor, que trazem frequentemente alívio imediato da dor, relaxamento, diminuição das catecolaminas, aumento da ocitocina, diminuição da pressão sanguínea e progressão mais rápida do trabalho de parto na fase ativa. Pode ser usada durante o trabalho de parto, quer as membranas estejam intactas ou não. Modo de uso: Usar água à temperatura máxima 38 °C para segurança do bebé (Bonapace et al., 2018). Na banheira a grávida pode sentar-se, ajoelhar-se ou reclinar-se, de preferência com espaço suficiente para mudar de posição e se possível para que a pessoa significativa entre também. Os benefícios parecem ser maiores se a água estiver à altura dos ombros e à temperatura do corpo (não exceder 37-37,5 °C), se a mulher estiver em fase ativa e se permanecer na água durante um período até cerca de 1 a 1,5 horas. Isto assegura os maiores benefícios da imersão. A grávida poderá voltar a fazer de imersão novamente após 30 minutos (Simkin, Hanson & Ancheta, 2017). No chuveiro a grá-

⁵⁰ A fisiopatologia da dor tendo por base a teoria do *gate control* sugere que a sensação de dor é transmitida da periferia ao longo das vias nervosas ascendentes para o cérebro (Durham & Chapman, 2014). O “portão abre-se” permitindo que as sensações de dor viajem pelas vias nervosas. Há um número limitado de sensações, entretanto, que podem percorrer as vias simultaneamente. Se uma sensação alternativa assumir o lugar da dor sensação, pode reduzir os impulsos de dor enviados ao cérebro para serem interpretados como dor (Durham & Chapman, 2014). Técnicas como massagem, acupuntura, terapia com calor/frio e uso da água podem funcionar no alívio da dor tendo por base este mecanismo. Técnicas como respiração e relaxamento podem funcionar para alterar a percepção e consciência da mulher sobre a dor (Durham & Chapman, 2014). Compreender a maneira como a dor é interpretada pelo cérebro ajudará a compreender quais intervenções de controlo da dor serão eficazes para a mulher.

⁵¹ Numa meta-análise de ensaios controlados randomizados (aleatórios) desenvolvida por Benfield et al. (2010), que visou comparar os resultados da imersão em água e sem imersão durante a primeira fase do trabalho de parto encontrou reduções significativas no uso da analgesia epidural e na dor referida pelas mulheres que usaram a imersão na água durante o trabalho de parto. Não se verificaram diferenças significativas nas cesarianas, no valor do Apgar nem nos internamentos em unidades de cuidados neonatais ou nas taxas de infeção neonatal. Na revisão da Cochrane desenvolvida por Cluett, Burns & Cuthbert (2018), cujo objetivo foi avaliar os efeitos da imersão em água durante o trabalho de parto e / ou parto (primeiro, segundo e terceiro estádios do trabalho de parto) em mulheres e seus bebés, que incluiu 15 estudos realizados entre 1990 e 2015, envolvendo 3663 mulheres. Dos estudos, oito envolveram imersão em água durante a primeira fase do trabalho de parto; dois durante o segundo estágio apenas; quatro durante o primeiro e segundo estádios do trabalho de parto e um comparando a imersão precoce e tardia durante o primeiro estágio do trabalho de parto. Os resultados desta revisão apontam para pouca ou nenhuma diferença no parto vaginal espontâneo entre imersão e nenhuma imersão, parto vaginal instrumental e cesariana. Não há evidências suficientes para determinar o efeito da imersão na perda de sangue estimada e lacerações de terceiro ou quarto grau. Houve uma pequena redução no risco de usar analgesia regional para mulheres alocadas para imersão em água de 43% para 39%. Mortes perinatais não foram relatadas e não há evidências suficientes para determinar o impacto nas admissões em unidades de cuidados intensivos neonatais, ou nas taxas de infeção neonatal. No que se refere à comparação dos efeitos entre imersão em água versus sem imersão (segundo estágio do trabalho de parto), os resultados não revelaram diferenças claras entre os grupos para parto vaginal espontâneo, parto vaginal instrumental, cesariana e admissões em unidades de cuidados intensivos neonatais. Os autores concluíram que em mulheres saudáveis com baixo risco de complicações, há evidências de qualidade moderada a baixa de que a imersão em água durante o primeiro estágio do trabalho de parto provavelmente tem pouco efeito sobre o tipo de parto ou trauma perineal, mas pode reduzir o uso de analgesia regional. A evidência de imersão durante a segunda fase do trabalho de parto é limitada e não mostra diferenças claras nos resultados maternos ou neonatais do cuidado intensivo. O American College of Nurse-Midwives (ACNM) defende que a imersão em água quente durante o trabalho de parto proporciona conforto, auxilia no relaxamento e é uma estratégia não farmacológica de alívio da dor segura e eficaz que promove o parto fisiológico. Por seu turno, o RCOG (2021) defende que a imersão em água durante o primeiro estágio do trabalho de parto pode estar associada a um parto mais curto e diminuição do uso de analgesia epidural e pode ser oferecida a mulheres saudáveis com gestações sem complicações entre 37 0/7 semanas e 41 6/7 semanas de gestação. Todavia, acrescentam que não há dados suficientes para tirar conclusões sobre os benefícios e riscos relativos da imersão na água durante o segundo estágio do trabalho de parto e parto. Portanto, até que tais dados estejam disponíveis, é recomendação que os partos ocorram em terra e não na água.

vida pode ficar de pé ou sentada, com água a uma temperatura confortável e dirige o jato da água para onde quer, nas costas ou na frente⁵². O chuveiro é mais versátil se não for fixo.

- b) **Aplicação de calor/frio** (estímulo agradável aplicado na área dolorosa)⁵³: O calor aumenta a temperatura local da pele e ativa a circulação, reduz os espasmos musculares e aumenta o limiar da dor. O frio reduz a dor e pode aliviar espasmos musculares e reduzir o edema e hematomas dos tecidos quando estes ocorrem. Podem ser aplicados durante ou entre contrações e em diferentes locais do corpo – nas costas, pescoço, peito, rosto, ou qualquer outra zona dolorosa, conforme melhor se adapte ao conforto da mulher. Modo de uso:
- Aplicação de calor – pode ser aplicado com uma toalha húmida quente, botija de aquecimento, embalagem de gel aquecida, almofada térmica de sementes, na parte inferior do abdómen e das costas, virilhas, coxas, ombros ou períneo; outra possibilidade, poderá ser usar um cobertor aquecido a envolver todo o corpo.
 - Aplicação de frio – pode utilizar-se um saco de gelo, um pacote de gel congelado ou um pacote de arroz, um pano húmido congelado, garrafa de plástico com água congelada, ou outro objeto frio e aplicar no períneo ou na zona lombar (preso à volta do abdómen, para permitir à mulher mover-se e mudar de posição (Simkin, Hanson & Ancheta, 2017).
- c) **Massagem suave** (ação sobre o *gate control*): Estímulo agradável aplicado na área dolorosa): A massagem suave é um método fácil para aumentar a libertação de hormonas analgésicas enquanto bloqueia alguns dos sinais nociceptivos⁵⁴. A massagem pode ter como efeito: aliviar a dor, relaxamento muscular, autogestão da ansiedade, criar uma sensação de segurança e melhorar a satisfação e o humor maternos. Pode ser usada durante ou entre as contrações e ser realizada nas áreas determinadas pela preferência da mulher (abdómen, ombros, costas, pernas e sacro). Poderá ser a pessoa significativa a realizar a massagem pelo que o treino de como fazer e do seu efeito em ambos pode ser feito durante a gravidez (Bonapace et al., 2018; Simkin, Hanson & Ancheta, 2017).

⁵² A utilização de chuveiro durante o trabalho de parto não tem sido estudada sistematicamente, mas a experiência clínica sugere que muitas mulheres experimentam um maior relaxamento e redução significativa na perceção da dor.

⁵³ Ganji et al. (2013) desenvolveram um estudo cujo objetivo foi investigar o efeito do calor e do frio intermitentes na severidade da dor e nos resultados do parto. Dos resultados, verificou-se que não houve diferenças significativas nas características demográficas e de obstetria e na dor inicial entre os dois grupos. A dor foi significativamente menor no grupo de intervenção durante a primeira e segunda fases do trabalho de parto. Não houve diferenças significativas ao nível do tipo de parto, laceração perineal, uso de ocitocina, frequência cardíaca fetal e Apgar entre os dois grupos. Como conclusão, os autores defenderam que a aplicação local intermitente de calor e frio é uma estratégia não farmacológica, segura e eficaz para o alívio da dor do parto. Shirvani e Ganji (2014) desenvolveram um estudo randomizado (aleatório), cujo objetivo foi avaliar a influência da aplicação local de frio no alívio da dor do parto e identificar o efeito nos resultados maternos e neonatais. Os autores verificaram ainda que os dois grupos não foram significativamente diferentes em relação aos dados demográficos, idade gestacional, peso fetal, rotura de membranas e intensidade primária da dor. O grau de dor e duração do trabalho de parto foi menor no grupo com aplicação de frio. Em termos de frequência cardíaca fetal, laceração perineal, tipo de parto, uso de ocitocina e Apgar os resultados não foram significativamente diferentes entre os dois grupos.

⁵⁴ Numa revisão sistemática da Cochrane, cujo objetivo foi avaliar o efeito da segurança e a aceitabilidade da massagem, reflexologia e outros métodos manuais para controlar a dor do parto, verificou-se que a massagem proporcionou uma maior redução na intensidade da dor e nos níveis de ansiedade, quando comparada com os cuidados padrão, durante a primeira fase do trabalho de parto (Smith et al., 2018a).

- d) **Acupressão** (estímulo doloroso durante a contração): A acupressão envolve os pontos de acupuntura que são estimulados por uma massagem dolorosa profunda dos tecidos em vez da inserção de agulhas⁵⁵. Pode ser aplicada durante a contração dolorosa em pontos específicos. A pressão sobre os pontos ilustrados durante o trabalho de parto está indicada quando se verifica progresso fraco ou dor excessiva no trabalho de parto. A acupressão deve ser feita pressionando firmemente com um dedo no ponto durante 10 a 60 segundos e depois descansar durante o mesmo período⁵⁶. Repetir este ciclo por um máximo de seis ciclos. As contrações podem acelerar durante esse tempo (Bonapace et al.,2018; Simkin, Hanson & Ancheta, 2017).
- e) **Técnicas de respiração** (controlo dos centros superiores do sistema nervoso central): As técnicas respiratórias são utilizadas para aliviar a dor e criar uma sensação de calma e confiança. A respiração é uma das ferramentas mais eficazes à disposição das mulheres em trabalho de parto para aumentar o relaxamento e desviar a sua atenção da dor. A respiração focalizada pode aumentar a confiança e capacidade da mulher para lidar com as contrações. Quando a grávida está consciente do seu ritmo respiratório, de como inspira e expira, ela é capaz de ajustar a sua respiração à intensidade da dor de trabalho parto. Além disso, a respiração lenta e rítmica combinada com a massagem tem um efeito “hipnótico”. Durante cada contração, a mulher em trabalho de parto pode ser encorajada a estar consciente da sua respiração e a expirar o ar totalmente, eventualmente emitindo sons dependendo das suas próprias necessidades (Bonapace et al.,2018; Simkin, Hanson & Ancheta, 2017).
- f) **Técnicas de relaxamento** (controlo dos centros superiores do sistema nervoso central)⁵⁷: São técnicas úteis para a preparação física e mental para o trabalho de parto; estas técnicas melhoram o bem-estar mental e físico e reduzem a ansiedade

⁵⁵ Numa revisão da Cochrane foi analisado o efeito da acupuntura e da acupressão na gestão da dor do trabalho de parto. Os resultados foram inconclusivos quanto ao efeito na intensidade da dor e satisfação com o alívio da dor, todavia concluem que a acupressão, quando comparada com os cuidados usuais, pode reduzir a intensidade da dor (Smith et al., 2020).



(Simkin, Hanson & Ancheta, 2017).

⁵⁶

⁵⁷ Na revisão sistemática da Cochrane desenvolvida por Smith et al. (2018), cujo objetivo foi analisar se o relaxamento, ajudaria a reduzir a dor e a melhorar as experiências de parto das mulheres, foram incluídos 15 estudos envolvendo 1.731 mulheres. Os autores verificaram que o relaxamento em comparação com os cuidados usuais diminuiu a intensidade da dor durante a fase latente do trabalho de parto. Quatro estudos relataram intensidade da dor na fase ativa; observando-se alta heterogeneidade entre os ensaios e evidências de qualidade muito baixa sugeriram que não existiam evidências fortes de que os efeitos fossem diferentes entre os grupos para este resultado. Evidências de qualidade muito baixa mostraram que as mulheres que usaram o relaxamento relataram maior satisfação com o alívio da dor durante o trabalho de parto e não mostrou nenhum benefício claro para a satisfação com a experiência de parto. Para resultados de segurança, havia evidências de qualidade muito baixa de efeito na redução no parto vaginal assistido ou na taxa de cesarianas. A percepção de controlo no trabalho de parto e amamentação não foram relatados nesta comparação. Assim, os autores concluíram que o relaxamento pode ter um papel na redução da dor e no aumento da satisfação com o alívio da dor, embora a qualidade da evidência varie de muito baixa a baixa.

durante a gravidez e o trabalho de parto⁵⁸. Também reduz a intensidade da dor, diminui a taxa de parto vaginal instrumentado e melhora a satisfação materna. O relaxamento envolve três dimensões: a física (relaxamento do corpo), a emocional (sentir-se respeitada, segura, confiante) e a mental (ambiente sem ruídos stressantes, afirmações positivas, visualização, uso de música, etc.).

- **Relaxamento muscular:** Durante o trabalho de parto, relaxar e diminuir a tensão muscular, em particular nas nádegas, boca, ombros e mãos, pode ser muito eficaz para lidar com a dor de trabalho de parto. O relaxamento pode incluir uma consciência das tensões corporais e o relaxamento intencional das áreas percebidas como mais tensas. As vantagens do relaxamento muscular progressivo incluem a redução da pressão sanguínea, tensão muscular, nível de ansiedade, fadiga e fornecimento de uma sensação de bem-estar geral (Rajeswari & SanjeevaReddy, 2019). A capacidade de relaxar durante o trabalho de parto conservará energia e o relaxamento consciente entre as contrações torna as pausas mais repousantes.
- **Ioga:** O ioga é geralmente uma combinação de exercícios mentais, meditação, vários tipos de respiração profunda, alongamento e relaxamento, que produz melhorias ao nível da força muscular, da memória e da qualidade do sono e reduzem a percepção de dor. Quando realizado ainda durante a gravidez, os benefícios do ioga incluem: músculos e articulações mais fortes e flexíveis e os riscos reduzidos de parto pré-termo, hipertensão devido à gravidez e restrição de crescimento intrauterino (Kwon et al., 2020). Em relação ao parto, verificou-se que o ioga reduziu a necessidade de indução artificial do trabalho de parto, a episiotomia, a duração do trabalho de parto, também teve um efeito significativo no peso normal ao nascer e no parto na idade gestacional adequada (Smith et al., 2018; Yekefallah et al., 2021)⁵⁹. Praticar ioga para complementar a preparação para o parto permite melhorar as posturas físicas, os exercícios respiratórios e a concentração.

⁵⁸ A ansiedade é a resposta psicológica mais comum das mulheres ao trabalho de parto. A ansiedade materna durante o trabalho de parto leva à contração dos músculos do pavimento pélvico e dos músculos perineais e isso pode aumentar a dor do parto. Outro efeito da ansiedade é o seu efeito na progressão do parto. A ansiedade durante o trabalho de parto ativa o sistema nervoso simpático e expande a secreção de hormonas, como a adrenalina, a noradrenalina e o cortisol, o que pode levar à redução da efetividade das contrações uterinas, com consequente primeiro e segundo estádios de trabalho de parto prolongados, aumento das intervenções invasivas e até mesmo aumento da probabilidade de cesariana (Ghiasi, Bagheri & Haseli, 2019).

⁵⁹ Na revisão sistemática da Cochrane desenvolvida por Smith et al. (2018) cujo objetivo foi analisar se as técnicas mente-corpo para relaxamento, como o ioga, ajudariam a reduzir a dor e a melhorar as experiências de parto das mulheres foram incluídos 15 estudos envolvendo 1.731 mulheres. Ao comparar o uso de ioga com as intervenções de rotina, houve evidências de baixa qualidade de que o ioga reduziu a intensidade da dor, maior satisfação com alívio da dor e maior satisfação com a experiência do parto. Senso de controlo no trabalho de parto, amamentação, parto vaginal assistido e cesariana não foram relatados nesta comparação. Os autores concluíram que o ioga pode ter um papel na redução da dor e no aumento da satisfação com o alívio da dor, embora a qualidade da evidência varie de muito baixa a baixa. Já no ensaio clínico desenvolvido por Yekefallah et al. (2021) verificou-se que o ioga reduziu a indução do parto, a episiotomia, a duração do trabalho de parto, também teve um efeito significativo no peso normal ao nascer e no parto na idade gestacional adequada.

- **Hipnose:** A hipnose parece abranger estados alterados de consciência, como sonhar acordado, meditação ou concentração. Esses estados hipnóticos ou de “trance” suprimem de algum modo a atividade neural, entre o córtex sensorial e a amígdala – sistema límbico, inibindo a interpretação emocional de sensações, como por exemplo a dor. Este estado alterado de consciência resulta da conjugação da respiração e do relaxamento. Pretende-se uma respiração suave e profunda pelo nariz (inspirar relaxadamente) e uma expiração suave pela boca (deixar-se ir – exemplo, imaginar o percurso da ocitocina até ao cérebro e até útero). Pretende-se um relaxamento profundo, mas no controlo das ações (exemplo, imaginar a contração como uma onda do mar e deixar-se ir na onda/contração, subindo e descendo). E esse estado pode-se treinar ao longo da preparação para o parto⁶⁰.
- **Música:** Ouvir música durante o trabalho de parto pode mudar a forma como a pessoa percebe a dor, diminuindo a sua tonalidade desagradável. Pensa-se que ouvir música durante o trabalho de parto pode ativar processos mentais que tornam as sensações do parto mais confortáveis. A música pode estimular a glândula pituitária a libertar endorfinas e aumentar os níveis de serotonina. Ouvir música durante o trabalho de parto também pode promover o alívio da dor, ajudando a relaxar, reduzindo a ansiedade e proporcionando uma fonte positiva de distração durante o trabalho de parto. A música tem efeito diferente em diferentes mulheres e em diferentes momentos. A escolha da música é sempre em função das preferências individuais e das sensações que se pretende obter a cada momento (músicas mais alegres, mais rítmicas quando se pretende mais energia; música mais calma quando se pretende serenar). De facto, a familiaridade das pessoas com a música e suas preferências por música estão fortemente relacionadas com o quão relaxadas se sentem quando ouvem determinada música num determinado momento. Existem algumas qualidades objetivas que tornam a música relaxante, mas a música também é muito subjetiva e algo que pode ser relaxante para uma pessoa, pode não o ser para outra. Assim, ao longo da gravidez pode ser útil fazer uma *play list* para usar nos diferentes momentos do trabalho de parto⁶¹.

⁶⁰ Na revisão sistemática da Cochrane desenvolvida por Madden et al. (2016), com o objetivo de examinar a eficácia e segurança da hipnose para o controlo da dor durante o trabalho de parto e parto, foram incluídos nove ensaios clínicos randomizados (aleatórios) num total de 2954 mulheres. Os autores verificaram que as mulheres no grupo de hipnose eram menos propensas a usar analgesia ou alívio farmacológico da dor do que aquelas nos grupos de controlo. Para além disso, não foram observadas diferenças claras entre as mulheres no grupo de hipnose e aquelas nos grupos de controlo para a maioria dos outros resultados: percepção da capacidade para lidar com o trabalho de parto (“*sense of coping with labour*”) e parto vaginal espontâneo. Não houve diferenças claras na satisfação com o alívio da dor para as mulheres do grupo de hipnose a quem foi administrado “*petidine*”, “*entonox*”, epidural ou auto-hipnose.

⁶¹ Na revisão sistemática com meta-análise desenvolvida por Chuang et al. (2019), cujo objetivo foi determinar o efeito da música no controlo da dor e ansiedade em mulheres primíparas durante o trabalho de parto, incluiu cinco estudos abrangendo um total de 392 gestantes primíparas (197 no grupo de intervenção musical e 195 no grupo de cuidados de rotina). A música como uma intervenção pareceu diminuir os níveis de dor para mulheres primíparas durante o trabalho de parto, mas o efeito não foi estatisticamente significativo. No entanto, houve um benefício significativo da intervenção musical em comparação com os cuidados de rotina para mulheres primíparas durante o trabalho de parto. Na análise de sensibilidade, a intervenção musical mostrou efeito significativo na melhoria da dor e ansiedade em mulheres primíparas durante o trabalho de parto. Na revisão sistemática da Cochrane desenvolvida por Smith et al. (2018) cujo objetivo foi analisar se as

- **Mindfulness:** Pode ser entendido como o prestar atenção de uma maneira particular, propositadamente, no momento presente e sem julgamento. Treinar *mindfulness* durante a gravidez promove a resiliência, através do aumento da valorização da experiência momento a momento com uma atitude de não julgamento. O processo de aceitar as coisas como elas são e abordar as situações com uma mente aberta reduz a tensão e aumenta a confiança. A reformulação de si enquanto futura parturiente e assumir o parto como uma experiência flexível são formas de pensar relevantes para conseguir focar-se nas mudanças momento a momento, permitindo alguma confiança no corpo (Dhillon, Sparkes & Duarte, 2017). O treino deste modo de pensar tem efeitos na saúde mental antes, durante e após o parto (Dhillon, Sparkes & Duarte, 2017; Hulsbosch et al., 2021)⁶².
- **Visualização/imaginação guiada:** A visualização ajuda a mulher a lidar com o *stress* através de pensamentos positivos ou imaginando-se num ambiente agradável. Quando a mulher relaxa e utiliza imagens positivas, produz endorfinas que diminuem a intensidade e, na maioria dos casos, a sensação desagradável da sua dor. A visualização é uma estratégia de relaxamento que funciona para quase todas as pessoas. Pode ser feito em muitas situações e ser individualizada. Existem várias possibilidades para o fazer: 1) Reviver uma experiência positiva (um encontro, férias ou casamento, etc.), revivendo mentalmente momentos agradáveis das suas vidas e trazendo à tona as emoções positivas que sentiu. Esta visualização pode ser conseguida pela própria mulher ou orientada por alguém que viveu a experiência com ela desde que inclua todos os detalhes para ajudar a lembrar o evento e as emoções positivas, utilizando elementos que apelem a todos os órgãos dos sentidos – o que vê nesse lugar? O que ouve? O que cheira? A que sabe? O que toca? O que e como sente? 2) Imaginar um cenário ideal, por exemplo

técnicas mente-corpo para relaxamento, nomeadamente o uso de música, ajudariam a reduzir a dor e a melhorar as experiências de parto das mulheres foram incluídos 15 estudos envolvendo 1731 mulheres. Nesta revisão foram incluídos três ensaios clínicos randomizados (aleatórios) que compararam mulheres que usaram música durante o trabalho de parto e as que não usaram música em três países diferentes. Ao comparar o uso de música com as intervenções de rotina, houve evidência de menor intensidade da dor na fase latente para as mulheres que receberam música e evidências de qualidade muito baixa de nenhum benefício claro na fase ativa. Evidências de muito baixa qualidade não sugerem nenhum benefício claro em termos de redução do parto vaginal assistido. Satisfação com alívio da dor, sensação de controlo no trabalho de parto, satisfação com a experiência do parto e amamentação não foram relatados. Os autores concluíram que a música pode ter um papel na redução da dor e no aumento da satisfação com o alívio da dor, embora a qualidade da evidência varie de muito baixa a baixa. Na revisão sistemática com meta-análise desenvolvida por Santiváñez-Acosta, Tapia-López & Santero (2020), cujo objetivo foi avaliar a eficácia da "musicoterapia" para controlar a dor e a ansiedade durante o trabalho de parto, na qual foram incluídos 12 estudos envolvendo 778 mulheres. Os autores verificaram uma diminuição da percepção da intensidade da dor e dos níveis de ansiedade durante o trabalho de parto. Tendo por base os resultados, os autores concluíram que a música parece ter efeitos benéficos na intensidade da dor e ansiedade durante o trabalho de parto, especialmente em primíparas, acrescentado que a evidência é limitada.

⁶² Na revisão sistemática da Cochrane desenvolvida por Smith et al. (2018), cujo objetivo foi analisar se as técnicas mente-corpo para relaxamento, nomeadamente a *mindfulness* ajudariam a reduzir a dor e a melhorar as experiências de parto das mulheres, foram incluídos 15 estudos envolvendo 1731 mulheres com apenas um ensaio que avaliou a *mindfulness* versus o cuidado de rotina, tendo verificado um aumento na autoeficácia percebida. Não foram observadas evidências fortes de que os efeitos foram diferentes entre os grupos para satisfação no parto, ou para taxa de cesarianas, necessidade de parto vaginal assistido ou necessidade de medicamentos alívio da dor. Dhillon, Sparkes & Duarte (2017) desenvolveram uma revisão sistemática com meta-análise com o objetivo de estudar o efeito das intervenções baseadas na *mindfulness* realizadas durante a gravidez, explorando os resultados da atenção plena e da saúde mental. Os resultados sugerem que as intervenções baseadas na *mindfulness* podem ser benéficas para desfechos como ansiedade, depressão, *stress* percebido e níveis de *mindfulness* durante o período perinatal.

a história do parto ideal; mais uma vez, pode ser sozinha ou dirigida por alguém que conheça bem a forma como gostaria de vivenciar as contrações, o intervalo das contrações, a resposta à dor, sentir o feto, sentir os músculos perineais, etc. (quem estiver a guiar a visualização poderá observar as respostas corporais a algum dos elementos, por exemplo tensão muscular, para ser trabalhado posteriormente). 3) Imaginação guiada centrada na dilatação e descida do feto; explicar o que está acontecendo no corpo e usar essas imagens como uma ferramenta de relaxamento também pode ser benéfico pois, para algumas mulheres, saber que o que está a sentir é a dilatação do colo do útero e dar-lhe uma imagem desse processo pode ajudá-la a relaxar e lidar com o trabalho de parto. A orientação pode ser mais “real”, mostrando imagem/vídeos, para depois serem incorporados na criação de imagens mentais, ou algo mais abstrato como por exemplo visualização de um bebé descendo e saindo por algo parecido com uma gola alta ou, ainda mais abstrato, como a abertura de um botão de uma flor, descrevendo lentamente a abertura das pétalas. 4) Usar um objeto (por exemplo uma imagem, uma foto, etc.) como ponto de partida para a visualização e para ancorar emoções positivas.

- **Aromaterapia:** O uso de óleos essenciais concentrados tem uma ampla gama de indicações terapêuticas (Bertone & Dekker, 2021)⁶³. A aromaterapia pode ajudar no controlo da dor, ativando o pensamento e os processos mentais que interrompem a transmissão dos sinais de dor, desviando a atenção de uma sensação dolorosa, estimulando a libertação de endorfinas e ajudando a reformular pensamentos sobre as sensações desconfortáveis, substituindo-as por sensações agradáveis provocadas pelo aroma. Assim, poderá haver aromas de óleos essenciais que poderão ter efeito na redução da dor, por exemplo lavanda (alfazema), rosa damascena, laranja amarga, laranja doce e hortelã-pimenta (Bertone & Dekker, 2021; Liao et al., 2020; Ghiasi, Bagheri & Haseli, 2019; Lakhan et al., 2016).
- g) **Mobilidade verticalidade e alternância de posições** (ação sobre o *gate control*): A liberdade de movimentos e as posições verticalizadas durante o trabalho de parto favorecem a circulação materno-fetal, melhoram a oxigenação do feto, produzem contrações uterinas mais eficazes e aliviam a dor. Também reduzem a duração do trabalho de parto, facilitam a descida do feto e diminuem o trauma perineal. Durante o parto, as mulheres sentem uma dor menos intensa quando estão numa posição vertical ou lateral. As intervenções que limitam significativamente a mobilidade podem aumentar a dor (exemplo, a indução do trabalho de parto, monitorização

⁶³ A aromaterapia pode ajudar no controlo da dor, ativando o pensamento e os processos mentais que interrompem a transmissão dos sinais de dor, desviando a atenção de uma sensação dolorosa, estimulando a libertação de endorfinas e ajudando a reformular pensamentos sobre as sensações desconfortáveis. A teoria por trás dessa modalidade abrangente de gestão da dor é conhecida como “Controlo dos centros superiores do sistema nervoso central” (CNSc) (Chaillet et al., 2014). Além do mecanismo do CNSc, a aromaterapia também pode funcionar reduzindo o cortisol e aumentando os níveis de serotonina. A aromaterapia expõe as pessoas a moléculas de cheiro que se ligam a receptores olfativos na cavidade nasal. Os sinais elétricos são então transmitidos ao cérebro pelos neurónios sensoriais olfativos. Esses sinais elétricos estimulam o sistema límbico (a parte do cérebro que lida com emoções e memórias) e, ao fazê-lo, a aromaterapia pode diminuir a ansiedade e reduzir a perceção da dor (Hamdamian et al., 2018; Bertone & Dekker, 2021).

cardíaca fetal contínua sem telemetria e o uso de soroterapia). Em pé, sentada, agachada, ou qualquer outra posição confortável escolhida pela mulher pode ser eficaz e não ter impacto negativo, nem na grávida, nem no feto. As mulheres podem ser encorajadas a procurar responder ao que o corpo lhe pede usando esses superpoderes: mover-se e mudar a posição em função do conforto percebido⁶⁴. Os posicionamentos podem ser diversificados com o auxílio de dispositivos tais como bola de parto, banco de parto, barras ou faixas para suspensão (Bonapace et al., 2018; Lawrence et al., 2013).

h) **Ambiente da sala de partos:** A criação de um ambiente familiar e privado, no qual a mulher tenha maior probabilidade de se sentir segura e relaxada durante o trabalho de parto, é promotor da confiança e relaxamento. Esse ambiente proporciona à mulher uma sensação de controlo pessoal (Jenkinson, Josey & Kruske, 2014; Stenglin & Foureur, 2013). Os principais elementos que contribuem para um ambiente de parto calmo e tranquilizador são:

- privacidade⁶⁵;
- posição da cama⁶⁶;

⁶⁴ No trabalho de parto, a resposta fisiológica mais importante à dor é o movimento. A liberdade de movimentos permite que a mulher instintivamente assuma posições em que a resistência e a compressão dos tecidos são reduzidas. A mulher, portanto, protege-se de danos da pelve, colo do útero e períneo, enquanto, ao mesmo tempo, protege o bebé de posições inadequadas que poderiam causar pressão excessiva sobre a cabeça. Ao agir desta forma, a mulher pode reduzir os níveis de stress do bebé, bem como a sua própria dor.

⁶⁵ Privacidade – A privacidade é crucial para acalmar o neocórtex e apoiar a libertação das hormonas necessárias para o trabalho de parto, incluindo a ocitocina (Lothian, 2004). O neocórtex é a parte do cérebro dos mamíferos responsável por funções cognitivas superiores (como linguagem e raciocínio espacial). As emoções e sensações observadas estão associadas a um aumento da atividade neocortical e à subsequente libertação de adrenalina (Lothian, 2004). As hormonas de stress impedem a libertação da ocitocina necessária para o trabalho de parto e ligação mãe-filho logo após o nascimento (Romano & Lothian, 2008). A procura da privacidade pode ser observada noutros mamíferos, por exemplo as fêmeas chimpanzé têm as crias em lugares privados e tranquilos, longe do grupo principal (Lothian, 2004). Assim, o ambiente físico pode apoiar os processos hormonais de trabalho de parto e nascimento, proporcionando uma sensação de controlo sobre a privacidade (Forbes et al., 2008; Shin, Maxwell & Eshelman, 2004; Foureur, 2010). O controlo pessoal sobre a interação social, especialmente a interação com membros não familiares, é importante para as mulheres que estão em trabalho de parto (Shin, Maxwell & Eshelman, 2004; van der Pijl et al., 2021). Para manter a privacidade, poder-se-á simplesmente bater na porta antes de entrar e fechar a porta depois de entrar ou usar roupa fresca, mas que evite a exposição do corpo (Shin, Maxwell & Eshelman, 2004; Foureur, 2010).

⁶⁶ Posição da cama – é prática comum colocar a cama de hospital no centro de a sala de parto para facilitar as intervenções clínicas. Esta centralidade da cama contribui para a sensação de “vigilância” e destaca a cama como “papel principal” para o parto (Stenglin & Foureur, 2013). O *design* do ambiente de parto está cada vez mais no sentido de evitar dispor a cama num espaço central da sala de partos; aliás, alguns pesquisadores sugerem que a cama seja removida por completo e substituída por outro equipamento (Hodnett et al., 2012). Em algumas instalações de parto, as camas são retráteis para as cavidades da parede. Todavia, numa perspetiva fisiológica, a posição ideal, tendo em consideração a proporção de tamanho de cabeça fetal e pelve materna, para as mulheres parirem deveria ser ereta ou agachada (Lothian, 2004; Gupta et al., 2017; Lawrence, Lewis, Hofmeyr & Styles, 2013). O agachamento é conhecido por ser benéfico na redução da dor nas costas, facilita a oxigenação fetal e pode facilitar a rotação do feto através do canal do parto (Lothian, 2004). As posições em pé também estão associadas a taxas mais baixas de uso de fórceps ou ventosa e taxas mais baixas de episiotomia (Gupta, Hofmeyr & Shehmar, 2012). Uma revisão da Cochrane sobre posição e mobilidade durante o trabalho de parto verificou que as mulheres em posturas verticais tinham trabalhos de parto mais curtos, menos cesarianas, menos analgesia epidurais e os seus bebés tinham menos probabilidade de serem admitidos nos cuidados intensivos (Lawrence, Lewis, Hofmeyr & Styles, 2013). A posição adotada para o parto também pode ter significado psicológico para a mulher, pois a *disposição da mulher na mesa [cama] efetivamente demarca a parte inferior de seu corpo como domínio de atenção do “especialista”*.

- iluminação⁶⁷;
- janelas;
- sons/barulho⁶⁸;
- decoração, móveis e equipamentos⁶⁹;
- aspetos olfativos⁷⁰;
- itens pessoais⁷¹;
- espaço para se mover, dispositivos facilitadores do trabalho de parto, chuveiro e casa de banho privativa;
- elementos culturais, espirituais ou religiosos significativos para a mulher (Jenkinson, Josey & Kruske, 2014).

⁶⁷ O controlo da intensidade da luz é uma das maneiras mais fáceis de fornecer às mulheres controlo sobre seu ambiente de parto (Stenglin e Foureur, 2013). Luz artificial brilhante estimula o neocórtex provocando a libertação de adrenalina e hormonas de stress (Lothian, 2004). Stenglin e Foureur (2013) afirmam que o uso de iluminação fluorescente forte é a marca registada de ambientes clínicos altamente vigiados. Uma luz mais brilhante pode estimular a atividade, enquanto uma iluminação mais suave pode criar um ambiente mais tranquilizador (Hauck, Rivers & Doherty, 2008; Foureur, 2010) e uma maior sensação de privacidade (Stenglin & Foureur, 2013). A iluminação poderá também ser usada fonte de distração terapêutica, por exemplo, as luzes projetadas (como em uma sala *Shoezelen*) ou luzes de teto que retratam o céu noturno também podem ser uma distração terapêutica valiosa, associadas a decoração, música ambiente (escolhida pela própria) e aromas.

⁶⁸ O ruído ambiental contínuo parece ser inerente ao ambiente hospitalar e pode afetar negativamente a memória, causar aumento da agitação, reduzir a tolerância à dor e aumentar o uso de analgésicos farmacológicos (Foureur, 2010; Short et al., 2010; Short et al., 2014). A insonorização das salas de parto também contribui para a privacidade. As mulheres precisam de se sentir confortáveis ou suficiente para fazer barulho durante o trabalho de parto sem medo de serem ouvidas, nem devem preocupar-se com ouvir os sons de outras mulheres (Foureur, 2010). O som é interpretado como uma ação reflexa e, portanto, ruídos externos são rapidamente transmitidos para o cérebro, onde o tom e o volume são interpretados como causando alarme ou transmitindo segurança (Stenglin & Foureur, 2013). A música também pode ser uma maneira útil de bloquear ruídos de fundo e aumentar a sensação de privacidade que uma mulher na sala de partos (Short et al., 2014). A inclusão de sons naturais gravados também pode ter um efeito calmante. As mulheres podem usar música durante a preparação para o parto e ouvir a mesma música durante o trabalho de parto. Os fones de ouvido podem ser uma maneira útil de ajudar a mulher a bloquear o ruído de fundo; o volume e o tipo de música devem ser determinados pela mulher.

⁶⁹ Poderá ser sugerido levar objetos/imagens/cartões com frases ou usar o que já existe na sala de partos como pretexto para focar a atenção. Por exemplo, se na sala de partos existir janela para o exterior, para além da luz natural, que apoia o biorritmo natural do corpo (Foureur, 2010), pode ser uma fonte de distração olhando para o que se passa lá fora. Mesmo dentro da sala de partos poderão existir outros objetos (por exemplo: aquários, sistemas de projeção de luz e janelas/ecrãs que ofereçam cenários apelativos e significativos para a parturiente (ex. ecrã eletrónico gigante onde possa escolher o cenário) que fornecem pontos focais visuais de distração (Foureur, 2010). Também o esquema de cores e os materiais usados num ambiente de parto podem desempenhar um papel significativo na formação do humor (Foureur, 2010). Por isso, na escolha das cores dos objetos/ imagens/ cartões devem ser evitados os brancos e bege, já que são cores que contribuem para uma sensação clínica forte (Stenglin & Foureur, 2013), e cores vivas (estimulam o neocórtex). As cores ideais incluem azuis profundos, roxos, rosas e verdes (Dalke et al., 2006).

⁷⁰ Há uma forte ligação entre emoção e cheiro; com aromas agradáveis há maior probabilidade de diminuir a ansiedade e a percepção da dor e aromas desagradáveis aumentam a ansiedade e o stress. Para muitas mulheres, 'aquele cheiro de hospital' é, em si, uma fonte de stress. O que se poderá fazer é sugerir que a mulher leve itens pessoais de casa, que tenham um cheiro que aprecie e cause boas sensações, já que esta possibilidade coloca no ambiente do parto objetos domésticos familiares e, também, os cheiros da sua própria casa (Stenglin & Foureur, 2013). O uso de aromaterapia parece ter efeitos ao nível dos níveis de ansiedade, apesar de ser controverso o seu efeito na percepção da dor de trabalho de parto (Smith, Collins & Crowther, 2011).

⁷¹ Um dos motivos pelos quais as mulheres podem reagir negativamente ao ambiente hospitalar é a natureza estéril e impessoal (Shin, Maxwell & Eshelman, 2004). Por isso, defende-se a personalização do ambiente de parto, permitindo à mulher criar um "território" onde se sinta segura para adotar uma gama mais ampla de comportamentos. Assim, levar itens com significado pessoal e de conforto pode ser uma estratégia de criar um "bom ambiente".

Nem todos estes elementos estão disponíveis nas salas de parto, mas poderão ser feitos alguns ajustes. Estes aspetos poderão ser acrescentados no «Plano do meu parto». Assim, ao longo da preparação para o parto, poder-se-ia proporcionar momentos para as mulheres vivenciarem e experimentarem um espaço com equipamentos e recursos, em particular se for um local com luz, sons, cores, texturas e aromas, onde os objetos são coloridos e disponibilizados para serem tocados e admirados. Por exemplo, ter em exibição todas as características de um *snoezelen*⁷² típico ou de uma sala multissensorial permitiria à mulher escolher as suas próprias preferências sensoriais para induzir o relaxamento. A estimulação sensorial é utilizada como promotora de relaxamento e lazer. Os meios utilizados possuem uma forte capacidade de estimulação, atuando em múltiplos circuitos neocorticais, a nível da propriocepção, sistema vestibular e cinestésico. Esta preparação, através da experimentação e escolha do apropriado e recursos individualizados de utilização, a ligação que esta vivência proporciona ao casal, e o “conhecer” e familiarizar-se com o ambiente, irão auxiliar o processo fisiológico de libertação da ocitocina e das endorfinas durante o parto, que ajuda a aliviar a dor, relaxar os músculos e desviar a atenção da dor.

⁷² Um ambiente *snoezelen* pode ser usado como uma distração da dor, concentrando-se em vários sentidos, incluindo visuais e auditivos. Ambiente multissensorial controlado ou “sala Snoezelen” é um termo holandês que significa uma sala projetada para estimular os sentidos das pessoas. Snoezelen (do neerlandês) resulta da contração de SNUFFELEN = cheirar/explorar, com DOEZELEN = relaxar, conceito definido nos anos 1970 por Jan Hulsegge e Ad Verheul. Sala Snoezelen é “uma sala equipada com material para estimulação sensorial. O design da sala era uma combinação de música leve, tanque de peixes, ilusões de ótica e óleos aromáticos, valorizando a luz, sons, cores, texturas e aromas (exemplo, lavanda/alfazema). É usado nas demências e na psiquiatria, doenças degenerativas do idoso, como a Doença de Alzheimer; em pessoas com dor crónica; com comportamentos hiperativos; com danos cerebrais e outras situações semelhantes. A primeira sala de snoezelen foi construída em 1997 para o tratamento de crianças com condições graves e potencialmente fatais que sofriam de dor. O ambiente multissensorial controlado também foi utilizado para o tratamento de pessoas com deficiência. O objetivo era fornecer um ambiente de relaxamento por meio de estimulação suave e oportunidades de interação e redução da fadiga. Um estudo avaliou o efeito da terapia *snoezelen* no controlo da dor crónica por meio da comparação do método de tratamento tradicional com a estimulação multissensorial para promover relaxamento. Ele mostrou redução significativa na intensidade da dor e fadiga durante o primeiro mês de utilização desse método. Parece necessário proporcionar este tipo de ambiente durante o processo de parto, o que pode diminuir o *stress* emocional das mães (Jamshidi Manesh, Kalati & Hosseini, 2015; Hauck, Rivers & Doherty, 2008; Nielsen & Overgaard, 2020). No estudo de Nielsen & Overgaard (2020), as autoras verificaram que o ambiente estava bem adaptado às necessidades das mulheres, oferecendo uma transição redutora de *stress* e ansiedade para o ambiente hospitalar, ao mesmo tempo que as ajudava a obter conforto físico.

6

CAPACIDADE PARA USAR ESTRATÉGIAS FACILITADORAS DO TRABALHO DE PARTO

Sentir-se capaz para lidar com o trabalho de parto contribui para que a mulher tenha uma experiência mais positiva, por se sentir mais no controlo do processo, mais informada para fazer escolhas e compreenda melhor o processo em si. De facto, a mulher é a protagonista do seu parto, que é dela de mais ninguém. Por isso, precisa, ao longo da preparação para o parto, desenvolver as capacidades para conseguir lidar com o “seu” trabalho de parto com confiança e segurança. De facto, empoderar é ajudar a reconhecer e a desenvolver os recursos, em especial os recursos internos.

Acredita-se, e a evidência vai apontando neste sentido, que se as mulheres possuírem uma compreensão da fisiologia do trabalho de parto, bem como das práticas de cuidado baseadas em evidências que facilitam esse processo, terão maior probabilidade de aguardar que o trabalho de parto inicie espontaneamente, mover-se livremente durante o trabalho de parto, adotar posições verticais, menos intervenções de rotina e manter o recém-nascido em contacto pele com pele após o parto (Lothian, 2016). Assim, ao longo da preparação para o parto importa desenvolver uma variedade de habilidades, associadas a critérios para a decisão, como garante do potencial para o sucesso em determinada(s) habilidade(s).

A capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto envolve desenvolver habilidades para usar a posição corporal, os ossos e os músculos pélvicos, com ou sem dispositivos, como elementos facilitadores do trabalho de parto. Assim, importa proceder à avaliação da capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto, antes e/ou aquando do uso da estratégia durante a intervenção.

Assim, o ponto de partida é se a mulher possui ou não experiência no uso das estratégias. Se não possui experiência (A), este dado suporta o diagnóstico e a implementação de todas as intervenções. Se a mulher tem experiência, a avaliação da capacidade é realizada durante a execução do exercício proposto (Tabela 7). As expectativas e preferências pessoais expressas no Plano de parto ajudam a definir quais as estratégias mais significativas para cada mulher e orientam na definição de prioridades na apresentação das diversas estratégias.

Tabela 7. Capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto: possíveis parâmetros a observar e respetivos critérios de diagnóstico

	Crítérios de diagnóstico
Sem experiência	<ul style="list-style-type: none"> • (A) Sem experiência anterior no uso das estratégias.
Com experiência (observar como realiza os exercícios propostos/ valorizar o modo como os descreve/sente)	<ul style="list-style-type: none"> • (B) A posição e/ou equilíbrio necessitam ser melhorados para evoluir para mestria. • (B) Não evidencia compreensão/efeito do exercício na mobilidade da pelve. • (C) O uso de dispositivos necessita ser melhorado para evoluir para mestria (revela insegurança, desequilíbrios, etc.). • (D) Não descreve concretamente como realiza os exercícios de Kegel. • (D) Não demonstra (no modelo) como realiza a massagem perineal.
Disponibilidade para aprender/experienciar	<ul style="list-style-type: none"> • Revela interesse em aprender/experienciar: envolve-se ativamente no treino; faz perguntas; tem uma postura reveladora de interesse no que está a ser dito; procurou informação sobre o assunto, etc.

Fonte: autoras, 2023

Face aos critérios de diagnóstico é possível identificar: **Potencial para melhorar a capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto** e prescrever as intervenções que garantam cuidados individualizados (Tabela 8).

Tabela 8. Capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto: relação entre critérios de diagnóstico e o diagnóstico

Crítério de diagnóstico	Síntese diagnóstica	Intervenção
Se A e/ou B e disponibilidade para aprender	Potencial para melhorar a capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto	Instruir & Treinar posição corporal facilitadora do trabalho de parto
		Instruir & Treinar exercícios da mobilidade da pelve
		Instruir & Treinar exercícios músculo articular pélvicos Instruir & Treinar exercícios músculo articular pélvicos em meio aquático
Se A e/ou C e disponibilidade para aprender		Instruir & Treinar uso de dispositivos facilitadores do trabalho de parto
Se A e/ou D e disponibilidade para aprender		Instruir & Treinar exercícios musculares pélvicos
Se não A e B e C e D	Capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto facilitadora	-----

Fonte: autoras, 2023

6.1. Intervenções promotoras da mestria no uso de estratégias facilitadoras do trabalho de parto

A capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto pode ser entendida como o conjunto de habilidades necessárias para ser capaz de realizar determinada ação que visa, direta ou indiretamente, influenciar positivamente a evolução do trabalho de parto. As habilidades são desenvolvidas pelo treino no sentido da mestria e confiança na sua execução e efeito terapêutico pretendido. A comunicação, incluindo linguagem positiva e uma abordagem flexível são relevantes para ajudar a mulher a sentir-se no controlo e a confiar no que o seu corpo sente e lhe pede a cada momento.

6.1.1. Instruir & Treinar⁷³ posição corporal facilitadora do trabalho de parto

Um dos pilares do ser humano é a verticalidade. A verticalidade é uma característica própria da espécie e está inerente à dignidade humana, permitindo, por exemplo, o contacto ocular ao mesmo nível com os outros, conforme a pessoa está habituada no seu dia a dia (Phaneuf, 2007). Estar de pé faz parte da vida. Por isso, ajudar a pessoa a estar de pé e a mobilizar-se é contribuir para a sua saúde.

No âmbito do trabalho de parto, as evidências apontam para as mais-valias das posições verticais e movimentos corporais⁷⁴. As posições e os movimentos corporais usam a gravidade para ajudar na descida da cabeça do feto através da pelve. Com a ação conjunta da gravidade e contrações uterinas, a cabeça fetal apoia-se direta e uniformemente no colo do útero; para além disso, a posição vertical intensifica a força, a regularidade e a frequência das contrações uterinas, favorecendo a dilatação do colo do útero (Lawrence et al., 2013). Acresce ainda que a mudança de posição e movimentos diminuem a probabilidade de compressão dos vasos sanguíneos abdominais pelo útero e isso maximiza o fluxo sanguíneo uterino para a placenta e o feto durante o trabalho de parto (Lawrence et al., 2013). A movimentação pode aumentar a sensação de controlo e o nível de conforto da mulher durante o trabalho de parto, proporcionando uma distração autorregulada. De todo modo, importa salientar que, para a maioria das mulheres, nenhuma posição precisa ser obrigatória ou proibida (ACOG, 2019). Posicionar-se e apreender – compreender, experienciando – o modo como determinada posição poderá influenciar o seu trabalho de parto constitui

⁷³ As intervenções do domínio **instruir e treinar** são diferentes, quer ao nível da conceção quer ao nível da implementação e, por isso, devem estar diferenciadas. Todavia, no âmbito da preparação para o parto, as intervenções dos domínios “instruir” e “treinar” são implementadas sequencialmente, demonstrando como se faz (instruir) e praticamente em simultâneo a grávida e/ou pessoa significativa experienciam (treinar), pelo que serão apresentadas em conjunto.

⁷⁴ Na revisão da Cochrane desenvolvida por Lawrence et al. (2013) cujo objetivo foi entender os riscos e benefícios das posições que as mulheres escolhem durante o trabalho de parto, na qual foram incluídos 25 estudos, envolvendo 5218 mulheres. Com os resultados desta revisão, os autores concluíram que há evidências claras e importantes de que caminhar e posições eretas no primeiro estágio do trabalho de parto reduzem a duração do trabalho de parto, o risco de parto por cesariana, a necessidade de epidural e não parece estar associado ao aumento da intervenção ou efeitos negativos nas mães e o bem-estar dos bebês. Assim, com base nas evidências atuais, importa que as mulheres em trabalho de parto de baixo risco sejam informadas sobre os benefícios das posições verticais e encorajadas e auxiliadas a assumir as posições de sua escolha.

uma mais-valia na preparação da mulher para o seu parto. Assim, com estas intervenções pretende-se que a mulher seja capaz de:

- Adotar posições corporais facilitadoras do início do trabalho de parto.
- Adotar posições corporais facilitadoras da progressão do trabalho de parto.

Atividades que concretizam as intervenções:

1) Demonstrar como realizar os exercícios promotores da evolução do trabalho de parto, permitindo que a grávida experiencie (treine) o efeito em si e treine a sua utilização: Alguns exercícios facilitam o posicionamento do feto mais favorável para o parto e o alinhamento corporal. Associar a respiração diafragmática e o relaxamento ajudam a relaxar os músculos do pavimento pélvico (exemplo de como a intervenção poderá ser implementada^V).

6.1.2. Instruir & Treinar exercícios músculo articular pélvicos (mobilidade da pelve)

A mobilidade da pelve é um recurso que a mulher leva inevitavelmente para o seu parto e que poderá ser uma mais-valia para a progressão da descida fetal. Por isso, compreender como pode usar este recurso para facilitar a descida da apresentação fetal poderá ser uma mais-valia⁷⁵. Para efeitos de identificação das estruturas pélvicas para as mulheres, propõem-se o uso das designações de “entrada da pelve” para o estreito superior e “saída da pelve” para o estreito inferior nas interações com a grávida/casal. Os movimentos da pelve incluem a natação⁷⁶ e contranatação do sacro, distensão da sínfise púbica e rotação da articulação coxofemoral. Estes movimentos são determinados pelo trabalho conjunto da mulher⁷⁷ e do feto⁷⁸ durante o trabalho de parto. Durante a gravidez, as articulações tor-

⁷⁵ A articulação sacroilíaca é a maior articulação axial do corpo. Numerosos ligamentos ao longo da articulação suportam e limitam estas articulações. Os dois movimentos principais ocorrem quando o sacro se move em relação aos ossos ilíacos no plano sagital (natação e contranatação). A articulação sacroilíaca tem três planos de movimento em flexo-extensão (natação/contranatação) é de aproximadamente 3°, a rotação axial é em torno de 1,5° e a curvatura lateral de 0,8°. Embora vários dos maiores e poderosos músculos do corpo circundem as articulações sacroilíacas, nenhum músculo afeta diretamente os movimentos sacrais. Os músculos que desempenham um papel de estabilidade são o transversos abdominal e os músculos do pavimento pélvico (músculos levantador do ânus e cóccigeo).

⁷⁶ Natação foi um termo introduzido em 1854 por Duncan, quando observou que, durante a segunda fase do trabalho de parto, as mulheres tendiam a elevar a sínfise púbica, reaparecendo novamente na literatura anatómica em 1955 por Weisl. Em 1996, Jean Sutton ofereceu uma explicação confiável para esse comportamento, descrevendo-o como uma ação reflexa, desencadeada quando o feto desce para a pelve, faz com que o losango de Michaelis (cóccix, sacro e vértebras lombares inferiores) se mova para trás expandindo a pelve de saída.

⁷⁷ Para além deste efeito, poderá existir um ligeiro aumento da expansão pélvica se for adotada uma posição de parto que permita que o sacro fique livre. O aumento adicional dos diâmetros pélvicos durante o trabalho de parto pode ser encorajado pela adoção de posições de agachamento ou agachamento modificado. Nessas posições, os diâmetros transversais da pelve tendem a expandir-se ainda mais, o que pode ajudar a libertar o sacro e permitir livre movimento.

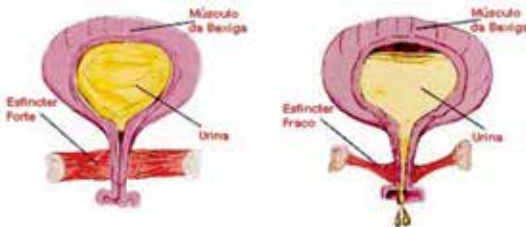
⁷⁸ A pressão exercida pela cabeça do feto também promove uma adaptação gradual tanto do diâmetro ântero-posterior quanto dos diâmetros transversais pélvicos durante o trabalho de parto; para além disso, à medida que o feto desce pela pelve materna, a nuca entra em contacto com o plexo nervoso, próximo à junção da bexiga com a uretra o que estimula a natação do sacro (movimento para trás do losango de Michaelis até 2 cm). De acordo com Sutton (2001), os movimentos reais da pelve provavelmente envolvem contranatação sacral, produzida quando o feto passa pelo promontório, seguida por uma ação de natação quando o feto passa pela pelve de saída. Acrescenta ainda que é provável que o movimento do sacro não seja possível em todas as mulheres e isso pode ser devido à mobilidade reduzida do ligamento e articulação sacroilíacos.

nam-se mais relaxadas por ação das hormonas, o que favorece a amplitude destes movimentos. Os exercícios promotores da mobilidade da pelve durante a gravidez promovem o aumento da flexibilidade das articulações pélvicas e favorecem a insinuação e descida da apresentação fetal⁷⁹. Por conseguinte, com estas intervenções pretende-se que a mulher seja capaz de:

- Mobilizar a pelve de forma a facilitar a progressão do trabalho de parto.

Também os músculos têm um papel importante. As mudanças fisiológicas durante a gravidez e o parto causam aumento da pressão abdominal e diminuição do colágeno na estrutura de suporte do assoalho pélvico, o que reduz a força muscular e relaxa os tecidos de suporte do assoalho pélvico. O aumento do peso do útero e as alterações hormonais ao longo da gravidez são fenómenos que concorrem para uma pressão maior sobre os músculos do pavimento pélvico e conseqüente aumento da vulnerabilidade. Por isso, o período da gravidez é propenso a disfunção do assoalho pélvico. A cabeça fetal exerce compressão mecânica contínua e promove o estiramento dos músculos e dos nervos do pavimento pélvico à medida que a apresentação fetal avança através do canal de parto, fazendo com que esses músculos e nervos sejam alongados e danificados, levando à perturbação da função das fibras musculares que eles inervam. Um estudo sobre o movimento e ângulo de rotação do colo da bexiga de primíparas mostrou que o parto aumenta o movimento do colo da bexiga, e a incidência de incontinência urinária pós-parto aumenta significativamente naquelas que têm um aumento no movimento do colo da bexiga antes do parto⁸⁰. Estima-se que cerca de 200 milhões de mulheres em todo o mundo não estão familiarizadas com os exercícios dos músculos do pavimento pélvico e aproximadamente 50% das mulheres não os realizam corretamente (Zahra et al., 2014; Sobhgo, 2020).

⁷⁹ Em estudos radiológicos em ressonância magnética exploraram a possibilidade de avaliar os diâmetros endopélvicos de sujeitos posicionados em diferentes posturas: na posição supina, de quatro (apoiando-se nas mãos e joelhos) e no agachamento ajoelhado. Alterações significativas foram destacadas na mudança de posição (com diminuição dos diâmetros do conjugado em cerca de 3 mm, aumento dos diâmetros ântero-posteriores do plano médio e de saída de 4 e 5 mm, enquanto os diâmetros transversais mostram um aumento de cerca de 15 mm). O estudo foi realizado em dois grupos de mulheres: grávidas e não grávidas. Os resultados foram os mesmos. A entrada pélvica mostrou menos diferença do que a saída e o meio da pelve: isso pode significar que, ao mudar de posição, a entrada modifica mais sua forma e inclinação no plano horizontal do que seu diâmetro transversal (Reitter et al., 2014). No campo clínico obstétrico, a avaliação da qualidade da movimentação pélvica posterior é proposta como uma indicação geral da possibilidade de parto vaginal. Os diâmetros da zona do sacro são o diâmetro transversal que se encontra entre as duas espinhas ilíacas superiores posteriores e o diâmetro longitudinal estendido entre a apófise espinhosa da quinta vértebra lombar e o início do sulco interglúteo. Estes diâmetros aumentam a amplitude quando as grávidas passam da posição ereta para a posição de agachamento (Siccardi, Imonugo & Valle, 2021).



80

(imagem disponível em http://www.saudeemmovimento.com.br/conteudos/conteudo_print.asp?cod_noticia=1036)

O regime de exercícios dos músculos do pavimento pélvico é variável entre os autores. De todo o modo, os resultados dos estudos recentes apontam para benefícios, ao nível da probabilidade de parto vaginal, diminuição da duração do período expulsivo e menor probabilidade de trauma perineal (El-Shamy & Abd El Fatah, 2017⁸¹; Sobhgol, 2020; Sobhgol, Smith & Dahlen, 2020; Woodley et al., 2021). O treino dos músculos do pavimento pélvico reduz o risco de desenvolver incontinência urinária na gravidez e após o parto, particularmente nas mulheres que iniciam os exercícios durante a gravidez, contribuindo ainda para a prevenção de prolapso e prevenção de problemas ao nível sexual (Woodley e Hay-Smith, 2021⁸²). Um ponto chave do programa de exercícios é a motivação e o acompanhamento (Sobhgol, 2020⁸³; Bø et al., 2012⁸⁴). Para além disso, a realização dos exercícios centrados nos músculos do pavimento pélvico continua a ser o *gold standard* para aumentar a força dos músculos pélvicos (Bø, Ellstrøm Engh & Hilde, 2018; Jacomo et al., 2020)⁸⁵.

⁸¹ No RCT desenvolvido por El-Shamy & Abd El Fatah (2017) teve como objetivo avaliar o impacto dos exercícios pré-natais nos músculos do pavimento pélvico (MAP) no tipo de parto. A intervenção consistiu em: orientar a grávida a respirar normalmente durante os exercícios, a não tentar movimentar as pernas, nádegas ou músculos abdominais durante os exercícios, a relaxar por um período igual ao período da contração, e aumentar o número de contrações gradualmente de um mês para o outro. Para ensinar o exercício, cada grávida foi instruída a contrair os MAP na base da pelve inserindo dois dedos na vagina e tentando contrai-la. Depois disso, foi ensinada a contrair os músculos enquanto tentava simular "parar o fluxo de urina" por uma contagem de 6, igualando 6 de contração e mais 6 de relaxamento, com 2 minutos de descanso entre as repetições. Os exercícios foram realizados com a grávida em decúbito lateral esquerdo, sentada e em pé. Estas foram repetidas duas vezes por dia em casa, três vezes por semana. Os participantes também foram orientados a contrair o pavimento pélvico sempre que tossissem ou espirrassem. As 36 semanas, o número de contrações/repetições foi aumentado para 12. Os resultados evidenciaram uma mudança significativa entre os dois grupos na força média dos músculos do pavimento pélvico às 36 semanas e uma correlação significativa entre a força dos músculos do pavimento pélvico às 36 semanas e o tipo de parto (parto vaginal: $r = 0,58$, $p < 0,05$; parto cesariana: $r = -0,49$, $p < 0,05$). Face aos resultados, os autores concluem que os exercícios dos músculos do pavimento pélvico são recomendados para grávidas saudáveis como uma estratégia segura e económica para aumentar a taxa dos partos vaginais.

⁸² Na revisão sistemática da Cochrane desenvolvida por Woodley et al. (2021), cujo objetivo foi avaliar os efeitos dos exercícios musculares do pavimento pélvico na prevenção ou tratamento da incontinência urinária e fecal em mulheres grávidas ou pós-parto e resumir os principais achados de avaliações económicas relevantes, foram incluídos 46 ensaios clínicos envolvendo 10 832 mulheres de 21 países. Os resultados, em comparação com os cuidados habituais, apontam para que as mulheres grávidas continentes que realizam exercícios musculares do pavimento pélvico durante o período pré-natal provavelmente têm um risco menor de relatar incontinência urinária no final da gravidez. O mesmo já não foi observado no tratamento da incontinência urinária.

⁸³ Sobhgol (2020) desenvolveu um RCT que envolveu 200 grávidas que objetivou testar a eficácia de um programa pré-natal de exercícios dos músculos do assoalho pélvico, sem exame vaginal ou método invasivo, e colocou mais ênfase na continuidade dos exercícios e na motivação. No estudo de Sobhgol (2020) refere que a limitação do programa de exercícios dos músculos do pavimento pélvico que implementou foi que a força muscular do pavimento pélvico (FMAP) não foi avaliada antes e depois da intervenção, pois as participantes eram todas nulíparas sem disfunção dos músculos do pavimento pélvico no início do estudo. O programa consistia em 13 repetições (8 lentas e 5 rápidas), três vezes ao dia, da 20ª semana até ao parto, incluindo a realização dos exercícios em diferentes posições, como em pé, sentada e deitada e técnicas de respiração. O acompanhamento incluiu dois contactos telefónicos semanais e consultas pré-natais. Foi entregue diário para registo dos exercícios em casa para manter a motivação.

⁸⁴ De acordo com Bø et al. (2012), as mulheres que realizaram exercícios dos músculos do pavimento pélvico com treino supervisionado obtêm o efeito mais benéfico em comparação com aquelas que não recebem supervisão.

⁸⁵ Na revisão sistemática desenvolvida por Jacomo et al. (2020), os resultados demonstraram que o Pilates, o método Paula e os exercícios hipopressivos são ineficazes no aumento da força dos músculos pélvicos, a menos que sejam realizados em conjunto com o treino dos músculos do assoalho pélvico. Tendo em conta os resultados, os autores defendem que o treino dos músculos do pavimento pélvico continua a ser o padrão ouro para aumentar a força dos músculos pélvicos. Bø, Ellstrøm Engh e Hilde (2018) desenvolveram um estudo transversal em grávidas com idade gestacional média de 20,9 ($\pm 1,4$), incluindo 218 gestantes nulíparas, com idade média de 28,6 anos (variação, 19–40 anos) e índice de massa corporal pré-gestacional de 23,9 kg/m², cujo objetivo foi comparar a pressão vaginal em repouso, a força muscular do pavimento pélvico e a resistência em praticantes regulares (exercício ≥ 30 minutos, três ou mais vezes por semana) e não praticantes de exercícios e avaliar se o exercício geral regular ou a força muscular do pavimento pélvico estavam associados à incontinência urinária. Os resultados evidenciaram que as grávidas praticantes de exercício regular tiveram músculos do pavimento pélvico mais fortes e mais resistentes. Foi ainda verificado que a força muscular do assoalho pélvico, e não a prática de exercício físico regular, foi associado à continência urinária.

Outros músculos pélvicos poderão influenciar o trabalho de parto. Os músculos ilíopsoas pertencem aos músculos internos da pelve, sendo essenciais para a manutenção da postura ereta do corpo humano. É um músculo que se liga aos ossos torácicos e ao fêmur (a partir da décima segunda vértebra torácica em cada lado da coluna e atravessa o centro do corpo, passando no interior da pelve e fixando-se na parte interna do osso da coxa (trocânter menor), e também inclui o músculo íliaco no interior da pelve. Os dois músculos – os músculos íliaco e psoas maior são distintos e têm origens distintas, mas depois fundem-se e partilham a mesma inserção na coxa, funcionando como uma “prateleira” para os órgãos abdominais. Assim, os músculos psoas tensos podem afetar o espaço dentro do abdômen, limitar a amplitude de movimento da coluna, pelve e pernas, podendo limitar a capacidade de assumir posições durante o parto e diminuir a circulação e a inervação do útero e de outros órgãos, o que pode causar mais dor e ter impacto negativo na descida do feto. Os psoas mais longos e relaxados são favoráveis à insinuação e encravamento no final da gravidez.

Os exercícios musculares pélvicos incluem os exercícios de Kegel, alongamentos e agachamentos e massagem perineal. Os exercícios devem incluir, por um lado, a consciencialização das estruturas e do movimento de contração e relaxamento e, por outro, o treino para fortalecimento dos músculos do pavimento pélvico com instrução clara sobre como podem ser realizados. Tendo estes objetivos terapêuticos em mente, com a intervenção pretende-se que a mulher seja capaz de:

- Reconhecer a contração e o relaxamento dos músculos pélvicos.
- Realizar exercícios musculares pélvicos (alongamentos e agachamentos; alongamentos e flexibilidade; relaxamento/contração).
- Realizar exercícios de Kegel (relaxamento/contração).
- Realizar a massagem perineal (elasticidade).

Atividades que concretizam as intervenções:

1) Instruir exercícios promotores da consciencialização da mobilidade da pelve, permitindo que a grávida experiencie o efeito em si e treine a sua utilização: A biomecânica afirma que o espaço pélvico sofre alterações em função da posição da mulher e a alternância de posições⁸⁶. O propósito desta instrução e treino é promover a experenciação pela mulher do efeito da verticalidade e da mobilidade da pelve, nomeadamente a aproximação e/ou afastamento dos isquios e a sua relação com facilitar/difícultar a descida fetal (exemplo de como a intervenção poderá ser implementada^v).

⁸⁶ Vários estudos que avaliam a relação entre as posições maternas e os desfechos do parto, destacam o seu papel em: promover a progressão fisiológica do trabalho de parto (Lawrence et al., 2013), facilitar o posicionamento fetal correto (Bueno-Lopez et al., 2018), promover o bem-estar fetal, tornar a dor mais suportável e aumentar a satisfação materna (RCM, 2012), reduzir o trauma perineal, influenciar a perda sanguínea, reduzir o parto instrumentado (Gupta et al., 2017; Lawrence et al., 2013; Zang et al., 2020), permitindo, para além de tudo isso, o envolvimento do parceiro e fortalecendo a relação empática entre parturiente/casal e a/o EEESMO (Bohren et al., 2017).

2) Instruir exercícios promotores da mobilidade da pelve em sintonia com o corpo, permitindo que a grávida experiencie o efeito em si e treine a sua utilização: A dança e o movimento rítmico constituem estratégias que combinam o movimento pélvico com as posições verticais (Abdolahian et al., 2014). O movimento rítmico tem como alvo o sistema nervoso autónomo, que controla o modo com a mulher percebe a dor. Um movimento que se repete a um determinado padrão. Não existe uma maneira correta de se mover. O que importa é que a grávida pratique durante toda a gravidez para criar memória muscular e uma conexão mente-corpo que seu corpo pode invocar quando estiver em trabalho de parto, permitindo que o seu corpo encontre a maneira própria de se mexer (exemplo de como a intervenção poderá ser implementada^{VI}).

3) Reconhecer a contração e o relaxamento dos músculos pélvicos e exercícios de Kegel: No processo de reconhecimento da contração/relaxamento, os passos são: 1) encontrar os músculos certos; 2) aperfeiçoar a “técnica” – experimentar por três segundos de cada vez e, em seguida, relaxar e contar até três; 3) manter o foco – concentrar a tensão apenas nos músculos do pavimento pélvico (e não nos músculos do abdómen, coxas ou nádegas), evitar sustar a respiração – em vez disso, respirar livremente durante os exercícios; e 4) Repetir três vezes ao dia, pelo menos três séries de 10 a 15 repetições por dia. Sugerir integrar os exercícios de Kegel como parte da rotina diária, associada a uma tarefa específica. Analisar em conjunto qual tarefa poderia ser^{VII}.

4) Demonstrar exercícios de alongamentos e agachamentos do assoalho pélvico, permitindo que a grávida experiencie o efeito em si enquanto treina: Os exercícios podem facilitar o parto, pois trabalham o controlo de contração e relaxamento muscular e aumentam a percepção sobre a região, consciencializando que rigidez e força são diferentes. Os alongamentos e os agachamentos ajudam exercitar os músculos abdominais e pélvicos, procurando a flexibilidade e o alongamento dos músculos. Os exercícios do pavimento pélvico funcionam em sinergia com o diafragma, associado a relaxamento dos músculos do pavimento pélvico enquanto inspira e contração dos músculos enquanto expira, ou seja, na inspiração o pavimento pélvico “sobe” e na expiração “desce” (exemplo de como a intervenção poderá ser implementada^{VIII}).

5) Demonstrar exercícios de alongamentos dos músculos psoas, permitindo que a grávida experiencie o efeito em si enquanto treina: Durante a gravidez, particularmente nos últimos tempos, é muito comum a lordose e o topo do sacro inclina-se para a frente, com conseqüente alteração do centro de gravidade para fora do alinhamento vertical. Janet Balaskas apresenta uma analogia engraçada para esta situação, dizendo que o útero é como um “ovo” que encaixa na pelve e que a mulher precisa manter o “ovo” equilibrado ajustando a posição dos ossos e dos músculos. O alinhamento corporal correto ajuda a aliviar a dor lombar e sagrada, mas também contribui para o adequado posicionamento do feto para um parto vaginal. Por isso, importa alongar os músculos que foram contraídos e encurtados devido a essa nova posição do corpo. No final da gravidez, estes tipos de exercícios contribuem para alongar os músculos psoas (exemplo de como a intervenção poderá ser implementada^{IX}).

6) Demonstrar como se realiza a massagem perineal: A massagem perineal envolve massajar a área entre a vagina e o ânus, a partir da 35ª semana de gravidez. A sua realização pode promover o alongamento e elasticidade dos músculos perineais e reduzir o risco de lesões do períneo no parto⁸⁷. Algumas mulheres massajam o períneo elas mesmas, enquanto outras preferem pedir a ajuda do parceiro. Para a realização da massagem perineal, as unhas devem estar curtas pois os tecidos da vagina e do períneo são muito delicados, de modo a evitar lesões. A demonstração da massagem perineal poderá ser feita com recurso a um modelo, com a indicação de massajar todos os dias, por 5 a 10 minutos, a partir das 34/36 semanas. A elasticidade do períneo poderá ser observada após algumas semanas quando a massagem é realizada diariamente. A massagem está indicada também para mulheres com trauma perineal anterior (exemplo de como a intervenção poderá ser implementada^x).

6.1.2.1. Instruir & Treinar exercícios músculo articular pélvicos (mobilidade da pelve) em meio aquático

O corpo consegue mover-se mais facilmente quando imerso em água (Lohmeyer, 2017; Sichani et al., 2019; ACOG, 2020). A flutuação do corpo é o que permite adotar posições estáveis, algumas das quais difíceis quando realizadas em terra. Também serve para mover, de forma passiva ou ativa, as articulações, os exercícios potenciam uma maior amplitude de diâmetros pélvicos, tonificando os músculos envolvidos. O exercício aquático tem algumas vantagens, nomeadamente impacto reduzido nas articulações, menos edema, diminuição da pressão sanguínea, melhor controlo sobre o peso corporal e menos dor nas costas, entre outros⁸⁸.

Os exercícios aquáticos parecem contribuir para melhorar: a postura corporal; o fortalecimento dos principais grupos musculares (abdominais, pélvicos e lombares) com repercussões ao nível do alívio da tensão da coluna, o que facilita um adequado posicionamento do feto na bacia; e a tonificação de músculos como os glúteos, músculos das coxas e pernas e psosas, permitindo uma maior consciencialização do períneo e dos músculos pélvicos (Baines & Murphy, 2010). O exercício físico em ambiente aquático permite que as grávidas

⁸⁷ De acordo com uma revisão sistemática da Cochrane desenvolvida por Beckmann e Stock (2013), a massagem perineal pré-natal reduz a probabilidade de trauma perineal (principalmente episiotomias) e o relato de dor perineal contínua e é geralmente bem aceite pelas mulheres. Dessa forma, as mulheres devem ser informadas sobre os prováveis benefícios da massagem perineal e receber informações sobre como realizar a massagem. Esta ideia é reiterada pela revisão sistemática desenvolvida por Abdelhakim et al. (2020). Estes autores verificaram que as mulheres que receberam massagem perineal pré-natal tiveram incidência significativamente menor de episiotomias e lacerações perineais, particularmente no risco de lacerações perineais de terceiro e quarto graus. No grupo de massagem perineal pré-natal foram evidentes melhor cicatrização de feridas e menos dor perineal. A massagem perineal pré-natal reduziu o segundo estágio da duração do trabalho de parto e a incontinência anal, com melhoria significativa nos índices de Apgar ao 1º e 5º minuto.

⁸⁸ O exercício aquático também pode ajudar as mulheres a prevenir o ganho excessivo de peso (Bacchi et al., 2018; Santos et al., 2021; Aguilar Cordero et al., 2016). Por exemplo, Bacchi et al. (2018) concluíram a partir dos seus estudos que três sessões semanais de atividades aquáticas podem evitar ganho excessivo de peso. Na revisão da literatura desenvolvida por Santos et al. (2021), cujo objetivo foi compreender os efeitos do treino com pesos e da hidroginástica na gravidez, avaliando os benefícios e riscos dessas práticas para a mulher e o feto, tendo verificado que ambas as práticas podem beneficiar a grávida, sendo seguras para a mãe e para o feto auxiliando no controlo do peso e reduzindo os efeitos colaterais.

fortaleçam os músculos sem aumentar significativamente a pressão intra-abdominal. Em ambiente da piscina é possível exibir adereços visuais, por exemplo fotos do pavimento pélvico ou utilizar uma estrutura da pelve de plástico ou borracha, permitindo aprender enquanto se move e perceber a relevância da gravidade na descida do feto (Baines & Murphy, 2010). Para além disso, as grávidas começam a ter outra perceção do seu próprio corpo, e isso permite-lhes desenvolver confiança tão necessária para o parto, vendo-o como um evento fisiológico normal. Além disso, não está associado ao risco de infeções urinárias ou vaginais (ACOG, 2015).

A imersão na água, por si só, produz efeitos benéficos em algumas pessoas (Lohmeyer, 2017; Navas et al., 2018). De entre as propriedades destaca-se a pressão hidrostática (benefícios cardiovasculares e auxilia, ainda, no retorno venoso e redistribui o fluido extracelular, contribuindo para a diminuição do edema dos membros inferiores), impulsão (maior sensação de leveza por parte da grávida e os exercícios mais fáceis de realizar, comparativamente com os exercícios fora de água; diminuição do peso corporal total, o que facilita o movimento e evita a sobrecarga das articulações), termodinâmica (a água produz um efeito de arrefecimento muito mais rápido que o ar) e relaxamento muscular (Binkley, Binkley & Wise, 2017; Lohmeyer, 2017; Aguilar Cordero et al., 2016; Navas et al., 2018; Sichani et al., 2019).

Durante a gravidez, ocorrem múltiplas alterações no pavimento pélvico devido do aumento do peso do útero. Para além disso, durante o parto, podem ocorrer lesões e traumatismos pélvicos e perineais, por isso tornar-se fundamental a realização de exercícios para fortalecer os músculos do assoalho pélvico. Os estudos apontam como benefícios do fortalecimento do pavimento pélvico durante a gravidez a diminuição de trauma perineal durante o parto, uma maior probabilidade de início espontâneo do trabalho de parto, menor duração do trabalho de parto e menor probabilidade de parto instrumentado ou cesariana (Leon-Larios et al., 2017⁸⁹; Rodriguez-Blanque et al., 2019; Rodriguez-Blanque et al., 2019a⁹⁰). O exercício dentro da água acrescenta maior concentração no ritmo e tipo de

⁸⁹ No RCT realizado por Leon-Larios et al. (2017), cujo objetivo foi investigar os efeitos dos exercícios musculares pélvicos no trauma perineal, envolvendo 466 grávidas às 32 semanas com potencial de parto eutócico. Os autores verificaram que as mulheres designadas para a intervenção perineal/pavimento pélvico mostraram uma redução de 31,63% na episiotomia e uma maior probabilidade de ter um perineo intacto. Também foi observado no grupo de intervenção menor lacerações de terceiro e de quarto grau, menos dor perineal pós-parto e necessitaram de menos analgesia no período pós-natal.

⁹⁰ No RCT desenvolvido por Rodriguez-Blanque et al. (2019), cujo objetivo foi determinar a duração do trabalho de parto em grávidas que completaram um programa de exercícios físicos na água e posteriormente apresentaram parto eutócico, incluindo 140 mulheres grávidas saudáveis recrutadas às 12 semanas de gestação, começando na 20.^a semana de gestação e terminando à 37.^a semana. Dos resultados, a termo, 63% das mulheres do grupo da intervenção tiveram parto eutócico (e 56% das mulheres do grupo controlo). A duração média total do trabalho de parto foi de 389,33 ± 216,18 minutos para as mulheres do grupo da intervenção e 561,30 ± 199,94 minutos para as do grupo controlo, uma diferença de aproximadamente três horas (p <0,001). Estes mesmos autores (Rodriguez-Blanque et al., 2019a) verificaram, num RCT, cujo objetivo foi determinar o efeito de um programa de exercícios físicos aquáticos (*Study Water Exercise Pregnant – SWEP*) realizado durante a gravidez na taxa de perineo intacto após o parto, envolvendo 129 grávidas. O programa de exercícios físicos aquáticos foi aplicado a partir da 20.^a semana até à 37.^a semana de gestação. O programa de exercícios incluiu três sessões de 60 minutos por semana, cada uma com 45 minutos de atividade seguida de 15 minutos de relaxamento. Na análise dos resultados, os autores verificaram que as participantes do grupo experimental apresentaram uma taxa estatisticamente maior de perineo íntegro após o parto, cerca de 26,15%, enquanto as participantes do grupo de controlo obtiveram uma taxa de 3,12%. Também observaram que as mulheres pertencentes ao grupo experimental apresentavam um melhor controlo da dor e um menor recurso a analgesia durante o trabalho de parto. A taxa de episiotomias foi superior no grupo de controlo.

respiração (Rodríguez-Blanche et al., 2019a). Para além disso, os exercícios na água trazem benefícios relacionados com os efeitos da gravidez⁹¹.

Na preparação para o parto em meio aquático importa considerar algumas condições de segurança, nomeadamente:

- a) A temperatura na piscina deve estar entre 28 °C e 32 °C. A exposição à água mais fria do que 28°C fará as mulheres tremem para manter a temperatura interna; se a água estiver mais quente do que 32 °C, podem sofrer de hipotensão, lipotimia e fadiga excessiva.
- b) As mulheres devem reconhecer a necessidade de relatar qualquer mudança na sua condição, como por exemplo, dor abdominal ou pélvica, perda de sangue, dificuldade em respirar, dor de cabeça persistente, dificuldade em andar/nadar.
- c) Existem contra-indicações: doença cardíaca e/ou pulmonar; sangramento vaginal persistente; restrição de crescimento intrauterino; rotura de membranas; diabetes mal controlada, epilepsia, arritmias cardíacas ou função da tiroide alterada; anemia (HB menor que 10 mg/l); infeções (por exemplo bronquite, gripe, otite, tuberculose ativa; infeção urinária ou vaginal, etc.); doenças de pele ou feridas abertas; incontinência urinária significativa; alergias ao cloro; obesidade mórbida (IMC acima de 40); uso de tabaco (mais de 20 cigarros/dia).

A preparação para o parto em meio aquático potencia a consciencialização do corpo (pela pressão hidrostática exercida pela água na superfície do corpo, que provoca sensações cinestésicas e favorece a propriocepção), em particular do períneo e dos músculos pélvicos (Baines & Murphy, 2010; Aguilar Cordero et al., 2016). Assim, com estas intervenções pretende-se que a mulher seja capaz de:

- Reconhecer o efeito da água ao nível do relaxamento muscular.
- Realiza exercícios de tonificação dos músculos abdominais e pélvicos.
- Mobilizar a pelve de forma a facilitar a progressão do trabalho de parto.
- Fortalecer os músculos pélvicos através de exercícios aquáticos.
- Associar respiração ao exercício/movimento corporal.

Atividades que concretizam as intervenções:

1) Instruir exercícios promotores da consciencialização da mobilidade da pelve e sintonia com o corpo, permitindo que a grávida experiencie o efeito em si e treine a sua utilização: Os exercícios na água contribuem para o equilíbrio entre a tonificação e o relaxamento dos muscular no geral pela imersão e temperatura da água (flutuabili-

⁹¹ A revisão sistemática e meta-análise desenvolvida por Cancela-Carral et al. (2022) teve como objetivo avaliar as evidências sobre os efeitos dos exercícios da água em mulheres grávidas. Na revisão foram incluídos dezassete ensaios clínicos randomizados (aleatórios) (n = 2439, idade 20–39 anos; 31,30 1,30 anos). Os resultados indicaram que o exercício aquático em mulheres grávidas parece ter efeitos positivos na prevenção ganho excessivo de peso materno, melhorando a imagem corporal materna, além de promover saúde comportamento, diminuindo as licenças médicas por lombalgia na gravidez, prevenindo depressão, melhorando os níveis de tolerância materna à glicose e reduzindo os valores do teste de O'Sullivan.

dade); para além disso, contribuem para uma maior consciencialização do períneo e dos músculos envolvidos e promovem uma postura correta, e, com isso, a respiração melhora, especialmente no terceiro trimestre, já que o movimento do diafragma é reduzido pelo volume do útero, a respiração é menos profunda e a frequência respiratória aumenta. Os exercícios respiratórios realizados na água permitem treinar a inspiração mais profunda. Na inspiração, a musculatura torácica deve superar a pressão da água para expandir a caixa torácica. Já na fase de expiração, idealmente feita em imersão, é necessário superar novamente essa pressão. Isto significa que as mulheres grávidas têm de respirar voluntariamente, conscientemente e controladamente. De facto, com o trabalho específico da musculatura torácica e respiratória, melhora-se a capacidade pulmonar, a coordenação e o controlo respiratório. Uma respiração lenta e profunda aumenta a capacidade respiratória e permite lidar com calma e autocontrolo às “ameaças” externas, como por exemplo, uma situação de stress ou reação à dor (Aguilar Cordero et al., 2016) (exemplo de como a intervenção poderá ser implementada^{xI}).

2) Instruir exercícios musculares dentro de água, permitindo que a grávida experiencie o efeito em si e treine a sua utilização: (exemplo de como a intervenção poderá ser implementada^{xII}).

6.1.3. Instruir & Treinar o uso de dispositivos facilitadores do trabalho de parto

A utilização de dispositivos poderá facilitar a adoção das posições promotoras da mobilidade da pelve e, por essa via, a progressão do trabalho de parto (Grenvik et al., 2019). Para além de facilitar a descida e rotação da apresentação fetal, ajudam a mulher a sentir-se mais confortável. Com as intervenções pretende-se que a mulher, depois de experienciar em si o efeito do uso do dispositivo, mesmo sem estar em trabalho de parto, seja capaz de:

- Decidir quando usar dispositivos facilitadores do trabalho de parto.
- Usar dispositivos facilitadores da progressão do trabalho de parto.

Os dispositivos passíveis de serem usados durante o trabalho de parto são:

- Bola de parto (esférica) – para verificar se o tamanho da bola é adequado considerar: sentada, com os pés apoiados no chão e o ângulo no joelho deverá ser de 90°⁹².
- “Bola de amendoim” – tem o formato de uma casca de amendoim, onde a circunferência do meio é menor do que as das pontas; o tamanho adequado para a maioria das mulheres é de 45 cm;



- Disco insuflável em forma de “bolacha” – base de apoio para a pelve (permite a mobilidade da pelve se a mulher está deitada/sentada sobre uma superfície dura);
- Rebozo – é uma peça de tecido, habitualmente com cerca de 235 cm de comprimento (sem a franja) x 70 cm de largura.

Atividades que concretizam as intervenções:

1) Demonstrar o uso da bola de parto⁹³, permitindo que a grávida experiencie o efeito em si e treine a sua utilização: O uso da bola permite a verticalidade e a mobilidade durante o trabalho de parto. Sentada ou apoiada na bola, usando o movimento, a gravidade e a postura ereta, facilita a mobilidade da pelve, a descida fetal e é uma fonte de distração através do movimento rítmico e aliviar as dores nas costas e aumentar os efeitos das contrações (Yeung et al., 2019; Leung et al., 2013; Lawrence et al., 2013). Durante a gravidez, o uso de uma bola de parto é uma ótima maneira de ajudar o equilíbrio e a mobilidade pélvica; por isso, é recomendado usar a bola várias vezes ao dia, por exemplo sentar-se na bola em vez de sentar no sofá por um período de 30 minutos/dia. A realização de exercícios, pelo menos uma vez por semana, beneficia posições do feto mais favoráveis a um parto fisiológico (Herlina et al., 2019)⁹⁴, por exemplo, sentada com pernas abertas sobre a bola, rodar os quadris no sentido horário e depois anti-horário, 4 vezes, e desenhar o infinito com a bola (exemplo de como a intervenção poderá ser implementada^{xiii}).

2) Demonstrar o uso de bola em amendoim e disco insuflável, permitindo que a grávida experiencie o efeito em si durante o treino⁹⁵: O uso de uma bola de parto em forma de amendoim, ainda durante a gravidez, permite perceber o efeito em si própria dos posicionamentos (exemplo de como a intervenção poderá ser implementada^{xiv}).

⁹³ Makvandi et al. (2019) desenvolveram uma revisão sistemática com meta-análise cujo objetivo foi avaliar o efeito do uso da bola de parto sobre a via de parto e a duração do trabalho de parto, incluindo cinco estudos. Os resultados dos artigos analisados revelaram que o grupo que usou bola de parto apresentou menor duração da fase ativa do trabalho de parto, quando comparado ao grupo controle. No entanto, o uso da bola de parto não teve efeito estatisticamente significativo sobre a duração do segundo estágio do trabalho de parto, nem evidenciou aumentar a probabilidade de parto vaginal. Por seu turno, Grenvik et al. (2021) também desenvolveram uma revisão sistemática com meta-análise de ensaios clínicos randomizados (aleatórios) com o objetivo de avaliar se o uso da bola de parto no trabalho de parto diminuiu a dor materna durante o trabalho de parto, incluindo sete ensaios que envolveram 533 mulheres grávidas. 287 (53,8%) foram randomizadas (escolhidas aleatoriamente) para o grupo de intervenção (bola de parto) e 246 (46,2%) foram randomizadas (escolhidas aleatoriamente) para o grupo de controle (sem bola de parto). Os resultados evidenciaram que a dor do parto diminuiu em 1,70 pontos no grupo com bola de parto em comparação com o grupo controle com significado estatístico. O uso da bola de parto versus nenhuma bola de parto não resultou em uma diferença significativa na incidência de parto vaginal espontâneo, parto vaginal instrumentado ou cesariana ou lacerações perineais.

⁹⁴ No estudo experimental realizado por Herlina et al. (2019), que incluiu mulheres grávidas (n=114) divididas aleatoriamente em grupo de intervenção (que realizavam exercícios usando a bola de parto) e grupo controle (sem exercícios). Foram determinadas as posição, atitude e apresentação fetal antes e depois por meio da palpação abdominal (manobras de Leopold). Com base nos resultados, o grupo intervenção apresentou maior proporção de fetos com postura de flexão da cabeça em relação ao grupo controle. Além disso, 49,1% das mulheres no grupo de intervenção indicaram posição longitudinal em comparação com 29,8% daquelas nos grupos de controle. Finalmente, em 56 das 57 mulheres no grupo de intervenção demonstraram apresentação cefálica, enquanto apenas 45 das 57 mulheres no grupo de controle não houve alteração em relação à apresentação fetal inicial.

⁹⁵ Grenvik et al. (2019) desenvolveram uma revisão sistemática com meta-análise de ensaios clínicos randomizados (aleatórios) (RCTs) cujo objetivo foi avaliar o efeito do uso de bola de amendoim na redução da duração do trabalho de parto, a qual incluiu quatro ensaios envolvendo 648 mulheres nulíparas e multiparas em trabalho de parto espontâneo ou induzido. 330 mulheres foram randomizadas (escolhidas aleatoriamente) para a intervenção (bola de amendoim entre os joelhos durante o trabalho de parto) e 318 mulheres para o controle. Os autores verificaram que a duração total do trabalho de parto foi 79 min mais curto no grupo da bola de amendoim, mas isso não foi significativo. O uso de bola de amendoim mostrou tendências de maior incidência de partos vaginais espontâneos e menor incidência de partos por cesariana.

3) Demonstrar o uso de rebozo, permitindo que a grávida experiencie o efeito em si e a pessoa significativa treine a sua utilização⁹⁶: O uso do rebozo está indicado para promover: 1) relaxamento corporal; 2) relaxamento dos músculos e ligamentos pélvicos; 3) uma respiração sem esforço; 4) massagem suave da cabeça; e 5) melhorar posicionamento do feto (Iversen et al., 2017; Cohen & Thomas, 2015; De Keijzer & Van Tuyl, 2010) (exemplo de como a intervenção poderá ser implementada^{xv}).

4) Demonstrar o uso de rebozo, permitindo que a grávida experiencie o efeito em si e a pessoa significativa treine a sua utilização para facilitar a insinuação e a posição para anterior: Para melhorar o posicionamento fetal e facilitar a insinuação a grávida deverá estar em posição de quatro apoios, com a pelve mais elevada do que a cabeça – a cabeça fica apoiada nos braços no colchão; coloca-se o pano cobrindo toda a zona das nádegas e em movimentos rítmicos por 30 segundos, 3 vezes consecutivas. Esta posição de pelve elevada deverá manter-se por 5-10 minutos, com os movimentos do rebozo se a grávida tolerar, de modo a dar tempo que o feto saia da posição em que está e consiga insinuar-se numa nova posição – em anterior⁹⁷. Repetir pelo menos 1 x/dia, monitorizando a posição do dorso fetal através das manobras de Leopold ou movimentos fetais.

⁹⁶ As mulheres poderão considerar o uso de rebozo com algo favorável a um parto fisiológico. Esta ideia foi identificada no estudo qualitativo desenvolvido por Iversen et al. (2017) cujo objetivo foi explorar as experiências de mulheres com a técnica do rebozo durante o trabalho de parto. Neste estudo, a técnica de rebozo foi realizada na maioria das situações porque a/o EEESMO suspeitou de um mau posicionamento do feto. Da análise das entrevistas, emergiu como tema principal a ideia da experiência geral das mulheres com o rebozo: "movimentos em esforço coordenados e inofensivos para um parto natural". As mulheres vivenciaram que a técnica criava sensações corporais que diminuam a dor e, ainda, o envolvimento mais ativo da EEESMO e do companheiro.



⁹⁷

7

CAPACIDADE PARA LIDAR COM A DOR DE TRABALHO DE PARTO

A necessidade de lidar com a dor de trabalho de parto é percebida praticamente por todas as mulheres. O desenvolvimento de capacidade para usar estratégias para lidar com a dor de trabalho de parto tem efeito na redução da percepção da dor e da ansiedade, contribuindo uma experiência de parto positiva⁹⁸. No âmbito da preparação para o parto importa criar oportunidades de experienciar o efeito em si das estratégias, mesmo em ausência de dor de trabalho de parto. Assim sendo, importa proceder à avaliação da capacidade para lidar com a dor de trabalho de parto sempre que existir potencial para parto eutócico e o significado atribuído às estratégias não farmacológicas para lidar com a dor de trabalho de parto seja facilitador (Tabela 9). As expectativas e preferências pessoais expressas no Plano de parto ajudam a definir quais as estratégias mais significativas para cada mulher e orientam na definição de prioridades na apresentação das diversas estratégias.

⁹⁸ Numa revisão da Cochrane que visou analisar a eficácia e segurança de intervenções não farmacológicas e farmacológicas para controlar a dor de trabalho de parto (Jones et al., 2012). Destes resultados, destacam-se os relativos a intervenções não farmacológicas. Dos resultados, na categoria “pode funcionar” estabelecida pelos autores, verificou-se alívio da dor e melhoria nos níveis de satisfação com o alívio da dor (imersão, relaxamento, acupuntura) e experiência de parto (imersão, relaxamento) em comparação com placebo ou tratamento padrão. Face a estes resultados, os autores concluíram que a maioria das intervenções não farmacológicas não são invasivas e parecem ser seguras para a mulher e o feto/recém-nascido; no entanto, sua eficácia não é clara, devido à limitada evidência de alta qualidade. Numa revisão mais recente da Cochrane (Smith et al. 2018), foi analisado o efeito de técnicas de relaxamento nomeadamente relaxamento, ioga, música e *mindfulness*. Os autores verificaram que no que se refere ao relaxamento, em comparação com o cuidado padrão, o uso de técnicas de relaxamento diminuiu a intensidade da dor durante a fase latente e satisfação com o alívio da dor; já na fase ativa, o efeito não foi tão evidente. Em relação à ioga, também foi observado efeito na diminuição na intensidade da dor e satisfação com o alívio da dor. Já no que se refere ao uso de música, não foi verificado benefícios claros. No que se refere à *mindfulness*, um estudo verificou um aumento no autocontrolo quando comparado com o grupo de controlo. Numa outra revisão da Cochrane (Smith et al., 2018a), cujo objetivo foi avaliar o efeito, a segurança e a aceitabilidade da massagem, reflexologia e outros métodos “manuais” para controlar a dor do parto, verificou-se que a massagem proporcionou uma redução maior na intensidade da dor e os níveis de ansiedade, quando comparada com os cuidados padrão, durante a primeira fase do trabalho de parto. Numa outra revisão da Cochrane (Smith et al., 2020), foi analisado o efeito da acupuntura e acupressão na gestão da dor do trabalho de parto. Os resultados foram inconclusivos quanto ao efeito na intensidade da dor e satisfação com o alívio da dor, todavia concluem que a acupressão, quando comparada com os cuidados usuais, pode reduzir a intensidade da dor.

Tabela 9. Capacidade para lidar com a dor de trabalho de parto: possíveis questões orientadoras/observação do processo diagnóstico e respetivos critérios de diagnóstico

Considerações/Observação	Crítérios de diagnóstico
Sem experiência	<ul style="list-style-type: none"> (A) Sem experiência anterior e Significado atribuído às estratégias não farmacológicas para lidar com a dor de trabalho de parto facilitador.
Observar o modo como realiza o exercício e como relata o efeito em si.	<ul style="list-style-type: none"> (A) Não evidencia compreensão/efeito positivo associado à realização do exercício.
Realiza o exercício com mestria.	<ul style="list-style-type: none"> (B) Realiza o exercício conforme é proposto e relata efeito positivo e como poderá ser usado durante o seu próprio parto.
Disponibilidade para aprender/ experienciar	<ul style="list-style-type: none"> Revela interesse em aprender/experienciar: envolve-se ativamente no treino; faz perguntas; tem uma postura reveladora de interesse no que está a ser dito; procurou antecipadamente informação sobre o assunto, etc.

Fonte: autoras, 2023

Face aos critérios de diagnóstico é possível identificar: **Potencial para melhorar a capacidade para lidar com a dor de trabalho de parto** e prescrever as intervenções que garantam cuidados individualizados (Tabela 10).

Tabela 10. Capacidade para lidar com a dor de trabalho de parto: relação entre critérios de diagnóstico e o diagnóstico

Crítério de diagnóstico	Síntese diagnóstica	Intervenção
Se A e disponibilidade para aprender	Potencial para melhorar a capacidade para lidar com a dor de trabalho de parto	Assistir a identificar estratégias para lidar com a dor de trabalho de parto.
		Instruir & Treinar estratégias de relaxamento.
		Instruir & Treinar estratégias de relaxamento em meio aquático.
		Instruir & Treinar a massajar.
		Instruir & Treinar estratégias para lidar com a dor de trabalho de parto.
Se B	Capacidade para lidar com a dor de trabalho de parto facilitadora	-----

Fonte: autoras, 2023

7.1. Intervenções promotoras da mestria no uso de estratégias para lidar com a dor de trabalho de parto

As estratégias não farmacológicas para lidar com a dor de trabalho de parto podem constituir-se como recursos que a mulher leva para o seu parto. Acreditar que a dor que sente a guia, e dá informações ao corpo ao longo do trabalho de parto, ajuda a mulher a admitir que leva também os recursos para lidar com as reações que a dor produz. Assim, as intervenções que desenvolvam a mestria no uso de algumas estratégias, mesmo que antecipadamente – na ausência de dor de trabalho de parto – são essenciais para a promoção da confiança nos seus próprios “superpoderes” (recursos internos).

7.1.1. Assistir a identificar estratégias para lidar com a dor de trabalho de parto

A dor de trabalho de parto é uma experiência subjetiva. De facto, a previsão da sua capacidade para lidar com a dor de trabalho de parto é complexa e multifacetada. Dos resultados dos estudos, compreende-se as implicações benéficas da aceitação da dor, do sentir-se segura e de ter apoio contínuo na capacidade para lidar com a dor. Estes achados são consistentes nos estudos, apesar das diferenças socioeconómicas, culturais e contextuais observadas que sugerem que as experiências de lidar com a dor durante o parto são universais (Van der Gucht & Lewis, 2015)⁹⁹.

As estratégias para lidar com a dor de trabalho de parto não têm a intenção, nem se espera, que façam a dor desaparecer. Estas abordagens pretendem ajudar a mulher a lidar melhor com a dor de trabalho de parto e a manter uma sensação de autocontrolo sobre o processo de parto, reduzindo, por essa via, o risco de sofrimento (Lally et al., 2008; Raynes-Greenow et al., 2007). Na identificação das estratégias que poderão ser os recursos importa ajudar a mulher a encontrar o seu próprio equilíbrio entre o estilo de *coping* face à dor (ativo/passivo) e o significado que atribui à dor de trabalho de parto (dificultador/não dificultador). Com esta intervenção pretende-se que a mulher seja capaz de:

- Reconhecer estratégias para lidar com a dor de trabalho de parto que poderão ser úteis para si.

Atividades que concretizam as intervenções:

1) Proporcionar experiência da estratégia para lidar com a dor de trabalho de parto e reflexão sobre o seu efeito: Com o objetivo de ajudar a mulher a experienciar a(s) estratégia(s) de alívio da dor poder-se-ão proporcionar diversas experiências sensitivas e,

⁹⁹ Os resultados da revisão crítica da pesquisa qualitativa, realizada por Van der Gucht e Lewis (2015), sugerem que há uma dissonância entre o que as mulheres desejam para aumentar a sua capacidade de lidar com a dor e a realidade da prática clínica. Esta revisão concluiu que as mulheres gostariam que os profissionais de saúde mantivessem uma presença contínua durante o parto e apoiassem um modelo social de cuidado que promova a continuidade do cuidado e uma aceitação crescente da dor como parte do trabalho de parto normal. A necessidade de uma mudança nas normas sociais é sugerida para disseminar expectativas e visões positivas ou negativas de qual deve ser o papel da dor durante o parto para capacitar as mulheres a lidar com o parto e abraçar esta transição para a maternidade como parte de um processo normal.

após sentir o efeito da experiência em si, promover a reflexão sobre como esta é percebida (qual o efeito) em cada uma das vezes que a implementa – “*O que isto a fez sentir? O que pode levar deste exercício para o seu parto?*”. As experiências poderão ser centradas no relaxamento, na respiração, na massagem ou outro tipo de sensações/emoções.

7.1.2. Instruir & Treinar estratégias de relaxamento

As mulheres em trabalho de parto que sejam capazes de relaxar poderão perceber a dor como menos intensa, menos cansaço e terão maior facilidade em lidar com as contrações. Nem todas as pessoas são capazes de relaxar “naturalmente”. Relaxamento significa descontração, libertar-se de *stress* e de tensão muscular. As técnicas de relaxamento têm como objetivo permitir que as mulheres reconheçam as partes do corpo e suas sensações, nomeadamente as diferenças entre relaxamento e contração e as melhores posições para relaxar. Estas técnicas visam produzir a resposta de relaxamento natural do corpo, caracterizada por respiração mais lenta, pressão arterial mais baixa e uma sensação de bem-estar. O seu efeito é variável de pessoa para pessoa e, mesmo na mesma pessoa, em momentos diferentes. Com esta intervenção pretende-se que a mulher seja capaz de:

- Reconhecer o efeito produzido pela(s) estratégia(s) de relaxamento (alteração do padrão respiratório e/ou autocontrolo de emoções e pensamentos).

A implementação da intervenção exige condições favoráveis ao relaxamento: 1) roupa confortável; 2) espaço – acolhedor e confortável, com especial atenção à temperatura (é difícil relaxar com frio ou muito calor); 3) posição confortável – quando no chão, usar colchão e almofada com a possibilidade de esticar pernas, braços e mãos; e 4) o relaxamento é mais fácil se as instruções forem dadas por outra pessoa com uma voz suave. A posição da grávida será da sua escolha, com a indicação “*na posição em que se sentir mais confortável*”.

Atividades que concretizam a intervenção:

1) Identificar estratégias que a relaxam habitualmente: A identificação dos elementos que são relaxantes para a grávida numa fase inicial da preparação é um ponto-chave para o processo de relaxamento, já que podem ser introduzidos como âncoras na imaginação guiada e reproduzir a emoção positiva e tranquilizadora identificada pela grávida (exemplo de como a intervenção poderá ser implementada^{xvi}).

2) Instruir relaxamento muscular progressivo, permitindo que a grávida experencie o efeito em si (treina): O relaxamento muscular progressivo visa a consciencialização da contração/relaxamento do(s) músculo(s) ou relaxamento muscular completo, cujo objetivo é contribuir para que a mulher seja capaz de identificar as respostas do seu corpo e reconhecer quando está, ou não, com os músculos contraídos (exemplo de como a intervenção poderá ser implementada^{xvii}).

3) Instruir imaginação guiada/visualização/concentração/hipnose, permitindo que a grávida experiencie o efeito em si (treina): Consiste em usar imagens mentais, que envolvem os diferentes órgãos dos sentidos, para promover o relaxamento e o bem-estar, dirigida pela própria pessoa ou orientada por outros, cujo objetivo é contribuir para um estado mental relaxante, enquanto se liberta de pensamentos negativos (Smith et al., 2018). Este tipo de estratégia visa o uso consciente da imaginação que ocorre naturalmente para criar imagens positivas e provocar mudanças químicas no corpo e na mente. Através de imagens mentais é possível controlar pensamentos negativos. A prática da imaginação guiada ajuda as pessoas a imaginar cenários que podem ajudar a influenciar certas condições fisiológicas. A prática geralmente começa com um exercício de relaxamento, para focar a atenção e aliviar a tensão antes da própria imaginação guiada. Envolve, por exemplo, um exercício de respiração e a visualização de um lugar seguro, seguido pela criação de imagens guiadas mais específicas. Para o parto podem usar-se três tipos de imagens: 1) imagens agradáveis, como imagens de um local tranquilo; 2) imagens com foco nas emoções e afetividade, nomeadamente imagens com o bebé; e 3) imagens com foco fisiológico, como a descrição do trabalho de parto centrado nas forças físicas e mentais, da mulher e do feto em trabalho conjunto. Associado a imagens, sempre que possível, importa trazer sensações auditivas, visuais, cinestésicas, tácteis e paladar prazerosas para tornar a experiência mais intensa (exemplo de como a intervenção poderá ser implementada^{XVIII}). Ensaiar mentalmente como lidar com as contrações pode ser uma mais-valia para a preparação, mas importa também preparar para estar “aberta” ao inesperado no momento do intervalo da contração. E isso poderá ser integrado na implementação da atividade (por exemplo, a necessidade de exame vaginal, de cardiocografia, etc.).

As visualizações usam o poder da sugestão (semelhante à hipnose) para incorporar seus sentidos de visão, tacto, audição, paladar e olfato. Quando a mulher consegue integrar a capacidade de realizar a imaginação nas suas estruturas cognitivas e emocionais pode ser usada como auto-hipnose¹⁰⁰. Essa estratégia pode ser praticada durante a gravidez para ajudar a acostumar-se com a visualização, o que facilita a incorporação de atitudes positivas em relação à dor do parto e aos seus recursos internos para lidar com ela.

4) Instruir técnica de respiração, permitindo que a grávida experiencie o efeito em si (enquanto treina): Praticar uma variedade de técnicas durante a gravidez oferece diferentes opções de escolha durante o trabalho de parto. A ideia é estimular que a mulher a “ouvir o seu corpo” e perceber quais as técnicas que funcionam melhor com ela. O uso da respiração é usado como estratégia para desviar a atenção e, assim, bloquear ou diminuir a receção e processamento da informação pela cognição, cujo objetivo é contribuir para a redução da ansiedade, alívio da dor e potenciar o relaxamento. A concentração na respiração funciona interrompendo a transmissão dos sinais de dor ao cérebro, dan-

¹⁰⁰ A auto-hipnose usada durante o parto é habitualmente treinada durante a gravidez, recorrendo a visualizações, concentração e respiração. O conceito de *hypnobirthing* foi criado nos Estados Unidos, na década de 1990. O *hypnobirthing* é um método que envolve uma série de técnicas, nomeadamente a hipnose, afirmações positivas, relaxamento dirigido, meditação orientada, visualizações e respiração. A ideia principal é que a parturiente relaxada ela consegue ouvir os próprios instintos e, com o corpo funcionando bem, ela valida esses instintos e consegue ter e um trabalho de parto mais “fluido”.

do-lhe algo positivo em que se concentrar. Para além disso, ativa processos mentais que fazem as sensações do parto parecerem menos desagradáveis e estimula a libertação de endorfinas. Alguns estudos centrados na respiração abdominal, usando eletroencefalografia, observaram que mesmo alguns minutos de uso desse tipo de respiração altera as ondas cerebrais de forma positiva, aumenta a resposta de relaxamento, diminui as hormonas do *stress*, diminui a pressão sanguínea e aumenta os níveis de oxigénio circulante. Todavia, os efeitos do controlo/técnicas de respiração no alívio da dor é algo controverso nos resultados dos estudos. São descritos como efeitos positivos, nomeadamente ao nível da taxa reduzida de: 1) uso de ocitocina sintética, cesarianas, trauma perineal e reanimação do recém-nascido (Levett et al., 2016); 2) redução da duração da fase ativa e da segunda fase do parto (Levett et al., 2016; Yuksel et al., 2017; Haseli, Ghiasi & Hashemzadeh, 2019); e 3) redução da percepção da dor do parto (Yuksel et al., 2017). Todavia, nestes estudos as técnicas de respiração foram combinadas com uma variedade de outras estratégias, não sendo possível afirmar, em concreto, quanto dos efeitos benéficos estavam relacionados com as técnicas de respiração¹⁰¹. Assim, de acordo com os resultados disponíveis poder-se-á inferir que a respiração tem efeito positivo quando usada concomitantemente com outras estratégias (exemplo de como a intervenção poderá ser implementada¹⁰²). Durante o expulsivo, o tipo de respiração é relativamente livre já que estudos atuais, na comparação dos tipos de esforços expulsivos (espontâneo *versus* dirigido), os autores verificaram que não houve diferença clara na duração do segundo estágio do trabalho de parto, casos de laceração perineal de 3º ou 4º grau, episiotomia, duração dos esforços expulsivos ou taxa de parto vaginal espontâneo (Lemos et al., 2017)¹⁰².

¹⁰¹ Yuksel et al. (2017) desenvolveram um RCT cujo objetivo de determinar se os exercícios respiratórios para mulheres grávidas durante o segundo estágio do trabalho de parto têm efeitos benéficos sobre a dor materna, a duração do trabalho de parto e as pontuações de Apgar. Com os resultados, os autores concluíram que os exercícios respiratórios com inspiração e expiração profundas são eficazes na redução da percepção da dor do parto e na redução da duração da segunda fase do parto, recomendando exercícios respiratórios como uma modalidade eficaz para o controlo da dor do parto e encurtando a duração do trabalho de parto. Haseli, Ghiasi & Hashemzadeh (2019) desenvolveram um RCT com o objetivo de 1) avaliar o efeito da massagem abdominal com *effleurage* (massagem suave) e 2) avaliar os efeitos das técnicas de respiração com massagem na duração do trabalho de parto, envolvendo 117 mulheres primíparas com idades entre 18-35 anos, organizados em três grupos – massagem abdominal (n = 37), massagem abdominal com técnica respiratória (n = 38) e controlo (n = 42). Do estudo, verificou-se que a duração da fase ativa foi de 244,89 (83,30) min na massagem, 254 (68,55) min na massagem com respiração e 312,07 (67,17) min no grupo de controlo, o que foi significativamente diferente entre os grupos de massagem e controlo, bem como massagem com grupos de respiração e controlo. Todavia, não foi observada diferença significativa entre os dois grupos experimentais.

¹⁰² Na revisão da Cochrane desenvolvida por Lemos et al. (2017), cujo objetivo foi avaliar os benefícios e possíveis desvantagens de diferentes tipos de técnicas em relação aos esforços expulsivos/respiração materna durante a fase expulsiva do trabalho de parto sobre os resultados maternos e fetais, que incluíram 21 estudos, sendo oito estudos (884 mulheres) comparando esforços expulsivos espontâneos e direcionados, com ou sem analgesia epidural, e 13 (2879 mulheres) comparando esforços expulsivos tardios *versus* esforços expulsivos imediatos com analgesia epidural. Na comparação dos tipos de esforços expulsivos (espontâneo *versus* dirigido), os autores verificaram que não houve diferença clara na duração do segundo estágio do trabalho de parto, casos de laceração perineal de 3º ou 4º grau, episiotomia, duração dos esforços expulsivos ou taxa de parto vaginal espontâneo. Para resultados neonatais primários, como índice de Apgar ao 5º minuto inferior a sete, não houve diferença clara entre os grupos e o número de admissões nos cuidados intensivos neonatais também não mostraram nenhuma diferença clara entre esforços expulsivos espontâneos e dirigidos. Na comparação do momento em que ocorrem os esforços expulsivos (tardios *versus* imediatos) em mulheres com analgesia epidural, os autores verificaram que nos resultados maternos primários, esforços expulsivos tardios foi associado a um aumento de 56 minutos na duração do segundo estágio do trabalho de parto, mas nenhuma diferença clara na laceração perineal de 3º ou 4º grau ou episiotomia. Atrás nos esforços expulsivos também foi associado a uma diminuição de 19 minutos na duração dos esforços expulsivos e um aumento no parto vaginal espontâneo. Para os resultados neonatais primários, não houve diferença clara entre os grupos na admissão nos cuidados intensivos neonatais e índice de Apgar ao 5º minuto inferior a sete. Esforços expulsivos tardios foi associado a uma maior incidência de baixo pH do sangue do cordão umbilical e aumentou o custo dos cuidados durante o parto.

7.1.2.1. Instruir & Treinar estratégias de relaxamento em meio aquático

O uso da água tem efeitos no relaxamento físico e mental. A água proporciona uma sensação de bem-estar e relaxamento, permitindo às grávidas sentirem-se mais leves e com maior liberdade de movimento. Para além disso, pode facilitar a autogestão de efeitos colaterais da gravidez considerados como desconfortáveis (Rodríguez-Blanche et al., 2020). A pressão hidrostática da água tem vários benefícios para a circulação sanguínea e alívio da tensão muscular e articular. Para além disso, para muitas mulheres, é muito relaxante pois oferece uma sensação de leveza e tranquilidade. Quando o corpo está submerso até o pescoço, o peso é reduzido em cerca de 90%. O exercício na água, realizado de forma consistente, pode fortalecer os músculos sem esforço. A água morna aumenta a temperatura do corpo, com consequente vasodilatação: 5 minutos de imersão em água morna, a pulsação e pressão sanguínea começam a diminuir ligeiramente; 8 minutos de imersão em água morna – a circulação melhora tanto nos pés como nas mãos, o que aquece as extremidades; 12 minutos de imersão em água morna – os músculos começam a relaxar, o que significa que o corpo está recetivo para os exercícios passivos. Para muitas mulheres, só o pensamento de um “banho” quente, no chuveiro, banheira de hidromassagem ou na piscina, as faz sorrir, já que consideram que é relaxante e divertido ao mesmo tempo. Assim, nos exercícios na água poderão ser introduzidos elementos de relaxamento ativo. O relaxamento em meio aquático deve ser realizado numa piscina devidamente preparada, com ambiente acolhedor. Com a implementação destas intervenções, pretende-se que a mulher seja capaz de:

- Reconhecer o efeito causado pela água no seu corpo, nomeadamente ao nível do relaxamento, alteração do padrão de respiração e /ou emoções e pensamentos.

Atividades que concretizam a intervenção:

1) Instruir exercícios, permitindo que a grávida experiencie o efeito em si e treine a sua utilização: Na sequência dos exercícios, poder-se-á introduzir exercícios especificamente centrados no relaxamento e respiração ou reservar alguns minutos de “relaxamento” (por exemplo, nos 60 minutos – 10 minutos para aquecimento; 40 minutos de exercícios para trabalhar os grandes músculos do corpo, como as pernas e nádegas; e músculos abdominais; 10 minutos para exercícios de relaxamento) (exemplo de como a intervenção poderá ser implementada^{xx}).

7.1.3. Instruir & Treinar a massajar (pessoa significativa)

A massagem envolve a manipulação dos tecidos moles do corpo, usada para relaxar os músculos tensos e para ajudar a acalmar. A massagem durante o trabalho de parto pressupõe um toque intencional, de uma ou várias partes do corpo, como as mãos, pés, os ombros ou as costas, para promover o relaxamento e o alívio da dor (Caughey e Tilden,

2021). A massagem pode ser utilizada durante o trabalho de parto com dois objetivos diferentes (Levett et al., 2016; Fitriana, 2019):

- A massagem suave (*effleurage*) usada entre as contrações para promover a libertação de endorfinas, diminuir a tensão muscular e promover o relaxamento, permitindo que a grávida possa lidar com a dor de trabalho de parto (massagem endorfinica).
- A massagem com pressão usada durante a contração para modular a percepção da dor, pressionando as nádegas, particularmente o músculo piriforme para o alívio da dor.

A massagem poderá funcionar de duas maneiras diferentes (Chaillet et al., 2014). A primeira é por meio da Teoria do *Gate Control*. Uma massagem suave ou não dolorosa pode atuar no método de “controle do portão” inundando o corpo com sensações agradáveis de forma que o cérebro não perceba com intensidade as sensações dolorosas (bloqueia o acesso das mensagens dolorosas ao cérebro, pois o cérebro está concentrado em processar outras sensações). A massagem profunda intensa ou dolorosa age sobre algo chamado método de *Diffuse Noxious Inhibitory Control* para o alívio da dor. A ideia é que a estimulação da massagem dolorosa é tão intensa que estimula o cérebro a libertar hormonas analgésicas naturais – endorfinas. A massagem também poderá funcionar como promotora do bem-estar, diminuindo a produção de cortisol e outras hormonas de *stress* e aumentando os níveis de serotonina e dopamina no cérebro. O uso da massagem está associado a menor percepção da dor durante o trabalho de parto, ter efeito positivo nos níveis de ansiedade durante o primeiro estágio do trabalho de parto, maior senso de controle sobre a experiência do trabalho de parto e maior satisfação materna (Smith et al., 2018)¹⁰³.

Não há nenhum efeito prejudicial conhecido da massagem realizada durante o trabalho de parto, mesmo que seja realizada por pessoas sem treino prévio, e os potenciais benefícios deste tipo de toque são provavelmente mais elevados. Se a pessoa significativa, escolhido pela grávida para a acompanhar durante o trabalho de parto, tiver algum domínio de como e quando massajar poder-se-á sentir mais envolvido e capaz de ajudar¹⁰⁴.

Com a implementação destas intervenções, pretende-se que a mulher seja capaz de:

- Reconhecer o efeito da massagem em si.

¹⁰³ Na revisão sistemática com meta-análise da Cochrane, desenvolvida por Smith et al. (2018), cujo objetivo foi examinar os efeitos dos métodos terapêuticos com o uso das mãos, incluindo massagem e a reflexologia para o controlo da dor no trabalho de parto na morbilidade materna e perinatal, tendo sido incluídos seis RCT e 326 mulheres na meta-análise. Como resultado, no que se refere à percepção da dor, os autores verificaram que menor intensidade de dor durante o trabalho de parto foi relatada com o uso de massagem em comparação com o cuidado usual durante o primeiro estágio do trabalho e a dor do parto. Também foi observado que a massagem parece ter efeito positivo nos níveis de ansiedade durante o primeiro estágio do trabalho de parto, maior senso de controlo sobre a experiência do trabalho de parto e maior satisfação materna.

¹⁰⁴ Numa revisão da Cochrane, desenvolvida por Bohren et al. (2017), cujo objetivo foi avaliar os efeitos, nas mulheres e em seus bebés, do suporte contínuo um a um durante o trabalho de parto em comparação com os cuidados habituais, em qualquer ambiente, tendo sido incluídos 26 estudos envolvendo 15 858 mulheres, os autores verificaram que as mulheres alocadas a suporte contínuo eram mais propensas a ter um parto vaginal espontâneo, menos probabilidade de relatar apreciações ou sentimentos negativos sobre a sua experiência de parto e usar qualquer analgesia intraparto. Além disso, os partos destas mulheres foram mais curtos, evidenciando menor probabilidade de ter parto por cesariana ou instrumentado, analgesia regional ou um recém-nascido com Apgar baixo ao 5º minuto. Para além disso, os autores não encontraram nenhum efeito negativo associado ao suporte contínuo.

Com a implementação destas intervenções, pretende-se que a pessoa significativa que a mulher escolheu para o trabalho de parto seja capaz de:

- Identificar os momentos em que a massagem pode ser usada para alívio da dor/promoção do bem-estar.
- Realizar a massagem.

Atividades que concretizam a intervenção:

1) Demonstrar como realizar a massagem durante a gravidez e dar oportunidade para que a pessoa significativa treine e a grávida experiencie o efeito em si: A massagem durante a gravidez, além de se dar atenção à mobilidade das articulações, é realizada com movimentos amplos dos músculos, com pressão moderada, de forma a relaxar a tensão muscular e melhorar a circulação sanguínea e linfática. A duração não deve ultrapassar 40 minutos e esta pode ser realizada sempre que a mulher desejar, embora seja recomendado alguma frequência como pelo menos 1 ou 2 vezes por semana, para que os benefícios possam ser alcançados.

2) Demonstrar como realizar a massagem que pode ser usada durante o trabalho de parto e dar oportunidade para que a pessoa significativa treine e a grávida experiencie o efeito em si: Para a realização da massagem importa considerar o ambiente (aquecido, aroma agradável, privacidade, etc.), preparação de quem irá realizar a massagem (por exemplo, retirar os anéis ou outros objetos que possam magoar, mãos aquecidas), local onde ficará a grávida (ter disponível cadeira, bola, colchão, etc. para que a grávida possa escolher a qualquer momento e, eventualmente, mudar de posição, caso necessite) e o óleo vegetal (previamente aquecido com as mãos). Para além disso, a posição da grávida também deverá ser considerada, de forma a sentir-se confortável e em segurança (Salamon, 2018). A grávida pode experienciar a massagem em diversas posições: sentada, apoiada nas costas da cadeira; de joelhos, apoiada na bola de partos; ou deitada de lado. O aroma também pode ser diferente em diferentes momentos e verificar qual o aroma com efeito pretendido – mais relaxante/energizante. A luminosidade também poderá ser usada como variável de relaxamento durante a massagem (exemplo de como a intervenção poderá ser implementada^{XXI}).

3) Demonstrar como realizar a acupressão de alguns pontos que interferem com o parto: A acupressão é uma terapia milenar. Todavia, existem resultados controversos em relação aos resultados do uso da acupressão na prática clínica obstétrica¹⁰⁵. Parece

¹⁰⁵ Os resultados nos estudos relativamente aos efeitos da acupressão no alívio da dor de trabalho de parto têm sido controversos. No RCT realizado por Mafetoni e Shimo (2016) com o ponto SP6 (Sanyinjiao) os autores não observaram diferença significativa, já no RCT desenvolvido por Dabiri e Shahi (2014) com o ponto IG4 (Hegu) foi observada diferença nos níveis de dor entre o grupo experimental (acupressão) e o grupo controlo, mas não houve diferença estatisticamente significativa na duração do primeiro estágio do trabalho de parto. Numa recente revisão sistemática da Cochrane, desenvolvida por Smith et al. (2020), cujo objetivo foi avaliar o uso de acupuntura ou a acupressão para aliviar a dor durante o trabalho de parto, que incluiu 28 ensaios clínicos randomizados (aleatórios) (RCT) num total de 3960 mulheres, comparando o uso de acupuntura ou acupressão versus um uso de placebo, nenhum tratamento ou cuidados habituais para gerir a dor durante o trabalho de parto. Dos resultados relativos à acupressão, os autores não confirmam que a acupressão reduz a intensidade da dor de trabalho de parto porque a evidência foi considerada muito baixa.

unânime que, durante a gravidez, a massagem não deve estimular alguns pontos reflexos porque favorecem a contração uterina, se essa não é a intenção (posição mediana entre o polegar e o dedo indicador, parte interna dos joelhos e também à volta dos tornozelos¹⁰⁶). Contudo, em alguns estudos foram apresentados benefícios, pelo que poderá ser útil, com critérios bem definidos, a implementação da intervenção (exemplo de como a intervenção poderá ser implementada^{XXII}).

7.1.4. Instruir & Treinar estratégias para lidar com a dor de trabalho de parto

A dor que as mulheres sentem durante o trabalho de parto pode ser intensa. A gestão eficaz e satisfatória da dor precisa ser individualizada e ajustada para cada mulher (Smith et al., 2020). A tensão corporal e a ansiedade podem aumentar ainda mais essa dor. A dor é causada pelas contrações do útero e pela dilatação (estiramento dos tecidos). No final do primeiro e no segundo período do trabalho de parto, a dor também é causada pelo estiramento da vagina e do pavimento pélvico à medida que o feto avança pelo canal de parto.

A dor do trabalho de parto tem as quatro componentes descritas previamente e, por isso, a implementação de diferentes estratégias simultaneamente poderá ter um efeito mais completo na capacidade de lidar com a dor. Genericamente, pode-se afirmar que as intervenções não farmacológicas visam principalmente ajudar as mulheres a lidar com a dor do parto, enquanto as intervenções farmacológicas visam principalmente aliviar a dor do parto¹⁰⁷. No entanto, reconhece-se que a dor do trabalho de parto é multifacetada e que obviamente há alguma sobreposição.

Abordar as questões das estratégias para lidar com a dor é um desafio¹⁰⁸. Muitas das decisões que as mulheres tomam durante a gravidez sobre como desejam lidar com a

¹⁰⁶ Para além do efeito durante o parto, a realização de massagem durante a gravidez está associada a benefícios nomeadamente: 1) redução do *stress*, melhor autogestão da ansiedade, diminuição da probabilidade de depressão (Hollenbach et al., 2013; Hall et al., 2020; Mueller et al., 2021); 2) aumento da resposta imunológica, níveis aumentados de serotonina e dopamina, ajudando a melhorar o humor e o bem-estar geral (Chen et al., 2017; Hall et al., 2020; Mueller et al., 2021); 3) ajuda a lidar com os efeitos colaterais da gravidez, nomeadamente as dores músculo-esqueléticas: alívio das dores nas costas, nas pernas, no pescoço, nos ombros e/ou no nervo ciático (Hollenbach et al., 2013) e 4) facilita circulação; a acumulação de líquidos tende a ser mais pronunciada nas pernas, tornozelos e pés porque o útero em crescimento dificulta o retorno venoso (Navae & Rakhshkhorshid, 2020) e contribuiu para o aumento de peso fetal ao nascer e redução do risco de parto pré-termo (Hall et al., 2020; Mueller et al., 2021).

¹⁰⁷ Na revisão sistemática relacionada com o tratamento da dor para mulheres em trabalho de parto realizado por Jones et al. (2012) podemos ler que há algumas evidências que sugerem que a imersão em água, relaxamento, acupuntura e massagem podem melhorar o controlo da dor do parto, com poucos efeitos adversos. Essas intervenções aliviaram a dor e melhoraram a satisfação com o alívio da dor (imersão, relaxamento, acupuntura) e a experiência de parto (imersão, relaxamento) em comparação com placebo ou tratamento padrão. O relaxamento foi associado a menos partos vaginais instrumentados e a acupuntura foi associada a menos partos vaginais instrumentados e cesarianas (Jones et al., 2012). Nesta análise, os autores afirmam que não há evidências suficientes para fazer julgamentos sobre se a hipnose, *biofeedback*, injeção de água estéril, aromaterapia ou TENS são mais eficazes do que o placebo ou outras intervenções para o controlo da dor no trabalho de parto.

¹⁰⁸ Uma das principais prioridades dos cuidados de saúde modernos é encorajar o envolvimento na tomada de decisões, com um direito reconhecido de todas as pessoas terem um papel ativo nas decisões que afetam seus cuidados de saúde (Lally et al., 2014). As expectativas da mulher sobre a sua própria experiência e os resultados são importantes na maioria das decisões, mas especialmente em relação ao lidar com / alívio da dor no trabalho de parto. Além de considerar as expectativas em relação à de saúde em geral, os profissionais de saúde que cuidam de mulheres grávidas têm o desafio adicional de garantir o apoio de modo a gerir as expectativas dentro de uma moldura que seja alcançável, ao mesmo tempo que as apoiam de forma realista, clinicamente sustentável e baseado na evidência. As expectativas realistas podem ser definidas como uma avaliação individual e subjetiva dos resultados mais prováveis, bem como o tratamento e os cui-

dor do parto baseiam-se no que esperam que seja o trabalho de parto e a dor do parto (Lally et al., 2008). Para formar as expectativas pré-natais, as mulheres combinam as informações que recebem de uma variedade de fontes com outras crenças que têm sobre a dor do parto. As mulheres consideram o quão doloroso esperam que o trabalho de parto seja, quão eficazes e aceitáveis são as várias formas de alívio da dor e como acham que irão lidar com a dor que imaginam. As expectativas das mulheres grávidas mudam continuamente ao longo da gravidez, à medida que recebem e revisitam novas informações e habilidades. As expectativas formadas por mulheres grávidas incluem o quão doloroso elas acham que o trabalho de parto pode ser; se esperam que a dor do parto seja uma experiência positiva ou negativa; que alívio percebem que obterão das várias estratégias para lidar com a dor; e, quanto tempo durará o trabalho de parto. Em contraste com a dor de uma doença, a dor associada ao trabalho de parto, embora intensa, implica um propósito claro; é uma parte normal do trabalho de parto fisiológico e deve ser tratada em conformidade. No estudo qualitativo desenvolvido por Lally et al. (2014), no qual foram entrevistadas 13 primíparas e 10 multiparas às 36 semanas de gravidez e novamente seis semanas após o parto, os autores destacaram que a primeira grande questão, identificada por todas as mulheres, foi a incapacidade de imaginar como seria a dor do parto ainda durante a gravidez. Mesmo as mulheres que já haviam experimentado a dor do parto previamente acharam difícil lembrar-se e descrever a dor. Por isso, era uma dificuldade decidir, ainda durante a gravidez, como desejavam lidar com a dor de trabalho de parto (usar ou não estratégias não farmacológicas).

As estratégias não farmacológicas para lidar com a dor de trabalho de parto incluem uma série de soluções, que podem ser treinadas na preparação para o parto (Figura 7).

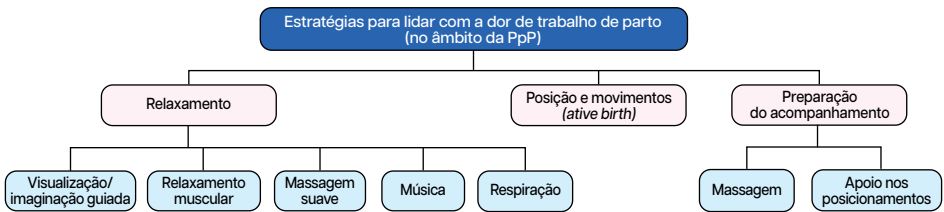


Figura 7. Estratégias promotoras da mestria na capacidade para lidar com a dor de trabalho de parto, que podem ser treinadas na preparação para o parto.

dados que encontrarão e a compreensão de serem assim. As expectativas de saúde de uma mulher são formadas a partir do acesso a múltiplas fontes de informação, combinadas com a gravidade percebida dos sintomas, a vulnerabilidade percebida, juntamente com experiências anteriores e conhecimento (Lally et al., 2014). Quando os profissionais de saúde discutem o apoio às mulheres no desenvolvimento de suas expectativas em relação à dor do parto, deve haver partilha de informação sem influenciar o sentido da decisão ou criar expectativas irrealistas, mas ajudando-a a reconhecer os seus superpoderes para fazer o seu filho nascer. São consideradas quatro tipos de expectativas: o primeiro tipo é "ideal", referindo-se aos resultados desejados ou preferidos de uma pessoa; o segundo é "previsto", que se relaciona com o que uma pessoa realmente espera; o terceiro tipo é "normativo", que é o que deve acontecer; e o quarto é "não formado", onde uma pessoa ainda tem que considerar as opções, resultados ou formar quaisquer expectativas (Thompson & Sunol, 1994).

Com a implementação das intervenções, pretende-se que seja capaz de:

- Reconhecer o efeito causado pelo uso conjunto das estratégias não farmacológicas no seu corpo, nomeadamente o relaxamento, alteração do padrão respiratório e /ou emoções e pensamentos.

Atividades que concretizam a intervenção:

1) Proporcionar o treino de estratégias para lidar com a dor de trabalho de parto de modo que a grávida experiencie o efeito em si enquanto treina: Poder-se-á associar sugerir a associação de estratégias e, após o treino, a própria grávida perceberá o que funciona melhor consigo e ser capaz de as usar em conjunto, se necessário e lhe fizer sentido.

- Relaxamento usando a bola de parto
- Posicionamentos/movimentos com música¹⁰⁹
- Massagem na bola de parto
- Relaxamento com música e aroma
- Relaxamento com iluminação mais alaranjada/vermelha¹¹⁰
- Relaxamento com iluminação mais alaranjada/vermelha e aroma
- Massagem com música e aroma
- Aplicação de calor/frio
- Rebozo e posicionamentos

¹⁰⁹ Na revisão sistemática com meta-análise desenvolvida por Santiváñez-Acosta, Tapia-López & Santero (2020) cujo objetivo foi avaliar a eficácia do uso de música no controlo da dor e da ansiedade durante o trabalho de parto na qual incluiu 12 estudos envolvendo um total de 778 mulheres. Dos resultados, foi observado uma diminuição da percepção da dor e dos níveis de ansiedade na fase latente e ativa. Os autores concluíram que o uso de música parece ter efeitos benéficos na intensidade da dor e ansiedade durante o trabalho de parto, especialmente para mulheres nulíparas. No entanto, a evidência que suporta esta conclusão é qualificada como baixa.

¹¹⁰ O conceito de salas de parto sensorial foi introduzido em 2013 (Jenkinson, Josey & Kruske, 2013). Essas salas oferecem luzes calmantes programáveis, imagens desfocadas repousantes exibidas em uma tela grande do tamanho de uma parede e efeitos sonoros (Wrønding et al., 2019). No estudo observacional desenvolvido por Wrønding et al. (2019), cujo objetivo foi analisar o risco de intervenções obstétricas em parturientes numa sala de parto sensorial *versus* uma sala de parto padrão, considerando configurações de luz espectral em comparação com as configurações de luz nas salas de parto padrão, envolvendo mulheres grávidas a termo, nulíparas, com feto único e apresentação cefálica em trabalho de parto espontâneo. Um total de 789 mulheres foram incluídas no estudo, 313 tiveram o parto na sala sensorial (119 (38,0%) com epidural) e 476 numa sala de parto padrão (180 (37,8%) com epidural). Dos resultados, os autores não observaram diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos. Todavia, a taxa de parto por cesariana foi significativamente menor no grupo de mulheres da sala de parto sensorial (6,4%) em comparação com o grupo da sala de parto padrão (10,7%). Não foi observada diferença ao nível da duração do trabalho de parto – o intervalo interquartil da duração da fase ativa até ao expulsivo no grupo sala de parto sensorial foi de 7 horas *versus* 6 horas para a sala de parto padrão. Em relação ao tempo do período expulsivo, os dois grupos não diferiram significativamente, com uma média de 35 min na sala de parto sensorial e 37 min na sala de parto padrão.

2) Proporcionar o efeito de frases/pensamentos positivos: O trabalho de parto resulta de um esforço físico e mental, que precisam articular-se para um objetivo comum. Este é a ideia que se procura desenvolver em cada mulher/casal, centrando o pensamento no que pode dar certo e como lá chegar. Frequentemente, ao longo da preparação a maioria dos pensamentos centram-se no que “não querem” (episiotomia, cesariana, toque vaginal, etc.).

Neste alinhamento, uma forma de conseguir isso é estimular pensamentos relacionados com o parto que quer/querem: íntimo, sereno, aquecido, etc. Há autores que referem que a força do pensamento positivo – *go with the flow* – atua como antídoto para as hormonas de stress (Cohen & Sherman, 2014). Ao ativar os pensamentos positivos, a mente “conecta-se” com o corpo, regulando a respiração, o que ativa a libertação de hormonas (a ocitocina, a serotonina e a dopamina), tornando possível lidar com a dor¹¹¹. Assim, no sentido de desenvolver um *kit de ferramentas* para o parto, centradas na atitude mental¹¹², poder-se-á estimular a grávida a treinar o seu cérebro para se preparar para um parto sereno¹¹³:

- Analisar: quais pensamentos têm rodeado a sua mente durante a gravidez? Os relatos que lê são positivos ou negativos?
- Pensar: conseguir atingir o seu objetivo o que a fará sentir?
- Afirmações/pensamentos positivos: “*O parto é meu, de mais ninguém. E de mim, sei eu*”; “*Sim, eu consigo*”; “*O meu corpo preparado, tem tudo o que é necessário para dar certo*”; “*O parto é um ato fisiológico, por isso o meu corpo sabe o que fazer*”; “*Sim, estou pronta, minha/meu filha/o! Vamos a isto junto/as...Só faltam umas horas para te ter nos meus braços*”; “*O meu corpo está trabalhando e progredindo a cada contração*”; “*Isso não é para sempre, e vai acabar com o meu bebé nos meus braços*”; “*Vou viver esta contração, aqui e agora, uma contração de cada vez*”; “*Vá, contração, faz o que tens que fazer, eu ajudo...*”; “*Eu estou bem*”; “*O meu corpo foi projetado para*

¹¹¹ As afirmações são declarações repetidas conscientemente que guiam a mente subconsciente para orientar uma situação específica. Têm associado benefícios em situações ameaçadoras, podendo reduzir o stress, aumentar o bem-estar e tornar as pessoas mais abertas à mudança de comportamento ou persistir num determinado comportamento (Cohen & Sherman, 2014). De facto, as afirmações positivas podem abreviar o trabalho de parto tal como os pensamentos negativos podem prolongar ou até mesmo interrompê-lo. A emoção positiva é um combustível que torna as afirmações mais poderosas. As afirmações podem aumentar o foco em fontes de valor positivo para os indivíduos. As intervenções de autoafirmação envolvem mecanismos neurais associados a recompensa e avaliação positiva (Cascio et al., 2016).

¹¹² O pensamento positivo começa com uma conversa interna. A conversa interna é o fluxo interminável de pensamentos não ditos. Esses pensamentos automáticos podem ser positivos ou negativos. Parte da conversa interna vem da lógica e da razão, mas outras podem surgir devido à falta de informação. Aprender a transformar o pensamento negativo em pensamento positivo é um processo simples, mas requer tempo e prática já que exige criar um novo hábito. Então, para praticar o diálogo interno positivo, poder-se-á considerar ideia como: não dizer nada a si mesma/o que não diria a ninguém. Em vez de pensar/dizer “Eu nunca fiz isso antes”, pensar/dizer “É uma oportunidade de aprender algo novo”; em vez de pensar/dizer “É muito complicado”, pensar/dizer “Vou abordar isso de um ângulo diferente”; em vez de pensar/dizer “Eu não tenho recursos”, pensar/dizer “A necessidade aguça o engenho”; em vez de pensar/dizer “Não vai funcionar”, pensar/dizer “Posso tentar fazer funcionar”; etc. Um estado de espírito otimista fica mais apto para lidar com o stress diário de uma forma mais construtiva e, por isso, para mais saúde.

¹¹³ O Método de *Gentle Birth* foi estabelecido por Marie Gowri Motha, em 1986, e foi aprimorando ao longo dos anos para se tornar um programa prático e eficaz, semana a semana, de mente-corpo para celebrar a gravidez e fazer as mães “cabem no seu parto”, dando às mulheres a capacidade e a confiança de que podem ter o seu parto de uma forma calma, íntima e afetiva.

isso"; "O meu corpo e o/a meu/minha bebé estão trabalhando juntos para um parto seguro"; "Cada contração está a aproximar-me do momento de te segurar nos meus braços"; "Está a correr tudo bem", etc.

Cada mulher pode encontrar as palavras/frases que funcionam consigo (ver plano de parto). O ideal é que as palavras sejam curtas e simples, e com as suas próprias palavras. Sugerir que repita a si mesma, nas últimas semanas de gravidez e, ao fazer isso, permitir que o corpo relaxe e liberte qualquer tensão. Isso pode ajudar a estabelecer uma memória de relaxamento associada a palavras e, durante o trabalho do parto, a pessoa significativa pode lembrá-la gentilmente da(s) sua(s) palavra(s)-chave. Quando a mulher encontrar uma afirmação (ou mais) que lhe pareça a certa, sugerir que a escreva e a coloque num local onde possa vê-la diariamente. Isso permite um reforço contínuo para a grávida e para o companheiro.

Durante o trabalho de parto, as frases podem ser usadas dizendo-as baixinho, geralmente nos momentos de descanso entre as contrações. Isso pode ajudar a centrar os pensamentos e a relaxar e a reunir energia positiva para lidar com a próxima contração. Para algumas mulheres, a intensidade de algumas partes de seu trabalho de parto (especialmente no final) pode significar que não é mentalmente possível implementar tais estratégias. Nesse caso, tudo o que pode fazer-se é apenas aceitar a experiência de dor. Se o trabalho de parto estiver a progredir rapidamente, saber que terminará em breve pode ajudar a lidar psicologicamente com a dor. Isso é normal e aceitar isso pode ajudar a não se sentir culpada se as estratégias não funcionarem.

8

AUTOEFICÁCIA PARA LIDAR COM A DOR DE TRABALHO DE PARTO

A autoeficácia constitui uma crença relevante para a transição na medida em que corresponde à convicção que cada pessoa possui sobre a sua própria capacidade para conseguir executar com sucesso o comportamento desejado e produzir o resultado esperado (Bandura, 1977). As crenças de autoeficácia referem-se à confiança na própria capacidade para organizar e desempenhar determinadas ações e, com isso, atingir certas realizações (Bandura, 1997). As crenças de autoeficácia influenciam a motivação humana, as realizações pessoais e os estados afetivos, sendo, ainda, uma componente da autorregulação do comportamento e do pensamento humano, influenciando a quantidade de esforço investido numa tarefa específica, a persistência e a resiliência diante das dificuldades (Bandura, 1997). De acordo com Bandura (2000), as pessoas agem com base em crenças sobre o que podem fazer (expectativa de eficácia) e em crenças sobre o resultado provável do desempenho (expectativa de resultado).

A autoeficácia percebida¹¹⁴ (também designada de autoconfiança na literatura) durante o parto é um marcador importante das capacidades das mulheres para lidar com o trabalho de parto (Schwartz et al., 2015). Autoeficácia para lidar com o trabalho de parto é definida como a crença da mulher na sua capacidade de lidar de forma positiva com o trabalho de parto e com todas as circunstâncias a ele inerente (Lowe, 1991; Lowe, 1993; Timmermans et al., 2019; Zinsser et al., 2021).

Muitas mulheres podem sentir-se inseguras sobre sua capacidade de lidar com o trabalho de parto, porque consideram ser uma tarefa difícil, já que é uma experiência que exige uma variedade de comportamentos, como a capacidade de relaxar, respirar durante as contrações e ouvir os outros, etc. Em conformidade com os pressupostos da teoria da autoeficácia de Bandura, a mulher desenvolve a autoeficácia para lidar com o trabalho de parto, positiva ou negativamente, por meio de experiências pessoais (trabalho de

¹¹⁴ Manning e Wright (1983) foram os primeiros autores a investigar a autoeficácia no contexto do parto. Estes autores observaram que uma maior autoeficácia no parto estava associada a uma maior capacidade de lidar com a dor do trabalho de parto. Posteriormente, Lowe (1993) identificou a autoeficácia no parto como a estrutura conceptual que prediz a confiança para lidar com o trabalho de parto.

parto anterior)¹¹⁵; experiência vicariante de outras mulheres¹¹⁶; discussões com profissionais, membros da família e amigos (*verbal persuasion*); e, respostas/estados fisiológicos habituais face a situações difíceis/desafiantes¹¹⁷.

Apesar de todos estes elementos contribuírem para a autoeficácia, as experiências anteriores são as mais influentes, seguida das experiências vicariantes, estados fisiológicos e emocionais e a persuasão verbal (Figura 8).



Figura 8. Fontes de informação e impacto na autoeficácia

A avaliação da autoeficácia para lidar com o trabalho de parto tem sido alvo de vários estudos¹¹⁸. Nestes estudos, aponta-se a avaliação da autoeficácia no terceiro trimestre da gravidez, quando as mulheres estão ativamente contemplando a experiência de parto iminente, valorizando tanto as expectativas de resultado (quão útil alguém acredita que o comportamento seja) e expectativas de eficácia (quão confiante alguém está de que pode

¹¹⁵ (*Enactive mastery experience*) Os indivíduos interpretam suas experiências anteriores e, com base nessas interpretações, constroem os julgamentos de eficácia pessoal. Experiências vistas como positivas servem como indicador de capacidade, e experiências interpretadas como negativas indicam incapacidade. Assim, cada pessoa antecipa as suas ações com base nas experiências anteriores. Bandura (1977) destaca que a experiência pessoal (positiva ou negativa) é a principal fonte de autoeficácia. Ou seja, as pessoas julgam-se capazes, ou não, de executar uma determinada ação baseada mais nas suas experiências anteriores do que em qualquer outra coisa. As situações de sucesso tendem a intensificar as crenças de autoeficácia, já o fracasso tende a enfraquecê-las, principalmente quando acontece precocemente ou não agrega uma informação relevante sobre o próprio esforço. As novas experiências são “doseadas” de acordo com as percepções que a pessoa já possui, desta forma vão sendo integradas às crenças anteriores. Nesse sentido, propiciar experiências positivas é essencial para a promoção da autoeficácia para lidar com a dor de trabalho de parto.

¹¹⁶ (*Vicarious experience*) As pessoas constroem julgamentos acerca das próprias capacidades por meio da observação de modelos sociais. Observar alguém que a mulher julgue como semelhante na realização de determinada ação pode fazer com que se sinta capaz de fazer o mesmo. Apesar de ser considerada uma fonte mais fraca – comparada à experiência pessoal – a experiência vicariante é importante na construção do julgamento de eficácia pessoal em relação às ações ainda não vivenciadas ativamente. Nesse sentido, observar outras mulheres, em especial as que já têm certa experiência, pode ajudar a mulher no desenvolvimento das suas crenças de autoeficácia.

¹¹⁷ (*Physiological and affective states*) Os estudos indicam que uma maior autoeficácia para o trabalho de parto está significativamente correlacionada com ansiedade no parto e a experiência anterior com o parto parece melhorar a autoeficácia, uma vez que mulheres multiparas apresentam maior autoeficácia do que aquelas que estão grávidas pela primeira vez (Lowe, 1993).

¹¹⁸ Para a avaliação da autoeficácia para lidar com o trabalho de parto, Nancy Lowe (1993) desenvolveu o *Childbirth Self-Efficacy Inventory* (CBSEI). O CBSEI está organizado em expectativas de resultado (ER, *quão útil alguém acredita que seja o comportamento*) e expectativas de eficácia (EE, *quão confiante alguém está de que pode realizar o comportamento*). Existe uma versão resumida com um total de 32 (CBSEI-C32) (Ip, Chung & Tang, 2008; Schmidt et al., 2016). As perguntas 1-16 são feitas uma vez para as expectativas de resultado (ER) e as mesmas perguntas (17-32) são feitas para as expectativas de eficácia (EE). As questões apresentadas na versão resumida original (Ip, Chung & Tang, 2008; Schmidt et al., 2016) são: 1-17) relaxar o meu corpo; 2-18) estar preparada para cada contração; 3-19) usar a respiração a cada contração; 4-20) manter-me no controlo da situação; 5-21) pensar em relaxar; 6-22) lidar com a contração quando esta está no seu pico máximo; 7-23) manter-se calma; 8-24) concentrar-me a pensar no bebé; 9-25) lidar com a contração quando esta está no seu pico máximo; 10-26) pensar positivo; 11-27) não pensar na dor; 12-28) dizer a mim própria que “eu consigo!”; 13-29) pensar nas pessoas que amo; 14-30) concentrar-se em superar uma contração de cada vez; 15-31) concentrar-me na pessoa que me está a ajudar durante o trabalho de parto; e 16-32) ouvir os incentivos da pessoa que me está a ajudar durante o trabalho de parto (Zinsser et al., 2021). Segundo Lowe (1993), os dois elementos centrais são o relaxamento e controlo.

realizar o comportamento). A evidência atual aponta para dois elementos que contribuem para a autoeficácia para lidar com o parto: 1) o viver o momento presente e 2) aceitar/celebrar a dor do parto (Zinsser et al., 2021).

Assim sendo, importa proceder à avaliação da autoeficácia para lidar com a dor de trabalho de parto (Tabela 11).

Tabela 11. Autoeficácia para lidar com a dor de trabalho de parto: possíveis questões orientadoras do processo diagnóstico e respetivos critérios de diagnóstico.

Observações/comentários a valorizar para o processo de diagnóstico	Critérios de diagnóstico
<p>Lidar com o trabalho de parto pode ser um grande desafio. De 0 a 10, quão confiante se sente para lidar com o seu parto?</p> <p>Em função do número apresentado (<10), questionar o que seria necessário para evoluir para (o valor seguinte)?</p> <p>Face a expressões como por exemplo: “da última vez também não consegui/não resultou bem...”, “não tenho em mim o necessário para...”, “não sou capaz”, “isto não é para mim”, etc. e/ou evidenciar reserva em treinar a estratégia => questionar: como sabe...?</p> <p>OU poder-se-á usar uma adaptação clínica da versão modificada da CBSEI para a análise: Escala avaliação da autoeficácia para lidar com o trabalho de parto, sendo que 10 é o máximo e o 0 o mínimo do “acreditar/estar confiante”. Essas questões podem ajudar a perceber o nível atual/ evolução/ autoavaliação da autoeficácia</p>	<ul style="list-style-type: none"> • (A) Refere expressões como por exemplo: “da última vez não resultou” “não consigo”, “não tenho em mim o necessário para...”, “não sou capaz”, “isto não é para mim”, etc. e/ou não revela disposição para experienciar por não se sentir capaz. / Maior parte das respostas na avaliação da autoeficácia para lidar com o trabalho de parto* for inferior a 8. • (C) Revela atitude positiva e expressões que evidenciam sentir-se confiante

*Avaliação da autoeficácia para lidar com o trabalho de parto		
De 0 a 10:	<i>quão útil acredita que seja capaz de:</i>	<i>quão confiante está de que pode conseguir fazer acontecer:</i>
Relaxar o meu corpo/Usar a respiração a cada contração	10--9--8--7--6--5--4--3--2--1--0	10--9--8--7--6--5--4--3--2--1--0
Estar preparada para cada contração/ Concentrar-se em superar uma contração de cada vez	10--9--8--7--6--5--4--3--2--1--0	10--9--8--7--6--5--4--3--2--1--0
Manter-me calma e no controlo da situação	10--9--8--7--6--5--4--3--2--1--0	10--9--8--7--6--5--4--3--2--1--0
Concentrar-me num objeto da sala para me distrair/bebé/ na pessoa que me está a ajudar durante o trabalho de parto/...	10--9--8--7--6--5--4--3--2--1--0	10--9--8--7--6--5--4--3--2--1--0
Pensar positivo/Dizer a mim própria que “eu consigo!”	10--9--8--7--6--5--4--3--2--1--0	10--9--8--7--6--5--4--3--2--1--0
Ouvir os incentivos da pessoa que me está a ajudar durante o trabalho de parto	10--9--8--7--6--5--4--3--2--1--0	10--9--8--7--6--5--4--3--2--1--0
Disponibilidade para aprender/experienciar	<ul style="list-style-type: none"> • Revela interesse em aprender/experienciar: faz perguntas; tem uma postura reveladora de interesse no que está a ser dito; procurou informação sobre o assunto. 	

Fonte: autoras, 2023

Os critérios de diagnóstico que poderão contribuir para identificar o diagnóstico: **Potencial para melhorar a autoeficácia para lidar com a dor de trabalho de parto** e prescrever as intervenções que respondam às necessidades específicas da cliente (Tabela 12).

Tabela 12. Autoeficácia para lidar com a dor de trabalho de parto usando estratégias não farmacológicas: relação entre critérios de diagnóstico e o diagnóstico.

Critério de diagnóstico	Síntese diagnóstica	Intervenção
Se (A) e disponibilidade para aprender/experienciar	Potencial para melhorar a autoeficácia para lidar com a dor de trabalho de parto	Treinar estratégias para lidar com a dor de trabalho de parto (em grupo)*
		Treinar estratégias facilitadoras do trabalho de parto (em grupo)*
		Elogiar o desempenho da cliente**
Se (B)	Autoeficácia para lidar com a dor de trabalho de parto	-----

* Promoção da experiência vicariante |** Promoção da persuasão verbal

Fonte: autoras, 2023

8.1. Intervenções promotoras da autoconfiança para usar estratégias para lidar com a dor de trabalho de parto

Cada mulher é protagonista do seu parto. De acordo com Bandura (1977), cada pessoa é protagonista da própria existência, não apenas produto das condições ambientais. Por isso, a forma como a mulher interpreta ou prevê o seu trabalho de parto, contribui para fundamentar as suas crenças de eficácia pessoal (Toohill et al., 2014; Duncan et al., 2017; Timmermans et al., 2019; Sandall et al., 2016; Brixval et al., 2016; Zinsser et al., 2021). Frequentemente, a falta de experiência e a insegurança, em fazer coisas que nunca fizeram antes, influenciam a autoeficácia (Ternström et al., 2016). Para além disso, a confiança, a autoeficácia e a capacidade de *coping* são consideradas importantes para uma experiência de parto positiva (Curtis, Weinrib & Katz, 2012). Neste entendimento, a autoeficácia reflete as crenças pessoais sobre o comportamento que influencia os resultados. Por isso, o propósito das intervenções de enfermagem é promover a experiência, mesmo que por simulação, das fontes de informações da autoeficácia: 1) desempenho (através do treino, pois quanto treinar mais capaz se poderá sentir); 2) experiência vicariante (ver as outras grávidas fazerem, se a intervenção for implementada em grupo); 3) persuasão verbal (elogiar desempenho); e 4) respostas emocionais e fisiológicas (favorecer ambiente sereno e positivo para a experiência).

8.1.1. Treinar estratégias para lidar com a dor de trabalho de parto & Treinar estratégias facilitadoras do trabalho de parto

O treino das diversas estratégias, para além de promover o desenvolvimento da capacidade para “executar”, permitem nutrir a confiança em si e nos resultados que pode obter com a implementação da estratégia durante o trabalho de parto.

Com a implementação destas duas intervenções é esperado que a mulher seja capaz de:

- Sentir-se confiante para implementar estratégias para lidar com a dor de trabalho de parto e para lidar com o trabalho de parto.

As atividades que concretizam a intervenção são sobreponíveis às associadas aos focos de atenção Capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto e Capacidade para lidar com a dor de trabalho de parto. O que muda é a estratégia de implementação. Para promover a autoeficácia estas intervenções são implementadas em grupo, num ambiente tranquilo e positivo, valorizando os pontos fortes e desempenhos positivos. O facto de a intervenção ser implementada em grupo promove-se a autoeficácia:

- pela experiência vicariante – a grávida ao observar as outras, e respetiva pessoa significativa, sente-se mais capaz de fazer o mesmo;
- pelo treino num ambiente agradável, positivo e acolhedor – favorece o estado fisiológico e quanto mais treina, mais capaz e fluida se poderá sentir ao implementar a estratégia.

8.1.2. Elogiar o desempenho da cliente

As crenças podem ser entendidas como julgamentos que cada mulher faz acerca das próprias capacidades de organizar e realizar ações específicas, e influenciam o modo como pensa e age nas diversas situações. As pessoas com altos níveis de autoeficácia encaram tarefas difíceis como desafios a serem enfrentados; esforçam-se mais e são resilientes. Consequentemente, tais crenças influenciam nas decisões que as pessoas tomam, fazendo com que escolham, geralmente, caminhos que as levam a exercer ações que se consideram capazes e evitar ações que se julgam como menos capazes (Brunton, Simpson & Dryer, 2020).

Das várias fontes de informação, a persuasão pode contribuir para a promoção da autoeficácia para lidar com a dor do trabalho de parto. As apreciações de outras pessoas, verbais ou não verbais, podem aumentar a autoeficácia ou enfraquecê-la. Por isso, tudo o que a(o) EEESMO diz e/ou faz pode influenciar a autoeficácia percebida. Elogiar o comportamento poderá também ter efeito no estado fisiológico associado à ação. A ansiedade e/o stress são respostas do organismo que podem existir quando a mulher sente a situação como ameaçadora. Tais estados fisiológicos podem ser interpretados pela mulher como falta de capacidade para executar uma determinada ação. Assim, mais do que valorizar as

reações em si, importa perceber como cada mulher as interpreta. A pressão psicológica ou o comportamento verbal ou não verbal da(o) EEESMO, mesmo que não intencional, pode desencadear uma série de reações fisiológicas de mal-estar, através de palavras, ações ou reações. Assim, com a implementação da intervenção pretende-se que a mulher/pessoa significativa seja capaz de:

- Sentir-se confiante nas suas próprias capacidades para lidar com o trabalho de parto.

Atividades que concretizam a intervenção:

A implementação desta intervenção constitui uma oportunidade para reforçar o desempenho adequado, tendo por base a persuasão por parte das pessoas significativas. Algumas expressões poderão ter efeito positivo como por exemplo:

- Que bem... faz isso muito bem. Parabéns...
- A sua forma de fazer (*especificar a ação*) é inspiradora/transmite uma alegria contagiante.
- Lembre-se que só falha quem tenta, e eu sei que é determinada(o) demais para deixar que o que depende de si no seu parto fique nas mãos de outras pessoas...
- É uma pessoa positiva, nota-se na forma como realiza (*especificar*).
- É determinada(o)... acredito que será capaz de escolher o que for melhor para si a cada momento ao longo do trabalho de parto/ao longo do trabalho de parto da sua companheira.

9

SIGNIFICADO ATRIBUÍDO
AO TRABALHO DE PARTO

O significado é construído a partir da interpretação que cada pessoa faz da realidade que a envolve e que experiencia. A partir da valorização individual, a cada momento e da experiência da transição, tendo por base as experiências vividas e a percepção da realidade, cada pessoa vai definindo a sua forma de ser, de agir, de sentir e de ver tudo o que é importante para si. Cada significado corresponde a uma representação interna que, inevitavelmente, condicionará o estado emocional e ações/reações e, por essa via, o envolvimento nos cuidados e os resultados. É, por isso, entendido como o valor, importância de alguma coisa. De acordo com Meleis, o significado pode constituir uma condição facilitadora ou inibidora da transição (Meleis et al., 2000; Meleis, 2015).

A promoção da reformulação do significado atribuído ao trabalho de parto deverá ser um objetivo prioritário no âmbito da preparação para o parto. De facto, se a mulher, ou o pai da criança/pessoa significativa, atribuir um significado dificultador ao trabalho de parto, isso condicionará a prontidão para a integração de novos conhecimentos e capacidades.

A OMS reconhece que a experiência do parto é um aspeto importante da assistência perinatal e destaca que a crescente medicalização do trabalho de parto pode influenciar negativamente as experiências de parto das mulheres (WHO, 2018)¹¹⁹. Todavia, o significado da experiência do parto e o facto de que envolve mais do que simplesmente o nascimento de um bebé saudável não é bem conhecido (Olza et al., 2018).

A identificação dos significados atribuídos ao trabalho de parto pode emergir a partir da discussão do plano de parto, valorizando as palavras, as expressões faciais e comportamentos da mulher ou do pai da criança/pessoa significativa quando explora as expectativas e significados. Assim sendo, importa proceder à avaliação do significado atribuído

¹¹⁹ Downe et al. (2018) realizaram uma revisão sistemática qualitativa com o propósito de informar as recomendações intra-parto da OMS, defendendo que o planeamento e a prestação de cuidados de boa qualidade devem incorporar o que é importante para as mulheres grávidas. Nesta revisão foram incluídos 37 estudos. Dos resultados verificou-se que o que importava para a maioria das mulheres era uma experiência positiva que satisfizesse ou superasse suas crenças e expectativas pessoais e socioculturais anteriores, destacando-se a ideia de ter o parto num ambiente clínico e psicologicamente seguro, com apoio prático e emocional de acompanhante e uma equipa clínica competente, tranquilizadora e gentil, com nascimento de um bebé saudável. A maioria queria um trabalho de parto fisiológico e parto, embora reconhecendo que o parto pode ser imprevisível e assustador, e que eles podem precisar de "go with the flow". Se fosse necessário ou desejada alguma intervenção, as mulheres desejavam manter um senso de realização pessoal e controlo através da participação ativa na tomada de decisão. Os significados e expectativas foram mediados pela experiência física e psicossocial durante a gravidez e parto, normas familiares e socioculturais e interação com os serviços de saúde. Face a estes resultados, os autores concluíram que a maioria das mulheres grávidas saudáveis deseja uma experiência de parto positiva. A segurança e o bem-estar psicossocial são igualmente valorizados e que os cuidados de saúde devem ser projetados para atender, ou exceder, as crenças e expectativas pessoais e socioculturais das mulheres.

ao trabalho de parto, valorizando expressões e comportamentos que apontem para um entendimento do trabalho de parto como ameaça à integridade física e emocional e/ou desvalorização do seu papel durante o trabalho de parto fisiológico (Tabela 13).

Tabela 13. Significado atribuído ao trabalho de parto: elementos que podem ser considerados no processo diagnóstico

	Dificultador	Não dificultador (B)
(A) Ameaça da integridade física	Valorizar respostas no Plano de parto v1: <ul style="list-style-type: none"> • Ter parto fisiológico ≤ 5 • Ter cesariana ≥ 5 • Marcar o dia do parto ≥ 5 e ter cesariana ≥ 5 e ficar em casa na fase inicial do trabalho de parto ≤ 5, ir logo que inicie o trabalho de parto para o local onde quero viver parto ≥ 5 	Desejar um parto normal
	Trabalho de parto considerado como: <ul style="list-style-type: none"> • Evento ameaçador: imprevisível, incontrolável, demasiado demorado, experiência stressante e exaustiva; • Trata-se de uma “doença” que exige tratamento do médico (cesariana/medicação); • Evento público (exposição do corpo, toque vaginal); • Resultados perinatais incertos/ indesejáveis (seu corpo e/ou no recém-nascido); • Evento longo demais para viver isolada (sozinha). 	Trabalho de parto como: <ul style="list-style-type: none"> • Evento de superação pessoal: trabalho árduo, estimulante, experiência pessoal de controlo que promove o relaxamento e o “deixar ir” e confiar no próprio corpo; • É um processo normal e saudável para a mulher e feto/ recém-nascido; • Evento que resulta de um trabalho de equipa.
(A) Desvalorização	Desnecessário para o nascimento (cesariana).	É um processo fisiológico e saudável para a mulher e feto/ recém-nascido.
	Centrado no feto/recém-nascido, em que a mulher é apenas o “transporte”.	Centrado na mulher como protagonista do seu parto.
	“Não depende nada de mim” – os outros sabem o que é melhor.	“Depende de mim” – envolvida nas decisões e no controlo da situação e confiar em seu corpo.

Fonte: autoras, 2023

Em função dos critérios de diagnóstico que apontam para um significado dificultador, isto é, dificulta ou impede o envolvimento na transição, especificamente na preparação para o parto, será possível identificar o diagnóstico: **Potencial para melhorar significado atribuído ao trabalho de parto** e prescrever as intervenções que garantam cuidados individualizados para a grávida e/ou pessoa significativa (Tabela 14).

Tabela 14. Significado atribuído ao trabalho de parto: relação entre critérios de diagnóstico, diagnóstico e intervenções

Critério de diagnóstico	Síntese diagnóstica	Intervenção
Se (A) e disponibilidade para aprender	Potencial para melhorar significado atribuído ao trabalho de parto	Assistir a cliente a analisar o significado dificultador.
		Analisar com a cliente o plano de parto.
Se (B)	Significado atribuído ao trabalho de parto não dificultador	-----

Fonte: autoras, 2023

9.1. Intervenções promotoras da reformulação do significado atribuído ao trabalho de parto/tipo de parto

O trabalho de parto é um evento crítico da transição para a parentalidade, quer na perspetiva da mulher, quer na perspetiva do homem. De facto, as experiências de parto, vivenciadas ou imaginadas, são os processos psicológicos, ou até mesmo fisiológicos, subjetivos e únicos, influenciados por fatores sociais e/ou ambientais (Larkin, Begley & Devane, 2009). Os significados e as expectativas são mediados por experiências físicas e psicossociais durante a gravidez e o parto, pelas normas familiares e socioculturais e a pela interação com os serviços de saúde (Downe et al., 2018). De facto, o modo como o trabalho de parto é percebido pode influenciar a atitude com que a mulher se prepara e imagina o seu o trabalho de parto e a pessoa significativa entende o seu envolvimento ativo. O entendimento da realidade desencadeia, em muitas mulheres, uma ambivalência, em torno das forças e das capacidades da mulher, podendo ser altamente influenciado pela percepção do ambiente (seguro *versus* inseguro) e a relação com a(o) EEESMO (de confiança e respeito, ou não) (Karlström, Nystedt & Hildingsson, 2015; Namujju et al., 2018).

A reformulação dos significados é um processo que demora tempo. Poder-se-á dar início com as intervenções que se descrevem em seguida devendo ser implementadas sempre que oportuno e reforçar os avanços aquando da avaliação da evolução do significado dificultador atribuído ao trabalho de parto em cada interação. Assim, importa não esquecer que cada interação constitui uma oportunidade para promover a reformulação do significado atribuído ao trabalho de parto.

9.1.1. Assistir a cliente a analisar o significado dificultador

A reformulação do significado pode ser conseguida pela promoção da reflexão sobre as razões para o entendimento da realidade, procurando promover a reflexão sobre como a pensa e sente a ação, potenciar o reformular do modo de pensar e da tonalidade emo-

cional atribuída à ação e/ou ao resultado. Assim, com a implementação da intervenção pretende-se que a mulher/pessoa significativa seja capaz de:

- Entender o trabalho de parto como processo fisiológico em que ela é a principal protagonista e, por essa via, promover o envolvimento na preparação para o parto.

Atividades que concretizam a intervenção:

1) Explicar que o significado é um pensamento que pode mudar: Poder-se-á começar por explicar que o significado é uma representação interna, dizendo, por exemplo: “os seus pensamentos, o modo como pensa o parto, são ideias, não são factos, não são verdades absolutas; são pontos de vista, são pensamentos e, por isso, não são permanentes, são modificáveis”.

2) Pôr questões que abalem os pensamentos existentes: Poderão ser feitas questões como por exemplo:

- O que a leva a pensar que (*especificar*)?
- Pensou sempre assim?
- Existe alguém que conheça que considere que tenha tido uma experiência bem-sucedida (*especificar caso concreto*)? O que poderia aprender com essa experiência? De que forma poderia usar essa experiência no seu parto?
- O que ganha/perde ao ver-se (*especificar*)?
- O que ganha e o que perde por pensar dessa forma?
- Se continuar a pensar assim, de que forma isso a pode ajudar a ter o trabalho de parto que imagina?
- De 0 a 10, quanto considera que esse modo de pensar contribuirá para a experiência de parto que gostaria de ter?
- Em que momentos assumiu o controlo de (*especificar situação*)? O que aprendeu com isso? O que pode levar dessa experiência para o seu parto?
- O que necessitaria que acontecesse para deixar de pensar “dessa forma”/pensar no assunto de forma mais positiva?
- O que gostaria de pensar hoje que poderia contribuir para se sentir mais poderosa para lidar com o seu parto?
- O que gostaria de conseguir fazer durante o seu parto para se sentir mais realizada como mulher e mãe?

9.1.2. Analisar com a cliente o plano de parto

A partir da análise da importância atribuída a alguns parâmetros assinaladas no plano de parto v1 (Ter parto fisiológico (≤ 5); Ter cesariana (≥ 5); Marcar o dia do parto (≥ 5) e Ter cesariana (≥ 5) e Ficar em casa na fase inicial do trabalho de parto (≤ 5); Ir logo que inicie o trabalho de parto para o local onde quero viver o parto (≥ 5)) poder-se-á partir para a reflexão em torno dos motivos das razões de pensar de determinada forma.

Nesta análise deve ser sempre ponderado o equilíbrio entre o mandato social de EEESMO e o entendimento do parto fisiológico como o mais saudável para a mulher e as expectativas e as preferências da mulher e pessoa significativa. O princípio que deverá guiar a prática é a autodeterminação. Informação para uma escolha livre e informada.

Assim, com a implementação da intervenção pretende-se que a mulher/pessoa significativa seja capaz de:

- Reformular o entendimento do trabalho de parto como processo fisiológico para o qual o corpo se preparou durante toda a gravidez.

Atividades que concretizam a intervenção:

1) Colocar questões que abalem o modo como pensa o trabalho de parto: Para esta análise, pode usar-se o nível de importância que mulher e/ou pessoa significativa atribuem a cada frase o porquê daquele valor e de que modo poderia ser maior ou menor (em função de ser mais saudável em conformidade com a evidência). Assim, poderão ser usadas como questões de partida:

- Quão diferente seria o seu parto se (*especificar*), por exemplo, (se “Ter cesariana” (≥ 5)) se desse mais importância a “Ter parto fisiológico” do que “Ter cesariana”? Que ganhos em saúde poderiam advir para si e para o seu filho/filha com essa decisão? O que poderia perder? O que poderia ser diferente no parto que imagina hoje?
- O que teria de pensar/acontecer para considerar por exemplo “Ficar em casa na fase inicial do trabalho de parto” (*o número seguinte, por exemplo se atribuiu 5, dizer 6 ou 7*)? O que acha que ganharia com isso?
- O que ganha e o que perde por acreditar que (*especificar*)?
- À data de hoje, quão satisfeita(o) está com o modo como pensa o seu parto no global? (se $< 10 \Rightarrow$) O que poderia acontecer para passar para (*o número seguinte*)?
- ...

10

SIGNIFICADO ATRIBUÍDO À DOR DE TRABALHO DE PARTO

A maioria das mulheres sente dor durante o trabalho de parto, mas nem todas as mulheres sentem a dor da mesma forma. Quando as mulheres interpretam a dor como produtiva/útil e com um propósito, a dor está associada a cognições e emoções positivas e é mais provável que sintam que podem lidar com a situação¹²⁰. Por seu turno, quando as mulheres interpretam a dor como ameaçadora, a dor está associada a cognições e emoções negativas e as mulheres tendem a sentir que precisam da ajuda de métodos externos de controlo da dor (Whitburn et al., 2014; Whitburn et al., 2017)¹²¹.

A dor de trabalho de parto é um dos elementos que emerge, inevitavelmente, na discussão do plano de preparação para o parto. O significado que lhe é atribuído, tal como em qualquer outro significado, é construído a partir da interpretação que a mulher faz da realidade que a envolve e que experiencia. A representação que faz de si e da realidade influencia, inevitavelmente, o modo como a mulher vivencia e responde à dor. O significado atribuído à dor de trabalho de parto é moldado pelo ambiente social e outros fatores contextuais em que a dor é vivenciada ou relatada. Atualmente, as neurociências reconhecem que a dor, enquanto experiência pessoal e subjetiva, está fortemente ligada ao ambiente social e cultural (Melzack & Katz, 2013; Karlström, Nystedt & Hildingsson, 2015; Downe et al., 2018).

¹²⁰ A dor é altamente influenciada por processos cognitivos e, em última análise, é experimentada dentro do contexto do significado que cada mulher lhe atribui (Ávila, 2013; Melzack e Katz, 2013; Whitburn et al., 2019). Estudos sobre a dor de trabalho de parto revelaram uma correlação entre os processos cognitivos e a experiência de dor durante parto. Mulheres que catastrofizam a dor, têm menor autoeficácia para o trabalho de parto e têm valores mais elevados de sensibilidade à ansiedade, tendem a sentir dor mais intensa e demorar mais para se recuperar pós-parto (Veringa et al., 2011; Berentson-Shaw, Scott e Jose, 2009). Constituem fatores protetores, associados a experiências de dor mais positivas e menor uso de analgésicos, ter um estado mental de concentração e de aceitação, um acompanhante à sua escolha, bem como um profissional de saúde conhecido e confiável (Whitburn et al., 2014; Hodnett et al., 2013; Bohren et al., 2017). De facto, os cuidadores poderão criar sensação de segurança ou de vulnerabilidade, por exemplo, quando explicitamente, ou inadvertidamente, sugerem à mulher que algo está errado ou que não está a progredir conforme o esperado, isso muda suas cognições e emoções em relação à dor e poderá conduzir a um estado mental com qualidades semelhantes a um estado "desconcentrado e perturbado".

¹²¹ Uma série de estudos indicam que uma atitude de aceitação e *'going with the flow'* está correlacionada com a perceção da dor como menos ameaçadora (Whitburn et al., 2019). Algumas mulheres relatam a dor de trabalho de parto como uma experiência paradoxal de dor, pois referem que é excruciante, mas também desejável devido ao efeito positivo para o nascimento do filho. No estudo desenvolvido por Whitburn et al. (2014) foram identificados dois estados mentais face à dor: "aceitação consciente" e "desconcentrada e perturbada", sendo que cada um destes estados tem um efeito diferente na perceção da dor, e que a mulher poderá relatar o mover-se entre os dois estados durante o trabalho de parto. Um estado mental "desconcentrado e perturbado" está associado à catastrofização da dor e a uma sensação de impotência.

O ambiente social parece particularmente importante para moldar a experiência de dor de uma mulher, influenciando a sua interpretação do contexto da dor e, ao fazer isso, pode mudar seu significado¹²².

A dor que uma mulher imagina que poderá sentir durante o trabalho de parto tem um significado e é esse significado da dor que molda a sua experiência e resposta. A experiência de dor da mulher modula os valores emocionais e cognitivos para dar significado à dor e este processo avaliativo é influenciado pelo ambiente social. O significado da dor é essencial para a sua experiência da mulher e influenciará a sua capacidade de a enfrentar. Quando as emoções e as avaliações cognitivas são positivas, o significado atribuído à dor era que esta é produtiva e com propósito, e as mulheres sentiam que eram capazes de lidar com a sua dor por conta própria. Por outro lado, quando as emoções e as avaliações cognitivas são negativas, o significado atribuído à dor é que é desnecessária ou ameaçadora, e as mulheres procuram fontes externas, como por exemplo a analgesia epidural, para controlar a dor. O resultado deste processo de significação da dor determina se a experiência de dor da mulher é positiva ou negativa e, mais importante, se sente que pode lidar com a dor sem a necessidade de fontes externas de controlo da dor (Whitburn et al., 2017).

O significado da dor importa para a mulher e é esse significado que influenciará sua capacidade de lidar, ou seja, uma dor intensa que a mulher sente como útil, associando-a à progressão do trabalho de parto (ou seja, é produtiva) é muito diferente de uma dor intensa que a mulher interpreta como uma ameaça para seu bebé ou para ela mesma (Ryding et al., 2016; Whitburn et al., 2017). Assim, quando o significado é facilitador (a dor é produtiva e

¹²² O contexto e o ambiente social são dinâmicos e também podem mudar durante o trabalho de parto (Whitburn et al., 2017). O ambiente social, que inclui os profissionais de saúde, pessoas de apoio, funcionários do hospital e até estranhos, é capaz de influenciar o estado de espírito da mulher e, portanto, os valores cognitivos e emocionais de sua dor. Além disso, as palavras ou ações das pessoas ao seu redor são capazes de mudar o contexto da dor. Ao fazer isso, esses indivíduos podem moldar o significado que a mulher atribui à dor, ou seja, se ela percebe a dor como produtiva e com propósito ou se a considera como ameaçadora. Numa revisão da literatura que estudou as experiências de lidar com a dor durante o parto relatou que o apoio de cuidadores conhecidos e confiáveis, aos quais a parturiente se sente emocionalmente ligada, a faz sentir-se segura e aumenta sua capacidade de lidar com a dor durante o trabalho de parto (Van der Gucht e Lewis, 2014). O contexto da experiência influencia o significado da dor para a mulher. Apesar de em todos os casos o processo de trabalho de parto ser o mesmo, para mulheres diferentes isso pode ter significados diferentes. Para alguns, a experiência de dor associada ao trabalho de parto é aceitável e a dor é vista como necessária. Para outros, estar em trabalho de parto e a experiência de dor associada não é considerada e pode estar associada a pensamentos de catastrofização (ou seja, ameaçadores). Durante todo o trabalho de parto, o contexto da dor é dinâmico e seu significado é mutável – uma mulher pode associar a dor à progressão do trabalho de parto e um sinal de que se está aproximando o momento expulsivo, ou pode estar associada a uma aparente falta de progressão ou progressão artificial, ou mesmo com evolução para parto cirúrgico. Em cada um desses casos, o significado da dor muda. O significado da dor é moldado pelo contexto no qual ela é vivenciada. O ambiente social desempenha um papel poderoso em influenciar as cognições e emoções da mulher, ajudando assim a construir o significado de sua dor. De facto, as pessoas ao seu redor podem influenciar sua interpretação do contexto da dor e, ao fazer isso, podem mudar seu significado. A presença de certas pessoas pode influenciar a sensação de uma mulher de se sentir segura ou vulnerável, bem como os pensamentos que ela tem em relação à dor. Ela pode usar as palavras, ações ou expressões das pessoas ao seu redor para a ajudar a compreender o contexto e, assim, construir o significado de sua dor. À medida que o ambiente social muda durante o trabalho de parto, também pode mudar a sua interpretação do significado da dor. A dor pode tornar-se mais ameaçadora ou ser vista como mais produtiva, com base na reação da mulher às variações do contexto social em que está trabalhando. O ambiente social, que inclui profissionais de saúde, funcionários do hospital e até estranhos, foi capaz de influenciar o estado de espírito da mulher e, portanto, os valores cognitivos e emocionais da sua dor. Além disso, as palavras ou ações das pessoas ao seu redor foram capazes de mudar o contexto da dor. Ao fazer isso, esses indivíduos poderiam moldar o significado que a mulher deu à dor, ou seja, se a mulher percebeu a dor como produtiva e útil e que ela poderia lidar, ou se era uma dor ameaçadora e a mulher sentiu que precisava da ajuda de fontes externas de controlo da dor.

com propósito), a resposta das mulheres é: “eu consigo lidar com a minha dor”; quando o significado é dificultador (a dor é desnecessária e ameaçadora), a resposta das mulheres é: “eu preciso de ajuda”; para além disso, o ambiente social poderá influenciar o significado condicionando a resposta: “estou com dor, mas sinto-me segura, eu consigo lidar com a minha dor” ou, pelo contrário: “estou com dor e sinto falta de apoio, preciso de ajuda” (Whitburn et al., 2017; Whitburn et al., 2019). Evidências recentes confirmam a noção de que experimentar este tipo de dor pode resultar em transformação pessoal. Mulheres poderão sentir uma sensação de empoderamento, realização e orgulho (Leap et al., 2010; Karlsdottir, Halldorsdottir & Lundgren, 2014; Whitburn et al., 2019). Neste sentido, o lidar com a dor de trabalho de parto pode ser considerado como um desafio de superação, tal como outros desafios, como por exemplo escalar uma montanha ou uma peregrinação¹²³.

O significado individual de uma experiência de dor é uma dimensão da dor que não foi muito explorada na literatura existente sobre a dor e, ainda assim, é uma dimensão implicitamente aceite. As mulheres descrevem sua experiência de dor do parto usando termos positivos, negativos ou ambivalentes, sugerindo que nem todas as dores do parto são iguais (Whitburn et al., 2014). O efeito do ambiente físico e humano é central dado que, ao facilitar um estado de concentração e calma, bem como cultivar cognições positivas sobre

¹²³ Whitburn et al. (2017) desenvolveram um estudo que objetivou examinar a dor do parto da perspectiva da mulher e descrever os processos cognitivos que ocorrem na mente de uma mulher durante o trabalho de parto e como eles se relacionam com sua experiência de dor (com base em sua recordação da experiência). Dos resultados, emergiu a ideia de que o estado de espírito de uma mulher durante o trabalho de parto prepara o terreno para os processos cognitivos e avaliativos que constroem e dão sentido à sua experiência de dor. Dois estados mentais foram identificados – “aceitação consciente” e “distraindo e perturbado” – cada um tendo um efeito diferente na percepção da dor das mulheres, e as mulheres relataram mover-se entre os dois estados durante o trabalho de parto. As descrições das mulheres sobre a dor foram expressas com um valor emocional e cognitivo que deu à dor um significado pessoal para a mulher naquele momento particular de sua vida. Quando as emoções e as avaliações cognitivas eram positivas, o significado da dor era que ela era produtiva e com propósito, e as mulheres sentiam que eram capazes de controlar a dor por conta própria. Por outro lado, quando as emoções e as avaliações cognitivas eram negativas, o significado da dor era que ela era desnecessária ou ameaçadora e as mulheres procuravam fontes externas, como uma epidural, para controlar a dor. O contexto da dor motivou esse processo avaliativo. Significado: a dor é produtiva e com propósito. Resposta das mulheres: “eu consigo lidar com”. Nesse cenário, as mulheres descreveram o contexto da dor como estando associado a um desfecho desejável – o nascimento do filho. Consequentemente, o significado da dor era que ela tinha sentido porque estava trabalhando para atingir esse objetivo. O valor cognitivo da dor foi positivo. As mulheres raciocinaram que a dor, especialmente sua intensidade, era útil, pois indicava o progresso do trabalho de parto. O valor emocional da dor foi positivo. As mulheres vivenciaram sentimentos positivos em relação à dor. Quando as mulheres interpretaram a dor como produtiva e com propósito, a sua resposta à dor foi que poderiam lidar com a situação; não procuravam métodos externos de controlo da dor, pois sentiam que possuíam a força interna necessária para fazer face à dor que sentiam. Quando o significado atribuído à dor é “ameaçadora”, a resposta da mulher é: preciso de ajuda. Neste cenário, o contexto da dor não é entendido como produtivo. A interpretação das mulheres sobre a situação, muitas vezes moldada por uma sensação de que a sua progressão ou a intensidade da dor não correspondia às suas expectativas, leva-as a sentir a dor como não trabalhando em direção a um objetivo. Assim, o significado da dor era que era uma ameaça ao seu bem-estar físico ou emocional e a instava a pedir ajuda. O valor cognitivo da dor naquele contexto era negativo. Os pensamentos das mulheres sobre a dor sugeriram que a dor não foi percebida como produtiva ou que havia uma incompatibilidade entre suas expectativas e sua experiência. Como resultado, as mulheres não podiam aceitar a dor ou trabalhar com ela. Esta forma de olhar a realidade e as emoções negativas poderão colorir toda a experiência do parto de uma forma negativa. Face ao ambiente social, a mulher poderá sentir: “Estou com dor, mas sinto-me segura. Eu consigo lidar com a dor”. Quando as pessoas ao redor da mulher eram conhecidas, confiáveis e calmas, tinha a sensação de estar segura, o que pode ter ajudado a reduzir a intensidade da dor. As palavras dos profissionais de saúde foram capazes de mudar o contexto da dor e, assim, influenciar o seu significado para a mulher por sentir-se mais capaz para se sintonizar com seu corpo, aceitar a experiência e “go with the flow”. Ou pelo contrário, face ao ambiente social, a mulher poderá sentir “Estou com dor e sinto-me sem apoio, eu preciso de ajuda”. Quando uma mulher não tem o apoio ou a presença de profissionais de saúde competentes ou pessoa significativa, isso tem a capacidade de influenciar sua experiência de dor, podendo sentir-se sozinha e emocionalmente insegura. Também a presença de estranhos ou outras pessoas, que a mulher não queria presentes, podem interferir, sendo considerada uma distração inútil e até emocionalmente intrusiva durante a sua experiência de dor. A mulher lê o contexto social para entender a conjuntura da sua dor. Não são apenas as palavras ditas pelos profissionais, mas também quem estava presente, bem como sua linguagem corporal.

a dor, os profissionais de saúde podem tranquilizar tacitamente a mulher de que a dor é produtiva e útil. Este estado de espírito é semelhante a um estado de “aceitação atenta” que permite à mulher aceitar a dor como não ameaçadora e trabalhar com ela.

Tendo em consideração todos estes pressupostos, importa proceder à avaliação do significado atribuído à dor de trabalho de parto, preferencialmente numa fase precoce da gravidez (até às 20 semanas) (Tabela 15).

Tabela 15. Significado atribuído à dor de trabalho de parto: elementos que podem ser considerados no processo diagnóstico

Dificultador (A)	Não dificultador (B)
Ameaçadora	Aceitação consciente: útil e com propósito; não ameaçadora.
Perda de controlo	Experiência transformadora/empoderamento.

Fonte: autoras, 2023

Face à valorização das palavras, das expressões faciais e dos comportamentos que indiquem um significado dificultador poderá ser identificado o diagnóstico: **Potencial para melhorar significado atribuído à dor de trabalho de parto** e prescrever as intervenções que garantam cuidados individualizados (Tabela 16).

Tabela 16. Significado atribuído à dor de trabalho de parto: relação entre critérios de diagnóstico, diagnóstico e intervenções

Critério de diagnóstico	Síntese diagnóstica	Intervenção
Se (A) e disponibilidade para aprender	Potencial para melhorar significado atribuído à dor de trabalho de parto	Assistir a cliente a analisar o significado dificultador.
Se (B)	Significado atribuído à dor de trabalho de parto não dificultador	-----

Fonte: autoras, 2023

10.1. Intervenções promotoras da reformulação do significado atribuído à dor de trabalho de parto

As intervenções centradas na promoção da dor do trabalho de parto como uma dor produtiva e com um propósito e os esforços para capacitar as mulheres a utilizarem as suas capacidades internas para lidarem com a dor, bem como a atenção cuidadosa às cognições das mulheres e ao ambiente social ao seu redor podem melhorar as experiências da dor do parto e diminuir sua necessidade de outro tipo intervenções de alívio da

dor (Whitburn et al., 2017). Para além disso, uma atitude mais negativa em relação à dor do parto, está associada a maior duração do primeiro e segundo estádios do trabalho de parto (Beigi et al., 2019)¹²⁴.

10.1.1. Assistir cliente a analisar o significado dificultador

As cognições exclusivas de cada mulher, bem como seu ambiente social durante o trabalho de parto, são os principais determinantes de sua experiência de dor (Whitburn et al., 2017)¹²⁵. Ajudar a mulher a reformular os significados dificultadores (a dor é desnecessária e ameaçadora ou fará com que perca o controlo da situação) passa por promover a criação de cognições positivas sobre a dor e entendê-la como algo que é útil e fisiológica durante

¹²⁴ Beigi et al. (2019) desenvolveram um estudo transversal cujo objetivo foi determinar a relação entre a atitude em relação à dor do parto e a duração do primeiro, segundo e terceiro estágios em mulheres primíparas, incluindo 230 grávidas. Dos resultados destaca-se que a média (desvio padrão) da atitude em relação à dor do parto foi 53,96, e a duração da primeira fase foi 10,01 (h), a segunda fase foi 1,6 (h), e a terceira fase foi de 15,9 min. Cento e oitenta e três (79,6%) apresentaram atitude negativa e 47 (20,4%) atitude positiva em relação à dor do parto. Houve uma correlação positiva significativa entre a atitude em relação à dor do parto e a duração da primeira e da segunda fase do trabalho de parto. Não houve diferença significativa entre a duração do expulsivo e a atitude em relação à dor do parto. Os resultados mostraram que a maioria das primíparas teve uma atitude mais negativa em relação à dor do parto, o que foi associado com maior duração do primeiro e segundo estádios do trabalho de parto.

¹²⁵ Atualmente, a neurociência da dor reconhece que a dor é a saída de um sistema de resposta à ameaça que foi ativado por ameaças implícitas ou explícitas à segurança de alguém. A dor é uma emoção homeostática que motiva o indivíduo a fazer algo para lidar com isso, especificamente ações que estão associadas a maior probabilidade de sobrevivência e, portanto, a uma sensação de segurança. Se as pessoas e as interações que acontecem ao seu redor desencadearem uma sensação de vulnerabilidade, faz sentido evolucionário que a experiência de dor de uma mulher mude para um sentimento mais ameaçador que irá motivar mais comportamentos de procura de segurança. As pessoas ao redor da mulher podem moldar sua experiência de dor determinando uma sensação de segurança ou de vulnerabilidade e a sua interpretação da dor como produtiva ou ameaçadora. É bem conhecido que a presença contínua de um acompanhante escolhido pela parturiente pode melhorar os resultados do trabalho de parto, incluindo uma redução no uso de analgésicos (Bohren et al., 2017). No estudo de Whitburn et al. (2017) ficou realçado a ideia de que os profissionais de saúde podem influenciar a experiência de dor da mulher influenciando as suas cognições e emoções em relação à dor e, ao fazer isso, podem mudar o significado da dor para a mulher. Posteriormente, isso afeta o seu senso de capacidade de lidar com a situação, revelando que aqueles, explicitamente ou inadvertidamente, sugerem à mulher que algo está errado ou que ela não está progredindo no "ritmo esperado", isso muda as suas cognições e emoções em relação à dor e leva a um estado de espírito semelhante a qualidades para um estado "distraído e perturbado". De facto, um estado de espírito "distraído e perturbado" está associado à catastrofização da dor e a uma sensação de impotência. Este achado sugere que o ambiente social pode ser um regulador fundamental do estado de espírito de uma mulher e, ao fazer isso, pode mudar a sua expectativa e, consequentemente, a experiência de dor. Um dos possíveis objetivos da dor do parto é poder constituir um gatilho para obter apoio social num momento de necessidade urgente (Bastian et al., 2014). A resposta ao pedido de ajuda da mulher é facilitada pela experiência de empatia por parte do profissional de saúde. Estudos centrados na neurologia da dor apontam para o facto de as redes neuronais da empatia se sobreporem às áreas cerebrais envolvidas em uma experiência de dor (Lamm, Decety & Singer, 2011). Assim, a relação profissional EESMO-mulher pode ter um efeito muito positivo na capacidade de lidar com a dor, através de uma relação empática, a percepção da dor é validada e a mulher sente o apoio emocional e cognitivo para compreender, aceitar e lidar com sua dor. Por seu turno, a "dor social" de estar sozinha ou sentir-se vulnerável durante o trabalho de parto contribui para a experiência de dor física da mulher (Whitburn et al., 2017). Um outro objetivo da dor é ajudar a mulher a monitorar a progressão do trabalho de parto. Mudanças nas propriedades temporais, como um aumento na frequência das contrações e/ou um aumento na intensidade, podem sinalizar para as mulheres que elas estão a aproximar-se do parto e, assim, influenciar a sua interpretação da dor para significar que é produtiva. Este é um sentimento de empoderamento e pode contribuir para uma sensação de controlo que muitas mulheres desejam durante o trabalho de parto. Os profissionais de saúde também devem estar cientes do potencial de influenciar negativamente a experiência de dor, relatando o grau de dilatação cervical de uma mulher (Whitburn et al., 2017). Ser informada sobre o grau de dilatação pode mudar repentinamente o estado de espírito de uma mulher de lidar com a dor para não ser capaz de lidar com a dor e solicitar analgesia. A mulher pode interpretar essa "medição" como significando que não está a progredir conforme o desejado e, portanto, sua dor não será produtiva ou se já está a sentir-se desafiada pela dor, isso pode levar a mulher a antever que não terá a capacidade de lidar com a dor à medida que o trabalho de parto progride. Se de facto a mulher está com uma progressão lenta do trabalho de parto, os profissionais de saúde podem precisar garantir que os relatos de dilatação cervical sejam acompanhados de estratégias para ajudar a mulher a permanecer confiante e a promover o progresso do seu trabalho de parto, para ajudar a prevenir que sinta dor como ameaçadora.

o trabalho de parto, de modo a criar um estado de aceitação consciente, no qual a dor é entendida como não ameaçadora e útil (Whitburn et al., 2014; Whitburn et al., 2017). Assim, com a implementação da intervenção pretende-se que a mulher/pessoa significativa seja capaz de:

- Reformular a representação da dor de trabalho de parto para um entendimento não dificultador (como útil e produtiva) e, por essa via, promover o envolvimento na preparação para o parto.

Atividades que concretizam a intervenção:

1) Explicar que o significado é um pensamento que pode mudar: Poder-se-á começar por explicar que o significado é uma representação interna, dizendo, por exemplo: “os seus pensamentos, o modo como pensa o parto, são ideias, não são factos, não são verdades absolutas; são pontos de vista, pensamentos e, por isso, modificáveis, não são permanentes”.

2) Colocar questões que despertem reflexão: Para promover a reformulação do significado poder-se-á promover a reflexão sobre o modo como concebe a dor de trabalho de parto a partir de questões, como por exemplo:

- Percebo que para si, neste momento, a dor de trabalho de parto parece desnecessária. Mas já pensou porque é que existe em todas as mulheres, em todas as culturas? Será que terá alguma utilidade durante o trabalho de parto? Será que dá informação ao seu corpo de como o trabalho de parto está a evoluir?

[que informação pode dar a dor de trabalho de parto (utilidade da dor): algumas mulheres usam a percepção da dor para monitorizar a progressão do trabalho de parto. Por exemplo, as mudanças nas propriedades temporais, como um aumento na frequência das contrações e/ou um aumento na intensidade, podem sinalizar a evolução do trabalho de parto.]

- A forma como cada pessoa, em cada momento, percebe a dor é diferente. Que explicação encontra para isto? Será que há fatores que podem influenciar a percepção da dor durante o trabalho de parto?

[Estar com alguém de confiança¹²⁶; ter empatia por parte dos outros (exemplo, quando uma criança se magoa e o adulto reconhece e legitima a sua dor, por exemplo dando um beijo no local que dói, a reação da criança é de aceitação de dor¹²⁷); e, “ver” para além

¹²⁶ Eisenberger (2012) demonstrou que a neurofisiologia da dor física e emocional se sobrepõe e que a dor emocional pode aumentar a dor física (e vice-versa). A este respeito, pode ser que a dor social de estar sozinha ou sentir-se vulnerável durante o trabalho de parto contribua para a experiência de dor física mais intensa. Neste contexto, a dor física e a emocional sobrepõem-se fisiológica (com base nos estudos neuronais) e funcionalmente (uma pode prever a outra), indicando que a dor enquanto foco de atenção deverá ser pensada de forma mais abrangente.

¹²⁷ Face a uma resposta empática que recebe, a experiência de dor é validada e sente que recebe o apoio emocional e cognitivo para compreender, aceitar e lidar com sua dor (Whitburn et al., 2017).

da dor, por exemplo, entender a dor do trabalho de parto como um tempo de despedida da gravidez, período de antecipação para conhecer e tocar no/a filho/a, período em que se pode superar os seus limites, etc.]

- Para muitas mulheres, lidar com a dor de trabalho de parto é considerado um desafio de superação, tal como outros desafios, como por exemplo escalar uma montanha, fazer uma peregrinação a pé... é algo que decidimos fazer, escolhemos as pessoas para nos acompanhar; no início, tudo vai bem... à medida que se faz a peregrinação, com o cansaço, as dores nos pés, nas pernas... tudo parece ficar mais difícil... é nesses momentos que a força interior e o incentivo dos outros que nos acompanham ajudam-nos a seguir em frente... e muitas vezes, dizemos baixinho, “já falta menos do que faltava” ou “isto faz sentido na minha vida, eu consigo chegar ao destino”... e depois chega-se! Que sensação de superação e de poder, não lhe parece? (pausa) E se isto que estou a dizer, em vez de ser a peregrinação fosse o seu trabalho de parto? Nesta “caminhada”, que forças poderia levar? Acha que seria alguém com o necessário para “chegar ao destino”?
- O que necessitaria que acontecesse para deixar de pensar “dessa forma”/pensar no assunto de forma mais positiva?

11

SIGNIFICADO ATRIBUÍDO ÀS ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS PARA LIDAR COM A DOR DE TRABALHO DE PARTO

As noções de “trabalho de parto normal” diferem em função do contexto cultural, prática espiritual e experiências de cada mulher (Karlsdottir, Halldorsdottir & Lundgren, 2014). A Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP, 2014) define a dor como uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a dano real ou potencial ao tecido, o que não é o que acontece na fisiologia normal da dor de trabalho de parto, o que pode ser desafiador tanto para a percepção das mulheres quanto para os profissionais de saúde (Sanders, 2015; NICE, 2016).

A dor do parto é uma experiência de dor complexa e, por consequência, um desafio para cada mulher (Whitburn et al., 2017; Thomson et al., 2019). É considerada uma experiência única e individual e, nos relatos das mulheres, varia de agradável a insuportável, sendo ambos os extremos, relatados e, por exemplo, ocorrendo simultaneamente (Karlsdottir et al., 2014; Jones et al., 2015; Thomson et al., 2019).

As estratégias não farmacológicas para lidar com a dor referem-se a intervenções que não envolvem o uso de medicamentos para tratar a dor. Algumas mulheres lidam com a dor do parto sem qualquer intervenção, enquanto outras requerem medidas farmacológicas e/ou não farmacológicas para o alívio da dor (Jones et al., 2012). O limiar de dor é um conceito que importa nesta equação. O limiar da dor é entendido como o ponto, ao longo de uma curva de crescente percepção de um determinado estímulo, no qual a dor começa a ser sentida. E o “estímulo” – o que faz doer, e a “percepção” – como e quando sinto dor, são entidades diferentes. A intensidade com que um estímulo começa a provocar a dor varia de mulher para mulher e na mesma mulher em diferentes momentos do tempo.

Numa revisão da literatura, os autores verificaram que no que se refere ao desejo de alívio da dor, algumas mulheres tomaram a decisão de fazer uma analgesia epidural durante o trabalho de parto, mas outras decidiram sobre o uso de analgesia ainda durante a gravidez, baseada na experiência positiva anterior, experiência negativa de parto sem medicação, influenciada pelos profissionais de saúde e relatos da experiência de outras mulheres como dor insuportável (Thomson et al., 2019).

O significado facilitador atribuído às estratégias não farmacológicas para lidar com a dor de trabalho de parto é um requisito obrigatório para tomar como foco de atenção a capacidade para lidar com a dor de trabalho de parto usando estratégias não farmacológicas. O plano de parto v1 poderá ser uma fonte relevante para aceder aos significados e à valorização das estratégias para lidar com o trabalho de parto – mais centradas em si própria ou mais centradas em recursos externos.

Na versão inicial do “Plano do meu parto”, a partir da importância atribuída e das explicações ao item “o que conheço de mim” e da análise da importância atribuída aos itens relacionados com estratégias não farmacológicas (exemplo “gerir a dor “ao meu jeito”; “usar respiração e relaxamento”; “usar massagem”, etc.) ou usar estratégias farmacológicas (ter analgesia epidural logo que possível; ter analgesia epidural apenas quando eu solicitar), poder-se-á perceber a valorização, ou desvalorização, das estratégias não farmacológicas (Tabela 17).

Tabela 17. Significado atribuído às estratégias não farmacológicas para lidar com a dor de trabalho de parto: elementos que podem ser considerados no processo diagnóstico

Dificultador (A)	Não dificultador (B)
Desvalorização (“não funciona em mim”) (justificado pela atribuição de importância ≤5 nos parâmetros acima referidos e na visão do “o que conheço de mim” mais centrada nos fatores externos do que internos)	Ajudam a lidar com a dor de trabalho de parto.

Fonte: autoras, 2023

Face às palavras, às expressões faciais e comportamentos que indiquem um significado dificultador poderá ser identificado o diagnóstico: **Potencial para melhorar significado atribuído às estratégias não farmacológicas para lidar com a dor de trabalho de parto** e prescrever as intervenções que promovam a reformulação dos significados (Tabela 18).

Tabela 18. Significado atribuído ao trabalho de parto: relação entre critérios de diagnóstico, diagnóstico e intervenções

Critério de diagnóstico	Síntese diagnóstica	Intervenção
Se (A) e disponibilidade para aprender	Potencial para melhorar significado atribuído às estratégias não farmacológicas para lidar com a dor de trabalho de parto	Assistir a cliente a analisar o significado dificultador.
		Assistir a identificar estratégias para lidar com a dor de trabalho de parto.
		Ensinar sobre a relação entre as estratégias não farmacológicas e o lidar com a dor de trabalho de parto.
Se (B)	Significado atribuído às estratégias não farmacológicas para lidar com a dor de trabalho de parto não dificultador	-----

Fonte: autoras, 2023

11.1. Intervenções promotoras da reformulação do significado atribuído às estratégias não farmacológicas para lidar com a dor de trabalho de parto

As intervenções que poderão facilitar a reformulação dos significados atribuídos às estratégias não farmacológicas incluem ajudar a usar a dor do trabalho de parto como motor /força interna para “levar” o trabalho de parto para a frente, numa lógica de: aceitar/ abraçar a dor (*working with pain*). Por outro lado, valorizar os recursos (estratégias não farmacológicas) que a mulher poderá usar para lidar com a dor de trabalho de parto contribuem para a sensação de *empowerment* e do assumir que o parto é seu, de mais ninguém.

11.1.1. Assistir a cliente a analisar o significado dificultador

A análise do significado dificultador assenta em dois desafios: 1) Centrado na capacidade das(os) EEESMO em ter um discurso e intervenções baseados em “trabalhar com a dor” em vez de “alívio da dor” (Leap, 1997) e 2) Centrado na capacidade da mulher (e pessoa significativa) compreender o parto como fisiológico, em que a dor é entendida como um guia e os recursos internos como os seus “superpoderes”. Assim, com a implementação da intervenção pretende-se que a mulher/pessoa significativa seja capaz de:

- Reconhecer os recursos internos como mais-valias para lidar dor de trabalho de parto e, por essa via, promover o envolvimento na preparação para o parto.

Atividades que concretizam a intervenção:

1) Explicar que o significado é um pensamento que pode mudar: Poder-se-á começar por explicar que o significado é uma representação interna, dizendo, por exemplo: “os seus pensamentos, o modo como pensa o parto, são ideias, não são factos, não são verdades absolutas; são pontos de vista, pensamentos e, por isso, modificáveis, não são permanentes”.

2) Colocar questões que promovam reflexão: Para promover a reformulação do significado poder-se-á promover a reflexão sobre o atual significado atribuído às estratégias não farmacológicas para lidar com o trabalho de parto (desvalorização), através da reflexão sobre os benefícios e efeitos menos positivos associados às estratégias não farmacológicas e farmacológicas a partir de questões, como por exemplo:

- A forma como cada pessoa, em cada momento, percebe a sua dor é diferente e, conseqüentemente, diferente será o modo como lida com ela. Quando pensa no trabalho de parto, como acha que seria a forma mais significativa para si para lidar com a sua dor?
 - ◆ Se soluções centradas em estratégias farmacológicas: Sim, (*especificar a estratégia referida*) está associado a alívio da dor do trabalho de parto. E tem ideia de outros efeitos que poderá ter?

[Analgésia epidural – não está associada a experiências de parto mais positivas e pode contribuir para reduzir as taxas de partos normais, pela diminuição da percepção de controle das mulheres, aumentar a duração do segundo estágio do trabalho de parto e aumentar a probabilidade de outras intervenções (como parto instrumental e cesariana) (Jones et al., 2012; Lindholm & Hildingsson, 2015; Anim-Somuah et al., 2018; Thomson et al., 2019); “Petidine” – efeitos colaterais indesejados incluem náusea, sedação e um impacto negativo na capacidade da mulher de amamentar com segurança o recém-nascido e doses múltiplas podem levar à acumulação de metabólitos, como a normeperidina, frequentemente associados a depressão respiratória induzida por narcóticos em recém-nascidos (Burchell, Coster & Norman, 2016); acresce ainda que, em comparação com os métodos não farmacológicos, os métodos farmacológicos estão associados a resultados menos favoráveis para os recém-nascidos, incluindo uma taxa mais elevada de partos instrumentados e admissão nas unidades de cuidados neonatais e diminuição da duração da amamentação além das 6 semanas (Adams et al., 2015). Na revisão sistemática da Cochrane, desenvolvida por Anim-Somuah et al. (2018) evidenciou que apesar de os graus de intensidade da dor serem mais baixos em mulheres que recebem analgesia epidural durante o trabalho de parto, a sua utilização tem efeitos adversos. As mulheres que recebem analgesia epidural têm maior probabilidade de ter um primeiro e segundo estádios de trabalho de parto prolongados e uma maior necessidade de ocitocina sintética adicional. Hipotensão, bloqueio motor, febre e retenção urinária (com conseqüente algiação) também foram relacionados ao uso de analgesia epidural. Nesta revisão, observou-se algum nível de evidência de associação entre o uso de analgesia epidural a risco elevado de parto instrumentado. Este achado foi também identificado por Garcia-Lausin et al. (2019) ao constatarem uma associação entre a duração da exposição à analgesia epidural durante o trabalho de parto e partos instrumentados.]

- ◆ Se soluções centradas em estratégias não farmacológicas: sim, (especificar a estratégia referida) está associado a ajudar a lidar com a dor de trabalho de parto e a alívio da dor. E tem ideia de outros efeitos poderá ter?

[Estratégias centradas no relaxamento, como ioga, uso de música e respiração, e diferentes formas de massagem têm como objetivo induzir um estado de calma e distrair/aliviar a dor do trabalho de parto. Estudos experimentais com técnicas de relaxamento durante o trabalho de parto relataram menor intensidade da dor, maior satisfação com o alívio da dor de parto e menores taxas de parto vaginal instrumentado, sem quaisquer resultados adversos (Jones et al., 2012; Chaillet et al., 2014; Smith et al., 2018); pareceram facilitar o trabalho em equipa, promover laços emocionais únicos com quem a acompanha durante o trabalho de parto, o que, por sua vez, pode induzir uma sensação de segurança, tranquilidade e de estar a ser cuidada (Thomson et al., 2019); as mulheres estão ativamente envolvidas e responsivas ao seu corpo, conforme as respostas fisiológicas e dinâmicas do trabalho de parto ao longo do tempo (Liu et al., 2020)].

- O que necessitaria que acontecesse para deixar de pensar “dessa forma” /pensar no assunto de forma mais positiva?

11.1.2. Assistir a identificar estratégias para lidar com a dor de trabalho de parto

Lidar com a dor do parto é, para muitas mulheres, um desafio complexo e multifacetado (Van der Gucht e Lewis, 2015; Thomson et al., 2019). As atitudes das mulheres em relação às soluções para o alívio da dor são inevitavelmente influenciadas por normas culturais e sociais. Se é valorizado o progresso tecnológico, as soluções poderão ser mais centradas em estratégias mais tecnológicas e farmacológicas (Thomson et al., 2019). Se é valorizado o respeito pela natureza, as soluções poderão ser mais centradas em soluções que apelam aos recursos internos e respeito pela fisiologia do trabalho de parto.

Muitas das mulheres que usaram métodos não farmacológicos têm maior probabilidade de expressar crenças alinhadas com uma abordagem de parto fisiológico, e os seus relatos sugerem que se sentiram preparadas para o parto, acrescentando que esses métodos encorajam e facilitam o apoio positivo pelos profissionais de saúde e pela(s) pessoa significativa(s) (Thomson et al., 2019). De todo modo, quando as soluções propostas e usadas se ajustam ao quadro de referência *a priori* da mulher, ou onde aceitam que as incertezas relativas ao parto são a base para o uso de estratégias que as mulheres poderiam não ter escolhido previamente, as mulheres poderão considerar a(s) estratégia(s) como eficaz(es) permitindo que relaxem e recuperem o senso de controlo sobre o trabalho de parto (Thomson et al., 2019).

No sentido de promover a reflexão sobre estratégias não farmacológicas que pode usar durante o trabalho de parto, pode lançar algumas questões, como por exemplo:

- O que significa para si: “alívio da dor” e “trabalhar com a dor”? Será a mesma coisa ou serão coisas diferentes? (pedir para especificar, dar exemplos, ...). Com qual destas perspetivas se identifica mais/qual poderia contribuir mais para uma experiência positiva no parto que imagina hoje?
- Que estratégias considera que poderiam ser úteis para (especificar*)?

[*manter-se calma; aliviar/lidar a dor nas costas; aliviar/lidar a dor provocada pelas contrações; aliviar/lidar a dor no períneo; etc.]

11.1.3. Ensinar sobre relação entre as estratégias não farmacológicas e o lidar com a dor de trabalho de parto

O parto é um processo corporal normal. Por isso, as recomendações atuais vão no sentido de facilitar um processo de parto fisiológico e, em mulheres em trabalho de parto espontâneo a termo, minimizar as intervenções (WHO, 2018; ACOG, 2019; RCOG, 2021). O desejo de evitar intervenções desnecessárias durante o trabalho de parto é partilhado por profissionais de saúde e mulheres grávidas. Por isso, durante a gravidez, importa analisar com a mulher as possíveis abordagens, de modo que tenham acesso a métodos que vão ao encontro de seus valores e crenças, bem como permitir a gestão de expectativas em

relação a cada uma das abordagens (Thomson et al., 2019). Estudos têm evidenciado que o alívio eficaz da dor nem sempre está associado a níveis mais elevados de satisfação com a experiência do parto (Jones et al., 2012; Smith et al., 2018; Thomson et al., 2019; Howard, 2017).

O objetivo das estratégias não farmacológicas para lidar com a dor não é fazer com que a esta desapareça, mas sim melhorar a capacidade de lidar com ela, melhorar a experiência de parto e aliviá-la. Assim, promover o conhecimento sobre a relação entre as estratégias não farmacológicas e o lidar com a dor de trabalho de parto poderá contribuir para que a mulher reformule o modo como entendem as estratégias não farmacológicas e gerir as expectativas em relação ao “alívio” da dor.

Atividades que concretizam a intervenção:

1) Explicar os fatores que influenciam a percepção da dor: A dor é uma experiência inteiramente subjetiva – cada mulher tem a sua. A percepção da dor pode ser afetada por componentes fisiológicas (por exemplo, posição) e/ou psicológicas (por exemplo, ansiedade). A percepção da dor e as preferências para lidar com a dor são exclusivas de cada mulher em trabalho de parto¹²⁸. A percepção pode ser influenciada por vários mecanismos¹²⁹:

- a) O efeito da estimulação suave na área onde dói: uma das formas de atenuar o estímulo de dor é ocupar o cérebro com outra coisa. Esta abordagem tem por base o que se sabe sobre a transmissão dos estímulos (temperatura, pressão, dor, etc.) até serem processados pelo cérebro¹³⁰. Sabe-se que se o cérebro estiver a receber vários estímulos ao mesmo tempo, acaba por não conseguir processar todas as informações, como se houvesse um portão que só deixasse passar uma coisa de

¹²⁸ Estudos identificaram gene que pode influenciar a solicitação de alívio da dor. De acordo com Landau e Smiley (2017), a evidência sugere que mulheres brancas e asiáticas portadoras de um alelo G118 podem necessitar mais de alívio da dor em comparação com mulheres hispânicas e negras.

¹²⁹ Uma meta-análise sobre o alívio da dor do parto mostrou que quando comparadas abordagens não farmacológicas baseadas no mecanismo *gate control* com os cuidados de rotina, os cuidados de rotina aumentam o uso de analgesia epidural. Em mulheres que deambularam durante o trabalho de parto, foi verificado ainda uma redução no número de cesarianas, uso de ocitocina sintética durante o trabalho de parto e redução dos níveis de ansiedade materna quando comparada os cuidados de rotina (Chaillet et al., 2014).

¹³⁰ A teoria do *gate control* foi desenvolvida por Wall e Melzack (1965-1982) para explicar a influência da estimulação cutânea tátil no alívio da dor. De acordo com esta teoria, existe nos cornos posteriores da medula um mecanismo neural que se comporta como um “portão”, que pode controlar a passagem dos impulsos nervosos transmitidos desde as fibras periféricas até SNC, através da medula. O “portão” regula o fluxo de impulsos nociceptivos, mesmo antes de se criar uma percepção à dor. Segundo a teoria *gate control* os estímulos de dor sobem ao tálamo por meio de fibras rápidas (A-delta – mielinizada) e lentas (fibras C – não mielinizada). As fibras C utilizam substância P que é modulador da dor e são as responsáveis por manterem o “portão” semiaberto. A variação na passagem dos potenciais de ação (nociceptivos) que o portão produz é determinada pela atividade das fibras grossas (A-alfa e A-beta) e finas (A-delta e C), e também por influências cognitivas. Na estimulação das fibras A-alfa (fibras mielinizadas com função motora de propriocepção e movimento) e fibras A-Beta (tacto, pressão e vibração) verifica-se libertação de endorfinas, bloqueio da substância P e encerramento do “portão”. Os autores verificaram que as emoções positivas modulam a dor, diminuindo-a, enquanto as emoções negativas exacerbam a dor. Esta modulação ocorrida pelas emoções dá-se principalmente pela libertação de opiáceos endógenos (exemplo, endorfinas). Os neurotransmissores agem diminuindo a dor e promovendo analgesia, melhorando o humor, a disposição física e mental, fortalecendo o sistema imunológico e aumentando a resistência à dor.

cada vez. Por exemplo, quando existe uma contração do útero, poderá sentir dor; este estímulo, que ativa as fibras nervosas para levarem o estímulo ao cérebro – abre-se o portão e o cérebro interpreta o estímulo nociceptivo como dor. Mas se, por exemplo, fizer uma massagem, aplicar calor, ou mudar de posição corporal com movimento, são produzidos estímulos que ativam as fibras nervosas mais grossas, que permitem que os estímulos cheguem ao cérebro mais rápido, fazendo com que “portão” não deixe passar tanto os estímulos dolorosos e, por isso, percebeção como menos dor.

- b) Provocar um estímulo doloroso num local distante de onde dói: à medida que as endorfinas são libertadas, o corpo inibe a dor em todas as áreas doloridas, exceto aquela submetida aos estímulos dolorosos, por exemplo através de uma massagem com mais pressão, aplicar frio, etc. (Bonapace et al., 2018)¹³¹.
- c) Usar estratégias cognitivas e emocionais: o desvio de atenção desempenha um papel importante no lidar com a dor, modificando a mensagem e ativando o centro de inibição da dor (secreção de endorfina). Conseguir que o cérebro esteja “concentrado” com outra atividade ou “desligado” da realidade, ajudam a modular a percepção da dor, como por exemplo através do relaxamento, do desvio de atenção, da respiração, da meditação, do uso de música, da presença de suporte contínuo, etc. (Bonapace et al., 2018)¹³².

2) Explicar a ação genérica dos efeitos das estratégias não farmacológicas no alívio da dor: Este tipo de estratégias, para muitas mulheres, poderá não proporcionar um alívio total da dor, mas permite à mulher lidar com a sua dor do parto e ajudar o seu corpo a responder mais fisiologicamente a todo o processo. Pelos mecanismos descritos antes, intervenções como ajustar a posição e manter-se ativa, com ou sem ajuda de dispositivos¹³³, contrapressão, calor e frio, toque ou massagem podem diminuir a dor. Outras

¹³¹ Uma meta-análise sobre o alívio da dor de trabalho de parto mostrou que uma abordagem não farmacológica baseada no mecanismo de aplicar um estímulo doloroso noutra local quando comparado com o uso de cuidados de rotina, os cuidados de rotina estavam associados a aumento do uso de analgesia epidural. Os resultados também mostraram um aumento na taxa de distocia no segundo estágio do trabalho de parto, aumento da dor sentida pelas mulheres e menor satisfação com a experiência do parto (Chaillat et al., 2014).

¹³² Uma meta-análise sobre o alívio da dor de trabalho de parto mostrou que quando comparado uma abordagem não farmacológica mais cognitiva com o uso de cuidados de rotina, os cuidados de rotina estão associados a um aumento significativo do uso de analgesia epidural, parto por cesariana, parto instrumentado, uso de ocitocina sintética, aumento da duração do trabalho de parto (29,7 min) e menor satisfação materna com o parto (Chaillat et al., 2014).

¹³³ A superfície macia da bola fornece um apoio para o períneo e/ou para a parte inferior das costas; quando a mulher rola a pelve sobre a superfície da bola, estimula os neurónios cutâneos o que pode interferir com a percepção da dor; para além disso, permite a liberdade de movimentos, em especial da pelve e a alternância da posição corporal, facilitando a posição vertical durante mais tempo. Acresce ainda que pode ser usado em colaboração com quem a acompanha durante o trabalho de parto. O treino do uso da bola de parto durante a gravidez melhora o alinhamento corporal e a percepção dos músculos e a mudanças no centro de gravidade do corpo. No estudo experimental desenvolvido por Gau et al. (2011), cujo objetivo foi examinar a eficácia de um programa de exercícios com bola de parto durante o parto medindo a autoeficácia e a dor do parto. O estudo envolveu 48 mulheres no grupo de intervenção e 39 no grupo de controlo. Os resultados do estudo revelaram que os exercícios com bola de parto proporcionaram melhorias estatisticamente significativas na autoeficácia e na percepção da dor do trabalho de parto. Especificamente, a autoeficácia teve um efeito mediador de 30-40% nas relações entre os exercícios com bola de parto e a dor. As mulheres do grupo experimental tiveram menor duração do

intervenções, como relaxamento, imaginação, concentração, técnicas de respiração e música, para além de interferirem no processamento ao nível do sistema nervoso central do estímulo doloroso, tem efeito na diminuição da ansiedade, melhorando o humor geral e aumentando o senso de controlo¹³⁴. O efeito de cada estratégia em cada mulher é uma experiência única, tal como a experiência do parto.

primeiro estágio do trabalho de parto, menor necessidades de analgesia epidural e menos partos por cesariana do que o grupo controlo. Na revisão desenvolvida por Delgado et al. (2019), cujo objetivo foi avaliar, com o melhor nível de evidência, os possíveis benefícios do uso de bola de parto durante o trabalho de parto nos resultados maternos e neonatais, foi verificado que o uso da bola de parto reduziu a percepção da dor após 20-90 minutos de uso e não houve diferença nos outros resultados maternos e neonatais analisados.

¹³⁴ As mulheres que treinaram, ainda durante a gravidez, a massagem e/ou o relaxamento referiram que o conhecimento dessas estratégias proporcionou uma sensação de alívio, referindo que se sentiram "preparadas", "calmas" e "empoderadas" para o parto. As mulheres que usaram técnicas de relaxamento e/ou massagem relataram que esses métodos ajudaram a tornar a dor mais suportável. As técnicas de massagem também ajudaram a reduzir a dor durante as contrações e torná-las mais fáceis de controlar e forneceram uma "tábua de salvação" (Thomson et al., 2019). Todavia, algumas mulheres relataram que esses métodos foram menos eficazes do que o esperado. Outras mulheres referiram que continuaram a usar o relaxamento no período pós-parto, com efeitos positivos para si, filho e família.

PARTE IV

12

A QUALIDADE DOS CUIDADOS NO ÂMBITO DA PREPARAÇÃO PARA O PARTO

Todas as mulheres grávidas e recém-nascidos devem receber cuidados de qualidade durante a gravidez, parto e período pós-natal (WHO, 2018; WHO, 2016; Tunçalp et al., 2015). A qualidade dos cuidados de saúde na área da saúde materna e obstétrica é altamente influenciada pelos cuidados das(os) EEESMO. Por isso, o exercício profissional dos enfermeiros não poderá ser negligenciado, ou deixado invisível, nos resultados em saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2012; PGCEESMO, 2021). De acordo com a OMS, a qualidade envolve duas dimensões – a prestação de cuidados e a experiência percebida. Por isso, a definição das medições da qualidade em saúde precisa considerar as duas dimensões (WHO, 2016; Tunçalp et al., 2015; Brizuela et al., 2019).

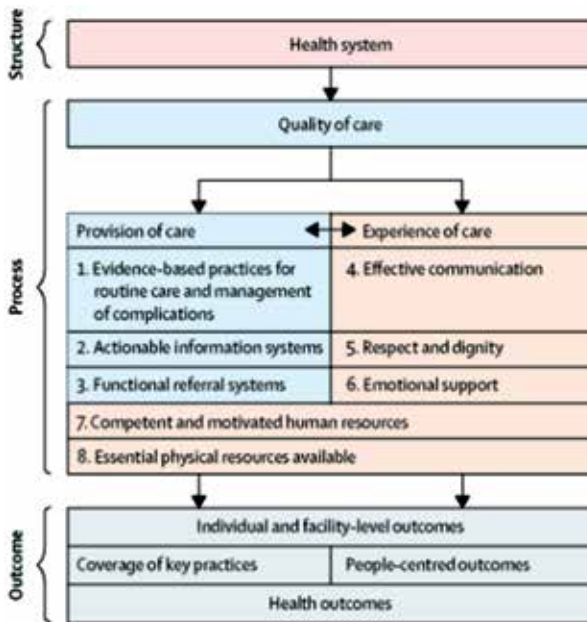


Figura 9. WHO framework (Estrutura da OMS) para a qualidade dos cuidados de saúde materno-infantil (adaptado de WHO, 2016).

As medições expressam em forma de indicadores de saúde, que servem para monitorizar, avaliar e melhorar a qualidade do atendimento à mulher, organização e serviços de apoio que afetam os resultados da mulher, criança e família (Saturno-Hernández et al., 2019). Um indicador pode ser definido como medida-síntese capaz de revelar e estimar, de forma simples, uma determinada situação, tendo implícito um certo grau de imprecisão (PAHO, 2018). Os indicadores de qualidade são assumidos como ferramentas de medição que podem ser usadas para monitorizar, avaliar e melhorar a qualidade do atendimento em saúde, organização e serviços de apoio que afetam os resultados de saúde das pessoas (Saturno et al., 2015). Os indicadores são dinâmicos e respondem a determinadas situações e contextos. Quando se acrescenta a designação “de saúde” representa que o indicador tem a capacidade de mensurar uma característica de saúde de uma determinada população. Os indicadores podem resultar da observação direta do indivíduo (indicador de saúde do indivíduo) ou de grupos de indivíduos segundo taxas e proporções (indicador de saúde da população). O resultado de cada indicador de saúde ao ser analisado produz informação e ao ser interpretado gera conhecimento, que irá influenciar a decisão em saúde e a melhoria da qualidade dos cuidados e dos serviços. Saturno-Hernández et al. (2019) desenvolveram uma revisão sistemática dos indicadores das fases centrais do *continuum* da atenção à saúde materno-infantil (gravidez, parto, recém-nascido e puerpério) tendo verificado que existe um amplo panorama de indicadores disponíveis internacionalmente para a avaliação da qualidade da assistência materna e neonatal; no entanto, a análise crítica demonstra que a maioria dos indicadores não são prontamente adequados para adaptação e implementação. Apenas uma minoria dos indicadores publicados cumpre os requisitos de validade científica, utilidade e viabilidade testados empiricamente.

A qualidade nos cuidados de saúde pode ser entendida como o grau em que os serviços de saúde para indivíduos e populações aumentam a probabilidade de resultados de saúde desejados e são consistentes com o conhecimento profissional atual. Os domínios de qualidade comumente usados incluem acessibilidade, eficácia, segurança, foco na pessoa, equitabilidade e adequação de recursos (CIHI, 2009). Acresce ainda que a satisfação da mulher com a sua experiência com os cuidados prestados e com os profissionais é usada pelas organizações para medir a qualidade do atendimento, evitar litígios, tomar decisões sobre a alocação de serviços e manter uma vantagem competitiva (Mueller, Webb & Morgan, 2020). Assim, avaliar as melhorias na qualidade do atendimento requer a medição de um nível de linha de base de qualidade e exige o rastreamento do progresso em relação a um padrão de referência bem definido (Kruk et al., 2017; Akachi Y & Kruk, 2017; Brizuela et al., 2019).

Os cuidados de má qualidade não são apenas evidentes na falta de disponibilidade de serviços e de prestação de cuidados, mas também na subutilização ou no uso excessivo (Renfrew et al., 2014). Embora muitas mulheres e bebês tenham acesso inadequado a cuidados de saúde, existe uma preocupação global sobre o uso excessivo de tratamentos que foram originalmente concebidos para lidar com complicações. Atualmente, mulheres e recém-nascidos saudáveis ficam expostos aos efeitos adversos de intervenções des-

necessárias usadas rotineiramente. Os cuidados maternos e neonatais de baixa qualidade também têm um impacto económico e comprometem os esforços para combater as desigualdades entre gerações em saúde. Para além das questões ligadas ao acesso e à disponibilidade dos cuidados, importa a experiência vivida. Foi demonstrado que uma experiência negativa na gravidez e no parto foi associada a uma qualidade de vida inferior, pior autoavaliação da saúde, memória negativa persistente e desenvolvimento de transtorno de *stress* pós-traumático. Estes, por sua vez, foram associados a resultados adversos, como aumento da incidência de parto por cesariana, depressão pós-parto, menos gravidezes no futuro e ainda pode afetar o tipo de parto (Renfrew et al., 2014).

Estamos em tempos de se oferecerem oportunidades de prestação de cuidados de qualidade. Todavia também são tempos potencialmente de oportunidades perdidas no âmbito da promoção da saúde. Para além disso, quando a qualidade não é bem definida ou medida pode haver problemas de segurança e aumento de custos para o indivíduo e para o sistema.

Quase todas as mulheres têm múltiplos contactos com o sistema de saúde, incluindo consultas com diversos profissionais de saúde (Sprague et al., 2013). Renfrew et al. (2014) acrescentam a este propósito que, nos países desenvolvidos, o debate sobre a qualidade foca-se em soluções técnicas de “conserto rápido”, ignorando a tarefa mais difícil de, a longo prazo, construírem modelos de cuidados suportados em valores e atitudes centrados na promoção da saúde e nas necessidades específicas de cada mulher e recém-nascido e na pessoa significativa enquanto elemento-chave da saúde. Por isso, é inevitável que qualquer serviço de saúde que vise a qualidade de cuidados e uma gestão criteriosa, em termos de recursos humanos e materiais, terá de colocar o cliente no centro dos cuidados e mudar a filosofia da prestação de cuidados (MCEESMO, 2022).

Nos últimos anos, em Portugal, observou-se um ténue investimento nos cuidados de saúde primários através da criação das Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), onde se podem encontrar programas de saúde concebidos e implementados por EEESMO. Neste contexto, a agenda de qualidade para a saúde materna e neonatal desde o pré-natal está apenas agora a começar a emergir com crescente sistemática e definição de objetivos terapêuticos.

Atualmente, está lançado o desafio de desenvolver indicadores apropriados, que vão além de captar o número de consultas (Tuncalp et al., 2015; WHO, 2018). Esta é uma oportunidade para consolidar e ampliar os avanços dos sistemas de saúde e ampliar a agenda com vista à maximização da saúde e do bem-estar das mulheres, famílias e comunidades, demonstrando o real contributo das(os) EEESMO para a saúde atual e futura da população. O uso dos indicadores também facilitará a medição e a responsabilização na prestação de cuidados e ajudará, em última instância, a alcançar a meta de melhores resultados maternos, fetais e neonatais (Devane et al., 2019).

Para ganhos em saúde relacionados com o parto, a evidência atual defende que o trabalho de parto se inicie espontaneamente, que a mulher tenha a oportunidade para se

mover e alternar posições, tenha acompanhante por si escolhido para apoio contínuo, que se evitem intervenções que não sejam clinicamente necessárias, que se evite a posição de litotomia para o parto, que se promovam esforços expulsivos espontâneos e que se mantenham mãe e filho/a juntos, idealmente em contacto pele com pele na primeira hora de vida.

Por seu turno, Renfrew et al. (2014) referem um conjunto de resultados que têm vindo a melhorar, nomeadamente, a redução da mortalidade materna e neonatal, o aumento do início espontâneo do trabalho de parto, a redução do trauma perineal, a redução de partos instrumentados, a redução da analgesia ou anestesia durante o parto, as hemorragias pós-parto, e menos partos pré-parto, menos recém-nascidos com baixo peso ao nascer, menos casos de hipotermia e maiores taxas de início e duração da amamentação. Os autores destacam ainda que as mulheres relataram um índice mais alto de satisfação com os cuidados em geral, e com o alívio da dor no trabalho de parto em particular, e uma melhor interação mãe-filho também foi identificada.

Estudos recentes, que apontam para ganhos em saúde e resultados contraditórios decorrentes da preparação para o parto^{135 136 137 138}, nomeadamente:

¹³⁵ No estudo experimental desenvolvido por Firouzbakht et al. (2015) teve como objetivo avaliar a eficácia da “educação pré-natal” no processo de parto, no qual participaram 195 grávidas, ou seja, grupo controlo (N = 132) e grupo caso (N = 63) atendidas em centros de saúde. Como resultados, os autores reportam que no grupo experimental observou-se menor nível de ansiedade (14,47 vs. 16), menor intensidade de dor de trabalho de parto (85,68 vs. 90,99), menor taxa de episiotomia (39% 66,1 (39/63) vs. 72,8 (80/132)) e menor taxa de cesarianas (13% 17,1 (13/63) vs. 58% 32,2 (58/132), sendo estes resultados com diferença estatisticamente significativa.

¹³⁶ O estudo transversal comparativo desenvolvido por Ricchi et al. (2020), cujo objetivo foi avaliar a eficácia preparação para o parto por meio da análise da ocorrência de cesariana, analgesia epidural, comportamento durante o trabalho de parto e parto das mulheres. Além disso, o nível de satisfação das mulheres que realizaram o programa de preparação para o parto foi medido por meio de um questionário de 20 itens distribuído após o parto, no qual participaram 147 mulheres. De acordo com a análise multivariada, não houve diferenças na frequência de cesarianas entre os dois grupos, enquanto a frequência de analgesia epidural foi menor nas mulheres com preparação para o parto. Observou-se também que as mulheres que participaram no programa de preparação para o parto apresentaram: 1) maior probabilidade de utilizar técnicas respiratórias durante o trabalho de parto; e 2) maior probabilidade de realizar os exercícios de visualização durante o trabalho de parto. Como conclusão, os autores referem que o estudo identificou vários fatores positivos que confirmam os resultados de outros estudos que indicam que a preparação para o parto sé eficaz para mulheres nulíparas. Os autores acrescentam ainda que os benefícios da educação perinatal são difíceis de avaliar sistematicamente, e mais pesquisas seriam necessárias para determinar os efeitos reais e chegar a um acordo sobre indicadores confiáveis de eficácia.

¹³⁷ No estudo quase experimental e prospetivo desenvolvido por Citak Bilgin et al. (2020), objetivou-se determinar o efeito da preparação para o parto nas percepções de mulheres nulíparas em relação à experiência do parto e resultados obstétricos (por exemplo, tipo de parto, uso de indução e parto instrumentado), envolvendo 121 mulheres, das quais 64 no grupo experimental e 57 no grupo de controlo. Os resultados evidenciaram que as mulheres do grupo experimental tiveram percepções significativamente mais positivas relacionadas com o parto e experimentaram um nível mais baixo de dor durante o parto. No entanto, não foram observadas diferenças ao nível dos resultados obstétricos.

¹³⁸ Mueller, Webb & Morgan (2020) desenvolveram um estudo que visou explorar a relação entre a frequência de um programa de preparação para o parto e o trabalho de parto e nascimento, bem como a satisfação materna com a experiência do parto. Os participantes foram 197 mulheres primíparas de baixo risco, auto-selecionadas em dois grupos constituídos por 82 mulheres que frequentaram preparação para o parto e 115 mulheres que não o fizeram. Os dados foram recolhidos nos processos clínicos e a pesquisa da satisfação pós-parto foi realizada por cada mulher. A análise dos dados revelou que as mulheres que frequentaram a preparação para o parto eram menos propensas a terem indução do parto e usavam menos analgésicos durante o trabalho de parto. Um modelo de regressão logística mostrou que um aumento no número de intervenções aumentou o risco de cesariana para todas as mulheres. As intervenções de parto foram usadas significativamente menos em mulheres que se prepararam para o parto. Nenhuma diferença estatística foi observada na satisfação geral com a experiência do parto. Como conclusão, os autores defendem que a preparação para o parto pode ajudar as mulheres a sentir-se preparadas para o que esperar do parto e minimizar o uso de intervenções médicas.

Lidar com a dor e ansiedade:

- menor nível de ansiedade (Firouzbakht et al., 2015);
- menor intensidade de dor de trabalho de parto (Firouzbakht et al., 2015);
- maior probabilidade de utilizar técnicas respiratórias durante o trabalho de parto (Ricchi et al., 2020);
- maior probabilidade de realizar os exercícios de visualização durante o trabalho de parto (Ricchi et al., 2020);
- uso de menos analgésicos durante o trabalho de parto (Mueller, Webb & Morgan, 2020).

Efeitos nos desfechos obstétricos:

- menos propensão a haver indução do parto (Mueller, Webb & Morgan, 2020);
- menor taxa de episiotomias (Firouzbakht et al., 2015);
- não foram observadas diferenças ao nível dos resultados obstétricos – tipo de parto, uso de indução e parto instrumentado (Citak Bilgin et al., 2020).

Efeito na taxa de cesarianas e na satisfação geral com a experiência do parto:

- não foram observadas diferenças no número de cesarianas (Ricchi et al., 2020);
- nenhuma diferença foi observada na satisfação geral com a experiência do parto (Mueller, Webb & Morgan, 2020).

Ao longo dos anos, os benefícios da preparação para o parto têm sido difíceis de avaliar sistematicamente, e mais pesquisas seriam necessárias para determinar os efeitos reais e chegar a um acordo sobre indicadores confiáveis de eficácia (Ricchi et al., 2020). Os desafios atuais são: mudar o paradigma dos cuidados, centrando os cuidados nas necessidades específicas de cada mulher/casal e especificar os diagnósticos e as intervenções de enfermagem e, a partir daí, realizar estudos de investigação que permitam ampliar o conhecimento disciplinar da Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

Um programa de preparação para o parto implementado por EEESMO visa preparar a mulher e a pessoa significativa para um parto fisiológico, em que ela seja a protagonista, e com intervenções baseadas na evidência e que contribua para os ganhos em saúde a curto, médio e longo prazo. Importa ainda considerar que o objetivo da preparação sobre o parto para os profissionais de saúde é diferente daquele que possuem as mulheres grávidas. As mulheres podem não estar à procura de informações para diminuir a taxa de induções ou do uso de medicamentos para a dor (Mueller, Webb & Morgan, 2020), mas de compreender o processo e desenvolver recursos para que “tudo corra bem”. Por isso, na avaliação da qualidade de um programa de preparação para o parto devem ser considerados os motivos/necessidades das mulheres e da pessoa que escolhe para a acompanhar e de que forma o programa responde a essas mesmas necessidades.

Medir o efeito da preparação para o parto tem sido um desafio posto tanto à prática, como à investigação dos cuidados. De facto, estudos sobre a eficácia da preparação para o parto relacionados com os resultados obstétricos e a satisfação com a experiência do parto não mostraram resultados consistentes (Mueller, Webb & Morgan, 2020). Uma das explicações para estes achados tem a ver com o impacto dos cuidados prestados e da interação profissionais-parturiente durante o trabalho de parto. Todavia, alguns estudos apontam para resultados positivos relacionados com a preparação para o parto, nomeadamente menor número de intervenções clínicas intraparto, menor propensão a indução do trabalho de parto e menor recurso a analgésicos durante o trabalho de parto (Mueller, Webb & Morgan, 2020). Para além disso, aumenta a probabilidade de maior envolvimento na tomada de decisão dessas escolhas. Embora não sejam as mulheres que interpretam e fazem o julgamento da necessidade de intervenções clínicas, as questões que são capazes de colocar podem influenciar a decisão de quem lhe presta cuidados (Mueller, Webb & Morgan, 2020). Acresce a tudo isto, o facto de os estudos relacionarem positivamente o nível de satisfação com a experiência do parto com a saúde física e emocional, a amamentação e o vínculo afetivo com o bebé e o relacionamento com o parceiro, tendo impacto na saúde a curto e longo prazo de todos os envolvidos.

Na Tabela 19 são apresentados exemplos de indicadores que podem ser usados para medir a qualidade dos cuidados prestados por EEESMO no âmbito dos programas de preparação para o parto e demonstrar os contributos para a saúde da mulher e do recém-nascido, em particular quando são implementados cuidados significativos e baseados na evidência e nas necessidades específicas da mulher e pessoa significativa. A definição destes indicadores teve por base as propostas de vários autores e organizações, nomeadamente WHO (2014), WHO (2018), Madaj et al., 2017; NICE (2015), PAHO, 2018, Lattof et al. (2019), Saturno-Hernández et al. (2019), Bruin-Kooistra et al. (2012) e Devane et al. (2007). Para além dos contributos destas fontes, foram definidos indicadores que reflitam os cuidados preconizados neste GOBP.

Tabela 19. Exemplos de indicadores passíveis de caracterizar os cuidados especializados no âmbito da preparação para o parto

	INDICADOR
Indicadores de produção (calculado por determinado período de tempo)	Número de horas/semana disponível para acesso sem marcação (ex. telefone, etc.)
	Número de contactos fora da consulta/intervenção
	Número de grávidas com consulta de avaliação inicial (plano de parto inicial) ≤25 semanas
	Número de consultas/intervenções centradas na preparação para o parto/grávida
	Número de consultas/ intervenções centradas na preparação para o parto com a presença da pessoa significativa/grávida
	Caracterização das pessoas significativas (quem)
Ganhos em mestria	Número de grávidas com preparação para o parto admitidas em parto espontâneo ¹
	Número de grávidas com “potencial para melhorar significado dificultador atribuído ao trabalho de parto”, com preparação para o parto, tendo tido parto vaginal eutócico ²
	Número de grávidas com “potencial para melhorar conhecimento...”, com preparação para o parto, tendo tido parto vaginal eutócico ³
	Número de grávidas com “potencial para melhorar conhecimento...”, com preparação para o parto, com contacto pele com pele após o parto ⁴
	Número de grávidas com “potencial para melhorar capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto”, com preparação para o parto, tendo tido parto vaginal eutócico sem episiotomia ⁵
	Número de grávidas com “potencial para melhorar capacidade para usar estratégias para lidar com a dor do trabalho de parto”, com preparação para o parto, tendo tido parto vaginal eutócico, sem analgesia epidural ou com atraso no uso da analgesia epidural (>5/6 cm) ⁶
Indicadores no parto/pós-parto (nas mulheres com PpP)	Número de episiotomias
	Número de lacerações (1°, 2°, 3°,4°)
	Número de mulheres com analgesia de parto (epidural, outra medicação analgésica) antes dos 5 cm de dilatação.
	Caracterização das posições de parto adotadas para o expulsivo
	Número de mulheres com contacto pele com pele durante a primeira hora pós-parto

¹ Ganho: aumento do início espontâneo do trabalho de parto (menos induções, menor probabilidade de intervenções obstétricas)

² Ganho: aumento dos partos vaginais eutócicos (diminuição das cesarianas)

³ Ganho: aumento da satisfação com a experiência de parto e da capacidade de se envolver/participar ativamente nas decisões sobre o seu próprio parto

⁴ Ganho: aumento da probabilidade de sucesso na amamentação e ligação mãe/pai-filho

⁵ Ganho: aumento dos partos vaginais (diminuição das cesarianas); diminuição da taxa de episiotomias

⁶ Ganho: autocontrolo da dor; menor necessidade de medicação analgésica

Tal como defendido pela OMS (2016), a qualidade envolve a experiência percebida. Assim, a avaliação da satisfação com os cuidados constitui um indicador relevante da qualidade dos cuidados (NICE, 2015)^{xviii}.

REFERÊNCIAS

- Abdelhakim, A.M., Eldesouky, E., Elmagd, I.A. et al. Antenatal perineal massage benefits in reducing perineal trauma and postpartum morbidities: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Int Urogynecol J* 31, 1735–1745 (2020). <https://doi.org/10.1007/s00192-020-04302-8>
- Abdollahian S, Ghavi F, Abdollahifard S, Sheikhan F (2014). Effect of Dance Labor on the Management of Active Phase Labor Pain & Clients' Satisfaction: A Randomized Controlled Trial Study. *Global Journal Health Science*, 6(3): 219-26.
- ACOG (2015). ACOG Committee Opinion No. 650. Physical activity and exercise during pregnancy and the postpartum period. *Obstet Gynecol.* 2015;126(6):e135-42.
- ACOG (2018). Group prenatal care. ACOG Committee Opinion No. 731. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2018;131:e104–8.
- ACOG (2019). Approaches to limit intervention during labor and birth. ACOG Committee Opinion No. 766. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2019;133:e164–73.
- ACOG (2020). Physical activity and exercise during pregnancy and the postpartum period. ACOG Committee Opinion No. 804. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2020;135:e178–88.
- Adams J, Frawley J, Steel A, Broom A, Sibbritt D (2015). Use of pharmacological and non-pharmacological labor pain management techniques and their relationship to maternal and infant birth outcomes: examination of a nationally representative sample of 1,835 pregnant women. *Midwifery*. 2015;31:458–63.
- Afulani, P., Kusi, C., Kirumbi, L. et al. (2018). Companionship during facility-based childbirth: results from a mixed-methods study with recently delivered women and providers in Kenya. *BMC Pregnancy Childbirth* 18, 150 (2018). <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1806-1>.
- Aguilar Cordero MJ, Rodríguez Blanquet R, Sánchez García JC, Sánchez López AM, Baena García L, López Contreras G. Influencia del programa SWEP (Study Water Exercise Pregnant) en los resultados perinatales: protocolo de estudio. *Nutr Hosp.* 2016 Feb 16;33(1):162-76. Spanish. doi: 10.20960/nh.28. PMID: 27019255.
- Aguilar Cordero, M. J., Rodríguez Blanque, R., Sánchez López, A. M., Baena García, L., Sánchez García, J. C., López Contreras, G., & Rodríguez Blanquet, R. (2016). Influencia del programa SWEP (Study Water Exercise Pregnant) en los resultados perinatales: protocolo de estudio. [Not Available]. 33(1), 162-176. doi:10.20960/nh.28.
- Ahmadpour P., Mosavi S., Mohammad-Alizadeh-Charandabi S et al. Evaluation of the birth plan implementation: a parallel convergent mixed study. *Reprod Health* 17, 138 (2020). <https://doi.org/10.1186/s12978-020-00989-6>.
- Akachi Y & Kruk ME (2017). Quality of care: measuring a neglected driver of improved health. *Bull World Health Organ.* 2017; 95: 465.
- American College of Nurse-Midwives (2013). Supporting healthy and normal physiologic childbirth: a consensus statement by American College of Nurse-Midwives ACNM, MANA, and NACPM. *J Perinat Educ.* 2013;22(1):14–8.
- American College of Nurse-Midwives (2014). Hydrotherapy during labor and birth . Position Statement . Silver Spring (MD) : ACNM ; 2014 . Available at: <http://www.midwife.org/ACNM/files/ACNMLibraryData/UPLOAD-FILENAME/00000000286/Hydrotherapy-During-Labor-and-Birth-April-2014.pdf> .
- Amis D, Green J (2008). *Prepared Childbirth: The family way*. The family way Publications, Texas. ISBN 0-9769758-5-8.
- Anderson MV, Rutherford MD (2013). Evidence of a nesting psychology during human pregnancy. *Evolution & Human Behavior* 2013; 34:390.
- Andersson E, Christensson K, Hildingsson I (2012). Parents' experiences and perceptions of group-based antenatal care in four clinics in Sweden. *Midwifery*. 2012 Aug;28(4):502-8. doi: 10.1016/j.midw.2011.07.006. Epub 2011 Sep 17. PMID: 21925778.
- Anim-Somuah M, Smyth RMD, Cyna AM, Cuthbert A.(2018). Epidural versus non-epidural or no analgesia for pain management in labour. *Cochrane Database Syst Rev* 2018 May 21;5:CD000331. pmid:29781504.
- Anna J, Weber W, Zarebska S, Drobnik M, Kozakiewicz T, Sawczyn E, Kwitniewski L (2014). Effect of pelvic floor muscle training exercise on labor outcome. *J Emerg Med* 2014; 20: 380–389.
- ASP (2014). International Association for the Study of Pain. IASP Taxonomy: Pain. 2014. <http://www.iasp-pain.org/Taxonomy#Pain>.
- Avila LA (2013). Pain beyond biology. *Pain.* 2013;154:2569–76.

- Aziato, L., Acheampong, A.K. & Urmoar, K.L. (2017). Labour pain experiences and perceptions: a qualitative study among post-partum women in Ghana. *BMC Pregnancy Childbirth* 17, 73 (2017). <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1248-1>
- Baines, S., & Murphy, S. (2010). *Aquatic Exercise for pregnancy*. Cumbria: M&K Update Ltd. ISBN: 978-1-905539-42-0.
- Balde MD, Nasiri K, Mehtash H, et al. (2020). Labour companionship and women's experiences of mistreatment during childbirth: results from a multi-country community-based survey. *BMJ Global Health* 2020;5:e003564.
- Bandura A (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*. 1977;84(2):191–215.
- Bandura A (2006). *Guide for Constructing Self-Efficacy Scales*. [autor do livro] Frank Pajares & Tim Urdan (Eds.), *Self-Efficacy Beliefs of Adolescents – Adolescence and Education*. USA: IAP.
- Bastian B, Jetten J, Hornsey M.J, Leknes S (2014). The positive consequences of pain a biopsychosocial approach. *Personal Soc Psychol Rev*. 2014;18:256–79. doi:10.1177/10888668314527831.
- Beale T, Heard S (2007). An ontology-based model of clinical information. *Stud Health Technol Inform*. 2007;129(Pt 1):760–4. PMID: 17911819.
- Beckmann M, Stock O. (2013) Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma. *Cochrane Database Syst Rev*. (4):CD005123. Available from: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD005123.pub3...> [Accessed 1st September 2018]
- Begley CM, Gyte GM, Devane D, McGuire W, Weeks A, Biesty LM. (2019). Active versus expectant management for women in the third stage of labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019; 13(2):CD007412. pmid:30754073.
- Beigi, S. M., Valiani, M., Alavi, M., & Mohamadiri, S. (2019). The relationship between attitude toward labor pain and length of the first, second, and third stages in primigravida women. *Journal of education and health promotion*, 8, 130. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_4_19.
- Benfield RD, Hortobagyi T, Tanner CJ, et al. (2010) The effects of hydrotherapy on anxiety, pain, neuroendocrine responses, and contraction dynamics during labor. *Biological Research for Nursing* 12(1), 28–36. doi: 10.1177/1099800410361535.
- Berentson-Shaw J, Scott KM, Jose PE. (2009). Do self-efficacy beliefs predict the primiparous labour and birth experience? A longitudinal study. *J Reprod Infant Psychol*. 2009;27(4):357–73.
- Berg M, Asta Ólafsdóttir O, Lundgren I (2012). A midwifery model of woman-centred childbirth care--in Swedish and Icelandic settings. *Sex Reprod Healthc*. 2012 Jun;3(2):79-87. doi: 10.1016/j.srhc.2012.03.001. Epub 2012 Mar 16. PMID: 22578755.
- Bergström M, Kieler H, Waldenström U (2009). Effects of natural childbirth preparation versus standard antenatal education on epidural rates, experience of childbirth and parental stress in mothers and fathers: a randomised controlled multicentre trial. *BJOG* 2009; 116:1167.
- Bertone AC, Dekker RL. Aromatherapy in Obstetrics: A Critical Review of the Literature. *Clin Obstet Gynecol*. 2021 Sep 1;64(3):572-588. doi: 10.1097/GRF.0000000000000622. PMID: 33927109.
- Binkley, H. M., Binkley, J. L., & Wise, S. (2017). *Aquatic Exercise in Pregnancy*. *International Journal of Childbirth Education*, 32(2), 31-36.
- Bø K (2012) Pelvic Floor Muscle Training in Treatment of Female Stress Urinary Incontinence, Pelvic Organ Prolapse and Sexual Dysfunction. *World J Urol* 30: 437-443.
- Bø K, Ellstrøm Engh M, Hilde G (2018). Regular exercisers have stronger pelvic floor muscles than nonregular exercisers at midpregnancy. *Am J Obstet Gynecol*. 2018 Apr;218(4):427.e1-427.e5. doi: 10.1016/j.ajog.2017.12.220. Epub 2017 Dec 26. PMID: 29288068.
- Boaviagem, A., Melo Junior, E., Lubambo, L., et al. (2017). The effectiveness of breathing patterns to control maternal anxiety during the first period of labor: A randomized controlled clinical trial, *Complement The Clin Pract*. Feb;26:30-35.
- Bohren MA, Berger BO, Munthe-Kaas H, Tunçalp Ö (2019). Perceptions and experiences of labour companionship: a qualitative evidence synthesis. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2019, Issue 3. Art. No.: CD012449. DOI: 10.1002/14651858.CD012449.pub2.
- Bohren MA, Hofmeyr G, Sakala C, Fukuzawa RK, Cuthbert A. (2017). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 7. Art. No.: CD003766. DOI: 10.1002/14651858.CD003766.pub6

- Bonapace J, Gagné GP, Chaillet N, Gagnon R, Hébert E, Buckley S (2018). No. 355-Physiologic Basis of Pain in Labour and Delivery: An Evidence-Based Approach to its Management. *J Obstet Gynaecol Can.* 2018 Feb;40(2):227-245. doi: 10.1016/j.jogc.2017.08.003. PMID: 29447711.
- Bradfield, Z., Hauck, Y., Duggan, R. et al. (2019). Midwives' perceptions of being 'with woman': a phenomenological study. *BMC Pregnancy Childbirth* 19, 363 (2019). <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2548-4>.
- Brixval CS, Axelsen SF, Thygesen LC, Due P, Koushede V, et al. (2016) Antenatal education in small classes may increase childbirth self-efficacy: Results from a Danish randomised trial. *Sex Reprod Healthc* 10: 32-34.
- Brixval, C.S., Axelsen, S.F., Andersen, S.K. et al. (2014). The effect of antenatal education in small classes on obstetric and psycho-social outcomes: a systematic review and meta-analysis protocol. *Syst Rev* 3, 12 (2014). <https://doi.org/10.1186/2046-4053-3-12>.
- Brizuela V, Leslie HH, Sharma J, Langer A, Tunçalp Ö (2019). Measuring quality of care for all women and newborns: how do we know if we are doing it right? A review of facility assessment tools. *The Lancet. Lancet Glob Health* 2019; 7: e624–232. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(19\)30033-6](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(19)30033-6).
- Brunton R, Simpson N, Dryer R (2020). Pregnancy-Related Anxiety, Perceived Parental Self-Efficacy and the Influence of Parity and Age. *Int J Environ Res Public Health.* 2020 Sep 15;17(18):6709. doi: 10.3390/ijerph17186709. PMID: 32942604; PMCID: PMC7557851.
- Buckley SJ (2015). Executive Summary of Hormonal Physiology of Childbearing: Evidence and Implications for Women, Babies, and Maternity Care. *The Journal of perinatal education*, 24(3), 145–153. <https://doi.org/10.1891/1058-1243.24.3.145>
- Buckley SJ (2015). *Hormonal Physiology of Childbearing: Evidence and Implications for Women, Babies, and Maternity Care.* Washington, D.C.: Childbirth Connection Programs, National Partnership for Women & Families, January 2015.
- Bueno-Lopez V, Fuentelsaz-Gallego C, Casellas-Caro M, et al. (2018). Efficiency of the modified Sims maternal position in the rotation of persistent occiput posterior position during labor: A randomized clinical trial. *Birth.* 2018;45(4):385–392. doi:10.1111/birt.12347.
- Burchell T, Coster S, Norman I. (2016). The effect of intrapartum pethidine on breastfeeding: a scoping review. *Evidence Based Midwifery.* 2016;14:49–56.
- Calais-Germain B, Parés, NV (2009). *Parir en movimiento: Las moviidades de la Pelvis en el Parto.* La Liebre de Marzo, Espanha. ISBN 978-84-92470-12-9.
- Canaval, G., Jaramillo, C., Rosero, D., & Valencia, M. (2007). La teoría de las transiciones y la salud de la mujer en el embarazo y en el posparto. *Revista Aquichan*, pp. 8-24.
- Cancela-Carral, J.M.; Blanco, B.; López-Rodríguez, A. Therapeutic Aquatic Exercise in Pregnancy: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J. Clin. Med.* 2022, 11, 501. <https://doi.org/10.3390/jcm11030501>.
- Cardoso, A. (2011). *Tornar-Se Mãe, Tornar-Se Pai: estudo sobre a avaliação das competências parentais.* Tese apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de doutor em Enfermagem. Disponível em https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/20745/1/Tornar-se%20mae_tornar-se%20pai_Estudo%20sobre%20avaliacao%20compet%C3%AAncias%20parentais.pdf
- Cardoso, A. (2014). *Tornar-Se Mãe, Tornar-Se Pai: Estudo Sobre As Competências Parentais.* Saarbrücken: Novas Edições Académicas.
- Carlsson IM, Hallberg LRM, Pettersson KO (2006). Swedish women's experiences of seeking care and being admitted during the latent phase of labour: A grounded theory study. *Midwifery* 25(2): 172-180.
- Carlsson IM, Ziegert K, Nissen E (2014). Psychometric properties of the Swedish childbirth self-efficacy inventory (Swe-CBSEI). *BMC Pregnancy Childbirth.* 2014;14:1. doi:10.1186/1471-2393-14-1.
- Cascio, C. N., O'Donnell, M. B., Tinney, F. J., Lieberman, M. D., Taylor, S. E., Strecher, V. J., & Falk, E. B. (2016). Self-affirmation activates brain systems associated with self-related processing and reward and is reinforced by future orientation. *Social cognitive and affective neuroscience*, 11(4), 621–629. <https://doi.org/10.1093/scan/nsv136>.
- Catling C.J, Medley N, Foureur M, Ryan C, Leap N, Teate A, Homer CS (2015). Group versus conventional antenatal care for women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015 Feb 4;2015(2):CD007622. doi: 10.1002/14651858.CD007622.pub3. PMID: 25922865; PMCID: PMC6465187.
- Caughy AB, Tilden E (2021). Nonpharmacologic approaches to management of labor pain.
- Chaillet N, Belaid L, Crochetiere C, Roy L, Gagné GP, Moutquin JM, et al. (2014). Nonpharmacologic approaches for pain management during labor compared with usual care: a meta-analysis. *Birth.* 2014;41(2):122–37

- Chalmers B, Mangiaterra V, Porter R (2001). WHO principles of perinatal care: the essential antenatal, perinatal, and postpartum care course. *Birth* 28: 202–07.
- Chen I, Opiyo N, Tavender E, et al. (2018). Non-clinical interventions for reducing unnecessary caesarean section. *Cochrane Database Syst Rev* 2018; 9:CD005528.
- Chen PJ, Chou CC, Yang L, Tsai YL, Chang YC, Liaw JJ (2017). Effects of aromatherapy massage on pregnant women's stress and immune function: A longitudinal, prospective, randomized controlled trial. *J Altern Complement Med*. 2017;23(10):778-786. doi:10.1089/acm.2016.0426.
- Chen, S. F., Wang, C. H., Chan, P. T., Chiang, H. W., Hu, T. M., Tam, K. W., & Loh, E. W. (2019). Labour pain control by aromatherapy: A meta-analysis of randomised controlled trials. *Women and birth : journal of the Australian College of Midwives*, 32(4), 327–335. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30344029/>.
- Chick, N., & Meleis, A. I. (1986). Transitions: A nursing concern. In P. L. Chinn (Ed.), *Nursing research methodology: Issues and implementation* (pp. 237-257). Rockville, MD: Aspen.
- Chick, N., Meleis, A. (1986). Transitions: a nursing concern. In P. Chinn, *Nursing research methodology – Issues and implementation* (pp. 237-257). Boulder, CO: Aspen Publication.
- Chuang CH, Chen PC, Lee CS, Chen CH, Tu YK, Wu SC (2019). Music intervention for pain and anxiety management of the primiparous women during labour: A systematic review and meta-analysis. *J Adv Nurs*. 2019 Apr;75(4):723-733. doi:10.1111/jan.13871. Epub 2018 Nov 11. PMID: 30289556.
- CIHI (2009). Canadian Institute for Health Information Highlights of 2008–2009 selected indicators describing the birthing process in Canada. CIHI. https://secure.cihi.ca/free_products/childbirth_highlights_2010_05_18_e.pdf.
- Citak Bilgin N, Ak B, Ayhan F, Kocyigit F, Yorgun S, Topcuoglu MA. Effect of childbirth education on the perceptions of childbirth and breastfeeding self-efficacy and the obstetric outcomes of nulliparous women. *Health Care Women Int*. 2020 Feb;41(2):188-204. doi: 10.1080/07399332.2019.1672171. Epub 2019 Sep 30. PMID: 31567051.
- Cluett, E. R., Burns, E., & Cuthbert, A. (2018). Immersion in water during labour and birth. *The Cochrane database of systematic reviews*, 5(5), CD000111. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000111.pub4>.
- Cohen G.L., Sherman D.K. (2014). The psychology of change: self-affirmation and social psychological intervention. *Annual Review of Psychology*, 65, 333–71.
- Cohen SR, Thomas CR (2015). Rebozo technique for fetal malposition in labor. *J Midwifery Womens Health*. 2015 Jul-Aug;60(4):445-51. doi:10.1111/jmwh.12352.
- Cohen SR, Thomas CR (2015). Rebozo Technique for Fetal Malposition in Labor. *J Midwifery Womens Health*. 2015 Jul-Aug;60(4):445-51. doi:10.1111/jmwh.12352. PMID: 26255805.
- Cook K, Loomis C (2012). The Impact of Choice and Control on Women's Childbirth Experiences. *The Journal of perinatal education*, 21(3), 158–168. <https://doi.org/10.1891/1058-1243.21.3.158>.
- Craveiro I; Ferrinho P (2001). Planear estrategicamente: a prática no SNS. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 19;2, p. 27-37.
- Curtis, K., Weinrib, A., & Katz, J. (2012). Systematic review of yoga for pregnant women: current status and future directions. *Evidence-based complementary and alternative medicine : eCAM*, 2012, 715942. <https://doi.org/10.1155/2012/715942>.
- Dabiri F, Shahi A. The Effect of LI4 Acupressure on Labor Pain Intensity and Duration of Labor: A Randomized Controlled Trial. *Oman Med J*. 2014 Nov;29(6):425-9. doi: 10.5001/omj.2014.113. PMID: 25584160; PMCID: PMC4289495.
- Dalke, H., et al. (2006) Colour and lighting in hospital design. *Optics & Laser Technology*, 2006. 38: p. 343-365.
- de Gasquet B (2009). *Trouver sa position d'accouchement*. 2009, Paris: Hachette Livre.
- De Keizer M, Van Tuyt T (2010). *The Rebozo Technique Unfolded: work book rebozo massage*. Rebozo, 2010.
- Delgado A, Maia T, Melo RS, Lemos A (2019). Birth ball use for women in labor: A systematic review and meta-analysis. *Complement Ther Clin Pract*. 2019 May;35:92-101. doi: 10.1016/j.ctcp.2019.01.015. Epub 2019 Feb 2. PMID: 31003693.
- Dhillon, A., Sparkes, E., & Duarte, R. V. (2017). Mindfulness-Based Interventions During Pregnancy: a Systematic Review and Meta-analysis. *Mindfulness*, 8(6), 1421–1437. <https://doi.org/10.1007/s12671-017-0726-x>.
- Dixon L, Skinner J, Foureur M (2014). The emotional journey of labour-women's perspectives of the experience of labour moving towards birth. *Midwifery*. 2014 Mar;30(3):371-7. doi: 10.1016/j.midw.2013.03.009. Epub 2013 May 9. PMID: 23664311.

- Dixon L, Skinner JP, Foureur M (2013). The emotional and hormonal pathways of labour and birth: integrating mind, body and behaviour. *Journal- New Zealand College of Midwives*, 2013, 48 (1), pp. 15-23.
- Downe S, Finlayson K, Oladapo O, Bonet M, Gülmezoglu AM (2018) What matters to women during childbirth: A systematic qualitative review. *PLoS ONE* 13(4): e0194906. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0194906>.
- Downe S, Finlayson K, Tunçalp Ö, Gülmezoglu AM (2016). Factors that influence the use of routine antenatal services by pregnant women: a qualitative evidence synthesis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;(10):CD012392.
- Downe S, Finlayson K, Tunçalp Ö, Metin Gülmezoglu A (2016). What matters to women: a systematic scoping review to identify the processes and outcomes of antenatal care provision that are important to healthy pregnant women. *BJOG Int J Obstet Gynaecol*. 2016;123(4):529–39.
- Duncan LG, Cohn MA, Chao MT, Cook JG, Riccobono J, et al. (2017) Benefits of preparing for childbirth with mindfulness training: a randomized controlled trial with active comparison. *BCM Pregnancy and Childbirth* 17: 140-151.
- Eisenberger NI (2012). The pain of social disconnection: examining the shared neural underpinnings of physical and social pain. *Nat rev Neurosci*. 2012;13:421–34.
- El-Shamy FF, Abd El Fatah E (2017). Effect of Antenatal Pelvic Floor Muscle Exercise on Mode of Delivery: A Randomized Controlled Trial. *Integr Med Int* 2017;4:187-197. doi: 10.1159/000488351
- Eri TS, Bondas T, Gross MM, Jenssen P, Green JM, et al. (2015). A balancing act in an unknown territory: A metasynthesis of first-time mothers' experiences in early labour. *Midwifery* 31(3): e58-67.
- Ferrão A, Zangão B (2017). Liberdade de movimentos e posições no primeiro estágio do trabalho de parto. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, vol. 3 n.º 1.
- Field T, Diego M, Hernandez-Reif M, Medina L, Delgado J, Hernandez A (2012). Yoga and massage therapy reduce prenatal depression and prematurity. *J Bodyw Mov Ther*. 2012;16(2):204-9. doi:10.1016/j.jbmt.2011.08.002
- Firouzbakht, M., Nikpour, M., Khefri, S., Jamali, B., Kazeminavaee, F., & Didehdar, M. (2015). The Effectiveness of Prenatal Intervention on Pain and Anxiety during the Process of Childbirth-Northern Iran: Clinical Trial Study. *Annals of medical and health sciences research*, 5(5), 348–352. <https://doi.org/10.4103/2141-9248.165260>.
- Fitriana S (2017). Effleurage against uterine contractions in active phase first stage labor. *Asian J Appl Sci*. 2019;(7)6. doi:10.24203/ajas.v7i6.5987.
- Foureur, M (2010). Developing the Birth Unit Design Spatial Evaluation Tool (BUDSET) in Australia: A qualitative study. *Health Environments Research Design Journal*, 2010. 3(4): p. 43-57.
- Frolich J, Kettle C. (2015). Perineal care. *BMJ Clin Evid*. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4356152/>
- Gagnon A.J, Sandall J (2007). Individual or group antenatal education for childbirth or parenthood or both. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2007, CD002869-3.
- Gallo RBS, Santana LS, Marcolin AC, Duarte G, Quintana SM (2018). Sequential application of non-pharmacological interventions reduces the severity of labour pain, delays use of pharmacological analgesia, and improves some obstetric outcomes: a randomised trial. *J Physiother*. 2018;64:33–40.
- Ganji Z, Shirvani MA, Rezaei-Abhari F, Danesh M (2013). The effect of intermittent local heat and cold on labor pain and child birth outcome. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2013 Jul;18(4):298-303. PMID: 24403926; PMCID: PMC3872865.
- Garbelli, L., Lira, V. (2021). Maternal positions during labour: midwives' knowledge and educational needs in Northern Italy. *European Journal of Midwifery*, 5(May), 1-9. <https://doi.org/10.18332/ejm/136423>.
- García-Lausin L, Perez-Botella M, Duran X, Mambloña-Vicente MF, Gutierrez-Martin MJ, Gomez de Enterría-Cuesta E, et al. (2019). Relation between Length of Exposure to Epidural Analgesia during Labour and Birth Mode. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16;16.
- Gau ML, Chang CY, Tian SH, Lin KC. (2011). Effects of birth ball exercise on pain and self-efficacy during childbirth: a randomised controlled trial in Taiwan. *Midwifery*. 2011 Dec;27(6):e293-300. doi: 10.1016/j.midw.2011.02.004. Epub 2011 Apr 3. PMID: 21459499.
- Gayeski, M, Brüggemann, O (2010). Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: uma revisão sistemática. *Texto & Contexto – Enfermagem* [online]. 2010, v. 19, n. 4. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-07072010000400022>>. Epub 05 Jan 2011. ISSN 1980-265X. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072010000400022>.

- Ghiasi, A., Bagheri, L., & Haseli, A. (2019). A Systematic Review on the Anxiolytic Effect of Aromatherapy during the First Stage of Labor. *Journal of caring sciences*, 8(1), 51–60. <https://doi.org/10.15171/jcs.2019.008>.
- Gholampour F, Riem MME, van den Heuvel MI (2020). Maternal brain in the process of maternal-infant bonding: Review of the literature. *Soc Neurosci*. 2020 Aug;15(4):380-384. doi: 10.1080/17470919.2020.1764093. Epub 2020 May 21. PMID: 32437631.
- Gibson E (2014). Women's expectations and experiences with labour pain in medical and midwifery models of birth in the United States. *Women Birth*. 2014;27(3):185–9.
- Göbel A, Stuhmann LY, Harder S, Schulte-Markwort M, Mudra S (2018). The association between maternal-fetal bonding and prenatal anxiety: An explanatory analysis and systematic review. *J Affect Disord*. 2018 Oct 15;239:313-327. doi: 10.1016/j.jad.2018.07.024. Epub 2018 Jul 10. PMID: 30031251.
- Grenvik JM, Rosenthal E, Saccone G, Della Corte L, Quist-Nelson J, Gerkin RD, Gimovsky AC, Kwan M, Mercier R, Berghella V (2019). Peanut ball for decreasing length of labor: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2019 Nov;242:159-165. doi: 10.1016/j.ejogrb.2019.09.018. Epub 2019 Sep 20. PMID: 31600716.
- Grenvik JM, Rosenthal E, Wey S, Saccone G, De Vivo V, De Prisco Lcp A, Delgado García BE, Berghella V (2021). Birthing ball for reducing labor pain: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2021 Jan 21:1-10. doi: 10.1080/14767058.2021.1875439. Epub ahead of print. PMID: 33478303.
- Grigg C, Tracy SK, Daellenbach R, Kensington M, Schmied V (2014). An exploration of influences on women's birthplace decision-making in New Zealand: a mixed methods prospective cohort within the evaluating maternity units study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014;14:210. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-210>.
- Guittier MJ, Othenin-Girard V, de Gasquet B, Irion O, Boulvain M (2016). Maternal positioning to correct occiput posterior fetal position during the first stage of labour: a randomised controlled trial. *BJOG*. 2016 Dec;123(13):2199-2207. doi: 10.1111/1471-0528.13855. Epub 2016 Jan 24. PMID: 26806596; PMCID: PMC5132127.
- Guittier MJ, Othenin-Girard V, de Gasquet B, Irion O, Boulvain M. (2016) Maternal positioning to correct occiput posterior fetal position during the first stage of labour: a randomised controlled trial. *BJOG*. 123(13):2199-2207. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5132127/>.
- Guittier, M.J., Othenin-Girard, V., Irion, O. et al. (2014). Maternal positioning to correct occipito-posterior fetal position in labour: a randomised controlled trial. *BMC Pregnancy Childbirth* 14, 83 (2014). <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-83>.
- Guo P, Zhang PX, Liu N, Wang J, Chen D, Sun W, Li P, Zhang W (2020). Mind-body interventions on stress management in pregnant women: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J. Adv. Nurs*. 2021;77:125–146. DOI: 10.1111/jan.14588.
- Gupta JK, Sood A, Hofmeyr GJ, Vogel JP (2017). Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;5(5):CD002006. doi:10.1002/14651858.CD002006.pub4.
- Hall H.G., Cant R., Munk N., Carr B., Tremayne A., Weller C., Fogarty S., Lauche R (2020). The effectiveness of massage for reducing pregnant women's anxiety and depression; systematic review and meta-analysis. *Midwifery*. 2020;90:102818. doi: 10.1016/j.midw.2020.102818.
- Hamdamian S, Nazarpour S, Simbar M, et al. (2018). Effects of aromatherapy with *Rosa damascena* on nulliparous women's pain and anxiety of labor during first stage of labor. *J Integr Med*. 2018;16: 120–125
- Hardin A. M., Buckner E. B. (2004). Characteristics of a positive experience for women who have unmedicated childbirth. *The Journal of Perinatal Education*, 13(4), 10–16. [10.1624/105812404X6180](https://doi.org/10.1624/105812404X6180).
- Haseli, A., Ghiasi, A., & Hashemzadeh, M. (2019). Do Breathing Techniques Enhance the Effect of Massage Therapy in Reducing the Length of Labor or not? a Randomized Clinical Trial. *Journal of caring sciences*, 8(4), 257–263. <https://doi.org/10.15171/jcs.2019.036>.
- Hassanzadeh, R., Abbas-Alizadeh, F., Meedya, S. et al. (2019). Assessment of childbirth preparation classes: a parallel convergent mixed study. *Reprod Health* 16, 160 (2019). <https://doi.org/10.1186/s12978-019-0826-2>.
- Hauck Y, Rivers C, Doherty K (2008). Women's experiences of using a Snoezelen room during labour in Western Australia. *Midwifery*. 2008 Dec;24(4):460-70. doi: 10.1016/j.midw.2007.03.007. Epub 2007 Jul 30. PMID: 17659817.

- Hauck Y., Fenwick J., Downie J., Butt J. (2007). The influence of childbirth expectations of Western Australian women's perceptions of their birth experience. *Midwifery*, 23(3), 235–247. [10.1016/j.midw.2006.02.002](https://doi.org/10.1016/j.midw.2006.02.002)
- Healy M, Nyman V, Spence D, Otten RHJ, Verhoeven CJ (2020) How do midwives facilitate women to give birth during physiological second stage of labour? A systematic review. *PLoS ONE* 15(7): e0226502.
- Herlina S, Wulandari LA, Retno SN, Kanedi M (2019). Effect of Pelvic Rocking Exercise Using the Birth Ball on Fetal Lie, Attitude, and Presentation. *International Journal of Women's Health and Reproduction Sciences*. Vol. 7, No. 4, October 2019, 461–466. ISSN 2330-4456.
- Hidalgo-Lopezosa P, Hidalgo-Maestre M, Rodríguez-Borrego MA (2017). Birth plan compliance and its relation to maternal and neonatal outcomes. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2017 Dec 11;25:e2953. doi: 10.1590/1518-8345.2007.2953. PMID: 29236838; PMCID: PMC5738855.
- Hillner KM, Jacobs VR, Fischer T, Aigner L (2016). The maternal brain: an organ with peripartal plasticity. *Neural Plast*. 2014;2014:574159. doi: 10.1155/2014/574159. Epub 2014 May 4. PMID: 24883213; PMCID: PMC4026981.
- Hoddinott, P., Allan, K., Avenell, A. et al. (2010). Group interventions to improve health outcomes: a framework for their design and delivery. *BMC Public Health* 10, 800 (2010). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-800>.
- Hodnett ED (2002). Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 186: S160.
- Hodnett ED, Downe S, Walsh D (2012). Alternative versus conventional institutional settings for birth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012 Aug 15;2012(8):CD000012. doi: 10.1002/14651858.CD000012.pub4. PMID: 22895914; PMCID: PMC7061256.
- Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. (2013). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;7:CD003766.
- Hollenbach D, Broker R, Herlehy S, Stuber K (2013). Non-pharmacological interventions for sleep quality and insomnia during pregnancy: A systematic review. *J Can Chiropr Assoc*. 2013;57(3):260-70.
- Howard E. (2017). An innovation in the assessment of labor pain. *J Perinat Neonatal Nurs*. 2017;31(2):96–8.
- Hulsbosch, L. P., Boekhorst, M., Potharst, E. S., Pop, V., & Nyklíček, I. (2021). Trait mindfulness during pregnancy and perception of childbirth. *Archives of women's mental health*, 24(2), 281–292. <https://doi.org/10.1007/s00737-020-01062-8>.
- Hulsbosch, L.P., Nyklíček, I., Potharst, E.S. et al. (2020). Development of the Labor Pain Relief Attitude Questionnaire for pregnant women (LPRQA-p). *BMC Pregnancy Childbirth* 20, 718 (2020). <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03415-8>.
- Hunter S, Hofmeyr GJ, Kulier R (2004). Hands and knees posture in late pregnancy or labour for fetal malposition (lateral or posterior). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 4. Art. No.: CD001063. DOI: 10.1002/14651858.CD001063.pub3. Accessed 04 October 2021.
- Hunter S, Hofmeyr GJ, Kulier R (2007). Hands and knees posture in late pregnancy or labour for fetal malposition (lateral or posterior). *Cochrane Database of Systematic Reviews* (4):CD001063 onlinelibrary.wiley.com.
- Hunter S, Hofmeyr GJ, Kulier R. (2007) Hands and knees posture in late pregnancy or labour for fetal malposition (lateral or posterior). *Cochrane Database Syst Rev*. (4):CD001063. Available at: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD001063.pub3/full>.
- IASP (2020). [electronic source]. IASP Public Comment Policy. Available at: www.iasp-pain.org.
- Ickovics JR et al. (2007). Group prenatal care and perinatal outcomes: a randomized controlled trial [published erratum appears in *Obstet Gynecol* 2007;110:937]. *Obstet Gynecol* 2007;110:330–39.
- Ip WY, Chung TK, Tang CS (2008). The Chinese Childbirth Self-Efficacy Inventory: the development of a short form. *J Clin Nurs*. 2008;17(3):333–340. doi:10.1111/j.1365-2702.2006.01919.x
- Iversen ML, Midtgaard J, Ekelin M, Hegaard HK (2017). Danish women's experiences of the rebozo technique during labour: A qualitative explorative study. *Sex Reprod Healthc*. 2017 Mar;11:79–85. doi: 10.1016/j.srhc.2016.10.005. Epub 2016 Oct 31. PMID: 28159133.
- Iversen ML, Midtgaard J, Ekelin M, Hegaard HK (2017). Danish women's experiences of the rebozo technique during labour: A qualitative explorative study. *Sex Reprod Healthc*. 2017 Mar;11:79–85. doi:10.1016/j.srhc.2016.10.005.
- Jacomo RH, Nascimento TR, Lucena da Siva M, Salata MC, Alves AT, da Cruz PRC, Batista de Sousa J (2020). Exercise regimens other than pelvic floor muscle training cannot increase pelvic muscle strength—a systematic review. *J Bodyw Mov Ther*. 2020 Oct;24(4):568–574. doi: 10.1016/j.jbmt.2020.08.005. Epub 2020 Sep 10. PMID: 33218562.

- Jansen, L., Gibson, M., Bowles, B. C., & Leach, J. (2013). First do no harm: interventions during childbirth. *The Journal of perinatal education*, 22(2), 83–92. <https://doi.org/10.1891/1058-1243.22.2.83>.
- Jenkinson, B., Josey, N., & Kruske, S. (2013). *BirthSpace: An evidence-based guide to birth environment design*. Queensland Centre for Mothers & Babies, The University of Queensland.
- Jenkinson, B., Josey, N., & Kruske, S. (2014). *BirthSpace: An evidence-based guide to birth environment design*. Queensland Centre for Mothers & Babies, The University of Queensland. Last updated 20 February 2014
- Jones L, Whitburn L, Davey M, Small R. (2015) Assessment of pain associated with childbirth: Women's perspectives, preferences and solutions. *Midwifery*. 2015;31:708–12.
- Jones, L., Othman, M., Dowswell, T., Alfirevic, Z., Gates, S., Newburn, M., Jordan, S., Lavender, T., & Neilson, J. P. (2012). Pain management for women in labour: an overview of systematic reviews. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2012(3), CD009234. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009234.pub2>.
- Karlsdóttir SI, Halldorsdóttir S, Lundgren I (2014). The third paradigm in labour pain preparation and management: the childbearing woman's paradigm. *Scand J Caring Sci*. 2014 Jun;28(2):315-27. doi: 10.1111/scs.12061. Epub 2013 Jul 1. PMID: 23815344.
- Karlström A, Nystedt A, Hildingsson I (2015). The meaning of a very positive birth experience: focus groups discussions with women. *BMC Pregnancy Childbirth*, 15 (1) (2015), p. 251, 10.1186/s12884-015-0683-0.
- Kavanagh J, Kelly AJ, Thomas J (2005). Breast stimulation for cervical ripening and induction of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 3. Art. No.: CD003392. DOI: 10.1002/14651858.CD003392.pub2.
- Kavanagh, J., Kelly, A. J., & Thomas, J. (2001). Sexual intercourse for cervical ripening and induction of labour. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2001(2), CD003093. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003093>.
- Khoigani, M. G., Goli, S., & Hasanzadeh, A. (2012). The relationship of hemoglobin and hematocrit in the first and second half of pregnancy with pregnancy outcome. *Iranian journal of nursing and midwifery research*, 17(2 Suppl 1), S165–S170.
- Kibuka, M. and Thornton, J. G. (2017). "Position in the second stage of labour for women with epidural anaesthesia." *Cochrane Database Syst Rev* 2: CD008070.
- Kobayashi, S., Hanada, N., Matsuzaki, M., Takehara, K., Ota, E., Sasaki, H., Nagata, C., & Mori, R. (2017). Assessment and support during early labour for improving birth outcomes. *The Cochrane database of systematic reviews*, 4(4), CD011516. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011516.pub2>
- Koharchik L, Caputi L, Robb M, Culleiton AL (2015). Fostering clinical reasoning in nursing: how can instructors in practice settings impart this essential skill?. *Am J Nurs*. 2015; 115(1):58–61.
- Kruk ME, Kelley E, Syed SB, Tarp F, Addison T, Akachi Y (2017). Measuring quality of health-care services: what is known and where are the gaps?. *Bull World Health Organ*. 2017; 95: 389.
- Kwon R, Kasper K, London S, Haas DM. A systematic review: the effects of yoga on pregnancy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2020;250:171–7.
- Labor, S., & Maguire, S. (2008). The Pain of Labour. *Reviews in pain*, 2(2), 15–19. <https://doi.org/10.1177/204946370800200205>
- Lakhan SE, Sheaffer H, Tepper D (2016) . The effectiveness of aromatherapy in reducing pain: a systematic review and meta-analysis. *Pain Res Treat*. 2016;2016:8158693.
- Lally, J. E., Murtagh, M. J., Macphail, S., & Thomson, R. (2008). More in hope than expectation: a systematic review of women's expectations and experience of pain relief in labour. *BMC medicine*, 6, 7. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-6-7>.
- Lally, J.E., Thomson, R.G., MacPhail, S. et al. (2014). Pain relief in labour: a qualitative study to determine how to support women to make decisions about pain relief in labour. *BMC Pregnancy Childbirth* 14, 6 (2014). <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-6>.
- Lamm C, Decety J, Singer T. Meta-analytic evidence for common and distinct neural networks associated with directly experienced pain and empathy for pain. *NeuroImage*. 2011;54(3):2492–502.
- Landau R, Smiley R. Pharmacogenetics in obstetric anesthesia. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol*. 2017;31(1):23-34.
- Larkin P, Begley CM, Devane D (2009). Women's experiences of labour and birth: an evolutionary concept analysis. *Midwifery*. 2009 Apr;25(2):e49-59. doi: 10.1016/j.midw.2007.07.010. Epub 2007 Nov 8. PMID: 17996342.

- Lauzon L, Hodnett E (2000). Antenatal education for self-diagnosis of the onset of active labour at term. *Cochrane Database Syst Rev.* 2000;1998(2):CD000935. doi: 10.1002/14651858.CD000935. PMID: 10796218; PMCID: PMC6483815.
- Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr G, Styles C. (2013). Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 10. Art. No.: CD003934. DOI: 10.1002/14651858.CD003934.pub4.
- Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ, Styles C (2013). Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;(10):CD003934. doi:10.1002/14651858.CD003934.pub4.
- Leahy-Warren P, Nieuwenhuijze M, Kazmierczak M, Benyamini Y, Murphy M, Crespo-Mirasol E, et al. The Psychological Experience of Physiological Childbirth: a Protocol for a Systematic Review of Qualitative Studies. *International Journal of Childbirth* 2017;7(2):101–109.
- Leap N (1997). Being with women in pain – do midwives need to rethink their role?. *British Journal of Midwifery.* 1997; 5(5):263-3.
- Leap N, Sandall J, Buckland S, Huber U. (2010). Journey to confidence: women's experiences of pain in labour and relational continuity of care. *J Midwifery Women's Health* 2010;55(3):234–42.
- Leap, B.N., Dodwell, M., & Newburn, M. (2010). Working with pain in labour An overview of evidence.
- Lemos A, Amorim MM, Dornelas de Andrade A, de Souza AI, Cabral Filho JE, Correia JB (2015). Pushing/bearing down methods for the second stage of labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015 Oct 9;(10):CD009124. doi: 10.1002/14651858.CD009124.pub2. Update in: *Cochrane Database Syst Rev.* 2017 Mar 26;3:CD009124. PMID: 26451755.
- Leng G, Caquineau C, Sabatier N (2005). Regulation of oxytocin secretion. *Vitam Horm* 2005;71:27–58.
- Leon-Larios F, Corrales-Gutierrez I, Casado-Mejía R, Suarez-Serrano C. Influence of a pelvic floor training programme to prevent perineal trauma: A quasi-randomised controlled trial. *Midwifery.* 2017 Jul;50:72-77. doi: 10.1016/j.midw.2017.03.015. Epub 2017 Mar 27. PMID: 28391147.
- Leung RW, Li JF, Leung MK, et al. (2013). Efficacy of birth ball exercises on labour pain management. *Hong Kong Med J.* 2013;19(5):393–399. doi:10.12809/hkmj133921.
- Levett KM, Smith CA, Bensoussan A, Dahlen HG. (2016). Complementary therapies for labour and birth study: a randomised controlled trial of antenatal integrative medicine for pain management in labour. *BMJ Open* 2016; 6:e010691.
- Liao CC, Lan SH, Yen YY, Hsieh YP, Lan SJ (2020). Aromatherapy intervention on anxiety and pain during first stage labour in nulliparous women: a systematic review and meta-analysis. *J Obstet Gynaecol.* 2021 Jan;41(1):21-31. doi: 10.1080/O1443615.2019.1673707. Epub 2020 Jul 15. PMID: 32666866.
- Lindholm A, Hildingsson I. (2015). Women's preferences and received pain relief in childbirth—a prospective longitudinal study in a northern region of Sweden. *Sex Reprod Healthc.* 2015;6(2):74–81.
- Liu, SY., Lu, YY., Gau, ML. et al. (2020). Psychometric testing of the support and control in birth scale. *BMC Pregnancy Childbirth* 20, 293 (2020). <https://doi.org/10.1186/s12884-020-02888-x>.
- Lohmeyer, D. (2017). The Benefits of Water-Based Pregnancy Exercise. *Australian Midwifery News*, 17(4), 40-41.
- López-Gimeno, E., Falguera-Puig, G., Vicente-Hernández, M.M. et al. (2021). Birth plan presentation to hospitals and its relation to obstetric outcomes and selected pain relief methods during childbirth. *BMC Pregnancy Childbirth* 21, 274 (2021). <https://doi.org/10.1186/s12884-021-03739-z>.
- Lothian J. (2016). Does Childbirth Education Make a Difference?. *The Journal of Perinatal Education*, 25(3), 139–141. <https://doi.org/10.1891/1058-1243.25.3.139>.
- Lothian J. A. (2004). Do not disturb: the importance of privacy in labor. *The Journal of perinatal education*, 13(3), 4–6. <https://doi.org/10.1624/105812404X1707>.
- Lothian JA (2012). Making the case for a physiologic approach to childbirth. *J Perinat Educ* 2012; 21:186.
- Lothian JA (2012). Risk, safety, and choice in childbirth. *J Perinat Educ.* 2012; 21:45–7. <https://doi.org/10.1891/1058-1243.21.1.45>.
- Lowe NK (1993). Maternal confidence for labor: Development of the childbirth self-efficacy inventory. *Res Nurs Health* 16(2): 141-149.
- Lowe NK. (1991). Maternal confidence in coping with labor. A self-efficacy concept. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 1991 Nov-Dec;20(6):457-63. doi: 10.1111/j.1552-6909.1991.tb01711.x. PMID: 1757830.

- Lowe NK. (2002). The nature of labor pain. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 186: S16.
- Madaj, B., Smith, H., Mathai, M., Roos, N., & Vanden Broek, N. (2017). Developing global indicators for quality of maternal and newborn care: a feasibility assessment. *Bulletin of the World Health Organization*, 95(6), 445–452. <https://doi.org/10.2471/BLT.16.179531>.
- Madden K, Middleton P, Cyna AM, Matthewson M, Jones L (2016). Hypnosis for pain management during labour and childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 5. Art. No.: CD009356. DOI: 10.1002/14651858.CD009356.pub3.
- Mafetoni RR, Shimo AK. The effects of acupressure on labor pains during child birth: randomized clinical trial. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2016 Aug 8;24:e2738. doi: 10.1590/1518-8345.0739.2738. PMID: 27508910; PMCID: PMC4990037.
- Magill, RA (2001). *Motor learning: concepts and applications*. 6th. ed. New York: McGraw Hill.
- Maimburg RD, Vaeth M, Dürr J, et al. (2010). Randomised trial of structured antenatal training sessions to improve the birth process. *BJOG* 2010; 117:921.
- Makvandi S, Latifnejad Roudsari R, Sadeghi R, Karimi L (2015). Effect of birth ball on labor pain relief: A systematic review and meta-analysis. *J Obstet Gynaecol Res*. 2015 Nov;41(11):1679-86. doi: 10.1111/jog.12802. Epub 2015 Sep 30. PMID: 26419499.
- Makvandi, S., et al, (2019) The Impact of Birth Ball Exercises on Mode of Delivery and Length of Labor: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Midwifery & Reproductive Health*, 7(3), PP 1841-1850.
- Makvandi, S., Mirzainajmabadi, K., Tehranian, N., Mirteimouri, M., Sadeghi, R. (2019). The Impact of Birth Ball Exercises on Mode of Delivery and Length of Labor: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Midwifery and Reproductive Health*, 7(3), 1718-1727. doi: 10.22038/jmrh.2019.33781.1367.
- Marchand S (2015). *The Phenomenon of Pain*. IASP, 2015.
- Maria Luisa R, Casasanta D, Burlon B, Gori C, Damiani G, et al. (2020) The Effectiveness of Coping Strategies in the Latent First Stage of Labour: A Systematic Review. *Biomed J Sci & Tech Res* 24(2)-2020. BJSTR. MS.ID.004020.
- Mascarenhas, Victor Hugo Alves et al. (2019). Evidências científicas sobre métodos não farmacológicos para alívio a dor do parto. *Acta Paulista de Enfermagem* [online]. 2019, v. 32, n. 3, pp. 350-357. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1982-0194201900048>>. Epub 29 Jul 2019. ISSN 1982-0194. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201900048>.
- McAllister D. (2014). A paradigm of normal birth: teaching through the healthy birth practices. *J Perinat Educ* 2014; 23:218.
- Medeiros RMK, Figueiredo G, Correa ÁCP, Barbieri M (2019). Repercussões da utilização do plano de parto no processo de parturição. *Rev. gaúch. enferm*; 40: e20180233, 2019.
- Meleis AI, Sawyer LM, Im EO, Hilfinger Messias DK, Schumacher K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *ANS Adv Nurs Sci*. 2000 Sep;23(1):12-28. doi: 10.1097/00012272-200009000-00006. PMID: 10970036.
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E.-O., Messias, D. K. H., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12-28.
- Meleis, A. I. (2015). Transitions theory. In M. C. Smith & M. E. Parker (Eds.). *Nursing theories and nursing practice* (4th ed., pp. 361-380). Philadelphia, PA: F. A. Davis
- Meleis, A. I. (2018). *Theoretical nursing: Development and progress* (6th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams and Wilkins.
- Meleis, AI (2018). *Theoretical Nursing: Development and Progress*. Sixth edition. Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Melzack R, Katz J (2013). Pain. *WIREs Cognitive Science*. 2013; 4:1–15.
- Mercier RJ, Kwan M (2018). Impact of Peanut Ball Device on the Duration of Active Labor: A Randomized Control Trial. *Am J Perinatol*. 2018 Aug;35(10):1006-1011. doi: 10.1055/s-0038-1636531. Epub 2018 Mar 6. PMID: 29510425.
- Mirghafourvand M, Mohammad Alizadeh Charandabi S, Ghanbari-Homayi S, Jahangiry L, Nahae J, Hadian T. (2019). Effect of birth plans on childbirth experience: A systematic review. *Int J Nurs Pract*. 2019 Aug;25(4):e12722. doi: 10.1111/ijn.12722. Epub 2019 Jan 24. PMID: 30675962.
- Miyadahira, AMK (2001). Capacidades motoras envolvidas na habilidade psicomotora da técnica de ressuscitação cardiopulmonar: subsídios para o processo ensino-aprendizagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 35(4), 366-373.

- Monteiro-Grilo A (2012). Ensino de competências comunicacionais em estudantes e profissionais de saúde: situação atual e perspectivas. *Revista Iberoamericana de Educación Superior*, 11(7), 93-112. [fecha de Consulta 27 de Septiembre de 2021].
- Mueller, C. G., Webb, P. J., & Morgan, S. (2020). The Effects of Childbirth Education on Maternity Outcomes and Maternal Satisfaction. *The Journal of perinatal education*, 29(1), 16–22. <https://doi.org/10.1891/1058-1243.29.1.16>.
- Mueller, S. M., & Grunwald, M. (2021). Effects, Side Effects and Contraindications of Relaxation Massage during Pregnancy: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *Journal of clinical medicine*, 10(16), 3485. <https://doi.org/10.3390/jcm10163485>.
- Najafi F, Jaafarpour M, Sayehmiri K, Khajavikhan J. An Evaluation of Acupressure on the Sanyinjiao (SP6) and Hugo (LI4) Points on the Pain Severity and Length of Labor: A Systematic Review and Meta-analysis Study. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2018 Jan-Feb;23(1):1-7. doi: 10.4103/ijnmr.IJNMR_184_15. PMID: 29344038; PMCID: PMC5769178.
- Namujju, J., Muhindo, R., Mselle, L.T. et al. (2018). Childbirth experiences and their derived meaning: a qualitative study among postnatal mothers in Mbale regional referral hospital, Uganda. *Reprod Health* 15, 183 (2018). <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0628-y>
- NANDA (2018). Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: definições e classificação 2018-2020 / [NANDA International]; 11. ed. – Porto Alegre: Artmed.
- Navaee M, Rakhshkhorshid M (2020). Comparing the effect of foot massage with grape seed oil and sweet almond oil on physiological leg edema in primigravidae: A randomized clinical trial. *Evid Based Complement Alternat Med*. 2020. doi:10.1155/2020/6835814.
- Navas, A., Artigues, C., Leiva, A. et al. Effectiveness and safety of moderate-intensity aerobic water exercise during pregnancy for reducing use of epidural analgesia during labor: protocol for a randomized clinical trial. *BMC Pregnancy Childbirth* 18, 94 (2018). <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1715-3>.
- NICE (2016). National Institute for Health and Care Excellence. Intrapartum care for healthy women and babies. 2016. <http://www.nice.org.uk/guidance/cg190>.
- Nielsen, J.H., Overgaard, C (2020). Healing architecture and Snoezelen in delivery room design: a qualitative study of women's birth experiences and patient-centeredness of care. *BMC Pregnancy Childbirth* 20, 283 (2020). <https://doi.org/10.1186/s12884-020-02983-z>.
- Olza I, Leahy-Warren P, Benyamini Y, Kazmierczak M, Karlsdottir SI, Spyridou A, Crespo-Mirasol E, Takács L, Hall PJ, Murphy M, Jonsdottir SS, Downe S, Nieuwenhuijze MJ (2018). Women's psychological experiences of physiological childbirth: a meta-synthesis. *BMJ Open*. 2018 Oct 18;8(10):e020347. doi: 10.1136/bmjopen-2017-020347. PMID: 30341110; PMCID: PMC6196808.
- Olza-Fernandez I, Marin Gabriel MA, Gil-Sanchez A, Garcia-Segura LM, Arevalo MA. (2014). Neuroendocrinology of childbirth and mother-child attachment: the basis of an etiopathogenic model of perinatal neurobiological disorders. *Front Neuroendocrinol* 2014. October;35(4):459–472. 10.1016/j.yfrne.2014.03.007.
- Ordem dos Enfermeiros (2012). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem de Enfermeiros (1.ª Edição, Setembro 2002; Revisão e reimpressão: Agosto de 2012).
- Ordem dos Enfermeiros (2021). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (PQCEESMO). Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Phaneuf, M. (2007). O Conceito de Humanidade: uma aplicação aos cuidados de enfermagem gerais. Disponível em http://www.prendresoin.org/wp-content/uploads/2013/12/O_conceito_de_humanidade.pdf.
- Quinn K, Spiby H, Slade P (2015). A longitudinal study exploring the role of adult attachment in relation to perceptions of pain in labour, childbirth memory and acute traumatic stress responses. *J Reprod Infant Psychol*. 2015;33(3):256–67.
- Ragusa A, Mansur M, Zanini A, et al. (2005) Diagnosis of labor: A prospective study. *Medscape General Medicine* 73(3), 61–65.
- Rajeswari, S., & SanjeevaReddy, N. (2019). Efficacy of Progressive Muscle Relaxation on Pregnancy Outcome among Anxious Indian Primi Mothers. *Iranian journal of nursing and midwifery research*, 25(1), 23–30. https://doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR_207_18.
- Raynes-Greenow CH, Roberts CL, McCaffery K, Clarke J (2007). Knowledge and decision-making for labour analgesia of Australian primiparous women. *Midwifery*. 2007; 23(2):139.

- RCM (2012). Evidence Based Guidelines for Midwifery-Led Care in Labour: Positions for Labour and Birth. The Royal College of Midwives. 2012.
- RCM (Royal College of Midwives). (2012) Persistent lateral and posterior fetal positions at the onset of labour. Evidence based guidelines for midwifery-led care in labour. Available at: <https://www.rcm.org.uk/sites/default/files/Persistent%20Lateral%20and%20Posterior%20Fetal%20Positions%20at%20the%20Onset%20of%20Labour.pdf>.
- RCOG (2021). Immersion in water during labor and delivery. Committee Opinion No. 679. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2016;128:e231–6. Number 679 (Replaces Committee Opinion Number 594, April 2014. Reaffirmed April 2021).
- Regan M, McElroy K (2013). Women's perceptions of childbirth risk and place of birth. *J Clin Eth.* 2013;24:239–52.
- Reitter A, Daviss BA, Bisits A, Schollenberger A, Vogl T, Herrmann E, Louwen F, Zangos S (2014). Does pregnancy and/or shifting positions create more room in a woman's pelvis? *Am J Obstet Gynecol.* 2014 Dec;211(6):662.e1-9.
- Renfrew MJ, McFadden A, Bastos MH, et al. (2014) Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. *Lancet.* 2014. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60789-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60789-3). Accessed August 17, 2014.
- REPE (1996). Número 2 do artigo 9.º do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE). Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de setembro.
- Ricchi A, La Corte S, Molinazzi MT, Messina MP, Banchelli F, Neri I (2020). Study of childbirth education classes and evaluation of their effectiveness. *Clin Ter.* 2020 Jan-Feb;170(1):e78-e86. doi: 10.7417/CT.2020.2193. PMID: 31850489.
- Roberts L, Gulliver B, Fisher J, Cloyes KG (2010). The coping with labor algorithm: an alternate pain assessment tool for the laboring woman. *J Midwifery Womens Health.* 2010 Mar-Apr;55(2):107-16. doi: 10.1016/j.jmwh.2009.11.002. PMID: 20189129.
- Rodríguez-Blanque R, Sánchez-García JC, Sánchez-López AM, Aguilar-Cordero MJ (2019). Physical activity during pregnancy and its influence on delivery time: a randomized clinical trial. *PeerJ.* 2019 Feb 7;7:e6370. doi: 10.7717/peerj.6370. PMID: 30775175; PMCID: PMC6371916.
- Rodríguez-Blanque R, Sanchez-Garcia JC, Sanchez-Lopez AM, Expósito-Ruiz M, Aguilar-Cordero MJ (2019a). Randomized Clinical Trial of an Aquatic Physical Exercise Program During Pregnancy. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2019 May;48(3):321-331. doi: 10.1016/j.jogn.2019.02.003. Epub 2019 Apr 4. PMID: 30953605.
- Rodríguez-Blanque, R., Aguilar-Cordero, M. J., Marín-Jiménez, A. E., Menor-Rodríguez, M. J., Montiel-Troya, M., & Sánchez-García, J. C. (2020). Water Exercise and Quality of Life in Pregnancy: A Randomised Clinical Trial. *International journal of environmental research and public health*, 17(4), 1288. <https://doi.org/10.3390/ijerph17041288>.
- Roth C, Dent SA, Parfitt SE, Hering SL, Bay RC (2016). Randomized Controlled Trial of Use of the Peanut Ball During Labor. *MCN Am J Matern Child Nurs.* 2016 May-Jun;41(3):140-6. doi: 10.1097/NMC.0000000000000232. PMID: 26859467.
- Ryding EL, Lukasse M, Kristjansdottir H, Steingrimsdottir T, Schei B (2016). Pregnant women's preference for cesarean section and subsequent mode of birth—a six-country cohort study. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2016;37(3):75–83.
- Salamon M (2018). Massage and pregnancy: A powerful combination. American Massage Therapy Association. Updated June 16, 2018.
- Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D, et al. (2016) Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Syst Rev* 4: CD004667.
- Sanders R (2015). Functional discomfort and a shift in midwifery paradigm. *Women Birth.* 2015; 28(3):e87–e91.
- Sanderson TA (2012). The movements of the maternal pelvis – a review. *MIDIRS Midwifery Digest*, vol 22, n.º 3, September 2012.
- Santiváñez-Acosta R, Tapia-López ELN, Santero M (2020). Music Therapy in Pain and Anxiety Management during Labor: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Medicina (Kaunas).* 2020 Oct 10;56(10):526. doi: 10.3390/medicina56100526. PMID: 33050409; PMCID: PMC7599829.
- Santiváñez-Acosta, R., Tapia-López, E., & Santero, M. (2020). Music Therapy in Pain and Anxiety Management during Labor: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Medicina (Kaunas, Lithuania)*, 56(10), 526. <https://doi.org/10.3390/medicina56100526>.

- Santos, G. de O.; Rezende, D. M. de; Souza, R. B. de; Cardoso Neto, S. P. ; Silva, S. L. da. (2021). Effects of weight training and water aerobics in pregnancy – Literature review. *Research, Society and Development*, [S. I.], v. 10, n. 9, p. e27110917981, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i9.17981. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/17981>.
- Saturno P, Martínez-Nicolas I, Robles-García I, López-Soriano F, Angel-García D (2015). Development and pilot test of a new set of good practice indicators for chronic cancer pain management. *Eur J Pain*. 2015;19:28–38.
- Saturno-Hernández, P.J., Martínez-Nicolás, I., Moreno-Zegbe, E. et al. (2019). Indicators for monitoring maternal and neonatal quality care: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth* 19, 25 (2019). <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2173-2>.
- Schmidt G, Stoll K, Jäger B, Gross MM (2016). Deutsche Version des Childbirth Self-Efficacy Inventory und dessen Kurzform – ein Fragebogen zur Selbstwirksamkeit. German Version of the Childbirth Self-Efficacy Inventory and its Short Form. *Z Geburtshilfe Neonatol*. 2016;220(1):28–34. doi:10.1055/s-0035-1547296.
- Schreiner, L., Crivelatti, I., de Oliveira, J.M., Nygaard, C.C. and dos Santos, T.G. (2018). Systematic review of pelvic floor interventions during pregnancy. *Int J Gynecol Obstet*, 143: 10-18. <https://doi.org/10.1002/ijgo.12513>
- Schwartz, L., Toohill, J., Creedy, D.K. et al. (2015). Factors associated with childbirth self-efficacy in Australian childbearing women. *BMC Pregnancy Childbirth* 15, 29 (2015). <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0465-8>
- Selin L, Berg M, Wennerholm UB, Dencker A (2021). Dosage of oxytocin for augmentation of labor and women's childbirth experiences: A randomized controlled trial. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 10.1111/aogs.14042, 100, 5, (971–978), (2021).
- Shakibzadeh E, Namadian M, Bohren MA, Vogel JP, Rashidian A, Nogueira Pileggi V, Madeira S, Leathersich S, Tunçalp Ö, Oladapo OT, Souza JP, Gülmezoglu AM (2018). Respectful care during childbirth in health facilities globally: a qualitative evidence synthesis. *BJOG*. 2018 Jul;125(8):932–942. doi:10.1111/1471-0528.15015. Epub 2017 Dec 8. PMID: 29117644; PMCID: PMC6033006.
- Shin, J.-H., L.E. Maxwell, & P. Eshelman (2004). Hospital birthing room design: A study of mother's perceptions of hominess. *Journal of Interior Design*, 2004. 30(2): p. 23–36.
- Shirvani MA, Ganji Z. The influence of cold pack on labour pain relief and birth outcomes: a randomised controlled trial. *J Clin Nurs*. 2014 Sep;23(17-18):2473–9. doi: 10.1111/jocn.12413. Epub 2013 Nov 11. PMID: 24206010.
- Short, A.E., et al. (2010). Using music to reduce noise stress for patients in the emergency department: A pilot study. *Music and Medicine*, 2010. 2(4): p. 201–207.
- Short, A.E., et al. (2011). Noise levels in an Australian emergency department. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 2011. 14(26–31).
- Siccardi MA, Imonugo O & Valle C (2021). Anatomy, Abdomen and Pelvis, Pelvic Inlet. [Updated 2021 Mar 16]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK519068/>.
- Siccardi, M., Valle, C., Angius, V., & Di Matteo, F. (2020). Estimating the Mobility of the Michaelis Sacral Rhombus in Pregnant Women. *Cureus*, 12(2), e7116. <https://doi.org/10.7759/cureus.7116>.
- Sichani, L. E., Bahadoran, P., Fahami, F., & Esfahani, P. S. (2019). The investigation of effects of static immersion and calming in water on pregnant women's stress participating in preparation classes for childbirth. *Journal of education and health promotion*, 8, 238. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_295_18.
- Simkin P (2010). The Fetal Occiput Position: State of the Science and a New Perspective. *Birth* 37(1): 61–71.
- Simkin P, Ancheta R. (2017). *The labor progress handbook*, 4th, Wiley-Blackwell, Malden, MA 2017.
- Simkin P (1995). Reducing pain and enhancing progress in labor: a guide to nonpharmacologic methods for maternity caregivers. *Birth* 1995; 22:161.
- Simkin P (2010). The fetal occiput posterior position: state of the science and a new perspective. *Birth*. 37(1):61–71. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20402724>.
- Simkin P (2017). *The Birth Partner: A Complete Guide to Childbirth for Dads, Doulas, and All Labor Companions*, 4th, Harvard Common Press, Boston 2017.
- Smarandache A, Kim TH, Bohr Y, Tamim H (2016). Predictors of a negative labour and birth experience based on a national survey of Canadian women. *BMC pregnancy and childbirth*. 2016;16(1):114. Epub 2016/05/20. pmid:27193995; PubMed Central PMCID: PMC4870779.
- Smith CA, Collins CT, Crowther CA (2011). Aromatherapy for pain management in labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011 Jul 6;(7):CD009215. doi: 10.1002/14651858.CD009215. PMID: 21735438.

- Smith CA, Collins CT, Levett KM, Armour M, Dahlen HG, Tan AL, Mesgarpour B (2020). Acupuncture or acupressure for pain management during labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2020, Issue 2. Art. No.: CD009232. DOI: 10.1002/14651858.CD009232.pub2. Accessed 02 August 2021.
- Smith CA, Collins CT, Levett KM, Armour M, Dahlen HG, Tan AL, Mesgarpour B (2020). Acupuncture or acupressure for pain management during labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2020, Issue 2. Art. No.: CD009232. DOI: 10.1002/14651858.CD009232.pub2.
- Smith CA, Levett KM, Collins CT, Armour M, Dahlen HG, Sukanuma M (2018). Relaxation techniques for pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2018, Issue 3. Art. No.: CD009514. DOI: 10.1002/14651858.CD009514.pub2.
- Smith CA, Levett KM, Collins CT, Dahlen HG, Ee CC, Sukanuma M (2018a). Massage, reflexology and other manual methods for pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2018, Issue 3. Art. No.: CD009290. DOI: 10.1002/14651858.CD009290.pub3. Accessed 02 August 2021.
- Sobhgoi (2019) 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: 144.
- Sobhgoi SS (2020) Evaluation of the Effectiveness of an Antenatal Pelvic Floor Exercise Program on Sexual Function during Pregnancy and Postpartum. *J Reprod Med Gynecol Obstet* 5: 051.
- Sobhgoi SS, Smith CA, Dahlen HG (2020). The effect of antenatal pelvic floor muscle exercises on labour and birth outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Int Urogynecol J*. 2020 Nov;31(11):2189-2203. doi: 10.1007/s00192-020-04298-1. Epub 2020 Jun 6. PMID: 32506232.
- Sprague AE, Dunn SI, Fell DB, Harrold J, Walker MC, Kelly S, Smith GN (2013). Measuring quality in maternal-newborn care: developing a clinical dashboard. *J Obstet Gynaecol Can*. 2013 Jan;35(1):29-38. doi: 10.1016/s1701-2163(15)31045-8. PMID: 23343794.
- Stenglin, M. and M. Foureur (2013). Designing out the Fear Cascade to increase the likelihood of normal birth. *Midwifery*, 2013. 29(8): p. 819-825.
- Sutton J (2001). Let birth be born again: rediscovering and reclaiming our midwifery heritage. *Bedfont: Birth Concepts UK*.
- Symon, A., Pringle, J., Cheyne, H. et al. (2016) Midwifery-led antenatal care models: mapping a systematic review to an evidence-based quality framework to identify key components and characteristics of care. *BMC Pregnancy Childbirth* 16, 168 (2016). <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0944-6>.
- Tabatabaeichehr, M., & Mortazavi, H. (2020). The Effectiveness of Aromatherapy in the Management of Labor Pain and Anxiety: A Systematic Review. *Ethiopian journal of health sciences*, 30(3), 449–458. <https://doi.org/10.4314/ejhs.v30i3.16>.
- Takahata, K., Horiuchi, S., Tadokoro, Y. et al. (2019). Oxytocin levels in low-risk primiparas following breast stimulation for spontaneous onset of labor: a quasi-experimental study. *BMC Pregnancy Childbirth* 19, 351 (2019). <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2504-3>.
- Ternström E, Hildingsson I, Haines H, Rubertsson C (2016). Pregnant women's thoughts when assessing fear of birth on the fear of birth scale. *Women Birth*. 2016;29(3):e44–e9. doi:10.1016/j.wombi.2015.11.009.
- Thompson AGH, Sunol R (1994). Expectations as determinants of patient satisfaction: Concepts, Theory and Evidence. *International Journal of Quality in HealthCare*. 1994, 7 (2): 127-141.
- Thomson, G., Feeley, C., Moran, V. H., Downe, S., & Oladapo, O. T. (2019). Women's experiences of pharmacological and non-pharmacological pain relief methods for labour and childbirth: a qualitative systematic review. *Reproductive health*, 16(1), 71. <https://doi.org/10.1186/s12978-019-0735-4>.
- Thomson, G., Feeley, C., Moran, V.H. et al. (2019). Women's experiences of pharmacological and non-pharmacological pain relief methods for labour and childbirth: a qualitative systematic review. *Reprod Health* 16, 71 (2019). <https://doi.org/10.1186/s12978-019-0735-4>.
- Tilden, E. L., Caughey, A. B., Lee, C. S., & Emeis, C. (2016). The Effect of Childbirth Self-Efficacy on Perinatal Outcomes. *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing* : JOGNN, 45(4), 465–480. <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2016.06.003>
- Timmermans, E., Timmermans O, Mestdagh E, Bogaerts A (2019). The Effect of Prenatal Interventions on Self-Efficacy in Women During Childbirth – A Systematic Review. *J Gynecol Women's Health*. 2019; 16(5): 555946. DOI: 10.19080/JGWH.2019.16.555946.
- Tommy's (2016) Getting your baby into the best birth position. Available at: <https://www.tommys.org/pregnancy/labour-birth/baby-best-position-birth>

- Toohill J, Gamble FJ, Creedy DK, Buist A, Turkstra E, et al. (2014) A Randomized Controlled Trial of a Psycho-Education Intervention by Midwives in Reducing Childbirth Fear in Pregnant Women. *Birth* 41(4): 384-394.
- Tristão RM, Neiva ER, Barnes CR, Adamson-Macedo A (2015). Validation of the Scale of Perceived Self-efficacy of Maternal Parenting in Brazilian Sample. *Journal of Human Growth and Development*. 25(3): 282-281.
- Tunçalp Ö, Were W, MacLennan C et al. (2015). Quality of care for pregnant women and newborns-the WHO vision. *BJOG Int J Obstet Gynaecol*. 2015; 122: 1045-1049.
- Tunçalp WM, MacLennan C, Oladapo OT, Gulmezoglu AM, Bahl R, et al. (2015). Quality of care for pregnant women and newborns—the WHO vision. *BJOG* 2015; 122:1045–49.
- Tussey CM, Botsios E, Gerkin RD, Kelly LA, Gamez J, Mensik J (2015). Reducing length of labor and cesarean surgery rate using a peanut ball for women laboring with an epidural. *J Perinat Educ*. 2015;24(1):16–24. doi:10.1891/1058-1243.24.1.16.
- Uvnäs Moberg K, Ekström-Bergström A, Berg M, Buckley S, Pajalic Z, Hadjigeorgiou E, et al. (2019). Maternal plasma levels of oxytocin during physiological childbirth—a systematic review with implications for uterine contractions and central actions of oxytocin. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2019 Aug 9;19(1):285. PMID:31399062.
- Van der Gucht RN, Lewis K. (2015). Women's experiences of coping with pain during childbirth: a critical review of qualitative research. *Midwifery*. 2014;31(3):349–58.
- Van der Pijl MSG, Kasperink M, Hollander MH, Verhoeven C, Kingma E, De Jonge A (2021). Client-care provider interaction during labour and birth as experienced by women: Respect, communication, confidentiality and autonomy. *PLoS One*. 2021 Feb 12;16(2):e0246697. doi: 10.1371/journal.pone.0246697. PMID: 33577594; PMCID: PMC7880498.
- Verhoeven, C.J., Spence, D., Nyman, V. et al. (2019). How do midwives facilitate women to give birth during physiological second stage of labour? A protocol for a systematic review. *Syst Rev* 8, 1 (2019). <https://doi.org/10.1186/s13643-018-0916-1>
- Veringa I, Buitendijk S, de Miranda E, de Wolf S, Spinhoven P (2011). Pain cognitions as predictors of the request for pain relief during the first stage of labor: a prospective study. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2011;32(3):119–25.
- Waldenström U, Schytt E (2009). A longitudinal study of women's memory of labour pain—from 2 months to 5 years after the birth. *BJOG*. 2009 Mar;116(4):577-83. doi:10.1111/j.1471-0528.2008.02020.x. Epub 2008 Dec 9. PMID: 19076128.
- Werner-Bierwisch, T., Pinkert, C., Niessen, K. et al. (2018). Mothers' and fathers' sense of security in the context of pregnancy, childbirth and the postnatal period: an integrative literature review. *BMC Pregnancy Childbirth* 18, 473 (2018). <https://doi.org/10.1186/s12884-018-2096-3>.
- Whitburn LY (2013). Labour pain: from the physical brain to the conscious mind. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2013;34(3):139–43.
- Whitburn LY, Jones LE, Davey MA, McDonald S. (2019). The nature of labour pain: An updated review of the literature. *Women Birth*. 2019 Feb;32(1):28-38. doi: 10.1016/j.wombi.2018.03.004. Epub 2018 Apr 22. PMID: 29685345.
- Whitburn LY, Jones LE, Davey M-A, Small R. (2014). Women's experiences of labour pain and the role of the mind: an exploratory study. *Midwifery*. 2014;30(9):1029–35.
- Whitburn, L.Y., Jones, L.E., Davey, MA. et al (2017). The meaning of labour pain: how the social environment and other contextual factors shape women's experiences. *BMC Pregnancy Childbirth* 17, 157 (2017). <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1343-3>
- WHO (2014). Consultation on improving measurement of the quality of maternal, newborn and child care in health facilities. Geneva: World Health Organization; 2014. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/128206/1/9789241507417_eng.pdf.
- WHO (2016). Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities. Geneva: World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/249155/9789241511216-eng.pdf;jsessionid=5AB038FEB491E93DF8748201EDDE0B30?sequence=1>
- WHO (2016). WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. World Health Organization.

- Wittmann-Price R. A. (2006). Exploring the subconcepts of the Wittman-Price theory of emancipated decision-making in women's health care. *Journal of Nursing Scholarship*, 38(4), 377–382. [10.1111/j.1547-5069.2006.00130.x](https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2006.00130.x).
- Wood AM, Frey HA, Tuuli MG, Caughey AB, Odibo AO, Macones GA et al. (2016). Optimal admission cervical dilation in spontaneously laboring women. *Am J Perinatol* 2016; 33: 188–94 .
- Woodley S.J, Hay-Smith EJC (2021). Narrative review of pelvic floor muscle training for childbearing women—why, when, what, and how. *Int Urogynecol J*. 2021 Jul;32(7):1977-1988. doi: 10.1007/s00192-021-04804-z. Epub 2021 May 5. PMID: 33950309.
- Woodley S.J, Lawrenson P, Boyle R, Cody JD, Mørkved S, Kernohan A, Hay-Smith EJC (2021). Pelvic floor muscle training for preventing and treating urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2020, Issue 5. Art. No.: CD007471. DOI: 10.1002/14651858.CD007471.pub4. Accessed 5 December 2021.
- World Health Organization (1997). Care in normal birth: a practical guide. Technical Working Group, Birth. 1997; 24(2): 121–3.
- World Health Organization (2018). WHO recommendations: Intrapartum care for positive childbirth experience. 2018. <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/> (Acesso em 3 maio de 2021).
- Wrønding, T., Argyraki, A., Petersen, J.F. et al. The aesthetic nature of the birthing room environment may alter the need for obstetrical interventions – an observational retrospective cohort study. *Sci Rep* 9, 303 (2019). <https://doi.org/10.1038/s41598-018-36416-x>.
- Wulff, V., Hepp, P., Fehm, T., & Schaal, N. K. (2017). Music in Obstetrics: An Intervention Option to Reduce Tension, Pain and Stress. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, 77(9), 967–975. <https://doi.org/10.1055/s-0043-118414>
- Yekefallah, L., Namdar, P., Dehghankar, L. et al. (2021). The effect of yoga on the delivery and neonatal outcomes in nulliparous pregnant women in Iran: a clinical trial study. *BMC Pregnancy Childbirth* 21, 351 (2021). <https://doi.org/10.1186/s12884-021-03794-6>.
- Yesilcicek Calik K, Komurcu N. Effects of SP6 Acupuncture Point Stimulation on Labor Pain and Duration of Labor. *Iran Red Crescent Med J*. 2014 Oct 5;16(10):e16461. doi: 10.5812/ircmj.16461. PMID: 25558386; PMCID: PMC4270652.
- Yeung MPS, Tsang KWK, Yip BHK, et al. (2019). Birth ball for pregnant women in labour research protocol: a multi-centre randomised controlled trial. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2019;19(1):153. doi:10.1186/s12884-019-2305-8.
- Yuksel H, Cayir Y, Kosan Z, Tastan K (2017). Effectiveness of breathing exercises during the second stage of labor on labor pain and duration: a randomized controlled trial. *J Integr Med*. 2017 Nov;15(6):456-461. doi: 10.1016/S2095-4964(17)60368-6. PMID: 29103415.
- Zahra Z, Golmakani N, Nayare K, Shareh H, Shakeri MT (2014) The effect of pelvic floor muscle exercises on sexual quality of life and marital satisfaction in primiparous women after childbirth. *Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility* 17: 21-32.
- Zaky NH. (2016) Effect of pelvic rocking exercise using sitting position on birth ball during the first stage of labor on its progress. *IOSR Journal of Nursing and Health Science (IOSR-JNHS)*. Volume 5, Issue 4, PP:19–27.
- Zang Y, Lu H, Zhao Y, Huang J, Ren L, Li X (2020). Effects of flexible sacrum positions during the second stage of labour on maternal and neonatal outcomes: A systematic review and meta-analysis. *J Clin Nurs*. 2020;29(17-18):3154-3169. doi:10.1111/jocn.15376.
- Zinsser LA, Stoll K, Gross MM. (2020). Cognitive empowerment in childbirth preparation: a feasibility and acceptability study using Mental Contrasting with Implementation Intentions (MCII) and a health-oriented information leaflet. *Midwifery Research and Education Unit, Hannover Medical School*; 2020.
- Zinsser, LA, Schmidt, G, Stoll, K, Gross, MM (2021). Challenges in applying the short Childbirth Self-Efficacy Inventory (CBSEI-C32) in German. *European Journal of Midwifery*, 5(June), 1-6. <https://doi.org/10.18332/ejm/136453>.

ANEXOS

ANEXO I

PLANO DO MEU PARTO

PLANO DO MEU PARTO

O parto é meu, de mais ninguém. E do que conheço de mim:			
O meu corpo é forte. Os meus músculos, as minhas articulações, o meu útero, os meus movimentos, as minhas posições corporais, a minha respiração, todo o meu corpo, ... são superpoderes/forças que levo para o meu trabalho de parto.	Concordo totalmente	10-9-8-7-6-5-4-3-2-1-0	Discordo totalmente <input type="radio"/> Não sei ainda
A minha mente é forte. Sei que será uma importante ajuda para lidar com tudo o que é necessário durante o meu trabalho de parto.	Concordo totalmente	10-9-8-7-6-5-4-3-2-1-0	Discordo totalmente <input type="radio"/> Não sei ainda
Acredito que consigo fazer qualquer coisa em 1 minuto (duração em média de uma contração uterina na fase avançada do trabalho de parto).	Concordo totalmente	10-9-8-7-6-5-4-3-2-1-0	Discordo totalmente <input type="radio"/> Não sei ainda
Outros superpoderes/forças que posso levar para o meu trabalho de parto:			
As palavras que me dão força e coragem são:			

Para viver uma <u>experiência de parto positiva</u> seria, para mim:			
1) Quanto ao tipo e início do trabalho de parto			
Ter um parto o mais fisiológico possível	Muito importante	10-9-8-7-6-5-4-3-2-1-0	Nada importante <input type="radio"/> Não sei ainda
Ter um parto por cesariana	Muito importante	10-9-8-7-6-5-4-3-2-1-0	Nada importante <input type="radio"/> Não sei ainda
Que o parto inicie espontaneamente	Muito importante	10-9-8-7-6-5-4-3-2-1-0	Nada importante <input type="radio"/> Não sei ainda
Marcar o dia do parto	Muito importante	10-9-8-7-6-5-4-3-2-1-0	Nada importante <input type="radio"/> Não sei ainda
Ficar em casa na fase inicial do trabalho de parto	Muito importante	10-9-8-7-6-5-4-3-2-1-0	Nada importante <input type="radio"/> Não sei ainda
Ir logo que inicie o trabalho de parto para o local onde quero viver o meu parto	Muito importante	10-9-8-7-6-5-4-3-2-1-0	Nada importante <input type="radio"/> Não sei ainda
Ter comigo: _____ [Não ter ninguém comigo <input type="radio"/>	Muito importante	10-9-8-7-6-5-4-3-2-1-0	Nada importante <input type="radio"/> Não sei ainda
Quando gostaria de alguém ter comigo: <input type="radio"/> sempre, independentemente do tipo de parto <input type="radio"/> sempre, exceto no período expulsivo			<input type="radio"/> Não sei ainda

PLANO DO MEU PARTO

2) Quanto ao lidar com o trabalho de parto:				
Adotar a posição que para mim seja mais confortável (em qualquer momento)	Muito importante	10-9-8-7-6-5-4-3-2-1-0	Nada importante	<input type="radio"/> Não sei ainda
Manter-me ativa durante o TP (andar, dançar, etc.) enquanto quiser	Muito importante	10-9-8-7-6-5-4-3-2-1-0	Nada importante	<input type="radio"/> Não sei ainda
Que me orientem para a posição mais favorável para a evolução do trabalho de parto se isso for relevante	Muito importante	10-9-8-7-6-5-4-3-2-1-0	Nada importante	<input type="radio"/> Não sei ainda
Que me informem da evolução do trabalho de parto e de como o bebê está a lidar com as contrações uterinas sempre que eu solicitar/surgirem alterações	Muito importante	10-9-8-7-6-5-4-3-2-1-0	Nada importante	<input type="radio"/> Não sei ainda
Que realizem exame vaginal (com o meu consentimento) quando necessário ou a meu pedido	Muito importante	10-9-8-7-6-5-4-3-2-1-0	Nada importante	<input type="radio"/> Não sei ainda
Ingerir alimentos/bebidas ligeiras	Muito importante	10-9-8-7-6-5-4-3-2-1-0	Nada importante	<input type="radio"/> Não sei ainda
Ter o parto na posição que eu escolher no momento	Muito importante	10-9-8-7-6-5-4-3-2-1-0	Nada importante	<input type="radio"/> Não sei ainda
Que sejam implementadas medidas de proteção do períneo (expulsivo)	Muito importante	10-9-8-7-6-5-4-3-2-1-0	Nada importante	<input type="radio"/> Não sei ainda
3) Quanto ao lidar com a dor de trabalho de parto				
Aguardarem o intervalo das contrações para falarem comigo	Muito importante	10-9-8-7-6-5-4-3-2-1-0	Nada importante	<input type="radio"/> Não sei ainda
Ser capaz de:				
• Gerir a dor "ao meu jeito"	Muito importante	10-9-8-7-6-5-4-3-2-1-0	Nada importante	<input type="radio"/> Não sei ainda
• Usar respiração e relaxamento	Muito importante	10-9-8-7-6-5-4-3-2-1-0	Nada importante	<input type="radio"/> Não sei ainda
• Usar massagem	Muito importante	10-9-8-7-6-5-4-3-2-1-0	Nada importante	<input type="radio"/> Não sei ainda
• Usar música	Muito importante	10-9-8-7-6-5-4-3-2-1-0	Nada importante	<input type="radio"/> Não sei ainda
• Usar dispositivos (bola de parto, bola "amendoim", etc.)	Muito importante	10-9-8-7-6-5-4-3-2-1-0	Nada importante	<input type="radio"/> Não sei ainda
• Usar óleos essenciais (massagem, aroma, ...)	Muito importante	10-9-8-7-6-5-4-3-2-1-0	Nada importante	<input type="radio"/> Não sei ainda
• Usar água no chuveiro	Muito importante	10-9-8-7-6-5-4-3-2-1-0	Nada importante	<input type="radio"/> Não sei ainda
• Usar imersão em água	Muito importante	10-9-8-7-6-5-4-3-2-1-0	Nada importante	<input type="radio"/> Não sei ainda
Ter analgesia epidural logo que possível	Muito importante	10-9-8-7-6-5-4-3-2-1-0	Nada importante	<input type="radio"/> Não sei ainda
Ter analgesia epidural apenas quando eu solicitar	Muito importante	10-9-8-7-6-5-4-3-2-1-0	Nada importante	<input type="radio"/> Não sei ainda

PLANO DO MEU PARTO

O ambiente que me tranquiliza e que gostaria de ter durante o meu trabalho de parto:			
• Privacidade (número de pessoas, portas abertas, etc.)	Muito importante	10-9-8-7-6-5-4-3-2-1-0	Nada importante <input type="radio"/> Não sei ainda
• Controlo da iluminação na sala de partos	Muito importante	10-9-8-7-6-5-4-3-2-1-0	Nada importante <input type="radio"/> Não sei ainda
• Ter um cheiro agradável na sala de partos. Do que me conheço, o aroma que me tranquiliza é _____	Muito importante	10-9-8-7-6-5-4-3-2-1-0	Nada importante <input type="radio"/> Não sei ainda
• Ter comigo objetos pessoais que me deem conforto e força. Os objetos que gostaria de ter comigo são: _____	Muito importante	10-9-8-7-6-5-4-3-2-1-0	Nada importante <input type="radio"/> Não sei ainda
• Ter pontos de distração (imagens da natureza, luz natural, frases poderosas, sons, música, televisão, etc.). O que me ajuda a distrair é: _____	Muito importante	10-9-8-7-6-5-4-3-2-1-0	Nada importante <input type="radio"/> Não sei ainda
Outras estratégias que poderia usar para lidar com a minha dor de trabalho de parto são:			
No momento do parto, como quero sentir o meu/nosso bebé nos primeiros momentos:			
• Fosse _____ a segurar o bebé no momento do nascimento	Muito importante	10-9-8-7-6-5-4-3-2-1-0	Nada importante <input type="radio"/> Não sei ainda
• O cordão fosse cortado por: _____	Muito importante	10-9-8-7-6-5-4-3-2-1-0	Nada importante <input type="radio"/> Não sei ainda
• Fazer contacto pele com pele logo que possível	Muito importante	10-9-8-7-6-5-4-3-2-1-0	Nada importante <input type="radio"/> Não sei ainda
• Que o bebé inicie a primeira mamada quando evidenciar prontidão para mamar (8.º estágio do contacto pele a pele)	Muito importante	10-9-8-7-6-5-4-3-2-1-0	Nada importante <input type="radio"/> Não sei ainda
Outros elementos significativos para mim e/ou para a minha família para uma experiência de parto positiva:			
Quanto me sinto preparada para o meu parto:			
Primeira consulta (___ / ___ / ___)		10-9-8-7-6-5-4-3-2-1-0	<input type="radio"/> Não sei ainda
Última consulta (___ / ___ / ___)		10-9-8-7-6-5-4-3-2-1-0	<input type="radio"/> Não sei ainda
Para me sentir preparada precisaria ainda de:			

Onde gostava de viver o meu parto? _____ (ainda não decidi)

ANEXO II

PLANO PARA APOIAR-TE DURANTE O PARTO

PLANO PARA APOIAR-TE DURANTE O PARTO

Do que conheço de ti:
Os superpoderes/as forças que podes levar para o teu trabalho de parto são:
As palavras que te dão força e coragem são:
És mais corajosa a lidar com a dor quando fazes/tens ... :

Para contribuir para uma experiência de parto positiva para ti e para mim gostaria de ser capaz de:				
Apoiar-te a ter o parto que desejas	Muito importante	10-9-8-7-6-5-4-3-2-1-0	Nada importante	<input type="radio"/> Não sei ainda
Gostava de te acompanhar independentemente do tipo de parto	Muito importante	10-9-8-7-6-5-4-3-2-1-0	Nada importante	<input type="radio"/> Não sei ainda
Apoiar-te na alternância de posições sempre que sentires necessidade	Muito importante	10-9-8-7-6-5-4-3-2-1-0	Nada importante	<input type="radio"/> Não sei ainda
Oferecer-te comida/bebida	Muito importante	10-9-8-7-6-5-4-3-2-1-0	Nada importante	<input type="radio"/> Não sei ainda
Respeitar o teu comportamento durante a contração uterina	Muito importante	10-9-8-7-6-5-4-3-2-1-0	Nada importante	<input type="radio"/> Não sei ainda
Apoiar-te e encorajar-te no intervalo da contração uterina	Muito importante	10-9-8-7-6-5-4-3-2-1-0	Nada importante	<input type="radio"/> Não sei ainda
Apoiar-te no uso de estratégias que facilitem o lidar com o trabalho de parto				
• a usar respiração e relaxamento	Muito importante	10-9-8-7-6-5-4-3-2-1-0	Nada importante	<input type="radio"/> Não sei ainda
• fazer massagem	Muito importante	10-9-8-7-6-5-4-3-2-1-0	Nada importante	<input type="radio"/> Não sei ainda
• ajudar-te no chuveiro para promover o relaxamento	Muito importante	10-9-8-7-6-5-4-3-2-1-0	Nada importante	<input type="radio"/> Não sei ainda
• ajudar a usar dispositivos (bola de parto, bola "amendoim", etc.)	Muito importante	10-9-8-7-6-5-4-3-2-1-0	Nada importante	<input type="radio"/> Não sei ainda
No momento do parto, como quero sentir o nosso bebé nos primeiros momentos:				
• Segurar o bebé no momento do nascimento	Muito importante	10-9-8-7-6-5-4-3-2-1-0	Nada importante	<input type="radio"/> Não sei ainda
• Cortar o cordão umbilical	Muito importante	10-9-8-7-6-5-4-3-2-1-0	Nada importante	<input type="radio"/> Não sei ainda
• Ficarmos juntos durante o contacto pele com pele fazer contacto pele com pele se parto por cesariana	Muito importante	10-9-8-7-6-5-4-3-2-1-0	Nada importante	<input type="radio"/> Não sei ainda
Quanto me sinto preparado para apoiar-te no teu parto:				
Primeira consulta (___/___/___)		10-9-8-7-6-5-4-3-2-1-0		<input type="radio"/> Não sei ainda
Última consulta (___/___/___)		10-9-8-7-6-5-4-3-2-1-0		<input type="radio"/> Não sei ainda

Onde gostava que tivesses o teu parto? _____ (ainda não sei)

EXEMPLOS DE ATIVIDADES QUE CONCRETIZAM AS INTERVENÇÕES

Exemplo de como poderá ser implementada a intervenção que se designou de “À descoberta da minha pele”.

EXPERIENCIAÇÃO: guiar os movimentos		INTEGRAÇÃO DA EXPERIÊNCIA	
Posição: de pé	Identificação dos ilíacos	1. Começar por colocar uma mão de lado da pelve, e sabemos que a encontramos porque as vossas mãos encontraram o quê?... Duas estruturas duras, uma de cada lado – ossos (os ilíacos – não é necessário dizer ou saber os nomes). 2. Com os dedos vamos percorrendo os ossos (ilíacos) no sentido do tronco até deixarmos de sentir osso – encontramos o bordo superior do osso (ilíacos).	O que sentiram? Como sentiram?
	Identificação da sínfise púbica	Pousa-se as mãos nos bordos e vamos deslizando as mãos no sentido do abdómen, sempre sobre o osso, de modo que os dedos se encontrem onde os ossos se juntam – sínfise púbica. Se deslizar os dedos ligeiramente para baixo, o que acontece?	O que sentiram? Como sentiram?
	Identificação do cóccix	Agora voltamos a percorrer o caminho até à parte mais lateral da pelve... e acompanhando o osso para trás, sentimos o quê? – mais ossos, o sacro... percorremos com os dedos para baixo, sentimos osso... até não sentir mais... aí está o cóccix...	O que sentiram? Como sentiram?
(sentadas nos colchões – orientar a discussão) Como imaginam a pelve? (mostrar a pelve, descrevendo os movimentos descritos previamente)			
Posição: sentada		Cada uma/um encontrou os limites da sua pelve à frente, atrás e em cima...e agora vamos procurar perceber o limite inferior, a base de apoio	
	Identificação dos isquios	Agora sentadas, consegue-se sentir o contacto das nádegas com o colchão... sente-se que em cada uma das nádegas há um ponto de apoio. Vamos experimentar transferir o peso todo para a nádega direita... e agora para a nádega esquerda.	
		Coloca-se a mão direita debaixo da nádega direita e sente-se uma zona dura... um ponto de apoio, o limite inferior...	
		Balança-se a pelve para um lado e para o outro e depois para a frente e para trás para sentir todos os contornos desses pequenos ossos pontiagudos (isquio – não é necessário dizer ou saber os nomes)	
		Retira-se a mão e compara-se um lado com o outro...	O que sentiram? Como sentiram? Sentiram alguma diferença?
	Repetir do lado esquerdo	O que sentiram? Como sentiram?	
Mostrar a pelve e repetir os movimentos: Fazer a analogia dos isquios com dois faróis de um carro: ficamos a conhecer os “faróis” que iluminam o caminho para que o bebé nasça...			
	Identificação do espaço e posição da pelve	Vamos conhecer melhor a pelve... Começar por colocar as mãos na pelve e fechar os olhos... sente-se o espaço que separa uma mão da outra... imaginamos o bebé nesse espaço... agora, mantendo os olhos fechados, colocar uma mão no fundo da barriga e outra ao fundo das costas e voltamos a sentir o espaço e a imaginar o bebé nesse espaço... abrir os olhos.	Sentiram que o espaço entre as vossas mãos era igual nas duas posições? Em qual das posições sentiram que havia mais espaço?
Mostrar a pelve e repetir os movimentos: Realçar o espaço dentro da pelve e a escavação pélvica.			

II Exemplo de como poderá ser implementada a intervenção que se designou de “A minha pelve mexe”.

EXPERIENCIAÇÃO: guiar os movimentos		INTEGRAÇÃO DA EXPERIÊNCIA
Posição: de pé	Identificar os quatro pontos cardiais: sínfise púbica, o cóccix e os 2 faróis (isquios)	Balaceando a pelve vamos perceber como se comportam os 4 pontos cardiais
		Sintam a distância entre os “faróis”... e tracem uma linha imaginária que une os dois pontos. Vamos tentar aproximá-los e depois afastá-los...
Repete-se este exercício percebendo como se comportam os 4 pontos cardiais sempre que se tenta afastá-los ou aproximá-los em cada uma das posições: <ul style="list-style-type: none"> • De pé com os joelhos relaxados • Cócoras • Com 4 apoios • Folha dobrada • Decúbito lateral • Lateral com a perna levantada agarrando o joelho 		O que sentiram? Como sentiram? O que sentiram? Como sentiram? Em que posições os “faróis” estão mais afastados? Como fica o joelho quando estão mais afastados? E como fica quando estão mais juntos? (rotação interna e externa do fémur) Em que posições a pelve mexe mais livremente?

III Exemplo de **posição inclinada para a frente que promove relaxamento do ligamento útero-sagrado** (facilita a conversão da apresentação fetal de pélvica para cefálica por dar mais espaço na parte inferior do útero):




1. Ajoelhar-se na beirada de um sofá, cama ou outra superfície (ou no topo da escada).
2. Segurar-se na borda do sofá, cama ou outra superfície em que está ajoelhada.
3. Cuidadosamente, baixar-se levando as mãos até ao chão e, em seguida, baixar-se mais para pouso os antebraços (usar um banco ou degrau, se desejar, para ajudar a pousar as mãos na superfície mais baixa).
4. Manter os cotovelos para fora e as mãos próximas, por exemplo a apoiar a cabeça.
5. Deixar a cabeça cair livremente, mas manter o queixo dobrado sobre o peito. Não apoiar a cabeça no chão. O pescoço pode precisar de um pouco de movimento. Endireitar os ombros para dar espaço à cabeça.
6. Os joelhos devem estar perto da borda da superfície onde estão pousados. Pode inclinar ou balançar a pelve, se quiser, ou suavemente, ondular a coluna.
7. Achatar ligeiramente a parte inferior das costas (inclinação pélvica posterior) para abrir mais espaço para a parte superior da pelve.
8. Fazer três respirações. Relaxar o abdómen, mas manter a força nos ombros. Manter o pescoço esticado.
9. Voltar à posição de joelhos, levantando-se usando um banco de apoio, ou ajuda de alguém. Respirar profundamente duas vezes (respiração abdominal) e só depois sentar-se sobre os calcanhares pélvica (dessa forma, deixa os ligamentos ficarem num local mais simétrico enquanto recupera o fôlego).

10. Balançar os pés debaixo das nádegas. Manter os pés juntos, movendo-se como uma sereia para evitar um puxão na sínfise púbica (osso púbico) e proteger a estabilidade.
11. Realizar o exercício uma vez ao dia por 30 segundos (aproximadamente três respirações).
12. Nota: Para potenciar o relaxamento dos ligamentos uterinos e os músculos abdominais, poder-se-á usar o rebozo para massajar a zona pélvica com gentileza.



Fonte: <https://www.spinningbabies.com/pregnancy-birth/techniques/>

IV Exemplo de **posições e movimentos a usar na fase latente do trabalho de parto (>38/39 semanas)**

Instruir (Demonstrar como fazer os exercícios, associando a respiração)	Treinar e experienciar o efeito dos exercícios
Posição de quatro apoios , com os ombros apoiados nos pulsos e os joelhos diretamente abaixo dos quadris	
<p>1. Começar a inspirar e expirar pelo nariz. À medida que se prolonga cada respiração o máximo possível, começar a aumentar a frequência respiratória, mudando o movimento para o diafragma.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ao inspirar, deixar a caixa torácica expandir-se junto com a barriga. Ao mesmo tempo, tentar alongar conscientemente o pavimento pélvico a cada nova respiração. • Ao expirar, inverte os movimentos, mantendo o corpo leve e relaxado. Nada deve parecer forçado e nenhum músculo deve ser estimulado ativamente. O foco aqui está na respiração, permitindo que ela crie espaço. 	
<p>2. Começar a “abrir” e “fechar” a pelve,</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ao expirar, baixar a zona lombar e caixa torácica. • Ao inspirar, erguer o cóccix para o “céu”. 	
<p>3. Começar a balançar a pelve para a frente e para trás,</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ao inspirar, mover a pelve em direção aos calcanhares (conforme o corpo permitir). • Ao expirar, voltar à posição inicial. 	

Posição de agachamento	
<p>1. Postura de agachamento padrão, com os pés separados aproximadamente na largura do quadril e os dedos dos pés afastados do corpo. Baixar-se num agachamento com as nádegas para baixo e para trás. A partir desta posição, pressionar para cima os calcanhares para voltar à posição inicial, mantendo os joelhos ligeiramente fletidos o tempo todo. Se a grávida se sentir confortável com esse movimento, tentar manter a posição durante 15 a 30 segundos no ponto mais baixo do seu agachamento, fazendo respiração diafragmática. Isso adicionará uma camada adicional de abertura da pelve, bem como relaxamento do assoalho pélvico.</p>	
<p>2. Agachamento de “estilo de parto” com as pernas abertas, nádegas para baixo, peito para cima e ambos os pés apoiados firmemente no chão. Trazer as mãos para o centro do peito e pressionar suavemente os cotovelos na parte interna dos joelhos para criar resistência. Procurar usar respiração diafragmática.</p>	
Posição deitada	
<p>Deitar-se de costas (com apoio, se necessário – colocar almofadas na parte superior das costas e ombros para ajudar a aliviar qualquer pressão indesejada) e abrir as pernas em uma pose de “bebê feliz”, com as pernas levantadas e os pés afastados. Segurar os pés, tornozelos ou gêmeos (o que for mais confortável) e deixar o corpo afundar nesta posição. Procurar usar respiração diafragmática. Poderá ficar nesta posição ou balançar suavemente de um lado para o outro.</p>	
<p>INTEGRAÇÃO DA EXPERIÊNCIA: Como se sentiu? Qual a posição mais confortável? Qual o movimento mais confortável? O que pode levar deste exercício para o seu parto?</p>	

∨ **Exemplo de exercícios promotores da consciencialização da mobilidade da pelve:**

Instruir (Demonstrar como fazer os exercícios)	Treinar e experienciar o efeito dos exercícios
<p>– De pé, com os pés ligeiramente afastados e joelhos ligeiramente fletidos, colocar as mãos sobre as cristas ilíacas, e com a pelve – desenhar movimentos circulares para a esquerda e para a direita; movimentos para a frente e para trás; movimentos de desenhar o sinal de infinito.</p>	<p>“Visualizar” o afastamento/aproximação dos ísquios a partir do movimento e da posição</p>
<p>– De pé, a andar/subir e descer escadas.</p>	<p>Sentir o afastamento/aproximação dos ísquios comparando com as diferentes posições</p>
<p>– De cócoras (sozinha ou com acompanhante), de pé para a posição de cócoras faz o agachamento movimentando a pelve como se estivesse a dançar.</p>	<p>Sentir o afastamento/aproximação dos ísquios ao longo do agachamento e na posição de cócoras, comparando com a posição anterior.</p>
<p>– Quatro apoios, apoiar o corpo nas mãos e joelhos mantendo as mãos alinhadas com os ombros e os joelhos com a anca, fazer movimentos com a pelve para a esquerda e para a direita e para cima e para baixo.</p>	<p>Sentir o afastamento/aproximação dos ísquios comparando com as diferentes posições.</p>
<p>– Deitada, em decúbito lateral (e por exemplo, trazer o joelho ao abdômen; usar almofada para produzir assimetria).</p> <p>– Deitada, em decúbito dorsal, procurando fazer movimentos dos ísquios para a esquerda e para a direita.</p>	<p>Sentir o afastamento/aproximação dos ísquios Sentir a pelve – mais apoiada ou mais livre?</p>
<p>– Sentada, com as pernas ligeiramente afastadas.</p> <p>– Sentada, associar uma ligeira inclinação lateral em ambos os sentidos, produzindo assimetria.</p>	<p>Sentir o afastamento/aproximação dos ísquios</p>
<p>INTEGRAÇÃO DA EXPERIÊNCIA: Como se sentiu? Qual a posição mais confortável? Qual o movimento mais confortável? O que pode levar deste exercício para o seu parto?</p>	

^{VI} Exemplo de **exercícios que mobilidade da pelve em diferentes posições corporais associadas a ritmo da música (seleção de música musical alegre estimular a dança/ movimento rítmico). Fazer um repouso de 60” entre cada exercício.**

Instruir (Demonstrar como fazer os exercícios)	Treinar e experienciar os efeitos em si
<p>De pé:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Promover o movimento da pelve (dançar) e a noção da pelve livre, demonstrando movimentos de desenho com a pelve: circulares para a esquerda e para a direita; para a frente e para trás; lateral; sinal de infinito; (pedir para imaginar como se estão a mover os isquios (faróis) e a pelve de entrada e de saída). - Mudar de posição – vertical/agachar; a mulher/casal é livre de improvisar de acordo com a vontade do corpo e as emoções presentes, não existindo nenhuma coreografia específica. 	<p>Sentir o afastamento/aproximação dos isquios durante o movimento. Imaginar qual a parte da pelve que está disponível para o bebé – a “pelve de entrada” ou a “pelve de saída”.</p>
<p>INTEGRAÇÃO DA EXPERIÊNCIA: Como se sentiu/sentiram? Qual a posição mais confortável? Qual o movimento que faz o afastamento/aproximação dos isquios, qual a parte da pelve que está disponível para o bebé – a “pelve de entrada” ou a “pelve de saída”? O que pode levar deste exercício para o seu parto?</p>	
<p>Posição de quatro apoios:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Com rotação externa da coxa sem arquear demasiado a zona lombar e cervical, inspirar, olhar em frente, expirar e enrolar (6-8 repetições). - Com rotação interna da coxa sem arquear demasiado a zona lombar e cervical, inspirar, olhar em frente, expirar e enrolar (6-8 repetições). 	<p>Sentir o afastamento/aproximação dos isquios durante o movimento. Imaginar qual a parte da pelve que está disponível para o bebé – a “pelve de entrada” ou a “pelve de saída” (6-8 repetições).</p>
<p>INTEGRAÇÃO DA EXPERIÊNCIA: Como se sentiu/sentiram? Qual a posição mais confortável? Qual o movimento que faz o afastamento/aproximação dos isquios, qual a parte da pelve que está disponível para o bebé – a “pelve de entrada” ou a “pelve de saída”? O que pode levar deste exercício para o seu parto?</p>	
<p>Agachamento (2.º trimestre)</p> <p>Fazer agachamento com os pés e joelhos voltados para fora (rotação externa da coxa), como se os pés e os joelhos estivessem apontando 2:50 no relógio. (Ao posicionar os membros inferiores dessa forma e agachar até um ângulo de 90º entre pelve/fémur, consegue-se aumentar a abertura superior da pelve e diminuir a abertura inferior.)</p>	<p>Sentir o afastamento/aproximação dos isquios durante o movimento. Imaginar qual a parte da pelve que está disponível para o bebé – a “pelve de entrada” ou a “pelve de saída” (6-8 repetições).</p>
<p>INTEGRAÇÃO DA EXPERIÊNCIA: Como se sentiu/sentiram? Qual a posição mais confortável? Qual o movimento que faz o afastamento/aproximação dos isquios, qual a parte da pelve que está disponível para o bebé – a “pelve de entrada” ou a “pelve de saída”? O que pode levar deste exercício para o seu parto?</p>	
<p>De cócoras (3º trimestre)</p> <p>Para ficar na posição de cócoras é necessário que os pés e joelhos estejam voltados para fora, porém, agora, ao invés de agachar apenas até 90º entre pelve/fémur, descer um pouco mais. Inclinar o tronco levemente para frente alonga-se os músculos posteriores do tronco e ao mesmo tempo faz-se com que a pelve de saída aumente (nesta posição, os músculos do pavimento pélvico e a pele da região do perineo são alongados). (Algumas mulheres apresentam dificuldade para adotar essa posição, já que é necessária uma grande amplitude das articulações da pelve, joelho e tornozelo e algumas sentem desequilíbrio – o uso da bola de parto ou suporte nos braços pode ajudar a manter a posição.)</p>	<p>Sentir o afastamento/aproximação dos isquios durante o movimento. Imaginar qual a parte da pelve que está disponível para o bebé – a “pelve de entrada” ou a “pelve de saída” (6-8 repetições).</p>
<p>INTEGRAÇÃO DA EXPERIÊNCIA: Como se sentiu/sentiram? Qual a posição mais confortável? Qual o movimento que faz o afastamento/aproximação dos isquios, qual a parte da pelve que está disponível para o bebé – a “pelve de entrada” ou a “pelve de saída”? O que pode levar deste exercício para o seu parto?</p>	









VII Os exercícios para treinar a **contração e o relaxamento dos músculos pélvicos** e **exercícios de Kegel** podem ser, por exemplo:

	Instruir (Orientar para como fazer os exercícios)	Treinar (A grávida experiencia os exercícios)
IDENTIFICAR OS MÚSCULOS	<p>Posição: sentada (na bola ou no colchão)</p> <ul style="list-style-type: none"> – Identificar os quatro pontos cardiais: sínfise púbica e os 2 faróis (isquios) formam um triângulo, que chamaremos de triângulo anterior; cóccix e os 2 faróis (isquios) formam outro triângulo, que chamaremos de triângulo posterior. – Balançar para a frente e sentir o triângulo anterior; balançar para trás e sentir o triângulo posterior do pavimento pélvico. – Sentir a distância entre os “faróis” e traçar uma linha imaginária que une os dois pontos; tentar aproximá-los. – Imaginar uma linha que une a sínfise púbica ao cóccix; tentar aproximar estes dois pontos. 	<ul style="list-style-type: none"> – Consciencialização dos músculos do pavimento pélvico
	<p>Posição: sentada (na bola ou no colchão com as costas encostadas à bola ou ao acompanhante)</p> <ul style="list-style-type: none"> – Imaginar que se encontra a urinar e precisa de travar o jato de urina (apenas no cenário imaginário e não real, pois aumenta o risco de infeção urinária) OU – Realizar analogia com um elevador com cave, rés-do-chão e 1.º andar: <ol style="list-style-type: none"> 1. fechar a porta (contrair os músculos), com a porta fechada, fazer o elevador subir ao piso 1, manter os músculos contraídos (porta fechada), e descer lenta e controladamente (pelo menos 5-7 segundos) ao rés-do-chão e volta a abrir a porta. 2. Imaginar que pretende descer o elevador para a cave – fechar a porta (contrair os músculos), com a porta fechada, fazer o elevador descer até à cave, manter...manter... e lenta e controladamente voltar ao piso 1. <p>Nota: Outras analogias possíveis – imaginar “aspirar” a cueca para dentro; imaginar juntar os isquios e levantar o períneo da cadeira.</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Consciencialização da contração/relaxamento dos músculos do pavimento pélvico.
	<ul style="list-style-type: none"> – Voltar a imaginar a descida do elevador para a cave, associar ao parto e nascimento do bebé, e experimentar o movimento com diferentes tipos de respiração: apneia; deitando o ar sair lentamente; <i>chhhh</i>; tossir. 	<p>Consciencialização da relação entre a o exercício e:</p> <ul style="list-style-type: none"> – a respiração; – a respiração e a “descida do elevador”; – o movimento com o parto.
	<ul style="list-style-type: none"> – Partilha de experiências: O que sentiu? Como sentiu? Qual a respiração que permite fazer mais força? Qual a respiração que é mais confortável? O som interfere com a força? O que sentiu na barriga quando relaxou o pavimento pélvico e desceu com o elevador para a cave? O que pode desta experiência para o seu parto? 	
APERFEIÇOAMENTO	<ul style="list-style-type: none"> – Incentivar a adotar uma posição de conforto, exemplos: sentada, sentada na bola, acocorada, de pé, decúbito dorsal com joelhos fletidos. – Contração longa: contrair os músculos do pavimento pélvico, segurar uns segundos, relaxar pelo mesmo período; começar com 5 segundos e aumentar gradualmente até 10 segundos ao longo do tempo. Fazer 10 repetições (se não conseguir segurar por 10 segundos, começar com 3 segundos de espera e ir aumentando gradualmente). – Contração rápida: contrair os músculos do pavimento pélvico por 1 segundo e relaxar. Fazer 10 a 15 repetições. 	<ul style="list-style-type: none"> – Treino da contração/relaxamento dos músculos do pavimento pélvico.
	<p>Programa recomendado para grávidas que estejam a iniciar os exercícios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Encorajar contrações de esforço máximo ou quase máximo, 6–8 segundos por contração, 8–10 contrações seguidas. • Repetir esta série de exercícios 3 vezes por dia. • Mínimo de 3 dias por semana. • Pelo menos 8-12 semanas de duração, idealmente ao longo da vida. <p>As mulheres que não conseguirem contrair por mais de 8 segundos ou até dez contrações consecutivas podem começar com menos pressão ou menos contrações e aumentar lentamente até o nível necessário (Woodley & Hay-Smith, 2021).</p>	





VIII Os exercícios para treinar os **alongamentos e os agachamentos dos músculos do pavimento pélvico** podem ser, por exemplo:

Instruir (Orientar para como fazer os exercícios)	Treinar (A grávida experiencia os exercícios)
– (Apenas antes das 25 semanas) deitada de costas, levar um joelho ao peito e realizar duas respirações abdominais (imita uma posição de agachamento profundo para alongar o assoalho pélvico). Alternar o joelho. (Se após as 25 semanas) deitada de lado, levar o joelho de cima até o peito e fazer a respiração abdominal. Repetir deitada para o outro lado.	Fazer 5-10 repetições.
– (Apenas antes das 25 semanas) deitada de costas, levar ambos os joelhos ao peito e realizar duas respirações abdominais. Segurar por 30 segundos. – (Apenas antes das 25 semanas) deitada de costas, trazer os joelhos contra o peito e mantenha a pelve junto ao chão; afastar os joelhos, segurar os pés e flexioná-los de forma que as plantas dos pés fiquem voltadas para o teto. Respirar fundo. Manter a posição por 30 segundos.	Fazer 2 repetições. Fazer 2 repetições.
– Sentada, juntar as plantas dos pés e impulsionar as pernas para cima e para abaixo (movimento de “borboleta”).	Realizar os movimentos até sentir o alongamento
– Deitada de costas, com os joelhos dobrados e a planta dos pés tocando o chão, alinhados com a pelve, inspirar, contrair o pavimento pélvico e levantar a pelve sustentando a respiração por 10 segundos, e pousar.	Fazer 10 repetições.
– (Para alongar os ligamentos uterinos inferiores) ajoelhada na borda mais alta (almofada alta, sofá ou cama) e baixar lentamente as mãos e antebraços até o chão; deixar a cabeça pender livremente; esticar as costas e manter a posição durante 30 segundos.	Realizar exercício de 1 a 3 vezes por dia (contra-indicado se dores abdominais ou uterinas ou hipertensão).
– Deitada de costas, com os joelhos dobrados e plantas dos pés apoiados no chão; inspirar contraindo o pavimento pélvico enquanto levanta a pelve; segurar o ar por uns 10 segundos e baixar a pelve enquanto relaxa o assoalho pélvico.	Fazer 10 repetições.
– Deitada de costas, com as plantas dos pés pousadas no chão e braços ao longo do corpo, elevar nádegas (apoiando o corpo na parte superior das costas) e, com a região pélvica levantada, contrair a musculatura durante 4 a 5 segundos e descansar durante 8 segundos.	Aumentar o número de repetições gradualmente.
INTEGRAÇÃO DA EXPERIÊNCIA: Como se sentiu/sentiram? O que pode levar deste exercício para o seu parto?	

IX Os exercícios com o objetivo de **promover o alongamento dos músculos psoas** podem ser, por exemplo:

Instruir (Orientar para como fazer os exercícios)	Treinar (A grávida experiencia os exercícios)
<p>Posição: deitada de costas, com os joelhos dobrados, as plantas dos pés pousados e paralelos à articulação coxofemoral; manter os pés a uma distância confortável das nádegas – nem muito perto nem muito longe (a ideia é que a pelve fique paralela ao chão – nem inclinada para a frente nem para trás, respeitando as curvas naturais da coluna); pode ter um apoio baixo sob a cabeça, desde que a cabeça e o pescoço estejam alinhados com a coluna vertebral e a cabeça não esteja inclinada muito para frente ou para trás.</p> <p>– Descansar assim por 5 a 20 minutos, usando respiração diafragmática (este exercício liberta subtilmente os psoas usando a ação da gravidade).</p> <p>A partir do segundo trimestre, conforme o abdómen cresce, não é aconselhável passar longos períodos deitada de costas, por isso pode-se usar a versão adaptada para a gravidez com o tronco apoiado numa ou duas almofadas inclinadas.</p> <p>Durante o relaxamento, concentrar-se na respiração – inspirar pelas costelas laterais para alongar o diafragma; a cada expiração, imaginar os ossos da coxa ficarem mais pesados (quanto mais pesadas ficam as coxas, mais os psoas relaxam nas costas).</p> <p>– Usando a mesma posição, o sacro deverá tocar a base da almofada; juntar as plantas dos pés e deixar os joelhos caírem para os lados. Abrir os braços ao longo do corpo para abrir o peito ou leve uma das mãos ao coração e a outra à barriga para sentir a respiração e conectar-se com o bebé.</p>	 <p>Ficar nesta posição por pelo menos cinco respirações.</p>
<p>Posição: Sentada com os joelhos num nível inferior à pelve durante alguns minutos ao dia (permite que os psoas se alonguem).</p>	
<p>Posição: Deitada de costas, sobre uma superfície mais alta (ex. cama), levar o joelho ao peito deixando a outra perna pendente (manter a posição durante pelo menos 3 minutos – ou mais se tiver ajudante).</p>	
<p>Posição: De quatro apoios, com as mãos alinhadas com os ombros e os joelhos com a pelve, inspirar e olhar para o teto e expirar e tocar com o queixo no peito; repetir 4 a 5 vezes.</p>	
<p>Posição: De quatro apoios, com as mãos alinhadas com os ombros e os joelhos com a pelve, colocar a coluna na posição neutra e mover a pelve de um lado para o outro (como se tivesse uma cauda e estivesse a abaná-la). Se sentir tensão nas costas, procurar uma posição/ movimento que relaxe.</p>	
<p>Posição: De cócoras, com os dedos do pé direito para a direita e os do esquerdo para a esquerda, afastar os joelhos com os cotovelos, mantendo o troco o mais alinhado possível (pode-se apoiar os isquios com um bloco/banco) – ficar nesta posição pelo tempo que se sentir confortável (até 5 minutos).</p>	
<p>Posição: Deitada para o lado esquerdo, colocar a almofada do lado direito do tapete; esticar o braço esquerdo para cima e usá-lo para apoiar a cabeça; dobrar o joelho direito em cerca de 90° e descansar o joelho, a perna e o pé na almofada. Fechar os olhos e relaxar os músculos – ficar nesta posição por 5 minutos ou mais.</p>	
<p>Posição: Deitada em ventral, de joelhos afastados e pés a tocar um no outro, com uma almofada alta em frente, com a expiração baixar o tronco (deixando a barriga fora da almofada) empurrando a pelve em direção aos calcanhares. Deixar a cabeça repousar na almofada com os braços estendidos ao longo das laterais da almofada.</p>	

x Demonstrar sobre como fazer a **massagem perineal** com recurso a modelo.

Instruir massagem perineal	
<p>Introdução:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sugerir adotar uma posição confortável, por exemplo em posição semi-reclinada, com as pernas abertas em forma de "borboleta", com almofadas a apoiar os joelhos, se desejar; com as mãos limpas, aplicar o lubrificante solúvel em água ou óleo vegetal no polegar. 2. A massagem pode ser realizada depois do banho (os músculos perineais ficam mais relaxados). usar um lubrificante solúvel em água ou um óleo vegetal (como por exemplo óleo de origem vegetal prensado a frio – amêndoa ou coco) para tornar a massagem mais confortável (evitando usar óleos perfumados ou sintéticos). <p>Demonstrar como fazer:</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Aplicar o lubrificante ou óleo de forma a facilitar a realização da massagem – o lubrificante deve ser aplicado no polegar e indicador, no períneo e entrada da vagina. 4. Inserir o polegar na abertura vaginal até a primeira articulação do dedo (3/4 cm), empurrando o tecido perineal em direção ao ânus. 	
<p>5. Massajar a área interna e externa do períneo – massagem deve ser realizada com as pontas dos dedos em movimentos suaves semicirculares (em forma de U) da esquerda para a direita.</p>	
<p>6. Pressionar a parede posterior (de baixo) até sentir algo semelhante a um músculo, em vez de apenas tecido mole; pressionar o tecido perineal até sentir um pouco de dor ou ardor. Deve ficar nessa posição durante um minuto e repetir este passo duas a três vezes.</p>	
<p>7. Aplicar pressão suficiente para sentir um alongamento do músculo (que não deve ser desconfortável ou doloroso). Pressionar por 5 a 10 segundos, até sentir o músculo amolecer. Fazer do mesmo do outro lado. Fazer dos dois lados simultaneamente, permanecendo no máximo de estiramento durante um minuto.</p>	
<p>8. Imaginar a metade inferior da vagina como um relógio com 3-6-9 horas marcadas, massajar com os polegares entre 6-3 e 6-9 horas (usando um movimento em forma de U), sentindo o tecido amolecendo e esticando, repetindo 2-3 vezes, num máximo de 5 minutos.</p>	

Imagens disponíveis em RCOG, 2021. Reducing your risk of perineal tears.
Disponível em <https://www.rcog.org.uk/en/patients/tears/reducing-risk/>.

XI Exemplo de exercícios em meio aquático:

Instruir (Demonstrar como fazer os exercícios)	Treinar e a grávida experiencia os efeitos dos exercícios em si
<p>Exercícios de aquecimento: Durante 10 minutos, os exercícios são realizados de pé, com o nível da água à altura do peito para fornecer a resistência aos movimentos: (manter o aquecimento divertido – o que importa é usar a resistência da água – escavar, empurrar, caminhar, etc.).</p> <ul style="list-style-type: none"> – Pés afastados, mantendo os joelhos e o tronco alinhados com os dedos dos pés; dobrar os joelhos e baixar o tronco, em direção a uma posição sentada, o mais baixo que o conforto permitir. – Pés afastados (ficando com os pés fora do alinhamento da anca), levar um joelho ao peito e rodar para o lado movendo simultaneamente os braços, balançando-os de um lado para o outro na água. Trocar de joelho e repetir. 	
<ul style="list-style-type: none"> – Apoiar as mãos na bermas da piscina, colocar os pés bem afastados e totalmente apoiados contra a parede; fletir um dos joelhos e deslocar o corpo para o mesmo lado, esticando a perna contrária; voltar à posição inicial e repetir para o outro lado. – Pés afastados (ficando com os pés fora do alinhamento da anca), com os braços esticados à frente na água, com as palmas das mãos voltadas para baixo. Levantar o calcanhar direito em direção às nádegas. À medida que o pé recua, remover a água para trás com as mãos ao mesmo tempo, num movimento de remo. Trocar os pés e repetir. – Apoiar as mãos na bermas da piscina e com os pés apoiados no fundo da piscina, rodar a pelve desenhando um círculo e o sinal de infinito. – Apoiar uma mão na bermas da piscina, colocar um esparguete debaixo do pé, manter equilíbrio e pernas esticadas, fletir o joelho até à superfície, fazer movimento circular rodando a perna para fora e de seguida movimento de descida até à posição inicial. Repetir com os dois lados. – Apoiar as mãos na bermas da piscina, colocar os pés bem afastados e apoiados contra a parede, realizar movimentos de retroversão da pelve, fletindo e esticando os joelhos alternadamente, à medida que se aproxima e afasta respetivamente da parede da piscina. 	<p>Sentir/imaginar o afastamento/ aproximação dos isquios durante o movimento.</p>
<ul style="list-style-type: none"> – Pés afastados (ficando com os pés fora do alinhamento da anca), levantar a perna direita para a frente, estendendo-a o mais alto que o conforto permitir (a perna de pé deve ser ligeiramente flexionada para apoio). Trocar de perna e repetir. 	<p>Sentir a tensão muscular em torno da pelve associado ao movimento (ação dos 29 músculos da região lombo-pélvico-quadril).</p>
<ul style="list-style-type: none"> – Pés afastados (ficando com os pés fora do alinhamento da anca), levantar a perna esquerda lateralmente para a esquerda. Deslizar até a posição inicial e repetir com a perna direita. 	<p>Sentir a tensão muscular em torno da pelve associado ao movimento (parte interna das coxas).</p>
<ul style="list-style-type: none"> – “Sentar-se” num rolo de espuma e descansar os braços como se fosse uma poltrona. Dobrar os joelhos para cima (ao lado da barriga, se necessário) e flutuar. Contrair os joelhos na direção do abdómen e, lentamente, estender as pernas. Girar os joelhos de um lado para o outro para trabalhar os músculos abdominais oblíquos. 	<p>Sentir a tensão muscular em torno da pelve associado ao movimento (músculos abdominais).</p>
<p>INTEGRAÇÃO DA EXPERIÊNCIA: Como se sentiu/sentiram? Qual a posição mais confortável? Qual o movimento que faz o afastamento/aproximação dos isquios, qual a parte da pelve que está disponível para o bebé – a “pelve de entrada” ou a “pelve de saída”? O que pode levar deste exercício para o seu parto?</p>	

Nota: Outro exemplo de plano de exercícios dentro de água (in Aguilar Cordero et al., 2016, p.171), conforme esquema original publicado pelos autores.


Movimentos da pelve para favorecer o parto							
Objetivo	Ação	Exercício	Efeitos sobre a pelve	Musculatura implicada	Metodologia	Observações	Variantes
Favorecer a expulsão	Rotação interna do fémur e do ilíaco	Rotação interna do fémur	As articulações sacroilíacas separam-se por detrás e a sínfise púbica comprime-se pela frente (separa as espinhas ciáticas)	Tensor da fáscia lata, recto interno, glúteo médio e menor	Realiza-se de pé, em apoio monopodal, e fazer movimentos circulares com a perna livre e em extensão, para dentro. Rotação interna do fémur	O mesmo exercício pode fazer-se sem apoio, em flutuação dorsal, com material de flutuação sob o pescoço e pranchas nos braços, fazendo os círculos das pernas simultaneamente ou para dentro ou para fora	Os dois exercícios podem unir-se fazendo rotações em posição de decúbito supino na água, com o apoio de material de flutuação
Melhorar os pródromos/dilatação	Rotação externa do fémur e do ilíaco	Rotação externa do fémur	As articulações sacroilíacas juntam-se por trás e a sínfise púbica separa-se pela frente	Psoas ilíaco, glúteo máximo e músculo sartório	Realiza-se de pé, em apoio monopodal, e fazer movimentos circulares com a perna livre e em extensão, para fora. Rotação externa do fémur		
Melhorar os pródromos/dilatação	Supinação ilíaca	Flexão e rotação externa do fémur	As articulações sacroilíacas separam-se por cima e a sínfise púbica abre-se acima e fecha-se abaixo. Abre o estreito superior	Psoas ilíaco, músculo sartório, recto anterior e glúteo máximo	O exercício realiza-se em posição sentada com os braços apoiados em pranchas e material de flutuação debaixo de cada joelho, descrever círculos para fora simultaneamente com ambos os pés, marcando uma ampla aproximação dos mesmos, dirigindo os joelhos também para fora	Podemos aumentar a dificuldade girando de forma alternada em vez de simultaneamente. Isto permite, para além disso, aumentar a intensidade dos movimentos	Se a ação se faz de forma alternada, podemos aumentar a amplitude dos movimentos com deslocamentos laterais (movimento mais amplo com uma perna para deslocar em sentido contrário)
Favorecer a expulsão	Pronação ilíaca	Flexão e rotação interna do fémur	As articulações sacroilíacas separam-se, sobretudo na zona baixa, e a sínfise púbica fecha-se acima e abre-se abaixo. Abre o estreito inferior	Psoas ilíaco, músculo sartório, recto anterior, glúteo médio e menor, e tensor da fáscia lata	O exercício realiza-se em posição sentada com os braços apoiados em pranchas e material de flutuação debaixo de cada joelho. Descrever círculos para dentro, simultaneamente com ambos os pés, marcando uma ampla aproximação dos mesmos, dirigindo os joelhos também para dentro		

^{XII} Os exercícios com o objetivo de promover **exercícios musculo articulares pélvicos em meio aquático:**

Instruir (Orientar para como fazer os exercícios) e permitir que a grávida experiencie enquanto **treina:**

1. Apoiar as mãos na berma da piscina, com as pernas afastadas, perpendiculares ao fundo da piscina e joelhos fletidos, contrair e relaxar os músculos do pavimento pélvico.
2. Sentada num “esparquete” (simetricamente) contrair e relaxar os músculos do pavimento pélvico, procurando manter os glúteos relaxados.
3. Em pé, braços caídos, ombros para trás e caídos naturalmente, aumentar e diminuir a lordose lombar.
4. Em pé, segurando-se na barra, procurar uma boa posição de estática, fazendo um movimento da pelve à frente, diminuindo a lordose lombar.
5. Em pé, apoio de uma das mãos sobre a barra, contrair os músculos abdominais e pélvicos – contrair pelo menos 5-7 segundos antes de relaxar.
6. Em pé, mão apoiada, expirar inclinando a pelve e flexionando levemente os joelhos. Inspirar voltando à posição inicial.
7. Em pé, mão apoiada, expirar contraindo os glúteos. Inspirar, relaxando.
8. De pé, mãos na cintura, calcanhares unidos e pés a 45° (como um pato); baixar o corpo, agachando 30 cm ou até que a coxa e a perna formem um ângulo reto.
9. Pernas afastadas com os pés para fora, flexionar as duas pernas, com a coluna reta, com os joelhos na linha dos dedos dos pés; fazer seis contrações dos glúteos (desencaixar e encaixar a pelve).
10. Pés juntos e paralelos, elevar o joelho direito, rodando a perna para o lado (sem deslocar a pelve) e estendê-la. Flexionar novamente a perna, levá-la para a frente, voltar a posição inicial. Repetir o exercício com a outra perna.
11. De pé ao lado da borda da piscina. Levantar a perna ao máximo para o lado, mas não acima do nível da água. Baixar a perna, passando pela frente da perna de sustentação para voltar à posição inicial. Repetir o mesmo movimento, mas desta vez a perna deve passar por trás.
12. Apoiada sobre um pé e com a perna estendida; levantar a outra perna até o peito (para ter mais equilíbrio, agarrar a perna dobrada com as mãos e segurá-la contra o corpo).
13. De costas para a borda da piscina, braços estendidos sobre a barra; tocar com os pés afastados na parede da piscina, fletir as pernas em direção ao peito, como se estivesse em posição de agachamento; alternar flexão – extensão de cada uma das pernas.




XIII Exemplos de exercícios com a bola de partos que podem ser propostos durante a preparação para o parto:




Instruir (Demonstrar como usar a bola de parto)	Treinar e a grávida experiencia o efeito do uso da bola em si
<p>Posição: sentada (critério de uso: anca Joelho-tornozelo em ângulo 90°; descalça ou calçado antiderrapante)</p> <ul style="list-style-type: none"> – Realizar movimentos de “saltitar” em cima da bola; realizar movimentos circulares em ambos os sentidos, laterais, para a frente e para trás e sinal de infinito. 	<p>Sentir os isquios: afastamento/aproximação e o contacto com a superfície da bola</p> 
<p>Posição: De pé</p> <ul style="list-style-type: none"> – De frente para a bola – abraçar a bola (que fica contra uma superfície dura – parede, cama, mesa, etc.). – De costas para a bola – apoiar a bola entre as costas e uma parede, com os pés ligeiramente afastados à largura da anca e joelhos fletidos, fazendo movimentos de agachamentos e laterais 	<p>Sentir os isquios: afastamento/aproximação e o efeito da massagem nas costas.</p>
<p>Posição: Em quatro apoios</p> <ul style="list-style-type: none"> – Abraçar a bola pousada na cama ou no colchão, rolando para a frente e para trás até encontrar uma posição confortável; levantar uma perna, depois a outra. 	<p>Sentir os isquios: afastamento/aproximação, sentir o relaxamento e alívio da dor/tensão nas costas.</p>
<p>INTEGRAÇÃO DA EXPERIÊNCIA: Como se sentiu/sentiram? Qual a posição mais confortável? Qual o movimento que a relaxou? Qual o movimento que faz o afastamento/aproximação dos isquios, qual a parte da pelve que está disponível para o bebé – a “pelve de entrada” ou a “pelve de saída”? O que pode levar deste exercício para o seu parto?</p>	



XIV São exemplos de exercícios para usar a bola em forma de amendoim e a base insuflável:

Instruir (Demonstrar como usar o dispositivo)	Treinar e experienciar o efeito
<p>Bola em forma de amendoim</p> <p>Posição: deitada de lado</p> <ul style="list-style-type: none"> – Colocar a bola entre as coxas, com uma das pernas pousada na cama ligeiramente fletida, e com a outra perna sobre a zona mais estreita da bola em ângulo reto entre a anca e joelho e o pé fica apoiado na cama; – Colocar a bola sobre o colchão, paralela ao corpo, e apoiar o joelho na parte mais larga da bola e o pé na outra parte mais alta. <p>Posição: semi-sentada</p> <ul style="list-style-type: none"> – Colocar a bola sobre a cama, apoiando uma das pernas na parte mais estreita da bola, a outra perna em abdução a rodear a parte mais larga da bola pousada na cama. 	<p>Sentir os isquios: afastamento/aproximação e sentir o nível de conforto</p> 
<p>Base de apoio para a pelve em forma de disco insuflável</p> <ul style="list-style-type: none"> – Deitada em decúbito dorsal, procurando fazer movimentos dos isquios para a esquerda e para a direita (sobre superfície dura); repetir os movimentos colocando a base de apoio debaixo do sacro. 	<p>Experienciar a possibilidade de movimentar a pelve e o afastamento/aproximação isquios.</p> 
<p>INTEGRAÇÃO DA EXPERIÊNCIA: Como se sentiu/sentiram? Qual a posição mais confortável? Qual o movimento que a relaxou? Qual o movimento que faz o afastamento/aproximação dos isquios, qual a parte da pelve que está disponível para o bebé – a “pelve de entrada” ou a “pelve de saída”? O que pode levar deste exercício para o seu parto?</p>	

xv Exercícios que se podem implementar com Rebozo:

Instruir (Demonstrar como usar o rebozo com a grávida em diversas posições e, sempre possível, proporcionar ao acompanhante experienciar o efeito, antes de treinar com a grávida)		Treinar (acompanhante) e a grávida experincia o efeito	
Posição da grávida	Posição de quem segura no Rebozo	Movimento	Objetivo
Sentada numa cadeira com as costas ligeiramente afastada do encosto ou de pé	Coloca-se o pano nos ombros e costas da pessoa, de forma simétrica e envolvendo bem as mãos as duas partes do pano sobranste.	Realiza-se movimento rítmico, curto e rápido e depois longo e mais lento, sem produzir fricção na pele	Relaxamento corporal 
Sentada	De pé, com os joelhos fletidos. Colocar o rebozo ao redor da mulher, da cintura até abaixo das nádegas, antes de se sentar numa cadeira. Aumenta a tensão no pano e permite observar a respiração dela.	Nas inspirações, puxá-la na direção de quem segura no rebozo – não o suficiente para levantá-la da cadeira, mas para que haja uma forte tensão no pano. Enquanto expira, lentamente libertar a tensão enquanto “afunda” na cadeira. À medida que se continua esse ritmo de trabalhar junto com a respiração, começar a demorar na expiração antes de retomar a tensão novamente com a inspiração. Isso incentivará a expiração a ser mais longa do que a inspiração e, assim, ajudará a evitar a hiperventilação. Este exercício ajuda a tornar a respiração mais confortável e rítmica para o trabalho de parto (De Keijzer & van Tuyl, 2010).	Treinar a respiração 
Deitada, em decúbito dorsal e corpo alinhado	De pé. Colocar o rebozo para uma simples massagem da “cabeça aos pés”	Um lado do pano é lentamente levantado, permitindo que a cabeça vire suavemente para o lado e depois repetir no lado oposto, continuando com a alternância destes movimentos. Depois de um tempo, a cabeça pode ser levantada suavemente alguns centímetros do chão no pano e o mesmo movimento repetido.	Relaxamento corporal. 

<p>De pé</p>	<p>De pé, coloca-se o pano em redor da pelve da mulher, de forma simétrica e envolvendo bem as mãos nas duas partes do pano.</p>	<p>Realiza-se movimento rítmico, curto e rápido e depois longo e mais lento, sem produzir fricção.</p>	<p>Relaxamento pélvico.</p> 
<p>Em quatro apoios</p>	<p>De joelhos ou de pé. Coloca-se o pano em redor das nádegas da mulher, de forma simétrica e envolvendo bem as mãos nas duas partes do pano (próximo do corpo da mulher).</p>	<p>Realiza-se movimento rítmico, curto e rápido e depois longo e mais lento, sem produzir fricção na pele.</p>	<p>Relaxamento pélvi</p> 
<p>Em quatro apoios ou com a parte superior do corpo apoiado numa bola de parto ou cadeira</p>	<p>De pé, por cima da mulher, na mesma direção. Colocar o Rebozo em torno do abdômen, garantindo que toda a 'protuberância' esteja dentro do pano. Incentivar a deixar a barriga "cair" e a pensar no relaxamento.</p>	<p>Certificar-se de que não há partes largas ou soltas do Rebozo, puxar o pano na direção de quem segura para aumentar um pouco a tensão e, em seguida, começar o movimento de "peneira". Realiza-se movimento rítmico, curto e rápido e depois longo e mais lento, sem produzir fricção na pele.</p>	<p>Relaxamento pélvico. Este exercício ajuda a aliviar a tensão nos ligamentos pélvicos, pode afetar o espaço que o bebê tem para se mover dentro do útero (De Keijzer & van Tuyl, 2010).</p> 

<p>Deitada em decúbito dorsal</p>	<p>De pé, com joelhos ligeiramente fletidos, coloca-se o pano em redor da pelve da mulher, de forma simétrica e envolvendo bem as mãos nas duas partes do pano.</p>	<p>Realiza-se movimento rítmico, curto e rápido e depois longo e mais lento, sem produzir fricção na pele.</p>	<p>Relaxamento pélvico.</p> 
<p>De joelhos com a cabeça apoiada ou em quatro apoios</p>	<p>De joelhos. O rebozo o pano é colocado sobre as nádegas e as pontas do pano são seguras perto do corpo (o formato do pano nas nádegas assemelha-se a um "rebuçado").</p>	<p>Todas as outras técnicas descritas empregam o movimento de "peneira" lento e suave; no entanto, este é um movimento de "sacudir" mais rápido.</p>	<p>Relaxamento pélvico.</p> 
<p> Ao longo da realização: observar reações da grávida e observar se o acompanhante reproduz os movimentos: se está atento às reações da grávida, se segura no pano de forma segura, se os movimentos (ritmo, pressão, etc.) são os adequados, etc.</p> <p>INTEGRAÇÃO DA EXPERIÊNCIA: Como se sentiu/sentiram? O que provocou o movimento? Qual foi mais relaxante? E o menos relaxante? O gostaria que demorasse mais ou menos tempo? Houve momentos em que lhe apeteceu dizer alguma coisa sobre os movimentos? O que a levou a não dizer? O que pode levar deste exercício para o seu parto? Acompanhante: Como foi para si realizar este exercício? Qual o efeito que teve na grávida? O que o leva a dizer isso (exemplo, expressões, movimentos... etc.)? O que pode/podem levar deste exercício para o seu parto?</p>			

*Imagens adaptadas de Vinaver, Keijzer e van Tuyl (2015).

De acordo com o efeito pretendido, poder-se-ão experimentar diferentes posições e diferentes velocidades no ritmo do movimento (2 minutos é aproximadamente o tempo em que começa a doer os braços, o que leva a desacelerar, gradualmente até parar).

Movimento rítmico designado de 'peneira' (De Keijzer & van Tuyl, 2010):

- 1) Posição da grávida: a mulher encosta-se à parede com apenas a parte superior das costas tocando-a, os pés estão afastados na largura do quadril.
- 2) Posição do rebozo: o meio do rebozo é colocado atrás dela, cobrindo a área desde a linha do sutiã até logo abaixo das nádegas.
- 3) Posição de quem faz o movimento: quem a estabiliza fica de frente do abdômen segurando o rebozo.
- 4) Movimentos: gastar o tempo necessário, para garantir que haja uma boa tensão no tecido, pois isso faz toda a diferença no movimento (se o tecido ficar flácido em alguns pontos será desconfortável e ineficaz). A tensão é então absorvida pelo pano, antes que o movimento comece. O movimento é chamado de 'peneira' e o pano é movido de um lado para o outro para proporcionar um movimento rítmico agradável da pelve, que pode promover o relaxamento e facilitar alguns movimentos úteis para o posicionamento do feto. A maioria das mulheres gosta desta técnica.

xvi Um exemplo de como perceber quais os elementos relaxantes para a grávida poderá ser:

1. Numa folha em branco regista-se o que a grávida diz durante o momento de imaginação guiada.
2. Orientar exercício de imaginação guiada:
 “O relaxamento e a capacidade para relaxar varia de pessoa para pessoa... para, em conjunto, percebermos o que poderá relaxá-la, gostava que fizéssemos um exercício... então, fique numa posição em que se sinta confortável, e ao seu ritmo... ao seu tempo... pedia-lhe que fechasse os olhos e imagine um momento que se sinta completamente relaxada... um momento que está feliz... tranquila... calma... um momento de harmonia. Mantendo os olhos fechados, peço-lhe que descreva como é o ambiente onde está (resposta aberta para a grávida responder com o que lhe é significativo, e posteriormente direcionar). O que vê?... Está a tocar em algo?... Como é a temperatura... a luminosidade do local onde está? Onde está o seu corpo apoiado? Há algo, ou alguém, que contribui para que este seja um momento ainda mais relaxante para si? Há algum som, ruído ou alguma voz que queira destacar? Que emoções está a sentir? Agora, respire fundo... uma, duas, três vezes, e depois, ao seu ritmo, ao seu tempo e abra os olhos calmamente...”
3. Analisar em conjunto o resultado:
 “Como se sente? Como foi este exercício para si?” – mostrar o que se escreveu na folha – “Tinha ideia que estes elementos a relaxavam e a deixam tranquila/feliz? Acha possível levá-los para o momento do seu parto? Como o faria? Que efeito teriam em si?”
4. Se pessoa significativa presente:
 “Considerando estes elementos, existe algo que possa fazer durante o trabalho de parto, para a ajudar a relaxar?”

xvii A orientação do relaxamento poderá ser:

1. Inspire profundamente pelo nariz e solte o ar pela boca, inspirar novamente pelo nariz e soltar o ar pela boca.
2. Feche os olhos, mantendo-os fechados.
3. Contraia todos os músculos faciais em direção ao nariz e sinta a tensão. Aguarde cinco segundos – um, dois, três, quatro, cinco. Soltar. Respirar.
4. Empurre os ombros para cima dos dois lados do pescoço e sentir o aperto. Comprima com mais força. Aguarde cinco segundos – um, dois, três, quatro, cinco. Soltar. Respirar.
5. Feche as mãos em punho e comprima os braços. Aperte com mais força, enquanto os levanta um pouco. Aguarde cinco segundos – um, dois, três, quatro, cinco. Soltar. Respirar.
6. Empurre as omoplatas até as juntar. Aperte com mais força. Aguarde cinco segundos– um, dois, três, quatro, cinco. Soltar. Respirar.
7. Contraia as nádegas e sinta o aperto. Aperte com mais força. Aguarde cinco segundos– um, dois, três, quatro, cinco. Soltar. Respirar.
8. Contraia as coxas, joelhos e barrigas das pernas. Sinta o aperto. Aguarde cinco segundos– um, dois, três, quatro, cinco. Soltar. Respirar.
9. Empurra os calcanhares para longe do corpo, apontando com os dedos dos pés na direção dos joelhos, enquanto sente o aperto. Aguarde cinco segundos– um, dois, três, quatro, cinco. Soltar. Respirar.
10. Abra bem a boca enquanto inspira e expira, suspirando: a-a-a-h. Outra vez. Outra vez. Outra vez. Outra vez. E mais uma.
11. Concentre-se nos músculos faciais e sinta a região da testa e sobrancelhas a tornarem-se mais flácidas. Relaxe ainda mais esta zona.

12. Concentre-se nos seus olhos. Relaxe os olhos.
13. Sinta os músculos dos maxilares e da face a soltarem-se. Afaste ligeiramente os dentes e deixe a língua cair para trás dentro da boca. Senta os músculos da região da boca soltarem-se.
14. Sinta as narinas, as orelhas e o couro cabeludo a relaxar.
15. Deixe apagar toda a expressão da sua cara. Sinta-a tornar-se flácida.
16. Descontraia o pescoço: a frente, os lados e a parte de trás.
17. Sinta os ombros a soltarem-se: o ombro direito, o ombro esquerdo e o espaço entre os dois.
18. Sinta a parte superior dos braços, os cotovelos e os antebraços a descontraír.
19. Sinta os dedos a abrir ligeiramente e a soltarem-se.
20. Sinta o peito e as costas a tornarem-se flácidos. Senta a metade superior do corpo completamente descontraída e solta.
21. Descontraia a região da barriga para dar mais espaço ao bebé. Senta os músculos interiores do abdómen soltarem-se.
22. Sinta as nádegas tornarem-se flácidas, solte-as, relaxe-as.
23. Concentre-se na região do canal de parto e sinta-a solta e relaxada. Verifique se a boca ainda está descontraída. Descontraia a boca e o canal de parto.
24. Sinta as coxas, as ancas, os joelhos, as barrigas das pernas e os tornozelos tornando-se moles, flácidos, relaxados.
25. Sinta os pés a soltarem-se. Descontraia os dedos dos pés um por um.
26. Verifique se em todo o seu corpo há mais alguma tensão. Apague essa tensão.
27. Sinta-se a afundar. Deixe-se ir. Sinta a sensação de descontração a envolvê-la.
28. Sinta as tensões escoando-se através das pontas dos dedos das mãos e dos dedos dos pés. Imagine uma corrente de tensões, cansaço, problemas, ansiedades e dores a sair do seu corpo, à medida que relaxa todos os seus músculos.
29. Deixe acalmar a respiração e entre num ritmo confortável, à medida que se afunda na sensação de descontração completa.
30. Permita que a consciência e a do seu bebé entrem em contacto. Deixe-se ficar aberta para captar todas as sensações do bebé. Que sensação boa... quente... com a sua cor preferida... deixe-se estar... (proporcionar este relaxamento o mais tempo possível).
31. Mantenha os olhos fechados, e devagar vá despertando...
32. E agora, ao ser ritmo e ao seu tempo, tome consciência de como sente o seu corpo. Mova lentamente as mãos, depois os pés, comece a espreguiçar-se e, por fim, abra os olhos.

INTEGRAÇÃO E ANÁLISE DA EXPERIÊNCIA: Como se sentiu? O que pode levar deste exercício para o seu parto?

^{xviii} A orientação para a **imaginação guiada** poderá ser:

Tomando como mote um **local tranquilo**, a imaginação guiada poderá ser, por exemplo:

1. Comece por fazer uma inspiração lenta e profunda, expire lentamente. Sinta como o seu abdómen sobe e desce à medida que o ar entra e sai dos seus pulmões.
2. Feche os olhos e liberte toda a tensão existente no seu corpo.
3. Foque a sua consciência mental numa (*praia bonita, próximo de uma lagoa de água tépida – adequar ao que a grávida escreveu no plano de parto*). Veja todos os pormenores do cenário: *a cor da areia, as árvores, o céu, a água*. Tente ouvir todos os sons da sua ilha privada e está com quem mais ama.

4. Imagine-se a caminhar para dentro de água. Sinta a água em todo o seu corpo. Chapinhe alguma água para a cara.
5. Mova-se dentro de água. É uma água morna, límpida, segura, sem peixes ou animais perigosos.
6. Sinta a leveza do seu corpo e a facilidade com que se move dentro de água, à medida que o seu cansaço e tensões são levados para bem longe.
7. Compreenda que o seu bebé se está a sentir da mesma maneira que a mãe se está a sentir.
8. Abra-se para o seu bebé e deixe que se misturem os vossos sentimentos, assim como partilha a casa do seu bebé dentro de si.
9. Mantenha-se neste agradável estado durante alguns minutos. Se alguns pensamentos negativos lhe atravessarem a mente, deixe-os simplesmente ir embora e regresse às sensações na água tépida.
10. Quando quiser despertar, sinta primeiro o seu corpo e depois mexa os dedos das mãos e dos pés. Finalmente comece a espreguiçar-se e abra os olhos.
11. Leve um ou dois minutos a despertar completamente.

INTEGRAÇÃO E ANÁLISE DA EXPERIÊNCIA: Como se sentiu? Que sensações despertou? O que pode levar deste exercício para o seu parto?

Tomando como exemplo, a **ligação mãe-filho**, a imaginação guiada poderá ser, por exemplo:

1. Convido-a a posicionar-se confortavelmente e a fechar os olhos e a aproveitar este momento de pausa numa vida tão acelerada para estar presente no aqui e no agora.
2. Quando estiver pronta respire fundo algumas vezes, calma e confortavelmente... (dar tempo para algumas respirações profundas...) isso... inspire... 1-2-3-4-5 e expire 5-4-3-2-1... sinta os seus pulmões a encherem-se de ar... e a esvaziarem... A sua barriga desce... e sobe... Agora... deixe a sua respiração voltar ao seu padrão regular lento e fácil...
3. Conecte-se com a sua respiração, com o seu corpo, com o seu bebé. Trabalham juntos, em harmonia.
4. Lembre-se que os pensamentos são seus e por isso, cada vez que eles surgirem simplesmente acolha-os... e deixa-os ir, e volte a concentrar-se na sua respiração.
5. Escute agora com atenção os sons que a rodeiam, sons altos, sons mais calmos... coloque toda a sua atenção nestes sons... Agora traga a sua atenção de volta para a sua respiração... de volta ao seu corpo... e ao seu bebé...
6. Peça-lhe que percorra cada área do seu corpo... sinta a tensão a desaparecer do seu corpo, da sua cabeça, da sua face, do pescoço, dos ombros, dos braços, das mãos, de cada dedo, do seu peito enquanto expira... da sua barriga, do seu tronco, nádegas, de toda a perna, coxas, joelhos, pés. Todos os músculos do seu corpo estão relaxados.
7. Leve uma mão ao encontro do seu bebé, aí tão perto, na sua barriga... coloque também a outra mão. Com as mãos abertas, sinta toda a extensão da sua barriga, acariciando-a... sinta a sua pele, a sua temperatura, a sua textura... sinta o ar quente que a envolve, que a torna leve, confortável, segura... (dê-lhe uma cor, dê-lhe um som/música). Dentro da sua barriga, o seu bebé ocupa o seu espaço... ele está rodeado de água, quente, confortável, seguro, protegido por si enquanto flutua...
8. Talvez esteja a dormir neste momento, ou talvez sinta algum movimento suave, quase impercetível, ou talvez até um pontapé ou ele a virar. (Lembra-se da primeira vez que o sentiu? Transporte-se para esse momento...) Aproveite para o sentir...

9. Agora, mantendo as mãos na sua barriga retome a sua atenção para a sua respiração... enquanto inspira e expira... sinta a sua barriga a subir e a descer, a subir e a descer... num embalo constante. Respire fundo calma e pausadamente, uma e outra vez... você e o seu bebé estão unidos, ligados, fundidos num só. Esse ar que inspirou levou-lhe oxigénio, o sangue que lhe corre nas veias vida, leva o oxigénio que ele precisa: embala-o e alimenta-o...
10. Neste momento, o seu bebé escuta a sua voz, ouve os seus pensamentos, sente as suas emoções... Este é um momento só para os dois, para se sentirem, para se aconchegarem nessa bolha de ar quente que a sua respiração o embala, envolve e protege. Este é o vosso escudo protetor. Enquanto respira calma e profundamente, pense em algo que lhe queira dizer, ele vai senti-lo. Este é o vosso momento, seguros no vosso embalo... Esta é a vossa bolha, só vossa, de mais ninguém. Podem voltar à vossa bolha sempre que quiserem...

INTEGRAÇÃO E ANÁLISE DA EXPERIÊNCIA: Como se sentiu? Que sensações despertou? O que pode levar deste exercício para o seu parto?

Tomando como exemplo, **lidar com as contrações de trabalho de parto** poderá ser, por exemplo: (Por exemplo, usar o andar de bicicleta se isso for significativo para a grávida) Antes de começar, averiguar se sabem andar de bicicleta e qual o nível de segurança percebida quando andavam de bicicleta – isto importa porque neste exercício de imaginação guiada far-se-á a analogia da contração uterina à subida de uma “montanha” (grande subida) com a bicicleta. Se não for confortável, encontrar outra analogia que seja significativa para a grávida.)

1. Convido-a a posicionar-se confortavelmente, como quiser – a pé, deitada, sentada na bola... como quiser... como o seu corpo lhe disser que está mais confortável, e a fechar os olhos (se quiser e quando quiser) e a aproveitar este momento de pausa numa vida tão acelerada para estar presente no aqui e no agora. Este momento é seu...
2. Quando estiver pronta respire fundo algumas vezes, calma e confortavelmente... (dar tempo para algumas respirações profundas...) isso... inspire... 1-2-3-4-5 e expire 5-4-3-2-1... sinta os seus pulmões a encherem-se de ar... e a esvaziarem... A sua barriga desce... e sobe... Agora... deixe a sua respiração voltar ao seu padrão regular lento e fácil...
3. Conecte-se com a sua respiração, com o seu corpo, com o seu bebé. Trabalham juntos, em harmonia.
4. Lembre-se que os pensamentos são seus e por isso, cada vez que eles surgirem simplesmente acolha-os... e deixa-os ir, e volte a concentrar-se na sua respiração.
5. Escute agora com atenção os sons que a rodeiam, sons altos, sons mais calmos... coloque toda a sua atenção nestes sons... Agora traga a sua atenção de volta para a sua respiração... de volta ao seu corpo... e ao seu bebé...
6. Percorra cada área do seu corpo... sinta a tensão a desaparecer do seu corpo, da sua cabeça, da sua face, do pescoço, dos ombros, dos braços, das mãos, de cada dedo, do seu peito enquanto expira... da sua barriga, do seu tronco, nádegas, de toda a perna, coxas, joelhos, pés. Todos os músculos do seu corpo estão relaxados.
7. Sinta o seu corpo... escute o que lhe está a dizer... os pulmões o que lhe estão a dizer? Que o ar está a entrar? 1-2-3-4-5 e a sair 5-4-3-2-1 e os músculos? Estão a dizer-lhe que estão relaxados ou contraídos? As suas pernas? O seu útero? Como está o seu bebé? Relaxado? A mexer-se? E o seu rosto? Os seus lábios o que lhe dizem? Está tudo bem? inspire... 1-2-3-4-5 e expire 5-4-3-2-1
8. Imagine que o trabalho de parto como um dia inteiro a andar de bicicleta num percurso montanhoso, com montes mais baixos e outros mais altos, para o qual esteve a preparar-se durante 9 meses... o parto é seu, o seu corpo está a preparar-se, a sua mente está a preparar-se (acrescentar os superpoderes que colocou no plano de parto), por isso tem tudo para dar certo! O trabalho de parto é um dia árduo de trabalho...vai conseguir, e tem todo o apoio que precisar. E a vitória será sua!

9. Então vamos imaginar que já está preparada e estamos nesse grande dia... que bom... finalmente chegou...é hoje... o seu útero tem os recetores para a ocitocina estimularem os músculos a estimularem as contrações para ajudar a empurrar o bebé até ao canal de parto... o seu corpo tem tudo para relaxar enquanto o útero faz o seu trabalho... um dia inteiro de trabalho... por isso se chama trabalho de parto... imagine esses recetores todos no seu útero... olhe tantos, tantos... são todos seus... são pequenos superpoderes que leva para o seu parto... imagine-os como luzes de Natal no seu útero e quando a ocitocina chega acendem para provocam a onda da contração...
10. E quando chega a contração... que bom... as contrações das primeiras horas do trabalho de parto são de preparação... tal como aquelas montanhas que falei antes, umas mais altas (mais intensas), outras mais baixas (menos intensas), mas a parte melhor é o intervalo entre elas que é a maior parte do tempo...
11. Lidar com uma contração é como subir a montanha de bicicleta... então, imaginemos que a ocitocina está a dirigir-se ao útero... o útero parece uma árvore de Natal e a contração começa ... voltemos lá ao passeio todo o dia de bicicleta pelo caminho com montanhas, está a passear num terreno plano e agora avizinha-se uma montanha, começa a subir... pedala, pedala, está a conseguir avançar... continua a pedalar,... mais uma... duas, três, quatro, cinco, seis, sete ... boa... muito bom... continua a respirar para oxigenar o bebé... como está a olhar para o volante não consegue ver o cume da montanha... mas também não importa... pedala o que for necessário... pois já não falta muito para esta contração cumprir a sua missão... sempre a pedalar... força...vai conseguir... e conseguiu... chegou ao cume e agora é a descer... pode descansar, até deixar de pedalar, levantar os pés e deixar a bicicleta ir e apanhar o vento no rosto... ainda tem contração, mas já está a passar... e desce, desce, desce, desce... e desce rápido... e agora está no plano... sente-se uma vencedora! Esta montanha foi ultrapassada! Sente que uma a uma tem a força necessária dentro de si para vencer todas as montanhas durante todo o dia...
12. Agora, pode andar à velocidade que quiser... ao seu ritmo ao seu tempo... pode beber, comer... para ganhar forças...o intervalo é bem mais longo do que a subida da montanha... pode descansar... andar na bicicleta como quiser, na velocidade que quiser... e reunir a força que precisa para a próxima contração pois só lida com uma de cada vez, e com uma de cada vez é capaz! (dar três minutos para isso).
13. E eis que se se avizinha outra montanha (outra contração) ... vamos lá... precisa ganhar lanço e começar pedalar, uma pedalada de cada vez, ... força, pedala, pedala, está a conseguir avançar... continua a pedalar,... mais uma... duas, três, quatro, cinco, seis, sete ... boa... muito bom... continua a respirar para oxigenar o bebé... e continua... não sabe quando chega ao cume, mas sabe que ele está lá e que vai conseguir... força... já falta menos... continua a pedalar, continua a respirar para oxigenar o bebé... mais uma... vinte cinco, vinte e seis, vinte e sete, vinte e oito, vinte e nove, trinta ... boa... muito bom... (assegurar que atinge meio minuto – duração média do ramo ascendente da contração). Chegou ao cume! Parabéns... agora é só descer... ainda está na montanha (ainda tem contração)... pode descansar, até deixar de pedalar, levantar os pés e deixar a bicicleta ir e apanhar o vento no rosto... ainda tem contração, mas já está a passar... e desce, desce, desce, desce... e desce depressa... e agora está no plano... pode andar à velocidade que quiser... ao seu ritmo ao seu tempo... pode beber, comer... para ganhar forças...o intervalo é bem mais longo do que a subida da montanha... pode descansar... andar na bicicleta como quiser, na velocidade que quiser... (dar três minutos para isso).
(Dependendo do tempo disponível pode fazer o número de simulações para promover a consciencialização do padrão das contrações uterinas).

INTEGRAÇÃO E ANÁLISE DA EXPERIÊNCIA: Como se sentiu? Que sensações despertou? O que pode levar deste exercício para o seu parto?

XIX Para promover a reflexão apresentar a respiração como recurso, referindo por exemplo:

1. A respiração é um recurso que pode levar para o ser parto. Já a tem, já funciona... e talvez já a use com efeito terapêutico sem dar conta... por exemplo, quando está ansiosa, com dor... como respira? Já pensou nisso (aguardar resposta).
2. Algumas mulheres preferem respirar profundamente, usando o diafragma para encher o abdômen de ar. Outras mulheres preferem respirar suavemente, inalando apenas o suficiente para encher o peito. O objetivo é encontrar padrões de respiração que tenham um efeito relaxante. A respiração deve ser confortável e não deve causar falta de ar ou tontura ou exigir grande esforço.... A respiração poderá ser usada como ponto de concentração para ajudar a tornar cada contração uma parte produtiva do processo de parto; para isso, precisa ser lenta, profunda, controlada, consciente e intencional, confortável e sem esforço.
3. Consciencializar sobre: “Como respiro?”
 - Posição: sentada encostada à bola (ou encostada ao acompanhante)
 - Fechar os olhos e sentir os pontos de apoio do corpo
 - Relaxar as costas (os braços estão pousados em qualquer lado)
 - Sugerir: “Observar” a respiração... o ritmo... a profundidade...o que mexe quando respira?..

ANÁLISE DA EXPERIÊNCIA: Como foi a respiração? Como foi o ritmo? Foi profunda ou superficial? O que mexeu quando respirou? O abdômen ou o peito? Como foi o exercício de se concentrar na respiração? Fácil ou difícil? E como se sentiu no final? Mais relaxada ou não sentiu nenhuma diferença?

4. E se agora fizessemos uma experiência? (respiração diafragmática)
 - Posição: sentada encostada à bola (ou encostada ao acompanhante) – o que importa é que se sinta confortável
 - Fechar os olhos e sentir os pontos de apoio do corpo
 - Relaxar as costas (os braços estão pousados em qualquer lado)
 - Observar a respiração... o ritmo... a profundidade...onde mexe...o que feche...
 - Colocar as mãos sobre o abdômen (preferencialmente pele com pele)
 - Inspirar devagar em direção às mãos /fazendo o ar chegar às mãos (como se o ar estivesse a massajar o bebé) e deixar o ar sair muito, muito lentamente, passando suavemente pelas costas do bebé, pelo cordão, pelo útero, até chegar à saída – a sua boca ...
 - (Repetir várias vezes – observar respostas/nível de conforto-desconforto e concentração-desconcentração da grávida)

ANÁLISE DA EXPERIÊNCIA: Como foi agora a respiração? O que sentiu que mudou na respiração em relação à experiência anterior? A respiração modificou-se – mais rápida ou mais lenta? Mais superficial ou mais profunda? O que fez mexer? O abdômen ou o peito? Como se sentiu agora? O que pode levar desta experiência para o parto? (o sentido é evidenciar o poder que a grávida tem sobre a sua própria respiração).

5. E se agora fizessemos outra experiência envolvendo (o companheiro)? (respiração intercostal)
 - Posição: sentada na cadeira, na bola ou no colchão; o acompanhante senta-se atrás e observar a respiração da grávida, o ritmo, a profundidade...sem modificar nada;
 - O acompanhante coloca as mãos nas costas da grávida entre as omoplatas, +/- na linha do soutien e a grávida inspira devagar em direção às mãos...fazendo o ar chegar às mãos.

- À medida que o acompanhante vai sentindo a respiração, pode ir acompanhando com as mãos: comprime na expiração e alivia a pressão na inspiração (pode-se sugerir que acompanhe a respiração da grávida ou verificar se acontece espontaneamente)

ANÁLISE DA EXPERIÊNCIA: Como se sentiu com esta respiração? Como foi o contacto das mãos? Sentiu que as mãos acompanhavam a sua respiração? Ou sentiu que as mãos dirigiram a sua respiração? O que pode levar desta experiência para o parto?

Quando as contrações ficam mais intensas, há mulheres que referem que nem sempre é fácil respirar ritmicamente e relaxar quando expiram; o trabalho de parto demora habitualmente mais de 12 horas, muitas horas de trabalho do útero que precisa ser acompanhado pela mulher com intervalos de descanso (num padrão de 3 contrações com duração de um minuto em 10 minutos). Assim, poder-se-á orientar para:

6. Após algumas horas em trabalho de parto, lembre-se que o trabalho de parto corresponde a um longo dia de trabalho (8-12h), poderá sentir-se mais cansada; nesta fase o apoio do seu acompanhante é essencial – pode ajudá-la a manter a respiração estável, respirando juntos. Podem estar com ou sem contacto visual, segurar nas mãos ou colocar as mãos nos ombros, mas inspirando pelo nariz e expirando pela boca suavemente independentemente do padrão de respiração que tiver – assim, pode seguir, quando conseguir, a respiração do seu acompanhante. Parece estranho no início, e podem sentir-se um pouco constrangidos. Mas a co-respiração é muito útil. Por isso, treinarem juntos a respiração durante a gravidez poderá ser a fórmula para o sucesso no controlo da respiração durante o trabalho de parto, em particular quando lhe vier à ideia pensamentos como “não posso mais”, “não tenho força para subir mais esta montanha”.
7. Como podem treinar em casa? Poderá pense na palavra “relaxe”. Ao inspirar, pense “re” para si mesmo e, ao expirar, pense “laxada”. Tente concentrar toda a sua atenção em repetir a palavra “re-laxe” no ritmo de sua respiração. Se perceber que a sua mente está divagando, mantenha-se tranquila – apenas procure trazer suavemente a sua atenção de volta para a palavra e para a sua respiração. Ao expirar, tente libertar todas as tensões do corpo e músculos através do ar que expira pela boca. Outra possibilidade, é contar. Ao inspirar, conte lentamente até quatro, ou qualquer número que pareça confortável para si. Ao expirar, conte até um número ligeiramente maior. Por exemplo, se inspirar contando até quatro, expire contando até seis.

ANÁLISE DA EXPERIÊNCIA: (quando for oportuno) Como se sentiu com esta respiração? O que pode levar desta experiência para o parto?

A respiração a usar durante o período expulsivo poderá também ser alvo de análise.

8. E quando estiver na hora de fazer nascer o bebé? Haverá alguma respiração especial? Se não houver nenhuma indicação específica, siga seus impulsos e faça nascer o seu bebé como o seu corpo lhe estiver a pedir. A ideia é ajudá-lo a deslizar para a saída aproveitando a força da contração por isso respire da maneira que for mais confortável, se não houver nenhuma orientação em contrário (Lemos et al., 2017).

[Levett et al. (2016) descrevem três tipos de técnicas de respiração. (1) Respirações de “barriga feliz” (*Blissful Belly*): inspirar pelo nariz contando até 10 e, em seguida, soltando lentamente até 0. O objetivo é três respirações em um minuto. O parceiro foi instruído sobre como contar e como usar essa técnica durante a contração. (2) Respirações de “sono suave” (*Soft Sleep*), que deveriam ser usadas entre as contrações e são a respiração suave e relaxada que ocorre ao adormecer, de modo a conservar energia. (3) Respiração de “parto suave” (*Gentle Birthing*), usada para auxiliar a descida do bebé durante o segundo estágio do trabalho de parto; o foco é manter a mandíbula solta, a pressão na expiração da parte superior dos músculos abdominais e a pelve ligeiramente inclinada para a frente. Dessa forma, o períneo também é mantido relaxado.]

^{xx} Alguns exercícios promotores do **relaxamento** que podem ser realizados em **meio aquático**:

Instruir (orientar para como fazer os exercícios) e permitir que a grávida experiencie o efeito dos exercícios enquanto **treina**:

1. “Dança da aranha”: segure-se na lateral da piscina. Fique em pé com os pés afastados na largura dos ombros. Dobre as duas pernas e coloque os pés na lateral da piscina. Flexione um joelho, deslize e estenda a perna oposta. Mantenha o alongamento por 30 segundos e inverta o movimento.
2. “Caminhada do caranguejo”: assuma uma posição agachada com os joelhos apontando para fora a 45.º. Levante os dois pés do chão da piscina cerca de 5 centímetros. Avance pela piscina com a ajuda dos braços.
3. “Esticar o músculo do Popeye”: fique de pé com os pés afastados na largura dos ombros e os joelhos ligeiramente flexionados. Levante um braço acima da cabeça, dobrando o cotovelo de forma que os dedos toquem o ombro oposto. Segure seu braço com o braço oposto, lentamente alongue o músculo tríceps. Segure por 30 segundos. Repita com outro braço.
4. “Esticar e respirar”: fique na ponta dos pés. Inspire e estenda os braços acima da cabeça. Trazendo os braços, expire. Repetir.
5. “Flutuando juntos na água”: imaginando que está como o bebé fica suspenso na água (líquido amniótico), deixe-se embalar pela água.

INTEGRAÇÃO E ANÁLISE DA EXPERIÊNCIA: Como se sentiu? Que sensações despertou? O que pode levar deste exercício para o seu parto?

^{xxi} Instruir a **massagem** (manter as mãos sempre em contacto com a pele) e permitir que o acompanhante treine e a grávida experiencie o efeito em si:

Massagem com óleo

Posição: Acompanhante sentado (na bola) atrás da grávida com as costas expostas que está, por exemplo, sentada debruçada sobre as costas da cadeira, apoiando os braços e a cabeça sobre uma almofada nas costas da cadeira, e repete os movimentos da massagem (em simultâneo com a/o EEESMO). Colocar o óleo vegetal nas mãos e espalhar nas costas da grávida usando toda a palma da mão. Fazer 4 repetições de cada um dos movimentos.



1. 1.º movimento: Colocar as mãos sobre o sacro, deslizar as mãos paralelas com pressão uma de cada lado da coluna até ao pescoço e regressar ao sacro diminuindo a pressão durante o movimento de regresso ao sacro. Deslizar as mãos com pressão em direção aos ombros e regressar ao sacro; repetir em direção às axilas e regressar ao sacro e por último deslizar à volta da pelve, sobre os ilíacos com pressão e de seguida as mãos volta a deslizar até ao sacro. Recomeça em direção ao pescoço.
2. 2.º movimento: As mãos sobre o sacro os polegares fazem movimentos circulares primeiro no sacro e depois as mãos vão subindo e percorrendo os músculos em volta da coluna sempre com os polegares a fazer pequenos círculos.
3. 3.º movimento: Colocar os polegares na extremidade inferior do sacro junto ao cóccix. As mãos ficam abertas e totalmente pousadas sobre as nádegas. Os dois polegares percorrem as articulações sacroilíacas, num movimento de ida e volta.



4. 4º movimento: Pôr as mãos sobre o sacro em V. Deslizam sobre as nádegas uma para cada lado, e à volta da pelve sobre os ilíacos, com pressão até tocarem nas cristas ilíacas.

INTEGRAÇÃO E ANÁLISE DA EXPERIÊNCIA: Como se sentiu? Que sensações despertou? O que pode levar deste exercício para o seu parto?

Massagem para relaxamento dos músculos das costas com bola

Posição: A grávida está sentada na bola e o acompanhante senta-se atrás, numa cadeira, repetindo os movimentos da massagem (em simultâneo com a/o EEESMO).

1. Orientação para a grávida: ao longo da massagem, se lhe fizer sentido diga qual dos movimentos prefere e peça repetições de acordo com o seu desejo.
2. Começar por fechar os olhos e observar a respiração...observar sem modificar...sentir o movimento do ar quando entra e quando sai...quando inspira... e quando expira...sente onde há movimento...o ritmo do movimento...a profundidade. Aos poucos vai permitir que o queixo comece a ficar pesado...muito pesado...cada vez mais pesado...sente que os lábios estão soltos e relaxados e que o ar pode passar entre os lábios.
3. Imagine que se houvesse um espelho à frente, ele iria ficar embaciado cada vez que o ar sai por entre os lábios. Guarde esta imagem...enquanto o (acompanhante) começa a "pintar" o lado direito das costas com a bola, sem nenhuma ordem em particular, com os movimentos que quiserem...o importante é que do lado direito, desde o pescoço até às nádegas, tudo fique completamente pintado (cerca de 2 minutos).
4. Vamos terminar a pintura e permitir que observem a respiração agora...que sinta o lado direito... e o lado esquerdo das costas e comparem.
5. Volte à imagem do espelho que vai ficando embaciado cada vez que o ar sai entre os lábios e recomeça a pintura do lado esquerdo das costas... sem nenhuma ordem em particular, com os movimentos que quiserem...o importante é que do lado esquerdo, desde o pescoço até às nádegas, tudo fique completamente pintado (cerca de 2 minutos).
6. Volte à imagem do espelho que vai ficando embaciado cada vez que o ar sai entre os lábios e recomeça a pintura do lado esquerdo das costas... sem nenhuma ordem em particular, com os movimentos que quiserem...o importante é que do lado esquerdo, desde o pescoço até à pelve, tudo fique completamente pintado (cerca de 2 minutos).
7. Vamos terminar a pintura e permitir que observem a respiração agora...que sinta o lado direito... e o lado esquerdo das costas. Compare a respiração agora com a do início...sentir o que mudou....
8. Vamos espreguiçar e a voltar a abrir os olhos.

INTEGRAÇÃO E ANÁLISE DA EXPERIÊNCIA: Depois de terminar a massagem:

- **Para a grávida** – Como se sente agora? Como sente o seu corpo? Como está a respiração? O que sentiu que mudou na respiração? Foi intencional? De que forma o ambiente contribuiu ou não para o relaxamento? O que manteria o que modificaria?
- **Para o acompanhante:** Como foi para si realizar a massagem? Que respostas percebeu nela? Na sua perspetiva, o que a relaxou mais? Houve algum movimento que produziu tensão?
- **Para ambos** – O que pode/podem levar desta experiência para o parto?

^{XXII} Instruir como fazer **acupressão** e permitir que o acompanhante/grávida treine a sua identificação e simule (mas não treinar) como se realiza:

Ponto IG4 (Hegu)

Para: estimular as contrações uterinas e aliviar a dor de trabalho de parto.

O ponto fica localizado nas mãos, entre o polegar e o indicador.



1. Na área entre o primeiro e o segundo metacarpos e aplique uma pressão firme e constante.
2. Comece a fazer um movimento circular com os dedos.
3. Se as mãos começarem a doer, sacudi-las ligeiramente e reiniciar.
4. (Manter a pressão durante a contração uterina, se for para alívio da dor).

Ponto B32 (Ciliao).

Para: estimular as contrações uterinas e aliviar a dor de trabalho de parto.

Fica localizado na lombar, no segundo forâmen do osso sacro.



1. Para o localizar, pedir à grávida se ajoelhar na cama.
2. Passe os dedos ao longo da coluna até encontrar dois “buracos” – um de cada lado da coluna.
3. Pressione os polegares no B32 ou esfregue em movimentos circulares.
4. Se não conseguir encontrar os “buracos”, poder-se-á medir o comprimento do dedo indicador da mulher. Acima do bordo superior do sulco nadegueiro, medir essa distância em direção ao pescoço e depois com os dedos indicadores para cada lado, esquerdo e direito, traçar uma linha perpendicular no ponto final da medida. Os pontos B32 devem estar nessa zona.

Ponto SP6 (Sanyinjiao)

Para: estimular as contrações uterinas.

Fica localizado nas pernas, logo acima do osso do tornozelo.



1. Para o localizar, localize primeiro o osso do tornozelo.
2. Em seguida, coloque três dedos acima do osso da canela e deslize em direção à parte de trás da perna para encontrar uma área mais delicada (em mulheres grávidas, esse ponto é extremamente sensível).
3. Esfregue em círculos ou aplique uma pressão constante por dez minutos, ou até ter uma contração.
4. Quando a contração parar, reiniciar.

^{xxiii} Exemplos de parâmetros para avaliação da satisfação com os cuidados (NICE, 2015)

1. A/O EEESMO apresentou-se? (Sim | Não)
2. Durante as consultas/intervenções, a EEESMO abordou os assuntos de uma maneira que conseguisse entender? (Sim | Não)
3. Pensando nas consultas/intervenções, sentiu que recebeu as informações ou as explicações de que precisava? (Sim | Não)
4. Quando colocava questões, achou que era foi levada a sério? (Sim | Não)
5. Pensando nas consultas/intervenções, a/o EEESMO envolveu-a o suficiente nas decisões sobre os seus cuidados? (Sim | Não)
6. O pai do bebé/pessoa significativa esteve envolvido na preparação para o parto tanto quanto quis/quiseram? (Sim | Não)
7. Pensando nas consultas/intervenções, sentiu que as decisões sobre as suas opções foram respeitadas? (Sim | Não)
8. Pensando nas consultas/intervenções, sentiu que foi tratada com respeito e dignidade? (Sim | Não)
9. Durante a gravidez, tinha um número de telefone de um(a) EEESMO com quem pudesse entrar em contacto? (Sim | Não)
10. No final do programa de preparação para o parto, foram partilhadas formas de apoio para o pós-parto (exemplo, telefone de um(a) EEESMO com quem pudesse entrar em contacto)? (Sim | Não)
11. Recomendaria a/o EEESMO que a acompanhou a outra grávida? (Sim | Não)
12. Gostaria de ter consultas/intervenções com a/o EEESMO: a) com mais frequência? b) menos frequentemente? c) teve tanto quanto queria/necessitou.

GRUPO DE TRABALHO

Alexandrina Cardoso Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, Professora Coordenadora na Escola Superior de Enfermagem do Porto. Doutorada em Enfermagem pela Universidade Católica Portuguesa. Integra o CINTESIS, Universidade do Porto. Coordena o CIDESI-ESEP. Secretária da MCEESMO, mandato 2020-23. Coordenadora do grupo de trabalho.

Clara Aires Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Exerce funções como EEESMO na UCC S. Mamede de Infesta. Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica pela Escola Superior de Enfermagem do Porto. Formadora certificada de Preparação Aquática, Aclimatização de Bebés na Água pela associação belga Aquarius. Consultora de Lactação Certificada (IBCLC) pelo *International Board of Lactation Consultant Examiners* (IBCLE).

Sílvia Machado Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Exerce funções no Gabinete de Gestão da Qualidade do Centro Hospitalar Póvoa de Varzim Vila do Conde. Pós-Graduada de Supervisão Clínica em Enfermagem. Pós-Graduada em Administração e Gestão da Saúde. *“Instructor of Aquatic Prenatal Preparation, Water-Acclimatisation for Babies and Aquatic Postnatal Lessons”*, certificado pela The Aquanatal - Aquarius Association.

Ana Rita Grilo Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Exerce funções como EEESMO no serviço de Urgência, Bloco de Partos, Bloco Operatório de Obstetria/Ginecologia e Internamento de Obstetria, no Centro Hospitalar Universitário do Algarve – Portimão. Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetria pela Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus, Universidade de Évora.

Cecília Silva Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Exerce funções na UCC de Vagos, ACeS Baixo Vouga, ARS Centro. Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetria. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

GUIA
ORIENTADOR
DE BOAS
PRÁTICAS

**PREPARAÇÃO
PARA O PARTO**